

Keyifli Okumalar Dileriz

Binlerce kategoride milyonlarca PDF e-kitap, ders kitapları, dergiler ve romanlara platformumuz üzerinden ücretsiz ulaşabilirsiniz.

RESMİ WEB SİTEMİZ

<https://rantey.org>

Yedek ve Duyuru Kanallarımız

Sitemize erişim engeli gelmesi veya adres değişikliği durumunda aşağıdaki kanallardan güncel giriş adresine erişebilirsiniz:

- Telegram: <https://t.me/birkitapbir>
- WhatsApp Kanalımız : <https://whatsapp.com/channel/0029VbDHv8uE50Us4lvMoc0Y>

TIP BU DEĞİL 2

Editör: İlknur Arslanoğlu



TIP BU DEĞİL 2

Editör: İlknur Arslanoğlu

İlk *Tıp Bu Değil* kitabı Türkiye’de sağlığa ve tıbbı bakış açısını değıştirdi. Elinizdeki ikinci kitaptan sonra da artık hiç kimse insan için, toplum sağlığı için apaçık zararlı anlayışlarını, politikalarını eskisi gibi rahat savunamayacak. Çok önemli bir konu diyoruz; konu insan hayatıdır, ötesi var mı? Bu kitaba kimse ilgisiz kalamadı, kalamayacak. İnsana hizmet mi, toplum yararı mı diyorlar; aynı zamanda her kanattan tüm görüşler için bir samimiyet testi *Tıp Bu Değil* çalışması...



www.ithaki.com.tr

facebook.com/ithakiyayin



twitter.com/ithakiyayin

İnternet satışı:

Ücretsiz PDF Kitap Arsivi - <https://rantey.org>

Tıp Bu Değil 2
Ilknur Arslanoğlu

İthaki Yayınları - 833

Yayın Eşgüdümçüsü: Kaan Arslanoğlu
Yayın Danışmanı: Ali Rıza Üçer
Yayına Hazırlayan: Yankı Enki
Kapak Uygulama: Şükrü Karakoç
Kapak İllüstrasyonu: Ilknur Arslanoğlu
Sayfa Düzeni ve Baskıya Hazırlık: Şükrü Karakoç
1. Baskı, Şubat 2013, İstanbul

ISBN: 978-605-375-264-6

Sertifika No: 25001

© Ilknur Arslanoğlu, 2013
© İthaki, 2013

İthaki™ Penguen Kitap-Kaset Bas. Yay. Paz. Tic. Ltd. Şti.'nin yan kuruluşudur.
Bahariye Cad. Dr. İhsan Ünlüer Sok. Ersoy Apt. A Blok No: 16/15 Kadıköy - İstanbul
Tel: (0216) 348 36 97 Faks: (0216) 449 98 34
ithaki@ithaki.com.tr – www.ithaki.com.tr – www.ilknotka.com

Kapak, İç Baskı: Deniz Ofset Matbaacılık
Gümüşsuyu Cad. Topkapı Center, Odin İş Merkezi No: 403/2 Topkapı-İstanbul
Tel: (0212) 613 30 96 Faks: (0212) 613 51 97
Ücretsiz PDF Kitap Arşivi - <https://trantey.org>

TIP BU DEĞİL 2

Editör: İlknur Arslanoğlu

YAZARLAR

Akif Akalın, Dr., İ. Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Anabilimdalı, Toplumcu Tıp Seminerleri yürütücüsü.

Peri Arbak, Prof. Dr., Göğüs Hastalıkları uzmanı, Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilimdalı başkanı. SES Düzce eğitim sorumlusu.

Hazar Arısoy, Dr., Ulusal Parti MYK üyesi.

Ilknur Arslanoğlu, Prof. Dr., Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Endokrinoloji Bilimdalı.

Kaan Arslanoğlu, Dr., Psikiyatri uzmanı, yazar.

Pınar Aydın, Prof. Dr., Göz Hastalıkları uzmanı, Nöro-Oftalmoloji uzmanı, Uluslararası Göz Birliği Etik Komisyonu Başkanı, müteveli heyet üyesi, sanat yazarı.

David Beran, MSc, PhD, Cenevre Üniversitesi, öğretim üyesi, araştırmacı.

Hüseyin Çoban, Dr., Ortopedi uzmanı, Antalya.

Çağdaş Derdiyok, Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi altıncı sınıf öğrencisi.

Mevlüt Durmuş, Uzman Biyolog.

Osman Elbek, Doç. Dr., Göğüs hastalıkları uzmanı, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, yazar.

Osman Gürsel Erkılınç, Dr., Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanı., Mersin.

Cansu Fırıncı, oyuncu, yazar, şair.

Nihat Genç, yazar, eski sağlık emekçisi.

Çiğdem Gül, hemşire, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Hastalıkları Anabilimdalı.

Serdar Gürel, Dr., Aile Hekimliği uzmanı, Başkent üniversitesi Tıp Eğitimi Anabilimdalı öğretim görevlisi.

Gülümser Heper, Prof. Dr., Ankara Özel Yüzüncü Yıl Hastanesi, yazar.

Mutluhan İzmir, Dr., Psikiyatri uzmanı, yazar.

Taylan Kara, Dr., Radyoloji uzmanı, yazar.

Hüseyin Karakaya, Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi altıncı sınıf öğrencisi.

Dinçer Korkmaz, Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Patoloji Laboratuvar teknikeri. SES işyeri temsilcisi.

Nurullah Kurutkan, Yard. Doç. Dr., Düzce Üniversitesi İşletme Fakültesi.

Nihat Küçükarslan, Dr., emekli sağlık ocağı hekimi.

Yaman Örs, Prof. Dr., Deontoloji ve Tıp Tarihi uzmanı, felsefeci, yazar.

Ahmet Özdoğan, Prof. Dr., Kulak Burun Boğaz Hastalıkları uzmanı, 1. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, KBB Anabilimdalı.

Atilla Özsever, Yard. Doç. Dr., gazeteci-yazar-iktisatçı, Maltepe Üniversitesi, Yurt Gazetesi.

Ersin Öztürk, Dr., Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Hastalıkları Anabilimdalı asistanı.

Merve Sivil, 1. Ü. İstanbul Tıp Fakültesi dördüncü sınıf öğrencisi.

Ceren Soğukpınar, 1. Ü. İstanbul Tıp Fakültesi dördüncü sınıf öğrencisi.

Başar Can Turgut, Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi altıncı sınıf öğrencisi.

Fatma Türkan, hemşire, Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi. SES Düzce YK üyesi.

Ali Rıza Üçer, Dr., Radyasyon Onkolojisi uzmanı, Ankara Onkoloji Hastanesi, Tıp Kurumu genel sekreteri, yazar.

Yağız Üresin, Prof. Dr., 1. Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Farmakoloji Anabilimdalı başkanı, yazar.

Uğur Yılmaz, Dr., Genel Cerrahi uzmanı Antalya.

İÇİNDEKİLER

Editörden / İlknur Arslanoğlu	1

BÖLÜM 1- TIBBIN FELSEFESİ, SİYASETİ

Permakültür ve Sağlık / Akif Akalın	9
Tıp Bu Değil Neden Okunmalı / Peri Arbak	21
David Beran / Diyabetin “Niçin”lerini Sorgulamak: Sağlık Sistemlerinin Rolü	34
Kolesterolden Kapitalizme / Mevlüt Durmuş	42
Tavuklar Neden Depresyondalar? / Mutluhan İzmir	54
Tıp ve Felsefeleşme / Yaman Örs	65
Kişisel Tıp / Yağız Üresin	84

BÖLÜM 2- TIP ÖĞRETİMİ ve EĞİTİMİ

Tıp Fakültelerinden Sesler Geliyor... / Çağdaş Derdiyok, Başar Can Turgut, Hüseyin Karakaya	101
Tıp Eğitimi Değişmeli mi? / Serdar Gürel	114
Hayallerim ve Gerçekler / Ersin Öztürk	129
Tıp Öğrencisi Kimdir, Kime Dönüşür? / Merve Sivil	132
Tıp Öğrencisi Tıp Fakültesinde Ne yapar? / Ceren Soğukpınar	141

BÖLÜM 3 - SAĞLIK EMEKÇİLERİ ve TIP

Hayat, Sağlık, Hekimlik Bu Değil / Osman Gürsel Erkılınç	149
Bu Meslek Sevmeden Yapılmaz / Çiğdem Gül	168
Sağlık Çalışanları Gözünden Sağlığa Bakış / Dinçer Korkmaz	171
Yaralayan Modern Tıp / Fatma Türkan	187

BÖLÜM 4 - TIPTA TEMEL SORUNLAR

Doktor Kadar İnsan da Olabilmek / Hazar Arısoy	193
Medikal Usulsüzlük ve Yolsuzluk / Hüseyin Çoban	199
Andromeda Tıbbının Temel İlkeleri / Taylan Kara	223
Meslek Sosyolojisi ve Sağlıkta Dönüşüm Programının Hekimlik Mesleğine Yansımaları / Nurullah Kurutkan	228
Türkiye’de Eğitim ve Tıp / Nihat Küçükarslan	243
Sağlıkta Dönüşüm Programının Yarattığı Talep Patlaması / Ali Rıza Üçer	257
Çağımızın Vebası Modern Tıp / Uğur Yılmaz	280

BÖLÜM 5 – FARKLI KONULAR ÜSTÜNE

Sanatta Hekimlik ve Etik / Pınar Aydın	289
Tütün Kontrolü / Osman Elbek	298
Brecht’in Bir Oyununda Fuhuş “Sektörü” ve Kapitalizmde Sağlık / Cansu Fırıncı	319
Küba’nın Üstün sağlık Sistemi / Gülümser Heper	327
Zehirleniyoruz! / Ahmet Özdoğan	360
Sağlık Hakkı ve Sendikal Günahlar / Atilla Özsever	365
“Tıp Bu Değil”se Çözüm Ne? / Kaan Arslanoğlu	381

BÖLÜM 6 – BİR MEKTUP

Aydemir Yalman	395

BÖLÜM 7 - BİR ÖYKÜ

Kalk Ali / Nihat Genç	403

Editörden

İlknur Arslanoğlu

“Tıp Bu Değil” adlı birinci kitabımızın yayımlanmasının üzerinden altı ay geçti. Bu geçen altı ayda ve sonrasında çıkışımızın etkisiyle neler değişti/değişecek zaman gösterir, ama en azından paradigma değişimi beklemek akılcı bir öngörü olur. Kitaba beklediğimizden bile fazla ilgi gördüğümüzü düşünüyoruz. Üstelik olumsuz tepkilerden korkarken meslektaşlarımız ummadığımız ölçüde destek verdi. Medyada ve düzenlenen salon toplantılarında okurlarımızla buluşabildik. Bunların kısa bir dökümünü az ileride görebilirsiniz.

Sağlık sistemine bakışta paradigma değişimi... Kişisel ilişkilerimizde veya yayın organları aracılığıyla kamuoyu önündeki paylaşımlarımızda şuna benzer görüşler iletiliyor: “Herkes bir şeylerin yolunda gitmediğinde hemfikir, ama siz konuya daha öncekilere göre farklı bir açıdan yaklaştınız,”; “Gidişin gidiş olmadığını birçok kişi gördüğü halde siz ‘kral çıplak!’ dediniz.” Bu arada tıbbi oturduğu yanlış kalıpların dışına çıkarmaya çalışan başka olumlu girişimler de var. İstanbul Tıp Fakültesi’nde yürüten Toplumcu Tıp Seminerleri ve Türkiye’de ilk kez eğitim programına konan Toplumcu Tıp Dersi. Emegi geçenlerin başında ise Prof. Dr. Zeynep Solakoğlu, Dr. Akif Akalın ve Dr. Ozan Toraman geliyor. O kapsamda 2012 Ekim ayında yapılan

seminerlerden birinin konusu “Tıp Bu Değil”di.

Bize eleştiri ve katkılarını ileten birçok okurumuzda, hiç değilse daha sonraki kitaplarımızda daha açık çözüm önerileri sunmamız yönünde beklentiler vardı. Ancak şimdiki kitapta da bu dilek kısmen karşılık bulmuş olacak. Bunun birçok nedeni bulunuyor. Öncelikle devam kitabımızda konunun açılımını sürdürmek istedik ve çok sayıda yeni yazara yer verdik. Tabii ki onlar da önce mevcut durumun çözümlemesini yapmayı yeğlediler. Diğer bir neden de sağlık konusunun insan kültüründeki en kapsamlı, ağırlıklı ve çok bileşenli olgulardan biri olmasından ötürü nesnel koşullar içinde gelişen bir sürece müdahale etmenin, bileşenlerini çözümlemeden madde madde öneriler sunmanın zorluğudur. Bence önemli bir başkası da öneri getirirken olguyu neresinden tutacağına karar vermenin zorluğudur. Yani radikal-devrimci bir bakış açısıyla temelden bir sistem değişikliği mi, revizyonist veya iyileştirmeci bir yaklaşımla elimizdekilerle neler yapılabileceği mi? Konu acil, hem hizmet alan hem hizmet veren hayati tehdit altında! O halde derhal sorunun bir ucundan tutmak gerek.

İlk kitabımızda, dördüncü baskısında sayıları artan destek imzacısı meslektaşlarımızın adlarına da yer vermiştik. Yazarlarımız dışındakileri yeniden saymakta yarar görüyorum. Dr. Akif Akalın, Dr. Alp Özkan, Dr. Bülent Akman, Dr. Ercan Duman, Dr. Erdoğan Özden, Dr. Hasan Basri Aksoy, Dr. Mehmet Altınok, Dr. Murat Döşoğlu, Dr. Nihat Beşikçi, Dr. Nurşin Kaynarca Külcü, Dr. Osman Gürsel Erkılınç, Dr. Orhan Aybers, Dr. Selçuk Koçlar, Dr. Taylan Kara. Onlara en son Dr. Salih Küçükoğlu katıldı. Bunlardan bazıları bu kitapta yazarımız oldu. Sözel ve yazılı destek bildiren dostlarımızın sayısı daha da çoğaldı ama şimdilik bunu kitapta imzacılar bölümü olarak değerlendirmedik.

Önceki yazarlarımızdan Prof. Dr. Ahmet Aydın, Dr. Yavuz Dizdar, Doç. Dr. Bülent Kara'nın bu kitapta makaleleri yer al-

miyor. Fakat destekleri elbette artarak devam etmekte. Yine değerli yazar Mustafa Sönmez'den de bu kitap için makale almadık. Sönmez, Cumhuriyet'te güzel bir yazıyla ilk kitabımızı duyurmuştu. Keza Dr. Tolga Binbay'ın da bu kitapta yazısı yok. Eski yazarlarımıza bir kez daha teşekkür ediyorum. Daha önceki on üç yazarımızdan sekizinin ikinci kitapta da yazıları bulunmakta.

Bu kitap yedi bölüme ayrılıyor. Tıbbın Felsefesi ve Siyaseti, Tıp Öğretimi ve Eğitimi, Sağlık Emekçileri ve Tıp, Tıpta Temel Sorunlar, Farklı Konular Üstüne, Bir Mektup, Bir Öykü. Otuz dört yazarımız Yaman Örs gibi usta felsefecilerden genç hemşire ve tıp öğrencilerine varan geniş bir yelpazeyi temsil ediyor.

Bir Yazarımız Sürgün Edildi

Kafamızda “Tıp Bu Değil” itirazının yükselmesine geçtiğimiz yıllardaki sağlam makaleleriyle neden olanlardan biri de önceki kitabımızın yazarlarından Uğur Yılmaz'dı. Bu kitapta da bir makalesi bulunmakta.

Dr. Uğur Yılmaz kitabımızla ilgili olarak 26.7.2012 tarihinde TGRT'de yayımlanan Gündem adlı programa telefon bağlantısıyla katılmış, birkaç dakika süreyle görüşlerini açıklamıştı. Aynı programda stüdyo konuğu olarak üç yazarımız daha vardı. Uğur Yılmaz bu konuşması nedeniyle kovuşturmaya uğradı ve kınama cezası aldı. Yaptığı itiraz üzerine ceza kaldırıldı. Fakat aynı süreç içinde Uğur Yılmaz Antalya ilindeki geniş çaplı, büyük bir medikal yolsuzluk olayının üstüne gitti ve elindeki belgelerle birlikte savcılığa suç duyurusunda bulundu. Sonrasında kınama cezasının kaldırılmasının kısa bir süre ardından Eskişehir'e kendi isteği olmaksızın tayini çıkarıldı. Arkadaşımız bu konuyla ilgili olarak da hukuki süreç başlattı.

İşin aslı bu çalışmaya girerken böylesi baskı ve saldırıları beklemiyor değildik. Bereket ki ufak tefek veya gizli kötülükler, taş koymalar dışında kayda değer ilk mağduriyeti bu şe-

kilde yaşadık. Kitabımızın yazarlarından biri olması ve bu nedenle de baskıya maruz kalması nedeniyle vicdani sorumluluk duyarak konuyu SGK'nın üst düzey bir yetkilisiyle görüştüm. Soruna olumlu yaklaşan bu yetkili problemle ilgileneneğini belirtti. Ayrıca aynı konu bir soru önergesiyle TBMM gündemine taşındı. Yapılan haksızlığın giderilmesi için takipçi olacağız.

“Tıp Bu Değil” Basında Büyük İlgi Uyandırdı

Kitabımıza ilk destek değerli büyüğümüz Prof. Dr. Ahmet Rasim Küçükusta'dan kendi web sayfasında geldi. Dr. Erdal Atabek, hekim örgütlülüğümüzün ve ülke aydınlarının saygın bir duayeni olarak Cumhuriyet'e yazdığı makaleyle önemli katkı sağladı. Bunu peşi sıra Aysel Sağır'ın Aydınlık'taki söyleşi, Haber 7 internet sitesinin geniş ve ayrıntılı haberi takip etti. Önceki kitabımızın yazarlarından Mustafa Sönmez yine Cumhuriyet'teki makalesiyle çalışmayı duyurdu. Aslı Tohumcu Radikal'de sevimli bir yazıyla başka bir açılım sağladı. Can Ertan dostumuz Bursa Haber'de sundu. Prof. Dr. Kor Yereli, Medimagazin'deki makalesiyle desteğini bildirdi. Melih Aşık, her zamanki gibi Milliyet'te bize ilgisini esirgemedi. Alev İşler, Burası Düzce Gazetesi'nde hoş bir makale kaleme aldı. Müjgan Halis, Sabah'ta ilgi çekici bir haber yaptı. Dr. Ceyhun Balcı'nın Cumhuriyet Bilim-Teknoloji ekindeki yazısı yine önemli bir destektir. Kürşad Oğuz, aynı adlı televizyon kanalında program yapmakla kalmadı Haber-Türk gazetesinde de bir yazı yazdı. Zafer Köse, mutluhaberler.com'da, önceki yazarlarımızdan Yavuz Dizdar, Dünya Gazetesi'nde birer makale yayımladılar. Sosyalist solun önemli isimlerinden Haluk Yurtsever'in Kitap Postası'ndaki geniş yazısı bizim için cidden anlamlıydı. Ali Şimşek Birgün Kitap'ta kitabımızın tanıtımına yer verdi. Düzce'deki toplumsal hareketin bir tanesi Sevgili Ulviye Dikmen Burası Düzce'deki makalesiyle gerçek bilime, bilimselliğe vurgu yaparak bizleri onurlandırdı. Eser Demirkan'ın, Cumhuriyet

Kitap'taki yazısı kitabın ruhunu tam olarak kapmış, üstüne de katmış bir çözümleme olarak bizleri sevindirdi. Gökçe Fırat, Türk Solu'ndaki geniş makalesiyle kitabın ve oluşumun önemi-ne işaret etti. Dr. Derya Şentürk, kanitlar.com da kitaptan yaptığı alıntı makalelerle daha geniş bir hekim kitlesine ulaşmamıza yardım etti. Ahmet Yıldız gercekedebiyat.com da bizlere destek verdi. Bu kitap yayına hazırlanırken en son yazıyı Aydınlık Kitap'ta Osman Budak yazdı. Adını andığımız, anamadığımız herkese içten teşekkürler.

Görsel ve Sesli Olarak da Kitabı Anlattık

Kitapla ilgili olarak geniş zamanlı programlara çıktık: TGRT'de Gündem (Murat Yalnız), Haber-Türk'de Türkiye'nin Nabzı (Kürşad Oğuz), Ulusal Kanal'da Bilim Ve Toplum (Prof. Dr. Şadi Yenen, Prof. Dr. Kürşat Yıldız), A Haber'de Deşifre (Mehmet Ali Önel), Karadeniz TV'de Ceviz Kabuğu (Hulki Cevizoglu), TRT-1 Radyo'da Hayatın Gerçekleri (Filiz Yentürk). Bu programlarda emeği geçen herkese sevgiler, saygılar gönderiyoruz.

Yüzyüze toplantılarda da kitapla ilgili görüşlerimizi ifade olanağı bulduk. Bunlardan bir diğeri Türk Üroloji Derneği'nin Harbiye'deki toplantısıydı. Bizi çağıran arkadaşımız sevgili Prof. Dr. Ateş Kadioğlu'na ve tüm ilgililere teşekkürlerimizi sunuyoruz. Çağrıldığımız birçok yere de gidemedik, onlardan da özür diliyoruz.

“Tıp Bu Değil” Yurtdışına da Açıldı

Geçenlerde Dünya Çocuk Diyabeti Kongresi (ISPAD 2012) İstanbul'da yapıldı. Benim de bir yandan temel ilgi alanım olması nedeniyle büyük bir istek ve heyecanla, diğer yandan “endüstriyel tıbbın yansımalarını göreceğim” olumsuz önyargısıyla katıldığım bu kongrede ilk günün sabahı açılış seremonisinden sonraki konuşma (ki bu ağır toplara verilir) David Beran

adlı İsviçre’den genç bir akademisyene aitti. Kaderin cilvesi “tıp bu değil” izleği beni burada da yakalamıştı. Özetle “Diabetes için sağlık sistemini yeniden mi tanımlamalıyız?” başlıklı konuşmayı büyük ilgiyle izledim ve bitince kendisine yazarlık önerdim. Bu kitapta bizim için yazdığı makalesine İngilizce ve Türkçe olarak yer verdik. Yani artık mızrak çuvala sığmıyor ve dünya da “tıp bu değil” diyor.

Çözüm Önerilerim

Kitabımızın hacmi önleyemediğimiz ölçüde fazla büyüdüğü için ben bir bölüm kapamadım, o yüzden kendi çözüm yaklaşımlarımdan üç küçük paylaşım yapmak istiyorum. Biri, sağlık hizmetinin temel örgütlenişiyle ilgili. Bir yandan diyoruz ki, tıp mühendisleşiyor, insan sıcaklığını yitiriyor, uzmanlaştıkça fazla merkezileşerek insanlardan hem fiziksel (büyük merkezlere uzaklık-ulaşım) hem manevi (hastayı iyileştirmekten çok akademik veya parasal koleksiyonerlik) anlamda uzaklaşıyor. Ama diğer yandan da genetik ve teknolojik gelişmelerden mahrum kalmaması gereken bir kronik hasta kesimi var. Yerel hekimler (aile hekimi vb.) hastaya daha yakınlar, onu insani açıdan ele alma şansına daha çok sahipler, ama ileri tanı ve tedavi olanakları kısıtlı. İleri uzmanlaşmış hekimler ise çok sayıda başvurana hizmet verdiğinde “insani temas”a daha az olanak yaratabiliyor, daha kestirme, hızlı ve teknolojik yaklaşımda bulunabiliyor. Bunun aşılabilmesi için iki düzeyin çok uygun bir eğitim ve örgütlenmeyle birleştirilmesi gerekli. İki düzey arasında iyi bir danışma sistemi kurulmalı, randevularla, mesafelerle, teknik terimlerle hasta değil birinci basamak hekimi uğraşmalı.

Benim paylaşmak istediğim başka bir öneri ise hekim-hasta ilişkileriyle ilgili. Tıp fakültesi ve uzmanlık öğrencilerine mutlaka davranış ve iletişim eğitimi verilmeli. Hekim buyurgan rolünü terk etmeli.

Üçüncüsü koruyucu hekimlikle ilgili. Akut hastalıklarda tetkik ve tedavinin endikasyon (yani doktorun gerek görmesi) eşiği çok çok yukarılara çekilmeli (yani şart değilse yapılmamalı), bunun yerine bedenin kendini iyileştirme gücü desteklenmeli. Kronik hastalıkların ise neden arttığının örtbas edilmesinden vazgeçilerek çevre, toplumsal yaşam, işyeri koşulları yepyeni bir bakış açısıyla ele alınmalı.

Sağlık sistemi eleştirisinden beklenen bir şey de iktidar ve muhalefetin icraatının nasıl görüldüğüdür. Her ikisinde de ‘şecaat arz ederken’ bile kötüye gidişin vagonlarından inilemeden icraat, eleştiri veya çözüm üretilmeye çalışıldığını özetle söyleyebiliriz. Karşılıklı kavga havasında gözüken etkin taraflar aslında aynı küresel “modern” tıp sistemini “doğru” kabul eden taraflar. Sonuçta, biraz ayrıntılandırırsak, hem siyasi muhalefetin (CHP, MHP, BDP, sol partiler) hem mesleki muhalefetin (Tabipler Birliği, SES) Kamu Hastane Birlikleri, performans sistemi, katkı payları, güvencesiz istihdam, özel hastaneciliğin artması gibi konularda eleştirilerinde haklı olduğunu; ancak tam gün, aile hekimliği, sezaryenlerin ve gereksiz ilaç tüketiminin aşağı çekilmeye çalışılması gibi konularda yapıcı eleştiri yerine cepheden karşı çıkmalarının faydacı veya yanlışa hizmet eden bir yaklaşım gibi görüldüğünü söyleyebiliriz. Sağlık Bakanlığı’nın bazı noktalarda, örneğin otomasyonla usulsüzlüklere karşı, bazı kampanyalarla (sigaraya, obeziteye) karşı olumlu adımlar attığını; bazı yeniden yapılanmaların (hastanelerin tıpdışı disiplinler tarafından denetlenmesi, gereksiz tetkiklere karşı caydırıcı önlemler, hekimlerin değil kurumların performansının denetlenmesi...) daha çok dünya ölçeğindeki sağlık sisteminin tasarrufu olduğunu, buna ayak uyduran Sağlık Bakanlığı’nın aslında ödevini iyi yaptığını, bu gidişin aşırı tıp uygulamalarına meydan veren kısmının sermaye çevrelerine hizmet ettiğini, ama bazı denetim ve revizyonların hem kapitalist hem antikapitalist çevrelerce istenen uygulamalar

sayılması gerektiğini belirtebiliriz. Ama AKP iktidarının sağ-
lığa zararlı yönünün asıl tıpdışı alanlarda (2B, GDO, HES...) aranması gerektiğini kendi görüşlerim olarak sıralayabilirim.

Kitapla Başbaşa

Yazarlarımızın yazılarını okudukça sağlık alanında ne ka-
dar farklı ve derin sorunlar bulunduğunu, bunlara çözümlerin
bir yandan ne kadar zor, öte yandan ne kadar kolay olduğunu
göreceksiniz. Başta da belirttim, ana amacımız temel bir bakış
açısı değişikliği, paradigma değişikliği yaratmaktır. Hem tıp
camiasında hem de özellikle tüm toplumda sağlığa bakıştaki
anlayışın tümünden değişmesi her çözümlün önkoşuludur.

BÖLÜM 1

TIBBIN FELSEFESİ, SİYASETİ

PERMAKÜLTÜR ve SAĞLIK

Akif Akalın

Geçtiğimiz birkaç yıl içinde hızla gelişerek, ülkemizin batı sahillerinde yaygınlaşmaya başlayan bir akım permakültür. İsim İngilizce Permanent Agriculture (kalıcı tarım) sözcüklerinden türetilmiş. Permakültürün “Doğadaki insan yerleşimlerini, doğal ekosistemlerden örneklenen ziraat uygulamaları ve sürdürülebilirlik görüşüne göre uygulayan bir ekolojik tasarım anlayışıdır” ya da “doğal ekosistemlerin çeşitliliğine, istikrarına ve esnekliğine sahip olan tarımsal olarak üretken ekosistemlerin bilinçli tasarımı ve bakımlarının sağlanmasıdır” gibi “süslü” tanımları da var fakat hareketin öncülerinden Filiz Telek, permakültürü “doğanın dilinden anlamak, doğayı dinlemek, doğanın işaretlerini okuyabilmek” olarak tanımlamış*.

Permakültür pratikleri, kerpiç gibi malzemeler kullanarak barınaklar yapmaktan –tarımı doğal yöntemler kullanarak sürdürmeye, enerji için doğal kaynaklara yönelmekten–, atıkları yeniden değerlendirmeye kadar giden son derece geniş bir yelpazeye yayılıyor. Kırsal alanlarda büyümüş olanlarımız, “bun-

* Bkz. <http://www.ntvmsnbc.com/id/24953276/#storyContinued>.

lar zaten bizim köylerimizde binlerce yıldır bildiğimiz, uyguladığımız şeyler; yeni bir şey yok,” diyebilirler. Gerçekten de doğru. Zaten permakültürcüler de “yeni” bir şey icat ettiklerini söylemiyorlar:

Anadolu’da mevcut, mevcut olmasına bu bilgelikler; ama dünyanın her yerinde olduğu gibi hızla tükeniyor, tüketiliyor; değişen yaşam koşullarıyla birlikte yeni nesillere aktarılamadan kaybolup gidiyorlar. Permakültürün kattığı değer de tam burada: Yaşama dair bu bilgeliklerin tekrar kullanılarak popüler kültüre alternatif bir yaşam tarzı sunuyor bizlere...

Bugün Ege kıyılarında permakültür uygulamak amacıyla bir araya gelmiş insanlardan oluşan birçok grup var. Bunlardan bir kısmı iyi niyetle bir şeyler yapmaya çabalarken, bir kısmı şimdiden işi ticarete (eğitimler, “organik” ürün satışı vb.) dökmüş. Daha kurulu bir kaç yıl olmadan “iktidar” hırslarıyla bölünen gruplar var. Kuşkusuz, konunun ticaret boyutuyla meşgul olanlar ya da kendilerine küçük iktidar alanları yaratmaya çalışanlar ilgi alanımıza girmiyor; fakat permakültürü “sadece tarım ya da bahçeyle ilgili değil, yaşamın tümünü kapsayan bir yaşam felsefesi” olarak görenlerle birlikte permakültür içinde bir *Permanent Health* (kalıcı sağlık) veya kısaca *permahealth* anlayışı oluşturulabilir umuduyla –şimdilik– sanal ortamda bir çalışmanın içine girdik*.

Kalıcı Sağlık Anlayışı Üzerine

Her ne kadar Dünya Sağlık Örgütü tarafından *sağlık*, geçen yüzyılın ortalarında “yalnızca hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal ve toplumsal bakımdan tam bir iyilik hali” şeklinde tanımlanmış olsa da, bu tanım kâğıt üzerinde kalmış, sağlıkçılar dahil toplumların geniş kesimleri sağlığı “hasta veya sakat olmamak” ya da “kendisine

* Bkz. http://www.facebook.com/index.php?stype=lo&lh=Ac_JCfW7WJWkeQ9K#!/groups/permahealth.

rahatsızlık (özellikle ağrı) verecek, işini yapmasına engel olacak bedensel (ve/veya ruhsal) bir yakınması olmamak” olarak anlamıştır. Kuşkusuz sağlık bu şekilde anlaşıldığında, sağlık hizmetleri ve tıp da, bu anlayışın gerektirdiği gibi, insanlara hastalandıklarında hizmet sunan kurumlar şeklinde örgütlenmiştir.

Sağlığa hasta veya sakat olmamak çerçevesi içinde bakıldığında, bir başka deyişle sağlık hastalıktan ayrı düşünülmediğinde, sağlık sorunları denince insanların aklına hastalık sorunları gelmektedir.

Bireysel ölçekte kişi, yalnızca bir yakınması olduğunda bir sağlık sorunu olduğunu düşünmektedir. Herhangi bir yakınması olmayan insanlar, kendilerini sağlıklı olarak tanımlamakta ve mutlu hissetmektedir:

International Social Survey Program (ISSP), Türkiye dahil 45 ülkede sağlık konulu bir toplumbilim çalışması yürütmekte ve elde ettiği verileri kamuoyu ile paylaşmaktadır. Bu raporlardan biri, Ali Çarkoğlu (Koç Üniversitesi) ile Ersin Kalaycıoğlu (Sabancı Üniversitesi) tarafından “Türkiye’de Sağlık: Toplumbilimsel bir Değerlendirme” başlığı ile yayınlanmıştır. Bu çalışmada deneklere sağlık durumları hakkında ne düşündükleri sorulduğunda, deneklerin %72’si de kendi sağlıklarının “iyi, çok iyi veya mükemmel” olduğunu belirtmiştir*.

Toplumsal ölçekte ise insanlar sağlık sorunu dendiğinde, sağlık hizmeti olarak anladıkları hastane veya hekimlik hizmetlerine erişim sorununu algılamaktadırlar. Yani toplumsal ölçekte bakıldığında çoğu insan için hastalanma veya yaralanma olaylarının “kendisi” değil, bu olaylar gerçekleştikten sonra bunların zararlarını giderecek hizmetlere erişmek sorundur. Buradan hareketle insanların çoğu sağlık sorunlarının çözümü olarak hastane veya hekimlik hizmetlerine erişim önündeki engellerin kaldırılmasını (sosyal güvence, ulaşılabilir ve ye-

* Bkz. <http://spm.ku.edu.tr/wp-content/uploads/pdf/turkiyedesaglik.pdf>.

terli hastane, hekim sağlanması) görmektedir. ISSP tarafından yapılan çalışmanın sonuçları bunu çok açık bir şekilde ortaya koymaktadır: *Deneklerden yalnızca %3.5'i sağlık sorunlarını Türkiye'nin en önemli sorunları arasında tanımlamıştır.*

ISSP'nin bu çalışmasının medyaya düştüğü günlerde TMMOB Makine Mühendisleri Odası tarafından yayınlanan “İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği” başlıklı bir rapor tam bir ironi sergilemekteydi: “[ü]lkemizde ise her gün 176 iş kazası olmakta, 3 işçi yaşamını kaybetmekte ve 5 kişi iş kazası sonucu iş göremez hale gelmektedir”; bu rakamlarla Türkiye, iş kazalarında Avrupa’da birinci, dünyada üçüncü sıraya yerleşmiştir*.

İnsanlarımızın, ülkemizde neredeyse her aileden birinin ya canını alan ya da sakat bırakan işçi sağlığı sorunlarından haberdar olmamaları mümkün mü? Kuşkusuz hayır. Fakat insanlar kendilerine sorulduğunda bunlardan bahsetmiyorlar, çünkü bunları sağlık sorunu olarak görmüyorlar. İnsanlarımız için önemli olan iş kazası geçirdikten sonra kaldırıldıkları hastanede kendilerinden sağlık güvencesi sorulmadan gereksinim duydukları müdahalenin yapılması... Uluslararası Çalışma Örgütü iş kazalarının %98’inin önlenabilir olduğunu söylemiş**, ne gam!

Bu “sağlık” anlayışının Sağlık Bakanlığı’mızın etkinliklerinde de kendisini açıkça gösterdiğini görmek mümkün. Bakanlık çalışmaları her yıl Sağlık İstatistik Yıllıkları adı altında yayınlanır. Son Yıllık’ta “Hastalıkların Önlenmesi ve Sağlığın Korunması” başlığı altında, aşılama ve bağışıklama oranları, gebe, bebek, çocuk ve kadın izlemleri, hastanede doğum oranları ve gebelikten korunma yöntemlerine ilişkin veriler var***. Bu

* Bkz. http://www.mmo.org.tr/resimler/dosya_ekler/e2a852565a099c2_ek..pdf.

** Altundaş, E. (2011), “Kapitalist Üretim Tarzı ve İş Kazaları”, Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, 40: 11 – 16.

*** Bkz.http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/saglik_istatistikleri_yilligi_2010.pdf.

verilerin ne kadar güvenilir olduğu bir yana, bu başlık altında yalnızca yukarıda sayılan verilerin toplanması, Bakanlığın “Hastalıkların Önlenmesi ve Sağlığın Korunması” konusundan ne anladığını veya bu konulara yaklaşımını sergilemesi bakımından önemlidir:

Eğer sağlığı yalnızca *hasta veya sakat olmamak* olarak algılıyorsanız (sağlığa biyomedikal yaklaşım) ve insanların ruhsal ve toplumsal bakımdan “iyi” olup-olmalarının sizce sağlığı açısından bir değeri yoksa (bir başka deyişle Dünya Sağlık Örgütü’nün sağlığa biyo-psiko-sosyal yaklaşımı benimseyen tanımını önemsemiyorsanız), kendinizi Bakanlığın sunduğu *tıbbi müdahale* göstergeleriyle (kişiyeye yönelik koruyucu hekimlik hizmetleri) sınırlayabilirsiniz. Dahası, Bakanlık kendisini yukarıdaki göstergelerle sınırlayarak sadece sağlığa değil, hastalıklara veya hastalıkların etiyojisine (nedenlerine) ilişkin düşüncesini de yansıtmaktadır. Bu verilerden Bakanlığın, hastalıkların aşılama ve bağışıklama çalışmalarıyla ve düzenli izlemlerle önlenebileceğine ve sağlığın korunabileceğine inandığı sonucu ortaya çıkmaktadır. Oysa Dünya Sağlık Örgütü tarafından benimsenen Sağlığın Toplumsal Belirleyicileri yaklaşımına göre, hastalıkların nedeni Bakanlığın sandığı gibi salt biyolojik etmenler değil, başta beslenme, barınma, eğitim, erken çocukluk bakımı olmak üzere toplumsal etmenlerdir* ve bu nedenle sağlık salt *tıbbi müdahale*lerle korunamaz.

Buraya kadar sağlığın *ne olmadığını* tartışmaya çalıştık. Sağlık *hastalık veya sakatlığın yokluğu* değildir. Sağlık, hastalandığımızda yardım almaya gittiğimiz hekim, hastane ve bunların sunduğu hizmetler *değildir*. Sağlık, bütün bu sayılanları içeren, ama bunların çok üstünde bir şeydir. Sağlık, yaşamın kendisidir. O halde sağlıklı olmak, *yaşamın dilini anlamak, yaşamla dost olmak* demektir. Kalıcı bir sağlık, ancak yaşamın dilinden

* Bu konuda detaylı bilgi için bkz. M. Marmot ve R. Wilkinson (2010), Sağlığın Sosyal Belirleyicileri, İstanbul: INSEV.

konusmakla mümkündür. Bu nedenle, permakültür etkinlikleri içinde bir sağlık kurumu, bir sağlıkçı istihdamı değil, sağlık kültürünün permakültürcüler arasında paylaşılması ve yaygınlaştırılması gerektiğine inanıyoruz. Aksi halde değil aile hekimliği, her ailede bir hekim olsa; her köye tam teşekküllü eğitim ve araştırma hastaneleri açılrsa dahi insanlar sağlıksız olmaya ve yaşamaya devam edecekler, hiçbir tabip yaralarına merhem olamayacaktır.

Kalıcı Sağlık İçin Neler Yapılabilir?

Sağlıklı olabilmek ve sağlıklı kalabilmek için ilk ve en önemli koşul, sağlık ve sağlığı tehdit eden etmenler hakkında doğru bilgilere, iyi bir sağlık bilincine ve kültürüne sahip olmaktır. İnsanın sağlığa ilişkin bilgisinin, sağlık bilinci ve kültürünün tarihsel süreçte gelişimi izlendiğinde bu açıkça görülebilir.

Bugün, bilim ve teknoloji insanların binlerce yıl önce nasıl yaşadıkları hakkında detaylı bilgiler sunmaktadır. Özellikle yazının bulunmasından sonraki dönemlere ilişkin oldukça geniş bilgilere sahibiz. Bu bilgiler bize eski toplumların hastalıkları *ilahi olaylar* olarak tanımladıklarını söylüyor. Örneğin Sümerler, tanrıların onları kendilerine yasaklanan şeyleri yaptıklarında cezalandırdıklarına inanıyorlardı. Kuşkusuz Sümerlerin sağlık hizmetleri de bu sağlık anlayışının bir ürünü olarak ortaya çıktı: İnsanlar sağlıklarını korumak (hastalanmamak) için tanrıların kurallarına uymaya çalışıyor (*koruyucu sağlık hizmetleri*) ve hastalandıklarında şamanlar (*hekimler, sağlıkçılar*) kanalıyla tanrıya dua ediyor, kurbanlar veriyorlardı (*tedavi hizmetleri*)*.

Günümüzde dahi bazı amansız hastalıklara yakalanan insanların, *“tanrım ne günah işledim de bana bu cezayı verdin”* şeklindeki yakarıları bu dönemlere bir referans olabilir mi?

Eski Yunanistan’da sağlığı göklerden yere indiren insan, iklim ve çevresel koşulların, beslenme alışkanlıklarının vb. sağ-

* Eren, N. (1996), *Çağlar Boyunca Toplum, Sağlık ve İnsan*, Ankara: Somgür.

lıkları üzerinde etkili olabileceğini fark etti. Gözlemleriyle yaşamı anlamaya çalışan Yunanlı hekimler, hastalarını diyet ve egzersiz tedavileriyle iyileştirmeye çalıştılar. Sıtma (malaria – kötü hava) ile çevre arasında ilişki kuran Hipokrat, insanlara bataklık alanlardan uzak yerlerde ev kurmalarını tavsiye etti*.

Bugün de insanların sağlık sorunları için diyet arayışları, havası-suyu temiz yerlerdeki insanların daha sağlıklı olduklarına dair inanışlar bu dönemlere bir referans olabilir mi?

Ortaçağlarda bütün yaşam ve dolayısıyla sağlık da feodal karanlığın içine girdi. Hristiyanlığın baskısıyla yaşamı Incil penceresinden anlamaya çalışan insanlar, bin yıldan fazla süren bu dönemde, sağlık alanında Hipokrat tıbbının ulaştığı birikimin üzerine fazla bir şey koyamadılar.

Tıbbın yeniden dirilişi ve bugünlere ulaşması, bilimin kendisini Avrupa'daki yeniden uyanışla dinin etkisinden kurtarabilmesiyle mümkün oldu. Fransız Devrimi, 5 Mayıs 1790'da hastalıkların insanların yoksulluğundan, olumsuz yaşam (barınma, beslenme, hijyen) koşullarından kaynaklandığını, hastalıklarla mücadele edebilmek için bu koşulların düzeltilmesi gerektiğini söyleyen Johann Peter Frank'ı (1745-1821) bağrına bastı**. Bunu bütün Avrupa'ya yayılan bir sanitasyon hareketi izledi ve tarihte ilk kez insanlar bulaşıcı ve salgın hastalıklardan ölümün bir kader olmadığını öğrendiler.

Daha sonra İngiltere'de işçi sınıfının çalışma koşullarını değerlendiren Engels, hastalıkların nedenlerinin toplumun sosyal örgütlenmesinde gizli olduğunu ortaya çıkarttı:

Toplum binlerce insanı yaşamın gereklerinden yoksun bıraktığı, içinde yaşayamayacakları konumlara soktuğu –kaçınılmaz sonuç olan ölüm gelinceye dek o koşullarda kalmaya yasanın güçlü eliyle zorladığı– bu binlerce mağdurun yok olacağını bildiği ve gene de bu koşulların sürmesine izin verdiği zaman,

* Bkz. <http://www.niaid.nih.gov/topics/malaria/documents/malaria.pdf>.

** Frank, J. P. (1790), "The Peoples Misery: Mother of Diseases", bkz. <http://www.deltaomega.org/documents/mother.pdf>.

toplumun o yaptığı, bir bireyin yaptığı gibi ve aynı kesinlikte cinayettir. Örtülü, kasıtlı cinayettir; hiç kimsenin kendisini savunmadığı bir cinayettir; kimse katili görmediği için, mağdurun ölümü doğal görüldüğü için cinayet gibi olmayan cinayettir; çünkü suç bir şeyi yapmaktan çok yapmamanın sonucudur. Ama cinayettir*.

Birkaç yıl sonra çağdaşı Rudolf Virchow, Engels'in dilini tıbbi tercüme ederek, *toplumcu tıbbın* temellerini attı:

1847-8 kışında nüfusunun çoğunluğunu Polonyalı azınlığın oluşturduğu, ekonomik bakımdan çöküntü içinde olan bir Prusya eyaleti olan Yukarı Silezya'da büyük bir salgın patlak vermiştir. Böyle durumlarda uygulanan standart izlek, bölgeye dışarıdan bir uzman heyet göndermek ve hazırlanan rapora göre gerekli tedbirleri almaktır ve bu kez görev için genç (mesleğinin üçüncü yılında) bir hekim olan Virchow uygun bulunmuştur.

Virchow Yukarı Silezya'da, salgının patlak verdiği kömür madenlerinde 20 Şubat-10 Mart 1848 tarihleri arasında madencilerin ve ailelerinin yaşam ve çalışma koşullarını incelemiş ve bir Rapor hazırlamıştır. Raporun sonunda salgına yönelik alınması gereken kısa erimli ve ileride benzer bir salgından kaçınabilmek için alınması gereken uzun erimli önlemler sıralanmaktadır.

Raporda tavsiye edilen önlemler, 21. yüzyılda dahi birçoklarına oldukça radikal ve bir hekimin kaleminden çıkması beklenmeyecek öneriler gibi görünebilir. Örneğin tifüs salgınının bir daha tekrarlanmaması için neden “sınırsız demokrasiye” gereksinim olduğunu veya neden “kız çocuklarının okula gönderilmesi” gerektiğini anlamakta güçlük çekilebilir. Hele “Kilise ile devletin ayrılmasının”, “Kilise'nin toplumsal yaşama müdahalesinin önlenmesinin” sağlıklı ilgili bir tedbir olarak tanımlanması kolay anlaşılır bir şey değildir.

* Akalın, M. A. (2012), “Koruyucu Hekimlikten Toplumcu Sağlığa Giden Yolda Friedrich Engels”, bkz. http://istanbul.academia.edu/MehmetAkifAkal%C4%B1n/Teaching/31085/Koruyucu_Hekimlikten_Toplumcu_Sagliga_Giden_Yolda_Friedrich_Engels.

Virchow'a göre toplumsal kusurlar, salgınların ortaya çıkmasında gerekli koşulu oluşturmaktadır. Buna göre olumsuz toplumsal koşullar, aslında hiçbir tek başlarına bir salgın oluşturmak için yeterli olmayan enfeksiyon etmenleri, iklim ve diğer özgül nedensel etmenlere karşı insanlarda bir duyarlılık oluşturmaktadır. Bu nedenle salgınların önlenmesi ve eradike edilmesinde toplumsal değişim, tıbbi girişimler kadar önemlidir.

Buradan yola çıkarak Virchow, sağlık veya operasyonel tanımıyla sağlık hizmeti derken, tıbbi hizmetler ile hastalıkların ana nedeni olan toplumsal faktörlerin olumsuz etkilerini ortadan kaldırmaya yönelik sosyal hizmetlerin bütüncül olarak sunumunu kastetmektedir. Bu hizmetlerin kamusal olarak örgütlenmesini ve herkese eşit ve ücretsiz olarak sunulmasını istemektedir. Sağlık emekçileri hizmetlerini yalnızca tıbbi hizmetlerle sınırlamamalı, sundukları tıbbi hizmetleri, sosyal hizmetlerle bütünleştirmelidir.

Bütün bu düşünceler kendilerini ilk olarak 1917 Ekim Devrimi sonrası Sovyetler Birliği'nde sınama olanağı buldular:

Rusya'da devrim, miladi takvimle 7 Kasım 1917 tarihinde gerçekleşmiştir. 9 Kasım tarihinde kurulan emek hükümetinin ilk icraatlarından biri, 11 Kasım 1917'de sağlık hizmetlerini sosyalleştirmek olmuştur. Sovyetler Birliği'nde 1918 yılında bütün sağlık kurumları ve tıp fakülteleri devletleştirilmiştir.

Sovyetler Birliği'nin ilk Sağlık Bakanı olan Semaşko, Sovyetler'de tıbbın amacı, "tek tek hastalanan bireyleri iyileştirmekten çok, sağlıklı bir toplum yaratmak" olarak tanımlanmıştır*. Bu amaçla önleyici hizmetler ile tedavi edici hizmetler arasındaki ayrım ortadan kaldırılarak, 1918 yılında bu hizmetlerin bütüncül olarak sunulduğu dispanserler kurulmuştur**.

* Akalın, M. A. (2010), Toplumcu Tıp: Sovyetler Birliği Deneyimi, İstanbul: Yazılama.

** Dünyada koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin bütüncül olarak sunulduğu dispanserleri kuran ikinci ülke Türkiye olmuştur. İlk dispanser 1924 yılında açılmış, dispanserlerin sayısı 1933'te 90'a, 1950'de 300'e yükselmiş, ancak

Sağlık hizmetlerini çağdaşı diğer ülkeler gibi tıbbi hizmetlere indirgemeyen Sovyetler Birliği, sağlık sorunlarının çözümünü daha çok hastane açmak yerine, hastalık üreten çalışma ve yaşam koşullarını iyileştirmekte aramıştır. Devrimin ilk yıllarında ülkedeki hastane yatağı sayısı yalnızca %131 artılırken, örneğin erken yaşam dönemlerinde bakım olanakları, halka dağıtılan konserve et miktarı 10 kat artırılmış, okul ve fabrika hekimlikleri açılmış ve işçiler daha iyi barınma olanaklarına kavuşturulmuşlardır* (bkz. Tablo 1).

Tablo 1. Sovyetler Birliği'nde Seçilmiş Hizmetler.

HİZMETLER	1913	1928	1937
Kreş olanakları (kişi)	11.108	257.003	10.520.000
Ana okulu (kişi)	?	129.200	1.320.700
Okul hekimi	YOK	2.378	4.527
Konserve et (milyon kutu)	YOK	21	216
Fabrika sağlık istasyonu	YOK	2.216	5.506
İşçi evleri yatırımları (milyon ruble)	YOK	700	2.450
Hastane yatağı (adet)	175.634	246.100	405.800

Oysa sağlıktan değil, hastalıktan kâr eden sermaye için sağlık, yaşamın diğer alanları gibi bir yatırım ve kâr alanıdır. Bu amaçla sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılması, ilaç, sigorta, tıbbi teknoloji ve özel hastanelerden oluşan *tıbbi-sanayi komplekslerin önündeki kamusal engellerin kaldırılması* ve sağlık bakımının sermaye için bir *birikim alanı haline getirilmesi*, tıbbi mal ve hizmet tüketiminin *körüklenmesi* gereklidir. Bütün bunların sağlanabilmesi, insanlarda sağlığa ilişkin yanlış bir bilinçlenmenin (*false consciousness*) oluşturulabilmesiyle mümkündür. Bunun ilk adımı insanları kendi sağlıklarına *yabancılaştırmadır*:

Yabancılaşma, Marksist düşüncenin en temel kategorilerinden

CHP'nin giderek gericileşmeye başlamasıyla, Köy Enstitüleri gibi kapatılmışlardır.

* Sigerist, H. E. (1937), *Socialized Medicine in the Soviet Union*, London: Victor Gollancz Ltd.

biridir. Marx, kapitalizmin insanı kendisine, emeğine, ilişkilerine ve yaşama yabancılaştırdığını söyler*. Çağımızın en önemli Marksist hekimlerinden Vicente Navarro da, sağlığa ilişkin analizlerinde yabancılaşma kavramını kullanarak, kapitalist sistemin toplumsal yaşamda son kertesine kadar artırdığı işbölümünün, yurttaşları sağlık bakımının pasif “alıcıları” ve sağlıkçıları da “sunucu ve idarecileri” haline getirdiğini ileri sürer**.

Permahealth (kalıcı sağlık) çalışmasının birinci amacı, insanların bu yabancılaşmaya karşı direnebilmeleri için gerekli kültürün oluşmasına katkıda bulunmaktır. Bunun yolu bilgidan ve bilginin paylaşımından geçmektedir. Sağlık bilgisinin, bu bilgiye sahip olanların kişisel amaçlarına hizmet etmesi yerine, bu bilgiye gereksinimi olanlar arasında yaygınlaştırılıp, toplumun çıkarlarına hizmet etmesi sağlanmalıdır.

Bu amaçla;

- hastalıkların esas kaynağının toplumun sosyal örgütlenmesi olduğu bilinciyle, yaşama (barınma, beslenme, eğitim vb.) ve çalışma koşullarının iyileştirilmesi için örgütlü mücadele
- toplumdaki eşitsizliklerin (sınıf, cinsiyet, ırk vb.) hem sağlık sorunlarının nedeni olduğu, hem de bu sorunları dezavantajlılar için daha da ağırlaştırdığının bilincinde olarak, her türlü eşitsizliğe karşı örgütlü mücadele
- sağlıklı olmak ve sağlıklı kalmaktan başlayarak, sık görülen ve tedavisi hastane olanakları gerektirmeyen hastalıkların (ki bunlar gündelik hayatta karşılaşılan hastalıkların neredeyse %80’ini oluşturur) tedavisine ilişkin bilgilerin yaygınlaştırılması gerektiği bilinciyle, bazılarımızı tıp fakültelerinde eğitmek yerine, yaşamı birbimize bu bilgileri aktarabileceğimiz bir sağlık fakültesi haline getirmek için bir araya gelmeli, yaşamı savunmaya katılmalıyız.

* Bu konuda detaylı bilgi için bkz. Marx (2000), *Yabancılaşma*, Ankara: Sol Yayınları.

** Navarro, V. (1976), *Medicine Under Capitalism*, New York: Prodist.

Permahealth (Kalıcı Sağlık) Manifestosu

Permahealth, son yıllarda gelişen permakültür hareketlerinden esinlenerek ve bu hareketlerin sağlık (*tıp değil*) ayağını oluşturmak amacıyla kurgulanmıştır.

Permahealth sağlığın ve tıbbın emeğin gereksinimlerine göre örgütlenmesini ve bu alanların sermaye için kâr ve sömürü alanı olmaktan çıkartılması gerektiğini savunur. Kuşkusuz bu politik bir hedeftir; ancak sağlığın ve tıbbın emeğin gereksinimlerine göre örgütleneceği bir toplumsal düzen için savaşımın yanında “yarını bugünden kuracaksın, o senin tarihin” dizelerinde öğütlendiği gibi bugünden yapabileceklerimizi ihmal etmemek gerekir.

Permahealth olarak permakültür uygulaması içinde olanlara, kendi sağlıklarına kendilerinin sahip çıkabilmelerini sağlamak amacıyla belli sağlık bilgileri ve becerileri kazandırmayı amaçlayan kurslar planlıyoruz. Başta ilkyardım ve temel yaşam desteği, işçi sağlığı ve güvenliği olmak üzere birçok kurs bu alanlarda eğitim almış “gönüllü” sertifikalı uzmanlar tarafından “kâr amacı güdülmeden” örgütlenecektir.

David Werner ve arkadaşları tarafından kaleme alınan *Doktorun Olmadığı Yerde* isimli kitabı bir kurs programı haline getirerek, gönüllü hekimler aracılığıyla eğitim programları oluşturmayı hedefliyoruz.

Halen İstanbul Tıp Fakültesi bünyesinde sürdürülmekte olan Toplumcu Tıp Seminerleri’ni, Permahealth aracılığıyla permakültür uygulaması içinde olanlara ulaştırmayı hedefliyoruz.

Bu çalışmalarımıza dostlarımızdan destek bulacağımızı umuyor, her türlü katkı ve katılımınıza açık olduğumuzu, felsefemizin herhangi bir işin yalnızca yapılması değil, birlikte yapılması olduğunu ifade ediyoruz.

Önemli Uyarı: Permahealth’in alternatif tıp olarak bilinen yaklaşımlarla bir ilgisi yoktur. Herhangi bir bitkisel tedavi pazarlaması veya sağlık hizmeti pazarlanması amaçlanmamaktadır.

“TIP BU DEĞİL” NEDEN OKUNMALI?

Peri Arbak

“Tıp Bu Değil” kitabının yazılma aşamasında tanık olduğum görüş alışverişleri, aslında tıbbı ilişkin gecikmiş bir düşünce platformunu oluşturmaktaydı. İktidarın küreselleşme ve neoliberalizm rüzgarlarıyla yelkenlerini şişirerek sağlık alanında acımasız, yaygın özelleştirmelere, hem halkın hem de sağlık çalışanlarının haklarının gaspına yol açtığı bu dönemde biz sağlıkçılar ancak var olanı korumaya çalışan (kırıntıları kalmış kamusal sağlık hizmeti, özlük hakları) bir konumdaydık. Biz sağlıkçılar iktidarın gündemini belirlediği sağlık alanında kendi gündemimizi ne ölçüde tartışabiliyorduk? “Tıp Bu Değil” kanımca bazı sağlıkçıların “Yeter Söz Sırası Bizde” talebinden doğdu. Yazarların da belirttiği gibi kitap tıp öğrencilerinden, halka, öğretim üyelerine, hekimlere, politikacılara, meslek örgütü yöneticilerine ve Sağlık Bakanlığı’nın yöneticilerine uzanan geniş bir yelpazeye sesleniyordu.

Ahmet Aydın’a göre tıp öğrencileri modern tıbbın karanlık bir yüzü de olduğunu anlamalıdır. Hastalıktan korunmanın tedavi etmekten daha kolay ve ucuz olduğunu bilmelidirler. Bu da ancak sağlıklı beslenme, yaşam biçimi ve alışkanlıkları ile mümkündür. Yavuz Dizdar, tıp öğrencilerinin önce insan sonra hekim olarak yetişmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Bir tıp

eğitimi manifestosuna benzeyen ilkeler listesinde, öğrencilerin kendi eğitim sorumluluklarını ele almaları gerektiğinin altını çizmektedir.

Halk, kitabın hemen tüm yazarlarından çıkan kimi ortak kimi farklı vurgularla sağlığın anlamını sorgulayabilmektedir. Kaan Arslanoğlu, gemiŖe kıyasla daha uzun yaŖam süreleri sağlanırken, sürekli hasta olarak ve uzun ömürler sürdüğümü-zü tartıŖmaya açmaktadır. Ahmet Aydın, kolesterolden kork-mayınız, doğal besleniniz derken, Kulak Burun Boğaz Hasta-lıkları uzmanı Ahmet Özdoğan, çocuklarda sıkça görölen orta kulak iltihaplarının altında yatan en önemli nedenlerden biri-nin gıda allerjenleri olduğunu belirtmektedir. Özdoğan’a göre ebeveynler çocuklarının barsak florasını tanıdıkları ölçüde on-ları alerjik hastalıklardan koruyabileceklerdir. Ali Rıza Üçer, modern tıbbın halkı sağlık hizmeti tüketimine sürükleyen tuzaklarına karŖı uyanık olmaya davet etmektedir. Okurlar, İlknur Arslanoğlu’ndan halkın hastalıkların izlemi sürecinde örgütlenmesinin önemini ve yararlarını öğrenebilmektedirler.

Mutluhan İzmir, bilimsel kisveli tıbbi söylemlerin gide-rek daha baskın ve tekyanlı hale geldiğini, hem halkın hem de *akademisyenlerin* dikkatine sunmaktadır. İzmir, BİLİM EFENDİLERİ’nin mutlak doğrularının halkı kısaa içine sok-tuğunu eklemektedir. Bu aşamada halkı hastalık hastası haline getirmek, tıp eğitimini ve hekimliği belirli Ŗablon uygulamala-rı hayata geçirmekte kullanmak bozuk sistemin sacayaklarıdır. Osman Elbek, tıp eğitiminde önemli yeri bulunan tıbbi top-lantıların, kongrelerin, belirli hastalıklarda kullanılan standart tedavi yaklaŖımlarının medikal endüstrinin etkisi altında be-lirlenmesini eleŖtirmektedir. PİYASA TANRISI’na teslim olup içindeki çocuğu boğan ve çürüyen cesedin kokusunu CALVIN KLEIN’la örten biz hekimlerin öyküsünü anlatmaktadır.

İlknur Arslanoğlu, *hekimlere* hastalarla kaliteli zaman geçir-meyi ve onlara KONFEKSİYON yöntemiyle davranılmaması

gerektiğini hatırlatmaktadır. Kaan Arslanoğlu, bir psikiyatristin bu bozuk düzenin insanı hasta ettiğini bilmemesi ve söylememesi durumunda EKSİK UZMAN sayılacağını belirtirken, halkın da kendini hasta eden bu düzeni tam bir itaat duygusuyla onaylamasını en yaygın akıl hastalığı olarak bildirmektedir.

Kitap *politikacılara* sağlık hizmetleri tüketiminin artmasının sağlıkta özelleştirmenin, halk sağlığının altyapısal bozulmasının (hava, su, besin kirliliği) belirtilerinden olduğunu tekrar hatırlatmaktadır.

Meslek örgütü yöneticileri, Kaan Arslanoğlu tarafından ayrıştırıcı olan büyük siyasetin büyük sorunları yerine, birleştirici olan sağlık alanı ve tıp uygulamalarındaki politikalara odaklanmaya çağırılmaktadır. Arslanoğlu'na göre, meslek örgütlerimizi yönetirken kirlerimizi halının altına süpürmemek, medikal kartellere karşı tavizsiz direnç göstermek, tıp eğitiminin piyasalaştırılmasına her aşamada karşı durmak olmazsa olmazlarımızdır.

Sağlık Bakanlığı yöneticileri “Tıp Bu Değil” den;

1. “Sağlıkta Dönüşüm” programının katkı payları artışıyla önce yoksulları sağlık sisteminin dışına iteceğini,
2. İlaç ve tıbbi cihaz bütçesinin koruyucu hekimlik için ayrılandan yüksek olmasının sağlık hizmeti tüketiminde arsızlaşmış bir toplum yarattığını,
3. Performans maymuncuğunun sağlık çalışanlarını rekabete, kazanç güdüsüne teslim edeceğini, sağlık çalışanı-hasta arasındaki ticari ilişkinin sağlıkta şiddeti artıracaklarını ama kaliteyi yükseltmeyeceğini, önyargısız bir okumayla algılayabileceklerdir.

“Tıp Bu Değil” için keşke olsaydı veya olmasaydı dediğiniz bölümler, saptamalar olabilir. Ahmet Aydın'ın kolesterol tartış-

masına aynı kesinlik/keskinlikte yanıt veren diğerk görüş yazısı (aynı bölümde iki yazarın tartışması da olabilir) okuru tekyanlılıktan koruyabilirdi. Yazarların tümünden de günlük deneyimlerini bilimsel yazı tarzından uzak yazmaları istenebilirdi ve bu da üslup bütünlüğünü sağlayabilirdi. Yazarlar yazılarında tıbbi makale teknikleriyle, içten ve duygusal dışavurum bölümleri arasında gidip gelmelerden uzak durabilirlerdi. Tıp eğitimi ayrı bir bölüm olarak tartışılabilirdi ve daha birçoğu... “Tıp Bu Değil” bu haliyle de hepimizin okumasını hak ediyor, eleştirel olmak kaydıyla...

ADDRESSING the “WHYS” For DIABETES: The ROLE of HEALTH SYSTEMS*

David Beran

The World Health Organization (WHO) defines a health system as all the “activities whose primary purpose is to promote, restore and maintain health.” As defined by the WHO health systems play six key roles. They need to deliver safe and quality healthcare through health facilities which have the appropriate infrastructure and medical products available to deliver this. A key feature in the delivery of healthcare is of course medical personnel. Health facilities need to be adequately staffed by different cadres of health professionals: doctors, nurses, psychologists, nutritionists, etc. Health systems also need to provide information on the health of their population through routine data collection and also research. Protection of the populations from the financial burden of care is another role health systems play. This can be linked to the price of medicines and/or consultations. The cost of care is often not determined by the health system itself, but through wider government policies which often fall outside of the realm of health. The last

* Konuk yazar David Beran'ın “Tıp Bu Değil-2” için özel olarak yazıp gönderdiği makaledir. Türkçe çevirisi İngilizce aslının hemen ardında yer almaktadır.

function of a health system is leadership and governance, sometimes referred to as “stewardship” which is the role the government plays in engaging other national actors who impact health. These six elements allow health systems to meet their three objectives namely: improving the health of the populations they serve; providing financial protection against the costs of ill-health; and respond to people’s expectations.

Health systems face many challenges with regards to these three objectives due to a variety of problems linked to the six elements. For example, lack of health personnel, high costs of medicines, poorly equipped facilities, etc. An overarching challenge impacting all of the elements discussed above is that of managing chronic conditions, such as diabetes. Health systems are currently organised and equipped to manage acute conditions. These conditions require a linear approach to health by treating the individual and trying to solve their health need through diagnostic tools and medicines and then hopefully not seeing them again. However, managing chronic diseases means that constant and consistent follow-up is necessary. The individual and their chronic condition need to be managed over a long period of time (follow-up), but also all their interactions with the health system need to be managed in a coordinated way (e.g. diabetes and pregnancy).

To address this the WHO has developed the Innovative Care for Chronic Conditions Framework (ICCCF). This framework places the individual with a chronic condition and their family at the centre of care and emphasises the need for a paradigm shift from systems that are currently organised around acute care and design them to manage chronic diseases. In order to tackle these chronic diseases health system strengthening is necessary in order to ensure continued monitoring of the patient and a continuum of testing, medicines and care. In order for an effective health system to be put into place that can

manage chronic diseases, the ICCCF also calls for a suitable policy environment to be established. This includes building an integrated system for healthcare delivery with each level of the health system having a clearly defined role to play in care, and therefore certain materials and human resources need to be present. Also a certain level of organisation and coordination between different levels of the health system and different sectors within the same institution (inpatient and outpatient services, pharmacy, laboratory, etc.) need to be in place for patient management and referral. Guidelines need to be developed and used as well as data to ensure efficient and effective care. Primary, secondary and tertiary prevention of chronic diseases is necessary. As these conditions cannot be cured the health system has to focus on trying to improve outcomes and Quality of Life.

The transition from acute to chronic care poses a challenge to healthcare workers. One of the challenges with this is that the onus of care is placed on the individual. Using healthcare workers effectively ensures that the patient benefits from a higher level of care. Issues of training, rational use and availability of appropriate healthcare workers is needed. For chronic diseases the burden of care falls on the individual and their family as the majority of the time spent managing a chronic disease is done outside the health system. Issues around patient education and empowerment need to be addressed. People need to be informed and take an active role in their care so that the interactions they have with healthcare workers are more “productive”. This places a large onus on education of both the individual and their family. The health system therefore needs to not only provide medical care, but also the means to improve the individual's knowledge and self-management skills with people with chronic diseases and their families required “to play a fully informed role in their care”. The community needs

to mobilise resources to meet the needs of people with chronic diseases. Policies also need to be aligned with those impacting on health as most of these actually fall outside the sphere of influence of the Ministry of Health.

But how does this health system perspective relate to the individual? An individual with an acute condition, e.g. the flu, will have their routine changed for a few days or maybe weeks. They will miss work, need to change their habits (take medicine, change their diet), but after the condition is cured their life returns to normal. With a chronic condition the moment the individual is diagnosed their whole life changes. With Type 1 diabetes, for example, they need to take insulin every day, monitor their blood glucose, adjust their insulin to diet and physical activity, etc. The definition “of a normal life” changes to include these new activities.

From a health system perspective the response to this challenge of chronic diseases has been a move towards integrated care. The WHO defines integrated care as the “organization and management of health services so that people get the care they need, when they need it, in ways that are user-friendly, achieve the desired results and provide value for money.” A variety of terms have been used synonymously, such as: “Shared care”, “Transmural care”, “Intermediate care”, “Seamless care”, “Disease management”, “Case management”, “Continuous care”, “Integrated care pathways”, “Integrated delivery networks” and “Managed care”. Commonly though integrated care is thought of the integration with social care for the elderly, people with chronic conditions or people with disabilities. In diabetes this integration is sometimes thought of in terms of integrating care between the ages of the patient (paediatric to adolescent to adult), integration with other specialities (e.g. eye care, foot care) and in some cases with psychosocial issues but with a focus primarily on depression.

In thinking about integration of care for diabetes this can be done through horizontal integration which is linking the same levels of care and developing multi-disciplinary teams or through vertical integration by integrating the different levels of care (primary, secondary and tertiary). The aim of integration has different impacts for different people involved in receiving and providing healthcare. The patient through integration benefits from “seamless care”, across ages and across diseases. For health professionals integration means coordination and cooperation with different specialities, but also outside the traditional health settings. Managers’ perspectives on integration are in the merging or coordinating of organisational targets and performance and also managing diverse teams. Policy makers as well are impacted by integration in that they need to recognise the multiple impacts of the policies and interventions across areas and not only within the health sector.

Traditional integration for diabetes has placed the individual and their health provider at the centre of a multi-disciplinary team to improve different aspects of diabetes management. In the prevention of Type 2 diabetes the integration happens by placing the individual in the centre of the proposed activities and having multiple stakeholders, e.g. schools, workplaces, the private sector, etc. all contributing to a better environment. However these models often fail to address that individuals function in societies and that these are influenced by their personal situation, factors in their immediate environment (e.g. the city or even the area of the city they live in) and finally in an overall environment (country) that is influenced by policies and a variety of other issues. Integration is important as stated by Lloyd and Wait because “treating patients for one condition without recognising other needs or conditions, thereby undermining the overall effectiveness of treatment.”

The challenges, therefore in looking at diabetes and the he-

alth system, is can the health system alone address the “other needs” for Type 1 and Type 2 diabetes and obesity? In addition for the individual their socio-economic situation and needs may impact their health and well-being independently of the quality of care they receive. Current challenges specifically for Type 1 diabetes are that there are increasing numbers of children, especially younger children, developing Type 1 diabetes. Life expectancy in rich settings has dramatically improved through access to insulin, health services and also factors outside the health system. These include more attention being given to psychosocial issues. Research for new treatments and a cure mean that there is much hope for people with Type 1 diabetes if they happen to be born in a rich setting. Those people with Type 1 diabetes born in poor settings still face problems with regards to access to insulin despite insulin having been discovered in 1921. This challenge of access to insulin is not only in poor developing countries, but also poor and deprived communities in rich countries. This difference in situation between rich and poor leads to the question whether in rich settings if we have reached the limits of medicine. Will further improvements in outcomes only be achieved through improving factors outside the health system as management of diabetes is mainly done outside the health systems in school and at home? In parallel the challenges in low income settings are still similar to those in the early days of management of diabetes, such as access to insulin and care, lack of capacity within health system and also cultural factors and stigma.

For Type 2 diabetes the dramatic increase in prevalence is intimately linked with increasing rates of obesity. The reasons for this increase are known, changes in physical activity and food habits, the environment in which people live, socio-cultural factors, etc. In parallel to this knowledge of the causes a variety of studies have shown that obesity can be tackled, so

we know what can be done. Interventions have been at the level of the individual in changing behaviours with regards to diet and physical activity, changing school environments, food labelling, etc. Despite knowing why and knowing what to do, rates of obesity and therefore Type 2 diabetes continue to increase even in children. Can obesity and Type 2 diabetes be managed by the health system or are they diseases of society and the health system can only treat the outcomes and not the causes. To address this challenge there needs to be legislation implemented at different levels, the overall environment needs to change, those at risk need to be detected early on, multiple stakeholders need to be involved and specifically for Low and Middle Income Countries rapid economic and social changes need to be looked at not only from the positive aspect of raising living standards, but also the fact that they are creating more obese societies.

In addressing these challenges the health system needs to move away from treating the outcomes to treating the “why’s”. This why can be “why does an adolescent stop their insulin?” or “why do 10 year-olds now have a condition that was once referred to as adult onset diabetes?”. Confronting these “why’s” for diabetes means addressing policies across sectors, cultural and social factors, education, occupation, income, gender, social cohesion, psychosocial factors, behaviours, etc. as these play as much of a role as do the medicines and care people receive. For Type 1 diabetes the changes necessary in the health system should the focus be on improving Primary Health Care to ensure that care is received close to home and in the individual’s community with the health professional able to provide continuous, comprehensive and individual centred care. In addition to this care for the individual whether just for their diabetes or diabetes and another condition there needs to be the option of referring this individual for specialised care. The health system

needs to have the appropriate policies and organised in such a way to deliver quality care and ensure that the medicines and care for diabetes are available and affordable to the individual. Healthcare workers need to have and be able to provide information and education that is useful. In addition to these traditional roles the importance of relationships and support also need to be addressed. Healthcare workers need to develop and tailor their information and education to the individual. Support from the community, family and peers are essential as diabetes is managed on a daily basis outside the health system. The importance of the individual should not be negated. Their experience and personality can play an important role in their diabetes management. The tools at their disposal (insulin, delivery devices, monitoring equipment) need to be used in order for them to be able to adapt to any situation they may face. This in turn will allow them to be open about their diabetes and accept this condition and in some cases even make their diabetes as something positive.

For Type 2 diabetes the “why” can be linked to the social determinants of health. The social determinants of health are the circumstances in which people are born, grow up, live, work and age, and the systems put in place to deal with illness. These circumstances are in turn shaped by a wider set of forces: economics, social policies, and politics. The need to address these wider issues is that the health system in addressing obesity and Type 2 diabetes is acting like a fireman in dealing with the outcomes versus the causes. These causes are outside of the traditional realm of the health system and Ministry of Health and include policies in the areas of food and urban planning, the roles of the environment, family, culture, etc.

As health systems do not work in isolation of other socio-political elements of their societies, the health system needs to look at all levels of health delivery, but also at wider social issues.

es. The definition of the health system needs to be broadened to encompass health policy making, health policy implementation, healthcare delivery by health professionals, and also families and communities as providers of health. In parallel a similar approach needs to be taken with regards to social factors with other policy makers involved other institutions such as schools playing an active role and again families and communities providing healthy environments. Throughout the world we are faced with the same “why’s”. The “how’s” to address these challenges will vary due to factors within this overall view of the health system and wider socio-culture factors. We can learn from each others’ “hows” with these solutions including closer links between policy and practice, how science can be translated into action, how training of health professionals needs to change from purely being in clinical skills and how this training and clinical guidelines need to include more than purely a medical focus in addressing diabetes. Finally we need to remember that at the centre of any intervention is an individual and that the treatments provided and policies changed are ultimately to benefit the health and well-being of individuals and therefore shape the future and future well-being of nations.

DIYABETİN “NİÇİN”LERİNİ SORGULAMAK: SAĞLIK SİSTEMLERİNİN ROLÜ

David Beran

Çeviren: İlknur Arslanoğlu

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlık sistemini “sağlığı ilerletme, yeniden yapılandırma ve sürdürmeyi amaçlayan etkinliklerin tümü” olarak tanımlamaktadır. DSÖ’nün tanımında da olduğu gibi sağlık sistemleri altı anahtar rol oynarlar. Uygun altyapı ve tıbbi ürünleri kapsayan sağlık olanaklarıyla güvenli ve nitelikli sağlık bakımı vermelidirler. Sağlık hizmeti sunumunda doğal olarak sağlık çalışanları kilit önem taşır. Kadrolaşmada, sağlık profesyonellerinin hekim, hemşire, psikolog, beslenme uzmanı gibi bütün yelpazeleriyle yer almaları gerekir. Yine sağlık sistemlerinin rutin veri toplama ve araştırmalar yoluyla hitap ettikleri insan topluluğu hakkında bilgi akışı sağlamaları gerekir. Sağlık sistemlerinin oynadığı bir diğer rol de toplumun sağlık bakımının mali zararlarından korunmasıdır. Bu, ilaç veya vizite ücretleri ile ilişkilendirilebilir. Bakım maliyeti genellikle sağlık sisteminin kendisince değil, sağlık kavramının dışına düşen daha geniş anlamda yönetsel politikalarca belirlenir. Sağlık sistemine yüklenen son işlev de bir bakıma “kahyalık” (stewardship) ile benzeştirilebilecek, sağlığı etkileyen diğer ulusal aktörleri istihdam etmeyi de içeren bir liderlik

ve hükümranlıktır. Bu altı bileşen sağlık sistemlerinin üç ana hedeflerini tutturma dayanaklarıdır: Hizmet ettikleri toplumun sağlığını düzeltmek; kötü uygulamaların bedellerine karşı mali koruma sağlamak; toplumun beklentilerini tatmin etmek.

Sağlık sistemleri yukarıdaki altı bileşenden kaynaklanan nedenlerle bu üç hedefi tutturmada zorluk yaşarlar. Personel eksikliği, yüksek ilaç maliyetleri, altyapı yetersizlikleri örnek verilebilir. Yukarıda sayılan tüm bileşenleri zorlayan bariyer, diyabet gibi, kronik hastalıkların tedavisidir. Halihazırda sağlık sistemleri akut hastalıkları tedavi edecek şekilde düzenlenmiş ve donatılmıştır. Bu durumların tedavisi sağlığa doğrusal bir yaklaşım, yani bireyin tanı araçları ve ilaçlar yardımıyla gereksinimini çözüp, tercihen onunla bir daha karşılaşmamak üzerine kuruludur. Oysa kronik hastalığı tedavi etmek sabit ve tutarlı bir izlem gerektirir. Bireyin ve hastalığının uzun bir zaman sürecinde yönetilmesi (izlem), fakat aynı zamanda sağlık sistemiyle etkileşimlerinin de koordine bir biçimde yönetilmesi (diyabet ve gebelik örneğinde olduğu gibi) gerekmektedir.

Bu konuya yönelik DSÖ “Kronik Durumlar için Yenilikçi Bakım Çerçevesi” (Innovative Care for Chronic Conditions Framework - ICCCF) geliştirmiştir. Bu çerçeve kronik sorunlu bireyi ve ailesini bakım sisteminin merkezine oturtmakta ve halihazırda akut bakım çevresinde örgütlenmiş olan sistemlerden, kronik hastalıkları yönetebilecek tasarımlara doğru paradigma kayması gereksinimini vurgulamaktadır. Bu kronik hastalıklarla başa çıkabilmek için sağlık sisteminin, hastanın sürekli izlemine, kesintisiz tetkik, ilaç ve bakımını güvence altına alacak şekilde güçlendirilmesi gerekmektedir. ICCCF kronik hastalıklarla başa çıkabilecek etkinlikte bir sağlık sisteminin yürürlüğe girebilmesi için uygun politik düzenlemelere de dikkat çekmektedir. Bu, sağlık sisteminin her düzeyinin oynayacağı rolün açıkça tanımlanmış olduğu tümleşik (entegre) bir sağlık bakımı sunumunun inşa edilmesini ve bazı gereçlerle in-

san kaynaklarının varlığını içermektedir. Aynı zamanda sağlık sisteminin değişik düzeyleriyle merkezlerin değişik bölümleri (örneğin ayakta hasta bakan ve yataklı klinikler, eczane, laboratuvar) arasında belirli bir örgütlenme ve eşgüdüm sağlanması gerekmektedir. Etkili ve etkin bakımı güvence altına almak için yönergeler geliştirilmeli ve kullanılmalıdır. Kronik hastalıklarda birincil, ikincil ve üçüncül koruma gereklidir. Kronik durumlar tedavi edilemeyeceğinden sağlık sisteminin gidişatlarını ve yaşam kalitelerini düzeltmeye odaklanması şarttır.

Akut bakım anlayışından kronik olana geçmek sağlık çalışanları için kolay değildir. Zorluklardan biri bakım yetkesinin hasta bireye geçmiş olmasıdır. Sağlık çalışanlarını etkin kullanmak hastanın daha üst düzey bir hizmete ulaşmasını güvence altına alır. Uygun sağlık çalışanlarının eğitimi, akılcı kullanımı ve mevcudiyeti gereklidir. Kronik hastalıklarda bakımın külfeti bireye ve ailesine düşer, ayrıca tedaviyle geçen sürenin çoğu sağlık sistemi dışında geçirilir. Çözüm önceliği hastanın eğitimi ve güçlendirilmesine aittir. Bireyler bilgilendirilir ve kendi bakımlarında etkin rol oynarlarsa sağlık çalışanlarıyla etkileşimleri de daha üretken olur. Bu, birey ve ailesinin eğitime geniş anlam yükler. Bu nedenle sağlık sistemi, yalnızca sağlık bakımı vermekle değil, ayrıca bireyin bilgi ve öz bakım becerilerini aileleriyle birlikte “tedavilerinde tam bilgilendirilmiş rol oynayabilecekleri” şekilde geliştirecek önlemleri almakla yükümlüdür. Toplumun kaynaklarını kronik hastalığı olan bireylerin gereksinimlerine göre harekete geçirmesi gerekir. Politikaların da sağlık üzerine etkili olan diğerleriyle koşutlanmaları gerekir, çünkü gerçekte çoğu Sağlık Bakanlığı’nın etki alanının dışındadır.

Peki bu sağlık sistemi bakış açısı bireye nasıl yansıyacaktır? Akut sorunu, örneğin nezlesi, olan bir bireyin yaşantısı birkaç gün veya hafta için değişecektir. Bu bireyler işten geri kalırlar, alışkanlıklarını değiştirirler (ilaç almak, diyetle girmek), fakat

sorun düzelince yaşamları normale döner. Oysa kronik bir hastalığın tanı anı bireyin tüm yaşamının değiştiği andır. Örneğin tip 1 diyabette her gün insülin iğnesi yapmak, kan şekeri ölçmek, besinler ve egzersize göre insülin dozunu ayarlamak zorundadırlar. “Normal bir yaşam” tanımı bu yeni etkinlikleri de içine alacaktır.

Bir sağlık sistemi, kronik hastalığın bu zorlamasına tümleşik yaklaşıma yönelerek yanıt verir.. DSÖ “tümleşik bakım”ı “sağlık hizmetlerinin bireylerin gereksindiği bakımı gereksindikleri anda, kullanışlı yollarla elde edecekleri, istenen sonuçlara ulaşacakları ve bunun da harcanan parayla orantılı olacağı biçimde düzenlenmesi” olarak tanımlamaktadır. Eşanlamlı olarak birçok terim kullanılmıştır: “paylaşılmış bakım”, “duvarlar-ötesi bakım”, “ara bakım”, “görünmez bakım”, “hastalık yönetimi”, “olgu yönetimi”, “sürekli bakım”, “tümleşik bakım yolları”, “tümleşik teslim ağları” ve “yönetilmiş bakım”. Çoğunlukla tümleşik bakım yaşlıların, kronik hasta bireylerin ve engellilerin sosyal bakımıyla tümleşme olarak düşünülmektedir. Diyabette bu tümleşme bazen hastanın yaş evreleri (çocukluk-ergenlik-erişkinlik) veya branşlar arasında (göz, ayak bakımı), bazen de depresyon temel olmak üzere psikososyal sorunlarla tümleşme olarak düşünülmektedir.

Diyabet bakımında tümleşme, yatay olarak eş düzeydeki bakım olanaklarının bağlantılandırılması ve çok disiplinli ekiplerin geliştirilmesi; dikey anlamda da birincil, ikincil ve üçüncül bakımın tümleştirilmesi olarak gerçekleşebilir. Tümleşmenin hedefi sağlık bakımını veren ve alan kişilere göre değişir. Tümleşme yoluyla hasta değişen yaşam dönemleri ve değişen hastalıklar boyunca “görünmez bakım”dan yararlanır. Sağlık profesyonelleri için tümleşme farklı branşlarla, hatta sağlık bağlamının dışında olanlarla da eşgüdüm ve işbirliği anlamına gelir. Söz konusu yönetici olduğunda tümleşme, örgütlenme hedeflerinin yaratılması ve eşgüdümünün sağlanması,

ayrıca değişik ekiplerin yönetilmesini içerir. Politikacılar da ise tümleşme, yalnızca sağlık sektörü değil, dışındaki alanlarda da uygulanan politika ve girişimlerin çoklu sonuçlarını görebilme zorunluluklarını doğurur.

Diyabette geleneksel tümleşme yaklaşımı tedavi yönetimini farklı yönlerden iyileştirmek için diyabetli bireyi ve bağlı olduğu sağlık profesyonelinin çok disiplinli bir ekibin merkezine yerleştirmektedir. Tip 2 diyabetin önlenmesinde ise tümleşme, bireyi önerilen etkinliklerin merkezine koyar, daha iyi bir çevre için katkı sağlayan birçok paydaşı da (okullar, işyerleri, özel sektör, v.b.) elinde bulundurur. Ancak bu modeller çoğunlukla bireylerin toplumlar içindeki işlevini ve politik durum gibi birçok etkenden etkilenen çevresel koşullarını göz ardı ettikleri için başarısız olurlar. Tümleşmenin önemini Lloyd ve Wait “hastaları diğer gereksinim ve koşulları göz önüne almadan bir tek sorun yönünden tedavi etmeye çalışmak, tedavinin genel başarısının altını oymak...” sözleriyle dile getirmektedirler.

Diyabet ve obezite ele alındığında sağlık sisteminin tek başına “diğer gereksinimlerin” muhatabı olup olmadığı önemli bir açmazdır. Buna ek olarak, bireyin sosyoekonomik durumu ve gereksinimleri o bireyin sağlık ve refahını aldığı bakımın kalitesinden bağımsız olarak etkilemektedir. Günümüzde bir tehdit de giderek, özellikle küçük yaştaki, çocukların gitgide daha sık tip-1 diyabete yakalanmasıdır. Varlıklı çevrelerde insüline, sağlık bakımına ve sağlık sistemi dışındaki kaynaklara erişim sayesinde yaşam beklentisi iyileşmiştir. Bu psikososyal sorunlara daha fazla ağırlık vermeyi de kapsar. Yeni tedaviler ve kökten iyileştirme için yapılan araştırmalar, varlıklı bir çevrede bulunan diyabetikler için daha çok umut vaad etmektedir. Yoksul bölgelerdeki tip-1 diyabetliler halen 1921’de keşfedilmiş bir ilaç olan insüline ulaşmada sorun yaşamaktadır. İnsüline ulaşmadaki bu zorluk, yalnız geliştirmekte olan veya yoksul ülkelerde değil, varlıklı ülkelerin yoksul ve yoksun toplulukla-

rında da geçerlidir. Varsıl ve yoksul arasındaki bu fark “acaba varsıl çevreler için tıbbın sınırlarına ulaştık mı?” sorusunu akla getirmektedir. Peki, sonuçların daha iyiye gitmesi, diyabet örneğindeki okul ve ev bakımının öne çıkmasında olduğu gibi, sadece sağlık sisteminin dışındaki etmenleri geliştirerek mi sağlanacaktır? Düşük gelir çevrelerinde ise halen eski zamanlardaki insüline ve sağlık hizmetine erişim, sağlık sisteminde zaafiyet, kültürel etmenler ve tabular sürmektedir.

Tip-2 diyabetin sıklığındaki çarpıcı tırmanma obezite oranlarındaki artışla çok yakın ilişkilidir. Hareketlilik ve düzenli beslenmenin yitirilmesinin, yaşanan çevre ve sosyokültürel etmenlerin bu artışta rol oynadığı bilinmektedir. Bu bilgilere koşturuk olarak birçok çalışma, obezitenin dizginlenebileceğini göstermiştir, yani ne yapılabileceğini biliyoruz. Girişimler birey düzeyinde (beslenme ve hareket davranışları), okul ortamı ve besin etiketlemesi alanında gerçekleşmiştir. Nedenini ve ne yapılacağını bilmemize rağmen obezite ve tip-2 diyabet, çocuklarda bile artmaya devam etmektedir. Obezite ve tip-2 diyabet sağlık sisteminde tedavi edilebilir mi, yoksa bunlar toplumun hastalıkları mıdır ve sağlık sisteminin tedavi edebileceği nedenler değil yalnızca sonuçlar mıdır? Bu tehdide yönelik olarak mevzuat geliştirilmeli, tüm çevre değişmeli, risk altındakiler erken saptanmalı, çok sayıda paydaşa yer verilmeli ve özellikle düşük ve orta gelir düzeyindeki ülkelerde hızlı ekonomik ve sosyal değişimler, yalnızca yaşam standardının yükseldiği şeklindeki olumlu bakış açısından değil, aynı zamanda daha obez toplumlar yarattıkları gerçeği göz önünde bulundurularak ele alınmalı.

Bu tehditleri hedef alırken sağlık sistemi sonuçları tedavi etmekten “niçin”leri tedavi etmeye yönelmelidir. Bu “niçin?” örneğin “niçin bir ergen insülin iğnesini yapmayı bırakır?” veya “niçin on yaşındaki çocuklar şimdi bu erişkin hastalığı diye bilinen tipteki diyabete yakalanıyor?” olabilir. Diyabette

bu “niçin”lerle hesaplaşma sektörler, kültürler ve sosyal etmenler, eğitim, istihdam, gelir, cinsiyet, toplumsallık, psiko-sosyal etmenler, davranışlar v.b. ile hesaplaşma anlamına gelir. Tip-1 diyabet söz konusu olduğunda sağlık sisteminin bireyin ait olduğu toplum içinde, evine yakın, sürekli- kapsamlı-birey merkezli bakım konusunda beceri sahibi bir sağlık profesyonelince verilmesini olanaklı kılacak şekilde iyileştirilmesine odaklanmalıdır. Bunun yanı sıra diyabet veya eşlik eden bir durum nedeniyle özelleşmiş bir merkeze sevk olanağı da saklı kalmalıdır. Sağlık sistemi uygun politikalarla nitelikli bakım için örgütlenmeli ve bireyin diyabete özgü tedavilere erişimini güvence altına almalıdır. Sağlık çalışanları işe yarayan bilgi ve eğitime sahip olmalı ve bunları aktarmalıdır. Bu geleneksel rollere ek olarak ilişkilerin ve desteğin önemi de vurgulanmalıdır. Sağlık çalışanları bilgi ve eğitimlerini geliştirerek bunları bireye yansıtmalıdır. Diyabet günlük yaşamda sağlık sistemi dışında tedavi edildiğinden toplum, aile ve akranların desteği temeldir. Bireyin önemi yadsınmamalıdır. Deneyim ve kişilikleri diyabetlerinin tedavisinde önemli rol oynayabilir. Karşılaşılabilecekleri her duruma uyum sağlamaları için tüketim gereçleri (iğne, pompa, ölçüm cihazı) ellerinin altında olmalıdır. Bu, diyabetleri konusunda açık olmalarını, durumu kabullenmelerini ve hatta kazanım olarak görmelerini sağlayacaktır.

Tip-2 diyabette “niçin?” sorusu sağlığın sosyal belirleyicileriyle ilişkilendirilebilir. Sağlığın sosyal belirleyicileri bireyin doğduğu, büyüdüğü, yaşadığı, çalıştığı ve yaşlandığı koşulları; hastalıkla başa çıkmak için ortaya koyduğu sistemleri kapsar. Bu koşullar da daha geniş bir güçler dizgesince biçimlendirilir: Ekonomi, sosyal politikalar ve siyaset. Bu daha geniş ölçekteki sorgulamanın gereği, obezite ve tip-2 diyabetle mücadele eden sağlık sisteminin yangının nedeniyle değil de, sonucuyla uğraşan bir itfaiyeci gibi davranmasından kaynaklanır. Nedenler ise sağlık sistemi ve Sağlık Bakanlığı’nın geleneksel alanının

dışına taşan, besin ve şehir planlaması, çevre, aile, kültür gibi bileşenlerin rollerini içerir.

Sağlık sistemleri toplumlarının diğer sosyopolitik bileşenlerinden ayrı işlemediğinden, sağlık sistemleri yalnızca her düzeyde sağlık hizmetine değil, daha geniş sosyal olgulara da odaklanmalıdır. Sağlık sisteminin tanımı sağlık politikası geliştirme, sağlık politikasını yürütme, sağlık çalışanlarının yanı sıra aileler ve topluluklar aracılığıyla hizmet sunma olarak genişletilmelidir. Koşut olarak diğer karar verici merciler, ilintili kurumlar (okul, aile, çevre düzenleyiciler) için benzer bir yaklaşım geliştirilmelidir. Dünyayı boylu boyunca kat eden benzer “niçin”lerle karşı karşıyayız. “Nasıl”lar ise sağlık sistemi ve daha geniş sosyokültürel etmenlerin genel tablosuna bağımlıdır. Her birimiz diğerimizin “nasıl”larından, politika ve pratik arasında daha sıkı bağları içeren bu çözümlerden, bilimin eyleme nasıl dönüşeceğini, sağlık çalışanlarının eğitiminin katıksız klinik beceriden öteye nasıl geçeceğini ve bu eğitimle klinik yönergelerin diyabeti ele almada katıksız tıbbi odaktan fazlasını nasıl içinde barındıracağını öğrenebiliriz. Son olarak unutmamalıyız ki, ne olursa olsun her girişimin merkezinde birey vardır ve sağlanan tedaviler, değiştirilen politikalar son erimde bireyin sağlığını, iyilik halini gözetir, dolayısıyla da ulusların geleceğini, gelecekteki iyilik hallerini şekillendirir.

KOLESTEROLDEN KAPİTALİZME

Mevlüt Durmuş

Tıp, kendisi bir bilim olmasa da değişik paradigmaların (değerler dizisi) bir arada bulunduğu, farklı bilim dallarından faydalanan dinamik bir disiplin alanıdır. Tıbbın statik (durağan) değil, dinamik bir alan olduğunu, tıpta tutuculuğa yer olmadığını bu alanda uğraş veren her bireyin bilmesi bu noktada çok önemlidir. *Thomas Kuhn* da paradigmayı, hakim bir düşüncenin belli bir zaman dilimi içerisindeki örneği olarak kavramamız gerektiğini ifade ederken, zamanla paradigmaların değişebileceğini de görmemiz gerektiğini vurgulamak istemiştir. Özellikle epistemoloji (bilim felsefesi), bilimin bir teolojiden farklılığını, bilimin dinamik ve sürekli ilerleyen bir yapıya sahip olmasına bağlar. Sonuç olarak hiçbir bilimsel paradigma, teori, kanun, değişmez, değiştirilemez değildir. Kısaca yeterli bulgularınız varsa, bilimsel yasaları değiştirebilirler. Bilimsel kanunların, teolojik kanunlardan farkı da budur.

Bilime veya bilim verilerinin yoğun olarak kullanıldığı tıp alanına bir kötülük yapmak istiyorsanız, yapabileceğiniz en güzel hamle, bu alana kesinleşmiş ifadeler ve bazı değişmez, değiştirilemez olduğunu iddia ettiğiniz kurallar, kanunlar, kılavuzlar, yöntemler koymaktır. Böylece tıp insanlarının, kendi bireysel düşünce yeteneklerini tıkayabilir, sadece sizin gibi dü-

şünmelerini, sistemli bir monolog oluşmasını sağlayabilirsiniz. Bu tıp/sağlık alanına yapabileceğiniz en etkili kötülük olacaktır.

Tam bu noktada kapitalizm ve emperyalizm işin içine girer!

Uluslararası siyaset, siyaset ve çeper ülkelerin kapitalist-emperyalist güçlerle savaşı konusunda tarihsel bilgilerle dolup taşıdığını söylersem yalan olur, sadece basit bir biyologum, sosyal bilimler alanında çok iyi sayılmam. Fakat sizlere, kapitalizm ve emperyalizm pratiklerinin sadece uluslararası siyasetle, devletlerle sınırlı olmadığını, ilaç şirketlerinin de emperyalist ve kapitalist oyunları ile tıbbın içinde olduğunu söyleyebilirim! Kısaca, insanda kötülüğün kaynakları üzerine farklı alanlarda felsefi olarak saatlerce tartışabiliriz. Fakat ‘kapitalizm ve emperyalizm’in insanlara sağlık alanında yaptığı veya yapabileceği kötülük sanırım tartışma konusu dışında kalacaktır. Çünkü bunları hepimiz az-çok, iyi-kötü kendi deneyimlerimizden biliyoruz.

Günümüzün temel etik sorunu, bilim ve sağlık alanının kapitalizmin yörüngesine girmiş olması ve bugünkü sağlık sisteminin, bu etki alanından çıkarılıp çıkarılmayacağıyla ilgili sorundur. Sağlık sistemi günümüzde sekiz milyar insanı ilgilendiriyorsa, bu kadar insan hizmet, ilaç ve tıbbi cihaz kullanmak zorundaysa, kapitalizmin-emperyalist güçlerin bu alana –sekiz milyarlık bir pazara– ilgisi de nihai olarak kaçınılmazdır. Elbette sadece bu tespit yetmez, ‘kapitalizmin sağlık alanında etkin olabilmesi’ için bu alandaki bazı kişi, kurum ve kuruluşları da kullanabilmesi, onlarla birlikte hareket etmesi gerekir. Ve kanaatimce, kapitalizmin, içimizden yani sağlık alanından bazı kişileri, kurum ve kuruluşları sonuna kadar kullanması, sağlık ve ilaçlar hakkında bilgi saklaması veya bu insanlara yanıltıcı bilgiler vermesi zorunludur. İşte günümüzde, Türkiye’deki bir avuç insanın sağlık sistemindeki kapitalizme, doktor-hasta ilişkisine, ilaç şirketlerine, kendi meslektaşlarına başkaldırısı

bu nedenle ortaya çıkıyor. Belki biliyorsunuz, başkaldırmanın şekli ve yöntemi tartışılabilir ama “her başkaldırının haklı bir gerekçesi olmalıdır,”* der Albert Camus. Bizim başkaldırı gerekçemiz şu: Tıp amacından uzaklaşıyor, koruyucu hekimlik özellikle unutuluyor, ilaçlara göre hastalık yaratılıyor, doğal süreçler hastalıkmiş gibi pazarlanıyor... Bu sistem, gereksiz ve faydasız ilaçları sadece para kazanmak için insanlara kullandırmaktan, zarar vermekten çekinmiyor. Ülkelere anlamsız sağlık ve sigorta sistemleri kabul ettirilmeye, sağlık harcamaları sürekli artırılmaya çalışılıyor. İnsan sağlığını düşündüğü iddia edilen uluslararası kuruluşlar, dernekler, ilaç şirketleri parası olmayanların sağlığını zerre düşünmüyor. Karmaşık, bilinmeyen hastalıklardan değil, Afrika’da sıtmadan ölen çocukların tedavisi için –sıtma ilacı gibi– basit, kâr getirmeyen ilaçları üretmemek adına bahaneler arayan ilaç şirketlerinin varlığı unutulmamalıdır. Söz konusu kolesterol ilaçları (statinler) gibi kazançlı, fakat insanları tedavi etmeyen olay, olgu ve hastalıklar (tansiyon, şeker vs) daha kârlı ve sürekli kazandırıyor. “Kolesterol ilaçları musluk suyuna da katılsın, hamburgerlerin yanında statin ilacı da verilsin, kolesterol düzeyi yüksek olmayanlar da kolesterol ilacı kullansın,” diyerek hekimleri ikna etmeye de çalıştılar. Ve bu oltaya gelen birçok dostumuz olduğunu söylemek zorunda kalmaksa, oldukça üzücü.

Ve ilaç şirketleri, faydalı olmadığı sonradan ortaya çıkan onlarca pahalı ilaç için –milyonlarca dolar– tazminat ödemekten korkmazken, açlıktan ölen çocuklar. Ülkeler sağlık sistemine, ilaçlara milyarlarca dolar para yatırdığı halde insanlar fayda görmüyor, doktorun ‘hasta tedavi etme’ mantığı, ‘sürekli kullanılacak ilaç verme mantığı’ ile yer değiştiriyor ve ‘tedavi’ unutuluyor. Ülkelerin sağlık sistemi harcamaları periyodik olarak artıyor, ama hastalıklar azalmıyor, sürekli artıyor. İşte

* Camus, Albert (2010), *Başkaldıran İnsan*, (çev. Tahsin Yücel), Can Yayınları, İstanbul.

felsefi anlamda konuyu 'absürd'leştiren (saçma mantığı) de bu gerçeği bizim 'bilincimizle' kavramış olmamız, bizi diğer arkadaşlarımızdan ister istemez ayırıyor. Kısaca, felsefi olarak bu absürdü (saçmayı) kavrayanlarla, kavramayanlar (sağlıkçılar ve insanlar) arasında ortaya çıkan tartışma bu. Çünkü kapitalist ülkelerin ilaç şirketleri bizi köleleştirmeye çalışıyor, onlar kendilerini efendi bizi köle olmaya zorluyorlar. Biz hiçbir alanda olmadığı gibi sağlık ve bilim alanında da köle ya da efendilik istemiyoruz ve başkaldırıyoruz: Biz sadece insanlığımızın bilinciyle yaşamak istiyoruz!

Bilinç, bir bilim insanında, sadece kendisinin yardımıyla oluşabilecek bir olgu, bilimsel gerçekliğe ulaşmadaki ilk adımların başlangıcı, şüphelerin ve sezgilerin odak noktası.

Varolan gelişmeler ise insanların bilinçlenmesine karşı!

Bazıları sadece ampirizmi (doğrulamacılığı) bilim yapmak sanıyorlar. Çünkü bilimsel olduğunu söyleyenler, bilimsel sorgulamayı yeterince bilmiyor, bilimde yanlışlamacılığın ne demek olduğunu henüz kavramıyor! Onlar için bilim, ilaç şirketlerinin çok sayıda denek grubuyla yaptırdığı bazı araştırmaları kutsallaştırıp, kutsal bilimin içine monte etmek. *Ve araştırmalarda nitelik değil, niceliğin önplana çıkarılması gerçek bir sorun.* Çoğu zaman bu kutsal (nicelikli) araştırmaların hatalarını gizlemeyi de marifet sayıyor*, kolesterol teorisini eleştiren hiçbir yayını görmüyorlar**. Teoride olmasa da, uygulamada bilimle din arasında (kutsallar açısından) hiçbir fark kalmıyor. Bilim ve tıp artık hemen hemen tümüyle örgütlü grup faaliyetine dönüşmüş durumda, İngiliz Kalp Derneği, Amerikan Kalp Derneği, Avrupa Kalp Derneği, Türk Kardiyoloji Derneği, bunlar

* Michel de Lorgeril ve diğerleri (2010), "Cholesterol Lowering, Cardiovascular Diseases, and the Rosuvastatin-JUPITER Controversy". Bkz. <http://archinte.ama-assn.org/cgi/content/abstract/170/12/1032>.

** Adams, D. D. (2011), "The great cholesterol myth; unfortunate consequences of Brown and Goldstein's mistake", bkz. <http://qjmed.oxfordjournals.org/content/104/10/867.abstract>.

kolesterole kendilerince kılıf-elbise biçiyorlar. “Bilim bir kez tamamen örgütlü bir grup faaliyeti haline geldikten sonra neredeyse kaçınılmazcasına bürokratikleşme eğilimine girer. Bunun bireysel yaratıcılık yeteneği üzerinde bariz bir şekilde olumsuz bir etkisi var”, der Federico Mayor ve Augusto Forti* ve haklılar, öyle oldu...

“Bilimsel yobazlaşma neden ortaya çıkar?” sorusu burada önemli. Elbette, pek çok neden olabilir fakat benim üzerinde durmak istediğim neden kapitalizmin kafa karışıklığı yaratmadaki ustalığı üzerinde olacak. ‘Böl, parçala, yönet’ kuralı, sadece devletlerle sınırlı değil, kapitalist bilim anlayışında da geçerli. İnsan organizması, kendisini inceleyen farklı bilim dallarına ayrıştırılmış, kardiyoloji, nefroloji, hepatoloji, nöroloji, biyokimya, mikrobiyoloji gibi tıp alanlarının farklılaşmasında elbette teknik olarak bir sakınca yok. Fakat siz söz konusu bilim dallarıyla uğraşırken, canlılığın nihai olarak bir bütün olduğunu unutmaya başladığınızda, kendi alanlarınızın başka alanlarla ilişki kurmasını engellediğinizde, canlılık konusundan da yavaş yavaş uzaklaşıyorsunuz demektir. Fiziksel anlamda yaşamak, sadece kalp, sadece dalak, sadece böbrek değildir, teker teker bunların hiçbir anlamı yoktur. Yaşam olgusu organlarda ve organların fonksiyonlarında mutlak bir bütünlük ister. Günümüzün tıpla ilgili sorunlarından biri de budur. Tek tek bilim dalları kendi çerçevesinin dışına çıkamıyor, sadece kendini dev aynasında görüyor. Kardiyoloji dünyası epidemiyolojik araştırmaları, beslenme araştırmalarını, gerontolojik araştırmaları takmıyor. Örneğin biz Türkiye’de bazı dostlarımla, bilimsel kaynaklarıyla** birlikte “kan kolesterolü ve yumurta arasında

* Federico Mayor ve Augusto Forti (1997), Bilim ve İktidar, Tübitak PBK, s. 63.

** Harman N. L., Anthony R., Leeds A. R. ve Griffin B. A. (2008), “Increased dietary cholesterol does not increase plasma low density lipoprotein when accompanied by an energy-restricted diet and weight loss”, European Journal of Nutrition, cilt 47, no 6, Eylül 2008.

bir bağıntı yok, yumurta halk için ucuz ve çok iyi bir besin kaynağı” fikrini ortaya attığımızda, beslenme ile ilgili bu düşüncemizle kardiyoloji bilimi ilgilenmeyebiliyor. Bizim hangi nedenlerle böyle bir düşünceyi ortaya koyduğumuzu hiç sormayan kardiyologlar* derneği üst kademesi (TKD) daha sonra yumurtadan bir kişinin özür dilemesini kendilerince yeterli görüyor. Fakat söz konusu yaklaşık 30-40 yıl süren “yumurta zararlıdır, kolesterolü yükseltir” düşüncesinden doğan yumurta yasağının ‘yetersiz beslenmeye’ bağlı ‘halk sağlığındaki hatalarına’ hiç değinmiyor.**

Elbette “bilim, iğneyle kuyu kazmak gibidir, yavaş ilerler” savunmasını ben de biliyorum, buradaki sorun bilimin yavaş ilerlemesi değil, bilimin ilerlemesinin neden yavaşlatıldığı sorunu! Bilim, farklı paradigmaların çatışmasıyla ilerler, bu farklılıkları kötülemek ve farklı olanı zorla ‘sıradan’laştırmaya çalışmak bilimin gelişimini engeller. Gerçekte sorun, bilimsel düşünceleri nedeniyle bir bilim insanının ara sıra yanılması da değil! İnsanlar “kendi” bireysel yanılgılarından muhteşem güzel sonuçlar çıkarabilirler, hatalarından tecrübe kazanırlar, yaratıcılıkları ve düşünceleri hatalarıyla birlikte muhteşem bir şekilde artabilir, burada yanılığ söylemiyle kastettiğimiz bu kişisel-bireysel yanılgılar değil!

Hekimlerimizin, uzmanlarımızın kendi düşünceleri olmayan, başkalarının kendilerine dayattığı bir düşünceden dolayı, insanlar ve hastalar karşısında yanılığa düşmesi, asıl üzücü olan bu! Bu durumda bu kişiler, yanılığ kendi yanılgıları olmadığı için, asla yanılgılarından olumlu düşünceler ve bilimsel yaratıcılık adına bir şey çıkaramayacak, sürekli başkalarının düşünlerini kullanacak, makineleşecek, sürekli başkalarının yaptığı hatayı yapacak, kendilerini “bilimadamı” olarak ta-

* Durmuş, Mevlüt (2007), Manifesto: Çarmıha Gerilen Molekül ve Modern Bilimin Kolesterol Masalları, Platin Yayınları, Ankara.

** Bkz.<http://kolesterolmasallar.blogspot.com/2008/07/yali-kadin-bilim-ve-yumurta-zerine.html>.

nımlasalar da, ‘*kendi bireysel düşünceleri*’ olmayan bilimadamı olarak kalacaklardır! Bence bilim açısından üzücü olan budur. Yumurta kolesterol ilişkisinde “Amerikan Kalp Derneği (AHA) tedavi kılavuzları bize öyle demişti, biz bu nedenle yumurtayı insanlara yasaklamıştık, suçlu biz doktorlar değiliz, doktoruz ama kararı biz vermiyoruz, suçlu Amerikan Kalp Derneği” demek, bu konuda biz yozlaştık, biz düşünmüyoruz, ne derlerse, ne isterlerse yapıyoruz, yapmak zorundayız” anlamına gelmez mi?

Şirketler, yüksek kolestorelden bir yılda 30 milyar dolar kazanabiliyor. Fakat bazı dostlarım hariç, akademik formasyona sahip hiç kimse kalp krizi geçiren insanların yarısından fazlasının kolesterolünün düşük* olduğunu, kalp krizi geçirme ihtimalinin yazı tura gibi bir realite olduğunu söylemiyor! İnsanlarımız ve halkımız, kolesterolü yüksek her insanın kalp krizi geçireceğini sanıyor. Gerontolojik (yaşlanma bilimi) çalışmalarda kolesterolü yüksek olanların neden daha geç öldüğünü kimse açıklamıyor** veya açıklamaya korkuyorlar. Bazı çalışmalarda kolesterol düşürücü (statinlerin) hiçbir faydasının olmadığı ortaya konulsa*** da, kimse dikkate almıyor. Ölümeye yaklaşmış yaşlı insanları bile kandırmaktan korkmayan sağlık sistemine sızmış ilaç tüccarları, yaşlılarda kolesterol düşürmeye çalışırken bunun hiçbir faydası olmayacağını**** söylemiyor.

* P. M. Ridker ve diğerleri (2008), “Rosuvastatin to Prevent Vascular Events in Men and Women with Elevated C-Reactive Protein.”

** S. Brescianini ve diğerleri (2003), “Low total cholesterol and increased risk of dying: are low levels clinical warning signs in the elderly? Results from the Italian Longitudinal Study on Aging.”

*** Bernhard M Kaess, Ramachandran S Vasan (2011). Statins are not associated with a decrease in all cause mortality in a high-risk primary prevention setting. Evid Based Med2011;16:8-9 doi: 10.1136/ebm1125 (<http://ebm.bmj.com/content/16/1/8.extract>)

**** Petersen LK, Christensen K, Kragstrup J. (2010). Lipid-lowering treatment to the end? A review of observational studies and RCTs on cholesterol and mortality in 80+-year olds. Age Ageing. 2010 Nov;39(6):674-80. Epub 2010 Oct 14. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20952373>)

Modern olarak nitelendirdiğimiz tıp, insanları ölümle korkutup sıtmaya değil, kolesterol ilaçlarına (statinlere) mahkum ediyor. Tıbbın ne kadar modern olduğunu, insanların dolar bazında sağlık harcamalarına bakarak karar veriyoruz! Biraz tuhaf değil mi?

Bilimsel bilgiye ulaşmada yanlışlamacılık (falsificationism) adını verdiğimiz bir gerçeklik, bilimsel bilginin birçok önemli alanında yer tutar. Daha önce de söylediğimiz gibi, her ne kadar tıp bir bilim değil disiplin alanı olsa da, tıp var olan bütün bilim dallarından faydalandığı için buna tıp bilimleri de dâhildir. Çünkü tıp bütün var olan bilimleri (hasta yararına) kullanabilen muhteşem ve hayranlık uyandıran bir disiplin alanıdır. Bir önermenin –teorinin– hipotezin bilimselliği, sadece bunların kaç kere doğrulandığını göstermekle anlaşılmaz; bu yüzden gerçek bilimsel bilgi sadece ve sadece doğruların sürekli olarak birikmesiyle de oluşmaz! Gerçek anlamda bilimsel bilgi önermedeki-teorideki-hipotezdeki yanlışların ayıklanmasıyla ilerler ve yanlışlamacılığın önemi de burada ortaya çıkar. Yanlışlamacılığın önemini bilimsel olarak kavrayan, bilim felsefesinden birazcık anlayan biri, her koşulda sizin ileri sürdüğünüz yeni düşünceleri dikkate almak, ‘önemli olan konunun teorilerin sayısız kere doğrulanması değil, bir kere yanlışlanabileceği’ gerçeği ile sürekli yaşamak durumundadır, bu yüzyılın dâhisi Einstein için bile geçerli bir kuraldır. Yanlışlanabileceği önceden peşin olarak kabul edilmeyen hiçbir bilgi “bilimsel bilgi” olarak tanımlanamaz. Yani bir deneyin veya teorinin ‘yüzlerce kez ispat edilmesini’ size, sizin görüşlerinizi dinlemeden-anlamadan ‘kanıt olarak’ gösteremezler, bu bilimsel açıdan bir düzeysizliktir. Sizin bilimsel açıdan var olan teoriyi-görüşü yanlışlayıp yanlışlamadığınız önemlidir. Ünlü epistemolog K. Popper da böyle diyor. Biri “bütün kargalar siyahtır” diye bir önerme getirmişse, siz de kutuplarda “beyaz bir karga” bulmuşsanız “bütün kargalar siyahtır” önermesi artık

geçerli değildir. Daha önce yüz binlerce kez, kargaların siyah olduğuna dair yapılan gözlemlerin, beyaz karga bulunduktan sonra, hiçbir değeri ve anlamı yoktur. Böyle bir durumda bilimsel önerme değiştirilmelidir: “Kargalar siyah ya da beyaz olabilir” denilebilmelidir.

Ama olmuyor, bilim de sağlık sistemi de kapitalizmin çekim alanına girmiş durumda. Bu sistem birilerini beslediği sürece de olmayacak!

Bilim Özgür Değilse Akıl ve İnsan Nasıl Özgür Olabilir?

Bazen ortaya çıkan yeni ve farklı bir paradigma üzerinde veya düşünce farklılıklarında ortaya çıkan çatışma ve çekişmelerin akıl ve mantık rayından çıktığı olur. Gerçekte bu duruma bilim tarihinde oldukça sık rastlanır, ama gerçekler er ya da geç mutlaka ortaya çıkar. Genetik üzerinde çalışan *G.Mendel*’in çalışmaları, çöpe atılsa da, otuz-kırk yıl genetik alanının gelişmesi engellense de durdurulamaz, biri gelip mutlaka çıkarır. Çünkü doğruların er ya da geç ortaya çıkmak gibi kötü bir alışkanlığı vardır!

Ulaşılan noktada akıl ve mantık yoluyla olması gereken bilimsel çatışmalar anlaşılmaz bir şekilde yön değiştirir. Örneğin birileri sizi ve bilimsel kaynaklarınızı görmezden gelir, düşünceler dikkate alınmaz. Genetik kolesterol yüksekliği (familialhypercholesterolemia) adı verilen olgu, kolesterolün karaciğerde fazla sentezlenmesi gibi algılanır veya öyle algılatılır. Bilmedikleri veya düşünmedikleri şudur: Kanda hücresel kolesterol sentezine bağlı olan kolesterol yüksekliği söz konusu değildir, kanda kolesterol yüksekliği hücresel üretimden değil kandaki aşırı birikimden* (small LDL, genetik hatalar) kaynaklanır. *Üretim ve birikim kaynaklı yükseklik aynı şeyler değildir.* Hekimlerimiz kolesterol yüksekliğinin gerçek nedenini, koles-

* Vogel, Robert A. (2012), “PCSK9 Inhibition: The Next Statin?”, Journal of the American College of Cardiology, cilt 59, no 25, Haziran 2012.

terol yüksekliğini ortaya çıkaran karaciğer organını (katabolizmasını) anlayamamıştır! Kolesterol yüksekliğini karaciğerde aşırı üretim (anabolizma) olarak kabul etmiş, kolesterol hücreler tarafından kullanılmadığında da (katabolizma bozuk) kan-
da kolesterolün yüksek olabileceğini görememiş, düşünememişlerdir. (Bu problemlili durum kapitalizmin ekonomik yapısına ve krizlerine benzetilebilir.) Şeker (diyabet) hastalığındaki ($a \rightarrow b \rightarrow c$) ilişkisi a) *pankreas* b) *insülin* c) *kan şekeri yüksekliği* ilişkisi, biraz farklı da olsa a) *karaciğer*, b) *karaciğer partikül alıcılar (LDL-R)* c) *kan kolesterol yüksekliği* ilişkisi olarak karşımıza çıkar*. Ama sadece görmek isteyenlere kendisini gösterir! Bu nedenle hücre içinde kolesterol üretimini (statinlerle) engellemek bilimde ve tıpta bir rezalettir demekten çekinmiyorum. Çünkü kolesterol yüksekliğinin hücre-içi kolesterol üretimiyle ilişkisi yoktur. Fazla kolesterol üretiyor diye karaciğer hücrelerini suçlamak, hücre içinde kolesterol sentezini durdurmak, bir steroid olarak kolesterol ve fonksiyonlarını hiç bilmemektir.

“Kolesterol ilaçları (statinler), faydadan çok zarar verebilir, beyin kanaması**, hafıza kaybı***, şeker hastalığı, kanser gibi birçok yan etkiler ortaya çıkabilir” dediğinizde hakarete uğrarsınız. Karşınıza çıkan kendilerini çok akıllı ve bilim dünyasının tek vazgeçilmez vârisi, günümüzün modern engizisyon mahkemeleri üyeleri sizi ‘cehalet’le suçlayabilir ve utanmadan ‘suç duyurusunda’ bulunmakla tehdit de edebilirler****. Bu kişiler, kolesterol ilaçlarının faydalı olduğunu iddia ederken, istatistiksel bulguları da saptırmakta ustadırlar. *Mutlak risk* ve *göreceli risk* konusunda ya fikir sahibi değillerdir ya da bildikleri halde söy-

* Bkz. www.kolesterolmasallar.blogspot.com.

** J. Roquer ve diğerleri (2005), “Serum lipid levels and in-hospital mortality in patients with intracerebral hemorrhage”, *Neurology*, Ekim 2005; 65(8):1198-202.

*** Bkz. http://www.naturalnews.com/035147_cholesterol_drugs_warning_labels_memory_loss.html.

**** Bkz. <http://www.hurriyet.com.tr/yasasinhayat/19384118.asp>.

lemezler. “Kullandığınız kolesterol ilacı, kolesterolünüz düşse bile size en fazla yüzde dört (%4) faydalı olabilir: Yani kolesterol düşürülse bile yüz kişiden sadece dört kişi fayda görür. Mutlak fayda açısından yüzde sıfır (%0) olan araştırmalar da vardır, yüz kişinin doksan altı kişisi (%96) kolesterolü düşse de, bu ilaçtan fayda görmez” demezler. Bu bilgileri bildiği halde söylemeyenler doğrudan kapitalizmin tutsağı olmuş kişilerdir. Kapitalizm hiç faydalı olmayacak veya en fazla yüz kişiden dört kişiye faydalı olabilecek bir ilacı bize satmaktadır. Sağlık sisteminde para ödeyip satın aldığımız yüz kutu (statin) ilacının, doksan altı kutusu (%96) hiçbir işe yaramamaktadır: Ve bu muhteşem bir kapitalizm mucizesidir, kapitalizm aptallardan daha çok kazanır!

Farklı olarak ‘neden-sonuç’ ilişkisini anlayamayan bilim adamları da, nedenleri ortadan kaldırmadan sonuçları tedavi etme yolunu, yani statinleri kullanarak kandaki kolesterolü düşürmeyi seçmişlerdir, işte yapılan bu yanlış seçim tartışmamızın da temelini ortaya koyar.

Bunlar öylesine tuhaf yalan ve yanılsamalara sahiptirler ki, yanılgılarından dolayı tapındıkları ‘kolesterol’ paradigmasının hızla değiştiğini göremezler. İşte bilimin de azizliği burada kendini gösterir: Bazıları kâhin olmasa da bilimsel öngörüye sahiptir, erken görür, önceden anlar. Bazıları anlatılanı, anlatılınca, zamanında anlar, bazıları ise ne kadar anlatırsanız anlatın anlayamaz.

Bir de, doğruyu bildiği halde anlamak istemeyenler vardır ki, sormayın gitsin! Bunlara “bilimin tutucu papazları” adını veren Prof. Dr. Ahmet Aydın hocama teşekkür ediyorum.

Felsefi ve siyasal sistemler genel anlamda, olumlu ya da olumsuz, insanların düşünme yetileri üzerinde etkilidir, *fakat salt bir kapitalizm anlayışı ve önkabulü, bilimde ve tıpta sadece olumsuz uygulamalara yer açar.*

Sonuç: Ne olursa olsun bilim ve sağlık sistemimiz günü-

müzde kapitalizmin de büyük katkılarıyla, dinleştirmeye, değişmez-değiştirilemez kurallara, çeşitli derneklere, tedavi kılavuzlarına, yönetmeliklere bağlanmak istenmektedir. Bize sunulan gerekçe hasta yararı, hasta sağlığı da olsa, elde ettiğimiz sonuçlar hasta başına düşen masrafların azalmadığı sürekli olarak arttığını göstermektedir. Ne kadar harcarsanız harcayın kapitalizm doymayacaktır. Ve bu gerçeği mutlaka görmek gerekir. Sağlık sisteminde, bireyin yıllık sağlık harcamalarının artması kapitalizmin yararına olsa da, sağlığa ve sağlık sistemine büyük bir ihanettir.

Tıp bu değildir!

TAVUKLAR NEDEN DEPRESYONDALAR?

Mutluhan İzmir

*Quid rides? Mutato nomine, de te fabula
narratur.**

Horatius

İnternet arama motorlarında tavuk ve antidepresan anahtar kelimelerini girerek arama yaparsanız, depresyona girmiş olan tavukların sayısında ciddi bir artış olduğunu ve bu duruma karşı alınan psikiyatrik tedavi önlemlerini anlatan çok sayıda yazıyla karşılaşacaksınız. Tavukların antidepresan ilaçlarla tedavi edilmeleri için ciddi bir çaba harcandığı, hatta onlara bolca kafein de verildiği bu yazılarda belirtiliyor. Peki, tavuklar neden depresyona giriyorlar diye sorarsanız bunu anlayabilmek için iki yolumuz var: Ya tavuğun civcivliğinden itibaren geçmişini deşeceksiniz ve travmatik bir civcivlik dönemi geçirip geçir-mediklerini öğreneceksiniz, ya da içinde bulundukları güncel koşulları değerlendirerek bir çıkarım yapacaksınız. Şaka bir yana tavukların durumu, depresyonun geçmişteki sorunlardan çok, bugün içinde bulunduğumuz koşullardaki olumsuzluklardan kaynaklandığını bize gösteren en çarpıcı örnektir.

Depresyona girmiş olan tavuklar, tavuk çiftliklerinde hare-

* “Neden gülüyorsun? Başkalarının başına geldiği için güldüğün bu hikâyeler, aslında senin hikâyendir.”

ketsiz olarak kafeslerde tutulanlar arasından çıkıyorlar, doğada kendi başına yaşayan tavuklarda depresyon vakası şimdiye dek bildirilmemiş. Bu tavuklara, daha çok yumurtlayabilmeleri ve etlenmeleri için stres giderici, rehabet verici etkilerinden yararlanmak üzere, iştah açıcı etkisi de olan antihistaminik, antidepressan ve kafein kokteyli veriliyormuş. Gece-gündüz döngüsünü hızlandırarak daha çok yumurtlamaları için yapay ışığa maruz bırakılıyorlarmış. Kahve küspesi veya yeşil çay tozu verilerek tavukların uyanık kalması sağlanıyor; çünkü bunlarda bulunan kafein sinir sistemini uyaran bir madde. Böylece bir taraftan antihistaminik ve antidepressanlarla sakinleştirilen tavuklar, diğer taraftan kafein ile uyanık tutuluyorlar; beslenmek için daha fazla zamanları oluyor. İşte, bu ilaç kokteyli ile tavuğun stresten uzak olması, daha iyi beslenmesi ve etinin yumuşak olması sağlanıyormuş. Yani sözün kısası bu zavallı tavuklar doğal yaşamlarından kopartılmış, yumurtaları ellerinden alınarak kastre edilmiş, küçük kafeslerin içinde ye-iç-yumurtla döngüsü içinde yaşayan makineler haline getirilmişler. Artık onların çimlerin üzerinde serbestçe dolaşabilme, civcivlerinin yumurtadan çıkışlarını gözleme ve civcivlerini peşlerine takıp anaç tavukluk yapma olanakları kalmamış. Demek ki doğal yaşam koşullarından uzaklaştırılan tavuklar bu nedenle depresyona girebiliyorlar. Ancak sağlık teknolojisi, tavukların iyi bir yumurtlama makinesi olarak işlev görebilmelerini depresyonun engellemesinin önüne geçecek yöntemi bulmuş; antidepressan, antihistaminik ve kafein verilerek tavuklar içinde bulundukları durumun olumsuzluğuna aldırmandan yaşayabiliyorlar. Bu ilaçların etkisi ile tavuğun kendisini edilgen bir yumurtlama makinesi olarak görmesi engelleniyor. Mutlu olmaları için hiçbir nedenin bulunmadığı bu konumdaki tavuklar, ilaçların yarattığı etkiyle muhtemelen kendilerini dünyayı yumurtlayarak kurtaran bir kahraman olarak görerek mutlu oluyorlardır. Yani ilaçların etkisi altındaki tavuk artık gerçek

bir dünyada değil, kendi zihninin yarattığı hayali bir dünya-
da mutlu biçimde yaşamaya devam ediyor. Tavuklar böylece
sağlıklı bir kiloya kavuşabiliyorlar ve bolca da yumurtlayabi-
liyorlar. Tavuklara acıdıysanız aynı kokteylin insanlara da sık-
lıkla uygulandığını, üstelik bilgisayar ekranının ışığı nedeniyle
uykularının da kısalmış olduğunu söylesem ne diyeceksiniz?
İnsanın tüylerini ürperten bir benzerlik değil mi? Şimdi ak-
lınıza insanların arasında da psikiyatrik hastalıkların sıklığı-
nın giderek arttığı ve özellikle de depresyonda ciddi bir artış
olduğu gerçeği ister istemez geliyordur. Ruh sağlığı açısından
tavuklarla benzer bir düzeyde olmak ve buna akıl ve zekâyla
bir çözüm bulamamak, hayvanlardan çok daha gelişmiş akla
ve zekâyı sahip bir canlı olan insan için garip değil mi? Işın
belki de daha da garip olan kısmı, günümüzde depresyona gi-
ren insana modern tıbbın psikiyatri bölümünün çözüm olarak,
ancak tavuklara sunduğu düzeyde bir kafein+antidepresan+an-
tihistaminik kombinasyonu sunabilmesi. Evet, bu ilaçlar belki
toplumun %5'i için gerçekten gerekli olabilir ama ya toplumda
bu ilaçların kullanım oranı %50'leri aşmışsa? Psikiyatri pratiği,
insanlara bol miktarda ilaç kullandırma pratiğine dönüşmüş-
se? Bu soruların yanıtı için belki de tavuklara kulak vermek
gerekıyor. Tavuklar insanlara dönerek şunu söylüyor gibiler:
“*de te fabula narratur*” (benim hikâyemde sen anlatılıyorsun).

Tavukların ne demek istediklerini insanlar anlayabiliyorlar
mı? Bu kadar insanın sorunu çocukluk travmaları mı? Biliş-
sel şemalarının, karşı karşıya kaldıkları sorunları çözmek için
yeterince sağlıklı biçimlenmemiş olmaları mı, yoksa tavuklar
gibi insanların da doğal yaşam koşullarından uzaklaştırılıp,
metropollerde, kulelerin içine hapsedilmeleri ve üretimden
kopuk yalnız bir yaşama mahkûm edilmeleri mi yaratıyor bu
sorunları? Ve insanları tavuklar gibi, antidepresan ilaçlar kulla-
narak içinde bulundukları ortamın olumsuzluklarına duyarsız
hale getirerek yaşatmak sağlıklı bir çözüm yolu mudur? Tıp,

depresyonun sadece medikal (başlıca ilaçla) tedavisini öne çıkartarak bu kandırmacaya alet olmakta mıdır? Tavuklar doğal ortamda serbest kaldıklarında depresyonları düzeliyorsa, insanlar için bu durumu örnek alarak, psikiyatrik hastalıkları ve onların tedavi yöntemlerini yeniden değerlendirebiliriz. Tavuğu yumurtasına yabancılaştıran süreç, insan için de acımasızca işlemekte ve insanlar her türlü emeklerinin ürününe yabancılaşmaktadırlar. Günümüzde insanlar emek harcayarak ürettikleri ürünü, aynen çiftlik tavukları gibi, ne için ürettiklerini bilmeden yaşamaktadırlar. Bu durum yaşamın amacının oturtulamamasına, insanların anlamsızlık içinde boğulmalarına yol açmaktadır. Yaşamın amacı ve anlamı, insanın emeğinin ürünü ile kurduğu ilişkiden doğamayınca, küresel sermayenin ayakta durabilmesi doğrultusunda görevlendirilen küresel reklamcılık sektörü tarafından tüketime yönelik olarak oluşturulmaktadır. Yani nasıl ki tavuklar, çiftlik sermayesinin ayakta durabilmesi için ruhsal sağlıklarından oluyorsa, insanlar da küresel sermayenin ayakta durabilmesi için düşüneyen birer tüketim makinesine dönüştürölerek ruhsal sağlıklarından olmaktadır.

Onca bilimsel ilerleme, teknolojik atılımın ardından insanın kendisini çiftlik tavuğu düzeyinde bulması, açıklanması gereken bir fenomendir. İnsan, yaşamının anlamını ya doğayla baş edebilen kişi olarak ya da doğadan kopuk yaşıyorsa üretken ve neyi ne için ürettiğini bilen bir toplumun saygın bir bireyi olarak bulabilir. Sağlıklı toplum, kendi ihtiyaçlarını üretebilen, neyi, nasıl ve ne zaman yapacağına kendisi karar verebilen, ihtiyaçlarından fazlasını da ihtiyacı olanlarla paylaşabilen bir toplumdur. İnsan böyle bir diyalektik yapı içinde ise emeğinin ürününe yabancılaşmaz. Aksi halde yabancılaşmanın getirdiği anlamsızlık ve amaçsızlık yakasını bırakmayacaktır. İnsan, içinde bulunduğu toplumu sağlıklı bir toplum haline getirmek ve bu toplumun içinde de kendisine saygın bir konum

edinmek çabası sayesinde ruh sağlığını koruyabilecek olan bir canlıdır. Bu çaba yoksa birey ruh sağlığını koruyamaz. Yani ruh sağlığı toplumsal zeminde icra edilen bir eylemdir temelde. Eylem yoksa ruh sağlığından söz edemeyiz ama eylemin karşılık bulacağı bir toplumsal yapının olması da zorunludur. Bütünöyle bireysel amaçlara yönelmiş bireylerin ruh sağlıklarını koruyabilmeleri, birtakım özel koşulların ortaya çıkmasına bağımlı hale gelir. Toplumsal yapı günümüzde üretici-dayanışmacı toplumdan tüketici-rekabetçi topluma doğru kaymıştır. Tüketici-rekabetçi toplumun bireyleri, birbirlerine, dayanışma içine girecekleri, destek bulacakları bireyler olarak bakmazlar. Oysa insan ancak kendisini böyle bir toplumun içinde mutlu hissedebilir; tüm çocukların tüm bireyler tarafından sahiplenildiğı, tüm yaşlıların sayğı ile karşılandığı bir toplumda... Bu toplumda dayanışmanın gücü, her bireyin o gücü içselleştirerek kendisini güçlü hissedebilmesini sağlar. Oysa tüketici-rekabetçi toplumun bireyleri, birbirlerine, mutluluklarının önünde bir engel olarak dikilen bir düşman gibi bakarlar. Haset ve kıskançlık, bireylerin birbirleriyle olan ilişkilerini kontrol altına almıştır. Toplumsal yapı bir piramit gibidir, en üstte en başarılı olan kişi, altında ise hiyerarşik bir sırayla birbirinin üstünde yükselen kitleler vardır. Diğer insanlar, kendimizin hak ettiğini düşündüğümüz şeyleri elimizden alacak olan potansiyel düşmanlar olarak görülür ve daha fazla rahat edebilmek için mutlaka daha fazla kişinin üstüne basmanız gereklidir bu toplumlarda. Bu bakış açısı, bireyin gereksinim duyduğu güç algısını yaratamayacağı için, bireyler kendilerini bu tür toplumlarda ileri derecede zayıf ve aciz hissederler. Kendini aciz ve güçsüz hisseden ve dayanışma silahından yoksun olan bireyler aradıkları gücü birbirlerine karşı şiddet uygulayarak bulacaklardır. Ezilen insan, ezebileceğı bir başkasını bulabilirse göreceli olarak kendisini güçlü hisseder. Bu nedenle de tüketici-rekabetçi toplumlarda giderek daha fazla sayıda küçük çocuk, büyükler

tarafından taciz edilmekte, toplum-içi şiddet giderek artmaktadır. Bu toplumsal fenomen, sermayenin toplumsal alanı yeni-liberal politikalar doğrultusunda biçimlendirmesiyle ortaya çıkmıştır. Toplumsal alan, kontrolsüz biçimde her coğrafyaya girip çıkabilen bir sermaye gücünün hâkimiyeti altına girmiştir. Ülkeler, içine girdiği krizleri çözmek için sermayenin kendisini toparlamak amacıyla kullandığı alanlara dönüşmüşlerdir (Harvey, 343). Örneğin 1923 yılında sınırlarını mekânsal onarıma kapatan Türkiye, 1938'den itibaren yine mekânsal onarımın alanı haline gelmiştir. Sermayenin krize girmemesi için, olabildiğince geniş bir coğrafyada, olabildiğince geniş kitlelerin tüketici haline getirilmesi gerekmektedir. Sermayenin bilinen kriz döngüleri, toplumları oluşturan bireylerin yaşamlarını da doğrudan etkiler. Toplumdaki sermaye ve üretim ilişkilerindeki her değişim, bireylerin yapılarındaki değişimleri tetikleyecek bir izdüşüm yaratır. Toplumun yapısında, inançlarında ve hiyerarşik düzeninde bu döngülere uyumlu değişimler gözlenirken, bir yandan da kişilikler ve kimlikler, bu döngülere uyumlu olarak değişim geçirirler.

Mekânsal onarım yoluyla, üretim fazlalığının ve tüketim yetersizliğinin olduğu coğrafyanın dışındaki coğrafyalarda yaşayan insanların, ürün fazlalığını tüketecek tüketiciler haline getirilmeleri hedeflenir. Tıp alanında bugün dünyada gözlenen dönüşümün nedeni, emperyalist ülkelerin sermaye krizlerini çözebilmeleri için, üçüncü dünya ülkelerinde sağlık tüketimini artıracak kitleler yaratabilmek amacıyla, sermayelerine mekânsal onarım uygulama çabalarıdır. Fazla üretimi emmeye yarayacak yeni-tüketici alanlarının açılması, yani mekânsal onarım, yeni coğrafyalardaki insanlara kredi verilerek bu insanların, üretim fazlası sermayeyi elinde tutan sermayedarın yarattığı parasal sistemin içine dâhil edilmeleri ile olanaklı olur. Üretim fazlasını emecek olan coğrafyada yaşayan ve henüz tüketim alışkanlığı edinmemiş topluluklar, yaşam-

sal gereksinimlerini karşılayacak tüketicinin yanında, yaşamları için çok da gerekli olmayan birtakım ürünleri tüketmeye ikna edilerek mümkün olduğunca çok tüketim yapmaya alıştırılmadırlar. İnsanlar böylece yaşamsal gereksinimleri dışında kalan birtakım ürünleri de tüketmeye kurgulanmış bireyler haline dönüşerek, insanlık tarihinde yeni bir boyuta geçerler. Bu boyutta her şey değişime tabi tutularak “yeni” önekiyle anılır; yeni-liberalizm, Yeni Dünya Düzeni, yeni-muhafazakârlık gibi. İhtiyacı olmayan şeyleri tüketmeye kurgulandığı bir yaşamda biçimlenen insan, ihtiyaç-tüketim ilişkisinin doğrudan bağlantısının sürdüğü bir yaşamda biçimlenen insandan farklı bir insandır. Böylece, tüketici insan kimliği ortaya çıkar. Bu kimlik, tükettiği kadar varolan, tüketemediği zaman yok olan uçucu bir kimliktir. Bu kimlik, kastre edilmiş öznenin kastrasyon sorununun gizlenmesine de yardım eder. Tüketim, bir erk düzeneği olarak, gücü elinden alınmış özne tarafından, kendi gücünü geçici olarak duyumsayacağı bir pratik olarak algılanacaktır. Tüketiyorum öyleyse varım gibi... Bu varoluş, üretiyorum öyleyse varım biçimindeki, insanı sağlıklı kılan varoluşu silen bir varoluştur. Bu bağlamda, yoksulluğun pençesinde kıvranan insanların beş yıldızlı otel konforundaki bir hastanede, hekimlerin ve hemşirelerin emirlerine amade oldukları bir koşulda sağlık tüketimi yapmaları, onların üretim yapamayacak derecede kastre olmuş oldukları gerçeğini gizleyecektir.

İnsanı bir tüketim makinesine dönüştürmek zorunda olan bir sistem içinde yaşamak durumunda kalan insanlar, neyi neden tüketmek zorunda olduklarını bilmeden, aslında hiç ihtiyaçları olmayan şeyleri hayati ihtiyaçları olarak algılamalarına neden olacak bir aptallaştırma dönüşümüne maruz kalmaktadırlar. Küresel üretim fazlasının emilmesi ve sermayenin ayakta durabilmesi için, insanları üretim fazlası olan ürünleri hayati ihtiyaçlarıymış gibi algılayacak bu dönüşümün sonunda, anlamsız ve amaçsız bir yaşamın insanlarda yarattığı sıkıntıyı

önlemek görevi, modern tıbbın psikiyatri bölümü tarafından insanlara kurtuluş yolu olarak sunulan ilaçlara verilmiştir. Günümüzde bir tüketim makinesi olarak büyük oranda boş bir yaşam süren insan açısından ne yazık ki en öncelikli sorun, boş bir yaşamı hoş geçirmeyi sağlamaktır, yoksa yaşama bir anlam katma çabası içine girmek ya da yaşamı üretken bir eylemle doldurma çabasına yönelmek değil. Tükettikçe yaşamı hoşlaşan yeni insan türünün tüketeceği kalemler arasına sağlık alanındaki ürünler de yazılmıştır ve sağlık ürünü tüketimi, dönüştürülmüş yeni insan türünün ilginç biçimde hoşnutsuluk hissini artıran en önemli kalemlerden biri haline gelmiştir.

Uçucu bir kimliği sabitleyebilmek çabası içinde olan tüketici kimlikli bireyler, tüketim yapmaya mahkûm hale gelirler. Sermaye, varoluşunu, böylece köken aldığı coğrafyada da, sonradan girdiği coğrafyada da insanların algılarını çarpıtma zorunluluğuna dayandıracaktır. Tüketim yoksa sermaye yoktur. Bu nedenle, kendi ihtiyaçlarını karşılayamayacak kadar aciz kitleler yaratmanın yanında, aslında ihtiyaçları olmayan şeylerin, tüketmek amacıyla peşinde koşacak bir güruhun yaratılması, sermaye için yaşamsal önemdedir. Dünya çapında parayı ve mal akışını kontrol altında tutan, güçleri hükümetlerin gücünü aşan, gerekirse kendi çıkarları uğruna şu ya da bu ülkenin ordularını da harekete geçirebilecek güçte olan, gide-rek devletlerin yerini almaya başlayan çok uluslu şirketlerin, insanların yaşamına olan etkileri, güncel psikiyatrik fenomenleri anlamamızı sağlayabilir. Çünkü yeni-liberal düzenin kastre ettiği öznenin, küresel oligarşinin yarattığı yeni gerçekliğin içinde biçimlenen bu güçsüz, yetersiz öznenin sorunlarını, yalnızca klinik tedavi çerçevesinde ele alınacak bir hastalık olarak görmek eksik bir yaklaşım olacaktır. Çünkü aynen tavuk toplulukları gibi, eğer biz de küresel sermayenin ayakta durabilmesi önceliğinde oluşturulan bir tüketim toplumunun, özgürlüğü elinden alınmış ama kendini alabildiğine özgür sanan

bireyleri haline geliyorsa hem ruh sağlığımızı korumak olanağımız kalmayacak hem de boş yaşamımıza hoşluk katmak için tıbbi ürün tüketime yöneltmek durumunda kalacağız. İnsanlığın kendini hasta insan olarak var olmaktan kurtarabilmesi ve ömrünü tıbbi ürün tüketicisi olarak tkette döngüsünden kurtulabilmesi için, yeniden kendisini içinde mutlu hissedebileceği koşulları oluşturmak, içinde kendisini mutlu ve güçlü bir insan olarak var edebileceği bağımsız bir toplum yaratmak dışında bir seçeneği yoktur. Aksi halde durum tavuklarda olduğu kadar umutsuzdur.

Yani ruh sağlığı toplumsal zeminde icra edilen bir eylemdir temelde, bu eylem olmadan ruh sağlığı da olamaz. Haklı olarak psikanalizin yeri burada nedir diye soracaksınız. Psikanaliz, insanın kendisini anlamasını sağlayan ve anladıktan sonra da bir ermiş gibi huzura kavuşarak bulunduğu her konumu sevecek insanı yaratma pratiği değildir. Psikanaliz, mutlu olabileceği ortamı yaratmak için eyleme geçmesi gerektiğini bilen, sağlıklı olabilmesi için içinde bulunması gerekli olan devinimi ortaya koyabilen insanı yaratma pratiği olmalıdır. Psikanaliz, eyleme geçmesi gereken ve eyleme hazırlanan insanın kendisini, dış gerçekliğini ve dış gerçeklikle olan ilişkisini doğru yere oturtabilmesini sağlayarak, doğru hedefler, etkin bir eylem süreci oluşturulmasını sağlamalıdır. Psikanaliz, hedefinin anlamını bilen, eylem için kendi dışında bir gücün desteğini almaya ihtiyaç duymayan kendini güçlü hisseden ve bağımsız bireyi yaratmaya yöneltmelidir. Psikanaliz, bağımsız bireyin ancak bağımsız bir toplumun bireyi olarak ortaya çıkabileceğini bilen, gerekirse bu hedefin önündeki engellerle mücadele edebilecek gteki bireyleri yaratma pratiği olmalıdır. Bu hedeflere ilerleme konusunda her türlü tereddüt, korku oluşturacak sorunu bireyin kişiliğinden kazımak, etki altında kalmayan zgr bireyi yaratmak psikanalizin görevidir. Bu eylem sürecinde, çevresiyle birlikte olabilen, ortak bir hedef koyabilen,

birbirinin kuyusunu kazmayan ve dayanışma içine girebilecek bireyi yaratmak psikanalizin görevidir. İllâ ki geçmişin karanlık dehlizlerine düşmektense, bugünde kalarak yapılacak bir psikanaliz, çok daha verimli sonuçlar alınabilecek bir tedavi biçimidir. Psikanalizi eylemden, insanın toplum içindeki varoluş deviniminden sıyırmak, hayali bir dünyada yaşayan bir hayali kimlik yaratmak anlamına gelecektir. Psikanaliz sadece bireye yönelik olarak uygulanmanın yanında, toplumların sağlıklı olabilmelerini sağlayacak hedeflerin belirlenmesinde, toplumu oluşturan bireylere yönelik ruh sağlığını bozucu etkilerin önlenmesinde de büyük bir rolü olabilecek bir pratiktir. Yani sözün kısası psikanaliz, kendi iç dünyasında mutluluğu yakalayıp, kendisinin dışındaki sorunlardan etkilenmeyecek bireyi yaratma biçimindeki bireysel hedeflere yöneldiği oranda küçülecek ve saygınlığını yitirecektir ki nitekim öyle de olmuştur. Psikanalizin bu duruma düşmesindeki en önemli etkenlerden biri de, psikanalizin Amerika'da bütünüyle tıp camiasının sınırları içinde kalışdır. Psikanaliz, Amerika'da tıbbı teslim olmasının bedelini bugün herhangi bir tıp pratiği gibi entelektüel zeminden yoksun, yapılandırılmış bir tedavi haline dönüşmekle ağır biçimde ödemiş ve giderek daha az başvuru- lan bir yöntem haline dönüşmüştür; oysa Fransa'da 1960'lara kadar tıp kesiminde psikanalize olan direnç nedeniyle, psikanaliz entelektüel yaşamın bir parçası olmuş ve bir toplumsal fenomene dönüşerek büyük bir entelektüel zenginliğe kavuşmuştur (Sherry, 5,6). Yeni Dünya'da herkesin evinde sakladığı tapınılacak kadar değerli kendiliğini ortaya çıkartma görevi psikanalize verilmiştir. Otonom ego kavramı, bu mükemmel çekirdeğe sahip olan insan efsanesini körükleyen en önemli yanılgılardandır. Amerikalıların otonom ego kavramı, istenirse olumlu yönde değiştirilebilecek bir ego kurgusuna dayanır (Sherry, 48). Toplum bu mükemmellik timsali olan bireylerle doludur ancak nedense toplum mükemmellik görüntüsüne bir

türlü ulaşamaz. Çünkü mükemmele ulaşabilmek için önce birey değil, toplum mükemmel olmalıdır. Özne, bu toplumsal yapının içinde biçimleneceği için, toplumun yapısı ne ise özne de o yapıya göre biçimlenmekten kaçamayacaktır. Ego psikolojisi, sağlam ve tümel bir toplum yapısı olmadan, sağlam ve tümel bireylerin olamayacağı hakikatini gözlerden kaçırır (İzmir, 146). Her zaman bağımsız bir toplum yaratma hedefini gözetken bir psikanaliz ise, saygın, etkin bir konuma ulaşarak hak ettiği yeri alacaktır.

Kaynaklar

- Harvey, David, *Sermayenin Mekânları*, İstanbul: Sel Yayıncılık, 2012.
İzmir, Mutluhan, Öznenin Diyalektiği, Ankara: Imge Kitabevi (basımda).
Sherry, Turkle, *Psychoanalytic Politics: Jacques Lacan and Freud's French Revolution*, New York, London: Free Association Books, 1992.

TIP ve FELSEFELEŞME

Yaman Örs

(1) Giriş ve Özet: “Hangisi Tıp?”

D. İlknur Arslanoğlu’nun editörlüğünde Dr. Kaan Arslanoğlu’nun yayına hazırladığı *Tıp Bu Değil* başlıklı yapıtı (Arslanoğlu 1., 2012) oluşturan yazılar, iktisatçı bir yazarı dışında tıp doktorları tarafından kaleme alınmıştır. Bunların arasında da ruh hekimlerinin belli bir sayısal ağırlığı bulunmaktadır. Konu olarak ise, bugünkü tıbbın ve sağlık sorunlarının bilimsel, toplumsal, siyasal, iktisadi ve sınıfsal açılardan eleştirel bir biçimde ele alındığını görüyoruz. Böylece bu kitapta, geneli düşünüldüğünde ve kabaca, tıbbın/hekimliğin bir yandan toplumsal ve bireysel düzeylerde uygulama yönleri, öte yandan da “ideolojik” yönü önde gelmektedir.

Burada önce, “tıp” ve “hekimlik” terimlerine açıklık getirmek gerekebilir. Gözlediğim ve çıkarabildiğim ölçüde diyebilirim ki, bunlardan birincisi, zamanımızda onun bilimselliğe dayandığını bildiğimiz tümünü, etkinliğin önde gelen akademik anlamında, temel tıp bilimlerini, koruyucu tıbbı ve tedavi edici uygulamaları anlatmaktadır. İkincisinin anlamında ise tedavi edicilik ya da iyileştiricilik ağır basmaktadır kanısındayım. Kuşkusuz, anlamları kesişen başka sözcükler için genelde söz

konusu olduğu gibi, bu iki terimimiz de sık olarak birbirinin yerine kullanılmaktadır. Örneğin “koruyucu hekimlik” ve “klinik tıp” terimlerini sıkça kullanmaktayız.

Benim burada kendi adıma gerçekleştirmek istediğim, söz konusu yapıtta bugünün tıbbına/hekimliğine getirilen eleştirilere, tıp kökenli bir felsefeci olarak ekleyeceğim bir konuyu tartışmaktır. Bu konu tek tümceyle, “zamanımızın bilimsel tıp etkinliğinin ‘postmodern’ felsefenin etkisiyle akademik ya da genel yöntembilgisel (metodolojik) kimliğini yitirmeye başlaması; bunun, onun uygulamasını da olumsuz yönde etkilemesi” biçiminde tanımlanabilir.

Bu bağlamdaki amacıma uygun olarak ben burada önce, çağdaş bilimsel tıp konusunda akademik ya da bilimsel açıdan öz olarak ne söylenebileceğini gündeme getireceğim. Bunu, benimsediğim çağdaş bilimsel felsefenin kendi açımdan bir tanımlamasını yapma çabası izleyecektir. Daha sonra, kendi felsefi yaklaşımımın ışığında Tıp Felsefesi alanını tanıtmak istiyorum. Bu konudan sonra, bilimsel ya da akademik alanların nasıl felsefeleştirdiği/felsefeleştirildiği konusu, daha açık olarak sorunu gelecektir. En son bölümümüzde ise, tıp etkinliğinde, özellikle ruh hekimliğinde felsefeleşmenin nasıl gerçekleştiği/gerçekleştirildiği sorununu ele alacağım. Böylece, “Hangisi Tıp?” gibi bir soruya, doğrudan olmasa da kendi felsefe yaklaşımım açısından bir yanıt vermiş olacağım.

Yazımın bu aşamasında şunu da belirtmeliyim ki, felsefenin kendisi ya da temel niteliği, bu alanda sıkça kullanıldığı söylenebilecek bir sözcükle onun “neliği” konusunda uzun yıllar çalışmış bir yazar olarak burada, bu konuyla ilgili daha önceki yazılarımdan büyük ölçüde yararlandım. Kuşkusuz bu, “tıp” ve “felsefeleşme” konuları için de geçerlidir. Metnin okunması ve kaynaklara bir göz atılmasıyla bu durum kolayca görülecektir. Ancak okumakta olduğunuz şimdiki yazım, ötekilerden aktarılan bölümlerin gözden geçirildiği ve kendi çerçevesi ya da bütünlüğü içinde “yeni bir ürün” olarak görülmelidir.

(2) Felsefe, Felsefeler ve Çağdaş Bilimsel Felsefe

Diyebilirim ki belki otuz yıl öncesine dek, başlığında “Felsefe açısından...”, “Felsefe yönünden...”, “Felsefenin ışığında...” gibi anlatımlardan biri ya da onların bir benzeri bulunan yazılar yazardım. Yöntembilgisinin (“Metodoloji”nin), felsefe alanında (ve genel olarak) çalışmalarımın en büyük bölümünü oluşturmasına karşın, burada çok temel bir nokta gözümünden kaçmıştı. Kuşkusuz, yurt içinde ve dışında, yazılarında bu ve benzeri başlıkları kullanan tek felsefeci ben olmadığım gibi, felsefe çevrelerinin genelindeki tartışmalarda bu tür anlatımlara ola ki sıkça rastlanıyordu. Bu arada, çok yıllar önce Felsefe Tartışmaları dergisine yazdığım ilk yazı, “Hangi Felsefe?” başlığını (Örs Y., 1989) taşıyordu. Zamanla, bu tür anlatımları açıklığa kavuşturmadan kullanmanın büyük bir yöntembilgisel, kavramsal, mantıksal ve “felsefi” yanlış olduğunu gördüm: Her felsefeci, ilgilendiği bir konuyu ancak bağlı bulunduğu okulun, akımın “açısından”, “yönünden”, “ışığında”... görebilir ve ele alabilirdi. (Örs Y., 2002) Çünkü tek bir felsefe etkinliği yoktu. Bunun yerine, anlayış, yaklaşım, yöntem vb. temel akademik açılardan yerine göre birbirlerinin tümüyle karşıtı “felsefeler” vardı. Bu durum felsefenin tüm evrimi boyunca olagelmmişti; görünüşe göre bundan sonra da olacaktı (Örs Y., 2000).

Buna koşut olarak her felsefeci, felsefe etkinliğinin tanımını da kuşkusuz yine kendi açısından ve büyük ölçüde bulunduğu okulun yaklaşımı çerçevesinde yapabilir; felsefecilerin felsefe sözlüklerinde ya da başka felsefe yapıtlarında verdikleri tanımlar da yine ancak bu çok temel yöntembilgisel nokta göz önüne alınarak değerlendirilebilir. Benim değerlendirmeme göre bu bağlamlarda verilen tanımlar, onları yapan felsefecilerin kendi alanlarını görüş, algılayış ve bu görüşleri, algılayışları savunma biçimleridir (Örs Y., 2002).

Bu saptamaların da ışığında benim, felsefenin “ne olduğu”, “nasıl olması gerektiği” ve “neden öyle olması gerektiği” ko-

nularındaki düşüncem, görüşüm şu öz tanımla belirtilebilir: “Felsefe, bilim(ler), uygulamalı bilimsel alanlar, sanat(lar), ahlak alanı, siyasal yaşam, günlük yaşam vb., birer uğraş alanı olsun ya da olmasın, belli başlı insan etkinliklerinin kavramsal düzeyde ele alındığı, eleştirel, mantıksal, anlambilgisel (“semantik”) bir yorumda bulunma etkinliğidir.” Bu durumda, benim benimsediğim Bilimsel Felsefe’nin bağlı bulunduğu temel felsefe akımı, bilginin kaynağını ya da kökenini (insan usunda değil) dış dünyada bulan (ve tersinin savunulduğu Rasyonalizm’in karşıtı) Empirisizm’dır; bir başka anlatımla onun çağımızdaki uzantısı ya da altıdalıdır. Buradaki temel iki terimi, dilimizde “Ussalcılık” ve “Duyusalıcılık” olarak karşılayabiliriz. Bu tanımlama, kendisine çok yakın bulunduğum, “eleştirel bir izleyicisi” olduğum (ve 1953 yılında yitirdiğimiz) Hans Reichenbach’ın kendisinin terim olarak kullanmadığı “yöntembilgisel çözümleme” yoluyla çok iyi incelediği (Reichenbach H., 1951) Mantıkçı Empirisizm ile büyük uyum içindedir. Reichenbach’ın Yeni Empirisizm (ve Yeni Felsefe) olarak da adlandırdığı (Örs Y., 2004b) ve ilgili yapıtına adını verdiği (Reichenbach H., 1951) Bilimsel Felsefe, öteki adlandırmalarla özdeş olarak görülebilir (Örs Y., 2002).

Gerek tarihsel gerek yöntembilgisel olarak bu felsefe akımı ya da okulu, felsefe etkinliğinin ana konularında/sorunlarında, Viyana Çevresi (1920’lerin ikinci yarısı-1930’ların ilk yarısı) olarak bilinen bilimciler ve felsefeciler topluluğunun temel yaklaşımları ile belli bir ortaklık içindedir (Örs Y., 2004b). Bu Çevre’nin düşünürleri genel olarak (ülkemizde de, İstanbul Üniversitesi’nde 1933-1938 yıllarında çalışmış olan Reichenbach’ın yardımcılığını ve çevirmenliğini yapmış olan Nusret Hızır), felsefeyi “üstdil” olarak adlandırılabilen bir etkinlik olarak yorumluyorlardı. Ancak kanımca, yukarıda verilen tanımlama da göz önüne alınırsa, bu alanı, onun dille olan çok yakın bağlantısını gözden uzak tutmadan, “kavram-

sal bir etkinlik” olarak görmek daha doğru olacaktır (Örs Y., 2002). Bir açıdan, “Diliniz ne ise felsefeniz de ilkece odur,” (Örs Y., 2005a) diyebilirsek de.

Burada, (kuşkusuz Marksizm’in büyük etkisi altında) neden felsefenin temel bölümlendirilmesinde daha çok gündeme getirilen (ve yazarınızın sık karşılaştığı) “Materyalizm” ve “İdealizm” ayırımından yola çıkmadığım sorusu sorulabilir (Örs Y., 2002). Bu bağlamımızda böyle bir soruyu yanıtlamak için yeterince yerimizin olmadığı açıktır. Her durumda ben, “felsefeleş(tir)me” konusunu tartışırken, tıp kökenli bir bilimsel felsefeci olarak bunlardan birincisine de buradaki bağlamımıza uygun olarak tek tümceyle değineceğim.

Bu bölümün sonunda, “Bilimsel Felsefe” teriminin ilk ortaya çıkışının 1910’ların başlarına gittiğini (Örs Y., 2004b; Örs Y., 2005a) belirtebiliriz.

(3) Çağdaş Bilimsel Tıp

Tıp etkinliğini de genel, akademik yöntembilgisinin ışığında ele aldığımız zaman, onu ne tür bir kümeye yerleştirebiliriz? Tıbbın bir bilim olup olmadığı konusu, *Tıp Bu Değil*’in değişik bağlamlarında da gündeme getirilmektedir. Genelde de bu konuya ilgi duyan akademisyenler, bu arada felsefeciler, konuyu ele almakta ve tartışmalarını değişik yanıtlarla sonuçlandırmaktadırlar. Yazarınız da burada bu konuyu, ya da uygun bir sözcük olacaksa sorunu, “tıp” ve “bilim” terimlerinin ve aralarındaki ilişkinin yöntembilgisel incelenmesi yoluyla ele alacaktır.

Önce, çok daha geniş kapsamlı bir anlamı olan ikinci terimle başlayalım. İlke olarak “genel anlamlı” her sözcük ya da anlam kapsamı geniş her terim için söz konusu olduğu gibi, “bilim” teriminin de birden çok anlamının bulunduğunu görüyoruz. Buradaki bağlamımızda bunların bizim için önemli olanları kuşkusuz çağdaş akademik açıdan geçerliği bulunanlardır ki

onların sayısının da üç olduğunu gözlüyoruz (Örs Y., 2005b; Örs Y., 2007). Birinci olarak burada, terimin ilk, çekirdek ya da merkezdeki ve bir bakıma en dar kapsamlı, “Temel Bilimler” anlamı söz konusu olacaktır. Bu anlamın sınırları içinde, tüm altdalları ve kesişme alanlarıyla birlikte şu etkinliklerin bulunduğunu biliyoruz: Fizik, Kimya, Canlılık Bilimleri, Ruhbilim ve Toplumbilim. Bilindiği gibi bu akademik etkinliklerin en başta gelen işlevi, ilke olarak, kendi konu ya da içerik sınırları içindeki olgu (ya da sürekli yinelenen gerçeklik) kümeleriyle ilgili olarak dizgeli (“sistemli”) bilgi ya da bilimsel bilgi üretilmesidir. İlk üç temel bilimin genelde Doğa Bilimleri, sonraki ikisinin ise Toplum/İnsan Bilimleri olarak düşünülmesi bir ilk bakışta doğal karşılanabilirse de, onların daha baştan belirgin iki ayrı küme olarak görülmesi, insan merkezli bir ayırımdır ve yazarınızın yöntembilgisel yaklaşımına göre de doğru değildir. Öyle bir durumda, örneğin, insanla da ilgili olan Moleküler Psikobiyoloji alanı bir doğa bilimi olarak mı düşünülecektir, yoksa bir insan bilimi olarak mı? İnsanın Evrimsel Biyolojisi ve Fiziksel İnsanbilim (Fiziksel Antropoloji) ve benzeri öteki alanlar için de bu bakımdan ne diyebiliriz? (Örs Y., 1995).

Bilim bağlamında ikinci olarak, Tıp, Dişhekimliği vb. öteki Sağlık Bilimleri ile Elektrik, Makine, İnşaat Mühendisliği alanları gibi, akademik yöntembilgisi açısından olmazsa olmaz ya da gerek koşulları temel bilimler olan Uygulamalı Bilimler ya da Alanlar söz konusudur. Bilim etkinliğinin üçüncü kümesi olarak ise, Felsefe için de söz konusu olduğu gibi, kendi başlarına birer akademik küme oluşturdıkları söylenebilecek alanlar, örneğin Matematik, Diller, Dilbilim, İletişim Bilimleri, Eğitim, Tarih vb. neredeyse sayılması güç olacak ölçüde çokluk ve çeşitlilik gösteren (ve ilk iki kümeyi de içeren) tüm akademik alanları ya da disiplinleri görüyoruz (Örs Y., 2005b; Örs Y., 2007).

Burada, “bilim” teriminin özellikle en geniş kapsamlı üçüncü anlamının ışığında, Bilim ve Bilimler ayırımını yapmak da

yanlış olmayacaktır. Birer akademik disiplin olmaları yönünden toplu biçimde bir “bilim ya da bilim etkinliği kümesi” oluşturan bütün bu alanlara, içerikleri/ konuları/sorunları ve bunlarla birlikte amaçları ile yöntemleri açısından, demek oluyor ki Akademik Yöntembilgisinin ışığında bakıldığında, onların birden çok kümeyi (ve altkümeyi), ya da en genel anlamda bilimleri oluşturması da doğal olmaktadır. Bu da ayrıca çok “doğal”dır; çünkü her üç anlamdaki bilim etkinliklerinin ilgi alanlarını/konularını oluşturan (evrendeki, dünyadaki, doğadaki, insan toplumlarındaki...) örgütlenme düzeyleri ve bunlarla ilgili olgular, nitelikleri yönünden birbirinden yerine göre çok büyük ölçüde ayrılmaktadır. Kuşkusuz bu durum, ayrı ayrı bilim alanlarının kendilerine özgü yöntemlerine de yansımakta, onların yine oldukça büyük ayrılıklar gösterebilmelerine yol açmaktadır (Örs Y., 2005b; Örs Y., 2007).

İkinci kümenin içinde yer aldığı belirtilen tıp etkinliğinin bilimsellik niteliğini ve bunun yöntembilgisel çözümlemesini, özellikle, 19. yüzyılın ortalarında Claude Bernard’ın çalışmalarına borçluyuz. Bernard, bugün bizim “çağdaş bilimsel tıp” olarak gördüğümüz etkinliğin zamanındaki karşılığını, kendi geliştirdiği biçimiyle “deneysel tıp” olarak adlandırıyordu. (Örs Y., 1978) Onun, tıbbın (ve canlılık bilimlerinin) evrimi içinde “iç ortamın sabitliği” ve (canlılık bilimleri ile) tıpta “yöntem” (Örs Y., 1984) konularındaki çalışmaları, buluşları, görüşleri iyi bilinir. Ancak Bernard’ın canlılık bilimlerinde ister somut düzeydeki buluşları isterse kuramsal düzeyde geliştirdiği görüşler bu iki büyük katkısını da kanımca oldukça aşmaktadır (Örs Y., 1978). Claude Bernard’la ilgili olarak bizim bu bağlamda öz bir biçimde belirtebileceğimiz, anımsatabileceğimiz noktada ise, onun temel tıp bilimlerinde, kuşkusuz özellikle fizyoloji alanındaki büyük evrimsel önemidir.

Tıp etkinliğinde ilke olarak hastalık nedenlerini, etkenlerini, koşullarını ortadan kaldırmaya yönelik Koruyucu Tıp/

Hekimlik ile, amacı ilkece bunların sonuçları olan hastalıkları iyileştirmek olan Tedavi Edici (en geniş anlamıyla “klinik”) Tıbbı da burada tek bir tümceyle anımsatmak, buradaki bağlamımızda bize yetecektir sanırım.

(4) Tıp Felsefesi

Emekliliğim sırasında altı yılı aşan bir süre Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi birinci sınıf öğrencilerine, o zamanki dekanın önerisiyle “Tıp Felsefesi” başlığıyla dersler verdim. Bu derslerin konuları arasında, “Bilim Kavramı”, “Yöntembilgisi Açısından Tıp”, “Yöntembilgisi Açısından Felsefe”, “Bilim Felsefesi ve Bilimsel Felsefe Açısından Tıpta Temel Bilimler”, “Temel Bilimler: Olağandışı bir Örnek Olarak Claude Bernard”, “Klinik Tıp ve Koruyucu Hekimlik”, “Yöntembilgisel ve Evrimsel Yaklaşımla Bilimdışı Sağlık Uygulamaları”, “Genel Yönleriyle Tıpta 'Normatif Alanlar: Tıbbi Etik, Deontoloji, Tıp Hukuku” gibi başlıklar vardı. Kuşkusuz ben bu başlıkları ve içerdikleri konuları kendi bilimsel felsefe yaklaşımına göre düzenlemiş ve öğrencilere ona göre aktarmış, onlarla ona göre tartışmıştım. Başka yaklaşımda olan bir felsefeci (ya da ilgili bir başka alandan bir öğretim üyesi) konu başlıklarını kendi yaklaşımına göre seçer ve işlerdi. Daha yukarıda ele aldığımız “Felsefe ve Felsefeler” tartışmasının bunu bize açık olarak gösterdiğini söyleyebiliriz.

“Tıp Felsefesi” gibi iki akademik alanın/uğraş alanının keşşmesini anlatan terimlerin de, belki sayılmaları güç olacak ölçüde çok olduğu söylenebilir. Bunlardan birkaçını burada dile getirmek gerekirse, örneğin “tıp toplumbilimi”, “tıp tarihi”, “felsefe tarihi”, “bilim felsefesi” vb.; öte yandan yukarıda “bilimler” bağlamında örnek olarak verilenlerden söz edebiliriz.

Felsefe ile ilgili olarak bilinen geleneksel alanlardan “Felsefe Tarihi” burada ayrıca belirtilebilir. Öte yandan, felsefe evrimi içinde oldukça yeni ve bugün de az felsefecinin ilgilendiği söy-

lenebilecek “Felsefenin Toplumbilimi”, “Felsefenin (/Felsefecilerin) Psikolojisi” gibi alanların, özellikle ikincisinin özelliği, onda felsefe konusunda doğal olarak eleştirel bir tutum içinde olunmasıdır (Örs Y., 1999b). Felsefenin kendisinin onun bütün “çeşitlerinde” kabul edilen eleştireliliğinin yanında, bu son alan, özellikle geleneksel ussalcı felsefecilerce çok kuşkuyla karşılanır; çünkü burada, etkinliğe yaklaşımlarının, görüşlerinin, değerlerinin, öz olarak kişiliklerinin (“kişinin kendisine yönelik” ya da *ad hominem* olmayacak, amacını aşmayacak biçimde) (Örs Y., 1999b) onların alanlarında gerçekleştirdiklerine, ürünlerine nasıl yansıdığı konusu gündeme gelmektedir. Bu, felsefecilerin “iç dünyaları”nın şu ya da bu ölçüde ortaya çıkarılması anlamına gelecektir ki, insanlar arasında genelde olduğu gibi onların da bunu kolay benimseyebilecekleri söylenemez.

Bu bölümde söz konusu olan alanın tanıtılmasını açıklığa kavuşturmak amacıyla burada kendi akademik geçmişimi gündeme getirmem uygun olabilir. Bilebildiğim ölçüde diyebilirim ki, ülkemizde gerçek anlamda bir “Tıp Felsefecisi” olmaya, yetişmesi açısından en başta gelecek adaylardan biri, yazarınız olabilirdi. Burada “gerçek anlamda” anlatımıyla, yalnız “akademik” olmakla kalmayıp “teknik” olarak da gelişmiş bir alanı belirtmek istiyorum. Bu da, örneğin, en başta klinik tıp dallarında söz konusu olan, (tanı ve tedavide) olasılık, kestirilebilirlik (“prognoz”) gibi kavramları ve bilim felsefesinin benzer kavramlarını gündeme getirebilmekle olanaklıdır. Bunun yanında günümüzde, gelişmiş bir alan olarak örneğin “Tıp Matematiği”nden söz edilmektedir. Yazarınız ise, felsefenin genelinde olduğu gibi tıp felsefesinde de, ağırlıklı olarak kavramlar düzeyinde eleştirel ve anlambilgisel bir etkinliği yürütme çabasıdadır.

Tıp Felsefesi ya da (belki daha “iddialı” bir adlandırmayla) Tıbbın Felsefesi, tıp etkinliğinin öteki uğraş alanlarına göre

daha çok yönlü oluşundan kaynaklanan bir çokyönlülük göstermektedir. Ancak biz bu bölümde son olarak, çok kısa biçimde de olsa, “tıpta eleştirel düşünce”den (1996a) söz açacağız.

Son yıllarda, çok değişik nedenlerle ve gittikçe artan bir yoğunlukta tıp etkinliğinin tüm yönlerindeki büyük gelişmelerin yanında, toplumda bu etkinlik ile ilgili, nitelik ve nicelik yönünden de alışılmışlığın çok ötesinde ciddi değer sorunlarının ortaya çıktığını görüyoruz. *Tıp Bu Değil*’deki değişik yazılarda bunlar değişik yönlerden dile getirilmektedir. Kanımca tıp uğraşısıyla ilgili olarak bu bakımdan sözü edilmesi gereken önemli bir nokta, bu uğraşın kişileri olarak hekimlerin, (araştırmada, tedavide, alandaki) günlük işlerinin ötesinde, genelde toplumla ve değerlerimizle ilgili olarak yaptıklarını ve düşündüklerini pek sorgulamamalarıdır; bu belki de, ilkece tıbbın zaman içindeki geleneksel bir sorunu olarak da görülebilir. Bunun yanında onlar, tıp etkinliğinin yöntem bilgisi (metodoloji) açısından ve felsefi diyebileceğimiz düzeyde sorgulanması gerektiğini de pek düşünmemektedirler diyebiliriz. Dolayısıyla onların, örneğin yazarınızın akademik yaklaşımıyla, “Ben neyi, neden, nasıl yapıyorum?”, “Bu yaptıklarımın bilimsel dayanakları nelerdir?”, “Bunları toplumsal açıdan ve etik yönünden ne ölçüde sorguluyorum?” gibi soruları yeterince gündeme getirdiklerini söyleyemeyiz. (Örs Y., 1996a) Kuşkusuz *Tıp Bu Değil* başlıklı yapının bu bakımdan gerçekten önemli olduğunu vurgulamak gerekecektir; onda ileri sürülen görüşlerin hepsine katılmasak da.

Bütün bu ve benzeri noktalar, sorgulanmaları gereken durumlar ya da sorunlar, kuşkusuz tıp eğitimi sürecinde de gündeme gelmelidir. Bir uğraşın eğitimi, onunla ilgili her türlü birikimin kuşaktan kuşağa geliştirilip değiştirilerek aktarılması ise, bu sorunlar uğraşta yetişmekte olan gençlerle eğitim yoluyla paylaşılmalıdır. Ancak tıpta eğitimcilerin en başta, kuşkusuz bu paylaşmanın gereğine inanmaları; konuların eleştirel bir değerlendirme ortamında tartışılmasına açık olmaları; ken-

di görüş, değer, düşünceleri ile uygulamalarını, uğraşla ilgili olarak gerçekleştirdiklerini eleştiriye açabilmeleri; öğrencilerle bir etkileşim içinde bulunabilmeleri gerekmektedir (Örs Y., 1996a).

(5) Bilimsel Alanların Felsefeleş(tiril)mesi

İngiliz duyusalcılığının son büyük temsilcisi olan Bertrand Russell'ın (1872 – 1970) küçük felsefe kitaplarının (ki bunların büyük olanlardan daha az değerli olduğu söylenemez) birisinin adı *Felsefe Yapma Sanatı*'dır (Russell B., 1968). İlgili kaynakta görüleceği gibi, onun o bağlamda kullandığı İngilizce sözcük, “philosophizing”dir. Yazarınız da bir yazısında bu terimi özdeş anlamda kullanmıştır (Örs, 1996b). Onun bu noktayı burada dile getirmesinin nedeni ise, bu sözcüğün, okuduğunuz yazının başlığının temel sözcüklerinden biri olan “felsefeleşme” sözcüğü ile yakın kökbilgisel (“etimolojik”) ilişkisidir. Ancak burada üzerinde duracağımız sözcük/terim, ilkinin tersine yansız (ya da “nötr”) değil, göreceğimiz gibi özellikle bilimsel felsefe açısından olumsuz bir anlam taşımaktadır (Örs, 2004a; Örs, 2009).

Tanınmış bir toplumbilimcimiz, bilimsel bir toplantıda “Ben bilimde genellemelere inanmam,” diyordu. Bilimde genellemeler, ya da (eski de olsa) bir başka anlatımla doğa ve toplum “yasaları” yoksa, bilimsel açıklama da yok demektir. Bu da temel bilim anlamında bilimin, buna ek olarak da dolaylı biçimde de olsa ona dayanan uygulamalı bilimlerin yok sayılması demektir. Çünkü, çok öz bir biçimde belirtmek gerekirse, temel bilimde genelleme, açıklama demektir. Ya da bir başka anlatımla, bilimde “açıklama (doğru) genellemedir” (Reichenbach H., 1951, s. 5-7). İşte böyle temel bir yöntembilgisi yaklaşımının sonucu olarak bilimlerde ortaya çıkan tanımsal ve işlemsel boşluğu, “post-modern” felsefe ve “post-modern” bilim aracılığıyla felsefe doldurmaktadır. Bu da demektir ki,

söz konusu boşluk yoluyla, anlayış, yaklaşım, yöntem, etkinliği yürütme ve etkinlikten beklenen işlev yönünden (“post-modern”) felsefe bilimin yerine geçmekte, bu yolla bilim de “Felsefeleşmektedir” (Örs, 2009). Böylece, ilgili bilim(ler)in bağımsızlığı da önemli ölçüde zedelenmektedir (Örs, 2004a).

Çağımızda temel bilimde felsefeleşme tehlikesi en yoğun olarak bir uçta kuramsal fizikte, öteki uçta ise insan ya da toplum bilimlerinde ortaya çıkmaktadır. Bu durum birincisinde, günümüzün yeni olgucu (“neo-pozitivist”) felsefecilerinden Avustralyalı David Stove’un vurguladığı gibi güçlü bir ussalcı ve “post-modern” eğilim olarak dayanaksız savların (“spekülasyonun”) önde gelmesine yol açmaktadır. Bu ise, kuramsal fiziğin olgular dünyasından oldukça uzak kalmasına bağlı olsa gerektir (Stove D., 1991). İkincilerde ise, geleneksel felsefenin ve onun günümüzde en alt yöntembilgisel ve akademik düzeydeki uzantısı olan “post-modern” felsefenin güçlü insan, daha açık olarak kişi merkezli eğilimi, bilimci için olgular karşısında olabildiğince “nesnel” kalma kaygısının taşındığı bilim anlayışından uzaklaşmasına neden olmaktadır; önermelerinin hesabını verme sorumluluğunun da en az düzeyde bulunduğu bir felsefi yaklaşıma kayma sonucunu doğurmaktadır. Konularını insanın oluşturmalarının yanında belirsizliğin de genelde oldukça öne çıktığı toplum/insan bilimleri, “post-modern” felsefenin insan merkezliliği için kuşkusuz çok uygun bir düşünsel, yöntembilgisel, daha da ilerisi bir “akademik ideoloji” ortamı oluşmasına yol açmaktadır. Bu, insan merkezli geleneksel ussalcı felsefecilerin, genel olarak felsefe etkinliğini neredeyse salt insanla ilgili bir alan olarak görme eğilimleri ile de kuşkusuz tümüyle uyum içindedir (Örs, 2000; Örs, 2009).

İçinde geleneksel ussalcı felsefenin dayanaksız sav ya da “metafizik” öğelerini taşımayan, çağımızın “salt” mantıkçı duyusalcı (“empirisist”) felsefesini temsil ettiğini söylememiz gereken Bilimsel Felsefe açısından durum acaba nedir? Onun

temel bilimlerle, uygulamalı bilimlerle, bu arada tıp, bu arada psikiyatri ile ilişkisinde bir “felsefeleşme tehlikesi” yok mudur? Bu soruya benim yanıtım açık bir “hayır” olacaktır. Çünkü bu felsefede, örtük ya da belirtik, bilinçli ya da ola ki (sonuçlarını görebildiğimiz ölçüde) bilinçdışı olarak, bilimin yerine geçme gibi bir sav ya da amaç bulunduğu ya da bulunabileceğine tanıklık etmiyoruz. Buradaki savın en temel yöntembilgisel dayanaklarından biri bu felsefede ilke olarak dayanaksız, hesabı verilemeyecek önermelerden kaçınılmasıysa; bir ötekisi de, onda bilim ve felsefenin ortak ve ayrı noktalarının yöntembilgisel açıdan büyük ölçüde açıklığa kavuşturulmuş olmasıdır. Bilimsel felsefecide, çağdaş bilimcinin olgular dünyasını açıklama etkinliğini kavramsal-duyusal-matematiksel dayanaklara (kuram - gözlem - deney - ölçme - hesaplama - genelleme - açıklama...) oturtma çabasına koşut olduğunu düşünebileceğimiz, kavramlar düzeyinde eleştirel-mantıksal-anlambilgisel bir gerekçelendirme kaygısı vardır. Böyle bir durumda felsefe (en başta bilimlerle ilişkisinde) kavramsal düzeyde bir üst-etkinlik olmaktadır ve o zaman onun yaklaşımlarıyla, yöntemleriyle vb., doğrudan (en geniş anlamında) dış dünyaya yönelik bir etkinlik olduğunu söyleyebileceğimiz, bilimin yerine geçme gibi bir eğilim söz konusu olamaz. Bunun, gerek kuramsal gerekse uygulamalı yönleriyle tıp ve psikiyatri gibi son çözümlemede uygulamaya yönelik alanlar için de geçerli olacağı açıktır (Örs, 2004a).

Bölümün başlığında kullandığımız “felsefeleştirme” sözcüğünden hareketle, “post-modern” felsefecilerin ve bilimcilerin bu işlemi bilerek ya da bilinçli bir biçimde gerçekleştirdikleri söylenebilir mi? Kuşkusuz söylenemez. Bu, genelde felsefecilerin etkinliklerinde (“içrel” diyebileceğimiz) eleştirelilik özelliği bulunduğu savlarının tersine, kanımca onlardaki kendilerine, daha doğrusu felsefede gerçekleştirdiklerine yeterince eleştirel bak(a)mama eğiliminin de bir sonucu olsa gerektir. Burada, bir

yandan felsefi, eleştirel, “mantıklı” çözümleme, öte yandan da ruhbilimsel etkenlerin ürünlerine etkisi söz konusudur. Her durumda onların, “yaptıklarından” akademik olarak sorumlu olduklarını belirtmeliyiz.

Bu bağlamda ancak değinebileceğimiz, gerçekte ise felsefenin ve felsefecilerin psikiyatri ve yöntembilgisi açısından incelenmelerinde çok önemli bir konuyu atlamış olmayalım. Bu konunun, söz konusu iki açının bir tür kesişmesiyle ilgili olduğu söylenebilir. Freud felsefeyi ve onu gerçekleştirenleri, oldukça kapsamlı olarak ve olağanüstü bir titizlikle incelemiştir. Onun burada psikoanaliz yönünden çıkardığı ve güçlü bir biçimde savunduğu çok temel bir nokta, felsefecilerin etkinliklerinde “bilinçselciliği” bir önkabul, felsefe yapmanın bir çıkış noktası olarak görmelerinin dayanaksızlığıdır. Bu demektir ki onlar, işlerini görür, düşünceler üretirken, “ne yaptıklarını bilerek” sonuçlar çıkarıyor değillerdir (Assoun P-L, 1976, s. 71-92). Freud, temel kuramsal yaklaşımı göz önüne alındığında, bu konuda başka türlü bir sonuç çıkarabilir miydi? (Örs, 2011). Bir de şu var: Hangi felsefe okulundaki ve alt-okulundaki felsefeci işini görürken daha bilinçlidir? Ne ölçüde? Gerçekte bu konuda konuşabilecek kişiler felsefecilerin kendileri mi, yoksa psikiyatristler, daha yerinde olarak psikanalistler midir?

(6) Tıbbın, Özellikle Ruh Hekimliğinin Felsefeleşmesi

Yazarınızın düşüncesine göre felsefeleş(tir)me, felsefede zamanımızın “post-modernist” yaklaşımının dışında da söz konusu olmuştur. Örneğin geleneksel ussalcı felsefede örtük de olsa böyle bir eğilimin bulunduğu söylenebilir. Bunun yanında, Hegel’in özellikle sanat alanında, Marksistlerin ise en başta bilimde bu tür bir özelliklerinin gözlendiği de burada belirtilebilir. Ancak düşünülebileceği gibi biz buradaki yazımızı, onun ve bu son bölümün başlıklarının kapsamına uygun olarak bitireceğiz.

Yukarıda felsefeleşme ile ilgili olarak dile getirilenlerin, gerek kuramsal gerekse uygulamalı yönleriyle tıp ve psikiyatri (Örs, 1999a) gibi son çözümlemede uygulamaya yönelik bilimsel alanlar için de geçerli olacağı açıktır. (Burada kendisinden büyük ölçüde yararlanacağımız kaynağın (Örs, 2004a) özgün metnindeki “Psikiyatrinin özelinde” üst-başlığının, yayınlanan yazıda çıkmadığını belirtmeliyim.)

“Postmodern” felsefede, onun bağlı bulunduğu ussalcı felsefe kümesinde genelde olduğundan belki daha da ileri bir biçimde felsefenin temel ve uygulamalı bilimlerle ilişkisi karıştırılmaktadır (bkz. Sokal A., Bricmont J., 1997). Burada söz konusu olan “tehdidin”, yöntembilgisi açısından en önde gelen kaynağını da bu durumun oluşturduğu rahatça söylenebilir. Temel bilim anlamındaki bilim etkinliğinde son yüzyıllarda ortaya çıkan çok büyük gelişmelerin, belki özellikle ondokuzuncu yüzyılın ortalarına dek olgular dünyasına yönelik açıklama işlevini paylaştığı düşünülen felsefenin kapsamından bu işlevin çıkmasına neden olduğunu düşünebiliriz. Batı dünyasında yaklaşık son beş yüz yıl içinde, başlangıçta fizik, sonra kimya ve canlılık bilimleri, ondokuzuncu yüzyılın ortalarından sonra ruhbilim, daha sonra da toplumbilim (ve bunların çeşitli alt-dalları), uygun bir anlatım olacaksa, yüzlerce yıl varlığını sürdürmüş olan bilim-felsefe ikilisinden sırasıyla ayrılmaya ya da “kopmaya” başladılar, daha doğrusu koptular. (Buna göre, gelenekçilerin ve onlara yakın görüşte olan başkalarının düşündüklerinin tersine, “bilim[ler] felsefeden çıkmış değildir”.) Felsefede geleneksel yaklaşımı benimsemişler ve onun etkisi altında kalanlar için, felsefenin artık bir üst-etkinlik konumu kazandığı ve temel bilimlerde olduğu gibi olgusal dünya ile ilgili bir bilgi ağı üretmeyeceğini algılamak, yazarınızın görebildiği ölçüde günümüzde de pek kolay olmamaktadır (Örs, 2000; Örs, 2004a).

Yukarıdaki tartışma ile bağlantılı bir başka açıdan düşünüldüğünde “postmodern” yaklaşımın, temel ve uygulamalı

bilimlerin sorunlarını, bilim etkinliğinde içselleştirilen felsefenin çözeceği savının anlamsızlığı karşımıza çıkacaktır. Çok temel bir akademik ilke olarak diyebiliriz ki, her insan etkinliği ancak kendine özgü sorunları çözme işlevini yüklenebilir; çünkü bu sorunlar onun tanımsal ve işlevsel varlık nedenini oluşturur. Buna karşılık felsefe, özellikle geleneksel ussalcı felsefe, yüzyıllardır, kendi içrel sorunlarını belirlemek ve çözmek bir yana, kanımca “sorunlarına sorun katan” bir etkinlik olagelmıştır (Örs, 2004a).

Düşüncelerini, bilimde ve felsefede “postmodernist” yaklaşımın henüz günümüz ölçüsünde belirgin olmadığı yıllarda ortaya koymuş da olsa, Amerikalı ruh hekimi T. S. Szasz’ı, psikiyatri alanındaki “postmodern” yaklaşımın içinde yer almasa da, onun öncüsü olarak görmek yanlış olmasa gerektir. Dolayısıyla o, bu tıp dalındaki felsefeleşmenin de, belki dolaylı bir biçimde, zaman içindeki öncülüğünü yapmıştır. Otuz yılı aşan bir süre önce Szasz, “akıl hastalığının” bir tıp konusu olarak bir “mit” olduğunu; gerçekte böyle adlandırılan durumların daha çok siyasal kökenli sorunlar olarak görülmesi gerektiğini ileri sürüyordu. Buna göre psikiyatri de, bir tıp dalı olarak değil, ahlaki ve siyasal bir çaba olarak görülmeliydi (Szasz T. S., 1974). Düşünülebileceği gibi bu sav, çok açık olarak günümüzün temel bilim ve uygulamalı bilimler anlayışına tümüyle ters düşen, akademik açıdan yüzeysel, ayrıca “popülist” bir yaklaşımı anlatmaktadır. Yöntembilgisinin yanında tıbbın özellikle yakın tarihsel gelişmesine/evrimine de çok ters olan bu bilim dışı tutum, günümüzün “postmodern” felsefesinin “sözde bilim anlayışı”, tıba ve psikiyatriye bakışı ile, kuşkusuz çok ileri bir uyum içindedir. Gerçekte ise görünüşteki “yenilikçiliğine” karşılık bu tutum, felsefe açısından daha genel düşünüldüğünde ve özünde, geleneksel ussalcı felsefenin bilime karşı aşırı kuşkucu ve genel olarak olumsuz yaklaşımının, psikiyatri bağlamındaki bir göstergesi biçiminde yorumlanabilir (Örs, 2004a).

Burada şu noktayı da belirtmekte yarar var. Szasz ve onun görüşlerini paylaşan başka psikiyatri düşünürleri, günümüzün psikiyatrisine, belki özellikle onun uygulanmasına yönelttikleri eleştirilerinde tümüyle haksız olabilirler mi? “Postmodernist”lerin bir bölümünün tıp ve psikiyatri için siyasal, toplumsal, iktisadi yönlerden ileri sürdükleri, genel olarak (ayrıca destekledikleri) düzene yönelik eleştirel savlara sanırım değişik “modernist” düşünürler katılacaktır, katılmaktadır. Burada yaşamsal diyebileceğimiz temel yöntembilgisel nokta, psikiyatri ve tıp etkinliklerini dıştan etkileyen etmenlerden önce bu alanların bilimsel, akademik yönden iç işleyişlerinin, kendi yöntembilgileri açısından düşünülmesi gerektiğidir (Örs, 2004a).

Kaynaklar

- Arslanoğlu, İ, (Ed.), *Tıp Bu Değil*, Yayına hazırlayan Kaan Arslanoğlu, İthaki, İstanbul, 2012.
- Assoun, P.-L., *Freud, la Philosophie et les Philosophes*, Presses Universitaires de France / Quadrige, Paris, (1976) 1995.
- Örs, Y., “Claude Bernard: Son rôle dans l’Evolution de la médecine scientifique”, *Clio Medica*, 13: 63-79, 1978.
- “The question of method in life sciences; a comparative theoretical analysis”, *Festschrift für Marielene Putscher* (14.8.1984), O. Baur, O. Glandien (yay. sor.), Wienand Verlag, Köln, 1984, s. 765-785.
- “Hangi felsefe?”, *Felsefe Tartışmaları*, 5. Kitap, s. 112-120, (Mayıs) 1989.
- “Sosyal bilimler doğa bilimleriyle ne yapıyor?” toplantısındaki sunuş metni, E. Büyükkoca, K. İnan’la birlikte, Yön.: A. Uğur, Salı Toplantıları 93-94: *Teorinin Aynasından Görünen Pratik: Sosyal Bilimler*, Z. Ögel (yay. haz.), Yapı Kredi Yayınları, İstanbul, 1995, s. 198-203.
- “Tıp etkinliğı ve eleştirel düşünce”, *Sağlıkta İş Güvencesi Kampanya Bülteni* (Ankara Tıp Dernekleri Platformu), (Mart) 1996 (a), s. 28-29.
- “The irresistible rise of scientific philosophy; philosophism, and the ethics of philosophizing”, *Synthesis Philosophica*, 22 (2): 447-460, 1996 (b).
- “Psikiyatride giderek artan bir olumsuzluk: ‘felsefeleşme’”, *Psikiyatri*

- Derneği Bahar Sempozyumları 3 (Kemer, Antalya, 27 Nisan-2 Mayıs 1999) Kitabı*, Ankara, Psikiyatri Derneği, 1999 (a), s. 38-40. (Örs Y., *Psikiyatri, Felsefe, Antifelsefe-“Psikiyatri ve Felsefe” alanında geliştirilmiş kavramlar ve yaklaşımlar*, Çizgi Tıp Yayınevi, Ankara, 2004, s. 146-153.)
- “Psikoloji ve Psikiyatrinin Işığında Felsefeciler ve Felsefe Okulları”, *3P-Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji Dergisi*, 7, ek sayı 3: 5-12, (Eylül) 1999 (b), C. Atbaşoğlu, B. Demir, H. Devrimci Özgüven, Y. Örs (yay. sor.). (Örs Y., *Psikiyatri, Felsefe, Antifelsefe-“Psikiyatri ve Felsefe” alanında geliştirilmiş kavramlar ve yaklaşımlar*, Çizgi Tıp Yayınevi, Ankara, 2004, s. 183-201.)
- “Felsefe konusunda geleneksel tutum ve temel yanılgılar”, *Bilim ve Ütopya*, sayı 76: 32-37, Ekim 2000; Üniversite ve Toplum internet dergisi, 1 (1), Haziran 2001, www.universite-toplum.org.
- “Bağlı bulunduğum temel felsefe akımı, mantıkçı empirisizmdir”, *Bilim ve Ütopya* dergisinin felsefecilere sorduğu “Temel felsefi akımlar içindeki konumunuz nedir?” sorusuna verilen yanıt, Ağustos 2002, s. 41.
- “Bilime ‘Postmodernist’ bir Tehdit: Felsefeleşme”, *Bilim ve Gelecek*, sayı 1: 66-69, (Mart) 2004 (a).
- “Bilimsel Felsefe”, *Felsefe Ansiklopedisi*, Ahmet Cevizci (ed.), 2. cilt, Etik Yayınları, İstanbul, 2004 (b), s. 548-552.
- “Bilimsel Felsefe açısından dilin felsefedeki kullanımı”, *Dilbilim İncelemeleri*, yayına hazırlayanlar İclâl Ergenç ve diğerleri, Doğan Yayıncılık, Ankara, 2005 (a); s. 17-25.
- “Etik, Bilimlerdeki “Derin” Etik ve Felsefenin Etik’i”, *Erdem, Atatürk Kültür Merkezi Dergisi, Etik özel sayısı*, 15 (44): 1-26, 2005 (b).
- “Toplum Bilimleri ve Felsefe: Neyin Birlikteliği?”, özeti, *10. Ulusal Sosyal Bilimler Kongresi’nin kitabında* (Ankara, 28-30 Kasım 2007, s. 236-237) çıkan sunuş metni.
- “Felsefeleşme”, *Felsefe Ansiklopedisi*, Ahmet Cevizci (ed.), 6. cilt, Ebabil Yayınları, Ankara, 2009, s. 135-141.
- “What Psychoanalysis Can Teach Us About Philosophy: Freud and Philosophical Activity”, Paper II of the Workshop: “Philosophy and Psychiatry: Psychoanalysis and Contemporary Philosophy of Psychopathology Meet (Each Other)”, World Psychiatric Association’s Thematic Conference, İstanbul, 9-12 Haziran 2011, (program kitabına bakınız).

- Reichenbach H. *The Rise of Scientific Philosophy*, University of California Press, Berkeley, Los Angeles, (1951) 1966. (Türkçesi: *Bilimsel Felsefenin Doğuşu*, çev. Cernal Yıldırım, Remzi Yayınevi, İstanbul, 1981; Bilgi Yayınevi, Ankara, 2000, s. 226-227.)
- Russell B. *The Art of Philosophizing*, Littlefield, Adams, Totowa (New Jersey-A. B. D.), (1968) 1974.
- Sokal A., Bricmont J. *Impostures Intellectuelles*, Editions Odile Jacob, Paris, 1997.
- (M. Baydur ve O. Onaran tarafından İngilizcesinden yapılan çevirisi: *Son Moda Saçmalar: Postmodern Aydınların Bilimi Kötüye Kullanmaları*, İletişim, İstanbul, 2002.)
- Stove D. *The Plato Cult and other philosophical follies*, Basil Blackwell, Oxford ve Cambridge (Mass.), 1991, s. 25.
- Szasz T. S. *The Myth of Mental Illness-Foundations of a theory of personal conduct*, göz. geç. Baskı, Harper ve Row, New York ve ötekiler, 1974.

KİŞİSEL TIP

Yağız Üresin

Olgular ve kanıtların geçerli olduğu fikrinin yerine her şeyin öznel ilgi ve bakış açılarına doğru kaydacağı fikrinin geçmesi... çağımızın anti-entelektüelizminin en önde gelen ve habis dışavurumudur.

Larry Laudan, *Science and Relativism*, (1990), Alan Sokal'dan nakil.

Tıp toplantılarında itici bulduğum bir husus; isminin önünde Prof'u Mrof'u geçtim "FESC, FACC, MD-PhD, TCP-IP, GTI-TURBO" gibi bir dizi ürkütücü apolet bulunan koca koca hocaların sunumlarında biteviye elalemin yaptığı çalışmaların sonuçlarını barındıran ve yine başkaları tarafından hazırlanıp ellerine tutuşturulmuş bar-grafiklerin çubuklarını gözümüze sokmaları, bir çalışma ya da kılavuzdan alıntı yaptıklarında yarın değişecek metinleri sanki bunları babaları ortaya atmış gibi bir benimsemeye beyan etmeleridir.

Bilimsel sunumlarda çıkar çelişkilerinin baştan aktarılması adettir ecnebiyya'da, ben de tıbbın içinde nasıl yer aldığımdan başlayarak gireceğim mevzuya ki nereden baktığım, ne mal olduğum biline...

Çocukken pilot olmak istiyordum. Sonra giderek fenne yatkınlığım ve askeriyeye uzaklığım görünür olduğundan bu heves uçak mühendisliğine dönüştü. Liseyi bitirirken nasılsa yakında her şeyin değişeceğine inandığımdan tiyatro-müzik

arasında bir şeyler yapmaya niyetlendim. Üniversite sınavında fizik mi, müzik mi, gemi mühendisliği mi tiyatro mu derken beklediğimin üstünde bir puan alarak cerrah abimin zoruyla nasılsa tutturamayacağımı düşünüp üst sıralara yazdığım İstanbul Tıp'a girdim.

Fakülte başladığında sudan çıkmış balığa döndüm doğal olarak. Tıbbı merakım yoktu, doktorları hiç sevmezdim. Hastane kokusu, metal enjektörlerin teneke kaba atıldığında çıkan ses, beyaz önlükleri ve o sizin bilmediğiniz her şeyi bilir, hakkınızda karar verme yetkisine sahip, hayatında hiç top oynamamışçasına mesafeli havaları... Etraf tam da böyle tiplerle doluydu. Hangi arada çocuk/genç olmayı bırakıp DOKTOR olmuşlardı, anlaşılır gibi değildi. Ben yaz tatilini denize girip kitap okuyarak geçirmiştım şahsen. Dersler olağanüstü bir sıkıcılıkla başladı ve hep öyle gitti. Zaten bütün gün oturup mır-mır bir şeyler dinlemeye müsait olmayan bünyem, FKB'nin (Fizik Kimya Biyoloji) geldiğim okuldakine göre olağanüstü yetersizliği, koca anfilerde yer bulunamaması, öğrenciden korkan temel bilimler hocalarının gerginliği, her okulun en "çalışkanı", önceden alay konusu olmalarına alıştığım öğrencilerin kahir ekseriyatı, mizah duygusunun ilkokul seviyesinde seyretmesi, sanat-kültür-siyaset alerjisi (sene 1980), ve o dayanılmaz doktorculuk merakı, acil kapılarında gezinmeler, poliklinik aşındırmalar, dandik hasta hikayeleri karşısında isyan etti. İleri sınıflarda hastabaşı kaçınılmaz olarak ilgimi çekse de, o insanların acıları, mesleki alışkanlık sonucu bunları görmezden gelmenin bir beceri olarak kazanılmasının gerekmesi, karaciğeri büyümüş birinin her muayenede canı yanarken "çalışkan" öğrencilerin öğrenme şevkiyle uzakdoğuda yapılan kansız ameliyatlar misali ellerini gitgide derine daldırmaları ve bunu yapmak için sıraya girmeleri, karaciğer komasındaki hastanın başında, yakınları ağlarken saatlerce hematoloji anlatılması, koridorda ölen bir hastaya müdahale eden asistanı insan-

cilliğıyla meşhur romatoloji hocasının pratiğinin kesilmesi yüzünden “çoktan öldü, bırak” diye fırçalaması, dahiliye acilinde akşam hazırladığı yemeği yediği, banyoda aniden fenalaşan 40 yaşındaki karısının ne zaman düzeleceğini merak eden adamın uzman hanım tarafından “öldü o, anla artık” diye kovulması, nadiren iştirak ettiğim bir cerrahi dersinde efsane (ürkütücülük bakımından) hocanın doçentini sevecenlikle tekmelemesi ve benzeri birçok olay beni zaten ısınmadığım tıptan iyice koparttı. Kana, nöbete, hastaya dayanamayan biri olduğumu sanmayın, öğrenciliğimin en zevkli zamanları cerrahi ve kadın doğum stajlarında geçmiştir; onlarca sarhoş diktim, karısını tabanca kabzasıyla dövüp getiren sivil elemanı acilden attım, bir sürü doğum yaptırdım. Ne var ki “hıyar”erşiye tahammülüm, bugün itilip kakılıp sövülmeyi garip bir zevkle benimseyeceğim, günüm geldiğinde altımdakilerden, hastadan misliyle çıkaracağım diye bir tribim yok. “Bir kardiyolog olarak ben” diye lafa başlayan tanıdıklarım mevcut, kasaba “ben profesör filanca” diye sipariş verenler de. Doktor olmadan önce de birisiydim, profesör olduğumda ise unvan indekslerini izleyenler hafif bir yükselme kaydetti.

Hasıl-ı kalam o yıllar filizlenen “entel”lik ortamına verdik kendimizi. Lisede de son iki yıl matematik fizik hocalarının elimdeki izin kâğıdını yüzleri aydınlanarak karşılamalarını müteakip, müzik ve tiyatro ile iştigal etmiştim, önce kısa bir Alman Kültür denemesi, ardından bizim tiyatro kolu kesmeyince Boğaziçi’nin “kulübü”, ora menşeli Mozaik’te müziğe dönüş, olmadı Hisar sırtlarında gecekondlu sanatçı evinde caz.

Bunları niye anlatıyorum? Bunlar “düzen-içi” olmak ile “marjinal” olmak arasında hayatın hakkımda karar verdiği günlerdir. O sıralarda takıldığım zümre genelde Boğaziçi’nde sosyoloji, filoloji benzeri light konular tedris eder, Henry Miller-Anais Nin hayatları yaşar, otuzlarını reklamcılık ve yan sanayisinden edindikleri gelirle nihilizm-hedonizm-seçkin

tüketicilik alemlerinin temelini atarak, ustalıklarını da Radikaliki, Taraf, Cumhuriyet Sanat ve takip edemediğim bir alay varekparede bize nasıl düşüneceğimizi, nasıl yaşayacağımızı dikte ederek geçirmeye, Bilgi'de tanımsız-vasıfsız öğretim üyelikleri kapmaya hazırlanırlardı. “Yarin yanağından gayrı” da kalınmak ve anaya babaya, hastaya, yaşlıya, çocuğa, kediye sorumluluk belasına yol ayrımına gelindi. Altıda toplanacağız deniliyor, onda geliniyor, bazısı hiç gelmiyor, provaya on ikide başlanıyor, o da anlaşılmas ilişki yumağı tripleriyle bölünüyor, biz ertesi gün nöbet tutuyoruz, haftaya sınav var, çocuk kliniğinde lösemili İbrahim'den saat başı hematokrit¹... Hayat hiç Kieslowski-Polanski kıvamında değil.

Diyeceğim; kadavra kesip, yirmisinde ölü tutan, hasta sahibiyle boğaz boğaza gelen, Boğaziçili arkadaşı şirket arabasıyla halı sahaya gelirken hâlâ intörnlük edip babasının aldığı şortu giyen, akranı Kanada'ya bilimkurgu mastırına koşarken, Muş'ta mecburi hizmete giden, alem çoluğa çocuğa karışırken, TUS'a hazırlanan adam tıbbi-hukuğu olmayan manzaralı-sosyal aktiviteli üniversite kafasıyla anlaşılmas. 8-5 çalışıp, mesai dışında sanatla ilgilenebilen, maaşını biriktirip yıllık izninde üç gün Yalova'da denize giren kadın, yazları Ayvalık'ta yaşayan, kışları Ortaköy'de art-direktörlük yapanın tartısıyla tartılmaz. Biri ananın babanın kan tahliline imza atar, kaza geçiren kayınçona sonda takar, öbürü yakını hastalandığında seni hatırlar, ilişkilerde bağlanmaya karşıyken senden her türlü iltiması bekler, servisi birbirine katar, birden köydeki halan olur çıkar.

Sonrası hızlı geçti. Bir inat-tesadüf silsilesiyle hayatımda tek kaldığım ders olan Farma'ya¹ intikal ederek akabinde hocaların zoruyla kardiyoloji rotasyonu yaptım, orada hekim ettiler beni. Ondan beridir hipertansiyon hastası görürüm (25 sene), 3 yıl da İsviçre'de ilaç firmasında Faz I-II¹ yaptım, devrisinde her faz çalışma yürüttüm, etik kurulda yer aldım, asistanlarımla deneysel çalışmalarında gönüllü oldum. Pek alçakgönüllü

değilimdir, bu konularda ayın şavkı vurur sazım üstüne. Lâkin 2 sayfada size bu işlerin sırlarını veremem, Delfi mabedi değil burası, ben de suyundan yoğurduna her mevzuya mezun, kâğıttan profesörlüğü elinin tersiyle itmiş bir medya gurusu değilim. Şunu söyleyebilirim gerçi, bırakın 50 yılı, son 20 yılda bile tıp acayip ilerledi. Benim çalıştığım kardiyovasküler alanda 3-4 ilaç grubu çoğu hastanın kaderini değiştirdi.

Bunca sene ne mi yaptım? En birincil uğraşım “alan savunması” dediğim şeyle cebelleşmek oldu. Onca öğrenci yetiştirdim, bugün hoca olan kardiyologlara bir şeyler öğrettim, kongreler düzenledim, geçen sene Avrupa kardiyoloji kongresinde vaka sundum, gel gör ki daha geçtiğimiz ay basit bir hipertansiyon çalışması yapmaya kalktığımda kardiyoloji sertifikam soruldu, yıllarca farmakolog meslektaşlarım nasıl olup da hasta baktığımı sorguladı, komşu etik kurul “hadi araştırmacı olsun da bu nasıl koordinatör olur” dedi, kimisi Faz II’de ne aradığıma taktı. Daha yenilerde biber gazına sağlam raporu verdiğimiz şayiası çıktı. Ne rapor verdik, ne sağlam dedik, o ayrı da yine en yakın bildiklerimiz onlara ait alana nasıl girdiğimize kurulup üstümüze çullandılar.

Evet Mars’tan gelen bir yabancı/yaratık’ım, dünyaya dış uzaydan geldim, ve tüm yaşamım boyunca yolculuk yapsam siz beyler hâlâ yakamda olursunuz.

Capeman, Paul Simon

Çok gariptir, birçok şeyi daha önceden görmediklerini iddia eden öğrenciler bazı hususları ezbere dile getirirler, adeta omurilikten. Bu da, bunları onlara belletenlerin o konuyu nasıl takıntıyla, tutkuyla belleklerine nakşettiklerini gösterir. Aterom plağı¹ nerde olur? Bifurkasyonda¹! Kalp kası lifleri diyastol sonunda gerilince... 2.2 mikrobilmemne! Diyabet? Koroner arter hastalığı¹ eşdeğeridir! Değildir yavrucuğum. Bir lipid kılavu-

zunda “risk eşdeğeri” olduğu belirtilmiştir. Yani, diyabeti olan biri daha önce koroneri olan biri kadar yeni bir koroner olay geçirme riskine sahiptir. Yoksa her diyabetik koroner arter hastalığı tedavisi görecektir, kardiyoloğa görünecek, anjiyo-stent¹ yoluna girecek demek değildir. Buradaki dil sürçmesi arzuları yansıtmıyor mu acaba?

İnsan zihni objektif çalışmaz. Sesleri, renkleri, şekilleri bile bildiklerine benzetir. Çok kışkırtıcı şey, mutlak kulak; bir sesi aynen olduğu gibi duymak. Senin benim maviyi mavi diye görmemiz gibi adam fa diyezi öyle “görüyor”. Min-el-garaip; aslında mavi mavi değil de fa diyez herkesin beyinde fa diyez diye mutlak yansılıyor, ama biz anlaşılabilir bir şekilde transpozisyon yetisine sahibiz, yani aslında mutlak duyduğumuzu her nasılsa göreceli algılıyoruz, böylece şarkıcı gününde değilse fa majörü re majörden söylüyor, çoğumuz da yiyoruz.

Bunu yapan zihin, düşünce gibi elle tutulmaz, ölçülmez bir hadiseye neler yapmaz? Dolayısıyla tek başına “bilimsel düşünüş” gibi bir inanca teslim edemeyiz kendimizi. Tüm doğal olgular gibi dinamiktir düşünmek ve çevreden girdiler almaya, sürekli kalibrasyona muhtaçtır. Yani ancak habire uygulamada sınanan, akran görüş ve eleştirisine tabi olan düşünsel aygıtlar, o da kısa bir yarı ömürle geçerli olurlar. Bu meyanda yıllardır başlangıçta bu alanda çok da donanımlı olmayan tıpçıların zaman içinde bir nevi işi düşünmek olan sosyal bilimcilere göre daha gelişkin ve kullanışlı düşünsel aygıtlardan yararlanmasına şaşarım².

Bu aygıtlardan bayağı ayan beyan olup da kurala dökülmüş bir tanesi Kanıta Dayalı Tıp’dır. Evet, ilaç firmaları bunu kullanabilmektedir, dahası bu tezgah kurulduğu andan itibaren sabah vizite baskıdan yeni çıkmış NEJM¹ ile gelmeyi matah bilen, sunumlarında “dün gece yayınlanan bir makalede şöyle diyor” lakırdılarına meraklı ekoller, “sınıf IA–evre zırt kanıt^{1b}” filan diyerek birçok verimli tartışmayı doğmadan boğmuşlar-

dır. Biliyoruz kardeşim, 15 yıldır KDT'nin, randomize klinik çalışmaların eleştirisini yapan slaytlarımız var. Ne ki bizim işimiz mühendislerinkine benzemez (bu lafım eşki sözlükte bile çıkmış), koşullarını kendi belirlemediğimiz, kendi üretmediğimiz bir oluşumla çalışıyoruz ve genellikle bugün çözüm bulmamız gerekiyor. Yani her durumda aynı nitelikte veriden hareket edemeyeceğimizi baştan kabul etmek durumundayız. Bazan meta analiz, bazan randomize klinik çalışma, bazan vaka bildirimi, bazan Kâmil Abi'nin birikimine başvuruyoruz. İşte bu ortamda çelişen verileri kanıt düzeyine göre tartmak gerekiyor. Demezler mi “Nereden biliyorsun hacı? Zaman makinen mi var? Taş devrinde epidemiyolojik¹ çalışma mı yaptın? Dinozorların HOMA¹ indeksine mi baktın?” Kanıtı bir kenara bırakırsak ortalık brokoliye, kozmik enerjiye, ayurvedaya kalmaz mı hepten? Ha belki de hesap budur; o ordan versin avokado yağını, ben gireyim GDO'ya, ekonomi dönsün.

Oysa ben biliyorum köpekbalığı kıkırdağının meme kanserinde Faz III'te takıldığını, sarımsağın tansiyonda plaseboya¹ üstünlük göstermediğini. Yine biliyorum ki ateroskleroz, damarın endotel¹ tabakasının süregelen yangısal hastalığıdır ve sebebi kandaki aşırı kolesterolün orada birikip damarı tıkaması değil, “normal” de olsa kolesterolün, kan basıncının, nikotinin, kan şekerinin, insülinin ve diğer kötü arkadaşlarının endotelin kafasını bozması, damarı genişletip iltihabı engellemek yerine tam tersini yapmasına yol açmasıdır. Damar tıkanmasına bağlı kalp krizi, inme gibi sonuçlar da bu risk faktörlerinin toplam etkisiyle ortaya çıkar. Bazan kolesterolü “normal”, bazan şekeri-tansiyonu olmayan, sigara içmeyen adamı vurur hastalık ötekilerin ve/veya genetik yükün varlığında. Kolesterolün oradaki hasarı tamir etmek için arttığı da tamamen hikayedir. Biyokimyasal bir etkinliğin bir amaç için orada olduğunu söylemek ortaokul fen bilgisi mantığıdır ve kolayca yaradılışçılığa açılabilir, o da ayrı³. Yine bilirim ki bu gibi durumlarda karar verdirici

bilgi iki kaynaktan gelir. Epidemiyolojik alışmalar, girişimsel alışmalar. Epidemiyolojiden biliriz ki koroner arter hastalığı ile LDL¹ arasında doğrusal, HDL¹ ile ters bağıntı vardır. Burada bir normalden söz etmek anlamsızdır, bir kesit değer, bir ceza sahası yoktur. Kan basıncı için de bu böyledir. Yani ortalama olarak toplumda kan basıncı yüksek olanlar, diğer özellikleri aynıysa düşük olanlardan daha fazla inme geçirirler rneğin. Ama bu herkeste bunların alabildiğine düşürülmesi gerektiği anlamına gelmez. Bunu düşünmek için ilgili toplulukta giriřimsel⁴ çalışma yapılmış ve girişimin önce güvenli, sonra etkili sonra da yapmaya değer olduğu gösterilmiş olmalıdır. Örneğin HDL'nin artırılmasıyla ilgili girişimlerin etkisi yeterince gösterilememiştir, hatta torcetrapib¹ örneğindeki gibi güvenlilik sorunları ortaya çıkmıştır. Bilakis statinlerle¹ yapılan LDL düşürücü çalışmalarda özellikle daha önceden olay geirmişlerde ve diyabetikler gibi yüksek risklilerde girişimin güvenli, etkili ve yapmaya değer olduğu ortaya konmuştur. Hastaları mr boyu ilaca mahkum ediyorsunuz diye zırvalayanlar, bu hastaları alternatif olarak nelerin beklediğini düşünmelidirler. Kolesterolün normali diye bir şey yoktur ki, çoğu enfarktüs geçirenin kolesterolü normaldir denebilsin. Alalım LDL'yi; batılı toplumlarda ortalama 145 mg/dL civarındadır. Bu normalse insanların seçimlerdeki tercihleri de normaldir. Öte yandan, biyolojik normalin 60 mg/dL olmak gerektiği ne sürülmektedir, taş devri şartlarında yaşayanlara, bize yakın primatlara ve LDL'nin endotelden geçişine dayanarak. Yaşım 50, sigara içiyorum sizin yüzünüzden, erkeğim başka kusurum yok, LDL 140, kılavuz orta risk, 130'un üstünde başlar diyor, statin alıyor muyum? Hayır. Aşıkar ki sigarayı bırakmalıyım. Ya 115 LDL'li bir diyabetik? Evet almalı. Faydayı gösteren çalışma var; CARDS¹. Öte yandan kolesterolü düşürmek mi daha kolay ve güvenli, yoksa kan şekerini mi, bunu da tartışabiliriz. Bazan bu gibi o an eldeki imknlara bağlı pratik nedenlerden biri yerine

ötekine daha saldırgan davranmak seçilebilir. Ama şu açıktır, risk faktörleri bir arada değerlendirilir, hatta birbirleriyle iç içedir, insülin direnci, kan basıncı yüksekliği, dislipidemi aynı kökleri paylaşırlar. İşin özü insülin direncidir, gerisi hikayedir demek fili elinizde tuttuğunuz hortumuyla tanımlamaktır ve sırf ilaç firmalarının çıkarlarını değil, bunun yaygarasını yapanların da popülaritelerini, özel laboratuvarlarını, kitap satışlarını, muayenehanelerini hesaba katmak gerekir. Bu arada insülin direncinin ilacı fiziksel aktivitedir, o babda taş devrine eyvallah, fakat dikkat edin dinazor kapmasın⁵.

Gelelim yayın fetişizmine... Maalesef genelde bir ucunda sakal bir ucunda da bıyık bulunan değnek pozisyonuna düşerim. Hemen herkes, her şeyi tavizsizce kendi elindekilere göre değerlendirme eğiliminde olduğundan; klasik müzikçilere cazı, cazcılara rock'u, onlara alaturkayı, apartman çocuklarına futbolu, spor faşistlerine göbekliliği, otomobil tutkunlarına motoru, motorculara metroyu, maçolara feminizmi, feministlere insanlığı savunmak durumunda kalırım. Bilimin yayın ve atfı sayısıyla ölçülmesi de böyle bir hadisedir. Zakkum muhabbeti ortalığı kavurduğunda ünlü bir farmakolog çıkıp "önce saygın bir dergide yayınlanmış olmalıdır," diyerek olayı bitirmişti. Bugün madeni bulanın yayını saçtığını biliyoruz. Ya yurtdışında bir ortak, ya aşına dergiler, ya kendi dışında 10 kişiyi ilgilendiren niş bir konu, ya bütün klinikçilerin tez, doçentlik vs. için materyal gönderdiği bir genetik-moleküler laboratuvar, o sıra moda olan bir metot, ya da kankaların her yayına birbirinin adını koymaları. Bir insan bir yıl içinde gerçekten kaç araştırmayı hakkıyla kurgulayıp, bitirip, yayınlatabilir? O halde birinin nasıl 70 yayını olabilir? Bunların çoğu bir hipoteze, bir amaca sahip değildir, ileri gitmeyip enine yayılan bir bilgi çöplüğü üretirler habire, doğrudur. Ama işi sayıya vurmak kolaylığına düşmezsek bir bütün olarak kişinin hangi konuda ne kadar çalıştığını anlamak mümkündür, verdiği dersler, düzen-

lediği toplantılar, baktığı hastalar, yetiştirdiği insanlar gibi yaptığı yayınlar da bir ölçüttür. Kişinin birikimini katıldığı televizyon programlarıyla değerlendiremeyiz, öyle değil mi? Brecht ve Keuner'e müracaatla; Sokrates "tek bir şey biliyorum, o da hiçbir şey bilmediğim," demiştir, devamını, o gün başlayan ve şu kadar bin yıldır süren alkışlar örtmeseydi şöyle getirecekti "çünkü hiçbir şey çalışmadım". Ben şahsen havadan sudan genetiği değiştirilmiş vaiz yerine kâğıttan profüsüre itibar ederim. Yine de kardeşimin, zamanında hiç akıl etmedikleri alanda yaptığım çalışmadaki yaratıcılığa değil de grafiğimdeki anlamlılık çubuklarının uzunluğuna takılan farına sinsilerine çubuklar için gösterdiği adresi unutmam.

Bir farenin nasıl bir şey olduğunu her bir hücresini elektron mikroskopunda titizlikle inceleyerek anlayamazsınız, tıpkı bir katedralin güzelliğini yapısında kullanılan her taşın kimyasal analiziyle takdir edemeyeceğiniz gibi.

Hans Selye

Tıp geliyor olsa da ticarileştirmenin, tüketim kültürünün ve teknoloji fetişizminin işgali yabana atılamaz. Amerika'da yediği dev hamburgerlerden olmak istemeyen Çinli-Japon kardeşlerimizin molekülün, genin dibini dur durak bilmeden kurcalaması, blazer ceketleriyle starbaks plastikleri olmadan olamayacak Hintli dostlarımızın meta analizi-istatistiği hemen hemen ortada bir deneme olmadan işler hale getirmeleri ve tabii ki klinik araştırma profesyoneli veri yöneticisi panpalarımızın hastanın H'sını görmeden çıktıkları pompalamaları, aynı her gün yeni modeli çıkan cep telefonları, postmodern romanlar, malûmatfûruş entellektüeller gibi biz sıradan insanların yaşam, düşünce, üretim alanlarını kısıtlamaktadır. Yine de araştırmaya ve bunu düzenleyen kurallara ihtiyacımız vardır. Erich Fromm *Sahip Olmak ya da Olmak* kitabında Japon Haiku'cu

Basho ile İngiliz şair Tennyson'un bir çiçek hakkında yazdıklarından hareketle batı biliminin sahiplenici, denatüre¹ edici, parçalayıp faydalanıcı karakteriyle doğunun dokunmayıp "bir oluculuğu"nu kıyaslar. Ne var ki o samurailer katanaları bırakıp Tennyson'un yolundan nanoteknolojiye koşmuşlardır ve bu işler Galata'dan Üsküdar'a kanat takma seviyesinde bir sentezle yürümektedir. İster koruyucu, ister tedavi edici hekimlik için olsun kullandığımız araçlar, hatta ilaç endüstrisini, kapitalizmi eleştirirken kullandığımız ideolojiler batı düşüncesinin ürünüdür. Kaldı ki doğu bilimi de beleşe değildir. Burada da bir ustanın yetişmesi onyıllar almakta, sanatları binbir çabayla gelişmektedir, bir haftalık akupunktur kursuna iştirak ederek, internetten sertifika alarak, Cihangir'de suşi yiyerek değil.

İlaç firmaları ile uğraşmak en kolay ve popüler eleştiri yöntemidir. Ecnebler bu konuları enine boyuna ele almıştır. Bizde de bu işlerden sorumlu olan Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'dur, ve elhak uluslararası ilaç firmaları ile yeterince uğraşmaktadırlar şu sıra, SGK da elinden geleni ardına koymamaktadır. Buna ek olarak yapmamız gereken bir kaşımızı kaldırıp Talidomid¹ gibi bildik sakızları çiğnemek olmamalıdır. Her bir kötü örnek için ben size yüce akademiklerin iki cürmünü anlatabilirim. Tuskegee deneyini biliyor musunuz? Pasteur'ün yediği herzeleri? Nürnberg duruşmalarında ilaç firmaları mı yargılanmıştır? Endüstride çalışanlar da, üniversitedekiler, bakanlıktakiler de aynı insanlardır. Aynı sistem içinde var olmaktadır. Üstelik endüstri üzerindeki denetim –özellikle klinik araştırmada– çok daha sıkıdır. Bize düşen softa bir ilaç düşmanlığı yerine Akılcı İlaç Kullanımı'nı ve Araştırma Etiği'ni geliştirmek ve hayata geçirmektir. İlaç firmalarına düşen ise araştırmaya yatırım yapmaktır. Şu anda yabancı firmalar uluslararası çalışmaların burada taşeronluğunu yapmaktan, yerliler ise başkasının bulduğu ilacı değişik isimle satmak için

yöntemler geliştirmekten başka araştırma yatırımı yapmamaktadır. Ticarileşmek demek yalnızca ilaç firmaları demek değildir. Özel sağlık sektörü ve ilaçta uygulanan tanıtım kısıtlaması ve reklam yasağının misal lazer'e, reflü'ye işlememesi hasebiyle ortalığı saran mavi ameliyat önlüklü, miki desenli bandanalı, lastik crocs terlikli, keçi sakallı, diş macunu reklamı kılıklı tipler, bunların yemek tarifi verir gibi televizyonlarda ballandıra ballandıra anlattığı işlemler gözden kaçmamalıdır.

Tıp bir sektördür. İşinize gelse de gelmese de. Yıllar önce radyoda bir finans dergisinin “şu kadar milyon dolarlık obezite pazarı” diye reklamı vardı. Burada da olabildiğince parsayı konvansiyonel⁶ tıbbın ve buradaki ahlaki, yasal, ekonomik denetimin dışına taşımaya çalışan müteşebbisler vardır. Firmalar, tüketici (hasta) doğrudan ürüne ulaşabilsin, aracı (hekim) aradan çıksın isterler. OTC (tezgahüstü)¹ bunu kısmen karşılar. Eczacılar buna karşıdır, çünkü onlar için hemen her şey OTC'dir. Ülkemizde eczaneden kontrole tâbi ilaçlar dışında hepsini reçetesiz alabiliyoruz, yalan mı? Bu durumda istediğiniz trisiklik antidepressanı ya da kalp glikozidini kutularca edinip doyasıya intihar edebilirsiniz. Ağrı kesiciler, kolay erişimleri ve masum algılanmaları yüzünden yeryüzündeki en ölümcül ilaçlardır. Bunun daha diyetisyeni, terapisti, ayurvedacısı, alternatifçisi, genetik mühendisi, sinirbilimcisi, cep telefonu kanseri uzmanı elektronikçisi, bitkiselcisi, kozmîği, ilaç firması şantajcısı, var oğlu var. Besin katkıları sağlık bakanlığından değil tarım bakanlığından onay alıp akıl almayacak dertlere deva olma iddiasıyla piyasaya çıkabilirler. En münbit alanlar şişmanlık, cinsellik ve kanserdir. Sonuncusu özel konu ama diğerleri rahatlıkla tıbbın dışına atılıp piyasanın şartlarına bırakılır, ve zayıflama ürünleri öldürebilir!

Aynı siyasetteki gibi bilimsel yöntemi tukaka eder, postmodern söylemi gizli kalmış heveslerinize katık ederseniz doğu felsefesi, modern tıbbın çaresizliği filan derken okkultizmin

kapıları açılır, her yol mübah olur. Sen üzerinde çalışmadığın işlenmiş besinlerin tarlasında at koşturursan beriki elf kulaklarıyla avokado yağının nimetlerini sokuşturuverir. Hem “modern tıp” kavramını küçümseme olarak kullanmak ne ezik çelişkidir anne!⁶

Üniversiteyi üniversite, bilimi bilim yapan araştırmadır. Araştırmada teknolojinin, istatistiğin öncüllüğü fasaryadır. Robert Furchgott kazara endotel tabakası zedelenen damar preparatının asetilkoline¹ yanıt vermediğini gözlemleyerek endotelden salıverilen gevşetici maddeyi tanımlamış, pisi-tablet kullanmadan Nobel’i kapmıştır 90’ların sonunda. Bütün “modern” ateroskleroz anlayışı buna dayanmaktadır.

Tıp eğitimi de araştırmaya, araştırma sonuçlarının anlaşılabilmesine dayanmalıdır. Öğrenciler ajans kokulu⁷ probleme dayalı eğitim, öğrenci merkezli öğrenim safsatalarına pabuç bırakmamaktadır. Bu tarz tezgahlar yeni türeme oturmuş gelenegi olmayan fakültelerde hayat bulmakta, verimli de olmamaktadırlar. Buna mukabil, “talebeler”, kendine bir evliya havası veren kerameti kendinden menkul “büyük hoca” triplelerini de yememektedir. “Büyük hoca”, tıpkı “tanrı doktor” gibi tarihin karanlık, ayrıcalıklı, sorgulanamaz, ceberrut sayfalarına gömülmelidir. Yayın, *araştırma* yapmayayım, Beyazıt kulesine bakıp bakıp ardındaki ezoterik gizemleri vahiy yoluyla kavrayayım diye bir şey yoktur. Hikmet hikâye, akıl her şeydir. Üniversitedeki ders klasik olsun, art nouveau olsun, punk rock olsun, düzenleyenin çalışmalarına, *deneyimlerine* dayanmalıdır. Kendisinin internetten alâsını bulacağı, bilmemkinin kitabından önceki gün okunup anlatılan dersi öğrenci ne yapsın. Hastanın derdine yönelmeyen teknolojiپرست, istimna bilgisayar, laboratuvar aygıtlarının kendi kendine yaptığı araştırmayı da ben almayayım.

En önemlisi, kadim tıp fakülteleri, en güzel mekânları kapalı ticari bilimci üniversitelerin, özel hastane kökenli, alamü-

nit, devşirme hocalı fakültelerin yanında üvey evlat olmamalı, kaç kilo hasta baktıklarıyla SGK kantarında tartılmamalı, filhaka farklı ve değerli olduklarını araştırma alanında göstererek rüşlerini isbat etmelidirler. Mesai sonrası dışarıda çalışmak bana göre de meşru olsa da, sanki üniversite sınavına girerken “İngilizce tıp” gibi “Nişantaşı’nda muayenehane” seçeneğini işaretlemişçesine, varlıklarını borçlu oldukları fakültelerin zarar görmesi pahasına bu haklarından geçici olarak dahi vazgeçmeyi aklına getirmemiş bir kısım mümtaz zevat, kurumlarının itibarını kamu gözünde yükseltmemiştir maatteessüf⁸.

İnsana ait bütün konular gibi tıp da tüm paydaşların katkısıyla ilerler. Burada yine endüstri ağıyla “stakeholder” sözcüğü kullanılmaktadır, biz borsadaki hisselerden bahsetmiyoruz; laboratuvarı, hastabaşı, ilaç firmasında, sağlık otoritesinde, anfi, eczanede, hastasının peşinde ter dökenler, hukukuna, matematiğine, ekonomisine, etiğine kafa yoranlar, işin ucunda canı olanlardır kasdettiğimiz. Uzmanlaşma kaçınılmaz ama birinin yaptığını diğerrinin anlamaması, uzmanlaşmanın hemen alanını çitle çevirip ötekileri dışlamak için yapay bir dil türetmesinden kaynaklanıyor büyük ölçüde. Oysa Çevrimsel Araştırma, “translational research” zaten adında “tercüme”yi barındırıyor. Yaptığımızı –tabii ki anlatmaya değer bir şey yapıyor, yutturmaya çalışmıyorsak– öyle bir tercüme etmeliyiz ki, öteki de kullanabilsin, müdahil olabilsin. Endüstrinin ihtiyaçlarını ve küçük laboratuvarların hırslarını karşılamak için icat edilmiş gibi görünse de çevrimsel araştırma kavramı, ehlinin elinde Çevrimsel Bilim’e dönüşebilir ve tüm ihtiyaçlarımızı karşılayabilir⁹.

Velhasıl yeni bir lisan konuşmamız gerekiyor, bu lisana şişe suyu, yoğurt, kolesterol, GDO, ilh. ne bulursak ona bindirerek, kendimizde olmayana fırsat bu fırsat giydirerek, tribünlere oynayarak, ordan burdan kesip yapıştırmak, ajansla, PR’cıyla çalışarak, firma satelitlerinde konuşarak, tescilli firma şantaj-

cılarına özenip televizyonda o kanaldan bu kanala koşup dün rüyamızda gördüğümüz bize uyan hakikata doğru parmak sallayarak aşındırdığımız dil dönmez. Bu lisan, hastanız olsun, kamuoyu olsun, basın olsun, sağlık otoritesi olsun alıcının anlayıp konuşabileceği, yararını göreceği bir araç olmalıdır. Yoksa bilimin, araştırmanın, tıbbın kredisi biter, toplum yatırımını başka mecralara aktarır.

Notlar

1. Bu kavramlara aşina olmayanlar, kitabı okuyorsunuz, belli ki tıbbı teşnesiniz, bu kadarını bilin bi zahmet. Feysinize girerken netten bakabilirsiniz.
2. Onlardan biri olmamdan ötürü yanlılığı göz önünde tutmak gerekir elbette.
3. “Niye iki gözümüz var? Biri çıkarıldığında ötekiyle görebilelim diye!” demişti bir ilkokul öğretmenim. Bazı aklievvel ninelerin, ecnebi başka haminnelerin kitaplarından apardığı masalların diliyle anlatayım o halde; vücudumuz taşdevri şartlarına göre yaratılmış. O devirde de damar sertliği, kalp yetersizliği filan yokmuş. Zira insanlar ortalama 20, taş çatlasa 40 yıl yaşamaktaymış. Bu yüzden tedbirler de ona göre konmuş. Yani kalp yetersizliği olup da çevre dokularımıza kan gitmeyince vücut bunu yaralandı da kan kaybetti diye anlayıp ona göre su tutup damarları büzererek kalbin işini daha da zorlaştırıyormuş. Damarın iç tabakası hasar görünce de damar yırtıldı zannedip onu tamire koşuyor, kanama olmasın diye damarı tıkiyormuş. Ama günümüzde hal böyle olmayıp 50-80 yaşındaki insanlarda hasarın sebebi o zamanlar tedavülde olmayan nikotin, tansiyon, yüksek şeker-yağ, şu bu olduğundan sağlam damar tıkanıp suladığı organ ayıyı yiyormuş. Romatizmal hastalıklar da böyleymiş, vücut şasırp sağlam dokuyu tamir edeyim derken eklemleri haşat ediyormuş. Bu yüzden mümkünse, hem etkene hem de aracıya müdahale etmek fayda sağlıyormuş.
4. Invazif demek istemiyorum, herhangi bir girişim, egzersiz, ilaç tedavisi vb. olabilir
5. Taşdevrinde dinozor yoktu, biliyorum.
6. Önceki kitaptaki geleneksel/modern tıp ayrımını kesinlikle redde-

- diyor, yersiz, sıg ve yanlış yönlendirici buluyorum. İkisi de birçok farklı, tehlikeli çağrışım barındırıyor.
7. Ajansçılık özellikle de entellektüel tatlı, sol baharatlıysa zehirli bir olgudur. İlaç firması için hilafsız atmasyon üret, dön sol yanını sanat merkezi berkit, bir yandan fakültede eğitimi becermeye kalk, bu tümünden nursuz, hayırsız bir edimdir. “Haramdan şifa olmaz,” denmiştir.
 8. Kısmi statüdekilerin, yerine göre full-time’cılardan –her anlamda– daha fazla katkı sağladıkları ve bazıları için neredeyse sistemin bunu zorunlu hale getirdiği bir vakıa olsa da, bazıları “part time kalkarsa hastanenin yakınında bir spor salonuna yazılırım” demiş, kararnameyle hasta bakmaları engellenince başka seçenek yokmuşçasına “kamuoyuna halkın sağlığıyla oynandığı anlatılmalı” buyurmuş ve kamuoyunun en temel insan hakkı olan “maynaneyi” sürdürme hakkını desteklememesi karşısında şaşkınlığa düşerek verilen sürede ücretsiz izne çıkma başvurusunu kaçırmamak için senede 52 kere gittikleri kongrelerden dönmeye uçaklarda yer bulamamışlardır. Aslen batıda eğitim veren kişiler; örneğin lise öğretmenleri için kullanılan, bizde yalnızca bir kadrodan ibaret olan profesör tabelası Nişantaşı apartman kapıları ve özel hastane koridorları için bir yük olsa gerektir. Bu kişiler para karşılığı icra ettikleri sanatlarındaki uzmanlıklarıyla anılmalıdırlar. Misal; “estetik cerrahi sanatçısı”...
 9. Yerim dar, Çevrimsel Bilim yazıma davet ediyorum; Kış İkindisi ya da Farmaskop’ta bulabilirsiniz. Keza aynı yerlerde çıkan Alan Savunması, Kifayetsizler İttifakı, Profesör yazılarım da bu yazı için açımlayıcı olabilir.

BÖLÜM 2

TIP ÖĞRETİMİ ve EĞİTİMİ

TIP FAKÜLTELERİNDEN SESLER GELİYOR...

Çağdaş Derdiyok / Başar Can Turgut / Hüseyin Karakaya

Tıpla ilgili sorunlar insanlık kadar eskidir. Binlerce yıldır hastalıkları tedavi etmeye çalışan insanlar, en çok saygı gören insanlar oldular. Çoğu zaman sorunlar yaşadılar ama bu durumu toplumdaki konumları, maddi imkânlarının iyi olması sayesinde çözüm aramadan geçiştirmeyi tercih ettiler. Belki inanmayacaksınız ama günümüzde yaşanan sorunların temelinde doktorların kendilerine olan bu özgüvenin yattığını söyleyebiliriz.

Artık tıp camiası yeni dünya düzeniyle birlikte yeni sistem ve geleneksel sistem arasındaki geçiş sıkıntılarını yaşamaktadır. Bu sorunun etkenlerini araştırırken toplumdaki çarpık eleştiri anlayışını yıkmak gerektiği için işe doktorlarla başlama gereği hissettik. Bizler toplum olarak eleştiriye bireyselden çok topluca, kesin hükümlerle, değiştirilemez yargılara bağlayarak yapmayı tercih ediyoruz. Bir meslekte birisi hata yapmışsa, zaten hepsi kötü demeyi, bir markanın bir ürünü bozulursa tüm ürünlerine bozuk demeyi tercih eden insanlarız. Bu durumun yarattığı sorunlar günlük siyasetten evdeki hallerimize, çalış-

tığımız işten günlük yaşantımıza her yerde görülmektedir. Fakat bu anlayış tıp dünyasında değişmek zorundadır. Çünkü tıp dünyası belli toplulukları ilgilendirip diğer insanları ilgilendirmeyen bir dünya değildir. Yani ne kadar kötülenirse kötülensin ve ne kadar görmezden gelinirse gelinsin, herkesin bir şekilde ilgilendiği bir alandır. Bu yüzden tıp her zaman günceldir.

Günlük hayatımızdaki sohbetlerde, sabah televizyon programlarında, üçüncü sayfa gazete haberlerinde ve sağlık eklerinde, akşam tartışma programlarında... Tıp hiçbir meslek dalının olmadığı kadar insanlarla iç içedir...

Peki, nedir bu sorunlar? Bizler öğrenciler olarak kendi yaşadığımız sorunlardan bahsetmeyi, bugünden bakarak gelecekte bizleri neler beklediğini anlatmayı uygun gördük. Daha yaşamadan sağlık sektöründeki sorunları aktarmayı uygun bulmadık. Peki, tıp eğitimi süresince yaşanan sorunlar tüm insanları ilgilendirir mi? Tıp herkes için önemliyse, hepimizi ilgilendirdiğine göre öyle olmalıdır, tıp eğitimi de o kadar önemli olmalıdır. Bizler birkaç sene içinde acilde, sağlık ocağında, muayenehanelerde, ameliyathanelerde sizlerle ilgilenecek, hastalıklarınızı tedavi etmeye, sizlerin sorunlarına yardımcı olmaya çalışacağız. Durum böyle olunca, birinci basamak hekimlerin eğitim sürecindeki sorunlarının sizleri de ilgilendireceğini düşünüyoruz.

Tıp Eğitimindeki Sorunlar ve Çözümleri

Biz öğrencilerin belki de en çok şikayet ettiği konuların başında geliyor eğitimdeki sorunlar; emin olun bu sorunlar bizim kadar tüm insanların da hayatını etkileyen bir probleme dönüşmekte. Öğrenciler olarak aldığımız eğitimin hakkını vermeye çalışıyoruz, peki aldığımız eğitim hakkını veriyor mu?

Tıpla ilgili söylenen belki de en doğru cümlelerden biri sürekli değişen, gelişen, kendini yenileyen bir bilim olduğudur. Peki, bu durum eğitim sistemimize ne kadar yansıyor? Size bir

öğrenci olarak şunu söyleyebiliriz ki, çok az yansıyor. Yıllar önce eski hocaların hazırladığı, en az on yıllık, hâlâ kırtasiye-den alınan ders notlarıyla devam eden bir eğitim sistemi...

Sorunun bu noktasındaki çözümü kendi içinde saklı zaten, kendini güncelleyen ve bunu öğrencilerine aktarabilen yeni nesil öğretim görevlilerine ihtiyaç vardır.

Öğretim görevlilerimize şu konuda hak vermek gerek; ilk görevlerinin ne olduğu konusunda onların da kafasının karışık olduğunu düşünüyoruz. Bir tarafta tıp öğrencileri asistanları, bir tarafta ise yeni sağlık sistemi, performans ve hastaları arasında kalıyorlar. Bu şartlarda da güncellenmiş iyi bir eğitim verilmesi ne kadar mümkün, orası da sorunun diğer bir tarafı olarak karşımıza çıkıyor. Sorunların tek bir yere bağlı olmadığını fark edip, kalıcı bir çözüm için sistemi bütün olarak görmek gerekiyor.

Fiziki altyapı, laboratuvarlar, tam donanımlı kütüphaneler, araç-gereç, yardımcı sağlık elemanı, uzman, öğretim görevlisi, öğretim üyesi açısından tıp fakülteleri arasında ciddi farklılıklar söz konusudur. Bugün için, tıp fakültesi açmanın ya da açılan fakülteleri devam ettirmenin standartları yoktur. Ne yazık ki bu konuda bir denetim mekanizması işlememektedir. Fakültelerin altyapısı, öğretim üyesi, diğer olanakları ve eğitim sistemi dikkate alınmadan genellikle fazla sayıda öğrenci kabul edilmektedir. Bu durumun planlı bir şekilde düzenlenmesi ve acilen devreye bir denetleme mekanizması sokulması gerekmektedir.

Öğrenciye gereksiz bilgi yüklenmesi halen ülkemizdeki eğitim sisteminin büyük bir sorunudur. Tıp fakültelerimizde ağırlıklı olarak ezberci bir eğitim sistemi hâkim durumdadır. Bu durum öğrencilerde bilgiye karşı bir soğukluğu da beraberinde getirmektedir. Öğrencileri bilgiyi sadece staj sınavı veya TUS (Tıpta Uzmanlık eğitime giriş Sınavı) odaklı kullanmaya yönlendirmektedir. Çünkü sistem, bilgi yüklemesiyle birlikte

bu bilgi yığınınından oluşan bir sınavla da öğrenciyi değerlendirmeye almaktadır. Sorular birbiri ardına sıralanıp duruyor bu aşamadan sonra. Peki çözüm nedir? Öğrenciye bilgi yüklenmesi yerine öğrenme yöntemleri ve bilgiye ulaşma yolları öğretilmelidir. Bu eğitim sonrasında da öğrenciye bilgiden çok yöntem sorularıyla değerlendirme yapılmalıdır.

Temel problemlerimizden biri de eğitim sistemimizin verimsizliğidir. Özellikle plansızlık, her bölümün ne yapacağına kendi karar verdiği, hocaya, bölüme, zamana göre değişen bir eğitim sistemine yol açmaktadır. Bu, neredeyse tüm tıp fakülteleri için geçerli bir durumdur. Bu da öğrenciler arasında hem verimsizliğe hem de bilgi farklılıklarına sebep olmaktadır. Durumun çözümü için, tüm üniversitelerde geçerli, pratik hayata daha fazla katkı sunan, uzman yetiştirme mantığıyla değil pratisyen yetiştirme mantığıyla oluşturulmuş bir eğitim planlamasına çok acil ihtiyaç vardır.

Tıp eğitimiyle ilgili karar verilmelidir bu aşamada; insanlar hastalandıklarında onlara sadece tanı koyup ilaç mı yazacağız, yoksa hasta olmalarını mı engelleyeceğiz?

Sadece bilgi mi ezberleyeceğiz, yoksa bilgi üretim süreçleri, betimleme, anlama, açıklama ve yorum yapma da dahil sistemli bir teorik ve pratik eğitim sürecinden mi geçeceğiz?

Hastanın tanısı için gereken ileri tetkikleri performans ve malpraktisten paçayı kurtarmak için fazladan mı isteyeceğiz, yoksa ayırıcı tanı yapmak için mi isteyeceğiz?

TUS sınavına çalışmak için pratik eğitimden feragat mı edeceğiz, yoksa daha fazla pratiğe yönelik dersler ve sınavlarla mı bilgimizi tazeleyeceğiz?

İntörnleri maaş verip hastanenin personeli olarak kullanmaya devam mı edeceğiz, yoksa onlara eğitim anlamında katkı sunacak bir programla eğitip doktorluğa adım atmalarını mı sağlayacağız?

Söylemediğimiz bunun gibi onlarca sorun var; fakat bunlar

arasında en önemlileri ise tembelliğimiz ve bencilliğimizdir. Bizler yani “bana dokunmayan yılan bin yaşasın” atasözünün sahibi bir millet olarak sadece yılan bize yaklaştığında “çözüm” diye bağırmaktan vazgeçmeliyiz. Eğitim hepimizin sorunu, hele de konu sağlıksa...

Tıp fakülteleri arasında hedeflenen ve planlanan ortak eğitim standartlarının olmaması

Ülkemizdeki tıp fakültelerinde eğitim standardı programlarının birbirinden tamamen farklı olduğunu görüyoruz. Bu durum hem doktor olacak arkadaşlar, hem de hastalar için adaletsizlik yaratmaktadır. Bu adaletsizliği gidermek adına, sağlık bakanlığının, üniversite tıp fakülteleri dekanları, her anabilim dalından yetişmiş hocalarla kurulacak bir kurul aracılığıyla, bir tıp fakültesi öğrencisine verilecek eğitimin tüm tıp fakülteleri için hedef birlikteliğini sağlaması gerekmektedir. Böylece herkes en azından hedeflenen, beklenen doktor profiliyle mezun olacaktır. Tabii ki üniversiteler eğitim sürecinde hedefin üzerine eklemeler yapacaklardır, fakat bu programlar sayesinde eğitimin temel standartları belirlenmiş olacaktır. Bu, hem tıp fakültelerinde kalite yarışı, öğrenciler arasında hedef birlikteliğine; hem de hastalar arasında adalete bizi biraz daha yaklaştıracaktır.

Tıp fakültesinin amacı nedir?

Tıp fakültesinin birincil amacı bir süre sonra değişecek olsa da hâlâ birinci basamağa yönelik hekim ve asistan hekim yetiştirmektir. Tıp fakültesinden mezun olan bir öğrenci, birinci basamak bir hekimin sahip olması gereken bilgi ve donanımına sahip olmalıdır. Altı senelik eğitim boyunca, bazen hocaların asistan hekim dersleriyle tıp öğrencisine verdiği dersin çok farklı olmadığına şahit oluyoruz. Bu durum birinci basamak hekimin ulaşması gereken eğitim hedefi ile uzman hekimin

ulaşması gereken bir eğitim hedefinin olmayışından kaynaklanmaktadır. Sonuçta vücudun en ücra köşesindeki zar proteini bilen ama fizik muayeneyi bilmeyen doktorlar yetişmiş oluyor.

Tıp fakültesinin birincil amacının geri plana atıldığı durumlardan biri de yanlış politikalar nedeni ile tıp fakültesi hastanelerinin sağlık hizmet yükünü gereğinden fazla üstlenmiş olmasıdır. Öğretim görevlileri ise performans sistemi ile daha çok sağlık hizmetine yönelmektedir. Öğretim görevlileri hasta bakmak, eğitim-öğretim görevini yapmak, araştırma yapmak ve kendi eğitimlerini geliştirmek gibi dört büyük yükümlülükle karşı karşıya kalmaktadırlar. Öğretim görevlilerinin önünde yapılması gereken bu kadar iş olunca eksikler ve amacından sapmalar ortaya çıkıyor.

Tıp fakültelerinin birincil amacı eğitimidir, siyasi amaçlar ve ekonomik nedenler ile bu durum göz ardı edilmemelidir. Bir an önce birinci basamak eğitim hedefleri ve uzman hekim eğitim hedefleri belirlenmeli ve uygulamaya konulmalı, bu amaca ulaşmak için akademisyenlerin eğitimi sağlanmalı ve fakültelerin fiziki şartları bu amaca yönelik düzenlenmelidir.

Tıp fakültesi açmak için gerekli standartlar var mı?

Bir başka sorun daha var ki bu değiştirilmesi ve buna uygun politikalar geliştirilmesi öncelikli bir durum. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi gibi oturmuş bir fakülteden mezun olan öğrenci ile öğretim görevlisi ve eğitim materyali eksik, hasta profili kısıtlı yeni açılmış bir fakülteden mezun olan bir öğrencinin edindiği mesleki beceri ve eğitim aynı değildir. Fakülteler öğrencilere edinmesi gereken mesleki beceri ve eğitimi alabilmesi için gerekli şartları ne ölçüde sağlayabilmektedir? Fakültelerin akademik kadroları yeterli midir? Teknik donanımı yeterli midir? Yeni bir tıp fakültesi açarken hangi standartlar sağlanmalıdır? Ülkemizde 2010 yılı içinde yeni kurulanlarla

birlikte tıp fakültesi sayısı 74'e ulaşmıştır. Bunlardan 61'inde tıp doktorluğu, 53'ünde de tıpta uzmanlık eğitimi verilmektedir. Maliyetli bir eğitim olmasına rağmen bu kadar çok tıp fakültesinin açılması ülkemizde uygulanabilir ve sağlıklı bir tıp eğitim politikasının bulunmadığının, tıp fakültelerinin amacının eğitimden çok hizmete kaydığının bir göstergesidir. Bir standardın olmayışı yeni açılan fakültelerde yeterli akademik kadronun, eğitim laboratuvarı ve materyalinin, teknik personelin, hizmet personelinin ve gerekli ekipmanın olmaması gibi birçok soruna yol açmakta, bu sorun da gerek asistan hekim, gerek öğrenci eğitimi bakımından fırsat eşitsizliğini ortaya çıkarmaktadır.

Tıp fakültelerine alınan öğrenci sayısının her geçen yıl fakültenin fiziki şartlarına, akademik personel durumuna bakılmaksızın artması standartsızlığın başka bir sonucudur. Öğrenci sayısındaki bu orantısız artışın hekimlik sanatının aktarılmasında önemli eksikler yaratacağı şüphesizdir. Hekimlik sanatının kitaplarda yer almayan kısmının öğrenilmesi için gerekli olan öğretim görevlilerinin her bir öğrenciye ayıracağı süre azalmaktadır.

Tıp fakültesi standartlarının oluşmasında ilk adım, açılacak yerin hasta profili, coğrafi konumu, nüfus yoğunluğu, ulaşımın kolaylığı, çevre illere uzaklığı bakımından uygunluğunun belirlenmesidir. Her ile bir tıp fakültesi gibi politik yaklaşımlardan uzaklaşılmalıdır. Yeni açılan bir tıp fakültesi binalarının fiziki yapısı her bir bölümün gerekliliklerine göre planlanmalı, çevre düzenlenmesi yapılmalıdır. Her bir ders için gerekli materyaller sağlanmalıdır. Hastane binaları planlanırken öğrenciler ve asistan hekimler için gerekli fiziki şartlar sağlanmalı, bu insanların öğrenim süresi boyunca yaşamlarının büyük bir kısmının hastanede geçtiği unutulmamalıdır. Akademik kadro sayısı, gerek asistan hekim gerek öğrenci sayısı ile hekimlik sanatının aktarımına olanak sağlayacak şekilde ayarlanmalıdır.

Akademisyen olmak eğitmen olmak için yeterli mi?

Altı yıllık tıp eğitimimiz boyunca karşılaştığımız sorunlardan biri de öğretim üyelerinin bir eğitici olarak yeterlilikleridir. İyi bir hekim olmak, maalesef her zaman iyi bir eğitici olmak demek değil. Tıp fakültelerinde akademisyen olmak için araştırma ile ilgili şartlar aranmaktadır, fakat akademisyenler aynı zamanda öğretim görevlisi olarak görev almaktadır. Bir tıp fakültesinde yardımcı doçent olarak göreve başlayan bir akademisyen eğitim öğretim ile ilgili herhangi bir eğitim almadan derslere girmekte, öğretim görevini üstlenmektedir. Bildiklerini başkasına aktarabilmek başlı başına eğitim ve çaba isteyen bir durumdur. Bir öğretim görevlisinin böyle ciddi bir görevi yapabilmesi için eğitim öğretim tekniklerine hâkim olması gerekmez mi? Bazen bölüm hocalarımızın pratisyen hekim yetiştirdiklerini unuttuğunu düşündüğümüz oluyor. Gerek anlatılan konular bazında olsun gerek yapılan sınavlar olsun, bunların bir pratisyen hekimin bilmesi gerekenlere odaklanıp hazırlanmadığını fark ediyoruz. Bu da biz öğrencilerin iyi bir pratisyen hekimin sahip olması gereken beceri ve bilgi için harcamamız gereken zamanı sınıf geçmeye çabalamakla geçirmemize sebep oluyor.

Tıp eğitiminde artık geleneksel yöntemin yetersiz kaldığı aşikârdır. Tıp fakültelerinin sayısı artmış, tıp öğrencisi sayısı artmış, tıp bilgisi her geçen gün genişlemekte, tıp öğrencilerinin kalitesi de hekim açığını kapama pahasına azalmaktadır. Bütün bu sebeplerden dolayı eğitim öğretim daha planlı bir şekilde yapılmalıdır. Her tıp fakültesinde eğitim öğretimin planlanması ve denetlenmesi için tıp eğitimi anabilim dalı kurulmalıdır.

TUS dershanelerinin eğitim sürecindeki yeri nedir?

Daha ilkökul sıralarında karşımıza çıkıyor dershane kavramı. Mevcut eğitim sisteminin ve müfredatının her nedense liselere geçiş sınavında, üniversite sınavında ve uzmanlık sınavında yeterli gelmemesi nedeniyle öğrencilerin sınavlarda

avantaj sağlamak için gittiği onlarca dershane var ülkemizde. Daha ilkokuldan başlayarak veliler oğlu kızı diğer öğrencilerden geri kalmasın diye zorluklarla ödeyerek onları dershanelere yolluyorlar. Bu durum biz tıp öğrencilerinde farklı değil. Öğrenciler arasında dershaneye gitmeden TUS'un kazanılamayacağı düşüncesini, dershaneler çeşitli indirimler sağlayarak kendilerine çektikleri tıp öğrencileri ile yaymaktadırlar. Daha sonra öğrenci grupları arasında etkin olan öğrencileri kendi taraflarına çekerek diğer öğrencilere örnek oluşturuyorlar. Sonuç ise gayet başarılı, tıp öğrencilerinin %60-80'i dershaneye gidiyor. İşin bir başka yönü ise TUS'ta soru çıkan konu sayısı yaklaşık 40.000 civarında oysa tıp fakültelerinde yaklaşık olarak 22.000 konu anlatılıyor bu durum da dershaneye gidilme-se bile derslane kaynaklarının kullanılmasını zorunlu kılıyor. Dershaneler zaten yeterince masraflı olan tıp eğitiminin masrafını ciddi oranda artırmakta ve öğrenciler açısından fırsat eşitsizliğine sebep olmaktadır.

TUS sınavında çıkan konuları içeren kaynaklar fırsat eşitliği olması açısından, amaç öğrenci seçmekse, gerekli kurumlarca devlet tarafından, devletin verdiği eğitim göz önünde bulundurularak hazırlamalı ve makul fiyatlarda öğrencilere sunulmalıdır.

Tıp öğrencileri uzmanlık tercihlerini neye göre yapıyorlar?

Liseden sonra yüksek puan alan öğrenciler, gerek iş güvencesi, gerek ortalamanın üzerinde kazanç, gerek hekimliğin toplumdaki saygın yeri gibi yaygın sebeplerle mesleğin gerçek koşullarını anlamadan tıp fakültesini tercih ederek kendilerini tıp deryasına atıveriyorlar. Tıp, okuması zor, pahalı; meslek hayatına gelince, sıkıntılarla dolu, ancak gerekli özveriye verebildiğin zaman iyi yönlerini görebildiğin, insanı ilgilendiren her şeyin mesleki sınırlar içinde bulunduğu bir deryadır. Sonuçta, kimi maddi yönünden, iş garantisinden ötürü, kimi aile baskı-

sıyla, tabii bir kısmı da gerçekten isteyerek tıp fakültesine başlıyorlar. Zorlu bir altı yıldan sonra öğrencilerin önüne bundan sonraki çalışma hayatını belirleyecek bir tercih zorunluluğu daha çıkıyor. Uzmanlık, her tıp öğrencisinin istediği, bunun için onları son iki yıl ilaveten zorlu bir çalışma sürecine sokan bir seçenek. Bu çalışma sürecine artık eğitim hayatının bir parçası haline gelen dershaneler de ekleniyor, öğrenciler uzmanlıkta istediği bölüme, yere yerleşebilmek için her türlü çabayı gösteriyor.

Öğrenciler uzmanlık alanı seçerken onları kendi asıl istekleri dışında birçok etmen yönlendiriyor. Bunlardan ilki seçecekleri dalın nöbetli bir bölüm olup olmadığıdır. Mevcut durumda nöbeti olmayan ya da daha az yoğun olan bölümler daha yüksek TUS puanı gerektiriyor. Yani uzmanlık sınavında başarılı öğrenciler bilimsel çalışmaların ve akademik başarının iyi olduğu bölümleri değil, daha rahat, iş yoğunluğu ve riskleri az bölümleri tercih ediyorlar. Öğrenciler altı yıllık zor bir süreçten sonra daha rahat bir asistanlık istiyor. İkinci olarak mesleki güvenceyi ortadan kaldıran yeni yasalar ve artık avukatlar için yeni bir kazanç kapısı olan malpraktis davaları insanların tercih yaparken göz önüne aldığı bir durum. Öğrenciler yaptığı işten daha az sorumluluk duymak istiyor ya da gereksiz yere açılabilen malpraktis davalarından olabildiğince kaçıyor. Bu yüzden bu tür davaların sık görüldüğü cerrahi bölümler tercihlerde daha alt sıralarda yer alıyor ve daha düşük TUS puanı gerektiriyor. Diğer bir etken de yanlış politikalar nedeniyle uzmanlık eğitimi veren birçok hastanede akademisyen kadrosunun zayıflamasıdır. Özellikle cerrahi gibi usta çırak ilişkisinin daha gerekli olduğu alanları tercih etmek isteyen öğrenciler yetersiz eğitim alacağı kaygısıyla başka alanlara yönelebilmektedir. Diğer bir etmen ise seçilecek alanın maddi getirisidir. Öğrenciler daha az çalışıp, daha fazla para kazanabilecekleri bölümlere yöneliyorlar.

Tıp eğitiminin hedeflerinde koruyucu sağlık hizmetlerinin yeri nedir?

Sağlığın korunması, hastalıkların önlenmesi için verilen hizmetler ve yapılan düzenlemeler koruyucu sağlık hizmetlerinin alanına girer. Doktorların sadece hastalıkla ilgilendiği kanısı, sağlık halinin devamının sağlanması yani korucu hizmetlerin göz ardı edilmesine neden olmaktadır. Bu durum doktorlar arasında bile koruyucu sağlık hizmetlerinin sadece halk sağlığı hekimlerinin işi olarak görülmesine yol açıyor. Sorun hekimlerin, hastalar ve hastalıklarla uğraşırken genel tıbbi bakışı kaybedip sadece kendi dallarıyla ilgili tedavi vermelerinden kaynaklanıyor.

Mevcut eğitim müfredatımız TUS ve textbook olarak adlandırılan kitapların yüküyle doldurulmuştur. Bizler koruyucu hekimlik uygulamalarını ve koruyucu hekimlik örneğini halk sağlığı stajı dışında mevcut eğitim sisteminde göremiyoruz. Belki de bunun sonucu hekimler olarak koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgili alanlarda çalışmalar yapamıyoruz. Yine bunun sonucu olarak birçok hekim koruyucu hekimliği meslek hayatında uygulamaya geçiremiyor.

Sonuçta basit tıbbi müdahale ile veya tıp dışı önlemlerle önüne geçilebilecek birçok hastalık, koruyucu sağlık hizmetlerinin göz ardı edilmesi sonucunda kamuya, hastanelere, hekime ve hastaya hem maddi hem manevi yük olarak geri dönmektedir.

Artık bizler hekimler olarak şuna karar vermeliyiz: Sadece hastaya tanı koyup, tedavi mi edeceğiz, yoksa hastalıkların önlenmesi amacıyla korucu sağlık hizmetlerine de önem mi vereceğiz? Cevap olarak “koruyucu sağlık hizmetleri” diyorsak, bunun eğitimdeki planlamasını, vurgusunu hazırlamak da bunun sorumluluğunu alan biz hekimlere düşmelidir. Çünkü eğitim sistemimiz hastayı korumaktan çok tedavi etmeye yöneliktir. Artık karar verme zamanı geldi ve geçiyor.

Tedavi: Yaşam tarzı değişikliği

Hastalıkların tedavi seçenekleri incelendiğinde birçok hastalıkta ilk seçenek tedavi olarak yaşam tarzı değişikliği belirtilmektedir. Yani bir bakıma hastalar halihazırdaki yaşamlarıyla kendilerini hasta etmektedirler. Birçok hastalıkta en etkili ve kesin sonuca ulaşan tedavi seçeneği olan yaşam tarzı değişikliği tıp eğitiminde, sağlık çalışanlarının hayatında ve toplumun normal yaşantısında ne kadar yer almakta?

Tıp eğitiminde etken maddeleri, dozları, etki mekanizmaları ve daha birçok özellikleri değişen kimyasal ilaçları birçok derste öğreniyoruz. Ancak özellikle kronik hastalıklarda en iyi tedavi seçeneği olan yaşam tarzı değişikliğini bilimsel anlamda öğrenip hastalara ve topluma anlatmakta yetersiz kalıyoruz. Çoğu hekimin önerileri sigarayı bırak, tuz kullanma gibi basit emirlerden öteye gidemiyor. Bunların dışında yapılması gereken spor veya ideal ve uygulanabilir beslenme modeli konusunda yeterli öneride bulunamıyoruz.

Nöbetler, ameliyatlar, yoğun çalışma mesaisi derken zaten yaşam tarzı kötü olan sağlık çalışanlarının topluma yaşam tarzı değişikliği önerisinde bulunup, toplumdaki problemleri düzeltmeslerini beklemek de ne kadar gerçekçi?

Sigaraya başlama yaşı çok düşük, erişkin yaş grubunda sigara kullanma oranı çok yüksek, tuz tüketimi günlük ihtiyacının üç katını bulan bu toplumun, hekimin zaten süresi kısıtlı muayene ve tedavi sürecindeki birkaç önerisiyle yaşam tarzı değişikliğine gidip birçok hastalıktan kurtulmasını beklemek ütöpik geliyor.

Yaşam tarzı değişikliğinin içinin tam anlamda doldurulması gerekmektedir artık. Sadece bir tedavi seçeneği olmaktan çıkıp toplumun gerçeklerini göz önünde bulunduran, topluma uygun bir sağlık modeli ortaya konulmalıdır. Ve bu model hastaneye başvuran hastalarla kalmayıp koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında bütün topluma uygulanmalıdır. Bu sayede kronik

hastalıklara karşı önlem alınmış, hastalıkların sebepleri arasında görülen yanlış yaşam tarzı düzeltilmiş olur.

TIP EĞİTİMİ DEĞİŞMELİ Mİ?

Serdar Gürel

Sağlıklı olmak bir haktır.

Sağlıklı olmanın bir hak olduğunu ifade eden, ulusal ve uluslararası kabul gören çok sayıda belge bulunmaktadır.

Nisan 1948’de Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Tüzüğü’nde sağlık şu şekilde tanımlanmıştır; “Yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması durumu değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal refah durumudur.” DSÖ’nün bu tanımında dikkati çeken önemli nokta “sosyal refah durumu” vurgusudur. Sosyal refah, bir toplumu oluşturan kişilerin sadece tek tek ruhsal ve fiziksel olarak iyilik halinde olmalarının yeterli olmadığını aynı zamanda bu kişilerin aralarındaki sosyal ilişki ağının da sağlıklı olması gerektiğini ifade etmektedir.

Aynı yıl içinde yayınlanan, Aralık 1948, İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi’nin 25. maddesinde belirtildiği üzere; “Herkesin kendisinin ve ailesinin sağlık ve refahı için beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım hakkı vardır,” denilmektedir.

Eylül 1978 tarihli Alma Ata Deklarasyonu sağlığa etki eden tüm kamu, özel ve sivil toplum kuruluşlarını sağlığın sürekliliğine, teşvik edilmesine ve sağlık hizmetlerine eşit ulaşımı sağlamaya davet etmiştir.

Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik 1986 tarihli Ot-

tawa Sözleşmesi, kendisinden önce yayınlanan tüm belgeleri kaynak olarak sağlığın farklı bir yönünü ortaya çıkarmıştır. Bu sözleşmede “Sağlık, günlük yaşam için bir kaynaktır, hayatın amacı değildir,” denmektedir.

Sonuç olarak sağlık, hangi açıdan bakarsak bakalım, eşit ulaşılması gereken bir haktır, yaşam için bir kaynaktır.

Ülkemizde sağlıklı olma hakkı anayasada açıkça belirlenmiştir; 1982 Anayasası’nın 56. maddesinde; “Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir,” denilmektedir.

Tüm bu tanımlamalardan sonra sağlığa etki eden önemli bir faktörü “Sağlık Personeli Eğitimi”ni gözden geçirmek istiyorum.

Bu konuyu tartışmadan önce sağlık hizmetini tanımlamak gerekir. Sağlık hizmeti; “bir kişinin sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşamasına olanak tanıyarak, o kişinin yalnızca hasta veya sakat olmamasını sağlamak değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal açıdan tam bir iyilik halinde olmasını sağlamak, kişinin var olan sağlık durumunu geliştirmek ve sağlıklı olmasını teşvik etmektir.”

Tüm bu işleri tek bir kişinin gerçekleştirmesi mümkün değildir ve bu nedenle sağlık hizmeti bir ekip işidir.

Ülkemizde, sağlık hizmet ekibini oluşturmak için çok sayıda eğitim kurumu 28 farklı alanda eğitim programları açmıştır. Tıp fakülteleri bu 28 farklı programdan sadece bir tanesidir. Ancak sağlık dendiğinde akla ilk tıp doktorları gelir. Oysaki tıp doktorları sağlık hizmeti üretiminde diğer 27 profesyonel ile sürekli etkileşim halinde çalışmaktadır.

Tıp doktoru olduktan sonra ayrıca farklı konularda uzmanlık eğitimi alınmaktadır. Ülkemizde bir tıp doktoru 88 ayrı alanda ve bir diş hekiminin 8 ayrı alanda uzmanlaşma olasılığı mevcuttur.

Bu durumda diğer alanlardaki uzmanlaşmaları da düşünecek olursak ülkemizde sağlık hizmeti üretimi yaklaşık 125'ten fazla farklı alanda eğitim gören profesyonel tarafından üretilmektedir.

Sağlığın bir *insan hakkı* olduğu ve *eşit ulaşımın* anayasa ile korunduğu düşünülürse, çok farklı programlarda ve okullarda eğitim gören bu kadar çok çeşitlilikteki profesyonelin eğitiminin *asgari bir standarta* sahip olması gerekliliği kaçınılmaz olmaktadır.

Ancak öyle midir?

Bu sorunun cevabını hepimiz biliyoruz.

Günümüzde, 125 programdan sadece biri olan mezuniyet öncesi tıp eğitimi programının standardizasyon açısından kat edeceği çok uzun bir yol bulunmaktadır.

Tıp eğitimini incelerken iki farklı bakış açısı ile incelemek gerekir; öncelikle hekimin kim olduğunu ve bir öğrencinin sonunda hekim kimliği kazanabilmesi için hangi özellikler doğrultusunda eğitilmesi gerektiğini tartışmak isterim. Ardından eğitimin ne olduğunu ve eğitim için tıp fakültelerinin aşması gereken sorunlardan bazılarını paylaşmak isterim.

A. Hekim Kimdir?

Bir hekim sadece muayene yapan, tetkik değerlendiren, cerrahi girişim yapan ve ilaç yazan bir kişi değildir.

1. Hekim İletişimcidir

Hastası, hasta yakınları ve ekip arkadaşları ile iyi iletişim kuran, iletişim kurduğu kişileri savunmaya geçirmeden yapılması gereken işi icra eden, kendi benliğinin farkında olan

ve açık iletişim kurabilen bir profesyonel olmalıdır. Bir tıp fakültesi, hekimlik mesleğinin kişilerarası iletişim zemininde gerçekleşen bir meslek olduğunu benimsemeli ve eğitiminin önemli bir bölümünde öğrencilerine bu özelliği kazandırmalıdır. Günümüzde iletişim eğitimi tüm tıp fakültelerinde eşit ölçülerde verilmemektedir. İletişimle ilgili programlar standart hedeflere sahip değildir. Ayrıca iletişim sürecinin hekimlik mesleğinin icrasında nasıl bir iş yükü oluşturduğu konusunda yapılan çalışmalar yeterli değildir. İletişim sorunları tüm insan ilişkisine dayalı mesleklerde olduğu gibi hekimlik uygulamasında da önemli bir stres kaynağıdır ve iş yüküne önemli ölçüde etki eder.

Sonuç olarak, tıp fakültelerinin ve uzmanlık eğitimlerinin standart birer iletişim eğitimi yoktur, bu bakımdan tıp fakültelerinin güçlendirilmesi ve standardizasyonu kaçınılmazdır.

2. Hekim Ekip Çalışanıdır

Hekim, sağlık hizmeti üretiminde bir ekip içinde çalışan ve ekibinin ürettiği işin bir parçasını üreten bir profesyoneldir. Sağlık hizmeti bir kişinin tek başına üretebileceği bir iş değildir. Hekim sağlığa etki eden tüm diğer profesyoneller ile etkileşim ve işbirliği içinde çalışır. Tıp fakültelerinde sürdürülmekte olan programların ekip çalışmasını içermesi ve öğrencilerine bu konuda deneyim kazandırması gerekmektedir.

3. Hekim Sağlık Savunucusudur

Hekimlik sadece hasta bir kişiyi iyi etmek veya rehabilite etmek değildir. Hekim, kişilerin tüm sağlık durumlarında sağlığa etki eden tüm olumsuz faktörlerin farkında olarak sağlıklı olma hakkını her ortamda savunan bir kişi olmalıdır. Sağlıklı olmanın sürekliliği ve sağlığın kişisel ve toplumsal bazda geliştirilmesi, hekimin asıl görevleri arasındadır.

Sosyal açıdan bakılacak olursa, sağlık savunuculuğu görevi,

hekimî toplumun içinde farklı bir konuma taşımaktadır. Hekimler, aldıkları eğitim içinde sağlığa olumsuz etki eden faktörleri öğrenmeli, bu faktörlerin düzenlenme yöntemleri hakkında bilgi sahibi olmalı ve bu açıdan toplum içinde bir lider görevine sahip olmalıdır.

Tıp fakülteleri sağlığa etki eden tüm sosyal, çevresel ve psikolojik faktörler hakkında öğrencilerine standart bir eğitim vermelidir.

4. Hekim Öğrenen ve Öğretendir

Modern tıp eğitiminin başladığı günlerden beri tıp eğitimi hemen her zaman belirli bir süreye sahip olmuştur. 1900'lı yılların ilk dekatlarından bu yana tıp eğitimi 6 yıldır ve bu süre zarfında tıbbi bilgi hızla artmış ve öğrenilmesi gereken bilginin miktarı katlanmış olmasına rağmen tıp eğitimi hâlâ 6 yıldır. Bunun bir sonucu olarak, tıp fakültesinden mezun olmak klinikte hasta bakmak için yeterli görülmemeye başlanmış ve uzmanlaşmanın yolu açılmıştır. Ancak, tıbbi bilgi öyle yüksek bir hızda artmakta ve değişmektedir ki bir alanda uzmanlaşılsa bile hekimin kendisini yenilemesi kaçınılmaz bir hal almıştır. Bu nedenle tıp fakülteleri hekimlerin kendilerini nasıl yenileyeceklerini, yeni bilgilerin güvenilirliklerini nasıl kontrol edeceklerini ve uygulamalarında kanıta dayalı bilgiye nasıl ulaşacaklarını öğretmelidir.

Ayrıca, bir hekim sadece öğrenen bir kişi değil aynı zamanda her hasta görüşmesinde eğitim veren, öğreten bir kişi de olmak durumundadır. Hekimlerin hastalarına hastalıklarını ve bu hastalıkların tedavisinde kendilerine düşen sorumluluğu öğretebilmeleri ve hastalarında uygun davranış değişikliklerini geliştirebilmeleri önemli bir sorumluluktur.

Bir tıp fakültesi, öğrencisine, öğretmeyi ve öğrenmeyi öğretmelidir.

5. Hekim Yöneticidir

Hekim, çalıştığı ortamda genellikle son karar verici durumdadır ve çoğunlukla tıbbi ortamın hasta için en faydalı şekilde düzenlenmesi amacıyla zaman, mekân, donanım, materyal ve personel gibi kaynakların yönetimini ya doğrudan yapar ya da yönetimde yer alır. Bu açıdan, hekim liderlik özelliklerine sahip olmalı, ekibin demokrat bir liderlik yaklaşımı ile yönetilmesini sağlamalıdır. Tıp fakültelerinin hekimlerin yöneticilik ve liderlik özelliklerini geliştirebilecekleri bir müfredata sahip olmaları gerekir. Günümüzde, tıp fakülteleri öğrencilerin liderlik özelliklerini geliştirmeye yönelik yeterli müfredata sahip değildirler.

6. Hekim Mesleğini Profesyonel Bir Yaklaşımla İcra Eder

Hekimler sağlık hizmeti verirlerken, etik kuralları gözetmek, kanuna uygun sağlık hizmeti vermek, kendilerini ve hastalarını hatalı uygulamalardan korumak, klinik uygulamalardaki kaliteyi geliştirmek ve bunların hepsini karşısındaki kişinin kültürüne uygun şekilde, kişiler arasında ayırım yapmadan icra etmek durumundadırlar.

Davranışlarını kontrol etmeleri, hastayla empati kurarak kişinin gerçek gereksinimlerini belirlemeleri ve sürece hastayı da katmaları profesyonel hekimlik uygulamasının temel kurallarıdır.

Tüm bunların yanı sıra bir profesyonel olarak kendi mesleğini geliştirmek ve ilerletmek için gözlem yapabilen, araştırma tasarlayabilen ve bilgiyi üreterek mesleğini geliştiren bir yaklaşımı hayat boyu sürdürmeleri gerekmektedir.

Tıp fakülteleri, öğrencilerin eğitimlerinde tüm bu özellikleri kazanabilmelerini sağlamak üzere yapılandırılmış eğitim yöntemlerine ve ölçme değerlendirme araçlarına yer vermedirler. Ancak günümüzde tıp fakültelerinin müfredatlarında

bu hedefler ve bu hedefe ulaşma yöntemleri tam ve standart olarak belirlenmemiştir.

7. Hekim Sağlık Hizmeti Sunucusudur

Hekimler, hastalarına doğru tanıları koyabilmeli, doğru tedaviler planlayabilmelidirler. Planladıkları tedavileri hastanın onamı doğrultusunda ve onun da katılımı ile gerçekleştirebilmelidirler.

Hekimler, eğitimleri boyunca kendi ülkelerinde yer alan öncelikli sağlık sorunlarının tanı ve tedavileri için eğitilmelidirler. Öğrendikleri ile ülkenin gerçek sağlık sorunları örtüşmelidir. Hekimlere verilecek eğitimin tasarımında ülkenin hastalık yükleri göz önüne alınmalıdır.

Bugün ülkemizde hekimlerin bu görevi için önemli ölçüde eğitim verilmekle birlikte bu eğitimlerin farklı fakültelerde farklı içeriklerinin olması, eğiticilerin değişmesi ile öğrencilerin farklı bilgileri öğrenmeleri gibi güncel ve basit sorunlar bulunmaktadır.

Yukarıda yazılı olan bu yedi temel görev hekimlerin altı yıl içinde öğrenmeleri ve mezun olduklarında uygulayabiliyor olmaları gereken görevlerdir. Oysa hekimlerin önemli bir bölümü bu özelliklere mezun olduktan sonra, çalışma hayatı içinde çeşitli yanlışları yaparak ulaşırlar. Ancak bu yanlışlar bazen pahalı maliyetler çıkarabilir.

Tüm bu süreçler düşünüldüğünde tıp eğitimi çok iyi tasarlanmış, her adımda doğru ölçme araçları ile ölçülen bir eğitim olmalıdır.

B. Eğitim Nedir?

Eğitim konusunu üç farklı başlık altında incelemek isterim, birincisi eğitimin sonucunda ulaşılmak istenen sonuç yani çıktı, ikincisi eğitim sürecinde kullanılan yöntemler ve eğitim kaynakları, üçüncüsü ise ölçme değerlendirme yöntemleridir;

1. Eğitim ile ulaşılmak istenen sonuç; Eğitim, “kişileri beirlenen bir yetkinlik düzeyine erişirme süreci” olarak tanımlanır ise o zaman standart bir tıp eğitiminden bahsetmek mümkün olabilir. Bu durumda standart bir tıp eğitiminden bahsedebilmek için öncelikle bir hekimin sahip olması gereken asgari standart yetkinlikler tanımlanmalıdır. Bu asgari yetkinliklerin üzerinde her tıp fakültesinin kendisine has farklı yetkinlikler tanımlaması ve bu özellikleri ile farklılık oluşturmaları mümkün olabilir.

Ancak ülkemizde bir hekimin ulaşması gereken asgari standart yetkinlikler uluslararası ölçekteki örneklerinden uzaktır. Tanımlanmış olan asgari standartlar ise tıp fakültelerinin önemli bir bölümünde sistematik olarak uygulanamamaktadır.

Tıp fakülteleri, ülkemizin bir gerçeği olan Tıpta Uzmanlığa Giriş Sınavı (TUS) ile karşı karşıyadır. Öğrencilerin tüm tıp fakültesi hayatı boyunca çok önemsedikleri bu sınav, onları iyi bir hekim olmak için çalışmak yerine iyi bir TUS sonucu almak için çalışmaya yönlendirmektedir. Bu sınav değişmekle birlikte ilk defa uygulanmaya başlandığı 1987 yılından bu yana genellikle iki yüz civarında soru içermektedir. Bu sorular sınava girecek öğrencileri bir sıralamaya tabi tutmak ve kısıtlı uzmanlık öğrencisi kadrosuna yerleştirmede onları ayırt etmek için hazırlanmaktadır. Bu nedenle bu sorular bazen tıbbın en ücra köşesinde yer alan bir sendromun en az bilinebilir kısmından çıkmaktadır. Soruların önemli bir bölümü tıp fakültesinden mezun olacak bir öğrencinin sahip olması gereken bilgiler yerine belki de bir alanda uzman olduktan sonra bilmesi gereken bilgilerin arasından çıktığı için tıp fakültelerinde önemli bir karmaşaya neden olmaktadır. Öğrenciler zamanlarını iyi bir hekim özelliklerine sahip olmak yerine TUS'ta başarılı olmak için harcamaya yöneliyorlar ve bu durumda binlerce ücra bilgiyi öğrenmek için harcadıkları zaman, onların iyi birer hekim olmak için kullanmaları gereken zamandan alıyor. Eğiticiler

ise TUS'ta çıkabilir endişesi ile aslında bir tıp öğrencisi için çok detay olduğunu düşündükleri bilgileri derslerinin içine alarak büyük bir teorik bilgi yükü oluşturunlar.

Günümüzde tıp fakültelerine ilk ve orta öğretimdeki seçme sınavlarında yüksek başarı gösteren öğrenciler girmektedir. Bu öğrenciler yüksek bir öğrenme motivasyonuna ve kapasitesine sahip olarak okula gelmekte ancak tıp fakültesinde daha sonraki hekimlik hayatlarında belki de hiç kullanmayacakları ancak TUS'ta çıkacak soruların bilgileri ile bombardıman edilmektedirler. Bu beyinler düşünme ve üretme çabalarının yanı sıra bir yarışma yaklaşımı içinde TUS'a kadar o bilgileri akıllarında tutmaktadırlar.

Öğrenci arkadaşlarımla akıllarında tutmaları gereken bilginin büyüklüğünü ifade etmek için ezberde tutulması gereken sayfa sayısını vermek isterim. Bir tıp öğrencisi benim hesabıma göre TUS'a girerken yaklaşık 25000 sayfa bilgiden sınava girmektedir. Böyle bir bilgi yükünün yaklaşık 200 soruluk bir sınavda kontrol edilmesi TUS'a girerek hayatının geri kalan kısmını belirleyecek bir öğrencinin nasıl bir psikolojiye sahip olduğunu açıkça göstermektedir.

Bir tıp fakültesinin hedefi TUS'a öğrenci hazırlamak yerine iyi bir hekim yetiştirmek olmalıdır. Öğrencilerin hedefi ise başarıyla ve severek icra edebilecekleri bir mesleğe sahip olmak olmalıdır.

TUS, farklı adaylar arasından adil bir seçim yöntemi olması açısından önemlidir ancak tıp eğitiminin kalitesine etkisi açısından tekrar gözden geçirilmesi ve güncel ölçme değerlendirme yöntemlerine uygun hale getirilmesi kaçınılmazdır. Tıp fakültesi mezunlarının bir seçme sınavı yerine bir yerleştirme sürecine tabii olmaları hizmetin kalitesine ve hekimlerin daha başarılı ve mutlu bir yaşam sürmelerine önemli ölçüde etki edecektir.

Sonuç olarak tıp fakülteleri, müfredatlarını bir hekimin sa-

hip olması gereken asgari standart yetkinliklere uygun olarak tasarlamalı ve TUS'un olumsuz etkilerinden kaçınmalı veya TUS'un bir yerleştirme sürecine dönüşmesi için birlikte hareket etmelidirler.

2. Eğitim kaynakları: Ülkemizde tıp fakültelerinin sayısı giderek artmaktadır. Bu fakültelerde eğitimin tasarlanması ve sürdürülmesi için gereken eğitim kaynaklarının tamamlanması sırasında öğrenciler çeşitli eksiklikleri yaşamaktadır. Bunun olmaması için çoğu zaman bu gibi fakültelerin öğrencilerini geçici bir dönem kaynakları yeterli fakültelerde okutmaları daha doğru bir yaklaşımdır. Ancak bir tıp fakültesinin hangi standart kaynaklara sahip olması gerektiğinin kesin olarak tanımlanmamış olması fakülteler arasında önemli farklılıkların oluşmasına neden olmaktadır.

Zaman, mekân, donanım, materyal ve eğitici, eğitim için gereken kaynaklardır. Eğitici hariç diğer kaynakların standardizasyonu göreceli olarak kolaydır. Ülkemizde bir tıp fakültesinde eğitici olabilmek için tanımlanmış net kriterler yoktur. Bazı fakültelerin kendi koydukları kriterler her fakülte için geçerli değildir. Eğitimin doğru yöntemler ile verilebilmesi ve kullanılan eğitim yöntemlerinin yüksek kalitede uygulanabilmesi için eğitimcilerin standart bir eğitim formasyonu almış olmaları kaçınılmaz bir gereksinimdir.

3. Ölçme değerlendirme yöntemleri: Ölçme değerlendirme açısından önemli iki noktadan bahsetmek isterim. Bunlardan biri eğitimimizi esir alan soru tipleridir, diğeri ise sınavların sadece geçme-kalma aracı olarak kullanılma alışkanlığıdır.

A. Eğitimimizi esir alan soru tipleri: Çoktan seçmeli sorular ile sözlü sınavlar eğitimimizde yaygın kullanımda olan soru tipleridir.

Eğer, eğitim “bir kişinin daha önce ona anlatılan bilgileri

hatırlamasıdır” gibi bir yaklaşımı doğru kabul etmiyorsa, neden hâlâ çoktan seçmeli soruları kullanmaya devam ediyoruz? Bu tanım maalesef ülkemizdeki eğitim anlayışını önemli bir ölçüde açıklamaktadır. Uzun yıllardır “çoktan seçmeli” sınavlar ile ölçülen öğrenciler bilgiyi daha çok sınavlarda hatırlamak için öğrenmiş ve sınavlardan sonra unutmuşlardır.

Bir “çoktan seçmeli” sınavdan birkaç hafta sonra öğrencilere neyi hatırladıklarını sorduğunuzda öğrencinin yanıtı genellikle “birkaç seçenek verirsiniz cevaplayabilirim” olur. Bu durum sınavlarda sadece çoktan seçmeli soru tipinin kullanılması öğrencinin düşünme alışkanlığına ne kadar olumsuz etki ettiğini açıkça ortaya koymaktadır.

Üzülerek gözlemlediğimiz bir durum, çoktan seçmeli soruların tıp fakültelerinde de yaygın olarak kullanılmaları. Hatta TUS çoktan seçmeli sorulardan oluşmakta. Çoktan seçmeli sorular, doğası gereği daha çok hatırlamayı ölçebilir ve bilginin farklı durumlarda kullanımını ölçmekte kullanışsızdır. Oysa bir tıp doktorunun işi bilginin farklı durumlarda kullanılmasıdır.

Eğiticilerin nesnel olduğunu düşündükleri çoktan seçmeli sorular, aslında tüm soru tipleri arasında hazırlanırken en çok hata yapılan soru tipleridir. Doğru hazırlandıklarında hatırlama düzeyindeki bilgiyi nesnel olarak sorgulayabilen çoktan seçmeli sorular, bir tıp fakültesinin en yaygın soru tipi olmamalıdır.

Tıp fakültelerinde yaygın olarak kullanılan diğer bir soru tipi de sözlü sınavlardakilerdir. Eğitim bilimi, sözlü sınavların nesnel olmadıklarını, uygulamalarında adaletten uzaklaşmanın olası olduğunu uzun zamandır vurgulamaktadır.

Sözlü sınavların avantajlı yanı, eğiticinin, öğrencinin zihnindeki akışın hızını gözlemleyebilmesi ve bir durumda hangi bilginin neden kullanıldığını ölçebilmesidir. Ancak sözlü sınavların hepimizin bildiği bir dezavantajı vardır; sözlüden

eğitici istemedikçe geçerli not almak imkânsız olabilir, ayrıca farklı eğiticiler bir öğrencinin verdiği aynı cevabı farklı puanlamalar ile değerlendirebilirler. Sözlü sınavların nesnel olmama özelliği önemli sorunlara yol açmaktadır. Öğrencinin, sözlü bir sınavda, eğitici istemedikçe başarılı olamayacak olması eğiticinin mutlak iyiniyetli bir yaklaşıma sahip olması gerekliliğini de birlikte getirmektedir. Eğiticiler hemen her zaman iyiniyetli olsalar da bir sözlü sınavda ölçülmek istenen bilginin dışında çok sayıda parametre değerlendirmeye etki eder. Bu sınav tipi eğiticiyi ve öğrenciyi zor durumda bırakarak, öğrencinin ve eğiticinin arasındaki ilişkiye istemeden de olsa liyakat yerine sadakat kültürü yerleştirme riski oluşturur. Bu sınavların sadece tıp fakültelerinde değil uzmanlık ve doçentlik sınavlarında da uygulanması benzer sonuçlara neden olmaktadır.

Tıp fakülteleri, bir bilginin edinilip edinilmediğini ölçmek için o bilgi ile uyumlu bir soru tipi kullanma yolunda değişime gitmelidirler. Ölçme araçlarının, liyakat ve adaleti önplana almasını garanti etmelidirler.

B. Sınavların sadece geçme-kalma aracı olarak kullanılması
alışkanlığı: Bunun dışında özellikle tıp fakültesinin ilk üç senesi boyunca öğretim üyelerinin korkulu rüyası olan, dekanlıktan veya koordinatörlükten gelen şöyle bir yazı vardır; “2 saatlik dersiniz için 1 adet soru hazırlayınız”. Bu yazı, iki saat boyunca öğrencilerinizle paylaştığınız bilgilerden en önemlileri arasından seçim yapınız ve onu sorunuz anlamına gelmektedir. Ancak hiçbir eğitici derslerinde kendisinin önemsemediği bir bilgiyi vermemektedir. Bu durumda eğitici tüm önemli bilgilerin arasından en olmazsa olmazını seçip bir soru hazırlamaya çalışır. Ancak dekanlıktan gelen yazı genellikle şu şekilde devam eder; “lütfen daha önce sorduğunuz soruları tekrar kullanmayınız”. Eğiticinin asıl kapana girdiği zaman bu andır. Olmazsa olmazları farklı ifadeler ile sormaya çalışacaktır. Aynı eğitici, aynı konuda birkaç soru hazırladıktan sonra artık bu

konuda yeni soru türetebilme olasılığı giderek azalır ve artık sorular deforme olmaya başlar. Bundan sonraki süreçte eğitici sorularından memnun olamayacak ve öğrenciler ise anlamakta zorlandıkları sorular ile karşı karşıya kalacaklardır.

İlginç olan, bu durumun herkes tarafından biliniyor olmasına karşın hiç kimsenin bu sorunun çözümü için bir girişimde bulunamamasıdır. Bu durum, sınav sistemlerinde kalıplaşmanın ne kadar derin olduğunu ve alışlagelmişin sorgulanmasının ne kadar zor olduğunu açıkça göstermektedir. Bu durumun ortadan kaldırılması, biçimlendirme sınavlarının kullanıma geçmesi ve sınav sisteminin gözden geçirilerek, sınavın bir eğitim yöntemi olarak da kullanımına izin verilmesi ile düzelebilir.

Sonuç olarak, tıp fakülteleri eğitimlerinde önemli değişiklikler oluşturmalıdır, ancak değişim her zaman kolay olmamaktadır.

Tıp fakülteleri, kendi konularında üstün niteliklere sahip ve uzun süredir eğitim vererek belirli bir düzeyde deneyime sahip, özgüveni çok yüksek eğitimcilerin yer aldıkları kurumlardır.

Bu durum, kalıplaşmış eğitim yöntemlerinin daha etkili olma olasılığı olanlar ile değiştirilmesinde ve yenileştirilmesinde iki ayrı olguya neden olmaktadır.

Bu olgulardan biri, deneyimli eğitimcilerin önemli bir bölümünün eğitimde eksik veya hatalı bir gidişin olduğunun farkında olmaları ve bu durumun değiştirilebilme olasılığı ile ilgili bir öngörülerinin bulunmasıdır. Bu eğitimciler, deneyimlerine dayanarak daha iyi bir uygulama için akıllarında tasarladıkları ile yeni gelenlerin uyduğuna fark eden ve değişim konusunda fakültenin önünü açan eğitimcilerdir.

Diğer bir olgu ise uygulamalarını kendi içinde mantıklı bir temele oturtarak bu uygulamayı kemikleştirmiş ve dokunulmasını istemeyen eğitimcilerin varlığıdır. Bu eğitimciler değişimin önünde önemli bir direnç noktası oluşturmaktadırlar.

Ancak gözden kaçırılmaması gereken tüm deneyimlerin doğru yöntemin oluşturulmasına katkısının olacağı ve ortak aklın en doğru akıl olacağıdır. Değişimin taraftarı olsun veya olmasın tüm eğitimcilerin deneyimlerinden faydalanmak ve eğitime yansıtmak en doğru yaklaşım olacaktır.

Ancak tüm bu paylaşım sürecinin desteğinin yanı sıra eğitimin de bir bilim dalı olduğu unutulmamalıdır.

Tıp eğitimi, kendisini “kanıta dayalı tıp eğitimi” kapsamında bilimsel metodolojiye uygun şekilde geliştirir. Yani, yeni önerdiği bir uygulamayı tanımlayıcı, analitik, metodolojik veya deneysel bir araştırmaya dayandırır. Yani, her uygulamanın bir kanıtı vardır.

Bu bağlamda, bilim adamı özelliğine sahip olan tüm tıp doktorlarının iyi tasarlanmış bir araştırmanın sonuçlarının kişisel görüşlerden daha muteber olduğunu kabul etmeleri, bilimsel yaklaşımla çalışmamaları açısından önemlidir.

Özet olarak, sağlık bir insan hakkı ise ve eşit ulaşım *anayasa ile korunmakta ise sağlık hizmeti sunan profesyonellerin asgari standart bir eğitime sahip olmaları kaçınılmazdır. Bu eğitim, doğru çıktıları sahip, doğru yöntemlerin kullanıldığı, doğru bir ölçme ve değerlendirme sürecine sahip olan ve hiçbir alışlagelmışlik baskısı altında kalmadan, hiçbir ihtirasın etkisine yenik düşmeden, bilimsel kanıtlara sahip yöntemler ile değiştirilerek geliştirilen bir eğitim olmalıdır.*

Eğitimdeki değişiklikler, öğrenilmesi gereken bilgilerin ve gösterilmesi gereken performansların miktarının ve karmaşıklığının artması, öğrencilerin bilgiyi ve performansı daha kısa sürede ve daha yüksek bir doğrulukla kullanabilmelerinin sağlanması, eğitim kaynaklarının daha etkin kullanılmasını amaçlayan ve kanıta dayanan değişimler olmalıdır.

Bir hekimin toplum içindeki yerinin tanımlanmasında eğitim çok önemli bir araçtır. Düşünmek ve çözüm üretmek yerine ezbere, özgün yaklaşımları önplana çıkarmak yerine tekdü-

zeliğe ve kişileri yetkinleştirmek yerine teknolojik neferler olmaya iten bir tıp eğitimi, hekimin toplum içindeki yerini daha iyiye götürmeyecektir.

Hekim, toplumun sağlığını önceleyen, düşünen ve üreten, yönlendirmeler yapan, konusunda lider olabilen biri olarak toplumdaki yerini her zaman almalıdır. Sağlığın en önemli yaşam kaynağı olması ve bir insan hakkı olması unutulmaması gereken en önemli noktadır. Hekimin, bu kaynağın kullanılmasında toplum içindeki diğer tüm profesyonellerden daha önplanda olan bir görevi olduğu aşikardır.

Yaşamın asıl kaynağı sağlıktır ve hekim, toplumun sağlığı önceleyen bir yaşam tarzına sahip olmasında üstüne düşen görevi yapmak üzere eğitilmelidir.

Tıp eğitimi bu olmalıdır.

HAYALLERİM ve GERÇEKLER

Ersin Öztürk

Zonguldak'ta, her iki köye de yakın olması için aralarındaki bir tepeye kurulmuş küçük bir sağlık ocağında, annesi ebe, babası sağlık memuru olan bir ailenin çocuğuyken büyük bir özveri ile çalışılması gereken kutsal bir meslek olan doktor olma isteği içimde yeşermeye başlamıştı ki, aynı duygularla ablam da hemşire oldu. O zaman sağlık ocağında küçük bir ilaç dolabı ile yedi köye hizmet veren doktor amcanın herkesin gönlünde uyandırdığı hayranlığı ve saygınlığı da görünce kesinlikle doktor olmalıyım demiştim. Hedefimi gerçekleştirmek için malum yollardan geçerek tıp fakültesini kazandım.

Tıp eğitimine adım atmamla hayallerimin o kadar da kolay ulaşılabilir olmadığını fark etmeye başladım. İlk üç sene bir önceki seneden daha fazla çalışılması gerektiği için arkadaşlarım bahar şenliklerinde gezerken bizden başka kimsenin bulunmadığı yurt kütüphanelerinde sabahlamayı öğrendik. Stajlar başladığında ise beyaz önlükle dolaşmanın tadına varacakken sözlü sınavların stresi ile daha da fazla çalışmam gerektiğini öğrendim. Fakat bunca zorluğa rağmen, o dönemde hâlâ saygınlığını koruyan doktorluk mesleği için sabrederek mezun oldum.

2001 yılında, mecburi hizmetim sırasında, sağlık ocağının

bulunduğu ilçede kiralık daire veya lojman olmadığından altı ay boyunca bana tahsis edilen sağlık ocağının içindeki önceden depo olarak kullanılan bir odada kaldım. Buna rağmen yeni mezunluğun verdiği heyecan, hastalarımın iyileşirken duydukları minnet beni bir süreliğine mutlu etti. Zamanla insanların doktorluğa bakış açısının değişmeye başladığını, güvenlerinin azaldığını gördüm. Her seçim döneminde oy kazanma amacıyla üretilen sağlık sisteminde yeni dönüşüm programları ile doktorluk mesleğinin yıpratıldığını, doktor ve hastanın karşı karşıya geldiğini gördüm. Hastayı tedavi etmek yerine memnun etmenin daha önemli olduğu bir dönemde “Ne doktorusun?” soruları artmaya başladığında TUS sınavını kazanmak zorunda olduğumu fark ettim. Uzman olduğumda belki her şey düzelirdi. Gündüz sağlık ocağında ortalama 150 hasta baktıktan sonra mesai bitiminde günde ortalama altı saat ders çalıştığım sekiz aylık dönemin sonunda gönlümdeki meslek olan çocuk hastalıkları uzmanlığını kazandım.

Asistanlık boyunca gündüz 12 saat çalışmanın ardından nöbete devam ederek toplamda bir seferde 32 saati bulan çalışma temposunda; ilaç raporu çıkarıp epikriz yazarken, işlerin hızlı yürümesi için dosya kaldırıp yerleştirirken, damar yolu açıp kan alırken ve fırsat bulduğumda da eğitimimi tamamlamaya çalışırken, son olarak bir de sağlıkta dönüşüm projesiyle uzman olduğumda da hiçbir şeyin değişmeyeceğini düşünmeye başladım.

Acil rahatsızlığı olmadığı halde polikliniğe randevusuz gelen, randevulu hastaların mağdur olacağı düşünülerek muayene edilmediğinde ise doktorun üzerine yürüyüp, hakaret, hatta darp etmeye teşebbüs eden hasta yakınlarıyla karşılaştık ki, sistem o durumda bile başka doktorları onlara hizmete zorluyor. O zamana kadar herhangi bir resmi kurumla yazışmayı bilmeyen hastalarımız bize karşı kışkırtılarak tutanak tutturmaya teşvik ediliyor, sağlık sistemindeki her türlü aksaklık

doktor üzerinden giderilmeye çalışılıyor, sorumlusu doktorlarmış gibi gösteriliyor. Üniversite hastanesine başvuran yeşil kartlı bir vatandaşın sevki olmadığı için yaşadığı problem, muayene odasında yeşil kartın size doğru fırlatılmasıyla son buluyor. Bunun çözümü olarak da hasta ile aramıza belirli bir mesafe koymamız, kapıya yakın hasta bakmamamız öneriliyor! Acil serviste gereken tedavi yapılıp ailenin istediği tedaviyi yapılmayınca kötü hekim olunuyor. Bir hasta kendisinden kan tetkiki istenmemesinden yakınırken bir diğeri gereksiz kan alındığını söyleyerek şikayette bulunuyor. Bir viral üst solunum yolu enfeksiyonu için antibiyotik tedavisi vermediğin hasta reçeteni yırtıp giderken, başka bir hasta kriptik tonsillite penisilin başladığın için senden tüm sorumluluğu kabul eden imza almaya çalışıyor...

Böylece, hayalini kurduğum hekimliği uzmanlıkta da bulamayacağımı düşünmeye başladım. Şu anda ise acaba yan dal uzmanı ya da hoca olursam hayalim gerçek olur mu diye düşünmekteyim.

TIP ÖĞRENCİSİ KİMDİR, KİME DÖNÜŞÜR?

Merve Sivil

Tıp öğrencisi, lise bitirme sınavında yüksek başarı göstererek, en çok kutucuğu en kısa zamanda doldurma bahtiyarlığına ermiş, bilinçli veya bilinçsiz (meslek gereklerinden habersiz, iş garantisi, yüksek maaş beklentisi, aile-toplum baskısıyla vs.) tıbbi tercih ederek genelde takdir kazanan, zorlu ve sabırlı bir ömre aday kişidir.

Birinci sınıfa başlarken genel olarak fiziksel altyapısı eksik, 400-500 kişilik kontenjan kapasitesini kaldıramayan, genelde hocaların iptidai yöntemlerle ders anlattığı bir okulda, öğrenmekten ziyade ezberlemenin (kısa hafızaya atılanından), koruyucu hekimlikten ziyade tedavi hekimliğinin temel alındığı bütünlüklü olmayan bir eğitime giriyoruz.

Hayal kırıklığının yerini bir süre sonra uyum mekanizması alıyor. Kimi zaman okuldan çok fotokopicide vakit geçiren, öğrenci notlarına, çıkmış sorulara çalışan ve vakit kalırsa kitap okuyan, sınav zamanına yakın derse girmeyi vakit kaybı olarak görüp evde ders çalışmayı yeğleyen, kongrelere yüzde doksan turistik amaçla katılan, son iki yılını servis ve polikliniklerde tecrübe kazanmak yerine bir odaya veya TUS dershanesinin etüt salonuna kapanıp en ince ayrıntılarıyla ezber yapmaya çalışan (öğrenmeye çalışan değil), iyi hekimliği bilgiyle sınırlı tu-

tan insanlara dönüşüyoruz. Çünkü üniversitelerin başarısının bile TUS'a göre değerlendirildiği bir sistemde başarılı olmak bunları gerektiriyor. Çözüm önerilerimi en sona saklıyorum.

Tıp Eğitimi ve Sorunları

1. Kontenjanların sürekli artırılması ve altyapı ve öğretim üyesi olmaksızın yeni tıp fakülteleri müjdelenmesi en önemli sorunlardan biri. Kontenjanlar artarken okulun altyapısı bunu kaldırırmı diye bakılmıyor, tam günden dolayı öğretim üyeleri sapır sapır ücretsiz izne ayrılırken, bu sırada öğrenci-öğretim üyesi dengesizliği ve usta-çırak ilişkisi olan hekimlik eğitimi hiç düşünülüyor. (İstanbul Tıp Fakültesi'nde 130 öğretim üyesi ücretsiz izne ayrılmış, 140 kadarı da fakültede kaldığı halde hastaya dokunamamaktadır.) Öğrenciler hastabaşı pratiğine 30-40 kişi girerken, tıp fakültelerinin ciddi kadavra ve mikroskop eksikliği varken, bunları düzeltip geliştirmek yerine kantitenin düşünülüp kalitenin düşürülmesi kabul edilebilir bir durum mudur?

2. Öğrenim hedeflerinin, öğrenciden istenenin açıkça belli olmaması. Özellikle ilk iki yıl alınan temel tıp eğitiminin klinikle entegre olmaması. Klinikte bu durum ÇEP'le (çekirdek eğitim programı) aşilmaya çalışılsa da bundan herkesin haberi var gibi görünmüyor.

Çok fazla bilginin olduğu, seçici aklın tam gelişmediğini düşündüğüm tıp biliminde öğrenci ya detaylarda boğuluyor ya da motivasyonu düşüyor ve ezbere alışıyor.

3. Standardizasyonun olmaması, çoğunlukla eğitimin pdö (probleme dayalı öğrenim) olmasa, öyle gözükmesi dahi fazlasıyla bireysel çabaya bırakılması.

Bir hocamız bu durumu çok açık ifade etmişti. "Arkadaşlar burası açık büfe; isteyen karnını tika basa doldurur, isteyen tam yemesi gerektiği ölçüde yer, kimisi aç kalkar."

4. Öğretim üyesi heterojenliği. Bazı hocalarımız bize birta-

kım zarları anlatabilmek için derse bal kabağıyla gelip, dersi en anlaşılabilir hale getirmek için emek harcayıp, eğlenceli hale getirmeye, sorular sorarak ufkumuzu açıp motivasyonumuzu yükseltmeye çalışırken, bazı hocalarımız dili kullanmaktan bihaber, fi tarihinden kalma, kendisinin dahi karmaşıklığından okuyamadığı ve hatta asistanına hazırlattığından okumadığı, metinlere bağlı, isteksiz ve keyifsiz bir şekilde ders anlatıyor. Maalesef büyük çoğunluğu ikinci gruptakiler oluşturuyor. Bu nedenle dersi derste öğrenmek bir yana, ders bittiğinde bir fikir sahibi dahi olamayabiliyoruz.

5. Geri bildirimin olmaması, öğrenci mezun olurken kim neyi ne kadar biliyor bunu bilen var mı?

6. Verilen eğitimle TUS arasında paralellik olmaması. TUS'un ezbere, taktiğe ve eleme usulüne dayanması. Kendimizi eğitim konusunda yetersiz görüyor ve TUS'ta başarılı olmak için TUS dershanesine gitmek zorunda hissediyoruz. Öğrenci, okuldan sağlayamadığı motivasyon ve taktik için TUS dershanesi ticarethanelerine 8-10 bin lira saymak zorunda mıdır?

7. Diğer önemli bir sorun da koruyucu hekimlik üzerinde durulmamasıdır.

Sağlıkta Dönüşüm

Performans: Ne kadar eklemek o kadar köfte... ama bu eklemek bayat mı, pis mi ne önemi var? En kısa sürede en çok hastaya BAK, (mevcut sistemde ancak "bakacak" kadar süren var) en çok gerekli-gereksiz tetkiki iste, en çok ilacı yaz, en çok girişimi yap, en çok puanı kap, sanki Mario oynuyoruz. Öğrencilere söylediklerinin tam aksine: Anamnezin hemen her ders ne kadar önemli olduğunu, en az 10 dakikayı buna ayırmamız gerektiğini, doğru anamnez ve fizik muayene ile tanının yüzde 70-80 konabileceğini söyleyip sonra puan peşinde koşmaya mı hazırlıyorsunuz bizi?

Bu sistemle, hastanın doktora ulaşması kolaylaşmış ola-

bilir (ki o da ciddi olmayan hastalıklarda kolaylaşıyor. Ciddi hastalıklarda zorlaşıyor), ancak aldığı hizmet kalitesi son derece düşmüştür. Yüzeyselleşen hasta-hekim ilişkisinden dolayı hastada öfke ve şiddet, doktorda tatminsizlik ve umutsuzluk oluşuyor. Örneğin, bir adam hamile karısını dövüp hastanelik ediyor ve doktora karıma niye bakmıyorsun diye çıkışıp, üstüne de doktoru dövüyor ve bu durum maalesef olağan bir vaka halini alıyor. Öğrenciler tarafından baktığımda, öğretim üyelerinin performans değerlendirmelerinin hasta bakmak üzerinden hesaplanmasının, eğitime zaman ayıramamalarına yol açtığını görüyorum ve bu sisteme göre asıl eğitimle ve araştırmayla hakkıyla ilgilenen öğretim üyelerinin cezalandırıldığını düşünüyorum. Ayrıca tatminsiz, umutsuz öğretim üyelerimize bakarak kendi geleceğim konusunda kaygılanıyorum.

Tamgün: Evet, doktor bence de tamgün çalışmalı. Ancak baskısız ve sağlıklı bir ortamda. Ayrıca bu yasa konmadan önce, öğretim üyelerinin fakültelerden ayrılacağına dair öngörüye sahip olunup, tıp eğitimi umursanarak birtakım tedbirler alınmalı ve fakültede kalmaları cazip hale getirilmeliydi. Aksine, fakültede kalsalar bile hasta bakma hakları da ellerinden alınmış olduğundan kronik hastalığı olup, hocaların ilgilendikleri hastalar özel muayenehaneye mecbur bırakılmıştır. Bu durum, öğrencilerin hoca pratiklerine ciddi zarar veriyor. Hoca, kendi takip ettiği hastası üzerinden değil, kimi zaman yeni gördüğü hastalar üzerinden pratik yapıyor.

Hastaneleri başhekimler yerine “Ceo”ların yönetmesi: Sağlık hizmeti rekabete dayalı hale gelip sağlık kamu hizmeti olmaktan çıkıyor. Hastaya müşteri gözüyle bakılıyor ve sağlık hizmeti hak olmaktan çıkarılıp, “paran kadar sağlık” şeklinde bir algı oluşturuluyor.

Tıp babasının dediğini yap, yaptığını yapma: Çocuklar, en az 10 dakika anamnez, deniyor. Ama pratikte saniyelere kadar düştüğünü görmüşlüğüm var.

Çocuklar, güler yüz, hastaya yer gösterin, iyi davranın, ay-

dınlatın, deniyor. Ama hastanın yüzüne bakmayan, kaba davranan doktorlar, yazdığı ilacı dahi nasıl kullanması gerektiğini söylemeyen doktorlar neyin nesi.

Çocuklar, sayınız fazla, verimli pratik ve ders yapamıyoruz. Sesim ulaşmıyor arkalara, deniyor. Peki, neden bize böyle elverişsiz ortamlar dayatılırken hep beraber karşı çıkmadınız ve sesinizi ulaştırmadınız?

Obezite şöyle kötü, egzersiz şart, diyabete, hipertansiyona, kalp hastalığına sebep olan bunlar vb. deniyor. Beslenme ve sporla ilgili, en azından koruyucu hekimlik düzeyinde, kendimizi ve çevremizi daha sağlıklı hale getirecek kadar bile eğitim almıyoruz. Bu alan bir boşluk ve bu boşluk kimi zaman yalan yanlış yönlendirmelerle dolduruluyor. En basitinden, 1. sınıfta aldığımız beden eğitimi seçmeli dersi bir spor kompleksinin bahçesine her Cuma gidip imza atmaktan ibaret olmamalıydı, ama tabii formalite bunu gerektiriyor. Özellikle tıp fakültelerinde öğrencinin rahatlıkla erişebileceği spor alanı olmalı ve dersin ciddiye alınması için de sınavı olmalı. Kendi hayatında egzersizi uygulamaya koyamayan doktor bunu hastasından nasıl istesin?

Sigara, kanserde risk faktörü, kronik hastalıklarda da öyle, kalp hastalığı riskini artırıyor, deniyor. Sigaranın zararlarını mükemmelen bilmesine rağmen niçin en çok sigara içen meslek grubu hâlâ doktorlar? Sigara içen bir doktor nasıl hastasına “kesinlikle içmeyeceksin” diyecek, ya da öğrencilerine, ya da bilinçlendirmeye dair bir derdi varsa kamuya?

Hijyen, hastane enfeksiyonuna karşı uyanıklık çok önemlidir, deniyor. Maalesef tıp fakültelerinde hijyenin büyük bir sorun olduğunu söylemek zorundayım. Hasta-öğrenci tuvaleti diye ayrılmayan tuvaletler aynı zamanda peçete ve sabundan da yoksun ve çoğunun kapı kolu da yok. Şaka gibi değil mi! Bu noktada muhatap ve çözüm bulamamak da maalesef bunları yazdırıyor. Amfilerde kirli merdivenlerde, sözlü öncesi hoca kapısında yerlerde oturan öğrenciler.

Kapımız size sonuna kadar açık, ne zaman isterseniz gelin, hastanede asistan peşinde koşun, nöbet tutun, deniyor. Bizim her istediğimiz saatte sizin yerinizde olamayacağınızı, ki çoğu zaman olmadığınızı hatırlatırız. Bazıları dışarıda çalışmak zorunda olan, sınav dönemleri ders çalışması gereken, ailesine, sosyal hayatına zaman ayıran, trafikte saatlerce ömür tüketerek derslere gidip gelen arkadaşlarımız için bunlar pek inandırıcı olmuyor. Tabii ki programını, zamanını ayırıp gelen öğrenciler olacaktır, ama bunu yapamayan da geldiği zorunlu derslerde öğrenmesi gerekeni alabilmelidir.

Öğrenci istatistikleri: %47.3 mesleği seviyor, %60 öğretim üyesi sayısını yetersiz buluyor, %54 derste öğretim üyesinin sunum becerisini yetersiz buluyor, %40 yetersiz besleniyor.

Bir öğrenci arkadaş, mezuniyet gecesi konuşmasında hekimlerin halkın sağlığının esas koruyucusu olması gerektiğini, ilaç ve teknoloji tekellerinin pazarlamacısı olmaması gerektiğini söylediğinde ve özelleştirmeleri eleştirdiğinde bu durum dekan tarafından gençliğine bağlanmış, öğretim üyelerinden özür dilenmişti. Rektör çizmenin aşıldığını! söyleyerek fazla kontenjanın kaliteyi düşürdüğünü itiraf etmişti. Tıp öğrencisi fikrini ifade etmekten çekinmeli mi? İyi hekimliği savunduğu, duyarlı olduğu için takdir görmek yerine küçük mü düşürülmeli?

Tıp Öğrencileri Ne Yapmalı?

Edinburg Bildirisi'nde de yer alan "Bütün toplumun sağlık düzeyini yükseltecek nitelikli hekim yetiştirmek," maddesinin hiçe sayıldığı, çözümün kaliteyi daha da düşürecek yeni tıp fakülteleri açmakta arandığı, Türkiye'deki sağlık sorunlarından bihaber, tek amacı TUS kazanmak olan öğrencilerin yetiştirildiği, 20 milyon insanın sağlık güvencesi yokken, birçok hastaya ulaşılamıyorken, sağlığın sadece hasta muayene etmekle sınırlandığı, sağlık çalışanlarıyla ilgili iş güvencesizliğinin arttığı,

yetkililerin hekimler aleyhinde rahatça konuştuğu, sağlıkçılara saldırıların arttığı bu ortamda biz öğrencilerin bir araya gelerek ortak bir dil oluşturup, klasik siyasi muhalefet tarzından sıyrılarak insanlığın birikimiyle oluşan sağlık alanında kapsamlı bir mücadele vermemiz hayati önemdedir. Bu alanda farklı görüşlere sahip de olsak, grupları bir araya getirebilmeli ve yapıcı ve olumlu davranmalıyız. En başında, üretim aşamasında çoksesli olabilmeli, ortaklaşabilmeliyiz ki, herkes mücadeleyi sahıplenebilsin. Herkesin sorumluluk alacağı, emek harcayacağı alanlar oluşsun. Kendi duruşumuzu da sorgulayabilmeliyiz, politik doğruculuğun tiranlığını yapmak yerine köşelerimizden kurtulup farklı düşünen insanlarla etkili bir çözüm aramalıyız. Tepkisizliğimiz ve sonuçsuz kalan çalışmalarla sonraki kötülüklerin de suç ortakları olmaz mıyız yoksa?

Çözüm Önerileri:

Öncelikle öğrencilerin daha bilinçli tercih yapması sağlanmalı, liseyi bitiren öğrenci ilgi ve yeteneğine göre tercih yapabilmeli, iş garantisi var diye değil. Bu sistemde birçok kişinin para için tıp yazdığı açıktır. Örneğin, geçen hafta uçakta tesadüfen tanıştığım biri, “Ben Hacettepe Tıp İngilizce mezunuyum, TUS’ta iyi puan alıp kadın-doğuma girdim, bir süre asistanlıktan sonra davalarla uğraşmaktan sıkılıp birkaç kere daha TUS’a girdim. Hepsinde puanım iyiydi, mutlu olamadım. Bence sen de bırakmalısın, ama dördüncü sınıf biraz geç. Şimdi bir medikal şirkette çalışıyorum ve ortopedik yastık satıyorum, daha iyi. 25 bin alıyorum,” dedi. “Her şey parayla mı ilgili?” diye sorduğumda, “Başka ne olacak ki?” diye karşılık verdi. Bu kişi, ÖSS’de Türkiye onsekizincisi olmuş ve belli ki istemediği ve çok zor okunduğu düşünülen bir okulda 6 yıl, üstüne uzmanlık derken 10 yıla yakın çalışıp durmuş. Ortopedik yastık satmak için gerekli midir tüm bunlar?

Tıp öğrencisi heterojenliğini gidermek için tıp fakülteleri

mülakat sınavı yapılabilir, böylece gerçekten isteyen ve mesleğin yükünü hakkıyla taşıyabilecek insanlar seçilebilir. Öğretim üyesi heterojenliğini gidermek için de derslere girerek eğitimci rolüne de geçen hocalara formasyon eğitimi verilebilir. Öğretim üyeleri hakkında öğrencilerden geri bildirimler alınarak, bunlar değerlendirilebilir.

Performans değerlendirmesi sadece bakılan hasta sayısı ile değil, yapılan araştırmalar, hizmetin kalitesi, eğitimle ilgilenme, kamu eğitimi gibi kriterler üzerinden yapılmalı.

Özellikle birinci sınıfta öğrencileri küçük ve değişen gruplar halinde bir araya getirerek kaynaştırmak, kliniğe alıştırmak, projeler üretmelerini sağlamak, mesleki kılavuzluk ve motivasyonları için ve ilerde hekimlikte işbirliği içinde çalışabilmeleri bakımından yararlı olabilir diye düşünüyorum.

Öğrenciye, hekime, sağlıklı yaşam alanları oluşturmak, öğrenci kulüplerini ve çalışmalarını, bilimsel araştırmaları desteklemek ve onlara sponsor konusunda yardımcı olmak gerektiğini düşünüyorum

Koruyucu hekimlik ve kamu eğitimi hizmeti üzerinde durulmalı ve halkın bilinçlenmesi sağlanmalı ki, safrası alınmış diyabetli teyze çocuklarına bana kızartma yapmayın, şekerli şeyler hazırlamayın dediğinde, çocukları, aman, doktora kalsa hiçbir şey yiyemeyeceksin, deyip kadıncağıza bir sürü sindirim sıkıntısı ve hiperglisemi komplikasyonu yaşatmasın. Veya gebe olduğundan dolayı ağızdan ilaç alamayan, insülin iğnesine geçmesi gereken diyabet hastasına kayınvalidesi baskıyla, aman iğne bebeğe zarar, diye insülini yaptırtmayıp, kadıncağızı komaya sokturtmasın ve düşük yapıp bebeğinden ve (veya hayatından olmasına yol açmasın.

Uzmanlık sınavı, verilen eğitimle paralel olmalı ve pratik becerileri de kişinin istediği alana göre ölçülmeli. TUS ders-hanelerine ihtiyaç duyulmayan bir sistem oluşturularak eşit şartlarda ve adaletli bir sınav yapılmalı. Okuldaki eğitim sınav için yeterli olmalı.

Intörnler öğrencilik, hasta bakıcılık, asistanlık, hademelik yapmamalı, son yılını pratik tecrübe kazanmak için kullanmalı. Asistanlar bunun yolunu açmalı.

Her şeye rağmen tıp öğrencilerinin bir kısmı kişisel çabasıyla da olsa birçok engeli aşmaya çalışmakta, öğrenci bilimsel kongreleri yapmakta, resimle, tiyatroyla, müzikle, sanatla, sporla uğraşmakta, kendini yetiştirmekte ve eğitiminden de geri kalmamaktadır. Bence tıp öğrencisi zaten öğrenmeyi de eğlenmeyi de çok iyi bilen kişi olmalıdır vesselam...

TIP ÖĞRENCİSİ TIP FAKÜLTESİNDE NE YAPAR? NE YER, NE İÇER, NE ÖĞRENİR, NE DÜŞÜNÜR, NEYE SEVİNİR, NEYE ÜZÜLÜR, NEYE ÖFKELENİR?

Ceren Soğukpınar

Sağlık alanındaki sorunlar ve sağlıkta dönüşüm, artık hepimizin aşına olduğu, hatta belki aynı örnekleri duymaktan bıktığı bir konu. Bu nedenle ben bir tıp öğrencisinin gözünden, aldığımız eğitime, ileride vermeye çalışacağımız sağlık hizmetine, kısacası içinde işlev görmemiz beklenen eğitim ve sağlık sistemine bakmaya, bunu yaparken de her zaman söylediklerimizden başka nedenler de bulmaya çalışacağım.

Tıp fakültesinde öğrencilerin ve hocaların en çok yüksek sesle şikayet ettiği sorunlar arasında ilk akla gelenler: kontenjanların artması, okuldaki altyapının çok kötü olması, (oldukça kapsamlı olarak) sağlıkta dönüşümdür. Bir uygulamaya gittiğinde bir hocanın “ne kadar kalabalıksınız” dediğini, ya da öğrenciler amfiye sığmadığında yine hocaların okulun fiziki koşullarının yetersizliğinden söz ettiğini duymayan bir öğrenci yoktur. Her zaman da tıp eğitiminde bireysel çabanın çok önemli olduğu, biz istemezsek kimsenin bize bir şey vermeyeceği söylenir. Ancak burada şunu söylemek gerekir (bu örnek İstanbul Tıp Fakültesi 3. sınıf için geçerlidir) 460 kişilik bir

dönem, bazı dersleri gruplara bölünmeden alıyor ve bu dersler çoğunlukla 200 kişilik amfilerde veriliyor, nasıl olsa iki hafta içinde derse giren öğrenci sayısı yarıya düştüğü için de, bu durumdan şikayet eden kimse kalmıyor. Fakülte, tüm öğrencilerine eğitim verecek fiziksel koşulları sağlamaktan aciz durumda. Bireysel çabasıyla kuramsal derse giremeyen öğrencinin düşen motivasyonundan yalnızca öğrenci mi sorumludur? Ya da, 15 kişilik uygulamada öğrenemediği fizik muayeneyi, boş zamanında acilde, poliklinikte ya da serviste öğrenmesi istenen öğrenci boş zamanlarına çalışmak, ailesine yardımcı olmak, İstanbul içinde saatlerce seyahat etmek zorunda olabilir; ayrıca o bir üniversite öğrencisidir, gerçekten “boş” zamanı varsa bunu kendini geliştirmek, hep “kıymetini bil” denilen bu zamanlarının kıymetini bilerek değerlendirmek isteyebilir. Tıp fakültesi, hiç kimseyi dışarıda bırakmadan bütün öğrencilerine tıp eğitimi vermekle yükümlü değil midir? Tıp öğrencisi bunları düşünür...

Hekimlik ciddi bir iş, ama geleceğin hekimlerine bunun ne kadar hissettirilebildiği oldukça tartışmalı bir konu. Öğrenciler çoğu zaman, özellikle temel bilimler eğitimi alırken, doktor olmaya değil sınıf geçmeye gelmiş gibi davranıyorlar. Bunun sebebi de, burada öğrenilenlerin ileride hekimlik yaparken ne işe yarayacağını, nasıl kullanılacağını kestiremiyor olmaları. Ne müfredat, ne de ölçme değerlendirme sistemi öğrenciye iyi bir hekim olması gerektiğine dair ipuçları veriyor. Öğrencinin doktor olmaya en hevesli, üniversite konusunda en heyecanlı olduğu zamanlarda bu duygular bir kere söndürülünce, klinikte “iyi hekim olmak” üzerine söylenenler “aslında öğrenmem gereken çok şey var” duygusu yaratıyor, ama bu da çoğu zaman “TUS çalışırken öğreneceğiz, olmadı zaten çalışırken gerekli şeyleri öğreneceğiz”e kadar indirgenebiliyor. Hekim adaylarının, hekim olmayı öğrendikleri zamanın önemli bir kısmında geleceklerine dair ciddi bir kurgularının olmaması

tıp eğitimini oldukça olumsuz etkiliyor. Ayrıca, üniversiteden önceki temel eğitime bakacak olursak, özellikle sınav ve ders-hane sisteminin yarattığı korkunç rekabet ortamı, öğrencileri hem bencilleştiriyor, hem de kolaycılığa alıştırıyor. Okuldaki ölçme değerlendirme sisteminin de bunun etkilerini yok etmek için etkili olduğu söylenemez. Dolayısıyla, derse girip, fazladan zaman ayırıp, öğrenci notu, slayt ya da çıkmış soruyla yetinmeyip kitap okuyarak iyi bir hekim olmaya çalışan öğrenci çok az. Onun yerine sınavdan önce ezberleyip sınavdan sonra unutulmuş spot bilgilerle doldurulmuş genç beyinler, TUS yaklaştıkça, daha çok bilgiyi daha uzun süreli hafızaya atmanın yollarını arıyorlar ve bundan ders-hane patronları kârlı çıkıyor. Sonuç olarak da analitik düşünemeyen, bütünlüklü bakamayan, “alanında uzmanlaşmaya” hazır hekim adayları yetişiyor. Tıp öğrencisi bunlara üzülür...

Üniversitenin sorunları, hastanenin, tıp fakültesinin sorunları herkes kadar, kimi zaman herkesten fazla, öğrencileri de etkiliyor. Biz bu sorunlarla karşılaştıkça kimi zaman bize eskiden böyle olmadığı anlatılıyor, bugünkü durumun çok kötü olduğu söyleniyor. Ancak şu unutuluyor: Biz bu okula geldiğimizde bu böyleydi, burayı bu hale biz getirmediğimiz. Zaten dünden bugüne bir anda olmadı bu kötüye gidiş. Zamanında bizim oturduğumuz sıralardan geçtiğini söyleyen hocalarımız, sizler bugünün hekimleri olarak, yarının hekimlerine nasıl bu kadar elverişsiz bir ortam bıraktınız? Neden ses çıkarmadınız? Nasıl iyi hekim olunacağından konuşuluyor derslerde sık sık. Bizim iyi hekim olmamız için sizin ders anlatmanız yetmiyor. Biz anatomi uygulamasında 50 kişi bir kadavranın iki milimetrelilik bir damarını görmeye çalışırken yanımızda olmazsanız, kontenjanlar artıyor diye sokağa döküldüğümüzde yanımızda olmazsanız; her konuda “olması gereken”i anlatıp, biz “olması gerekenler”e karşı “olması gereken”i hayatımızın içine koyabilmek için mücadele ederken, bize kulak vermez, bizim-

le mücadele etmezseniz, biz nasıl iyi hekim olabiliriz ki? Tıp öğrencisi bunları sorar...

Tıp fakültesinde gördüğümüz pek çok derste “olması gereken”i, iyi, güzel ve doğru olanı öğreniriz. İyi beslenme nasıl olmalı, temizlik, hijyen nasıl olmalı, iyi bir hekim nasıl olmalı... Ancak hem öğrenci, hem hasta, hem de hekim adayı olarak hayatımızın her anında sürekli tüm bu öğrendiklerimizin aksine “olmaması gereken”lere maruz kalıyoruz. Beslenmeyi ele alırsak, bir öğrenci yurttaki kalıyorsa büyük olasılıkla kahvaltısını dışarıda yapacaktır. Eğer İstanbul Üniversitesi’nde ise yemekhane kahvaltı servisi vermektedir, ancak bu kahvaltıda hocalarımızın ısrarla yemeyin, çok zararlı dediği beyaz un, beyaz şeker, margarin vb çeşitli rafine gıdalar içeren poğaça, börek, kalitesiz reçel, tahin pekmez gibi yiyecekler bulunur. Evde yemek yiyecek birisi ise, tam tahıllı gıdalar tüketilmesi gerektiğini öğrenmiştir, ama tam buğday ekmeği her zaman beyaz ekmeğin üç katı fiyatına satılmaktadır ve satın alırken iki kere düşünmek gerekebilir. Öğlen ve akşam yemeği içinse, yemekhane yine karbonhidrat ağırlıklı bir menü, zeytinyağı kullanmadan yapılan zeytinyağlı yemekler ve zaman zaman şerbetli hamur tatlılarıyla karşımıza çıkacaktır. “Sağlık”tan nasibini almayan bu beslenme biçimi, pek çok öğrenci için zorunluluktur, daha sağlıklı bir alternatif hem ekonomik hem fiziksel olarak ulaşılabilir olmaktan uzaktır. Hijyen konusunda ise, el yıkamanın önemini en az bir dersin konusu olarak dinleyip öğrenmiş olan öğrenci, yemekten sonra beş lavabodan ikisinde suların akmaması ve oluşan kuyruk nedeniyle, ellerini yeterince iyi yıkayamayacak, kimi zaman kurulayacak kâğıt havlu bile bulamayacaktır. Tuvaletlerde tuvalet kâğıdına rastlamak mümkün olmadığı gibi, suların çok az akması ve bazen sabunun bulunmaması da bizi ne yazık ki artık şaşırtmamaktadır. İyi bir hekim olma konusuna gelince; slaytların yetersiz olduğu, kitap okumak gerektiği söylenir ancak okulun bastığı kitap güncel

değildir, kaynak olarak gösterilen sert kapaklı, kalın kitaplar ve “textbook”lar çok pahalıdır, özellikle de birden fazla ders gördüğümüz ve bunların herbirinin kaynak kitabı olduğu düşünülürse, kitap başına ortalama 100-150 TL veremeyen öğrenci, dersi yetersiz denilen, ama güncel bilgiler bulundurduğunu umduğumuz slaytlardan çalışmak, tekrar etmek zorundadır. Klinik derslerin hepsinde, anamnez (hastadan öykü alma) ve fizik muayenenin ne kadar önemli olduğunu öğrenen öğrenci, kendisi hasta olduğu zaman gittiği poliklinikte, kimsenin ne ayrıntılı anamnez aldığını, ne de ayrıntılı fizik muayene yaptığını görmüştür. Hasta-hekim arası iletişim konusunda tüm söylenenler bir anda sanki yok olmuştur. Acil’de nöbete giden bir öğrenci, muayene için olması gereken fiziki şartların hiçbirinin olmadığı bir ortamda hasta muayene etmeye çalışmış, “olması gereken”i unutmuş, var olana uyum sağlamaya çalışmıştır. Şikayet duymaya alışan, ama ötesini duymayan öğrenci “olması gereken”den gittikçe uzaklaşır, “olmaması gereken”i kanıksar. Tıp öğrencisi bunları sorgular...

Beyaz önlük giymek, sürekli doktor hanım/doktor bey diye hitap edilmek, özellikle 3. sınıftan sonra hastanenin poliklinik ve servislerinde daha çok zaman harcamak, hasta muayene etmek tıp öğrencisini heyecanlandırır. Kimi zaman kendisini hekimlik yaparken hayal eder, kimi zaman alacağı sorumluluğun büyüklüğünden endişelenir, ama esas olarak tıp öğrencisi kendisini elbette “geleceğin doktoru” olarak görür. Ancak burada geleceğin doktorları geleceklerinden ne bekliyorlar diye sormak gerekir. Kliniğe geçen ve hastanede çok daha fazla zaman harcayan öğrenci, sağlık sisteminin tüm sorunlarını, sağlık ortamının “sağlıksızlığını” çok yakından gözlemlemiştir ve bu sistemde nasıl iyi hekimlik yapacağını kara kara düşünmektedir. Sağlıkta dönüşüm çok boyutludur. Bilimsellikten uzaktan yakından ilgisi olmayan kişiler televizyon programlarında verdikleri sağlık tavsiyeleriyle insanların hayatını alenen tehlikeye

atmakta ve ne yazık ki “dönemi biten doktor efendi”nin yerini almaktadırlar. Koruyucu hekimlik çoktan hem hekimlere hem hastalara unutturulmuştur. Kliniklere baktığımızda Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları dışında neredeyse hiçbir bölümün isminde “sağlık” sözcüğünün geçmemesi, yalnızca “hastalık”tan söz edilmesi bile bu anlamda ilgi çekicidir. Aslında bunu sağlaması gereken birinci basamak sağlık hizmetleri ise herkesin gözünde aşağı görülmekte, yalnızca ilaç firması temsilcilerinin yoğun ilgisine maruz kalmaktadır. Sistem, daha doğrusu sağlıkta dönüşüm adına yaratılan sistemsizlik, toplumun sağlığı değil bireyin sağlıksızlığı üzerinden dönmektedir. İnsanlığa değil sermaye sahiplerine hizmet eden bu sağlık sistemi için bütün unsurlar hazırdır. Performans nedeniyle çok hasta bakıp, çok tetkik yapıp puan toplamaya çalışan hekimlerin hali ortadadır, hastalar zaten çok tahlil istemeyen ve ilaç yazmayan doktora itibar etmemektedir. Buradan hastane sahiplerinin, tıbbi teknoloji üreten firmaların ve ilaç sektörünün kârlı çıktığı açıktır. Bunca paranın döndüğü bir ortamda, özellikle büyük şehirlerde hastanelerin fiziksel koşulları içler acısıdır. Herkesin nitelikli sağlık hizmetine ulaşabildiğini iddia edenler hastanelerin en basit işlem için bile hastaya flaster, atel, eldiven, kâğıt havlu vb. aldırarak zorunda kaldığının farkında olmalıdır. “Paran kadar sağlık” anlayışı sağlık hizmeti verenlerin de alanların da hayatının zorunlu bir parçası olmuştur. Tıp öğrencisi için, fakültede koca bir dönem ders olarak gördüğü “tıbbi etik” belki de meslek hayatında uygulamakta en çok zorlanacağı konu olacaktır. Çünkü hastalar artık müşteri, hastaneler ise işletmedir ve bu çarkın içinde “temiz kalmak” zordur. Gerçekten de “sağlıkta kâr, önlükte kir”dir. Tıp öğrencisi bunları görür...

Bütün bu olumsuzluklar içinde, tıp öğrencisi “olması gereken”i hatırlamalıdır. Yalnızca neyin kötü olduğunu değil, neden ve nasıl kötü olduğunu ve nasıl olması gerektiğini anlamalı ve ısrarla anlatmalıdır. Tıp eğitimi ve sağlık hizmeti nasıl

olmalıdır? Tıp öğrencileri bu sorunun da cevabını aramalıdır. Nitelikli eğitim bütün öğrencilerin, nitelikli sağlık hizmeti de bütün insanların hakkıdır; tıp fakültesinde öğretilmeyen bu gerçeği özümsemek ve özümsetmek hepimizin görevidir. Nitelikli tıp eğitimi ve nitelikli sağlık hizmeti elbette ki iç içedir. İnsanca koşullarda çalışan bir asistan hekim hem hastalarına daha iyi hizmet verecek hem de öğrencilerle daha iyi ilgilenebilecektir. Uygun beslenme ve barınma olanakları sağlanan bir öğrenci de elbette en yüksek verimle öğrenecektir. Fiziki koşullar yeterli olduğunda ve öğrenci grupları küçüldüğünde, pratik yapma olanağı artacak ve fizik muayene konusunda deneyimli, çok hasta görmüş hekimler yetişecektir. Koruyucu hekimlik ve basamaklı sağlık sistemi hakkıyla uygulandığında zaten hasta yükü azalacak ve üniversite hastaneleri de eğitim ve araştırmaya daha çok zaman ayırabilecektir. Hekimliğin toplumsal bir meslek olduğu asla unutturulmamalıdır, piyasa-
dan arındırılmış bir sağlık sisteminde toplumcu anlayışla yetişen öğrenciler “ilaç firmasına mı girsem kârlı çıkarım muayenehane mi açsam”ın hesabını yapmak yerine toplum sağlığına katkıda bulunmanın yollarını arayacaklardır. Karşımıza engeller elbette çıkacaktır ancak bahsettiğimiz bunca kötülüğün içinde aslında en kötüsü çaresizlik ve umutsuzluktur. Umudu gerekirse yoktan var etmek, yeşertmek ve çoğaltmak topluma karşı, geleceğimize karşı sorumluluğumuzdur. Tıp öğrencisi geleceğine sahip çıkar ve mücadeleye çağırır, inatla ve umutla.

BÖLÜM 3

SAĞLIK EMEKÇİLERİ ve TIP

HAYAT, SAĞLIK, HEKİMLİK BU DEĞİL...

Gürsel Erkılnç

Ne var ki, 1980'lerin sonu ile 1990'ların başında dünya tarihinde bir çağın sona erdiği ve yeni bir çağın başladığı konusunda ciddi bir kuşku duyulamaz.*

Hobsbawm, Kısa 20. Yüzyıl Tarihi

Konuya, gerçekliğin katılığıını yumuşatabilecek sözcükleri ihmal ederek, bir özetle girmeyi deneyeceğim.

A. Bugün tüm insanlık, uluslararası şirketlerin daha çok satış, daha çok kâr, daha çok ticaret egemenliği ve bunun kaçınılmaz sonucu olarak “daha çok savaş” sürecinin aciz kurbanlarıdır. Neo-liberalizm denilen emperyal ekonomik yapılanma aslında 19. yüzyıl vahşi kapitalizminin restorasyonudur. Bu vahşi kapitalistik ilişkiler en ücra ülkelerin, en ıssız köylerine kadar sızmıştır. Hükümetler bu emperyal şirketlerin “daha yüksek kâr” politikalarının doğrudan ya da dolaylı uygulayıcısı olarak, insan sağlığının da bir pazar malı haline gelmesi için görevlendirilmişlerdir.

B. Bugün sosyal devlete, toplumcu düzene, siyasete ve kendine inancı kalmamış yığınlar, işsizlik, yoksullaşma ve savaşla sürece sermaye egemenliğine boyun eğmiş, “kalpsiz dünya-

* Hobsbawm, E. Kısa 20. Yüzyıl Tarihi. s. 7, Everest, 2011.

nın kalbi” dine sığınarak yaşamayı kabullenmiştir.

“Kasaplarını” alkışlayan bir kabullenme ile kendine, sağlığına ve hayatına yabancılaşıp, sağlığı hasta olmamak ve hayatı da geçirilecek zaman olarak bellemiştir.

C. Hekimler bu süreçte sürdürdükleri muhalefetin içeriği ve mücadele biçimiyle yenik düşmüşlerdir. İnsan sağlığının sermayeye kâr olarak aktarılmasının aracıları, sıradan işçileridir. İnsan sağlığının metalaşmasında, suç ortağı olmuşlardır. Bu suç ortaklığını reddetmek ve mesleki-insani temel hak ve çıkarlarını koruyabilmek, ancak güçlü bir sendikacılık yöntemi içinde kararlı bir mücadele ile mümkündür.

D. İnsan sağlığı da artık tümüyle bir pazar malı olmuşsa elbette genel üretim ve tüketim ilişkilerinden, siyasetten bağımsız kalmaz. Sağlığımızı ve hayatımızı tümüyle bir ticari meta haline getirmiş kapitalizme karşı topyekun bir muhalefet geliştirilmek zorundadır. Ancak insan sağlığı bağlamında, bir yerden başlamak adına, “Tıp Bu Değil”, geleceğin “sağlıklı” hayatını bugünden tasarlayanın, “sağlıklı tohumları” bu günden toprağa ekmenin bir faaliyeti-yöntemi olarak görülebilir.

A. PARA, META, PAZAR HER ŞEYDİR. İNSAN HİÇBİR ŞEY

*Burjuvazi... insanla insan arasında yalın kişisel çıkardan, duygusuz “nakit ödmeden” başka hiçbir bağ bırakmamıştır.. Kişisel değeri alım-satım değerine çevirmiş, sayısız özgürlüğün yerine şu biricik, vicdan dışı özgürlüğü koymuştur; Serbest Ticaret.**

Marx & Engels, Komünist Parti Manifestosu

Son 30 yılda sağlık-hastalık hizmetlerinde, tanı, tedavi uygulamalarında devrimler gerçekleşmiştir. Örneğin kırk yıl önce neredeyse para harcanmayan koroner hastalıklar için bugün gelişmiş tanı-tedavi yöntemlerine milyar dolarlık harcamalar yapılmaktadır.

2010 yılı verilerine göre otomotiv sektörü cirosu 2,5 trilyon

* Marx & Engels, Komünist Parti Manifestosu.

dolarken, yalnızca ilaç sektörü (cihazlar, tetkik malzemeleri, ameliyat, stent vb. hariç) 800 milyar dolardır. “Tıp pazarı” bir otomotiv, cep telefonu pazarından daha değersiz değil! Bu büyüklüklerin döndüğü bir pazar, elbette sağlık politikalarını, tıp eğitimini yönetmeye kalkacaktır! Sağlığı yöneten politikacılar ve bürokrasi de, sermayenin-tekellerin belirlediği genel ekonomi-politik süreçten bağımsız olmayacaktır. “İlk SGK Başkanı Tuncay Teksoz SGK başkanlığından ayrılınca, dünyanın büyük ilaç firmalarından Pfizer’a sağlık politikaları danışmanı oldu. İkinci SGK Başkanı Tahsin Güney istifa edip, Türkiye’nin özel hastane zinciri, büyük hisse oranı kısa süre önce yabancı bir şirkete satılan Acıbadem hastanelerine danışman oldu. Aynı dönemde Hacettepe Üniversitesi ile Pfizer stratejik ortak oldu.”*

Sağlıkta dönüşüm, rastlantısal, herhangi bir seçim değil, tekeli kapitalist ekonominin doğası gereği bir zorunluluk! “... Sovyetler Birliği’nin... 1991 tarihinde dağılması... (ile) kapitalizm kendisini alternatifsiz ilan etmiştir. Kapitalist sistemde hakim güç durumuna ulaşan çokuluslu tekeller ve mali oligarşi... devletin kendi denetiminde tuttuğu tüm alanları ele geçirmek doğrultusunda politikalar geliştirmişlerdir. Tüm kamu hizmetlerine karşı sürdürülen saldırılar, çokuluslu ilaç, tıbbi teknoloji, sigorta tekellerince de bir önceki dönemin ürünü olan kamu sağlık hizmetlerine yöneltilmiştir.”**

Türkiye Cumhuriyeti 2011 bütçe geliri 279 milyar TL, 155 milyar dolar büyüklüğündedir. Ama dört büyük ilaç şirketi Pfizer, Glaxo Smith Kline, Sanofi-Aventis, Bayer’in cirosu 2011 yılı verilerine göre 180 milyar doları geçiyor.

2011 yılı sonunda “Wal-Mart’ın cirosu 408 milyar dolar... Royal Dutch Shell’in cirosu 285 milyar... ve üçüncü sıradaki ABD’li petrol devi Exxon Mobil’in cirosu 284 milyar dolar...” Ve “Wal-Mart Stores Çalışan sayısı: 2 milyon 200 bin, Sinopec

* Prof. Dr. Cem Terzi.

** Haluk Başçıl, Ana fikir 28.11.2011.

Group Çalışan sayısı: 1 milyon 21 bin, China National Petroleum Çalışan sayısı: 1 milyon 668 bin, Volkswagen Çalışan sayısı: 501 bin 956, Carrefour Çalışan sayısı: 412 bin 443...” Bu büyüklükler, rakamlar, şirketlerin devletlere, hükümetlere karşı ezici ekonomik gücünü göstermektedir.* Bu “ezici ekonomik güç”, elbette siyasal olarak da “ezici” bir güç olarak kendini gösterir.

“Dünyadaki 358 varlıklı insan, 2,3 milyar yoksul insanın geliri kadar bir serveti paylaşmaktadır.”** “...Askeri/sınai-finans-medya-bilişim tekelleşmesi, günümüzde her şeye egemen, birkaç bin kişiden oluşan bir oligarşi sınıfını şekillendirmektedir.”*** Bugün tüm insanlık, uluslararası şirketlerin aciz kurbanlarıdır. Neo-liberalizm, 19. yüzyıl vahşi kapitalizminin restorasyonudur.

B. TOPLUMSAL DEĞİŞİM, KÜLTÜREL DÖNÜŞÜM

*Yetersizliklerimizin mahvımıza neden oluşu trajedi, bunların tadını çıkarışımız ise komedidir.*****

A. Phillips, *Dehşetler ve Uzmanlar*

Son otuz yılda yoğun ve hızlı göç, kentleri toplumsal ve kültürel olarak kasabalılaştırmıştır. Bu “kasaba zihniyeti”, 12 Eylül 1980 darbesi eliyle, daha “fidan” halinde serpmeye çalışan demokratik, sosyalist, aydın, kentli kültürün yok edilmesiyle, kendine uygun toprak buldu. Göç hızıyla da bir ayrık otu gibi sadece hükümetleri-devleti değil, gündelik hayatı da sardı. “...1980’de kır nüfusu oranı %56, 2008’de ise %25”***** olmuştur.

Bir zamanların “köy-kent projesi, bir “kent-köy” gerçeği haline gelmiştir.

* Basın Haberleri

** Sayar, Kemal, aktaran Osman Elbek, *Tıp Bu Değil*, s. 209, İthaki, İstanbul:2012.

*** İzmir, Mutluhan. *Tıp Bu Değil*, s. 174, İthaki, İstanbul: 2012.

**** Phillips, A. *Dehşetler ve Uzmanlar*, s. 23, Metis, 1998.

***** Türkiye’nin Demografik Dönüşümü, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü.

Köyünden, yurdundan göçerek gelmiş insanlar, geçim kaygısı, sefalet korkusu ile ticarete-paraya, 'ruhlarının' yozlaşacağı kaygısıyla da eski değer yargılarına sıkıca sarılmışlardır. Son elli yıldır bilinen sağ politik partilerin oy oranlarının hep %65'in üzerinde olması (yalnızca Ecevit bunu bir kez %60'a indirmişti) kasabalılıktan çıkamayan toplumumuzun bilinen hikayesidir. "Yoksul ülkelerde yaşayanlar büyük ve belirsiz 'kayıt dışı' ya da 'paralel' ekonomiye katıldılar. Bu ekonomi içinde yer alan erkekler, kadınlar ve çocuklar kimse tam olarak bil-mese de, küçük işler, hizmetler, geçici işler, küçük çaplı alım satımla uğraşarak yaşıyorlardı."*

Kentlerinde, kasabalarında yaşadıkları son elli yıl boyunca, uzman hekimlerin insafına terk edilmiş insanlar, hekim-hastanelere ait "berbat" anılarını, ön-yargılarını da göçtükleri kente getirdiler. Sonuç biliniyor; iktidar sağlığın da iktidarındır ve halk onları takdir etmektedir.

Bu "takdirle karşılama" tavrı, 1950'lerden beri ülkemizi "küçük Amerika" yapmak isteyenlerin zaferidir. Bu zafer kit-
lelerin üreterek değil, tüketerek, borçlanarak, sömürgeleşmeye boyun eğerek kazandığı "mutluluğun" zaferidir. "Öteki dünya" tinselliğini bu dünya tinselliği olarak yozlaştırmış, 'iki yüz-lü' dinseliliğin zaferidir. Sonunda sağlık sisteminde de ABD'yi kendine örnek bilenlerin, "açgözlülük ve bencilliğin" zaferidir. "Bireyciliğin bizimki gibi bir toplumda (ABD) yaygın olabil-mesi için, acımasızlık ve açgözlülük ve bencilikten yana olan sistematik güçlerin bulunması gerekir."** Yönetici sınıf için bu tür bireyleri yönetmek, sömürmek, birbirine öldürtmek kolay olacaktır. "Sağlık alanında tüketim talebi yüksek ve gönüllü tüketici konumunda olan hastalar oluşturulmasının sırrı, köle özneyi kendi zavallılığı ile yüzleşmesini önleyecek, çok güçlü ve çok sevilen bir kendiliğe sahip olduğu yanılsamasına, yani

* Hobsbawm, E. Kısa 20. Yüzyıl Tarihi, s. 559, Everest Yayınları, 2011.

** Kovel, J. Tarih ve Tin, s. 21, Ayrıntı Yayınları, 1994.

güçlü bir ego yaratmaya itmekte yatmaktadır.”*

Önceki yüzyıllar ile kıyaslandığında çok yüksek üretim gücü ile kapitalizm, ciddi sayılabilecek bir insan kitlesine de tüketim imkânı, edindirdiği küçük mülkiyetler ile az çok konforla yaşadığı bir hayat sundu. “Orta sınıf” denilen, küçük burjuvazi, toplum içinde azımsanmayacak bir oran oluştururken, yaşama tarzı, hayat algısı ve ideolojisi ile sayısal oranından çok daha fazla bir etkiye bulunmaktadır. Eğer 10 ile 100 bin TL’lik ederi olan bir otomobil sahibini veya bu mülkiyetin hayalini kuran her kişiyi bir “küçük burjuva” olarak kabul edersek, nasıl bir dünyada, nasıl bir insanlık hali içinde yaşadığımız hakkında epeyce bilgi edinebiliriz. Tüketimci dünyanın hayallerini edinmiş, fabrika işçiliğinden daha çok ara işlerde çalışan, küçük ticarete bulaşmış, hizmet sektöründe dağınık, geçici işlerle yaşamaya çalışan bu insanlar insani olarak bir “ara form” karakteri taşıyorlar! Bu “ara form” karakterli “orta sınıf”, sistemden aldığı refah payı ve güvenliğini, ekonomik kriz ve savaş ile kaybedinceye kadar bildik tekelci-kapitalist yönetimleri sonuna kadar destekleyecektir.

Sağlık, Hayat, Ölüm Yabancılaşma

“Bireyin üretken ve bağımsız olamadığı bir toplumsal düzende sağlıklı insan tanımlaması yapma olanağı var mıdır?”**

Sözcüklerin anlamı, kavramlar ve tanımlar çağa, döneme göre çok farklılaşabiliyor. 50-100 yıl önce “ölüm”, “hayat”, “yaşlılık”, “sağlık” algısı ile bugünkü “gerçek” ne kadar farklıdır. Orta Asya’nın yüksek dağlarından çıkarttıkları tuzları hayvanlarla taşıyarak, karlı, buzlu yollardan ovadaki kente indirmeye koyulmuş bir kafilenin yaşlı kılavuzu, birden bastıran fırtına, soğuk etkisiyle yığılıp kalıyor. Aynı zamanda yardımcı kılavuz olan oğlu “Baba, dayan. Kente az kaldı. Seni doktora

* İzmir, Mutluhan. Tıp Bu Değil, s. 167-180, İthaki, İstanbul:2012.

** İzmir, Mutluhan. Tıp Bu Değil, s. 167-180, İthaki, İstanbul:2012.

götürürüz!” demesine karşın sebep olduğu bu duraklamanın, tüm kafilenin hayatını donma tehlikesine attığını bilen yaşlı adam oğluna öfkeyle çıkışıyor. “Bırakın beni! Siz gidin! Ben hasta değilim. Yaşlıyım!” diyor.* Zaman ne kadar değişti. Artık tüm yaşlılar kendilerini hasta sanıyor. Oysa yalnızca yaşlılar!

“Kültür endüstrisinin... somut amaçları, gizemlileştirmek, gıdıklamak ve şaşırtmaktır; insanların elinden kültürel direniş organlarını almak ve onları aç, huzursuz ve şaşkın, zevk peşinde çıldırmış, yeni metalar için geberen, dünyalarını bırakın değiştirmeyi, anlamaktan bile aciz bir halde bırakmaktır... Bütün on dokuzuncu yüz yıl boyunca, yönetici sınıflar en az yer kürenin tamamını politik sömürge haline getirme görevi kadar, bireyin kültürel bakımdan sömürge haline getirilmesi görevini de önlerine koymuştu.”** Bireyin kültürel olarak sömürgeleştirilmesinin arkasından, sağlığının da sömürgeleştirilmesi şaşırtıcı değil elbette. “Bütün bunları mümkün kılan şey sermaye yoğunlaşmasının teknelci aşamaya gelişi ve bir bütün olarak toplumu gözetim altına alacak devasa bir devlet aygıtının ortaya çıkmasıdır.”***

Kendi (insan-doğa) özüne yabancılaşmış, hep konformist-risksiz yaşadığı için hayata hep aç, yaşamaktan korktuğu için ölüm korkusu ile her daim huzursuz, bütünlüklü bir dünya görüşü olmadığı için şaşkın bir insanın, sağlık, hastalık, hayat ve ölüm hakkındaki duyguları da sırasıyla huzursuzluk, şaşkınlık, açlık ve derin korku olacaktır. Postmodern insan, ayakta kalmaya çalışan gövdesi ile sağlık tekelleri için sömürgeleştirilmeye uygun hale gelmiştir. Ölüme ait dehşeti yüz bin yıl önceki ataları gibi yaşıyor ama suçu ‘tanrılarda’ aramıyor. “Ölüm gitgide kişisel bir ihmalin ya da buna bağlı bir kazanın sonucu gibi görülüyor... Modern zamanlarda ‘ölüm sanki dışarıdan gelen bir şey’miş gibi yadsınır; kişi ölmez, bir şey

* Yıllar önce TRT2’de yayınlanmış filminden bir sahne.

** Kovel, J. Arzu Çağı, s. 244-245, Ayrıntı, 2000.

*** Kovel, J. Arzu Çağı, s. 244-245, Ayrıntı, 2000.

tarafından öldürölür... İnsanların ölölmlölü oldukları için ölölüklerini duymayız. İnsanlar yalnızca kişisel nedenlerden dolayı ölölürler... hiç kimse ölölmlölü olduğu için ölölüyor görölünmemektedir... ‘tedavi edilebilir bir hastalık’ olarak görölündölđü için ölölüm yaşamın nihai, ama uzak ufkundan günlük kábusa dönölştürölümölştür...”*

Kitleleri yönetmek, sömürmek, birbirlerine ölölörtmek kolay değıildir! İktidarlara bu “kolaylığı” sağılayan ideolojik harç ise, yüreklerle salınmış korku ve dehşet, “devlet sarayının” kolonları ve kirişleridir. “İnsanlar geçmişte üç temel nedenle köle oldular. Birincisi korkuydu... şiddet saçanlar herkesin doğuştan yanında getirdiğı korkuyu harekete geçirmeleri sayesinde tarihin büyük bir bölümünde galip gelmişlerdir.”** Tıbbın iktidarı da sağılıklı insanlardan bile para kazanmak için korkuyu kullanır. “Modası geçen korkuların yerini almak üzere mütemadiyen yenileri türemiştir, tüberküloz ve frengi korkusunun yerini kanser ve AIDS korkusunun alması gibi.”*** Para ve Korku’yu takip edelim; para kime gidiyorsa, kimler korkutuyorsa, yeryüzündeki adaletsizliklerin, haksızlıkların gerçek failleri de onlardır. Siyaset ya da Tıp fark etmiyor!

Ölüm karşısında “Tanrı’ya” sığınanlar artık önce Tıp’a sığınıyor. Tıbbın “gösteri dünyasından”, yumuşacık sesi ile tatlı bir kadın bize gülümseyerek sesleniyor; “Gelin, size de sağılık satalım! Çok uygun fiyatla. Hem de size özel!” Ne zamana kadar? Sağılık sigorta şirketleri para ödediğı sürece! Bir yatakta nefes almayan, görmeyen, duymayan bir bitki-insan olana dek. “Toplumca uygun görölün ölölüm, insanın yalnızca üretici olarak değıil tüketici olarak da işeyaramaz hale geldiğı zamandır”****

Yediğinin, içtiğinin, kullandığının, çöpe attığının bir başka

* Bauman, Zygmunt. Ölölmlölülük, Ölölmsölzlük ve Diğeri Hayat Stratejileri, s. 179, Ayrıntı, 2000.

** Zeldin, Theodore. İnsanlığın Mahrem Tarihi, Ayrıntı, 1998.

*** Zeldin, Theodore. İnsanlığın Mahrem Tarihi, Ayrıntı, 1998.

**** Illich, I. Sağılığın Gaspsı, s. 135-180, Ayrıntı, 2011.

insana hangi bedelleri ödettiğinden habersiz, “gösteri dünyasının” meşruiyet kazandırdığı bildik bencil, aptallaştırılmış, ruhu çalınmış “insanın-insanlığın” hayatı da sonunda “hastane koğuşuna dönmüş bir dünyada sürdürülen, uyuşturulmuş, güçsüz ve yalnız bir yaşam”* olacaktır. Ama hepsi bu değil! Bu kapitalist-emperyalist dünyanın böylece dönmesi savaşları zorunlu kılar ki, üçüncüsünün arifesinde “sistemin” bu “insanlıktan” bir ricası daha olacaktır: Birbirlerini katletmeleri!

C. HEKİMLER NE YAPMALI

Burjuvazi o zamana kadar sayılan ve saygıyla harışık bir korkuyla baktığı bütün meslekleri hutsal giyimlerinden soydu. DOKTORU, avukatı, şairi, bilim adamını ücretli işçisi yaptı.”

Marx & Engels, Komünist Parti Manifestosu

Denildi ki “hastalar müşteridir ve müşteri memnuniyeti sağlanmalıdır.” Hep birlikte itiraz ettik. “Olur mu? Bir insanın sağlık gereksinimleri ticaret mantığı ile ele alınamaz!” Ne kadar yanlış anlamışız! Neden üzerimize alınmışız ki? Hastalar artık Özel Hastane patronlarının müşterisi! Biz hekimler ise bundan böyle “patronun müşterisine” iyi davranması gerekli birer ücretli işçiyiz!

Süt üreticileri, terziler, bakkallar nasıl tekelci sermayenin işçileri haline gelmişse, doktorlar da hastanelerin-patronların-tekellerin işçisi olacaklardır! Patron için bir işçi 600 TL’ye ay boyunca ister yüzlerce vida sıksın, ister 3000 TL’ye yüzlerce ameliyat yapsın! Patron çalışanlarının sırtından kazanacağını “azamisini” ister; işçi-doktorun ertesi gün yeniden işinin başında olması, gerektiğinde onun yerini alacak hekim emeğinin yeniden teminini içeren ücretin en azının verilmesi gerektiğini üç yüz yılda iyi öğrendi. Daha fazlasına ne gerek var? “Bu dünya kendini en eksiksiz olarak parasal açıdan gösterir... Büyük

* Illich, I. Sağlığın Gaspsı, s. 135-180, Ayrıntı, 2011.

** Marx & Engels, Komünist Parti Manifestosu.

endüstriyel ve finansal güçler böylelikle yalnızca metalar değil, öznellikleri de üretir... Onlar ihtiyaçları, toplumsal ilişkileri, bedenleri ve zihinleri üretir; yani onlar üretenleri üretir.”* Sağ-
lığın tekelci kapitalizminin dayattığı hasta-çalışma-ücret iliş-
kileri hekimlerin hayat ve meslek algılarını baştan sona değişt-
tirdi ve bir hekimlik “rüyasının” nasıl “kâbusa” döndüğünün
anlaşılması zaman aldı. “İşçisin artık sen!”

TDK Büyük Türkçe Sözlük’te işçinin tanımı “Başkasının yararına bedenini, kafa gücünü veya el becerisini kullanarak ücretle çalışan kimse” olarak yapılmaktadır. Bu tanıma göre kendine ait bir işyeri dışında çalışan tüm hekimler işçi tanımına girebilir. Muayenehane hekimliği, salt yasal dayatma değil, kapitalist ekonominin tekelleşme süreci içinde de miadını doldurmuştu. Tekelci kapitalizm, patron ve işçi arasındaki tüm ara ekonomik faaliyet biçimlerini ortadan kaldırıyor; insanlara sömüren bir patron ya da sömürülen bir işçi olmak dışında bir hayat alanı bırakmıyor. Böyle bakıldığında hekimler bu olguyu sevinerek, gururla kabul etmeli! “İşçisin sen işçi kal...” “Çok az sayıdaki hekim dışında ezici çoğunluk işçileşmektedir. İşçileş-
me, hekimlerin gelirlerinin azalması ile değil emek sürecinde-
ki denetimlerini, mesleki özerkliklerini kaybetmeleri ve işgü-
cü piyasalarında güvenceli pozisyonlarını yitirmeleri şeklinde gelişmektedir.”**

Ne, nasıl olmuşsa artık tüm bunlar çok gerilerde kaldı! Önümüze ameliyat kepmizi, steteskopu, sezgimizi, umutsuz-
luğumuzu, korkularımızı ve aklımızı koyup düşünmeliyiz!

Meslek Sendikası Şart

Biliniyor, meslek esasına göre sendika kurulması yasak! Önemli ve söylemek istediklerimle örtüştüğü için uzun bir alıntı yapacağım.

* Hardt, M. -Negri, A. İmparatorluk, s. 157, Ayrıntı, 2001.

** Terzi, Cem. “Sağlık Piyasalaşırken Hekimler İşçileşiyor”, 1 Şubat 2012.

“Halen yürürlükte bulunan 2821 sayılı Sendikalar Yasası ile... meslek ve işyeri esasına dayalı işçi sendikası kurulması açıkça yasaklanmıştır.12 Eylül 1980 darbesinden önce ülkemizde işçilerin yüzde altmışların üzerinde olan sendikalaşma oranı... bugün için yüzde onlar düzeyine inmiştir... meslek ve işyeri sendikacılığının yasaklanması, ülkemizdeki sendikalaşma oranının yüzde onlar düzeyine düşmesinin temel nedenlerinin en başında yer almıştır. Ülkemizde uygulanan işkolu sendikacılığı, bugünkü koşullarda işyerlerinin ve mesleklerin ihtiyaçlarını karşılayamadığı için, çalışanların sendikal örgütlenmeden uzaklaşmalarına yol açmaktadır... Oysa meslek sendikaları, aynı mesleği yapanların sahip oldukları mesleki nitelikleri kendileri için avantaja dönüştürerek, işverenle pazarlık güçlerini artırabilmektedirler. Günümüzde zorunlu olarak işkolu esasına göre kuruldukları halde, uygulamada meslek sendikası olarak faaliyet gösteren birçok sendika mevcuttur. Örneklersek, sanatçılarca kurulan Müzik-Sen, Sine-Sen, Oyuncular Sendikası ve Yazarlar Sendikası gibi sendikalar, işkolu sendikacılığı ve yüzde on baraj uygulamaları nedeniyle toplu iş sözleşmesi yapma olanağından yoksun kaldıkları için, üyelerinin haklarını takım sözleşmeleri yaparak korumaya ve geliştirmeye çalışan meslek sendikalarıdır. Üretim süreçlerinin, emek piyasalarının ‘esnekleştirildiği’ günümüz Türkiye’sinde sendikal örgütlenmenin de ‘esnekleşmesi’ gerekmektedir. Sendikal örgütlenmeyi güçlendirmek ve geliştirmek için, bugün meslek sendikacılığına her zamankinden daha fazla ihtiyaç vardır.”*

Bu mevzuata göre sağlık işkolunda, lise sonrası 10 yılı aşan zorlu eğitim süreci başarısı ile diplomasını almış uzman hekimler ve üzerine bir 10 yıl daha çaba harcamış profesör hekimler, lise mezunu bile olmayabilecek işçi “arkadaşlarıyla” birlikte aynı sendikada, aynı toplu sözleşme masasında hangi ortak çıkarları savunacaklardır? Ayda en fazla 1000 TL alan

* Çırık, Mehmet. “Meslek sendikaları”, 14 Eylül 2011.

işçilerle, 4-5000 TL ve üzeri gelir beklentisi içinde olan işçi hekimlerin aynı sendika içinde birlikteliği, ortak dili, mücadeleyi örgütlemesi mümkün mü? Mümkün değil ve sistemin-patronlarının da istediği bu!

Bugün hekimler sendikal faaliyetler içinde yok iseler, bunun kusuru yalnızca hekimlere ait değildir.

Sendika şart!

Bir hekim sendikası er ya da geç olmak zorundadır. Ucuz hekim emeği ile yerli yabancı tekellere para kazandırmak hat-ta “Avrupa’nın Çin’i” yapılarak Türkiye’den, “sağlık ihracatı” gerçekleştirmeyi yürütmekle görevli sağlık bakanlığı (ve özel hastaneler) ile hekimler arasında kızışacak süreç “eski tip” mücadele yöntemleri ile sürdürülemez. Topuyla, tüfeğiyle saldırıya geçmiş sermayeye karşı böyle naif yürüyüşlerle, içi doldurulmamış dilekler, temennilerle bir yere varılamaz. Yılda bir kez, ‘biz buradayız, hu, hu, bizi unutmayın” mesajı veren, gerçek tehdit içermeyen G(ö)revler, yürüyüşler, korkarım ülkemizde bilinen demokrasıcılık oyununa inandırıcılık kattığı için iktidardan özel teşekkür de alıyor olabilir. Grev tehdidi, toplu sözleşme talebi içermeyen mücadele süreci bir zaman kaybı olacaktır.

TTB Bir Hekim Sendikasını Örgütleyebilir mi?

TTB’nin bugüne dek sürdürdüğü mücadele yöntemleri, hekimlerin yeni çalışma koşullarına uygun değildir.

Son 6-7 yılı çıkarttığımızda, son 70 yıl boyunca hekimler genelde yüksek gelir düzeyi ile “özel” bir sınıf pozisyonunda yaşamışlardır. Bu dönemde hükümetler, bir yandan hekime hak ettiğinin çok azını verse de, hekimlere “sus payı” olarak “kazın bağırtılmadan yolunmasını” görmezden gelen bir pratiği uygulardı. Muayenehanesinin arka bahçesi saydığı kamu hastanesinde, üste para vererek de çalışmaya hazır ne çok uzman hekim vardı! İlginçtir, TTB halk sağlığını, koruyucu he-

kimliği, parasız sağlık hizmetini sosyal devleti savunan, hümanistik bir çizgide mücadele yürütürken aynı dönemde hem kamu hem özel muayenehane hekimliğinin bir aradalığına ait ciddi “komplikasyonları” pek sorun etmedi.

Her şeye karşın TTB toplumcu damara sahip bir örgütlülüktür. Sermayenin değıl emeğin, hümanizmanın, toplumsal yararlılığın yanında mücadele etme kararlılığı olan bir değerler geleneğinden gelir.

Bu bağlamda;

1. TTB kendi çizgisi içinde, birikmiş aklını, deneyimini, örgütlülüğünü zorlayarak bir hekim sendikası yapılanmasına önderlik edebilir. (Örneğin üye olma koşulunu “Dört yıllık üniversite-fakülte eğitimi sonrası en az bir (veya iki) yıl eğitim görmüş ve kamu veya özel hizmet veren sağlık kuruluşlarında ücretli ve veya prim, performans vb. ek ödemeler karşılığında çalışanlar üye olabilir....” biçiminde düzenlemiş bir “işkolu sendikası” yasal olarak mümkün değıl mi?)

2. Bu mücadele biçimini yapılandırmada EDTTB, mücadele deneyimi, maddi altyapısı ve teorik birikim olarak yeterlidir.

3. Sağlık bürokrasisi ve hastane patronlarının birlikte sömürü ve aşğılaması ile egolarının bencil, vahşı yanları kışkırtılmış halk yığınları arasında sıkışıp kalmış hekimler, er ya da geç daha etkin mücadele yöntemleri üretecektir. TTB’nin birikmiş akıl, deneyim ve mevcut örgütlülüğü ile sendikal mücadeleye önderlik etmesi “birliktelik-örgütlülük ve hak arama” sürecinde umulandan çok daha fazla bir zaman kazanımı sağlayabilir.

4. Bu olmadığında, TTB statükonun değırmenine istemeden-arzu etmeden de olsa su taşıyıp, “mı” gibi muhalefet yaparak, hekimlerin 50 yıllık örgütsel birikimini heba etmiş olacaktır.

D. ÇÖZÜM ADINA...

“Sağlık, çevredeki değişimlere uyum sağlayabilme, büyüyebilme ve yaşlanabilme, zarara uğradığında iyileşebilme, acı çekebilme ve ölümü huzurlu bir şekilde bekleyebilme yeteneğidir. Sağlık geleceği de kapsar ve bu nedenle, acıyı ve onunla birlikte yaşamak için gerekli tinsel gücü de içerir.”

I. Illich, *Sağlığın Gaspsı*

Nasıl Bir Muhalefet?

Sosyalistler sağlıkta dönüşüme karşı çıkmamalı, muhalefet etmemelidir! İnsanlara tekelci kapitalizmin, insan sağlığını da metalaştırmasının “normal” olduğu anlatılmalı, “yakışır has-paya” denmeli! Nitekim son sekiz yılda yapılan muhalefete karşın, bu “dönüşüm”; sermayeye kâr sağlıyorsa da, sürdürülebilir olmasa da, kamu kaynaklarını savuruyor olsa da, birey sağlığı-toplum sağlığı dengesini umursamıyorsa da, yerel-uluslararası sağlık-ilaç tekellerine hizmet etse de “halk” tarafından benimsenmektedir.

Halk, on yıl sonra artık işine saygısını kaybetmiş ve bu nedenle de mesleki eğitimi gerilemiş, “dönüşümü” tamamlanmış, “hekimmiş” gibi davranan bir meslek grubu ile karşılaşacaksa da, “iyi” hekimleri özel hastanelerde yana yakıla arayacaksa da bugün bu “dönüşümü” alkışlamaktadır.

Bu düzen, yüz binlerce ucuz taşeron işçi emeği ile sağlansa da, hekimlerin kalifiye emeği mecburi hizmet, muayenehane yönetmelikleri vb. meşruiyeti olmayan yasal dayatmalarla kuşatılarak özel sermayeye peşkeş çekiliyorsa da “halk” tarafından yine de takdirle karşılanmaktadır.

Son otuz yıl salt “istemezük” muhalefetiyle geçti. Sermayenin, tekellerin iktidarları, bir hak gaspsı ile ortaya çıkıyor ve “istemezük” muhalefeti başlıyor. Hak gaspsı gerçekleşiyor ve direniş, muhalefet bitiyor! Sonra çok geçmeden yeni bir hak gaspsı girişimi ortaya çıkıyor ve bildik saman alevi tutuşuyor! Her

* Illich, I. *Sağlığın Gaspsı*, s. 182, Ayrıntı, 2011.

geçen seçim döneminde toplum daha da sağcılaştı. Demokratik, sosyalist muhalefet ise sürekli “iktidarların” gündeminin peşinde, soluk soluğa ve giderek azalarak koştu. Dayak yedi, çile çekti, hapislerde yattı. Hep aynı çilekeş, özverili, yiğit, namuslu, cesur, fedakar insanlar. Ama son on yılda bu insanların sayısı neden azaldı? Örneğin şimdi nerede o küreselleşme karıştıları?

“Hayır” denilmeli ama “Kapitalizme Hayır!” “Onlar işlerini iyi yapıyor! Daha çok para kazanmak için ‘sağlıkta dönüşüm’ yapmalılar!” Çünkü Kapitalizm budur!

“Onlar sizin öksürüğünüzden, kanserinizden, hastalık korkunuzdan, yüksek ateşinizden daha çok para kazanmak istiyorlar! Sizi savaşlarda öldürtmek, ya da tedavi ederek yaşatmak arasındaki seçimleri, hangi durumda daha çok para-güç-egemenlik kazanacakları hesaplarına bakar!” demeliyiz. “Çünkü Kapitalizm budur!”

Kapitalist kriz bastırıldığında, ihracat düşüşe geçtiğinde, işsizlik yoğunlaştığında, vergi gelirleri dibe vurduğunda bu sistem ne olacak? Bu kriz dünyaya-ülkeye yayıldığında sağlıktaki “dönüşüm”, bu kez ne’ye dönüşecek? Prim ödeyemeyen işçi, küçük üretici, esnaf sistem dışında kalacak. İlaç tüketimini azaltmaya yönelik saçma kararlar alınacak. Hekimlere verilen performans kuşa döndürülecek. Maliyeti yüksek ameliyatları engellemek için karmaşık yönetmelikler çıkartılacak. Birçok sarf malzemesi, pahalı cihazlar bulunmayacak. Hastalardan alınan katkı payları sinsice artırılabilecek.

“Kapitalizm budur!”

“Halk-kitle” kapitalizmin cicili bicili oyuncaklarını istiyor ama etin, sütün pahalı olmasını ve sosyalizmi istemiyor! Halk otomobil ve yakıt ucuz olsun istiyor ama Irak’ta, Suriye’de işlenen cinayetlerin suç ortaklarını öğrenmek istemiyor! Halk savaş istemiyor ama kapitalizmin canavar çocuğu emperyalizmin savaşsız yaşayamayacağını bilmek istemiyor. Halk işsizlik

istemiyor ama çok çocuk istiyor! Çok yaşlı, yürüyemiyor, yalnızca nefes alıyor ve ölmek istemiyor ama gençlerin savaşlarda ölmesine yol açacak politikaları istiyor!

Koruyucu Hekimlik Kapitalizmle Çelişir

Koruyucu hekimlik milyarlarca insanın hayatını kurtarmıştır ve kurtarır. Kim bilmez bunu?

Nüfus artışını önlemek de çevreyi-dünyayı korumanın ve koruyucu hekimliğin kesiştiği yerdedir. "...M. Ö. 8.000'deki tarım devriminin şafağında, dünyada 5 milyon kişinin yaşadığı sanılıyor... M. S. 1 yılına kadar geçen 8 bin yıllık uzun zaman diliminde nüfus yılda yüzde 0.0512'lik düşük bir artış hızıyla 5 milyondan 300 milyona yükseliyor... M. S. 1650'deyse nüfusun 500 milyon olduğu düşünülüyor... Her neyse, nüfus 1 milyar sınırını 1800'de aşıyor. 1900'de 1 milyar 650 milyon. Yüz yıl sonra ise neredeyse 5 kat artmış... 7 milyarı aşmış!"*

Çevrenin (temiz hava, temiz su, temiz doğa vb.) insan sağlığının ayrılmaz parçası olduğu gerçeğini onlar da biliyor! "Kapitalizmin devasa şirketler yaratma eğilimi, erk ve zenginliğin birkaç kişinin elinde toplanması... pahasına dünyanın her yerinde kitlelerin yoksullaştırılması... yeryüzünün duyarsızca yağmalanışı, inanılmaz oranda atık ve zehir üretilmesi..."** bilinemez bir gelecekte dünyayı yaşanılmaz bir gezegen haline getirebilir.

"Çözümler" bilinmediği için mi "sağlıkta dönüşüm" garabeti hayata geçti? Güvenliliği kanıtlanmış Aşı'ların uygulanması, Nüfus planlaması, sanayi atıklarının kontrolü, gıda üretiminde kimyasal-kanserojenleri ayıklama vb., sigara yasakları, obezite önleyici beslenme, sedanter yaşamın yerine aktif yaşam, egzersiz, spor yapma alışkanlığı, sağlıklı içme suyu temini, temel sağlık eğitimi ("iyi" yazılmış kitaplarla, haftada 1 saat, lise dü-

* Menderes Özel, Milliyet.

** Kovel, J. Tarih ve Tin, s. 21, Ayrıntı, 1994.

zeyinde 3-4 yıl “Temel Sağlık Bilgisi” eğitimi), erken tanı ve Check-up programlarının standardizasyonu, akraba evliliklerini önleme, ötenazi’nin yasallaşması...

Bunları herkes biliyor! Kimse de açıktan karşı çıkmaz. Hatta öyle ki ilgili komisyonlara havale ederek, göstermelik yönetmelikler çıkartarak çaba harcıyormuş gibi de yapabilirler. Ama “bu işten çıkarı” olmayacak sağlık-ilaç tekelleri, gerekli kulislerle, hükümet görevlilerini satın alarak, alamadıklarını tasfiye ederek, hastalık üreten hayatın-kültürün idamesi için var güçleri ile süreci örgütlerler.

Gerçek ihtiyacımız olmayan malların üretimi için etrafa zehirler saçılıyor; bu aptal nesneleri üretmek için de, “enerji açığımız” var denilerek kurulan hidro-elektrik, nükleer santallerle doğa, yüzlerce yıl geri döndürülemeyecek şekilde yozlaştırılıyor, mahvediliyor. Akli ve ruhu olan insan-insanlık bu budalalığı yapar mı; yapana izin verir mi? Aklını para, mal, mülkiyet ve haz ile bozmuş toplumsal yapılar sağlığın, hayatın, ölümün ne olduğunu unutmuş, bilmiyor. Korkarım bunu korkunç bir savaş çemberinden geçerek anımsayacak, öğrenecek.

Sonuç

Her şey ama her şeyin birbirine bağlı olduğu bu dünyada topyekun bir muhalefet stratejisi geliştirilmek zorundadır. Hayatımızı son iki yüz yıldır taksit taksit ele geçirenlerden, kaybedilenlerin önümüzdeki iki yüz yıl yine taksit taksit geri alınması mümkün değildir. Artık hayatımızı, sağlığımızı da utanmadan ticari meta haline getirmiş, insanlığın gelişmesinin önünde engel haline gelmiş kapitalizme karşı topyekun muhalefet dışında bir seçenek yoktur. “Gelinen aşamada ‘sağlıkta dönüşüm’ tamamlanmıştır... sağlık hizmeti parayla alınıp satılan bir meta olmuştur. ...Mücadele ideolojiktir, politiktir.”*

Önemli olan yol ve yöntemde “doğru” tarihsel sürecin izin-

* Aydın, Köksal. “Sağlıkta Dönüşüme Karşı Mücadele”, 19 Ocak 2012.

de olabilmek; sosyalizm sadece bir zaman sorunudur insanlık için! Elli, yüz veya beş yüz yıl... On bin yıllık uygarlık tarihinde bu rakamlar uzun zaman değildir.

“İnsanlık etik varlık biçiminde tamdır... bir başına ve birlikte olma arasında ustaca bir karışım ve peşinden koşulan bir uzlaşma elde edebilir... yaşamımı yaşanabilir kılan en önemli değer; canlı olma duygusu: Yaşam, başkalarıyla iletişim kurmaktır, başkalarıyla birlikte olmaktır, başkaları için eylemde bulunmaktır, başkalarının gereksinimi ve onların benim dik-katim ve sempati için uğraşları sonucunda benimle konuşulması, istenir olma ve önem kazanmamdır.”* Bu varlıksal gerçekler zemininde, egemen olarak yaşanan kapitalist-bencil-bireyci-ahlaksal ilişkiler, sağlık gereksinimlerinin akılcı değerlendirilmesini, sınıflandırılmasını imkânsızlaştırır. Bu bencillik, diğer insanların gerçek acılarına, gerçek hak ve çıkarlarına kördür. Örneğin “hiç kimse başkalarını daha az maliyetli bir bakım fırsatından yoksun bırakacak bir tıp hizmetinden faydalanmamalıdır”** önermesi hayata geçebilir mi? Erken doğmuş, yaşatılması mucize prematür bebekler için harcanan kaynaklar ile kaç ton süt satın alınır, kaç çocuğun içebileceği sütü, kaç yıl karşılar? (Kişi başı süt tüketimi İngiltere’de 100, İsveç’te 111, Romanya’da 75 litre iken ülkemizde ise bu miktar sadece 24 litre seviyesinde.)

Hayat ölüm’le güzeldir! Ölümün karşıtı yaşam değil, doğumdur! Hayatına sahip çıkan, ölümüne de sahip çıkar! Ötenazinin yasalaşması ve toplumun benimsemesi ile çocuklara, gençlere hayatları ve sağlıkları için harcayacakları kaynaklar bırakabiliriz! Ötenazi birkaç ülke dışında yasak! Suriye’de, Afganistan’da tekellerin petrol egemenliği için daha 20 yaşında çocukları gözünü kırpmadan ölüme gönderecek olanlar, çok yaşlı, çok hasta olsak, bitki gibi yataklarda kök salsak bile,

* Bauman, Zygmunt. Ölümlülük, Ölümsüzlük ve Diğer Hayat Stratejileri, s. 264-255 Ayrıntı, 2000.

** Illich, I. Sağlığın Gaspi, s. 161, Ayrıntı, 2011.

ölümcül bir hastalıkla acı içinde kıvransak da ölmemizi istemiyorlar! Onurla yaşayıp, onurla ölmek bir insan hakkı değil mi? Değil; tekelci kapitalist şirketlerin dünyasında insanın-insanlığın “onurla” yaşaması da, ölmesi de ne güç!

Oysa bir insan, bir dünyadır! Her bir birey aynı zamanda insanlığın tamamına yakın bir değeri, yüz bin yılı aşkın birikimi, evrimi temsil eder. Birey sağlığı ve toplum sağlığı bir diğerinin aleyhine düzenlenemez; tabiatın, kentlerin, suyun, havanın sağlığı da bu dengeye dahil edilerek, yüz bin yıllık anıların, kültürün, insan doğasının ışığı altında Gövde’si, Akli ve Tin’i olan bir “insan sağlığı felsefesi” oluşturulmak zorundadır. Ama bu “iş”, bir “Çin Bambu Ağacı” bakımı sabrını aşan bir eylem olarak kabul edilmelidir. Toplumsal süreçler, beş yıl sonra toprak yüzeyinde yeşeren bambu tohumlarından daha inatçı ve daha nankördür.

BU MESLEK SEVMEDEN YAPILMAZ

Çiğdem Gül

Tıp branşları içinde hastaya en yakın meslek grubu hemşireliktir. Hemşireler, hekimin direktiflerini uygulayan kişiler olarak bilinmişlerdir yüzyıllarca. Hepimiz için bu kadar önemli olan sağlığımızı kazanmada katkısı en küçük olan meslek olarak bilinir hemşirelik. Ciddi bir bilgiye sahip değillerdir, doktor planlar ve hemşire uygular.

Oysa, hastayı; fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden tanıyıp bir bütün olarak ele almak ve kendine yeter duruma gelinceye kadar bakım ihtiyaçlarını karşılamak, tanı ve tedavi girişimlerini uygulamak, hastanın kısa sürede iyileşmesini sağlamak, taburculuk sonrası kendi bakımını sürdürebilmesini düzenlemek gibi görevleri gerçekleştirmekteyiz.

Gece çalışmanın toplumsal ve ailevi işleri olumsuz etkilemesi, sürekli olarak sağlıksız insanlar ve yakınlarıyla çalışma zorunluluğu, uykusuzluk, ayakta çalışma, yorgunluk, hayatı tehdit eden hastalıklara yakalanma riski, şiddete maruz kalma, alandaki yenilikleri takip etme gereği, ekip-içi çalışma problemleri, zamana karşı yarış, tüm bunlara karşın ücretlendirmede yıpranma payının düşüklüğü, ücretin bir bütün olarak düşük olması gibi ciddi sorunlar yaşamaktayız.

“Tükenmişlik sendromu” araştırmalar sonucunda en çok sağlık çalışanlarında görülmektedir. Tükenme ciddi bireysel ve kurumsal sorunlara yol açmaktadır. Tükenme, görevlilerin işe geç gelmesi, erken ayrılması, sık sık rapor alması, işte yeniliklerin, yapıcı eleştirilerin, üretkenliğin ve yaratıcı girişimlerin kısırlığı gibi sorunlarla kendini göstermektedir.

Hemşirelikteki yoğun iş yükü, yüklenen hasta sorumluluğu, kronik ve ağır hastalara bakım verme gibi sebepler ve bunun yanı sıra çalışma şartlarındaki olumsuzluklar, işle ilgili stres ve gerginliğe; devam etmesi durumu ise tükenmişliğe yol açabilir.

Hemşirelik yönetmeliğinde değişiklik yapılmasına dair esasların bazılarından bahsetmek istiyorum.

Hastanelerde “başhemşirelik”ler kaldırılmış, hemşirelikle ilgili hükümler işlemez hale gelmiştir.

Tezli yüksek lisans yaparak uzmanlaşan, hatta bilim doktora sahibi hemşirelere hiçbir kadro hakkı tanınmamıştır.

Hemşirelikle ilgisi bulunmayan kişiler mesleğimizle ilgili çalışma ve karar verme yetkisine sahip olmuştur.

Hemşirelik emeği en az karşılık bulan meslek haline gelmiştir.

“Hemşirelik mesleğini herkes yapar” düşüncesiyle olmadık kişiler sorumlu ve başhemşire olarak görevlendirilmiştir.

Avrupa ülkelerinde 7 hemşirenin yaptığı işi ülkemizde 1 hemşire yapmakta ve yedide biri kadar ücret almaktadır.

Nöbetli, vardiyalı gece çalışması kanser davetiyesidir. Gece 23-06 saatleri arası salgılanan melatonin hormonu bağışıklık sistemini ve stresi olumlu yönde etkiler. Gece ışığına maruz kalma ve elektro manyetik alanlar melatonin üretimini azaltmakta, bu azalma kanser ve Alzheimer gibi hastalıklara yakalanma riskini artırmaktadır.

Kamuda gittikçe yaygınlaşan “az sayıda çalışanla çok iş yapma” mantığı sağlık alanında hemşirelere daha çok mesai, nö-

bet, icapçılık, fazla ve karşılıksız çalışma, keyfi nöbet yazmalar olarak yansımaktadır.

Sonuç olarak hemşirelik, sağlık disiplinleri içinde, bire bir insan ilişkilerinin yaşandığı, yoğun iletişim ve hizmet gerektiren bir meslektir. Sistemin yarattığı bunca soruna rağmen hemşireyi hemşire yapan mesleki bilgisinden çok insanlığıdır.

SAĞLIK ÇALIŞANLARI GÖZÜNDEN SAĞLIĞA BAKIŞ

Dinçer Korkmaz

I. GENEL BAKIŞ: PARAN KADAR SAĞLIK

Her şeyin başı sağlık! Sağlıklı değilseniz ne iyi bir öğrenci, ne iyi bir eğitimci, ne iyi bir esnaf ne de iyi bir çiftçi olabilirsiniz. İnsanlar hayatlarını sürdürürken bazı şeylerden ödün verebilirler. Maddi durumunuz iyi değilse eğitiminizden ve beslenmenizden ödün verebilirsiniz. Ancak sağlık hiçbir şeye benzemez. Herhangi bir sağlık sorunuyla karşılaştığınızda tedaviye ulaşmak için evinizi, arsanızı, arabanızı satarsınız. Kısacası maddi durumu iyi olsun olmasın yaşayan herkesin tedavi için yoktan var etme zorunluluğu vardır. Pazar payının çok yüksek olduğunu bilen küresel sermaye sağlık alanında yatırımlarını hız kesmeden artırmaktadır. Özel sektörün son on yıl içinde sağlık alanında pay artışı aşağıdaki tablolarda görülmektedir.

AKP hükümetinin oylarını yükselten en büyük etkenin sağlık alanında yaptığı değişiklikler olduğu söylenir. Seçmenlerin gözünde AKP hükümetinin sağlık alanında yaptığı olumlu değişiklikler nelerdir? Kısaca özetleyelim;

– Sağlığa ulaşımın hızlanması, sevk zincirinin kaldırılması, artık özel hastaneye bile elinizi kolunuzu sallayarak gidebilmeniz,

- SSK’lı hastaların artık ilaç kuyruklarında beklemiyor olması,
- İnsanların bir telefon kadar yakınlarına aile hekimleri tahsis edilmesi,
- SSK’lı hastaların da Üniversite hastanelerinden yararlanabilmesi,
- SGK adı altında sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altına toplanması,
- GSS sistemi ile daha iyi hizmetin alınması. 18 yaşından küçüklerin tamamının sigorta kapsamı içine alınması,
- 182 hattı ile randevuların alınıp doktor seçme hakkının getirilmesi,
- Sağlık kurulu raporlarının daha kısa sürede çıkarılıp internet ortamına yansıtılması, gereksiz fotokopilerin ortadan kaldırılması,
- Sağlık karnesi yerine sadece nüfus kâğıdı ile muayene olabilmek,
- Özel muayene ücretlerinin kaldırılması

Tabii bu uygulamalar insanları memnun eden, insanların işlerini kolaylaştıran ve bu nedenle de en çok beğenilen uygulamalardır.

Ancaaaaaaaak, sağlık sistemi yukarıdaki örneklerde anlatıldığı gibi tozpembe değildir. Sağlık harcamaları incelendiğinde, yukarıda yazılanların işin reklamlar kısmından ibaret olduğu anlaşılmaktadır. Türkiye’nin toplam sağlık harcamaları 9 yılda 8 kat artmıştır. SGK verilerine göre toplam sağlık harcamaları 2001 yılında 4 milyar 576 milyon TL iken bu rakam 2010 yılında 27 milyar 504 milyon TL artarak 32 milyar 80 milyon TL’ye ulaştı. 2011 yılının ilk 2 ayında yapılan sağlık harcaması ise tek başına 2001 yılını geride bıraktı ve 5 milyar 685 milyon TL düzeyinde gerçekleşti. Aşağıdaki tabloda toplam sağlık (devlet hastaneleri, aile sağlığı merkezleri, özel sağlık kuruluşları ve üniversite hastaneleri) harcamalarının dolar bazında, yıllar içindeki dağılımını göreceksiniz.

Yıl	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08
Milyar dolar	12.96	13.72	10.71	12.96	16.70	21.60	26.46	30.86	39.12	44.76

Acil servis dışında özel hastanelere başvuru yaparsanız, tedavi masraflarınız için o özel hastaneye hem SGK hem de siz %30 - %90 arasında değişen oranlarda katılım payı vermektedirsiniz. Bu sistem özel hastanelere muazzam bir kaynak aktarmanın önünü açmıştır. Devlet hastanelerinin toplam SGK tedavi harcamaları içindeki payı 2001-2008 arasında %65.9'dan %52.5'e gerilerken, aynı dönemde üniversite hastanelerinin payı %18.3'ten %16.1'e düşmüştür. İşin ilginç, 2001-2008 döneminin en kazançlısı özel hastaneler olmuş, payları %15.8'den %31.4'e fırlamıştır.

2001-2008 devlet hastanelerine aktarılan tedavi harcamaları 5,84 kat, 2001-2008 üniversite hastanelerine aktarılan tedavi harcamaları 6,44 kat, 2001-2008 özel hastanelere aktarılan tedavi harcamaları 14,73 kat artmıştır.

Sağlığa ulaşım hızlandığı için poliklinik sayıları arttı; o yüzden de sağlık harcamalarında böyle muazzam bir artış yaşanmıştır diye düşünebilirsiniz. Sağlık bakanlığı tarafından polikliniklere masraf kotası kondu ve cerrahi branşlarda muayene başına 65 TL, dahili branşlarda muayene başına 55 TL'den fazla muayene ücreti artık ödenmiyor. Tanı ve tedavi için muayene kotasını aşan kısmı artık hastaneler karşılamak zorunda kalıyor. 2000'li yılların başında bir hemogram testi 25 TL iken bugün 5 TL, 5 mg'lık bir kutu comadin 12 TL iken bugün 6 TL civarındadır. Sağlık bakanlığının masraflarını bu kadar muazzam önlemlerle kısmasına rağmen hâlâ sağlık harcamalarında bir artışın yaşanması kabul edilebilir değildir. Sağlık harcamalarındaki artışın en önemli sebebi poliklinik sayılarındaki artış değildir. Poliklinik sayılarındaki artış sağlık sistemimizin daha iyiye gittiğinin değil koruyucu sağlık hizmetimizin çöktüğünün ifadesidir.

Sevk zincirinin kaldırılması SGK'nın harcamalarını daha da

yukarıya çekmektedir. Basit bir soğuk algınlığında bile hastalar artık hastanelerin yolunu tutmaya başladı. Günümüzde devlet hastaneleriyle üniversite hastanelerinin arasında hiçbir fark kalmamıştır. Üniversite hastaneleri tümör ameliyatları, kalp ameliyatları, nükleer tıp tetkikleri gibi ileri tetkik ve tedavi yapan kurumlar olmalıdır. Artık her iki hastanede de safra kesesi, tiroid ameliyatı yapılıyor.

Cepten sağlık harcamaları daha da artmıştır. Muayene ve reçete başına ücret ödeme dönemi başlamıştır. Örneğin; sigortalıyınız ve de çocuğunuzu pediatriye muayeneye getirdiniz. Doktor da piyasa değeri 4 TL'lik bir şurup yazdı. Eskiden eczanede şurubun sadece %20'si olan 0,80 kuruşu ödüyordunuz. Şimdi ise sigortalı olmanıza rağmen 4 TL'lik şurup için 5 TL muayene ücreti + 3 TL reçete ücreti + 0,80 ilaç katılım payı vererek toplamda 8,80 TL ödeme yapıyorsunuz. Ancak halkımızın çoğu bunun farkında bile değil. Çünkü sağlık bakanlığı muayene ücretlerinin tahsili için hastanelerde çalışan memurlarını değil de özel sektörde çalışan eczacıları kullanıyor. Eczacı, teyzeciğim 9 TL fark çıktı dediği zaman teyzemiz o 9 TL'yi ilacın %20 farkı sanıyor. Hâlbuki, 9 TL'nin 5 TL'si muayene ücreti + 3 TL'si reçete ücreti ve teyzemizin haberi yok. Bunun farkına varanlar ise gereken ilacı öğrendikten sonra resmi muayene girişi yaptırmak yerine elden ilaç alım yoluna gidiyor. Muayenelere ücret ödenmesi üzerine son yıllarda cepten sağlık harcamalarının arttığı gözlenmektedir.

Cepten Sağlık Harcamalarının Yıllar İçindeki Değişimi (ABD Doları)

Yıl	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08
Milyar dolar	3.77	3.81	2.44	2.57	3.09	4.15	6.03	6.79	8.53	9.76

(TÜİK, Haber Bülteni, 22.2. 2010'dan hesaplanmıştır)

Eskiden SSK'lı hastalar ilaçlarını SSK'dan alıyordu. SSK'nın kendi ilaç depoları vardı ve kendi ilacını kendisi ürettiyordu. İlaç için kuyrukta bekleyen hastaların canından bezmesi sonucunda devlet SSK hastanelerine daha fazla eczacı istihdam edip kuyukları azaltmak yerine çözüm olarak kendi ilaç depolarını ve ilaç fabrikalarını kapatıp hizmeti dışarıdan alma yoluna gitmiştir. Bu da ilaç alımlarında ciddi artışa yol açmıştır. Unutmayalım ki 2001'deki ilaçların fiyatları 2008'e gelindiğinde 4 kat artmamıştır.

SGK İlaç Harcamaları 2001-2008 (ABD Doları)

Yıl	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Milyar dolar	2.0	2.9	3.8	4.5	5.2	5.9	6.8	8.3

(SGK Sağlık İstatistikleri, 2009)

2001 yılında hastanelerde bir hemogram testinin devlete maliyeti 25 TL idi. Hastaneler döner sermaye gelirlerini artırmak için polikliniğe başvuran hastalardan sınırsız tetkikler isteyip SGK faturalarını şişiriyorlardı. Artık hastanelere bir hemogram testi için 5 TL, cerrahi branşlar için muayene başına 65 TL, dahili branşlar için muayene başına 55 TL ödeme yapılıyor. Bunlara rağmen tedavi harcamalarımız 10 kata yakın artmış durumdadır.

SGK Tedavi Harcamaları 2001-2008 (ABD Doları)

Yıl	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Milyar dolar	1.5	1.9	2.9	4.2	4.2	5.9	7.9	10.8

(SGK, Sağlık İstatistikleri, 2009)

Gelelim işin gündelik hayatına. Halk yukarıdaki tablolara bakmaz. Halk sağlıkta tedavi, ilaç ve özel sektöre aktarılan paranın artış miktarıyla ilgilenmez. Halkımız sağlığa ulaşım hızına, sağlıktaki otelcilik hizmetine bakar. Ancak gün gelecek **PARAN KADAR SAĞLIK HİZMETİ** anlayışı iliklerimize kadar

işleyecek. Bireyler şu anda sadece sağlık masraflarını ciltlerinde hissediyorlar.

Eskiden muayene katılım ücreti yoktu, artık var.

Eskiden emeklilik yaşı 40-45 civarıydı, artık 60-65 yaş.

Eskiden SGK primi dışında ödenen bir prim yoktu artık GSS adı altında ikinci bir prim var. Durumu iyi olmayanların GSS primi devlet tarafından karşılanacak ancak her türlü katılım payı hastalardan alınmaya devam edilecek.

Zamanla yatarak tedavi gördüğünüzde, laboratuvar tetkiki yaptırdığınızda, protez ve ortez gereksiniminizde, kısacası sağlık alanının her aşamasında katılım payı iliklerimize kadar işleyecek. İşte o zaman halkımız sağlık hizmetine bu kadar hızlı ulaşmaya devam edebilecek mi?

Unutmayalım ki, iyi finanse edilemeyen sürekli harcamaların katlandığı sistemler sürdürülebilir değildir. Yatırımlarınızı koruyucu sağlık hizmetinin daha da güçlendirilmesi yerine 2. basamak, 3. basamak ve de özel sektöre kaydırırsanız sağlık sisteminiz ileride muhakkak iflas edecektir.

II. SAĞLIKÇILARIN GÖZÜYLE İŞ HAYATI: BİR ZAMANLAR EKİPTİ SAĞLIKÇILAR

Sağlık bir "EKİP" işidir. Bu cümle artık klişeleşmiştir ve de bilmeyenimiz yoktur herhalde. Niçin söylenmiştir peki?

Patoloğun vaka tarayabilmesi için teknikerlerin hazırlayacağı preparatlara ihtiyacı vardır, anestezi uzmanı/teknisyeni olmazsa cerrah ameliyat yapamaz, laborantların/radyoloji teknikerlerinin çalıştığı tetkikler olmazsa klinisyen teşhis koyamaz, patolog olmazsa teknikerin hazırladığı preparatlar da bir anlam ifade etmez, temizlik personeli olmazsa hiç kimse o kurumda çalışamaz, tıbbi sekreterler olmazsa hastaların karşılanması, dosya arşivi gibi işlemler duracaktır.

Kısacası HASTA, DOKTOR, EBE, HEMŞİRE, LABORANT, TEKNİKER, TEMİZLİK işlerinde çalışan tüm emekçiler bu

EKİBİN ayrılmaz birer parçalarıydı bir zamanlar.

Bir zamanlar diyorum çünkü günümüzde artık sağlık bir EKİP işi olmaktan çıkmış durumdadır. En basit örnekle açıklarsak genellikle Sağlık İl Müdürlükleri 14 Mart Tıp Bayramı münasebetiyle yemekler düzenler. Sanki tıp bayramı sadece doktorlara has bir bayrammış gibi genelde doktorlar dışında sağlıkçı çağrılmaz bu yemeklere.

Tabii bu işin gerçek olan mizah kısmı. Maalesef EKİP ruhu hükümetlerin zamanla çıkardıkları yasalarla yok olmuştur. Peki, sağlıktaki EKİP ruhu; sağlık hizmetleri sınıfında çalışanların gözüyle (657 idari personel) neden yok ediliyor? İdari personelin en çok karşılaştığı sorunların neler olduğuna dilerseñiz bir göz atalım:

— TAŞERON (4a, 4b, 4c, temizlik firması, veri hazırlama elemanı, cihaz elemanı vb.)

— TEMSİL GÜCÜ

— TAYİN

— TEDAVİ SÜRECİ (sıra kavgaları)

— AKADEMİK PERSONEL ÇALIŞMALARI (yayın)

— SAĞLIK HİZMETLERİ SINIFINDA ÇALIŞANLARIN GÖREVLERİNDE YÜKSELEMESİ

— MESLEKİ KONGRELER

— PERFORMANS SİSTEMİ

— SOSYAL TESİS EKSİKLİĞİ

Biz sağlıkçıların çalıştığı bu dükkânlarda neler yaşanıyor, ne gibi dedikodular dönüyor sırasıyla irdeleyelim.

Taşeron Uygulaması

Çalışma hayatında ASIL işveren – ALT işveren (TAŞERON) uygulaması 1936 tarihli 3008 sayılı İş Kanunu ile hukukumuzda girmiştir. Sağlık alanında TAŞERON uygulamaları karşımıza ilk temizlik firmaları ile çıkmıştır. Daha sonra TAŞERONLAŞMA doktorlar dışında sağlık alanında çalışan tüm personeli içi-

ne alacak şekilde daha da büyümüştür.

1. Poliklinik ve servislerde çalışan sekreterler: veri hazırlama şirketinin elemanları olarak,
2. Temizlik işi yapan personeller, hastabakıcılar, hemşireler: temizlik firması elemanı olarak,
3. Güvenlik elemanları: güvenlik firması elemanı olarak,
4. Yemekhane çalışan personel: yemekhane personeli olarak,
5. Laboratuvar çalışan laborantlar, radyolojide çalışan teknikerler: hizmet alımı ihalesiyle ihaleyi alan firmanın elemanı olarak,

istihdam edilmeye başlandı. Yukarıdaki pozisyonlarda çalışanların sayısı her geçen gün çığ gibi artmaktadır. Sağlık alanındaki EKİP ruhuna zarar veren en büyük etkenlerin başında geliyor TAŞERONLAŞMA. Sağlık bakanlığının ve de Maliye bakanlığının hastanelere yeterli kadro açmamalarından dolayı hastane idarecileri personel sorununu aşmak için TAŞERONLAŞMAYA can simidi gibi sarılmış durumdalar. Hem personel yetersizliği karşılanıyor hem de hizmeti daha ucuza almış oluyorsunuz, ANCAK...

Aynı işi yapmalarına ve aynı süre çalışmalarına rağmen taşerondan çalışan emekçiler daha az ücret almaktalar. Kurumun çeşitli olanaklarından ya kısıtlı faydalanıyorlar ya da hiç faydalanamıyorlar (servis, kreş vb.), döner sermaye ödemesi almıyorlar, sendikasız ve güvencesiz oldukları için emir eri gibi çalışıyorlar, her zaman işten atılma korkusu ile stres içinde çalışıyorlar, akıllara gelen her iş onlara yaptırılıyor. İşte 4A, 4B, 4C, TEMİZLİK FİRMASI ÇALIŞANI, CİHAZ ELEMANI, VERİ HAZIRLAMA ELEMANI, YEMEKHANE ELEMANI, GÜVENLİK ELEMANI kavramlarıyla karşımıza çıkan “Taşeronlaşma”; İŞ BARIŞINI BOZAN, EKİP RUHUNU tamamen ortadan kaldıran en büyük etkenlerdir. Bir tarafta döner sermaye alan, maaşı diğerinin 2-3 katı olan, kurumun tüm sosyal haklarından faydala-

nan, sendika üyesi olma konusunda daha az sıkıntı yaşayan bir kadrolu memur, diğer tarafta ise ücreti düşük, döner sermaye ödemesi almayan, sosyal hakları kısıtlı olan taşerondan çalışan personel düşünün. Her iki çalışandan da aynı işi yapmalarını isteyip aynı verimi almaya çalışacaksınız, bu hayalcilikten öte bir şey değildir. Belli bir noktadan sonra taşeron çalışan arkadaştan, bana ne ya senin aldığın ücretin yarısını alıyorum, bu işi de sen yap, gibi serzenişler duymaya başlıyorsunuz.

Biz sağlıkçılar TAŞERONA dur demezsek o taşeron yapı en son gelip bizim çalıştığımız birimde de bir gün mutlaka uygulanacaktır.

4B, 4C kadroları taşeronlaşmanın ikinci bir boyutudur. Hükümette bunu çok iyi kullanmaktadır. AKP hükümeti seçim zamanı 4B kadrolarında çalışan memurların tamamını 4A kadrosuna aldı. Seçimden sonra 4B kadrosunda personel istihdamı yaptı. Bu ne perhiz bu ne lahana turşusu!

Temsil Gücü

Sağlıktaki uygulamaların (yasal değişiklikler, yönetmelikler, genelgeler vb.) büyük bir çoğunluğu hekim merkezli çıkmaktadır. Performans sistemi, tamgün yasası, aile hekimliği uygulaması gibi örnekleri irdelediğimizde hekim merkezli politikalar olduğunu göreceksiniz. Sağlık alanına yön verecek bu köklü değişiklikler yapılırken Sağlık Bakanlığı maalesef ne Tıp Odasının, ne sendikaların ne de demokratik kitle örgütlerinin görüşünü almaktadır. Karar mekanizmalarına yukarıdan aşağıya doğru bir bakarsak hemen hemen tüm idari birimlerde doktorların olduğunu göreceksiniz.

Sağlık bakanı, tedavi hiz. genel müd., sağlık hiz. genel müd., il sağlık müdürleri, hastane başhekimleri, rektörler, tıp fakültesi dekanları vb. Tabii ki bizler (sağlık hiz. sınıfı idari personeli) dekan ya da başhekim olalım demiyoruz ancak baş-hemşiremizi, servis sorumlu hemşirelerimizi bizler seçmek is-

tiyoruz. Komisyonlarda (döner sermaye komisyonu, disiplin komisyonu, eğitim komisyonu vb.) doktorların dışındaki meslek gruplarına yer verilmesi elzemdir.

Rektörlük seçiminde akademik personelin söz hakkı var (oy hakkı) ama idari personelin yoktur. Ülke seçimi için söylenmiş olan şu gafı düşünün: “Dağdaki çobanla profesörün oyu hiç bir olur mu?” Tabii ki rektörlük seçimi genel seçimler ile bir tutulamaz. Bilim yuvalarında bilimi veren öğretim görevlileridir. O yüzden öğretim görevlilerinin rektörlük seçimlerinde direkt olarak söz hakkı olmalıdır. Ancak üniversite rektörü o kurumun hem akademik hem idari personelinin en büyük idari amiridir. Tayin, disiplin soruşturması, idari soruşturmalar ve idari cezalar, döner sermaye katkı paylarının oranlarının onaylanması gibi işlemlerde akademik olduğu kadar idari personelin de en büyük sicil amiri konumundadır rektörler. Bu sebeplerden dolayı rektörlük seçimlerine %80 akademik personelin oyları + %20 idari personelin oyları şeklinde yeni bir sistem getirilmelidir ki böylelikle kendilerini yönetecek kişilerin seçiminde akademik personel kadar olmasa da idari personelin de söz hakkı olabilsin. Rektörlük seçimi bir yana, servislerde çalışan sorumlu hemşireyi bile ilgili ana bilim dalı başkanı ya da başhemşire atıyor. Maalesef ne rektörün, ne başhemşirenin, ne sorumlu teknisyenin ne de servis sorumlu hemşiresinin seçiminde hiçbir söz hakkımız yok.

Tayin

Eş durumundan, eğitim durumundan, sağlık sorunlarından tayinler sağlık bakanlığına bağlı kuruluşlara göre daha zordur üniversite hastanelerinde. Önce tayin olarak gitmeyi düşündüğünüz kuruma dilekçe vereceksiniz, başvurduğunuz kurumda sizin çalışacağınız kadronun boş olması durumunda o kurum sizi kabul edecek ve sizi kurumunuzdan isteyecek. Eğer sizin kurumunuz muvafakat verirse gidebiliyorsunuz. Personel ye-

tersizliğini göz önünde bulunduran kurumların muvafakat vermemesinden dolayı uzun süre eşinden, çocuklarından, kendi akrabalarından ayrı çalışmak zorunda kalan birçok sağlıklı tanıyorum. Bir türlü aile birliğini kuramayan bu insanlar işlerinde mutsuz ve de verimsiz çalışmaya başlıyorlar zamanla. Tayin olamayan kişiye istifadan başka seçenek kalmıyor. Bu pozisyonda olan bir doktor ve de hemşire düşünün. Doktor kendisine yeni bir tıp fakültesi hastanesi bulduğunda istifa edip rahatlıkla gidebiliyor. Ya da özelde çalışabiliyor. Peki ya hemşire? İstifa ettiği an eğer özelde iş bulabilirse asgari ücretle çalışmaktan başka seçeneği yok. Öğretim üyeleri YÖK'e bağlı bir kurumdan istifa ettiğinde o ay başka bir üniversite hastanesinde işe başlıyorken hemşire arkadaş 6 ay beklemek zorunda kalıyor. Bu bir çifte standarttır.

Kurumlar her 5-10 yılda bir tayin gitmeyi düşünen personeli tespit etmeli ve ona göre çözüm yollarına başvurmalıdır. Aile bütünlüğünü bozmaya kimsenin hakkı yoktur.

Tedavi Süreci (Sıra Kavgaları)

Tedavi esnasında SIRA BEKLEMEDİKLERİ için sağlıkçılar acımasızca eleştirilirler. Biz sağlıkçıların karşılaştığı sorunlardan birisi de tedavi. Kendiniz, eşiniz, çocuğunuz, anne ya da babanızdan birisi rahatsızlanırsa ve de çalıştığınız kurumda tedavilerini yaptırıyorsanız vay halinize. O gün hem rutin işlerinizi aksatmadan yürütmeye çalışacaksınız hem de muayene, tetkik gibi işlemlerle uğraşacaksınız. Farklı bir kurumda çalışıyor olsanız kendiniz ya da birinci derece yakınınız için hastaneye başvurduğunuzda o gün izinli sayılıyor ve çalışmıyorsunuz. Bir laborant, röntgen teknisyeni, poliklinik sekreteri, doktor düşünün. Normal hastalar gibi muayene olurken, film çektirirken, kan aldırırken, sonuç beklerken sıra beklerse, laboratuvar veya röntgen sonuçları için bekleyen tüm hastaların sonuçları aksayacak, poliklinik sekreterinin tüm hastaları

yığılacak, doktor arkadaşı bekleyen hastalar muayene olamayacaklardır. Diğer hastaların mağdur olmaması için o hastane personelinin bir an önce tedavi ile ilgili işlerini halletmesi lazım, aksi takdirde o kişi işinin başına geç döneceğinden o birime başvuran hastaların tümü mağdur olacak. Bu sorunu ortadan kaldırmak için çeşitli tedbirler alınabilir. (Tabii bu sistimale çok açık bir konu. Çözüm önerileri sadece ve sadece kişinin kendisi ve de birinci derece yakınları içindir.)

Birimlerin kapılarında, sağlıkçıların birinci dereceden akrabalarını kendi çalıştığı kurumda muayene ettirmeleri halinde sıra beklemeyeceklerini içeren bilgi notlarının olması gerekir. Sağlıkçılar için polikliniklere belirli saat dilimleri ayrılabilir.

İdareciler tarafından yukarıdaki iki formülde uygulanamıyorsa, vizite çıkmış sağlıkçılardan asli işlerinin yapmasını beklememek gerekir.

Akademik Personel Çalışmaları (Yayın)

Eğitim ve araştırma hastanelerinde gerek asistanların gerekse de öğretim görevlilerinin tez ve akademik yayın için çeşitli çalışmaları olur. Bu çalışmalar sonunda asistanlar tezlerini hazırlamış, öğretim üyeleri ise yükselebilmek için gereken yayınlarını yapmış olur. Bu tarz akademik ve de bilimsel çalışmaların yapılabilmesi için kurumun yeterli idari-teknik personele ihtiyacı vardır. Bazı öğretim üyelerinin, bu çalışmalar için kendi biriminde çalışan idari personelin üzerinde baskı kurması, zorlaması, yaptırımlarda bulunması hiç hoş karşılanacak şeyler değildir. Unutmayalım ki bu tarz çalışmalar idari personelin (laborant, hemşire, röntgen teknisyeni, hastabakıcı, sekreterler) asli görevleri değildir ve de hiçbir şekilde buna zorlanamazlar. Yayınların atölye kısmında emeği geçen idari personelin isimlerinin genelde yayınlara yansımadığını görürsünüz. Makam kullanılarak, baskı yaparak değil hoşgörü ve de tatlı dille bu çalışmalar yapılırsa hiçbir sorun çıkmayacaktır. Unutmayalım ki tatlı dil yılanı deliğinden çıkarır.

Sağlık Hizmeti Sınıfında Çalışanların Görevlerinde Yükselmesi

Yıllardır aynı kadroda aynı işi yapan kişilerin yaptıkları işten sıkılmaması, mesleklerinde daha başarılı olmaları için kişilere çeşitli şanslar tanınır. Bu şanslardan birisi de; kurumlarda belirli dönemlerde yapılan görevde yükselme ve unvan değişikliği sınavlarıdır. Bu sınavla kişiler idareci, şef, müdür yardımcısı gibi görevlere yükselir. Yardımcı doçentlikten doçentliğe, doçentlikten profesörlüğe, memur kadrosundan fakülte sekreterliğine, ambar memurluğundan müdür yardımcılığına geçişler insanları daha çok çalışmaya ve mesleklerinde en iyi olma yoluna iter. Ancak sağlık hizmetleri sınıfında çalışanlar için durum hiç de böyle değildir. Dünyanın en iyi teknikeri, laborantı, hemşiresi, hastabakıcısı olmanız size artı bir değer katmamaktadır. Mevcut yapıyla ne ücretinizde ne de unvanınızda bir farklılık olur. Ücret ve de kadro unvan değişikliğinin yaşanmadığı ortam (hedefsiz ortam) kişileri zamanla iş doyumunda azalmaya ve de monotonluğa itmektedir.

Mesleki Kongreler

Dernekler, firmalar, üniversiteler tarafından mesleki kongreler düzenlenmektedir. Kongreler, katılım ücreti, ulaşım ve konaklama masrafları ile çıkıyor katılımcıların karşısına. Bazı firmalar kongrelere katılacak katılımcıların masraflarını zaman zaman karşılasa da kongre masraflarının katılımcıları zorladığı gerçeğini değiştirmiyor bu durum. Kurumların döner sermayesinden, kongrede sunulacak poster, vaka ya da yayın sunumları maddi olarak desteklenmelidir.

Kongrelerde idari personelin görevleriyle ilgili mesleki konulara yok denecek kadar az yer verilmektedir. Taşrada çalışan sağlık hizmetleri sınıfına dahil (hemşire, laborant, ebe, sağlık memuru vb.) personeller, meslekleri ile ilgili yeni gelişmelerden ve yeni metotlardan ya haberdar olamıyorlar ya da yıllar

sonra haberdar oluyorlar. Bir patoloji teknikeri olarak on iki yıllık çalışma hayatım boyunca toplam 3 kez mesleğimle ilgili kongrelere katıldım. Patoloji teknikerliği ile ilgili on iki yıldan beri yapılan hiçbir kongreyi kaçırmamama rağmen ne yazık ki dört yılda bir kongreye katılım sağlayabilmişim. Bu kongrelerde yeni çıkan cihazları tanıma, doku boyalarında yaşanan sıkıntıları giderme, ihaleler için gereken şartname tekniklerini öğrenme gibi birçok faydalı bilgiye ulaşma şansımız oldu. Kongre dönüşlerinde öğrendiğimiz yeni bilgileri laboratuvarımızda uyguladık ve çok güzel sonuçlar aldık. Daha optimum sonuçlar almak, sağlık hizmetinde kaliteyi artırmak için idari personelin mesleki alanlarıyla ilgili kongrelere daha sık yer verilmelidir.

Performans Sistemi

Kelime anlamı “başarım” olan performans, çalışanın yaptığı iş için harcaması gereken maksimum enerji, bilgi, kişisel yeterlilik ve işten aldığı doyumunu ifade eder. Sağlık bakanlığına bağlı hastanelerden sonra üniversite hastanelerinde de tam gün yasasıyla performans sistemi devreye girdi.

Performans sisteminin yaşama geçirilmesi, tıp fakültelerinin üniversite niteliklerinden arındırılmasına, üniversitenin en önemli özelliği olan araştırma ve eğitimin geri plana itilmesine neden olmaktadır. Performans sistemi sporcular için uygulanırsa bir sorun teşkil etmez, ancak sağlık hizmeti (muayene sayısı, ameliyat sayısı, tahlil sayısı) için uygulanırsa birçok yanlışı beraberinde getirir.

Performans sistemi uygulayan ülkeler incelendiğinde, “performansa göre ücret” politikasının hastalara zarar verdiği görülecektir. Öncelikle hastalara ayrılan muayene zamanı azalmaktadır. Her hastaya 20-25 dakika muayene süresi ayırmak gerekirken, bu süreyi 5 dakikaya indirip doktorları günde 80-100 adet poliklinik muayenesi yapmaya iten sistem, her türlü hataya gebe bir sistemdir. Unutmayalım ki doktorlar ne bir for-

mula aracı, ne de bir maraton sporcusudur. Bir doktora 80-100 poliklinik muayenesi yaptırmak yerine, o hastanedeki doktor sayısını artırıp doktor başına düşen poliklinik sayısını düşürmek daha nitelikli muayenenin önünü açacaktır.

Performansa göre ücret, sağlık harcamalarını artırmaktadır. Tanı ve tedavi sürecinde gereksiz girişimler artmıştır. Bu sistem niteliğe değil niceliğe değer vermektedir. Performans sistemiyle SGK'ya şişirilen faturalar her yıl artacağından, sağlığa ayrılan kısıtlı bütçe bu harcamaları karşılamaya yetmeyecektir.

Unutmayalım ki, kârlılık esasına göre hareket edilen sistemler bazen sağlıkta ölüm getirir. Tıp fakülteleri doktor, öğretim üyesi yetiştiren, bilimsel araştırma yapılan ve bilgi üretip bu bilgileri yaşama dönüştüren yerlerdir. Üniversite öğreniminde histoloji, anatomi, farmakoloji gibi dersler doktor adayları için hayati önem taşıyan derslerdir. Siz bu sistemle kalp damar cerrahisi uzmanına, kadın doğum uzmanına, genel cerrahi uzmanına daha fazla ücret ödeyip tıp fakültesi öğrencisi için hayati önem taşıyan histoloji, anatomi vb. uzmanlarına daha az ücret öderseniz, temel bilimlerdeki bilim adamlarınızı tamamen önemsizleştirirsiniz. Performansa göre ücret sistemi yüzünden gün gelir bir bakmışsınız tıp fakültelerinde temel bilimler branşlarında ders verecek öğretim üyeniz kalmamış.

Diyelim ki bazı doktorlar bu sistemi suiistimal ediyor, diyelim ki hükümetin anlattığı kadarıyla bu sistem süper bir sistem. Ancak yine de uygulanabilir değildir. Ülkemizde birçok üniversite hastanesinin maddi durumu bu kadar kötüyken siz çıkıp doktorlara on beş bin liraya kadar döner sermaye almanın önünü açıyorum dersiniz bu hayalcilikten başka bir şey değildir. Hiçbir üniversite hastanesinin bütçesi performans sisteminin en üst basamağından döner sermaye ödemeye müsait değildir. Sisteme idari personel açısından baktığınızda; performans sistemiyle idari personele maksimum %150 üzerinden, özellikle bölümlerde (acil, ameliyathane, diyaliz, yoğun

bakım vb.) çalışan personele maksimum %200 üzerinden döner sermaye ödenmektedir. Laborant olarak 10 tetkik yerine 500 tetkik çalışmanız, hemşire olarak serviste 5 hasta yerine 40 hastaya bakmanız döner sermaye ödemenizde ciddi bir artış sağlamayacaktır. Performans sisteminde yaptığınız iş ve kadronuza göre alacağınız en üst miktar belirlenmiştir. İsteseniz dahi belirtilen oranların üzerinde bir döner sermaye ödemesi alamazsınız. Bir önceki aya göre 2-3 kat fazla performans göstermenizin performans sisteminde bir karşılığı yoktur. PERFORMANS İCAT EDİLDİ MERTLİK BOZULDU...

Sosyal Tesis Eksikliği

Türkiye’de üç büyük kamu sektörü vardır. Eğitim, sağlık ve ordu mensupları. Hemen hemen her ilde bir öğretmen evi, askerlerin yoğun bulunduğu illerde ise ordu evleri görmekteyiz. Bu üç iş kolunda çalışanlardan sadece sağlıkçıların ülke çapında bir sosyal donatı merkezleri yoktur. Öğretmen evleri, ordu evleri gibi Türkiye çapında yayılmış “SAĞLIK EVLERİ”nin olmayışı bizler için büyük eksikliklerdir.

Sağlık evleri sayesinde sağlıkçılar bir araya gelebilir, konferanslar, paneller düzenleyebilir, özel günlerde eğlenceler ve yemekler düzenleyebilir, tedavi ya da farklı bir amaç için il dışına çıkıldığında ucuza konaklayabilirler.

YARALAYAN MODERN TIP

Fatma Türkan

Yıldız Kenter'in oynadığı "Nükte" adlı bir tiyatro oyunu vardır. Oyunda kanser hastası İngiliz Edebiyatı profesörü bir kadının hastanedeki son günleri anlatılır. Ayrıca oyunda yaşamın, bilimin, sanatın ve birçok şeyin paradoksal mahiyeti irdelenir. Mesela bir yerde profesör, "ben kanser olduğum için tecrit edilmedim, kanser tedavisi gördüğüm için tecrit edildim. Bu tedavi hayatımı tehdit ediyor," der. Oyunun ilerleyen bölümlerinde kendisinden ders alan bir tıp öğrencisinin hasta odasına girmeden önce söyleyeceklerini taklit eder ve öğrencinin hocasıyla vizit sırasındaki davranışlarına tanık oluruz. Tabii, oyunda entelektüel bir hasta gözüyle irdeleme ve ironi vardır. Ama tam da hekim-hasta ilişkisinin nasıl yabancılaştığına, ortada hastanın değil hastalığın olduğuna tanık oluruz.

Oyunda, mesleğine yabancılaşan, insanlara (hastalara) yabancılaşan sağlıkçılar boy gösterir. Aslında günümüz modern sağlık anlayışı da bu oyunu katbekat aşmıştır. Sürekli ilerleyen, teknolojiye boğulan tıp en zor hastalıklara are bulmaya çalışırken en kolay ve iyileştirilebilir hastalıklardan hâlâ milyonlarca insan ölmektedir. Sağlık sistemini, diğer sosyal olgulardan ayırt etmeden bütüncül olarak bakmak en doğrusudur. Geldiğimiz bu nokta sağlığın alınır satılır bir meta olması, pi-

yasalaşması üzerinden çok kâr edilebilir bir sektör olması 1980 sonrası geldiğimiz bir noktada değildir.

Michel Foucault “Kliniğin Doğuşu” adlı kitabında hastane-nin nasıl doğduğunu anlatır. Mali durumu iyi olmayan ya da ender rastlanan hastaların, hastaneye nasıl yatırıldığı anlatılır. Kliniğin doğuşu ile esas tedavi yerinin klinikler olduğunu, burada da asıl amacın tedavi etkinliği değil beden denetimi olduğunu vurgular. Hatta sağlıklı bedenlerin de nasıl tıbbi söylemin denetimine girdiğini anlatır. Foucault Aydınlanma Çağı sonrası tıptan bahseder. Oysa modern batı tıbbının babaları sayılan Yunan doktorlar bitkilere ve ameliyat tekniklerine dair bilgilerini kadınlardan öğrenmişlerdir. Milattan önce 7. yüzyıldan önce kalan seramiklerde, heykel ve frekslerde kadınların şifacılığı yalnız başlarına uyguladığı resmedilmiştir. Tarih öncesi dönemlerde eczacılığın, yönlendirme bilgisine sahip şifacılar olarak insanları iyileştirmenin izine millattan önce 7500'lere dek giden Sümer uygarlığında rastlarız. Ortaçağ ve Hristiyanlıkla beraber şifacı kadın imgesinin zedelenmesi zaman içinde kadınlara olan saygının azalmasına sebep oldu. Hristiyanlık ve kilise güç kazandıktan sonra şifacı kadınlar üzerinde denetim artırıldı. 14. ve 17 yüzyılda cadı avlarının hedefleri haline getirildiler (bkz. Barbra Ehrenreich *Cadılar, Büyücüler ve Hemşireler*).

Batıda kadın cadı, ebe ve şifa verici kelimelerinin etimolojik ve tarihsel olarak birbiriyle bağlantılı olduğu belirtilir (Fatma-gül Berktaş). Avrupa’da tıp 14. ve 17. yüzyıllarda erkek egemenliğindeki bir meslek haline geldi ve kadınlar tıp eğitimin-den uzun süre dışlandı. Örnek aldığımız ABD’de sağlık çalışan-larının %80’i kadın olduğu halde, halen bunların çoğu erkek doktor hakimiyeti altında çalışıyor. Mart 2008’de yayınlanan YÖK, DPT ve Sağlık Bakanlığı’nın hazırladığı Türkiye Sağlık İnsan Gücü Durum Raporu’na göre Türkiye’de 103 bin 177 he-kim aktif çalışıyor. Bunların sadece %20’si kadın. 32 bin 509

hemşire ve 46 bin 172 ebenin aktif çalıştığı ülkemizde hemşirelerin sadece %5'i erkek. Yani sağlık sektöründe kadınlar büyük oranda erkek yönetimi altında çalışıyor. Sağlık sektöründe ağırlık kadınlardadır. Toplam sağlık iş gücünün %57'si kadındır. Ancak 35 yaş altı sağlık iş gücünde kadın oranı %66'dır.

Cinsiyet ayrımı tarihsel yönüyle tıp biliminden daha eskidir. Kurumsallaşmış cinsiyet ayrımı erkek iktidarının, kadın aleyhine geliştirdiği bir üründür. Ebe ve hemşirelerin, kadın statüsünün yükseltilmesinde, kadının şiddetten korunmasında ve sağlık hizmetine ulaşma hakkında, diğer özgürleşme çabalarında savunucu rolleri olduğu iddia edilir. Oysa bizim meslek grubumuzun bu savaşımları önce kendi içinde, sonra tıp içinde vermesi gerekir. Kendi özgürlüğünü ve mesleki özerkliğini sağlayamayan bir meslek grubunun toplumu dönüştürebilme etkisi olanaksızdır.

Hemşirelik yüksek okullarında kadınların indirildiği bu pozisyonun, tarihsel süreçten doğru sorgulaması yapılmadan hemşirelerde özgüven araştırması konulu anketlerin sonuçlarının eksik çıkacağı kanısındayım. Türkiye'deki sağlık kuruluşlarında 1., 2. ve 3. basamaklarda, özellikle 3. basamak üniversite hastanelerinde mevcut statükocu, hiyerarşik yapılandırmanın kendisi ve özgüveni kırıcı yapısı sorgulanmadan doğru sonuçlara ulaşılamayacağına inanıyorum.

Sağlığın ve Sağlıkçıların Gaspsı

Modern toplum ve kurumlarını eleştiren İvan Illich, 1975'te yazdığı *Sağlığın Gaspsı* adlı eserinde aşırı uzmanlaşmadan, yaşamın tıbbileştirilmesinden ve modern tıbbın neden olduğu hastalıkların, tıbbi kazaların normal hastalıklardan nasıl daha fazla olduğundan bahseder. Denetlenemeyen bir otorite olarak tıp kurumunun topluma zarar veren bir yapıya nasıl büründüğünden, daha önceleri doğrudan tıbbın konusu olmayan doğum, yaşlılık, ölüm gibi olguların tıbbileştirilmesinin top-

lumların kendi sorunlarıyla baş edebilme yeteneğini azalttığından bahseder. Sağlığın bazı standart değerlere uygun olmayla değerlendirildiğinden ve bu standarttan küçük bir sapmanın hastalıkla eşleştirilerek tedavi mekanizmasının devreye girdiğinden, bunun sağlığa zarar verici niteliklerinden bahseder.

Bugün de hortumlarla, kablolarla, demirden bir göğüsle hastayı yaşatmak çok kârlı bir “iş”tir. Yoğun bakımlara büyük kaynak aktarılmasının altında “hastalara hizmet”ten çok hastanenin “verimlilik politikası” yatmaktadır. Yüksek teknolojilerin kullanıldığı modern hastanelerin kazanma kapasitesi hesaplanabilir sağlık üzerinedir. Oysa koruyucu sağlık hizmeti kâr sağlamak üzere yatırım yapılabilecek bir alan değildir. O yüzden, sağlık çalışanı istihdamı ve tıpta uzmanlık gibi profesyonellik isteyen uzun eğitim süresi gerektiren alanlardan mezun olanlar “hastane fabrikalarında” yoğunlaştırılır.

Çalışma süreleri değerlendirildiğinde, haftalık çalışma süresi 40 saat kabul edildiğinde, çalışanların %48’i bu sürenin üzerinde çalışmaktadır, 60 saatin üzerinde çalışanlar ise %13 civarındadır (Dr. Ata Soyer, 21.06.2010). Özel hastanelerde durum daha ağır olmakla birlikte kamu hastanelerinde eşitsizlik daha büyük boyutlardadır. Çalışma şartları açısından belirleyici olan birçok faktör vardır. Siyasi düşünceniz, bir cemaate üye olma, yönetim kadrosuna yakın durma ve bir siyasi yakınınızın olmasına kadar varan pek çok faktör çalışma şartlarınızı etkileyebilir. Hastane yönetim kastı içerisinde sorumlu hemşirelere verilen küçük çaplı iktidar bile sizi tekstil çalışanlarından daha vahim çalışma koşullarına sokabilir. İşin niteliği gereği, gece vardiyaları ve uzun çalışma saatleri hayatınızın kontrolünün hastane yöneticilerinde olduğunu düşündürür. Bu durum siz tekrar bir sınava girinceye ya da istifa edinceye kadar devam eder. Çünkü birçok üniversite hastanesinde naklen tayin imkânı da bulunmamaktadır. Dolayısıyla çalışma koşullarının ağırlığı ile çalışma sürelerinin uzunluğu, ekip hizmeti yerine

hiyerarşik çalışma ve mesleki özerkliğın olmaması gibi birçok faktör hemşirelerin daha gerilimli çalışmalarına, meslek hastalıkları dışında, iş yerinde psikolojik şiddete (mobbing) maruz kalmalarına da sebep olmaktadır. Türkiye’de yapılan araştırmalar en çok işyeri tacizine uğrayan meslek grubunun hemşireler olduğunu göstermektedir (%86.5). Hiyerarşik yapıya sahip kurumlarda, özellikle sağlık sektöründe mobbing daha fazla. Bunu artıran nedenler ise korku kültürü, yetersiz yönetim, örgüt-içi yetersiz iletişim, rekabet, etik bozulma, primli çalıştırma, düşük ücretli çalıştırma, çalışanı değersiz görme gibi anlayışlar.

Mobbing aslında bireysel değil toplumsal bir gerçeklik. Çalışanların sağlığını etkiliyor. Hukuksal boyutları olan geniş bir kavram: Fiziksel şiddetin kabul görmediği günümüzde şekil değiştirmiş duygusal, psikolojik şiddet olarak ortaya çıkmıştır (SES Bülteni). Oysa bu kadar fiziksel yorgunluk ve psikolojik şiddete rağmen en tepkisiz meslek guruplarından biridir hemşireler. Hemşirelerin kadın oluşları, iş dışında ev ve çocuklar için harcadıkları süreler de düşünülürse sağlık ve diğer konularda politik bir duruşlarının bulunmaması, üzerlerindeki bu baskılara sessiz ve duyarsız kalışlarının nedeni sayılabilir.

2011 yılında çıkarılan, hemşirelerin görev ve yetkilerini yeniden tanımlayan yasa da hemşirelerin sorunlarına çare olmadı. Yıllardır yerine getirdikleri işlere bir yasa değişikliği ile yeni sorumluluklar eklendi. Çalışma koşulları ve ekonomik durumlarında bir iyileştirilme yapılamadan eklendi yeni görevler. Yeni bir statü de kazandırılmadılar. Mesela Fransa’da ki gibi tek başına hasta ile ilgili karar verebilme yetkisi yok. Hemşireler, teknisyenler, hastabakıcılar, asistanlar sistemin en emek harcayan kesimi olmalarına karşın sağlık hizmetinin öznesi olmaktan çıkarıldılar. Onlar da tıpkı fabrika çalışanları gibi hem kendi mesleklerine hem yaptıkları işin etiğine uzaklaştılar, yabancılaştılar. Sağlık fabrikalarında çalışma, ekip hiz-

meti anlayışından çok farklı koşullar altında bulunan kesimlerin hiyerarşisi biçiminde yürür.

Nasıl Bir Tıp

Nasıl bir tıp olması gerektiği üzerine hazır reçeteler sunmak güçtür. Fakat var olan sistemin sürdürülebilirliği mümkün değildir. Hem sağlık hizmeti alanların, hem de sağlık hizmeti verenlerin mutsuz olduğu bir sistem. Mutlaka alternatifler üretilmelidir. Yürürlükteki sisteme meydan okuyan sağlık sistemleri ortaya çıkmıştır dönem dönem. Küba'dan tutun, Çin'deki Çıplak Ayaklı Doktorlara, Brezilya'daki Topraksızlara kadar. Sadece sağlık sistemindeki bir dönüşüm bizi kurtarmayacaktır. Hayatın bütün olumsuz gerçekliğiyle, savaşlarla, aşırı sanayileşmeyle, ekolojik yıkımla, GDO'yla, HES'lerle, topraksızlaşmayla ilgili bir gerçeklik sağlık. Aslında insanın insan olmasıyla, hayatını sahiplenmesiyle, sermayenin güdümündeki bilimin sorgulanmasıyla başlayacak belki sağlığın asıl serüveni.

BÖLÜM 4

TIPTA TEMEL SORUNLAR

DOKTOR KADAR İNSAN DA OLABİLMEK

Hazar Arısoy

Tıp fakültesindeki altıncı yılının sonlarına doğruydum ya-
nılmıyorsam, artık fiilen hekimliğe başladığımızı sandığımız,
hastalar hakkında kıt kanaat tecrübemizle kararlar vermeye
başladığımız bir zaman. Acil cerrahi nöbetindeydik yakın bir
arkadaşımın. Hastalarımızla ilgileniyor, asistan ağabeylerimi-
zin verdikleri görevleri yerine getiriyorduk. Tabii en önemlisi
beyaz önlüklerimizle dolaşıp duruyorduk serviste. O duyguyu
ilk o zaman hissetmiştim. Eğer üzerinizde beyaz bir önlük var-
sa ve gecenin bir saatinde hastalarla dolu bir serviste dolaşıyor-
sanız yaşınızın veya cinsiyetinizin bir önemi yoktur. Oranın en
bilgili, en zeki hatta en karizmatik karakteri sizsinizdir. Çünkü
siz doktorsunuzdur.

Siz odaların önünden geçerken insanlar ayağa kalkar. Siz-
den korkulur, çekinilir. Hasta yakınları yanınıza gelmeden
önce ciddi tereddüt ederler. Tüm cesaretlerini toplar, çekinerek
“huzurunuza çıkarlar”. Sorularına vereceğiniz en basit cevap,
iki dudağınızın arasından dökülecek tek bir cümle, hatta keli-
me dahi hayati değerdedir onlar için. Sanki o hastanın yaşayıp
yaşayamayacağını sizin o an kuracağınız cümle belirleyecektir.

Çünkü sizin beyaz önlüğünüz vardır, bir de her şeye hâkimmiş gibi görünen tavırlarınız. Bu yüzden sorularını en yumuşak, en sevecen üslupla sorarlar. Doktor kızdırılmamalıdır, kızsı bile alttan alınmalıdır. Çünkü eğer doktor kızsarsa hasta ölür.

İşte o duyguyu ilk o zaman hissettim. Gecenin geç bir saatinde bir hastamın tuvalete gitmesine izin vermiştim. Yaşlı amca, doktorundan aldığı iznin sevinciyle tuvaletin yolunu tutarken ben de arkasından bakmıştım büyük bir gururla.

Amcanın gözlerinde okunan mutluluk ve minnet hâlâ aklıma geldikçe utanırım. O zamanlar büyük haz veren duygu şimdi bazı soruları doğuruyor zihnimde: Bu mesleği bu kadar kutsal yapan nedir ve bu kadar kutsallaştırmak ne kadar doğru?

Sistemin Şekillendirdiği Doktorluk

Tüm kavramların meta ilişkileri üzerine kurulduğu, tüm değerlerin elde edilen kârla değerlendirildiği bir sistemde yaşıyoruz. Böyle bir düzende insanların “en kutsal” değerlerinin, sağlıklarının da bu sistemden nasibini almamasını beklemek büyük saflık olur.

Her değerın metalaştırıldığı bu düzende insanın en değerli varlığı olan sağlığı da artık kâr getirebilecek bir olgudur. Kapitalizmin insan sağlığını ve sağlık sistemini avucunda tuttuğu bir düzende doktorluk mesleğinin de sisteme ayak uydurması gayet doğal.

Sonuçta sistem sağlık sektöründen kâr elde edecekse bu alanda çalışanları da uygun şekle sokması gerekir. Sistem kendi okullarında kendi sağlık anlayışına uygun doktorlar yetiştirme gayretindedir.

Bu eğitim çeşitli sonuçlar doğurur:

1) Herkes hastadır.

2) Hastalar hiçbir masraftan kaçınmadan iyileştirilmeli, yaşamlarını idame edecek hale getirilmelidir.

3) Hastalar yaşamak için bize muhtaçtır, biz olmadan yaşayamazlar.

4) Hastaları yaşattığımız için mesleğimiz eşsiz ve kutsaldır.

Altı yıllık doktorluk eğitimi insana, yaşama dair pek çok güzel konunun yanı sıra yukarıdaki önemli noktalara da sıkça değinir.

Bu sayede tıp sektörüne uyumlu, kaliteli personel yetiştirilir. Sistemin ve kârının devamı ancak ve ancak sistemin devamını sağlayacak, ona inanmış elemanlarla mümkündür.

Düzenin Doktor Fabrikaları

Kapitalizmin sağlık üzerinde yarattığı para döngüsü çok iyi planlanmış sorunsuz işleyen bir makinedir adeta. Modern toplumda belki de sömürünün en net, en açık şekilde yapıldığı; ancak insanların da en az şikâyet ettiği alan sağlıktır. Elbette bu mekanizmanın sorunsuz işlemesi, bu alanın kendine uygun “personel” yaratmasıyla mümkündür. Modern çağın tıp fakülteleri bu sektör için “personel” üreten fabrika bantları gibi çalışır. Sağlık dediğimiz sektör, yarattığı bu personeller üzerinden yürür. Çağımızda doktora verilen görev sistemin taşeronluğunu yapmaktır.

Özünde insan eksenli bir meslek olan doktorluk, günümüzde, masabaşı öğrenilen bir meslektir. Niyetiniz sadece bir tıp fakültesinden mezun olmak ise oturup belirli kitapları ezberlemeniz yeterlidir. Kimse size hangi hastaları, hangi hastalıkları gördüğünüzü sormaz. Önemli olan hangi ilaçları yazabildiğinizdir.

Tanrılaşan Doktorluk

Tıp fakültesine girdiğinizde içinde bulunduğunuz toplumun idealist bireylerisinizdir. Hedefiniz bir genç olarak ülkeye ve insanlığa hizmet etmektir. Verilen altı yıllık tıp eğitimi bir taraftan sizi doktor yaparken bir taraftan da içindeki idealist genci, sistemin personeli haline getirmeye çalışır. Mezun olduğunuzda ise yüksek egoyla donatılmış bir yarı-tanrıya dönüştürülürsünüz. Siz toplumdan farklı, ondan üstünsünüz.

Toplum sağlığı yalnız ve yalnız sizin yerinde tespitlerinizle ayakta kalabilir. Sistemin tıp fakóltesinden mezun olan doktordan beklediği hayata bu şekilde bir bakış sunmasıdır.

Yaratılan bu intiba sadece doktorlara değil, aynı zamanda topluma da dayatılır. Doktor dediğimiz grup bir anda toplumun dışında, ondan ayrı şifa dağıtan bir grup halini alır. Onlar halktan farklıdır, önünde ve ilerisindedir.

Biraz dürüst olalım kendimize. Hangimiz –özellikle meslek hayatının ilk yıllarında– unvanını söylemekten aldığı hazzı inkâr edebilir? Herhangi bir yerde “doktorum” dediğinizde birdenbire size karşı insanların davranışları değişir. Ufak bir kelimenin yarattığı saygı ilk başlarda şaşırtır. Bir süre sonra bağımlılık yaratır. Zaten hiçbir mesleki unvan insanları bu derece betimler hale gelmemiştir. Bu ölkede doktorların plakası ayrıdır, yaşadıkları siteler, hatta tuvaletleri bile ayrıdır. Eminim ki izin verilse unvanını nüfus cüzdanına yazacak pek çok meslektaşımız vardır.

Ortaçağ Avrupa’sında topluma hükmeden bir din adamları sınıfı vardır. Halk bu zümrenin Tanrı tarafından görevlendirildiğine, pek çok mucizeye güçlerinin yettiğine inanır. Bu sınıf topluma mutlak hâkimdir. Kararlarıyla insanlar hayatlarını değiştirir. Bu inanış o derece ileri götürölür ki bir süre sonra bu sınıfa mensup insanlar da bu güce sahip olduklarına inanmaya başlarlar.

Günümüz sağlık sisteminde din adamlarının yerini doktorlar almaya başlamıştır. Doktor her şeye kadirdir. Her şeyi yapmaya gücü yeter. Belki insanları cadı diye yakamazsınız ama o insanlar hakkında hayati kararları siz alırsınız. Aldığınız kararlar için de kimse sizi yargılayamaz. Elbette ki bir kişiyi cadı diye suçlamakla, o kişi için açık kalp ameliyatı kararı almak aynı şeyler değildir. Ancak her iki kararda da kişinin hayatı söz konusudur ve bu kararı alanlar için benzer bir psikoloji yaratır.

Sürekli yüceltilen bir doktor nesli, bir süre sonra buna inanmaya başlar. Bu propaganda toplum tarafından da sürekli ye-

nilenir. Toplum doktorunu tanrısallaştırır. Doktor da bu role soyunur ve Tanrı gibi davranmaya başlar. Bu iki psikoloji birbirini sürekli olarak besler.

Pek çok doktor durumun farkındadır ama sesini çıkarmaz. Çünkü bu durumun yarattığı yüksek egonun yerini hiçbir şey dolduramaz. İçinde bulunduğu durum bağımlılık yapar adeta. Duruma karşı gelmektense olduğu gibi kabullenip tadını çıkarmak hem daha kolay hem de daha keyiflidir. Kim Tanrı olmayı istemez ki?

Yapılan çift yönlü bir anlaşmadır: Bu tarz doktorlar var olacak ki sistem devam etsin; sistem devam etsin ki bu tarz doktorlar var olabilsin. Sağlık sektörünün devamı ancak sisteme uyumlu doktorlarla mümkündür. Sistem doktorunun yaptığı, bir nevi şeytana ruhunu satmaktır.

Şeytanla yapılan bu antlaşma doktoru ve doktorluk mesleğini felakete götürecek en önemli etkindir. Yaratılan tanrısal doktorluk, doktoru toplumdan koparmak hatta karşı karşıya getirmekten öte bir işe yaramaz. Aslında yapılan sus payı vererek sistemin kendi devamı için kurbanlar yaratmasıdır. Yaratılan “Tanrı Doktor” her şeye kadirdir. Herkese şifa dağıtabilecek kudreti vardır. Eğer şifa sağlayamıyorsa, bu, tıbbın değil doktorun suçudur. Yanlış gidenin hesabını sistem değil doktor vermelidir. Eğer doktor artık tanrılık yapamıyorsa tanrılara kurban edilmelidir!

Özellikle son dönemde yaşadığımız doktora karşı girişilen şiddet eylemlerinin temelinde kapitalizmin yarattığı bu hastalıklı denklem yatmaktadır. Her şeyin tüketim denklemi üzerine kurulduğu bir sistemde doktorlar da metalaşır. Eğer beğenmezseniz harcar yenisini alırsınız.

Tanrı Gömleğini Çıkarmak

Doktorluk bir meslek olarak ortaya çıktığından, son elli yıllık süreye kadar her zaman insanlığın hizmetinde oldu. Günümüzde ise insanlık yaratılan sağlık sektörünün hizmetinde,

daha doğrusu avucunun içindedir. Yapılması gereken modern tıpla, tersine dönen denklemi tekrar ayakları üzerine oturtmaktır.

Sağlık sektörünün temel sorunu kapitalist sistemin bir kâr alanı olmasıdır. Aslında temel sorun sağlığın bir “sektör” olmasıdır. Sağlığı bir kâr alanı olmaktan çıkarmak, daha doğrusu bir sektör olmaktan çıkarmak gereklidir. Bu anlamda en önemli görev sağlık çalışanlarına düşmektedir.

İşe kendi evimizin önünü süpürmekle başlamalıyız kanaatimce. Eğer sağlıkta ciddi değişiklikler yapacaksak buna doktorlardan başlamalıyız. Bugün yaratılan kâr eksenli sağlık sektörü, kendi yarattığı doktor nesli üzerinden yürümektedir. Sistemin bütün yükü doktorun sırtındadır. Toplumu kapitalist sağlık sisteminin doğruluğuna ve tartışılmazlığına doktor ikna eder. Bu mekanizma sistemin yarattığı doktor sayesinde yürür. Doktoru aradan çekerseniz düzen çöker.

Doktoru bu mekanizmanın dışında tutmak ise şeytanla yapılan anlaşmanın yırtılıp atılmasıyla mümkün olur. Gerçekler bazılarımızı incitecektir ama artık görmekte fayda var: Bizler Tanrı değiliz. Bizler, bizlere anlatıldığı gibi toplumun önünde, dışında da değiliz. Topluma yukarıdan değil içerisinden bakmaya başlamalıyız yeniden. Her birimiz bu toplumun bir bireyi, bir parçasıyız. Eğer mevcut sağlık sisteminin değişmesini istiyorsak bu değişime düzenin bize giydirdiği Tanrı gömleğini çıkarmakla başlamalıyız. O gömleği çıkarıp sıradan birer vatandaş olmaya başladığımız an üzerimizde oynanan oyunu çok daha net göreceğiz.

Tanrılıktan vazgeçmek hiç kolay değil elbette. Ancak doktorluğu da farklı yapan toplumun çıkarı için böyle zor kararları alabilmesidir. Bu mesleği bu kadar önemli yapan, bizlerin Tanrı değil sıradan birer insan olmamızdır. Doktorluğumuz kadar insanlığımızı da hatırlarsak sorun çözülür.

MEDİKAL USULSÜZLÜK VE YOLSUZLUK

Hüseyin Çoban

Ülkemizde son çeyrek yüzyıldır, medikal usulsüzlük ve yolsuzluk için şartlar çok müsait haldedir. Bunun en önemli sebebi, mevzuatlardaki açıklar ve daha da kötüsü bu ortamın bilinçli olarak yaratılmış olmasıdır.

Usulsüz medikal malzeme kullanılması ve buna bağlı yapılan ameliyatlar sonucunda yıllık yaklaşık, 4–10 milyar TL kamu zararı oluşmaktadır. Gereksiz yapılan ameliyatlar nedeniyle ölüm (mortalite) ve sakatlık (morbidite) oranları da artmıştır. Bu sistemin denetimi yapılmamakta ve denetim yapmak isteyen görevliler ise acımasız bir şekilde, sisteme hizmet eden idarecilerce cezalandırılmaktadır.

Siyasi otorite ve bunun yansıması bürokratların, medikal malzeme yolsuzluğuna bakışı, bundan rahatsızlık duyup duymamaları ve bu konuya yaklaşımları çok önemli rol oynar. Yıllarca denetim mekanizması olmayan ve son yıllarda da göstermelik bir mekanizmayla güya denetlenen bu sektörde çok değişik yöntemlerle usulsüzlük ve yolsuzluk yapılmaktadır.

Medikal malzeme yolsuzluğunu, Başbakanlık Yüksek Denetleme Kurulu'nun (YDK) raporlarında ele aldığı bilinmektedir. YDK'nın medikal yolsuzlukla ilgili raporunda, bir yazışmada şu ifadeler yer almaktadır:

Kamu sağlık kuruluşlarında tedarik yönteminin farklı olduğu; hasta ve hasta yakınlarına malzeme aldırılma işinin yaygın olarak sürdürüldüğü; aynı tür hatta aynı firmadan alınan, bir kuruluştan diğere hatta hastadan hastaya farklı fiyatlar uygulandığı; malzemelerde CE (Avrupa rn mevzuatlarına uygunluğu), FDA (Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi Onayı) ve TSE standartları bulunmasına ve son dönemlerde bu standartlara haiz olmayan malzeme alımına müsaade edilmemesine rağmen, tedavi ve kullanıma yönelik standardizasyonun bulunmadığı; kuruluşların kodlama sistemlerinin farklı olduğu; iş birliği ve koordinasyon yetersizliği olduğunu; tedavilerde kullanılan ve talimatlarda yer almayan birçok iyileştirici sarf malzemesi bulunduğu; bu yapının makro anlamda önemli boyutlara ulaşan harcamalarda kamunun kaynak kaybına yol açtığı hususlarına somut tespitlerle yer verildiği belirtilmiştir. Çalışma Bakanlığı koordinatörlüğünde, Maliye ve sosyal Güvenlik Kuruluşları tarafından Kamu İhale Kurulu'nun da görüşleri alınarak ortak bir çalışmaya etüt edilmesi ve gerekirse yasal düzenlemeler yapılması önerilmiştir.

Medikal usulsüzlükler ve yolsuzluklar çoğunlukla SGK, Sağlık Bakanlığı ve Maliye Bakanlığı müfettişlerince ya da şikyete bağlı olarak mali polisin araştırma ve incelemesi sonucunda tespit edilebilmektedir. Bu nedenle medikal yolsuzluklar ve yöntemlerinin çok az bir kısmı ancak tespit edilir ve tespit edilen basında yer alır.

Medikal Usulsüzlükler ve Rol Paylaşımı

Çoğunlukla orta halli ya da yoksul ailelerin zeki çocukları hekimliği seçmiştir. Bu seçimde tabiidir ki, çok büyük oranda ekonomik beklenti nplandadır. Tüm dünyada hekimlik, iyi kazandıran ve bu açıdan statü yükselten bir meslek grubudur. Ülkemizde hekimlerin bulunmaları gereken sosyokültürel düzeyin altında maaş almaları; zaman içerisinde olumsuz yönde değişen ve hekimin kazancını kendi çabasına bırakan hükümet politikaları; bazı hekimleri usulsüzlüklere itmiştir. Yüksek

beklentilerle mesleğe girmiş olan hekimler, kendi işini bilir bir kişi durumuna gelmiştir. Bu nedenle medikal yolsuzluğun çoğu zaman bir ayağında hekimler vardır.

Hastalar bir an önce iyileşmek isterler. Kullanılan malzemelerin hastalığını iyileştirmesi için, en kalitelisi olması beklentileridir. Genel olarak da pahalı olan malzeme her zaman daha iyidir düz mantığıyla olaya yaklaşırlar. Daha az da olsa hasta ya da yakınları da medikal usulsüzlük ve yolsuzluğun bir ayağını oluştururlar.

Bazı medikal firmalar bu yolsuzluğun ve usulsüzlüğün en önemli ayağını oluştururlar. Kolay kazanç ve kâr hirsına kapılıp, çok sayıda yöntem geliştirmişlerdir. Bu nedenle medikal yolsuzluğun en önemli ayaklarından birisi bu medikal firmalardır.

Yöneticiler ve siyasetçiler ise medikal usulsüzlüğün ve yolsuzluğun en önemli ve de kritik ayağıdır. Mevzuatları belirlemeyip, sistemde başıbozukluğa izin verip, kendi çıkarlarını ulusal çıkarların önünde tutarak hareket ederler. Bu kesim, en büyük vebal taşıyan kesimdir. İşini doğru dürüst yapmak isteyen denetim elemanları ve müfettişler de bu idarecilerce engellenir ve sudan bahanelerle cezalandırılır. Zira bazı SGK çalışanları denetim yapıp, usulsüzlük ve yolsuzluğu engellemeye çalıştığı için, idarecilerce yoğun bir şekilde mobinge (yıldırıcı taciz ve baskı) maruz bırakılıp, kamu hizmetinden ayrılmak zorunda bırakılmıştır.

Medikal Usulsüzlük ve Yolsuzluk Yöntemleri

Medikal usulsüzlük ve yolsuzluğun çok sayıda yöntemi vardır. Bu yöntemleri kabaca gruplandırarak irdelemek gerekir.

Kullanılmayan malzemenin kullanılmış gibi fatura edilmesi: Hastada malzeme kullanılmadığı halde, kullanılmış gibi faturalandırma işlemlerini birçok kez basından öğrendik. Bu yolsuzluk yönteminde medikal ile hekim arasında direkt parasal

işbirliği vardır. Bu durumda devletin nitelikli olarak dolandırılması söz konusudur. Vücuda konulan (kemik grefti, dual mesh), enjekte edilen (inkontinasta kullanılan bazı ürünler), kullanılıp atılan (yara bakım ürünleri) gibi daha sonra kullanılıp kullanılmadığının ve de kullanılmışsa miktarının tespit edilmesinin mümkün olmadığı ürünlerdir. Örneğin: İzmir SSK Sağlık İşlerine teslim edilen faturalar üzerinde yapılan inceleme sonunda, distribütör firmadan birkaç tane yara bakım ürünü alındığı halde, hastalarda yüzlerce kullanılmış gibi fatura edildiği tespit edilmiştir.

Metal olmadığı için, daha sonraki süreçte tespiti mümkün olmayan malzemelerde bu yöntem daha çok tercih edilmiştir. Örneğin: Kemik tümörlü bir hastada, tümör hacmi 7.5 cc olan bir kemik boşluğu için 75 cc greft (kemik yerine kullanılan malzeme) kullanılmış gibi SGK'ya fatura edilmesi gibi.

Daha pahalı malzeme tercih edilmesi: Tıbbi ve bilimsel olarak aynı işi yapan daha ucuz malzemeler varken, sürekli pahalı olanının tercih edilmesi. Bu grup malzemelere çok sayıda örnekler vermek mümkündür.

Örneğin çeşitli fiyatlarda kalp stentleri vardır. Çıplak stentler (bare metal stent) varken, daha yüksek bir teknoloji gerekmeden üretilen ilaçlı stentlerin birkaç katı fiyata satılması gibi. Yapılan birçok araştırmada ilaçlı stentlerin bazı üstünlükleri var olduğu ileri sürülmekle birlikte, ilaçsız olanına göre anlamlı bir fark görülmediği belirtiliyor. Her ikisinin de vücut içinde yabancı bir madde olduğu ve buna karşı gelişecek reaktif olayların da ani krizlere yol açabileceği görülmüştür. Stentler hasta ömrünü uzatmaktan öte sadece kısa bir süreliğine (iki yıl) hastanın rahatlamasını sağlar.

Stent damara konulduktan sonra kısa sürede iç yüzeyi damar iç yüzeyini oluşturan ve endotel denilen bir tabaka ile kaplanmaktadır. İlaçlı stentlerde mitoz ve hücre çoğalmasını engelleyen maddeler nedeniyle endotel oluşması iki yıl kadar

bir süre engellenmektedir. Bu durumda kan ile doğrudan temas eden metal stent bölümleri, bazı kan hücrelerinin kümelenecek damar içinde ani pıhtı oluşmasına ve ölümlere neden olabilmektedir. İlaçlı stentlerde erken stent trombozu dediğimiz bu tıkanma oranı daha yüksektir. Emdirilen ilacın etkisinin kaybolmasıyla her iki stent türü aynı duruma gelmektedir. İlaçlı stentler ilk iki yıl daha tehlikeli ve daha sonra da diğeri ile eşit etkide olmasına rağmen sırf fiyatının ve bu nedenle “komisyonunun” daha fazla olması nedeniyle tercih edilmektedir. Hatalı bilgilendirilen ve kışkırtılan hastalar bu nedenle usulsüz olarak fahiş stent paraları ödemek zorunda kalmaktadır. SGK, ilaçsız stent için 194 TL, ilaçlı stent için 1018 TL (KDV hariç) öderken; ilaçsız stentler piyasada ortalama 4500 TL’ye satılmaktadır. Devlet ve üniversite hastaneleri de dahil birçok hastanede girişimi yapan hekimler konsinye olarak bulundurdıkları stentleri hastalara pazarlayarak stent ticaretine aracılık yapmaktadırlar.

Özel hastanelerde daha çok olmak üzere, ilaçlı stentlerin daha faydalı olduğu ancak SGK tarafından ödenmediği söylenerek hastalardan 4000–5000 TL gibi fahiş paralar alınmaktadır. Bu kadar para ödemesi gerektiğini öğrenen özellikle gelir düzeyi düşük hastalar, o anda ölmez ise, hiçbir şey yapılmasa bile uzun bir süre problemsiz yaşayacaktır.

İnsan hayatından daha önemli bir şey olmadığına göre, Sağlık Bakanlığı ve SGK olaya dürüst bir şekilde el atmalı; daha yararlı olduğu düşünülüyorsa tüm hastalara ilaçlı stent tedarik etmeli ve kullanılmalıdır. Tüm hastalarda aynı stent kullanılmamalıdır.

Ülkemizdeki stentlerin büyük bir kısmı Çin’den ithal edilmektedir. Yıllık olarak yaklaşık 30 bin stentin resmi girişi yapılmaktadır. Bu ürünler, çoğunlukla kendi ülkelerinde kullanımına izin verilmeyen sadece yurtdışı ithalatına izin verilen ürünlerdir.

Ortopedide kullanılan; tıbbi ve bilimsel olarak aynı işi yapan bazı malzemelere, fantastik özellikler eklenerek, fiyatlar fahiş hale getirilmiştir. Örneğin: Kalça kırıklarında kullanılan bipolar protezler (iki eklemlili) tıbbi ve bilimsel olarak aynı işi yapan unipolar protezlerin yirmi katı fiyattan satılmaktadır. İngiltere’de fiyatı 1000 dolar olan protezler ülkemizde 2500 dolardan satılmaktadır. İngiltere’de pahalı olduğu ve unipolar protezlerden daha üstün olmadığı gerekçesiyle geri ödeme kurumları tarafından ödenmemektedir. Buna rağmen Sağlık Bakanlığı’nca ruhsat verilmiş ve SGK tarafından ödemesi sorunsuzca yapılmaktadır.

Tıbbi ve bilimsel olarak aynı işi yapan çelik plaklar yerine, titanyum plaklar tercih edilerek, fiyatlar kırk kata kadar çıkarılmıştır. Bazı hekimler elli lira değerindeki çelik plakları tercih etme hassasiyetini gösterirken, bazıları da iki bin liralara aşan plakları tercih etmişlerdir. Gerekçe olarak alışveriş merkezlerine girişte ve de özellikle havaalanı gibi güvenlik bölgelerinde titanyum plakların sorun çıkartmadığı ileri sürülmektedir. Diğer bir gerekçe ise titanyumların alerji yapmadığı uydurmasıdır. Hâlbuki titanyumlar da çelik alışımalar kadar alerjendir. Çocuk hastalarda, en geç iki sene içinde plakların çıkarılması gerekir. İşte özellikle çocuk hastalarda bile titanyum plakların tercih ediliyor olması, açıkça suiistimal yapıldığını göstermektedir. Titanyum plaklarda kırılma riskinin daha yüksek olması da bir dezavantajdır.

Bir kilo titanyumun fiyatı 450 dolar iken, nikel-çelik ve benzeri alaşımların fiyatı 250 dolardır. Titanyum daha hafif olduğu için, aynı kilodaki karışımın iki katı sayıda plak üretimi yapılır. Bu durum, maliyeti kafa kafaya iken, fantastik özellikler önplana çıkarılarak vurgun yapıldığının çarpıcı bir göstergesidir.

Fix bearing (sabit rulman) diz protezleri yerine, fiyat olarak daha pahalı olan ve adrese teslim ihaleler için bahane olarak kullanılan mobil bearinglerin (oynar rulman) tercih edilmesi

de bu gruba başka bir örnektir.

Yıllar önce, plak kullanılarak, yirmi liraya tedavi edilebilecek bazı kırıklarda Ilizarow eksternal fiksatorlerin tercih edildiğini görmekteydik. 1995 yılında Ilizarow eksternal fiksatorün fiyatı 650 bin lirayken, aldığım Skoda fellicia arabanın peşin fiyatı 1,5 milyar liraydı. İki buçuk tane Ilizarow eksternal fiksatorle bir araba alınırdı. Bugün benzeri bir arabanın fiyatı 32 bin lirayken, Ilizarow eksternal fiksatorün fiyatının en iyisi 5 bin liradır. Kaldı ki, kullanılan malzemeye göre bu fiyat bile çok fazladır. Diğer yandan bu fiksatorün yapımında kullanılan teknoloji, arabanın cantında kullanılan teknolojinin onda biri kadar bile değildir. Bu fiksator uygun vakada kullanıldığında tedavi edici bazı üstünlükleri var iken; hasta seçimi konusunda hassasiyet gözetilmeden ülkemizde yüz binlercesi kullanılmıştır. Geri ödeme kurumları da yıllarca hiç sorun çıkartmadan ödeme yapmıştır.

Malzemenin fiyatının çok yüksek olması (yüksek fiyatlardan satılabilmesi) nedeniyle birçok hastanede bu girişim firmaların gezici elemanları tarafından yapılmış ve hastasına bu malzemeyi taktıran cerrahlara komisyonlar verilmiştir. Bu gibi fiyatları şişirilen malzemelere binlerce örnek vermek mümkündür.

Sırf malzeme kullanmak için ameliyat yapılması: Hafızamızı biraz yoklarsak, başta Afyon, İzmir olmak üzere birkaç şehirde, yapılan göz ameliyatlarında, toplu enfeksiyonlar ve körlüğe giden istenmeyen olaylar olmuştur. Ameliyatı yapan hekimler ya da hastane suçlanmış, bu ameliyatta kullanılan lenslerin ne kadar sağlıklı olduğu irdelenmemiştir. Bu konuda hekimin hiç suçu yoktur demiyorum. Poliklinik hastasının %20'sine, tavuk kesimhanesindeymişçesine, ameliyat yapan bir göz hekimi bana göre hiç masum değildir. Ancak bu olumsuz olayların sorumlusu tek başına hekimmiş gibi gösterilmesi de bir o kadar yanlıştır. Hekim, hastane yönetiminin kendisinden istediğini

yapmaktadır. Daha fazla hasta ameliyatı yapmak ve bu şekilde, hem hastanenin hem de kendisinin kazancını artırmak. Kullanılan lenslerin fiyatları önceki yıllara göre düşmekle birlikte, sürümden kazanç söz konusudur.

Ortopedi hekimi olarak çuvaldızı başka bölümler için hazırlamışken, iğneyi kendi branşıma batırmaktayım. Alçı tedavisiyle hallolabilecek, bir kırıklı hasta kolaylıkla pahalı plak, vida, cihaz ve malzemelerin kullanılabileceği pahalı bir ameliyata yönlendirilir.

Yürüme mesafesi çok iyi olduğu halde, diz ya da kalçada kireçlenmesi olan bir hastaya, ağrısı olduğu gerekçesiyle protez ameliyatları yapılabilir. Sabahtan akşama kadar rahatlıkla ayakta duran, temizlik işi gibi ağır bir işte çalışan, on kilometre yürüyebilen, düğünde saatlerce halay çekebilen, ayakta on saat durabilen birçok hastaya ağrısı olduğu bahanesiyle hemen protez yapılabilmektedir. Ya da protezi gevşemediği halde, ağrının sebebi olacak diğer nedenler (gut hastalığı, romatizmal hastalıklar, sinoviyal hipertrofi, osteoporoz... vb.) göz ardı edilip, protezi değiştirmek için ameliyat yapılabilmektedir.

Özellikle kemik kaybı (kemik defekti) olan kemik ameliyatlarında, greft gereksinimi olduğunda, hastanın kendi kemik depoları durumunda olan leğen (iliak) kemiği ve bacak kemiklerinden (fibula) alınan kemik greftleri tercih edilmeksizin, daha sağlıklı ve çok pahalı hazır greftler tercih edilebilmektedir. Yurtdışındaki kimsesiz ölümlerden elde edilen bu greftlerden, yüz binlerce kullanılmış ve her birisi için binlerce lira paramız yurtdışına çıkmıştır.

Gaziantep'te oturmakta olan seksen yaşındaki dedeme, özel bir hastanede bir yıl arayla iki defa anjiyo yapıldığını öğrendiğimde çok kızmıştım. Önceki anjiyosu tamamen normal olan ve damarları açık olan dedeme ikinci anjiyo yapılmasına hiç gerek yoktu. Böyle bir hastada kalp damarları bir yıl içerisinde tıkanacak ise de, önlenemeyeceği için varsın tıkansın diye dü-

şünürüm. Amaç anjiyo yapmak ve de damar tıkanıklığını görüp hemen stent kullanmaktır. Sırf ameliyat yapmış olmak için ameliyat edilip malzeme kullanılması ya da malzeme kullanabilmek için ameliyat yapılmasını birbirinden ayırmak mümkün değildir. Dedemde ikinci girişimden sonra hızla sinirsel (nörolojik) sorunlar (bunama, denge sağlamada problem) başlamış olması da bu tür işlemlerin hastaya verdiği zararlardandır.

Hastada kullanılmasına hiç gerek olmadığı halde, ben öyle uygun gördüm ya da bana göre gereklidir, denilerek birçok ameliyat yapılmakta ve de malzeme kullanılmaktadır. Doku kaybı (defekt) olmayan kırıklarda bile kemik greftlerinin tercih edilmesi. Rahatlıkla kapanacak karın fıtıklarında dual meshlerin kullanılması... vb. bu grup usulsüzlüğe binlerce örnek gösterilebilir.

Başka bir şehirde yaşayan annemin belinde ani başlayan iki günlük bir ağrısı vardı. Yakinen tanıştığımız bir ortopedi hekimini telefonla arayarak yönlendirdim. O günün akşamı annem telefonda ağlayarak, doktorun kendisini acil olarak ameliyat etmek istediğini söyledi. Bilgi almak amaçlı ortopedist meslektaşım ve arkadaşımı aradım. Bana “*Annene interspinöz distraksiyon cihazı takacağım,*” dediğinde; o kadar çok kızmıştım ki, ağzımı bozmuştum. Anneme gidip eczaneden bir voltaren almasını ve kullanmasını söyledim. İki gün içinde bel ağrısı tamamen geçti ve sekiz yıldır da bir daha ağrısı olmadı. Bir ortopedist arkadaşım ve meslektaşım benim anneme bile gereksiz ameliyat yapma girişiminde bulunuyorsa, kimbilir sıradan vatandaşa neler yapmaktadır. Her bir tanesi sekiz bin liralara varan ne işe yaradığı bile belli olmayan, bu dandik malzemeyi takıp, yüzdesini alacak ve gerisi umurunda bile olmayacaktı.

Bir ilçede görev yapan ortopedi hekimi, tek başına yılda altı yüz diz protezi ameliyatı yapabilmektedir. Sağlık ve sosyal güvenliği gelişmiş, hukuk sisteminin iyi işlediği, modern ülkelerde, altı yüz diz protezi yapılması durumunda, o hekime en az

altı yüz sene hapis cezası verilir. Bizde ise her yapılan yanına kâr kalmaktadır.

Charcot eklemi olan ayağa ameliyat yapıp, greft konulabilmektedir. Charcot eklemi en az on yıl boyunca şeker hastalığı olan hastaların, ayak yapısındaki kemiklerin ve tüm yumuşak dokunun tamamen bozulmasıyla seyreden kötü gidişli bir hastalıktır. Bu hastalara greft konulması bir yana ameliyat edilmeleri ya da müdahale edilmeleri bile gereksiz ve çok tehlikelidir. Hastalar sırf greft kullanmak ve de performans tamamlamak için ameliyat edilebilmektedir.

Kalça kırıklı yaşlı hastalarda protez ameliyatı yapılması genel eğilimdir. Femur başı (oma) kemiği çıkarılıp yerine protez takılır. Bu femur başı bol kemikle dolu olduğu halde çöpe atılıp, o esnada hazır kemik grefleri konulabilen ameliyatlar vardır. Üstelik kullanılan bu greftin, ne amaçla ve nereye konulduğu da belli değildir.

Pahalı malzeme kullanımı bazen akıl almayacak şekilde, abartılmaktadır. Örneğin: Coapetite syringa ticari isimli malzeme ürolojide ve kadın doğumda kullanılan bir malzemedir. Stres inkontinansta (zorlamayla idrar kaçırılması) durumunda yumuşak dokuda güçlendirici olarak kullanılır. Bu malzeme diz eklemine bile enjekte edilebilmektedir. Üstelik sağlık kurulu raporu çıkarılarak yapılabilir. Bu da bazen sağlık kurullarının ne kadar sağlıklı çalıştığı ve raporlarının da ne ölçüde doğru olduğunu sorgulamayı gerektirir.

Kalça kırıklı genç hastalarda öncelikle vidalama, plak yapma ya da benzeri bir implantasyon uygulaması yapılır. Bazen bu tür hastalarda direkt daha pahalı olan protez ameliyatı yapılabilir. Örneğin: 30 yaşlarındaki genç kalça kırıklı bir hastada, musküler distrofi (kas hastalığı) rahatsızlığı gerekçe gösterilerek, kalça protezi yapılabilir. Eğer geri ödeme kurumunda bir ortopedi hekimi bunu fark eder ve ödemezse aynı fatura bu sefer başka hekime ödetirilebilmektedir.

Gereksiz malzeme kullanımı hiçbir zaman ortadan kalkmadığı gibi, şekil değiştirerek artmıştır. Görülen o ki, mevcut sağlık politikası suiistimale açık olduğu için, daha da artacaktır.

Hekim medikal firma işbirliği: Sosyal Güvenlik Kurumu ile sözleşmeli hastanelerde hastalarda kullanılan tıbbi malzemeler tamamen keyfi bir biçimde tedarik edilmektedir. Kamu hastanelerinde ise, KİK (Kamu İhale Kanunu) çerçevesinde tedarik edilmekte ve kullanılmaktadır. KİK'e tabi olmadan önce hekimler medikal firmalara direkt sipariş verip, malzemeyi kullanır ve gerekli evrakları hazırlardı. Medikal firmalar da hastalardan aldıkları vekâletnameyle geri ödeme kurumlarından parasını alırdı. Bu paradan hekime ve bazı görevlilere belli oranlarda yüzdeler verildiği iddiası çok yaygındır. Bu işleyiş şekli az ya da çok tüm branşlarda benzer seyretmektedir. Bu illegal kazanç yöntemine sıcak bakmayan hekimler tabii ki çoğunluktadır.

Medikal malzemelerin KİK'e tabi olması şartından sonra, bu sefer ihale şartnameleri adrese teslim hazırlanabilmektedir. Şartname, alınacak cihazın özelliklerine göre hazırlanır ve bu durumda benzer başka cihazların bu ihalede bir şansı kalmaz. Bu durumu bilen diğer firmalar ihaleye girmez ya da göstermelik olarak girerler.

Özellikle pahalı, fantastik ve bilimselliği ve faydası ya da diğerlerine göre üstünlüğü kanıtlanmamış ürünlerin hekim-medikal ilişkisinden dolayı tercih edildiği bilinmektedir.

Bazı hekimlerin medikal firmalardan kullandıkları malzemelerden yüzde almaları, defalarca emniyet ve basın tarafından çeşitli vesilelerle ele alınmıştır. Yeni Şafak gazetesinin 12 Haziran 2003 tarihli sayısında, hastane adı verilerek, bazı doktorların aldıkları yüzde oranları verilmiştir.

Doktorların kullandıkları medikal malzeme karşılığında yüzde aldıkları iddiası her yerde açıkça konuşulur olmuştur. Bir SGK genel müdür yardımcısı konuşmasında hekimlerin %10-15'lerin de çok üstünde para aldıklarını söylemiştir. An-

cak bunu bildiği halde, usulsüzlüklerin üzerine gitmek bir yana, engellemek isteyen bazı çalışanların üzerine gitmiştir. Firmanın usulsüz faturalarının ödenmesi için, çalışanları telefonla arayıp, tehdit bile etmiştir. Aynı idareci, Ankara SSK Sağlık İşleri'nde çalışan bir doktoru hem de yazılı olarak tehdit etmiştir. Doktor, ürolojide kullanılan bir malzemenin başka bir üniteye 3200 dolardan değil de 2800 dolardan fatura edildiğini tespit etmiş, aynı fiyattan ödenmesi için görüş bildirmiştir. Ancak ilgili genel müdür yardımcısı devreye girmiş, yazışma üslup ve adabının dışına çıkarak, 3200 dolardan ödenmediği takdirde sorumlular hakkında işlem başlatacağı tehdidinde bulunmuştur. Bu durum usulsüz ödemeler konusunda medikal firma-idareci işbirliğine işaret etmektedir kanısındayım. Aslında çok sayıda benzer olay ve bunların belgeleri mevcuttur.

Hekimlik mesleği öğrenilirken, bazı malzemeler el alışkanlığıyla daha fazla tercih edilmektedir. Ancak nedense alışkanlık bahane edilerek sürekli daha pahalı, hastaya ve hastalığa fazladan hiçbir faydası olmayan, fantastik malzemeler tercih edilmektedir.

İhaleye giren firmaların önceden anlaşması: Bu duruma çok sık rastlanılmaktadır. KİK'e göre, yeterli sayıda katılımcının olduğu ihaleler geçerli olmaktadır. Firmalar önceden kendi aralarında anlaşmakta, birçoğu sembolik olarak ihaleye girmektedir. Böylece istenilen fiyattan satış yapılabilir. Birçok hastanede yıllar boyunca kullanılan tıbbi nitelikteki malzemelerin aynı firmada kalmasının başkaca bir sebebi yoktur.

Bazı hekimler anlaşmadığı firmanın ihaleyi kazanması durumunda, malzemeyi mümkün olduğunca kullanmaz ya da kullanmak zorunda kalırsa da çeşitli bahanelerle işini zora sokar. Böylece medikal firma pasif dirençle bezdirilir. Bu durumu bilen medikal firmalar da peşinen, istenilmeyen hastanelerde ihaleye girmezler. Medikal firmalar da gayriresmi olarak kendi aralarında hastaneleri adeta paylaşmışlardır. Hekim tercihi

değişmedikçe birisi diğerinin pazar alanına girmez ve göstermelik olarak ihalelerine girerek birbirine destek olur ve de bu sistemin devamı sağlanır.

Malzemelerin fantastik özelliğinin önplana çıkarılması: Ülkemizde yıllarca, tıbbi ve bilimsel olarak ne işe yaradığı belli olmayan ya da kullanımında hastaya zarar verebilen, fantastik malzemeler tercih edilmiş ve ücretleri geri ödeme kurumları tarafından hiç sorunsuz ödenmiştir. Interspinöz distraksiyon cihazı, bipolar kalça protezi, mobil bearing diz protezi, sellülit çorapları, genta cool, collatap (gentamisin ve kollajen içeren bir malzeme), DBM greftler, yara bakım ürünleri, dual meshler, inkontinasta kullanılan bazı malzemeler, ilaçlı stentler... vs. Bu malzemelere yüzlerce örnek verilebilir.

Dual meshler (çift örgülü), kapanmasında problem yaşanan büyük karın fıtıklarında kullanılır. Kullanım sahası çok az olmasına rağmen bir ara bazı genel cerrahlar tarafından neredeyse her fıtığa kullanılır olmuş ve devlet zarara uğratılmıştır. Çanakkale bölgesinde çok yoğun kullanılması üzerine SGK'nın bazı yetkilileri bu olayın üzerine gitmek zorunda kalmışlardır.

Maliyeti üç-beş lirayı geçmeyen çoraplar bin lirayı geçen fiyatlardan SGK'ya hem de on binlerce satılmıştır.

Bazı medikal firmalar, ürünlerini geri ödeme kurumlarına pahalı satmak için bin bir türlü hileye başvurmuşlardır. Almanya'da fiyatı 75 Euro olan collataplar, oradan sırasıyla İsviçre'ye ve peşi sıra İrlanda'ya ihraç edilmiş gibi gösterilip; deniz aşırı bir ülkeden ithal edilen bir ürün olarak Türkiye'ye girişi yapılmıştır. SSK'ya 450 Euro'dan satışı yapılmıştır. Binlercesi geri ödeme kurumlarınca ödenmiştir. Bu ürün SSK başmüfettişlerinden birisinin dikkatini çekmiştir. Bilimsel olarak hastaya ne faydası olduğu bir yana, ne kadar zararı olduğu tartışmalı bir malzeme olduğu kanısındayım. 650 tanesi Ankara SSK Sağlık İşleri ünitesinde ödenmiştir. Ödeme kararı veren ortopedi hekimi hakkında soruşturma açılması talep edilmiş ancak

SSK Genel Müdürü, soruşturma açılmasını engellemiştir. 1650 adeti ise sadece Zonguldak, Bolu, Kayseri, Trabzon, Mersin, Samsun, Afyon, Kastamonu, Gaziantep ve Konya illerinde kullanılmıştır. Bunların ödemesi de aynı ortopedi hekiminin uygunluk vermesi sonucu yapılmıştır. Mademki tedavide çok önemli bir malzemeydi, günümüzde bu malzeme neden ameliyatlarda kullanılmamaktadır? Bu bir vurgundu ve foya ortaya çıkıncaya kadardı. Kurumlarca ödemesi yapılanların miktarı, tespit edilen bu 1650 tanesinin yüzlerce katıdır. Bu ödemeleri sağlayan ortopedi hekiminin şimdilik tüm yaptıkları yanına kâr kalmış gibi gözükmemektedir. Bu usulsüzlükler sadece SSK hastanelerinde yapılanlardı. Bağ-Kur ve Emekli Sandığı'nda bu konularda hiçbir inceleme yapılmadığından veya bu incelemeler, konuyu değerlendiremeyecek sıradan memurlar vasıtasıyla yapıldığı için, SSK'dakinin onlarca katıdır.

Genta cool (bir çeşit ortopedik dolgu malzemesi) isimli malzeme ithal edilmiştir. Ne işe yaradığı anlaşılamayan bu malzemenin, fantastik özellikleri önplana çıkarılmıştı. Sanki olmazsa olmaz bir maddeymiş gibi, birçok ameliyatta kullanılmıştı. Bu durum da SSK başmüfettişlerinden birisinin dikkatini çekmiş ve ödemeye izin veren doktorlar için soruşturma izni istemiştir. SSK Sağlık İşleri Genel Müdürü bu izni de vermemiştir. Mademki bu kadar vazgeçilmez bir malzemeydi, günümüzde neden vazgeçilmiştir?

Yıllarca, interspinöz distraksiyon cihazı adlı, ne işe yaradığı belli olmayan, güya faset eklemlere yüklenmemek, foraminal yüksekliği düzenlemek ve stabiliteyi sağlamak amacıyla kullanılan bu malzemeyi ele alalım. Her hastada altı-sekiz bin liraya mal olan bu malzemedan SGK'ya on binlercesi fatura edilmiştir. İşe yaramadığı gibi hastaya gereksiz bir işlem yapılarak, risk almasına da sebep olunmuştur kanısındayım. Ülkemizde birçok yerde yaygın kullanılan bu malzemenin, Kayseri ve civarlarında aşırı kullanılması dikkat çekmişti. Ankara SGK'da

alışan doktorlardan birisi malzemenin ödemesini engellemişti. Bunun zerine, SGK Genel Müdürü malzemenin bundan sonra ödenmemesi konusunda yazılı talimat verdi. İki ay sonra yine genel müdürlükten gelen başka bir yazıyla, firmanın mağdur olduğu gerekçesiyle ödenmesine tekrar izin verildi. Bu çelişkili uygulamayla, mağdur olan hastalar ve talan edilen kamu kaynakları nedense hiç umursanmamıştır.

DBM greft isimli, jelatinimsi çok pahalı kemik greftleri bazı hekimlerce bir ara yoğun bir şekilde kullanılmıştır. Sınırları kemikle çevrili kistlerinde, diğer greftlerle karıştırılarak kullanılabilecek olan bu malzeme, bel fıtığı veya kemik kırığı ameliyatlarında çok yaygın kullanılmıştır. Sıvı yapıda olduğu için lüzumlu sahadan ilgisiz alanlara aktığı göz ardı edilmiştir. Normal greftler beş yüz lira civarında satılırken, miktar olarak onun çeyreği kadar olan bu DBM greftler, ilk zamanlar bin sekiz yüz lira gibi yüksek fiyatlardan satılmıştır. Diğer greftlere göre dezavantajları daha fazla olan, bilimsel olarak bir üstünlüğü olmadığı kanısında olduğum bu greftlerden, on binlerce kullanılmış ve geri ödeme kurumlarına fatura edilmiştir.

Fantastik malzeme kullanabilmek için ameliyat önerilen ve kamunun büyük zararına sebebiyet verebilecek birkaç örnek vermek istiyorum. Tanıdığım bir polis memurunun yeğninde ortaya çıkan kemik tümörü (eving sarkom) akciğerine yayılmıştı. Gtrdkleri zel bir hastanede, hastanın göğüs kafesinin çıkarılacağı ve yerine yapay bir göğüs kafesi konulacağı, maliyetinin otuz beş bin liradan aşağı olmayacağı ve devletin de ödeme yapmadığı söylenir. Tüm aile, imknlarını zorlayarak bu parayı tedarik etmeye çalıştığı bir sırada benim bu konudaki fikrimi öğrenmek istediler. Onlara bu ameliyatın hastayı iyileştirmeyeceğini, yaşam kalitesini artırmayacağını, üstelik ciddi bir risk altına gireceğini ve de ekonomik olarak yıpranacaklarını söyledim. Bunu ameliyatı yapacak olan doktora sormalarını ve alacakları cevaba göre kendilerinin karar

vermesi gerektiğini belirttim. Birkaç gün sonra bana döndüklerinde, ameliyat öneren doktora sorduklarını, makul cevaplar alamadıklarını ve hastaya hiçbir faydası olmayacağına kanaat getirdiklerini söylediler.

Ankara’da, ortopedi hekimlerinin aylık yapılan bir bilimsel toplantısında, büyük bir hastanede görevli akademisyen ortopedi doktoru, pelvis (leğen kemiği) kanseri (eving sarkom) olan bir hastasının tüm pelvisini çıkarttığını ve yurtdışından getirilen özel protezi uyguladığını iftiharla anlatır. Bu esnada hastanın, ameliyat sahasında ve çevresinde birçok yerde onlarca yara açılmış olup, iltihap akmaktadır. Bu fantastik malzemeyi kullanmak için yapılan ameliyat, hastanın ömrünü uzatmadığı gibi, yaşam kalitesini de oldukça düşürmüştür.

Akdeniz bölgesindeki bir devlet hastanesinde, 88 yaşındaki bir hastada pahalı bir bipolar protez kullanılır. SGK tarafından gerekçesi sorulduğunda, ameliyatı yapan doktor: “Dağdan odun keser gelir... 2 yıldan fazla ömrü olduğu tipinden belli... inşallah trafik kazası ve bir kaza kurşununa da kurban gitmezse 100 yaşına kadar yaşayacağı benziyor,” demiştir. İlgili hekim pahalı ve abartılı malzemeyi kullanmış, gerekçe sorulunca da anlaşılan zoruna gitmiştir. Bu epikrizle hastaya ve yaptığı işe saygısızlığını göstermiş ve güya kendince dalga geçmiştir.

Bir hastada ön çapraz bağ yırtığı tanısıyla hazır greft kullanılır. Bu malzemeyi tercih etme gerekçesinde, hasta ve hastalığıyla ilgili bilgi yoktu. İlgili hastaneden malzeme kullanım gerekçesini belirtmesi istenir. Ameliyatı yapan ortopedi doktorunun cevap yazısında hastanın futbol hakemi olduğu belirtilir. Yine bu yazıda “Her hekim ucuz malzeme kullanarak hasta sağlığını riske atmak istemez. Eğer ucuz malzeme ile hasta yaşamını riske atan hekim var ise benim gözümde hekim değildir. Ucuz malzemenin kullanılacağı Türkiye’de ucuz hastalar mı var. Vatandaşımız her şeyin en iyisini hak etmektedir,” demektedir. İlgili hekime göre ucuz malzeme kullanan hekim kendi gözünde

hekim değildir. Ancak ucuz hastalara ucuz malzeme kullanılır. Diğer bir deyişle en pahalı malzeme her zaman iyidir. Bundan sonra da bütün hastalarında en pahalı malzeme kullanacağını bir nevi teyit etmiş oluyor. Bu durumda ilgili hekimin ölçütlerine göre Sağlık Bakanlığı, daha pahalısı varken, aynı işi gören ucuzuna da ruhsat verdiği için suç işlemektedir. Çünkü ona göre her ucuz malzeme hasta sağlığını riske atmak demektir. Bu bilimsellikten uzak, çirkin yaklaşım tarzının altında medikal firmalarla girilen kirli bir illegal ilişki olup olmadığı sorgulanmalıdır. İlgili hekim öncelikle bedava ve en sağlıklı olan hastanın kendi greftini neden kullanmadığını belirtmemiştir. Bu türden ön çapraz bağlarda allogreftlere (kadavra dokusu) gerek bile yoktur. Kocaeli Üniversitesi hocalarından Prof. Dr. Sefa Müezzinoğlu'nun, hastanın kendi greftinin daha sağlıklı ve doğru olduğuyla ilgili yazılı görüşü mevcuttur. Ülkemizde hastanın otogreftinin (hastanın kendisinden alınan greft) kullanılmamasının bir sebebi de, eğitim eksikliğidir.

Gerekmediği halde malzeme kullanımı: Gerekmediği halde gerekliymiş gibi malzemeler yazılmakta ve bazen de kullanılmaktadır. Örneğin: Bir yıl içerisinde Antalya'da, İsveç belden kemerli Yürüme Cihazı hiç yazılmamışken, aynı yıl içerisinde Diyarbakır'da 300 tane yazılmıştır. Üstelik de her bir tanesi 3500 TL'den SGK'ya fatura edilmiştir. Trabzon'da da yerli malı kullanılmış ve ithal malzeme fiyatından fatura edilmiştir. Gerekmediği halde yazıldığı şüphesi ortadayken, bir de ithal malzeme kullanılmış gibi fatura edilerek, çifte vurgun yapılmıştır.

Görüldüğü gibi, tek bir malzemede bile çok farklı ve keyfi uygulamalar mevcut olup usulsüzlük bariz ortadadır. Sağlık Bakanlığı ve SGK tarafından gerekli tedbirler alınmamış, alınmamış ya da geç alınmıştır.

Tedavide işe yaramadığı halde, bazı malzemelerin tercih edilmesi: Yurtdışından alınıp, yüksek fiyatlarla geri ödeme kurumlarına satılan çok sayıda bu türden malzeme vardır. Yarada deb-

ritman (kötü dokuların uzaklaştırılması), pansuman ve yıkama, iyileşmede temel iken; işe yarayıp yaramadığı belli olmayan bazı pahalı ürünler kullanılmaktadır. Bu yara bakım ürünleri, sürekli akıntılı, seruma üreten yaralarda hiç işe yaramamaktadır. Kuru yaralarda ise zaten bu malzemelerin kullanılmasına gerek olmayıp, yara açık bile bırakılabilir. Bu malzemelerden yüz binlerce kullanılıp, sosyal güvenlik kurumlarınca ödemesi yapılmıştır. Uzun yıllar yüksek fiyatlı antibiyotikli boncuklar, kemik iltihaplarında kullanılmış ve günümüzde iyileşmede pozitif bir etkisi olmadığı tespit edilmiştir.

Medikal firmaların yaptığı hileler: Bazı medikal firmalar, ürünleri hastalarda kullanılmadığı halde kullanılmış gibi evraklar düzenlemiştir. Bazıları tamamıyla sahte evraklar teslim ederek sosyal güvenlik kurumlarını dolandırmıştır.

Örneğin: Yara bakım ürünü kesilip, küçültülerek birçok defa kullanılır ve her birisi ayrı olarak fatura edilir. Bazen bu yöntemle bile açıklanmayacak usulsüzlükler yapılmıştır. Daha önce İzmir’de yapılmış yara bakım ürünü yolsuzluğu buna örnektir. Bu durumu tespit eden doktor, SGK’dan ayrılmak zorunda kalmıştır.

Bazen daha ucuz malzemeler kullanılıp, pahalısı kullanılmış gibi fatura edilmiştir.

Birçok malzeme Avrupa ya da Amerika’dan ithal edilmiş gibi göstermekle birlikte, gerçekte Çin, Bulgaristan gibi ülkelerden getirilmiş ya da ülkemizde merdiven altında üretilmiştir. İthal edilen malzeme kayıtları, SGK’ya fatura edilenlerle karşılaştırıldığında, bazı medikal firmanların bu yönetime başvurduğu tespit edilebilir.

Bazı malzemelerde ambalajlar üzerinden haksız kazanç sağlanmaktadır. Şöyle ki, 10 cc’lik bin liralık bir greft yerine, 5 cc’lik yedi yüz liralık iki adet greft kullanılması gibi. Bu şekilde kullanıma çok rastlanabilmektedir. Ambalajların, fiyatlara bu ölçüde yansması çok dikkat çekicidir.

Medikal firmaların bazıları mafyavari bir çalışma tarzı benimsemişlerdir. Mafya, kolay yoldan para kazanmak için oluşturulan yasadışı bir oluşum şeklidir. Devletin gücünün aciz kaldığı ortamlarda daha güçlü mafyalar oluşur. Medikal malzemelerin üretiminden ihracatına, piyasaya sürümünden kullanımına, ve faturalandırılmasına kadarki süreçlerde mevzuat boşlukları olduğu için mafyavari yöntemlerle çalışan bu firmalar, büyük kazançlar elde etmişlerdir. Ödenmesi yapılmayan usulsüz faturaların ödenmesini isteyen, üniversitede ortopedi hocası olarak görev yapan firma yetkilisi bir zat, SGK çalışanlarına saldırmıştır. Benzer saldırılar, birçok ildeki SGK çalışanlarına yapılmış ve basına intikal etmiştir.

Hastaların pahalı malzeme daha iyidir anlayışı: Hastalar pahalı malzemelerin daha iyi olduğunu düşünür. Bu nedenle en pahalısı hangisiyse onun kullanılması isteği ve talebi vardır. Birçok kez, daha iyi olduğu düşünülen pahalı malzeme alımı için araya girenler olmaktadır. Satın alma komisyon üyeleri üzerinde baskı oluşturulmaktadır. Örneğin: Van SSK Bölge Hastanesi'nde, daha pahalı olan malzeme alınmadığı için, üstelik bir hakim tarafından komisyon üyeleri hakarete uğramıştır. Bu olay mahkemeye intikal etmiştir.

Üniversitede ortopedi bölümünde hoca olarak görev yapan ve medikal bir firmanın usulsüz faturalarının ödemesini isteyen kişi: "Bu pahalı denilen malzemeler mercedes araba gibidir, ucuz olanları ise murat araba gibidir, tabii ki mercedese binmek istenir," demektedir. Hâlbuki bu yapılan benzetme yanlış ve konuyla ilgisi yoktur. Kalçasını kırmış yaşlı bir hastaya, protez yapılırken, bir an önce ayağa kalkması ve normal yaşantısına dönmesi amaçlanır. Bunu hem pahalı hem de ucuz olanı eksiksiz sağlamaktadır. Aralarında tıbbi ve bilimsel olarak hiç fark olmayan aynı kalitede en ucuz malzemenin tercih edilmesi doğru olanıdır. Çünkü Sağlık Bakanlığı tarafından, satışına izin verilen bu ruhsatlı malzemeler arasında nitelik olarak da bir fark yoktur.

Özel hastanelerde kullanılan medikal malzemelerde denetim eksikliği: Özel hastaneler medikal malzeme kullanımı açısından KİK gibi bir mevzuata tabi değildir. Çalışan hekimler istedikleri malzemeleri kullanmakta ve başta SGK olmak üzere, bu malzemeler ödeme kurumlarına fatura edilmektedir. Özel sigorta şirketleri kendi içlerinde nispeten daha ciddi bir denetim uygulamaktayken, SGK'nın denetiminde standardizasyon yoktur. Üniteler arasında farklı uygulamalar yapılmakta ve çoğu ünitelerde göstermelik ya da usulen inceleme yapıлып ödemeler yapılmaktadır. Bu duruma SGK'nın politikasızlığı ve özel hastanelerin arkasındaki güçlü siyasi destek neden olur.

Gümrüklerde beyan edilen fiyatların yüksek tutulması: İthal edilen ucuz medikal malzemeler, gümrükte arzu edilen fiyatlardan beyan edilmektedir. Medikal malzemelere basit ve gereksiz özellikler eklenerek çok daha pahalı fiyatla gümrük beyanı yapılmaktadır. Bu sayede haksız ve bol kazanç sağlanmış olur. Bu kazancın tadını alan bu türden firmalar, bir sonraki sefer daha büyük işlere girmekte ve yine devlet zarara uğratılmaktadır.

Emekli Sandığı Protokolü ve Ulusal Medikal Bilgi Sistemindeki Yanlışlıklar: İthal edilen ya da yurt içinde üretilen gerekli, gereksiz her malzeme emekli sandığı protokolünde yerini almıştır. Firma, protokol için başvurduğunda, gümrükte beyan ettiği fiyata kâr eklenerek onay verilir. Bu uygulamada, yetkili kişi ya da kişilerin bilgi eksikliği, yetersizliği ve de yanlışları çok olmuştur. Emekli Sandığı Kurumu, SGK çatısında birleştirildiğinde bu protokol temel alınarak, Ulusal Bilgi Bankası oluşturulmuştur. Bu kurum, kamu adına ciddi bir yarar ve yenilik getirmekten uzaktır, böylelikle sadece basit bir yöntem ve ad değişikliği yapılmıştır.

Medikal Yolsuzluğun Ekonomik Boyutu

Bazı araştırmalarda ABD'de yolsuzluk boyutunun sağlık

harcamasının %20'sine tekabül ettiği belirtilmektedir. Özel sigorta şirketlerinin bu harcamaları finanse ettiği ve bu nedenle çok sıkı denetim altında olan bu ülkede bile yıllık 320 milyar dolar yolsuzluk gerçekleştiği söylenebilir. Denetimin ortadan kaldırıldığı, engellendiği ya da işletilmediği Türkiye'de durum içler acısıdır.

Hastalara yönelik yapılan pahalı ve gereksiz ilaç tedavileri ve karşılığında hekimlere verilen promosyonlar ya da yüzdeler; performansı tamamlamak için gerekmediği halde ameliyatlara yapılması; hastaların yatırılması ya da ameliyat edilmediği halde kuruma ameliyat edilmiş gibi fatura edilmesi durumları da göz önünde tutulursa 50 milyar TL'lik sağlık harcamalarının %40–50'sinin gereksiz yere yapılmakta olduğu ve yaklaşık 15–20 milyara ulaşan bir yolsuzluk yapıldığı sonucuna ulaşılabilir. Medikal yolsuzluk bunun çok büyük bir kısmını oluşturur.

Sadece ortopedik iyileştirici nitelikteki sarf malzemelerinin usulsüz kullanımı, beraberinde hastaların gereksiz ameliyat edilmesi, komplikasyonları ve mükerrer ameliyatlara... vs. örneklerin kamuya zararı yıllık 800 milyon TL ile 1.5 milyar TL arasındadır. Tüm branşlardaki medikal malzeme yolsuzluğunun kamuya zararı yıllık 4–10 milyar TL arasındadır

Yetkililer ve Yöneticilerin Tutumları: Medikal usulsüzlükler mevcut mevzuatların eksikliğinden kaynaklıdır. Bu mevzuatları düzenleyecek ve siyasetçileri uyaracak olması gereken bürokratlar bu konulardan habersiz, daha da vahimi kötü niyetlidir. Bazıları daha da ileri gidip, medikal firmalarla işbirliği içerisine girmiştir. İl müdürünün yapmış olduğu medikal yolsuzluğu şikâyet için giden bir çalışan genel müdür tarafından tehdit edilmiş ve il müdürünün açıklarını bulmaması konusunda uyarılmıştır. Bu da medikal firmalarla işbirliği yapan kimselerin bürokrasi içine nasıl yerleştirildiği ve ya devşirildiğinin bir kanıtıdır.

Medikal firma sahipleri usulsüz faturalarının ödenmesi için, bazen üst düzey yöneticilere başvurumaktadırlar. Onlar da

usulsüz faturaların ödenmesi için, iş takibi yapıp, çalışanlara baskı uygulamıştır.

Ekonomik kayıplardan dolayı ülkemizin devasa kaynakları talan edilmektedir. Yersiz ve amacı dışında yapılan bu medikal harcamaların büyük bir kısmı (%60) yurtdışına aktarılmaktadır. Bu durumda yöneticilerin kusurları büyüktür. Hâlbuki politika belirleyip, toplumun alınteri ve emeğini korumaları gerekir. Çeyrek asırdır, politika belirlemek bir yana kargaşa ve belirsizlik hakim olmuştur. Bu durum haksız kazanmak isteyen bazı sağlık patronları, medikal firma sahipleri ve diğer sağlık sunucularının işine yaramıştır. Hastaların suiistimal edilmesi en önemli sorun iken, kamu da ciddi zarara uğratılmaktadır.

Bazı idareciler, usulsüz iş yapan firma yetkilileriyle birlikte hareket edip, çalışanlarına karşı her türlü hukukdışı yöntemleri kullanmaktan çekinmemişlerdir. Baskı, küfür, hakaret, yıldırma, ceza, sürgün... vs. yöntemlerden geri kalınmamıştır. Kamunun yararı gözetilmekten çok; kişisel kazanç, hırs, ihtiras, kapris ve oç alma duygusuyla hareket edilmiştir. Bunu sağlamak için de, birçok SGK çalışanı defalarca sürgün edilerek mağdur edilmiş, bu şekilde diğer çalışanlara da gözdağı verilmiştir.

Medikal malzeme tedariki, kullanım kriterleri, suiistimalin önlenmesi, SGK idarecilerinin çözmesi gereken ve ünitelere mevzuatla bildirilmesi gereken konulardır. Ama onlar günü birlik idare ederek, kurumda çalışan belli başlı birkaç kişiden ısmarlama görüşler alarak hareket etmişlerdir. Bu durum son derece ciddiyetsiz bir yönetim oluşturmuştur. Bu keyfi uygulama, çifte standarda yol açtığı için, tabiidir ki suiistimale de sebep olmuştur. Zira hangi firmanın, hangi malzeme faturalarına bu uygulamanın yapıldığı; hangi kriterlere ve kıstaslara göre buna karar verildiği şaibelidir.

Başka illerdeki SGK ünitelerinden gönderilen faturaların ödenip ödenmemesi konusunda, Ankara SGK Sağlık İşleri çalışanları olan bazı hekimler nasıl ve hangi kriterlere göre karar

vermektedir? Bu şekilde çalışmanın dayandığı hiçbir mevzuat olmadığı halde, bu yasadışı çalışmaya neden ihtiyaç duyulmuştur? Neden tüm medikal malzeme ödemeleri için ortak, tüm üniteleri ve kurumu bağlayıcı mevzuatlar çıkarılmamıştır? Üst düzey idareciler, medikal faturaların ödenmesinde yasadışı yolları seçmek isteyenlere neden müdahale etmemiş ya da isteksiz kalmışlardır?

Bürokratların sorunların üzerine gitmesi için, onlara bu görevlendirmeyi veren mevcut siyasetçilerin bu konuda iyi niyetli olması gerekir. Her iki kurumun da karşılıklı birbirini kontrol etmesi ve yolsuzluklar üzerine ortaklaşa gidilmesi temel şarttır. Ülkemizde bu yapılmamaktadır. Çünkü medikal firmaların bazıları ile siyasetçiler ve bürokratlar arasında organik bağlar mevcuttur.

Çözüm Önerileri

– Başta iyileştirici nitelikteki malzemeler olmak üzere, tüm medikal malzemelerde usulsüzlük yapıldığının siyasetçiler ve bürokratlar tarafından görülmesi.

– Hekimlerin olması gereken sosyoekonomik düzeye ulaşması için, özellikle kamuda ücret politikası yeniden düzenlenmelidir. Maaş artırılırken, performans ile para kazanım, maaşın yarısını geçmeyecek ölçüde ayarlanmalıdır.

– Hekimlerin çalışıp-çalışmadıkları, bulunduğu konuma ve hastaneye göre verimi en az 10-20 yirmi yıl kamuda görev yapmış hekim kökenli denetim elemanları ya da hekim kökenli müfettişlerce değerlendirilmelidir.

– Yetkili bürokratların mevcut mevzuatları yeniden düzenlemesi ve bunların siyasetçiler tarafından yasalaştırılması gerekir.

– UBB kodlamasının yeniden yapılması gerekir.

– Gümrükten girişi yapılan her malzemeye hemen onay vermek yerine, bunlarla ilgili kesinleşmiş bilgileri içeren yayınların bir komisyon tarafından incelendikten sonra gerek

duyulursa UBB kaydının yapılması isabetli olacaktır. Yayın-
larda bazı ülke yayınlarının (Japonya, Kuzey Avrupa Ülkeleri,
İsviçre, İngiltere, Hollanda, Kanada ve kısmen ABD) özellikle
tercih edilmesine dikkat edilmelidir.

– Gümrüklerde beyan edilen fiyatlar yerine, yurtdışındaki
geri ödeme kurumlarıyla resmi yazışmayla fiyatların belirlen-
mesi uygun olur.

– Yurt içine giren her malzemenin kaydının yanı sıra;
SGK'ya fatura edilen medikal faturaların kayıtlarının karşılaştı-
rılması mevcut altyapıyla mümkündür.

– Yurt içinde üretilen her malzemeye UBB kodu verilmesi
yerine bunlarla ilgili etik çalışmaların ve sonuçlarının öncelik-
le görülmesi uygun olur.

– Kullanılan medikal malzemelerle ilgili olarak, toplu giriş
ve kullanım sayıları, Sağlık Bakanlığı veya SGK tarafından web
sitesinden duyurulmalıdır.

– En fazla malzeme kullanan hekimlerin ilk yüzde beşlik
dilimi, yıllık olarak hekim kökenli müfettişlerce kontrol edil-
meli ve suiistimal varlığı ya da yokluğuyla ilgili rapor düzen-
lenmelidir.

– Hekimlerin özellikle tercih ettiği veya çalıştığı firmalarla
ilişkileri araştırılmalıdır.

– Medikal yolsuzlukların cezaları artırılmalıdır.

– Gereksiz ve pahalı tıbbi malzeme kullanılmasının ve sırf
malzemelerden komisyon alabilmek için girişim ve ameliyatlar
yapılmasının; hekimlerle tıbbi malzeme firmaları arasında gizli
ilişki ve şebekleşmelerin engellenmesi için tıbbi malzeme it-
halatı gereğinde devlet eliyle yapılmalıdır. Kullanılması uygun
görülen tıbbi malzemeler hastanelere, kamu aracılığıyla dağı-
tılmalıdır.

ANDROMEDA TIBBININ TEMEL İLKELERİ

Taylan Kara

- Tıp kongrelerinin süreleri en az üç ay olmalı ve devremülk sistemine göre yeniden yapılandırılmalıdır. (Üç-dört günden bişey anlamadık ilkesi.)
- Tıp kongrelerine kayıt sırasında, tüm katılımcılara, katılımcının oturumları izleyeceği kabul edilerek genellikle içinde bir kalem ve bir not defteri bulunan çantalar verilir. O çantaya mayo, bikini ve isteyenler için dalış gözlüğü de eklenmelidir. (Mayosuz girilmez yasası.)
- Kongre aktiviteleri performans sistemine dâhil edilmelidir: hamamda “üç kez keselenenle” “bi su dökünüp çıkan” aynı puanı almamalıdır. Denize 300 metre açılanla sahilde yatıp etrafı kesen katılımcı bir tutulamaz. Asistanların performansları ise onlar henüz eğitim sürecinde olduklarından ve uygulamalarını hocalarından öğrendiklerinden dolayı hocalarına yazılmalıdır (Bana 1000 puan kazandıranı 4 yıl köle yaparım ilkesi.)
- Kongrelerdeki konuşmacı seçiminde çoğunlukla esas alınan ”sen ben bizim oğlan” ilkesinden artık vazgeçilmeli ve bu ilke “ben ben bizim oğlan bi de bizim kız” olarak genişletilmelidir. “Aynı egolar”a bir şans daha verilmelidir. (Oğlan bizim kız bizim kuralı.)
- Tıp kongrelerindeki dersler derhal kaldırılmalıdır. Deniz,

havuz, hamam, sauna, SPA gibi günü tamamen dolduran bir yığın bilimsel etkinlik ve işyükünün altında iken bir de derslere girmeye zaman bulamayan katılımcıların mağduriyeti giderilmelidir. (Sabun elden su gölden, yıkan götüm yıkan ilkesi.)

- Yukarıdaki cesur önermemiz birtakım kişilerin ezberini bozabilir. Kongreleri sadece ders ve bilimsel etkinlik olarak gören birtakım ufku dar, vizyonsuz sözde katılımcıların itirazları olabilir. Kongrelere ideolojik yaklaşan bu mihrakların “istemezük” anlayışı, bu statükocu zihniyet, birçok ilerlemenin önünü tıkamıştır. Bu nedenle eğer illa ders yapılacaksa –ki buna karşı olduğumuzu bir önceki maddede belirttik– Ölüdeniz/ Zimbabve, Belek /Kongo, Çeşme/ Burundi gibi karasal yerlerde değil en azından denizin içinde yapılmalıdır. Katılımcıya ders mi deniz mi ikilemi yaşatılmamalı, derse ve denize aynı anda girebilme çözümü sunulmalıdır. (Beş parmağın hangisini kessen acır prensibi.)
- Tek sözcük İngilizce, Fransızca ya da Almanca anlayamayan, konuşamayan, yazamayan ve okuyamayan bir kişinin yurtdışı kongreye katılımı konusundaki dedikodulara artık son verilmelidir. (Gönül diliyle konuşma teknikleri.)
- Yurtdışı kongrelerin bir kısmında uygulanan barkod sistemi kimin ne kadar derse girdiğini ortaya çıkarmaktadır. Bu durum ise derse girmeye fırsatı olamayan katılımcılarla ilgili haksız söylentilere neden olmaktadır. Bu nedenle derhal Dışişleri Bakanlığı nezdinde girişimde bulunulmalı ve barkod sistemi kaldırılmalıdır. Bu mümkün olamıyorsa, kongrenin düzenlendiği şehirde ve çevre ülkelerde bulunan müze, alışveriş merkezleri, kafe, kerhane vs ve eşdeğer sosyal yerlere de barkod sistemi konulmalıdır. Kongreye katılmıyor olabilirler ama boş da gezmiyorlar ya canım! Bu sosyal mekânlarda geçirilen zamanlara “denklik” verilmelidir. (Eee hep ders hep ders olmaz ki, biraz da sosyal olmak lazım gerekliliği.)

- Türk sağlık sistemindeki ilk ve tek sorun sadece özel mua-yanehanelerin kapatılmasından ibarettir. Bu sorun yegane, tek, biricik, ilk, en büyük, en gerçek, en reel, en en sorundur. (Lahana yerken ktır ktır, sapına gelince me ilkesi.)
- Bir nceki maddeden devamla, tp mesleğinin itibarszlaştırılması, emek gücünün ucuzlatılması, sağlığın piyasalaştıması, zorunlu hizmet, asistan doktorların çalışma koşulları, tp eğitiminin niteliksiz hale gelmesi, sağlık çalışanlarına uygulanan şiddet.vs... Bunlar suni gündemler olup belli odakların uydurmalarıdır. (Koy gözüne yasanısı.)
- Bir nceki maddede geçen “göz”, sadece “göz” olup başka bir şey değildir. (Fesatlığa lüzum yok ilkesi.)
- Artık uzmanlık branşları devletin sırtında bir kambur olup zelleşmelidir. Bunlar her yıl milyon dolarlar civarında harcama yapılan alanlar olup btcemizin karadelikleridir. Dahiliyeyi 49 yıllığına bir ilaç firmasına kiralamal, Radyolojiyi “Yap işlet şevket” modeline göre bir ilaç firmasına satmaldır. Halk Sağlığı’nda ise işletmesi pek kazançlı olmayaağından hizmet satın alma yoluna gidilebilir. (Kahvehane Derinliği: Bunlar senin-benim cebimden çıkıyor analizi.)
- Kardiyoloji ilaçlarının son kullanma tarihi bir sefere mahsus olmak üzere bakanlar kurulu kararıyla bir yıl süreyle uzatılmaldır. (İlaçta müjde haberi.)
- Sağlık çalışanlarına uygulanan şiddet artık sağlık hizmeti üretimini tehdit edecek boyutlara varmıştır. Gereksiz yere bıçaklanan, kurşunlanan, yaralanan ya da öldürülen sağlık personeli bir sonraki gün mesaiye başlayamamaktadır. Bu iş kaybını önlemek amacıyla her hastanede 24 saat hizmet veren “profesyonel özel dayak ekibi” kurulmalıdır. Hasta yakını, dövmek istediği sağlık çalışanını bu ekibe bildirmeli ve dyme-yaralama hizmeti bizzat bu ekip tarafından sağlanmalıdır. Bu şekilde gereksiz kanlı bıçaklama, gürültülü kurşunlama ya da istenmeyen öldürme olaylarının önüne geçilecek, üzerinde hrs alınan sağlık çalışanının iş kaybı

engellenecektir. (Kontrolsüz güç güç değildir ilkesi.)

- Özel dayak ekibi hizmetinden bir kez faydalanan hasta yakını 10 gün içinde aynı hizmetten tekrar faydalanmamalı, talep ettiği takdirde bu hizmeti ücret karşılığı alabilmelidir. (Paket aşımı gerekçesi.)
- Üniversitelere öğretim üyesi alımında “aynı siyasi görüşten olmak, hemşerilik, emmioğlu, dayıkızı vs.” gibi objektif kriterler artık resmi hale getirilmelidir. Sürekli liyakatle adam almaktan kaynaklanan bu tıkanma giderilmelidir; liyakat liyakat nereye kadar! (“İki kişinin bildiği sır değildir, ama herkesin bildiği sırdır” ilkesi.)
- Bir defaya mahsus olarak bilimsel yayın yapmadan da yardımcı doçent, doçent ve profesör olma hakkı verilmelidir.
- Kamuoyunun taleplerini de dikkate alarak bir önceki maddedeki “bir defaya mahsus”, “her defaya mahsus” olmalıdır. (Bkz. Vatandaşın hassasiyetleri.)
- Bedelli doçentlik çıkmalı, hayatlarının en verimli dönemlerinde bilimsel yazı, ders verme, eğitim gibi işlerle uğraşan ve bu nedenle iş kuramayan ve evlenemeyen gençlerimizin bu mağduriyeti giderilmelidir. 21 gün, kısa dönem ya da tümünden bedelli doçentlik seçeneklerini içeren bedelli doçentlik yasası en kısa sürede yüce meclisimizden geçmelidir. (Parası neyse verelim prensibi.)
- Akademik kurullarda konken oynama yasağı kaldırılmalıdır. (Üniversitelere özgürlük ilkesi.)
- Öğretim üyeleri artık stajyer, intern doktor, asistan ya da hastalarla muhatap olmamalıdır. Koskoca doçentin ders anlatması, koskoca yardımcı doçentin ameliyat yapması, koskoca profesörün hasta ya da normal insanlarla muhatap olması kabul edilemez. Hastaysa hastaneye, stajyerse stajına gitmeli, intern internlüğünü bilmelidir.
- Asistanların, öğretim üyelerine sürekli sorular sorup onları rahatsız etmesi öğretim üyelerinin işlerini yapmasına engel olmaktadır. Asistanların öğretim üyelerine soru sorma sa-

yısına kısıtlama getirilmeli, haftalık kotalar aşılmamalıdır. Fazla soru soran asistanların performansı kesilmelidir. Bu konuda üniversitelerin kendi inisiyatifinde olmak üzere asistanlara “hoca farkı ödeyerek” özel soru sorma hakkı getirilmelidir.

- Akademisyenlerimizin kısa sürede, yorulmadan kariyerlerinde yükselmesi amacıyla 24 saat hizmet veren 999 “Alo Yayın” hattı kurulmalı, yayınları kabul etmeyen dergiler bu numaraya ihbar edilmelidir. Ayrıca yayınlarla ilgili sorunlarda bu numara aranmalıdır. SCI yayın için biri, SCI expanded yayın için ikiyi, ulusal yayın için üçü tuşlamalı, “iyi günler ben Müge size nasıl yardımcı olabilirim” sesini duyunca sorun anlatılmalıdır. Yayınla mayınla uğraşmayıp doğrudan profesör olmak isteyenler ise dokuza basmalıdır.
- Bilimsel dergilerde kabul edilmeyen yazılar için yeni dergiler kurulmalı, kabul edilmeyen yazılar buralarda yayınlanmalıdır. (Ne var sanki kabul etseler, temennisi.)
- Bilimsel dergilere, “zorunlu hizmet” yasası kapsamında gönderilen bütün yayınları “zorunlu kabul” şartı getirilmelidir. Yayını kabul etmeyerek akademik ortamı sabote eden dergi editörleri derhal tutuklanmalıdır. (Editör vesayetine son sloganı.)
- Her türlü olumsuz koşula rağmen, masabaşında, her türlü yetenek ve hayalgücüyle “yoktan var eden” öğretim üyelerinin “bilimsel yayınları” sık sık “literatüre yeni bir katkı sağlamadığı” gerekçesiyle reddedilmektedir. Yayınlarda “literatüre yeni katkı” beklentisine artık son verilmelidir. İyi bir yayın daima literatürü desteklemelidir, eski yayınlarda ne bulunmuşsa aynı sonuçlara varmalıdır. (“Literatür ne diyorsa o” ilkesi.)

NOT: Bunlar elbette “yalnızca ve yalnızca” mizah yapmak amacıyla yazılmıştır. Önerme, saptama ve eleştiriler kurmaca olaylar üzerinedir. Bizim galaksimizde böyle bir tıp camiası veya sağlık sistemi yoktur, olmamıştır.

MESLEK SOSYOLOJİSİ ve SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ HEKİMLİK MESLEĞİNE YANSIMALARI*

Nurullah Kurutkan

Meslek sosyolojisi literatürüne ait olan teorilerden hekimlik mesleğini ilgilendiren kısımlar inceleme alanımızı oluşturmakta ve bu alanın daha iyi anlaşılabilmesinin yolunun sağlık sosyolojisi konularına aşına olmayı gerektirdiğini düşünmekteyiz.

Meslek sosyolojisi açısından hekimlik mesleğinin gelecekte nasıl şekilleneceği ve profesyonelleşme düzeyinin ne olacağı soruları hekimlik mesleği için cevaplandırılması gereken sorulardır. Makro planda mesleği şekillendirme kapasitesine sahip olan pratiklerin başında sağlık politikaları gelmektedir. Sağlık politikasının en cisimleşmiş hali olan Sağlıkta Dönüşüm Programı'na Freidson Modeli açısından bakılacaktır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Hekimlik Mesleğinin Geleceği

Cumhuriyetin kuruluşundan sonra, Türkiye'de sağlık politikalarını altı dönemde incelemek olanaklıdır (Fişek, 1991'den aktaran Pala, 2007: 3):

* Sağlık işletmeciliği alanında öğretim üyesi olan Yard. Doç. Dr. Nurullah Kurutkan, "Hekimlerin Profesyonelleşme Derecesi" adlı kitabından "Tıp Bu Değil-2" için özel olarak derlediği bu bölümü verdi.

- I. Dönem: Refik Saydam ve ondan sonraki CHP hükümetleri (1923-1945),
- II. Dönem: Behçet Uz'un, CHP Hükümeti'nde bakan iken önerdiği plan,
- III. Dönem: Demokrat Parti Dönemi (1950-1960),
- IV. Dönem: Milli Birlik Komitesi Hükümeti (1960-1961),
- V. Dönem: 1962-1980 yılları arasındaki uygulamalar,
- VI. Dönem: Milli Güvenlik Kurulu (MGK) ve ANAP Dönemi.

MGK dönemi ve ANAP dönemi sağlık politikalarını neo-liberal anlayış şekillendirmiştir. Yani 1980 sonrasına neoliberal politikalar hâkim olmuştur. Neo-liberal politikaları kısaca tanımlamakta fayda vardır: Neo-liberal iktisat politikalarının iki temel önermesi olduğu söylenmektedir: Piyasaların deregülasyonu ve özelleştirme iki temel önermedir. 1970 krizlerinin bilişim ve iletişim teknolojisindeki gelişmeler sonucu emek ve sermaye yapısı değişmiştir. Değişim, üretim sürecinin esnekleşmesi yönünde kendini göstermiştir. Fordizmin katı, kitlesel, uzun süreli ve tekdüze üretim biçiminin yerini, talebe bağlı esnek üretim biçimi ve esnek istihdam biçimleri üzerine kurulu post-Fordizm almıştır (Uçukoğlu, 2004: 2).

Neo-liberal sağlık paradigmasına göre, her türlü hizmetin karşılığı ödenmelidir, rekabet verimliliği artırır, kamu hizmeti atıl ve verimsizdir, iş güvencesi personelin performansını düşürür ve sağlık için bütçedışı ek kaynak yaratılmalıdır (Dedeoğlu, 2009: 148). Devletin yeniden yapılanması için 1970'lerden sonra “neo-liberal” tezler ve “yeni sağ”cı politikalar öne sürülmüştür. Küreselleşme sürecinde, regulation (düzenleme) politikasının yerini deregulation (kuralsızlaştırma) politikası almış, kamu yönetimi bütünlüğünü yitirmiş, “kamu yönetimi” anlayışından “Kamu İşletmeciliği”ne geçilmiştir (Orhan, 2006: 190).

“Kamu İşletmeciliği”nden sonra refah devletini dönüşüme uğratan kuramlardan biri de “yeni kamu işletmeciliği” yakla-

şımı olmuştur. 1980'lerde, kamu yönetiminde Toplam Kalite Yönetimi'nin (TKY) uygulanmasını savunan “yeni kamu işletmeciliği” yaklaşımı geliştirilmiştir. Bu yaklaşım çerçevesinde, özel sektör için geliştirilmiş olan verimlilik ve etkinliği hedefleyen, sıfır hatayla tam zamanında, kaliteli, katılımcı, performans dayalı ve müşteri odaklı üretim ilkelerinin kamu yönetimine aktarılması gündeme gelmiştir. Böylece devlete, kâr amacı güderek çalışan işletme kimliği, hizmet alan vatandaş da müşteri kimliği kazandırılmıştır (Karasu, 2001 ve Orhan, 2006: 191).

Neo-liberal sağlık paradigmasının politik stratejileri bulunmaktadır. Sağlığın özelleştirilmesi, hastanelerde özerkleştirme-işletmeleştirme, genel sağlık sigortası, aile hekimliği, performans göre ücret, sözleşmeli personel, tamgün çalışma, Sağlık Bakanlığı'nın küçülmesi ve insanların sağlık hizmetini alırken kendi cebinden harcama yapması temel politik stratejilerdir (Dedeoğlu, 2009: 148).

Özellikle kalkınmanın, gelişmenin artık piyasa ekonomisinin devlet müdahalesinden arınmış kendi kendine dengeye gelecek yapısıyla sağlanabileceği yaklaşımı tüm dünyada ekonomik programların temelini oluşturmuştur (Uçukoğlu, 2004: 2). Neo-liberal politikalar için, Uluslararası Para Fonu (IMF) ve Dünya Bankası gibi dünya ekonomisine yön veren uluslararası kuruluşlar, yapısal uyum programları geliştirmişlerdir. Uluslararası kuruluşlar Türkiye için de raporlar hazırlamıştır. Bu kuruluşların sağlık hizmetlerinde kalite ve müşteri memnuniyeti, özelleştirme, esnek istihdam koşulları, sosyal güvenlikle tek çatı yaklaşımı, genel sağlık sigortası, aile hekimliği ve hastanelerin özelleştirilmesi gibi birçok talepleri, Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde yerine getirilmeye çalışılmaktadır. Bu bağlamda devam eden reform çalışmaları dış dinamiklerin etkisiyle ortaya çıkmıştır. Küreselleşme sürecinin dışında kalamama, Uluslararası Para Fonu ve Dünya Bankası'na

borçlanma döngüsü, Avrupa Birliği'ne eklemelenme isteğinin getirdiği yükümlülükler reform çalışmalarının başlıca kaynaklarıdır. Bir taraftan bir yasal düzenlemeyle sağlık hizmetlerinin tek elden planlanması amaçlanırken, hatta bu amaç güdülerek SSK hastaneleri Sağlık Bakanlığı'na devredilirken, bir taraftan da bir başka düzenlemeyle Sağlık Bakanlığı'nın taşra teşkilatlarının kaldırılarak sağlık hizmetlerinin il özel idarelerine devri öngörülmektedir (Orhan, 2006: 193-195).

Türkiye'de de 1980'den sonra yürütülen sağlık politikalarının 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası'nın uygulanmamasına odaklandığını iddia eden araştırmalar vardır. Sonuç olarak kamu sağlık hizmetleri çokertildiği, çokertilen sağlık hizmetleri nedeniyle "Sağlık Reformları" gündeme alındığı iddia edilmektedir. Genel Sağlık Sigortası'nın, Türkiye'de sağlık alanında yaşanan eşitsizliklerin derinleşmesine yol açtığı ve Türkiye'de sağlık alanının serbest piyasanın egemenliğine terk edilmek istendiği ifade edilmektedir (Baran, 2009; Pala, 2007 ve Orhan, 2006).

Türkiye'de sağlık sektörünü açık Pazar ekonomisine uyarlamak yolundaki ilk girişim 1987'de kabul edilen "Temel Sağlık Hizmetleri Kanunu"dur. Kanun, genel bir sağlık sigortası oluşturma'nın ilk adımlarını tanımlamakta, kamu hastanelerinin kendi işletme ve personel politikalarını ortaya koyabilmelerine olanak sağlayacak düzenlemeleri içermekteydi. Kanunun kritik bölümleri Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edildiği için, halen yürürlükte olmakla birlikte bu yasa uygulamaya konulamamıştır (Avrupa Sağlık Sistemleri Gözlemcisi, 2002).

1980'li yıllardan itibaren uluslararası finans çevreleri (DB ve IMF), diğer sektörlerde olduğu gibi sağlık sektörünün de yeniden şekillenmesinde etkili olacak yapısal uyum programlarını gündeme getirmişlerdir. Bu bağlamda, Dünya Bankası 1987 yılında çıkardığı "Gelişmekte Olan Ülkelerde Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı" ve 1990 yılında çıkardığı "Gelişmekte

Olan Ülkelerde Özel Sektör Aracılığıyla Sağlık Hizmetlerinin Güçlendirilmesi” raporları ile gelişmekte olan ülkelere ne yapacaklarını belirtmiştir. Buna göre, Dünya Bankası gelişmekte olan ülkelere şu önerileri yapmaktadır (Sevim, 2006: 79):

- Sağlık hizmetlerinin, özellikle hastanecilik hizmetlerinin özelleştirilmesi,
- Bu şekilde, devletin kısıtlı kaynaklarının kırsal yörelere ve koruyucu sağlık hizmetlerine yönlendirilmesi,
- Genel sağlık sigortasına geçilmesi.

1980 sonrasında hükümetler tarafından önceleri “sağlıkta reform” adıyla dillendirilen neo-liberal sağlık politikalarına, Türk Tabipleri Birliği olmak üzere çeşitli demokratik kitle örgütlerinin bakışı yapılanın bir reform olmadığı yönündedir. Daha önceleri reform olarak kullanılan sözcük, 58. Hükümet’le birlikte ad değiştirerek, ancak aynı içerikle “Sağlıkta Dönüşüm” adıyla nitelendirilmiştir.

Sağlıkta Dönüşüm Projesi: Sağlık Bakanlığı, “Sağlıkta Dönüşüm” adını verdiği programın temel ilkelerini şöyle açıklamaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2003, Görgün; 2007: 137-138):

- İnsan merkezilik,
- Sürdürülebilirlik,
- Sürekli kalite gelişimi,
- Katılımcılık,
- Uzlaşmacılık,
- Gönüllülük,
- Güçler ayrılığı,
- Desantralizasyon,
- Hizmette rekabet.

Sağlık Bakanlığı tarafından açıklanan bu ilkeler irdelendiğinde; “Sağlıkta Dönüşüm”ün temel yaklaşımının sağlık finansmanının bir sigorta sistemi ile sağlanması, bakanlığın sağlık hizmeti sunumundan çekilmesi ve sağlık hizmetlerinin özel sağlık sektörü tarafından sunulması olduğu anlaşılmaktadır.

Bakanlık “Sağlıkta Dönüşüm Programının Bileşenleri” başlığı adı altında nasıl bir yol izleyeceğini de açıklamaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2003):

- Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı,
- Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası,
- Yaygın, Erişimi Kolay ve Güler yüzlü Sağlık Hizmet Sistemi;
- Bilgi ve Beceri ile Donanmış, Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlık İnsan Gücü,
- Sistemi Destekleyecek Eğitim ve Bilim Kurumları,
- Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyon,
- Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma,
- Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Erişim: Sağlık Bilgi Sistemi.

Bakanlık, dönüşüm programı uygulama sürecini dört aşamaya ayırmaktadır. İlk aşamada kavramsallaştırmaktan söz edilmekte, bunu yasaların çıkarılması aşamasının izleyeceği açıklanmaktadır. Bakanlığa göre, daha sonra kontrollü yerel uygulamalar ile sistemlerin işleyen ve işlemeyen tarafları görülecek, ardından son aşamada programın Türkiye geneline yaygınlaştırılması gerçekleştirilecektir (Sağlık Bakanlığı, 2003).

Sağlık Bakanlığı’na Göre Programın Hekimlere Kazandırdıkları: Sağlık Bakanlığı’na göre programın hekimlik mesleğine olan katkısı tamgün yasası ile gerçekleşecektir: “Tamgün uygulaması ile yetersiz olan sağlık personelinin üzerindeki iş yükü daha dengeli hale gelecek, hekimlerimiz ile hastaları arasında doğrudan para ilişkisi ortadan kalkacak, vatandaşlarımız ile hekimlerimiz arasındaki güven ilişkisi güçlenecek, hastaların sağlık hizmetine erişimi kolaylaşacak, kamuda ve özelde birlikte çalışma serbestisinin, kamuda tam zamanlı çalışan hekimlerimiz üzerindeki olumsuz etkileri ortadan kaldırılacak, hekimlerin hastane-muayenehane ikileminde bırakılmadıkları, mesai açısından ve zihinsel olarak bölünmüşlük yaşamadıkları, hasta memnuniyetini daha kolayca hedefleyebildikleri, emeklerini

bir noktada yoğunlaştırabildikleri bir çalışma ortamı sağlanacaktır. Üniversitelerde öğretim üyelerimiz, asli görevleri olan eğitim ve araştırma faaliyetlerini hakkıyla icra edebilecekler; bütün zamanlarını üniversiteye ayıracaklardır. Malpraktis'e karşı sigorta sistemi getirilecek ve hekimlere, mesleki hataları için mali güvence sağlamak amacıyla zorunlu mesleki mali sorumluluk sigortası getirilecek. Bu sayede hekimler problemlili ve riskli vakalarla alakalı tazminatlar konusunda mali güvenceye kavuşacaklardır. Getirilen sigorta sisteminde, kamuda çalışan hekimlerin sigorta primlerinin yarısı, döner sermayesi olmayan kurumlarda kurum bütçelerinden, döner sermayesi olan kurumlarda ise döner sermayeden ödenecek, diğer yarısı da ilgili hekim tarafından karşılanacak."

Sağlık Bakanlığı'na Göre Programın Vatandaşlara Kazandırdıkları: "Halkımıza sunulan sağlık hizmetinin kalitesini artırmaktır. Tamgün Uygulaması ile sayıca yetersiz olan sağlık personelinin üzerindeki iş yükü daha dengeli hale gelecek, hekimlerimiz ile hastaları arasında doğrudan para ilişkisi ortadan kalkacak, vatandaşlarımız ile hekimlerimiz arasındaki güven ilişkisi güçlenecek, hastaların sağlık hizmetine erişimi kolaylaşacak, 'Hekim Seçme Hakkı' gelişerek devam edecek, özel muayenehanelerde veya üniversite hastanelerinde sadece para ödeyebilenin hekimini seçmesi dönemi bitecek ve devlet ve üniversite hastanelerinde hastaların bekleme süreleri azalacaktır. Tamgün kanununun amaçlarından biri de, sağlık hizmeti sunumunda aracıları ortadan kaldırmak ve vatandaşlarımızın hiçbir yönlendirmeye maruz bırakılmadan kamudan aracısız hizmet almasını sağlamaktır. Tamgün Uygulaması hekimle hasta arasındaki doğrudan para isteme-para ödeme ilişkisini ortadan kaldıracak. Tamgün Uygulaması 'Önce İnsan' diyen bir zihniyetin, vatandaşımıza daha kaliteli, adil ve kolay erişilebilir bir sağlık hizmeti sunma kararlılığıdır."

Programa yönelik eleştiriler: Sağlıkta Dönüşüm Projesi'ne

eleştirel bakan yazarlara göre Sağlık Bakanlığı program ile sağlık sistemini oluşturan üç temel alana müdahale etmeyi hedeflemektedir: Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi, sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sağlık hizmetlerinin sunumuna müdahale edilmektedir (Pala, 2007). Sağlık hizmetlerinin örgüt yapısı değiştirilmektedir.

a) Sağlık hizmetine erişim kısıtlanmaktadır.

b) Dar bölgede sağlık hizmeti sunma anlayışı terk edilmektedir.

c) Temel sağlık hizmeti odaklı sağlık hizmeti sunma anlayışı terk edilmektedir.

d) Birinci basamakta ekip anlayışı yok edilmektedir.

Devlete sağlık hizmeti sunumundan el çektirilmektedir. Dönüşüm programının “Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı” yaklaşımı ile devlete sağlık hizmeti sunumundan el çektirilmektedir. Bu durum, Sağlık Bakanlığı tarafından 13.12.2006 tarihinde Başbakanlığa gönderilen “Kamu Sağlık İşletmeleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı” ile kendini göstermiş bulunmaktadır. Kanunun yasalaşması halinde, pilot olarak seçilen illerdeki çeşitli hastaneler Sağlık Bakanlığı tarafından işletme biçimine dönüştürülecektir. Sağlık Bakanlığı’na bağlı sağlık kuruluşlarında “performansa dayalı döner sermaye ödemesi” ile sağlık hizmetlerinin niteliği değiştirilmektedir. Bu değişimin başat noktaları şunlardır (Pala, 2007):

1. Daha fazla kişi muayene edilecektir.
2. Daha fazla ilaç yazılacak/tüketilecektir.
3. Daha fazla kişi ameliyat edilecektir.
4. Daha fazla tetkik yapılacaktır.
5. Puanı yüksek olan tıbbi girişimler öncelenecektir.
6. Hastanelerde yüksek tıbbi teknolojinin kullanımı artacaktır.
7. Sağlık ocaklarına hızla (gereksinimin ne olduğuna dikkat edilmeksizin) teknoloji sokulacaktır.

8. Sağlık çalışanları arasında yaratılan rekabet zemini çalışma barışını bozacaktır.

Döner sermaye gelirlerinden sağlık çalışanlarına aktarılan pay, çalışanların biraz olsun gelirlerini artırmakla birlikte; özlük haklarının yükseltilmesi için kalıcı bir çözüm değildir. Kalıcı bir çözüm değildir çünkü emeklilik dönemine yansımamaktadır, süreklilik göstermemektedir, eşit dağılmamaktadır, geleceği belirsizdir ve kişinin sağlık sorunları yaşamamasından büyük ölçüde etkilenmektedir.

Farklı istihdam şekillerinin ortaya çıkmasına vesile olduğunu ve çalışma barışını bozduğunu düşünen yazarlar da mevcuttur: Ülkemizde aynı alanda aynı işi yapan 6 farklı statüde meslek çalışanı oluşturulmuştur (Ayhan, 2009: 119):

- 1) 657 Devlet Memurları Kanunu'na Tabi Olanlar(4-A)
- 2) Sözleşmeli Personel
- 3) 4924'e Tabi Olanlar
- 4) 4-B Statüsünde Olan Personeller
- 5) 4-C Statüsünde Olanlar
- 6) Aile Hekimliği Ve Aile Sağlık Elemanı

Aşırı ilaç ve pahalı teknolojinin aşırı tüketimi, hekimlerarası rekabet, hekimlerin reklama tevessülü, etik ihlallerin artması, iş güvencesinin ortadan kaldırılması, sözleşmeli çalışmanın yaygınlaştırılması, fazla çalışmanın teşvik edilmesi (günde 13 saati aşan çalışmanın döner sermaye ile teşvik edilmesi), performans kriterlerine rağmen niteliksiz hizmetin yaygınlaştırılması, koruyucu hizmetlerde aksama, gereksiz tetkik, müdahale ve kâr amaçlı hizmetin yaygınlaşması ve en son olarak sağlığın artık bir hak olmaktan çıkarılması ve satın alınan bir hizmet olduğu düşüncesi için toplumun ikna edilmesi programın en zayıf noktalarıdır (Dedeoğlu, 2009: 149).

Neo-liberal politikaların zararları:

- Sağlıkta dönüşüm programının tamamlayıcısı konumundaki kamu hastaneleri birlik yasa tasarısına göre, il özel idare-

relerine devir sonrasında sağlık hizmetlerinin özel kesime ihale edilerek taşeronlaştırılması, güvenilir hizmete ulaşmada ve hizmetten eşit yararlanma noktalarında sıkıntılar yaratabilecektir. Özel kesimin kr için gereksiz ve pahalı olan klinik müdahaleleri tercih etmesi, çeşitli branşlarda tekelleşerek pahalı hizmet sunma olasılığı, ilaç ve tıbbi cihaz alanında tekelleşme, büyük şehirlerde toplanma eğilimi vb. bu sıkıntılar arasında sayılabilir. Sonuçta sağlıkta zelleştirme faaliyetleri tekelleşme nedeniyle, yalnız yoksulların değil, varlıklıların da beklentilerini tam olarak karşılayamayacaktır (Orhan, 2006: 195).

- Çağdaş hekimlik, sağlığın korunması ve geliştirilmesini temel alan bir yaklaşımdır. Sağlığın en temel insan hakkı olmasından yola çıkarak, ağdaş bir sağlık sistemi, “herkese, her zaman ve her yerde” sağlık hizmeti sunulmasını sağlamalıdır. Çağdaş hekimlik uygulamaları hem insanların yaşam kalitesini yükseltmesi hem de sağlık hizmetlerinin maliyetini düşürmesi bakımından bireyler ve hükümetler için çok uygun bir yaklaşım olmakla birlikte, sağlıktan büyük paralar kazanan çokuluslu sermaye açısından uygun bir yaklaşım değildir. şirketlerin kârını azaltır. Bu nedenle özel sektörün baskısı, dünyanın pek çok ülkesinde ağdaş hekimlik uygulamalarının sözde kalmasına; sağlık hizmetlerinin ağırlıklı olarak tedavi edici sağlık hizmeti sunulması biçimine dönüşmesine yol açmıştır. Özellikle ilaç, tıbbi malzeme ve yüksek tıp teknolojisinin neredeyse tümüyle çokuluslu şirketlerin tekelinde bulunması, sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik uygulamaların önünde büyük bir engel oluşturmaktadır (Pala, 2007: 4).
- Kapitalist sistemde müşteri “parası olan” ve parası kadar alışveriş yapabilme zellikine sahip olan kişi anlamına gelmektedir. Sağlık hizmeti alması gereken kişiye “müşteri” dendiği zaman ortaya çıkan iki önemli sonuç şudur: Bu du-

rumda parası olmayan sağlık hizmeti alamaz ve parası olan da ancak parasının satın alma gúcüne uygun olan hizmeti satın alabilir.

- Sağlık hizmeti alması gereken kişilere “müşteri” denilmesi, sağlığın temel bir insan hakkı olmasını engeller; “sağlık” ancak parası olanların sahip olabildiği bir mal/hizmet biçimine dönüşür. Bu konuda verilebilecek en iyi örnek ABD’de uygulanan sağlık hizmetleri sistemidir. Kişi basına ulusal gelirin otuz bin doların üzerinde olduğu ve dünyadaki kişi basına en yüksek sağlık harcamasının yapıldığı ABD’de (Yaklaşık 4500 dolar) hastalara “müşteri” gözüyle bakıldığı için yaklaşık 48 milyon kişi sağlık hizmetlerinden yararlanamamaktadır.
- Özel sektörün bazı temsilcileri tarafından müşteri sözcüğü “iyi hizmet almayı hak eden kişi” olarak tanımlanmaya çalışılarak bir polemik yaratılmaktadır. Üzücü olan bu söyleme Sağlık Bakanlığı’nın da katılmasıdır. “Müşteri”nin kapitalist sistemde tanımı bellidir ve hizmet alırken “karşılığında ücret ödeyen kimse” olduğu akıldan çıkarılmamalıdır. Sağlık eğer “en temel insan hakkı” olarak kabul ediliyorsa, parası ya da sağlıkla ilgili güvencesi olsun olmasın herkesin sağlık hizmeti alabilmesinin sağlanması gerekmektedir.
- Sağlık hizmetlerinin kendine özgü kimi nitelikleri vardır: Sağlık mal ve hizmetleri kimi temel özellikleri yüzünden *piyasa ekonomisine uyarsızdır*, onun insafına bırakılamaz (Baran, 2009: 204-205 ve Pala, 2007):

1. Rastlantısaldır, istem esnekliği yok gibidir. Boyutunun, kapsamının, zamanının, öznesinin, süresinin, yerinin kestirilmesi güçtür.

2. Ertelenemez; hatta süregelen (kronik) hastalıklar için bile bu olgu geçerlidir, çünkü hem mikro hem makro ölçekte ekonomiye yükü, ertelenmeksizin karşılanmasından fazladır.

3. Hizmetin sunumunu, kullanılacak sağlık mallarını (ilaç,

gözlük, ortez-protez) başvuran değil hekim belirler; kullanıcının yönlendirici bir seçimi (inisiyatifi) yoktur.

4. Yerine başka bir mal ya da hizmet konulamaz, biriciktir, son derece özgüldür.

5. Kişiye sıkı sıkıya bağlıdır, başkasına devredilemez, değiştirilemez ve vazgeçilemez.

6. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nde doğuştan kazanılan bir TEMEL insani hak sayılmıştır (1948).

7. Çıktısı doğrudan paraya çevrilemez, elde edilen ürün, toplumsal yarar olmak durumundadır.

- Bütünün diğer parçalarına bakıldığında, birinci basamağın tasfiye edilerek sağlık ocaklarının kapatılması ve yerine birinci basamağın özelleştirilmesi anlamına gelecek bir aile hekimliği modeline geçilmesi; devlet hastanelerinin performansla dayalı döner sermaye uygulamasının ardından işletmeleştirilmesi ve nihayet sağlık hizmetlerinin finansmanının genel sağlık sigortası ile sağlanması girişimleri karşımıza çıkmaktadır. Bu uygulamaları bir bütün olarak “sağlığın ticarileştirilmesi” biçiminde adlandırmak yanlış olmayacaktır.

Sağlık kurumlarında hayat bulan meslek anlayışı ve profesyonizm düşüncesinin, pratisyen hekimler ve uzmanlara göre farklılık göstermemesi gerektiği tezin odak noktasını oluşturmaktadır. Sağlıkta dönüşüm programının hekimlerin profesyonelleşme anlayışını nasıl şekillendireceği sorusuna Freidson Modeli Açısından bakacak olursak sekiz ana başlıkta değerlendirme yapmak gerekecektir. Sekiz ana başlığı *mesleki bilgi, meslek birliği, meslek etiği, mesleki sosyalleşme, mesleki hâkimiyet, profesyonizm profesyonelleşme süreci (deprofesyonelleşme, proleterleşme ve şirketleşme) ve mesleki kapalılık* faktörleri oluşturmaktadır. Sekiz ana başlık ile ilgili tanımlardan daha önceki bölümlerde bahsedilmiştir. Başlıkları sağlıkta dönüşüm programı ve hekimlik mesleğinin geleceği açısından değerlendirmekte fayda vardır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Mesleki Bilgi: Programın A bileşeninden olan Ulusal ilaç ve Tıbbi Cihaz Kurumunun Kurulması maddesi bağlamında yapılması gereken uygulamalar mesleki bilginin kuşatılması ve düzenlenmesi bağlamında önemli parametreler barındırmaktadır. Özellikle akılcı ilaç kullanımı, kanıta dayalı tıp uygulamaları ve sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesi mesleki bilginin kuşatılması bağlamında önemli pratiklerdir. Burada temel amaç, hekimlerin mesleki bilgi alanındaki hâkimiyet alanını rasyonelleştirmedir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Meslek Birliği: Programın hiçbir maddesinde meslek birliğine atıf yoktur. Buna rağmen programın bütün bileşenleri için TTB'nin itirazları vardır. Programın yazımı ve yürürlüğü konusunda TTB'nin muhatap alınmaması tamamen siyasi bir tercih olarak gözükmektedir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Meslek Etiği: Etik sorunlar çalışma barışını ve hizmet kalitesini bozan en önemli unsurların başında gelmektedir. Tıp mesleklerinde etik sorunlar ortaya çıkması arzu edilmeyen bir durumdur (Dinçer, 2010: 139). Programın etik sorunlara yol açacağı ve meslektaşlar arasında rekabete dayalı uygulamaların artacağı düşüncesi meslek birliği mensupları tarafından dile getirilmektedir. Oysa Aile Hekimliği ile ilgili yapılan bir araştırmanın sonuçlarına göre hekimlerin %75,6'sı herhangi bir etikdışı uygulamanın olmayacağı düşüncesine katılım göstermişlerdir (Dinçer, 2010: 154). Döner sermaye uygulamaları bağlamında yapılan ek ödeme sistemi ve performans çalışmalarına şahit olan birisi olarak programın etik alanının iyi şekillendirilmediğini söyleyebilirim. Endikasyon olmadığı halde yapılan ameliyatlara, çekilen filmler ve icra edilmediği halde beyana göre doldurulan döner sermaye hesapları etik alanının boşluklarını oluşturmaktadır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Mesleki Sosyalleşme: Özellikle Tamgün Yasası mesleki sosyalleşme sürecini şekillendirme kapasitesine sahiptir. Ocak 2010'un ikinci haftasında kabul

edilen ama Resmi Gazete’de yayınlanmadığı için yürürlükte olmayan kanuna göre artık hekimler ya özelde ya da kamuda çalışacaklardır. Mesleki bir kazanım olan kısmi zamanlı çalışma hakkı hekimlerin elinden alınmaktadır. Önceki rol modeli olarak gördükleri uygulamaların büyük bir kısmı yeniden şekillenecek ve geriden gelen hekim adayları bu nimetin kazandırdığı davranış modellerinden uzak kalacaklardır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Mesleki Hâkimiyet: Mesleki çalışmanın şekli ile ilgili herhangi bir düzenleme olmamasına rağmen, hekimlik arzının son dönemde artması, medikal hizmetlere ulaşımın kolaylaştırılması, toplumun satın alma gücünün artması ve aşırı uzmanlaşma mesleki hâkimiyet alanını aşındıran uygulamalardır. Özellikle pratisyenlerin yalnız bırakılması ve hekimlik branşlarının derinleşmesi ve dernek ve birlik mensuplarının bu konuda herhangi bir girişimde bulunmaması aşındırıcı faktörleri oluşturmaktadır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Profesyonizm: Sağlık organizasyonunun stratejik alanını hekimler oluşturmaktadır. Bu alanda yeşeren mesleki ideoloji ve anlayışın temsili noktasında hekimlerin zaafı bulunmaktadır. Toplumun temel bir ihtiyacını karşılayan meslek mensuplarının kendini topluma yansıtmaması noktasında ve toplumsal algılama noktasında sorunlar bulunmaktadır. Dönüşüm programı bağlamında hekimler ile hastalar arasında doğrudan para ilişkisinin ortadan kalkacağı ve vatandaşlar ile hekimler arasındaki güven ilişkisinin güçleneceği düşüncesinin doğruluğu için zamana ihtiyaç vardır. Var olan güvensizliğin başka faktörlerinin de bulunduğu göz ardı edilmemelidir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Profesyonelleşme Süreçleri: İkili bir yapıdan söz edilebilir: Kamu ve özel ayrımı bağlamında bakacak olursak; özel hastanelerden grup olanları için bir şirketleşme sürecinin olduğu söylenebilir. Medikal Park grubu, Acıbadem, Başkent Üniversitesi hastaneleri, Medisina Grup,

BSK hastanelerinde çalışan hekimler bu bağlamda değerlendirilebilir. Özellikle bu grupların ilk ikisinde uluslararası sermayenin de belli bir oranda payı bulunmaktadır. Kamu açısından bakıldığında ise hekimler açısından bir işçileşme sürecinden söz edilmemekle beraber sözleşmeli çalışmanın gittikçe arttığı görülmektedir. Nitekim Aile hekimliği modeli sözleşmeye dayanmaktadır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Mesleki Kapalılık: Programda mesleki kapalılığı zedeleyebilecek bir unsur bulunmamaktadır. Aksine rasyonel ve mesleki alanda hâkimiyeti artıracak akreditasyon gibi uygulamalara yer verilmektedir.

Özetle, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın, hekimlerin meslek anlayışlarını yeniden şekillendirebilecek potansiyeli bulunmaktadır. Devlet hastanelerinin özerkleştirilmesi, sağlık hizmetlerinin yeniden organizasyonu, akılcı ilaç kullanımı, kanıta dayalı tıp çalışmaları ve sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesi çabaları, anılan sekiz başlıktaki profesyonelleşme faktörlerini değiştirme ve dönüştürme kapasitesine sahiptir.

TÜRKİYE'DE EĞİTİM ve TIP

Nihat Küçükarslan

“Eğitim Şart”

“Öğrenmek, akıntıya karşı yüzmek gibidir, ilerleyemediğiniz takdirde gerilersiniz,” diyen Çin Atasözü doğru söyler. Osmanlı da eğitime önem vermediği için bu yüzden gerilemiş ve yıkılmıştır. Bir ülke verilen eğitimin temelleri üzerinde durur. Eğitimden oluşan temeller sağlam olmadığında o devlet bağımsız kalamaz, zamanla parçalanıp yıkılır. “Eğitimin kökleri acı, meyveleri tatlıdır.” (Aristo) Bu nedenle Tıp konusuna eğitim ile başlamayı istedik.

Yeni Cumhuriyet'in okuma yazma oranları çok çok düşüktü. Cumhuriyetin kuruluş yıllarında Arap alfabesini bilenlerin oranı yalnızca %2'ydi. 1 Kasım 1928 tarihli 1353 sayılı “Yeni Türk Harflerinin Kabul ve Tatbiki Hakkında Kanun” kabul edildi. Günümüzde yeni alfabe ile bu oran %95'leri bulmuştur. 1924–1946 yılları arasındaki yirmi iki yıl içinde okul sayısı 4894'ten 15009'a çıkarılmıştır.

Genç Cumhuriyetimize Osmanlı'dan Kalan Miras

29 Ekim 1923 yılında kurulan Cumhuriyetimiz Osmanlı'dan çok iyi özellikler teslim almamıştı. Osmanlı içte ve dışta saygınlığını ve gücünü yitirmiş bir devletti. Borçlarına karşılık devlet

yönetimine el konulmuş kukla bir devletten farkı yoktu. Birinci Dünya Savaşı'ndan yenik çıkınca padişah kendi can derdine düşmüş, hiç düşünmediği halktan daha da uzaklaşmıştı. Atatürk ve arkadaşlarının vatani kurtarması gerekiyordu. Yeni Cumhuriyet yeni uygulamalara yönelecekti. Yeni Cumhuriyet'in ekonomide, eğitimde, sağlıkta devrimler yapması ve hasta adamı ayağa kaldırması gerekiyordu. Bunun için çok çalışmak ve "gaflet ve delalet içinde" olmamak gerekiyordu.

Ya Sanayimiz Nasıldı?

1923 yılında İstanbul ve İzmir dışında sanayi, sermaye sınıfı, alt yapı yoktu. En basit ürünler dahi ithal ediliyordu. Sanayi-yi oluşturmak için 17 Şubat-4 Mart 1923 yılında İzmir'de İktisat Kongresi toplandı. Toplantıda alınan kararlar İkinci Dünya Savaşı'na kadar harfiyen uygulandı. Sanayi artışı %96'ları buldu. Türkiye, Sovyetler Birliği ve Japonya ile yarış halindeydi.

1950 yılında devletçi anlayış terk edilip ABD etkisine girilerek özel sektör ağırlıklı kapitalist sisteme geçildi. Bu geçiş sonrasında ülkenin milyarlarca dolarlık dış borcu oluşurken artık dünya ile yarışan dolar milyarderlerimiz vardı. İstanbul, Moskova (74), New York (71), Londra'dan (36) sonra en fazla dolar milyarderi bulunan dördüncü şehir (35 milyarder) özelliğini kazandı (Forbes).

Türkiye 2011 yılında dünyanın en büyük 15. GSYİH'sine sahip 15. ülke oldu.

Eğitim Eğitim...

1930'lara kadar yalnızca iki üniversitemiz; İÜ (Kuruluş: 1453) ve İTÜ (Kuruluş: 1773) bulunuyordu. Günümüzde üniversite sayısı iki yüze yaklaştı; Times Higher Education ve Thomson Reuters'e göre Bilkent 204, İTÜ 285, ODTÜ 289, Boğaziçi ise 307. sırada reyting aldı.

Eğitim çalışmaları Mustafa Kemal ile başlayıp İsmet İnönü

ile sürdü. Mustafa Kemal “Eğitimdir ki bir milleti ya özgür, bağımsız, şanlı, yüksek bir topluluk halinde yaşatır; ya da bir milleti esaret ve sefaletle terk eder”, “Bir millet irfan ordusuna mâlik olmadıkça, savaş meydanlarında ne kadar parlak zaferler elde ederse etsin, o zaferlerin yaşayacak neticeleri vermesi ancak irfan ordusuyla kaimdir”, “Dünyada her şey için, hayat için, başarı için en hakiki mürşit ilimdir, fendir. İlim ve fennin dışında mürşit aramak gaflettir, cehalettir, doğru yoldan çıkmadır” demiştir.

Eğitimde Baş tacımız: Köy Enstitüleri

Köy Enstitüleri eğitim atığında çok önemli bir rol aldı. Köy enstitüleri, köy öğretmeni ve köye yarayan diğer meslek erbabını yetiştirmek üzere, ziraat işlerine elverişli arazisi bulunan yerlerde, Maarif Vekilligince kurulan okullara denilir.

1935 yılında, İsmail Hakkı Tonguç MEB İlköğretim Genel Müdürlüğü'ne atandı. 28 Aralık 1938'de Hasan Ali Yücel Bakan oldu. 1 Şubat 1940'da Tonguç İlköğretim Genel Müdürlüğü'ne asaleten atandı. 17 Nisan 1940'ta 3803 sayılı kanunla “Köy Enstitüleri Kanunu” kabul edildi, bu nedenle her yıl 17 Nisan günü Köy Enstitüleri Kuruluş Günü olarak kutlanır.

Köy enstitülerinin amacının ne olduğunu, enstitülerin babası sayılan Tonguç şöyle açıklar: “Köylü insanı, öylesine canlandırılmalı ve şuurlandırılmalı ki, onu, hiçbir kuvvet; yalnız kendi hesabına ve insafsızca istismar edemesin. Köyün sakinlerine köle ve uşak muamelesi yapamasın. Köylüler, şuursuz ve bedava çalışan birer iş hayvanı haline gelmesinler. Onlar da her vatandaş gibi, her zaman haklarına kavuşabilsinler. Köy meselesi, köyde eğitim problemleri de içinde olmak üzere bu demektir.”

Cavit Orhan Tütengil, “Türkiye'deki köy enstitüleri şehir ile köy arasındaki uçurumun üzerine kurulmuş köprülerdi”; “Dünya pedagoji literatürüne, Türk eğitimcilerine ve milli eği-

time şeref veren bir terim olarak girmiş bulunan köy enstitüsü, biz istesek de istemesek de yaşamakta devam edecekti,” demiştir. Tütengil varıyla yokuyla kalleş kurşunlarla vurulana değin bu sözün peşinden sürüklenmişti.

Hasan Ali Yücel “Köy enstitülerinin bütün günahını omuzlarıma alıyorum. Sevabı başkalarının olsun. O kurumların günahı bile bana yeter,” der.

Cumhuriyetimizin İlk Yıllarında Sağlık

Osmanlı'nın son yıllarında süren savaşlar ve ekonomik gerilik eğitim gibi sağlığın da çok geri kalmasına neden olmuştur. Halk, cehalet ve bilinçsizlik içindeydi. Modern tıbbı itibar etmeyen cahil halk batıl inançlarla doluydu. Şehirlerde bile hastane, dispanser, doktor, hemşire, ilaç gibi modern tıbbi imkânlar çok çok yetersizdi. Beden ve çevre temizliğine önem verilmiyor ve çok ihmal ediliyordu. Şehirlerde su ve kanalizasyon sorunları vardı. Şehirlerin yakınındaki göl ve bataklıklar sıtmanın yaygınlaşmasında çok etkiliydi. Beslenme ve çalışma şartları iç açıcı olmadığından; bulaşıcı hastalıklar ülkenin her tarafında önemli bir sorun oluşturuyor, başta sıtma ve verem olmak üzere frengi, çiçek, difteri, kolera, dizanteri, tifo, trahom, barsak hastalıkları ve diğer bazı hastalıklar halk sağlığını tehdit ediyorlardı.

20 Mayıs 1920'de 3 numaralı kanun ile Umur-ı Sıhhiye ve Muavenet-i İċtimaiye Vekaleti (Sağlık Bakanlığı) kuruldu. Bakanlık “Türkiye'nin Sıhhi-İċtimai Coğrafyası” adıyla bir dizi araştırmalar yaptı. Bu araştırmalar ile 19 tane Sıhhi-İċtimai Coğrafiya kitabı basılmıştır. Osmanlı'dan alınacak mirasın yanında nüfus, ekonomik durum, sağlık problemleri de tespit edilerek durum tespiti yapıldı. Dikkat edecek olursanız daha TBMM kurulmadan, Kurtuluş Savaşı sürerken sağlık ile ilgili kanun çıkartılmaktadır.

Mustafa Kemal Atatürk takip edilen sağlık politikaları ile

ilgili şöyle der: “Sağlık ve sosyal yardım hususlarında takip ettiğimiz gaye şudur: Milletimizin sıhhatinin korunması ve takviyesi, ölümün azaltılması, nüfusun arttırılması, bulaşıcı ve salgın hastalıkların etkisiz hale getirilmesi, bu suretle millet fertlerinin dinç ve çalışmaya kabiliyetli bir halde sıhhatli vücutlar olarak yetiştirilmesi (1922)”, “Her ulus çocuklarının sıhhatli ve gülbüz olmaları için yaşadıkları bölgenin sıhhi şartlarını temin etmek, devlet halinde bulunan siyasi teşekküllerin en birinci ödevidir (1937).”

1925 yılında ülkedeki tüm hekimlerinin sayısı 1631 kişiydi. 326 ilçenin 96’sında hükümet tabibi bulunurken 74 ilin 13’ünde Sağlık Müdürlüğü bile yoktu (TBBM Zabıt Ceridesi). Sağlık Bakanlığı’nda 560 hekim, 554 sağlık memuru, 69 hemşire, 4 eczacı çalışmaktaydı.

Sağlıkta İlk Temelleri Atan Kişi: Dr. Refik İbrahim Saydam

Mustafa Kemal’in yakın arkadaşı olan ve 16 yıl Sağlık Bakanlığı görevinde bulunan Dr. Refik İbrahim Saydam (1881–1942) tedavi ve koruyucu hizmetler alanında çok büyük işlere imza atmıştır. Dr. Refik İbrahim Saydam 1914 yılında atandığı sağlık muavinliği görevi sırasında bakteriyoloji enstitüsünü örgütleyerek o günün koşullarında dahi tifo, dizanteri, veba, kolera aşılarının ve tetanos ile dizanteri serumlarının üretilmelerini sağlayabilmiştir. Hasankale’de tifüse karşı hazırladığı aşı Tıp Literatürüne geçmiştir. Hazırladığı Tifüs aşısı Birinci Dünya Savaşı’nda Alman ordusunda kullanılmıştır. Bu “gaflet ve delalet içinde” olmayan önemli kişi Mustafa Kemal Samsun’a çıkarken de yanı başındaydı. İşte 1920 yılında sağlık ile ilgili kararları aldırان ve aynı yıl Sıhhat ve İçtimai Muavenet Bakanı seçilen kişi de oydu. Gurur duyduğumuz Dr. Refik Bey Sağlık Bakanlığı görevini 14 yıl sürdürdü.

Dr. Lütfi Aksu 1925 yılında yayımlanan kitabında şunları yazmıştır: “Sıtma 1924 yılında köylüleri tarlada ve yollarda

yerlere serdi. Harmanlar yüzüstü kaldı. Kasaba ve kentlerde yoksul, zengin tüm halk perişan oldu. Bazı yerlerde okulları hastane gibi kullanma zorunluluğu doğdu.” İşte böyle bir ortamda Refik Bey iş başındaydı. Refik Bey “yoktan var etme” savaşı verdi.

Şu anda genel bütçeden sağlığa ayrılan pay %2,5'lardayken o zamanlarda bu oran %6,9'lardaydı. O zamanlar bir vali 60–70 lira alırken bir sıtma savaşı hekiminin 100 lira alması sağlanmıştı.

1930 yılında günümüzde de büyük ölçüde halen kullanılan 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu'nu çıkardı. Birçok ilde memleket hastanelerini, doğum ve çocuk bakımevlerini açtı. Verem Savaş Dispanserleri'ni arkadaşlarıyla birlikte kurdu. Salgın ve bulaşıcı hastalıklarla mücadele edilerek sağlık hizmetleri örgütlenmeye çalışıldı. Koruyucu ve tedavi edici hizmetler taşraya da götürülmeye çalışıldı. Sıtma ile tüm ülke düzeyinde, frengi ile Karadeniz ve çevresinde, trahom ile Adana ve Güneydoğu'da özellikle mücadele edildi. Yaptıkları çok önemli işlerdi.

O zamanlarda, o zor koşullarda bile literatüre geçen keşfedilen aşılar, üretilen aşılar; şimdilerde ise göbeğinden dışa bağlanmış bir bağışıklama politikası. Bu gelişme yapılan iyi işlerde bile mevcut kırılabilirliği anlatmaya yetmez mi?

Ölümünden birkaç gün öncesi başbakan iken “Bu memlekette her şeyi A'dan Z'ye değiştirmek gerek,” demişti. Olumlu yönde değiştirilmesi gereken harfler günümüzde azalmamakta, artmaktadır.

Ceyhun Atuf Kansu (1919–1978)

1944'te tıbbiyeden mezun olan Ceyhun Atuf Kansu'yu bilmeyeniniz yoktur. Çocuk hastalıkları uzmanı olduğunda Ankara Altındağ'da bir gecekondu mahallesinin çocuklarına hizmet götürmeye çalıştı. Kendi isteği ile gittiği Turhal'da 11 yıl çalıştı.

“Tapınağım insan olsun... Uğruna öleceğim tek kale: İnsandır,” diyecek kadar insana sevgiyle bağlı, toplumcu, cumhuriyetçi bir kişiydi. Tüm doktorlar Kansuları kendilerine örnek almalıdır. Kansular çoğalamadıkça sorunlar azalamaz. Kansular gibi halkçı doktorlar yetiştirilmesi gerekirken günümüzde maalesef hekimliğe kazanç gözüyle bakan hekimler yetiştirilmektedir.

O vakitler Turhal’da da çocuklar kızamıktan ölüyorlardı. İşte “Kızamuk Ağdı” şiiriyle doktor ve tarih bir araya gelmiştir:

...

*Bir köy gördüm tâ uzaktan,
Dağlar ardında kalmış, bilmezsiniz,
Kar örtmüş, göremezsiniz karanlıktan,
Yalnızlıkta üşür üşür de çaresiz,*

*Ben gördüm bu köyü, damlarının altında,
Çocukları kızamuk döküyor,
Gözleri, göğüsleri, yüzleri, ah bırakılmış tarla,
Gelincikler arasından öyle masum bakıyor.*

*Habersiz hepsi, kızamuktan ve ölümden,
Kirli yüzlerinde açan ölümden habersiz,
Ve, düşmüş bir gül oluyorlar birden,
Bebekler ölüyor, ölümden habersiz.*

...

Yapılan aşılama çalışmalarıyla eskiden küçük bir köyde 23 çocuk kızamıktan ölebiliyorken, şimdilerde ülkemizde neredeyse kızamık vakası görülmemektedir.

Önemli bir Sağlık Emekçisi: Dr. Nusret Hasan Fişek (1914–199)

1932 yılında Kabataş Erkek Lisesi’ni başarıyla bitirince, 19 kişilik sınıfının 17 kişisiyle birlikte İstanbul Tıp Fakültesi’nin

yolunu tuttu. 1938 yılında İstanbul Tıp Fakültesi'nin tarihinde bir ilki gerçekleştirerek tüm derslerinden pekiyi alan ilk öğrenci olarak mezun oldu.

O yıllarda İstanbul'da tüberkülozlu hastaların 1-2 yıl sıra bekleyerek ancak yatabildiği tek hastane Heybeliada'daydı.

İkinci Dünya Savaşı sırasında kaba ölüm hızının binde 35-40'larda seyrettiğini gördü. Ana-çocuk sağlığından bahsedilemeyecek zor yıllardı.

1961 ile birlikte Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun aracılığıyla Sağlık Ocakları oluşturuldu. Çok önemli bir bilim adamı ve uygulayıcısı olan Dr. Nusret Hasan Fişek sağlığın sosyalleştirilmesi, halk sağlığı, nüfus kontrol çalışmaları gibi çok önemli uygulamalara imza atmıştır.

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Etimesgut Bölgesinin 1967-1973 yılları arası sağlık durumu:

Yıllar	Bebek ölümü oranı (binde)	Kaba ölüm oranı (binde)	Doğuştan beklenen hayat süresi (yıl)	
			Erkek	Kadın
1967	142	10.3	56	58
1968	121	9.6	57	64
1969	111	8.8	63	64
1970	103	8.2	61	66
1971	88	7.1	63	68
1972	112	8.2	58	63
1973	93	7.0	62	67

DSÖ, 1974 yılında Genişletilmiş Bağışıklama Programı'nı önermiş, uygulama 1980-1985 yılları arasında altı hastalığın bağışıklaması olarak uygulanmıştır.

1984-1990 yılları arasında yaptığı TTB Başkanlığı için "Ben pek çok üst görevlerde bulundum. Ancak yaptıklarım içinde en onurlusu TTB Başkanı olmak görevidir," demişti.

Ülkemizde Koruyucu Hekimlik

Kişileri hastalıklardan koruma (Birincil Koruma) ya da kişilerin hastalıklarını daha en başlarda yakalama (İkincil Koruma) daha ucuz, daha kolaydır. Koruyucu Hekimlik hizmetleri çevreye ve kişiye yönelik diye iki grupta incelenilir. Çevreye yönelik olanlar mühendislik işleri, insana yönelik olanlar ise hekimlik işidir.

Kişilere yönelik olan Koruyucu Hekimlik faaliyetleri bağışıklama, sağlıklı beslenme, sağlıklı bir yaşam kültürünün oluşabilmesi, nüfus artışının kontrol edilmesi, ilaçlarla koruma, erken teşhis ve tedavi, sağlık eğitimi faaliyetleridir. Koruyucu Hekimlik salgın hastalıkların olmaması için önlemler alınmasını gerektirir. Temiz içme suyunun sağlanması, satılan tüm yiyecek ve içeceklerin denetlenmesi, lokanta, hastane, otel, pastane, fırın, mezbaha ve fabrika gibi işyerlerinin temiz ve sağlık koşullarına uygun olmaları, ayrıca hava, su, toprağın da kirletilmemesi gerekir. Bu konularda en büyük görev devletindir.

Türkiye’de “Hijyen ve Koruyucu Hekimlik” kürsüsü ilk kez 1948 yılında Dr. Zeki Faik Ural öncülüğünde oluşturulmuştur. 1967’de bu derse uygulamaları için araştırma laboratuvarı, kimyasal analiz, su ve besin araştırma üniteleri eklenmiştir.

Koruyucu Hekimlik isminin kullanılmamasına rağmen Cumhuriyetimizin ilk yıllarında bulaşıcı hastalıkların yok edilmesi ile ilgili olarak ciddi Koruyucu Hizmetler yapılmaktaydı. Bu çalışmalar sayesinde Sıtma, Trahom, Tüberküloz... ile savaşlarda başarılar elde edilmiştir.

Koruyucu Hekimlik çalışmaları ülkemizde aşılama gibi konularda iyi yürütülürken (aşı üretilmemesini eleştiriyorum), sağlıklı gıda üretilişinde ve sanayi atıklarının çevreyi kirletmesinde sorunlar halen büyüktür. Televizyonlarda gazlı içeceklerin, sağlıksız diğer gıdaların reklamları yapılabilmektedir. Derelerimizin birçoğunda yaşam belirtisi kalmamıştır. Denizlerimiz kirlenmiş, balık çeşitliliği çok azalmıştır. Altın araması

nedeniyle Kaz Dağları gibi zengin ekolojik bölgelerimiz yok olma tehlikesi ile karşı karşıyadır.

Şehirlerimizde ranta dayalı sınırsız bina yapımları, yollar-da ilerleyemeyen çok sayıdaki araçların çevreyi kirletmeleri ve yeşil alana yer verilmemesi sonucunda kanser vakalarında artışlar olabilir. Yeşil alanlar şehirlerde askeri bölgeler ve mezarlıklar ile sınırlı hale gelmiştir.

Sağlık taramaları ve epidemiyolojik araştırmalar çok eksik ya da yanlış olarak yapılmaktadır.

Artan Tıp Fakültesi Sayılarımız

Sağlık Bakanlığı'nın 15.06.2011 tarihli verilerine göre ülkemizde 119 bin 183 doktor mevcut. Bunların 64 bin 701'i uzman, 34 bin 230'u pratisyen, 20 bin 252'si asistandır. Bu doktorların 69 bin 442'si Sağlık Bakanlığı'nda, 26 bin 271'i üniversitelerde, 19 bin 628'i ise özel sektörde çalışmaktadır. Dış hekimlerimizin sayısı ise 20 bin 326'dır.

Ülkemizde 2010 yılında 100 bin kişiye 153 hekim düşerken, AB ortalaması 322'dir. AB içindeki 52 ülke arasında en az hekim bulunan üçüncü ülke konumundayız. Hekim sayısı ortalamalarının tutturulabilmesi için 200 bin dolaylarında hekim olması gerekmektedir.

Hekim sayısını yakalayabilmek için neredeyse her ile tıp fakültesi açılmış ve alt yapısı olmadan yapılan bu işlemlerin sonucunda yetişen hekimlerin yeterliliğinin de sorgulanmasına zemin yaratılmıştır. 1990 yılında 25 olan Tıp Fakültesi sayısı %200'lük artış ile Ocak 2011 itibarıyla 74'e çıkmıştır. Bu sayı ile en fazla Tıp Fakültesi bulunan dünyanın beşinci ülkesi konumuna da yükselmiş durumdayız. İngiltere'de 32, Almanya'da 36, komşumuz Yunanistan'da ise 7 Tıp Fakültesi vardır. Bu üç ülkenin Tıp Fakültesi sayılarının toplamı bizim sayımız seviyesindedir.

Doktor dağılımında da dengesizlikler mevcuttur. Bayburt'ta

78, Ardahan'da 87, Hakkâri'de 104 doktor vazife yapmaktadır.

Uzman doktorlar ile pratisyenler arasındaki oran günümüzde pratisyenlerin aleyhine değişmiştir. Asistanlar da uzman kabul edildiğinde uzmanlarımızın tüm hekimlerin %71.23'ünü oluşturduğunu görürüz.

Aile Hekimliği

2010 yılı DSÖ raporuna göre sağlık personeli dengesizlikleri beş sınıfta gösterilmektedir: Uzmanlıklar arasında dengesizlik (Ülkemizde hematoloji ve yeni doğan uzmanlarının azlığı, hemşire azlığı...), coğrafi dengesizlik (Kırsal-kentsel, zengin-fakir), kurumsal ve hizmet dengesizlikleri (Bir kurumda fazla radyolog varken bir başka kurumda olmaması gibi), kamu-özel dengesizliği, cinsiyet dengesizlikleri.

Hekimlerin çoğunluğunun sorumluluklarını bilerek çalışmaları yanında bazı kamuda çalışan hekimlerimizin ekonomik sorunlar, çalışma ortamında araç-gereç eksiklikleri vb nedenleriyle gönülsüz çalışarak işlerini ihmal etmeleri sonucu Sağlığın Sosyalleştirilmesi çalışmalarına darbe vurulmuştur. Örneğin bir sağlık ocağında üç hekim bulunurken hekimler dönüşümlü olarak sağlık ocağına gelip çalışmışlarsa; devlet hastanelerinde çalışan hekimler muayehane hekimliğine daha fazla önem vermişlerse; fakültelerde öğretim üyeleri gerektiği kadar hastalarıyla ve eğitim alanlarıyla ilgilenmemişlerse bu binilen dalın kesilmesi olmuştur. Bu şekilde yapılan kısmi yanlışlıklar sonucunda fatura tüm hekimlere çıkarılmak istenmiştir.

Sağlık çalışanları siyasi iktidarların elinde oyuncak olmuş, kendilerine kendileriyle ilgili konularda dahi fikir danışılmaya başlanmıştır.

5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun TBMM'de 24.11.2004 tarihinde kabul edilmiş ve 15.09.2005 tarihinde ilk olarak Düzce'de, sağlık personellerinin büyük çoğunluğuyla karşı çıkmasına rağmen başlatılmış-

tır. Bu uygulamayla birlikte hekim başına düşen hasta sayısı ve işlem sayısı artmıştır.

Sağlıkta Eğitim Nasıl Olmalıdır?

UNESCO'ya göre “Temel eğitimin amacı halka kendi sorunlarını çözme yollarını buldurmak, toplumun değer yargılarını ve davranışlarını yaşadıkları toplumda daha yüksek bir düzeye ulaştırmak için çaba harcayacak şekilde değiştirmek, kişilere özgür olduklarını, insanlık ve vatandaşlık hak ve ödevlerinin ne olduğunu öğretmek ve benimsetmektir.” Eğiticilere Çin Atasözü rehber olmalıdır: “Duyarsam unuturum. Görürsem hatırlayabilirim. Yaparsam öğrenirim.”

Halkımızın çok fazla sağlık eğitimi açığı bulunmaktadır. Halen Tıp Fakültelerimizdeki tıp öğrencilerimize verilen mesleki eğitim düzeyleri yeterli değildir. Yapılan araştırmalarda mezun olan doktorların birçoğu yeterli cerrahi müdahaleyi, acil hekimliğini, adli tabipliği, laboratuvar tetkiklerini öğrenemedi, RİA (Rahim İçi Araç) takamadan mezun olmaktadır. Birçok Ana Bilim Dalında yeterli öğretim üyesi olmayan Tıp Fakültelerimiz bulunmaktadır. Mezun olan yeni doktorlarımız ilk hastası ile karşılaştığında bu nedenlerle bocalayabilmektedir.

Tıp Fakülteleri'nde teorik eğitime az, pratik eğitime çok yer verilmelidir. Uygulamalı eğitim derslerinde grup sayıları çok kalabalık olmamalıdır. Sık görülen hastalıklara az, çok görülen hastalıklara ise daha çok önem verilmelidir. Öğretilen tanı ve tedavi yöntemleri Aile Hekimleri'nin uygulayabilecekleri şekilde olmalıdır. Aile Hekimleri'ne yöneticilik eğitimi de verilmelidir. Her Aile Hekimi Çevre Sağlığı, İş Sağlığı, Koruyucu Hekimlik konularında yeterli bilgi donanımına sahip olmalıdır. Ezberci değil, araştırıp sonuca vardırıcı bir sistem benimsemelidir. Öğrenci iyi hekim olmak için çalışmalıdır, ders geçmek için değil. Fakültelerde AR-GE'ye önem verilmelidir.

Öğrenci-Öğretim Üyesi ilişkileri kopuk düzeydedir. Öğretim üyeleri öğrencilerine her açıdan örnek olmalıdır. Kürsüsüne çok az uğrayan bir öğretim üyesi öğrencisine ve asistanlarına gerekli zamanı ayıramazlar. Unutulmamalıdır ki hekimlik usta-çırak yöntemiyle gelişebilir.

İyi hekim hayat/lar kurtarandır.

Gerekli alt yapısı olmayan Tıp Fakülteleri kapatılmalıdır.

Uzman ya da pratisyen hekim sürekli eğitime inanmalıdır. Hekimlerin sürekli eğitimleriyle ilgili olarak Sağlık Bakanlığı ile TTB'nin sorumlulukları büyüktür. Beaton "Tıp eğitimi 4 yıl değil, 40 yıldır," demiştir. Sürekli eğitim ilaç firmalarının vicdanlarına terk edilemez.

Toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi de gereklidir. Bunun için yetişkinlere ve okullarda her öğrenciye sağlık eğitimi verilmelidir. Bu sağlanamadığında hurafeler ve bilim dışı sapmalar artacaktır. Bu eğitim verilirken insanlar ayrıma tabi tutulamaz. Zengini fakiri, eğitilmiş eğitimsizi, yöneticisi, maliyecisi, adliye çalışanı... eğitime tabi olmalıdır.

Eğitim sonucu davranış değişikliği kazandırılmasına ise "öğretim" denir. Aldığı eğitimi öğretime çeviremeyenleri Şeyh Sadi'nin sözüyle şöyle betimleyebiliriz: "Kafasındaki bilgiyi uygulayamayan, sırtında kitap taşıyan eşekten farksızdır."

AKP İktidarı Sağlıkta Başarılı Olmuş mudur?

AKP iktidarı öncesinde toplum parçalanmış olarak sağlık hizmeti alabilmekteydi. SSK'lı hastalar Sağlık Ocaklarına gidemiyorlardı, eczaneleri bile farklıydı. SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı, Resmi Kurumlar tek çatı altında toplandı. Bu eşitlik adına güzel bir uygulama oldu ve AKP iktidarına halk nezdinde oy olarak geriye döndü. Ama giderilen bu eşitsizlik şu anda başka bir eşitsizliğe dönüşmüş durumdadır. Hastaneler sanki dar gelirler, orta gelirli, yüksek gelirler arasında bölünmüş vaziyettedir. Her reçete başına alınan cüzi gibi görünen ilaç ve mu-

ayene bedellerinden dahi korkan geniş bir halk katmanının bir müdahale için milyarların ödenebildiği özel bir sağlık kuruluşuna gitme özgürlüğü olmasına rağmen gidebilmesi mümkün olamamaktadır. Var olan ama asla kullanılamayan bir özgürlük! Örneğin aynı malzemeler ile yapılacak fako yöntemiyle bir katarakt ameliyatı devlet hastanesinde masrafsız olabilirken, aynı ameliyat için özel bir kasaba hastanesinde 250–500 TL, özel bir şehir hastanesinde profesör tarafından yapılırsa da 3 bin TL kadar para ödenebilmektedir.

Bu eşitsizliğin maliyeti de 1999’da 4,9 milyar TL olan sağlık harcamaları maliyetinin 2011 yılında 76 milyar TL düzeyine çıkmasıdır (Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü: SAGEM). Bu harcamaların sonucunda Türkiye’nin borçlanması ve cari açığı artmıştır. Kısacası Sağlık Bakanlığı ülkenin ekonomisini de sarsmış durumdadır.

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ YARATTIĞI TALEP PATLAMASI

Ali Rıza Üçer

Türkiye'deki sağlıkta dönüşüm sürecinin sonuçlarını güncellenmiş verilerle daha açık biçimde göz önüne serebilmek için *Tıp Bu Değil*'de değindiğim konulardaki verileri *Tıp Bu Değil 2*'de güncelleme gereği duydum. Zira Türkiye'deki sağlıkta dönüşüm sürecinin sonuçları güncellenmiş verilerle daha açık biçimde göz önüne seriliyor. Son 10 yıllık dönemde gerek sağlık hizmeti verilen kurum sayısında gerekse sağlık hizmeti sunumunda ve kullanımında (tüketiminde) özellikle de özel sağlık alanında nüfus artış oranı ile koşut olmayan hızlı bir büyüme göze çarpmaktadır. TÜİK verilerine göre 2000 yılında 67,8 milyon olan Türkiye nüfusu 2011 yılında 74,7 milyona çıkmıştır.*

Sektörlere Göre Hastane Sayıları

Toplam hastane sayısındaki artışta özel hastaneler alt grubu başı çekmektedir.** 2002 yılında 1 156 olan toplam hastane sayı-

* İstatistiklerle Türkiye 2011, Türkiye İstatistik Yıllığı 2011 Özeti, S. 8-9, TÜİK

** T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011, Bölüm 6, S. 63, Ankara 2012. http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/siy_2011.pdf

şı 2011'de 1,25 kat artarak 1453'e, 271 olan özel hastane sayısı da 1,9 kat artarak 503'e çıkmıştır. Hastane yatak sayılarında da benzer bir tablo söz konusudur. Toplam hastane yatağı sayısındaki artışta özel hastaneler açık ara öndedir. 2002 yılında 165 bin olan toplam yatak sayısı 1,2 kat artarak 195 bine çıkarken 12 bin olan özel hastane yatak sayısı 2,5 kat artarak 32 bine çıkmıştır.*

Sektörlere Göre Hemodiyaliz Merkezi ve Cihazı Sayıları

2002 yılında toplam 444 olan hemodiyaliz merkezinin 170'i (%38'i) özel sektöre aitken 2011 yılında toplam 854 olan hemodiyaliz merkezinin 388'i (%46'sı) özel sektörde faaliyet göstermiştir. 2002 yılında toplam 4900 olan hemodiyaliz cihazının 2500'ü (%51'i) özel sektöre aitken 2011 yılında toplam 15.500 hemodiyaliz cihazının 9.900'ü (%64'ü) özel sektörde faaliyet göstermiştir.**

Sağlık hizmeti verilen kurumlardaki tıbbi cihaz sayılarında da özel sektör başta olmak üzere çok hızlı bir artış söz konusudur. 2011 yılında yataklı tedavi kurumlarındaki 781 MR cihazının 422'si (%54'ü), 1088 BT cihazının 529'u (%49'u), 1005 ultrason cihazının 348'i (%35'i), 681 doppler ultrason cihazının 253'ü (%37'si) ve 259 ekokardiyografi cihazının 111'i (%43'ü) özel sektöre ait kurumlardadır.***

Ayaktan tanı ve tedavi merkezlerindeki cihazlar bu rakamlara dahil değildir. Türkiye'de 2011 yılında yataklı tedavi kurumlarında her bir milyon kişi için 10,5 MR cihazı bulunmaktadır. (2010 yılında 9,5). OECD ülkeleri arasında 2010 yılında

* T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011, Bölüm 6, S. 64, Ankara 2012. http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/siy_2011.pdf

** T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011, Bölüm 6, S. 70, Ankara 2012. http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/siy_2011.pdf

*** T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011, Bölüm 6, S. 71-75, Ankara 2012. http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/siy_2011.pdf

yataklı tedavi kurumlarında her bir milyon kişi için İsrail ve Meksika'da 2, Avustralya'da 5,5, İngiltere'de 6, Fransa'da 7, Kanada'da 8, ABD'de 31,5 MR cihazı vardır. OECD ortalaması ise 12,5'tur.*

Türkiye tümüyle dışa bağımlı olduğu tıbbi cihaz donanımında da küçük Amerika olma yolunda ilerlemesini sürdürmektedir. Sağlık hizmeti verilen kurumlar ve alt yapılarındaki dönüşüm sürecine paralel olarak sağlık hizmetleri tüketiminde de baş döndürücü bir artış söz konusudur.

Sektörlere Göre Toplam Hekim Başvuru Sayıları

Yıllara göre tüm sektörlerdeki kurum ve kuruluşlarda toplam hekime başvuru sayısında adeta bir patlama olmuştur. 2002 yılında 209 milyon olan toplam başvuru sayısı 2011'de 611 milyona sıçramıştır. Başvuruların yalnızca %40'ı birinci basamağa aittir. Bu da yetmiyormuş gibi sağlık ocaklarının tasfiyesiyle birinci basamak sağlık hizmetleri tedavi edici hekimliğin ön plana alındığı aile hekimliği sistemine dönüştürülmüştür. 2002 yılında 3,2 olan kişi başı başvuru sayısı 2011 yılında 8,2'ye çıkmıştır.**

Oysaki 2010 yılında OECD ülkelerinde ortalama kişi başı hekime başvuru sayısı 6,4, Türkiye'de 7,3, Fransa'da 6,7, Kanada'da 5,5 (2009), İngiltere'de 5, ABD ve Yunanistan'da 4, İspanya, Meksika, İsveç ve Yeni Zelanda'da 3'tür.***

Hastanelere başvuru sayısındaki artışta özel hastaneler başı çekmektedir. 2002-2011 yılları arasında hastanelere toplam başvuru sayısı 2,7 katına, özel hastanelere başvuru sayısı ise 10,5 katına çıkmıştır. Tüm hastanelerde 2002 yılında 1,9 olan

* OECD Health Data 2012, The Frequently Requested Data File, MRI units per million population, Update August 2012.

** T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011, Bölüm 7, S. 85, Ankara 2012. http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/siy_2011.pdf

*** OECD Health Data 2012, The Frequently Requested Data File, Doctor Consultations Per Capita, Update August 2012.

kişi başı başvuru sayısı 2011 yılında 2,4 katına çıkarak 4,5 olurken, özel hastanelerde 2002 yılında 0,1 olan kişi başı başvuru sayısı 2011 yılında 8 katına çıkarak 0,8 olmuştur.* 2011 yılında hastanelere yapılan toplam 338 milyon başvurunun 315 milyonu (%93'ü), özel tıp ve dal merkezleriyle birlikte özel hastanelere yapılan 69 milyon başvurunun da 54 milyonu (%79'u) Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ödeme kapsamındadır.

Sektörlere Göre Hastanelere Başvuru Sayıları

SGK'nın 2011 yılında hastanelere yaptığı 22 milyar TL ödemenin 6.2 milyar TL'si (%28'i) özel hastanelere aktarılmıştır. Oysaki SGK'nın 2002 yılında özel hastanelere aktardığı kaynak yalnızca 0.4 milyar TL idi, on yıllık dönemde özel hastanelere aktarılan kaynak 15.5 katına sıçramıştır.** Aktarılan bu kaynaktan hangi özel hastane gruplarının ne kadar pay aldığı ise ayrıntılı verilere ulaşma olanağı olmadığından bilinmemektedir.

SGK kapsamındaki yurttaşlardan %30'la başlayıp zaman içerisinde %90'a kadar çıkan fark bedelleri ve SGK kapsamı dışındaki hastalar da göz önüne alındığında 2011 yılında özel hastanelerin 10 milyar TL dolayında ciro yaptıkları tahmin edilebilir. Dönüşüm süreci, özel hastaneler alt grubunun toplam cirolarının Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastaneleri alt gruplarının açık ara önüne geçmesine yol açmıştır. Kamu sağlık kurumları olarak tanımlanan Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastanelerinin piyasaya entegre edildiği döner sermayeli işletme modeliyle sağlık hizmeti sunumunda kamusal alan kavramı da tartışmalı hâle gelmiştir. Zira verilen hizmetler kamusal olarak tanımlanan hastanelerde de özel sektörde de ilaç, tıbbi teknoloji ve tıbbi malzeme tüketimine odaklı olan ve ulus ötesi medikal kartele kaynak transferi yapan piyasa eksenli hizmet sunumu modelleriyledir.

* T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011, Bölüm 7, S. 89-90, Ankara 2012. http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/siy_2011.pdf

** SGK İstatistik Yıllıkları, Sağlık İstatistikleri 2002, 2011.

Yatan hasta sayılarında da özel hastaneler başta olmak üzere büyük bir patlama söz konusudur. 2002-2011 yılları arasında yatan hasta sayısı 2 katına, özel hastanelerde yatan hasta sayısı da 5,5 katına sıçramıştır. 2002 yılında 5,5 milyon olan yatan hasta sayısı 2011'de 11,5 milyona çıkmıştır, aynı yıl ortalama her bin kişiye düşen hastane yatış sayısı 153'tür. Oysaki bu rakam 2002 yılında 79 idi.*

Tıp Bu Değil kitabında “*Big Farma Dünyayı Denetliyor*” başlıklı yazımda kamuoyunun dikkatini çeken birkaç husustan biri sağlıkta dönüşüm sürecinde ameliyat sayılarındaki patlamaya ilişkindi: “2010 yılında toplam ameliyat ve cerrahi girişim sayısı 8,6 milyon. Bunun 1,8 milyonu özel hastanelerde uygulanmış. Toplumun %11,5'i her yıl ameliyat ya da cerrahi girişim oluyor. Bu ameliyatların 5 milyonu büyük-orta ölçekli ameliyatlar, 3 milyonu küçük ölçekli ameliyatlar. Hiç artış olmasa bile önümüzdeki 10 yıllık dönemde herkese ameliyat ya da cerrahi girişim yapılacak. Oysaki 2000 yılında toplam ameliyat sayısı 1,6 milyon özel hastanelerdeki ameliyat sayısı 225 bindi.”**

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010'u kaynak gösterdiğim ameliyat verileri Sağlıkta Dönüşüm Programının yol açtığı sonuçları çarpıcı biçimde ortaya koyuyordu. Ameliyat sayılarıyla ilgili Sağlık Bakanlığı verilerini güncellerken T.C. Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllığı 2011'de tüm ameliyat verilerinin değiştirildiğini fark ettim. Bunun gerekçesi; sadece pil takılması ve tekrar yerleştirilmesi, yumuşak doku tümörleri açık biyopsisi, pelvis içi, burun eksternal cerrahisi gibi D grubu ile servikal polip çıkarılması, gastroskopik polipektomi, servikal biyopsi gibi E grubu teşhis amaçlı ve küçük cerrahi girişimlerin kapsam dışına alınmasıydı. Oysaki ayrı bir başlık

* T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011, Bölüm 7, S. 92, Ankara 2012. http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/siy_2011.pdf

** *Tıp Bu Değil*, Editör İlknur Arslanoğlu, S.79, İthaki Yayınları, Birinci Baskı Haziran 2012.

altında da olsa bu gruptaki girişimlerin istatistiklerde gösterilmesi gerekmektedir. Yeni sınıflamaya göre 2002 yılında toplam ameliyat sayısı 1,6 milyon iken 2011'de 2,6 katına çıkarak 4,2 milyon, özel hastanelerdeki ameliyat sayısı da 219 bin iken 6,3 katına çıkarak 1,4 milyon olmuştur. 2011 yılında her bin kişiye düşen ameliyat sayısı 5,6'dır.*

Sağlıkta Dönüşüm Programıyla sezaryen doğum oranlarında çarpıcı bir artış ortaya çıktı. 2002'de %21 olan oran 2011'de %47'ye sıçradı. Aynı yıl Sağlık Bakanlığı hastanelerinde sezaryenle doğum oranı %41 iken üniversite ve özel hastanelerde %65'e ulaştı. Mükerrer sezaryen oranıysa %20 idi.** Oysaki sezaryenle doğumun vajinal doğumun güvenle tamamlanmasının mümkün olmadığı durumlarda veya vajinal doğumla birlikte bebek veya annede hastalık/ölüm oranında belirgin artış riskinin bulunması halinde uygulanması gerekiyor. OECD üyesi 34 ülke arasında en yüksek sezaryen oranı Türkiye'de. 2010 yılında her bin canlı doğumdan Finlandiya'da 161'i, Fransa'da 203'ü, İngiltere'de 240'ı, Almanya'da 314'ü, ABD'de 329'u (2009 verisi) sezaryenle doğum iken Türkiye'de 460'ı (2011'de 470'i) sezaryenle doğum.*** Dünya Sağlık Örgütü tarafından konulan hedef ise %5-15. Sezaryenle doğumun böylesine yüksek oranlarda olması sağlıkta dönüşüm sürecinde tıbbın piyasalaştırılmasının çarpıcı göstergelerinden biridir.

Sağlıkta Dönüşüm Sürecinde Sezaryen Doğumlarda Neden Artış Oldu?

Sağlıkta Dönüşüm Programının yarattığı talep patlaması, dönüşümün sağlık anlayışını da değiştirmesi. Sezaryenle ilgili en büyük değişimin zihinlerde gerçekleşmesi. Toplumun, hekim-

* T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011, Bölüm 7, S. 93, 95, Ankara 2012. http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/siy_2011.pdf

** Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü 2010 verileri ve Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2011 verileri.

*** OECD Health Data 2012, The Frequently Requested Data File, Caesarean Section, Procedures Per 1000 Live Births, Update August 2012.

lerin ve sağlık çalışanların normal olan doğum sureciyle ilgili algısının ameliyat gerektiren hastalıklı bir sure olarak değiştirilmesi. Medyada sezaryenle doğumun modern ve ileri teknolojik bir yntem olduğu konusundaki propagandalar, gizli ya da açık reklam niteliğindeki izlenceler. Bylece toplumun taleplerinin sezaryen doğurtusunda ynlendirilmesi...

Sezaryenin hizmet sunucularına sağladığı ekonomik avantaj. Sezaryenin gerek hekim gerekse hastane açısından avantajlı olması, normal doğuma gre kısa srede uygulanması, çalışma saatlerine gre ayarlanabilmesi...

Gebe takibi ve doğum eyleminde ebelerin rol ve işlevlerini kaybetmesi, doğumların hastanelerde, özellikle de özel hastanelerde yoğunlaşması. Sezaryenle doğum yapan kadınların bir sonraki doğumlarının da sezaryenle gerçekleşmesi, mkerrer sezaryen oranındaki artış. Tp bebek uygulamalarının yaygınlaşmasına paralel olarak çoğul gebelik ve sezaryen oranların da artması...

Neden Frene Basılmak İsteniyor?

OECD lkeleri arasında sezaryenle doğum oranının en yksek olduğu lkenin Trkiye olması, sezaryenle doğumun son on yılda yaklaşık 2.5 katına sııraması. Dnya Sağlık rgt'nün belirlediği sınırların çok üzerinde bir tabloya yol açılması...

Sezaryenin hkmetin temel tercihi olan çok ocuk yapma politikasına uygun olmaması. Bu bağlamda kürtaj ile sezaryenin aynı zamanda gündeme getirilmesi. Sezaryan oranlarının çok yükselmesinin sosyal güvenlik kurumuna getirdiği yk, sağlık uygulama tebliğlerindeki kısıtlamalara ve geri ödeme düzenlemelerine rağmen sezaryen oranlarının azaltılamaması...

Sağlıkta Dönüşüm Projesinde sağlık ve sigortacılık alanında devletin yerinin geriletilmesi, sağlık harcamalarının giderek özel sigortalar vasıtasıyla yapılmasının teşvik edilmesi...

Sosyal Güvenlik Kurumu'nun (SGK) sezaryen geri ödeme-

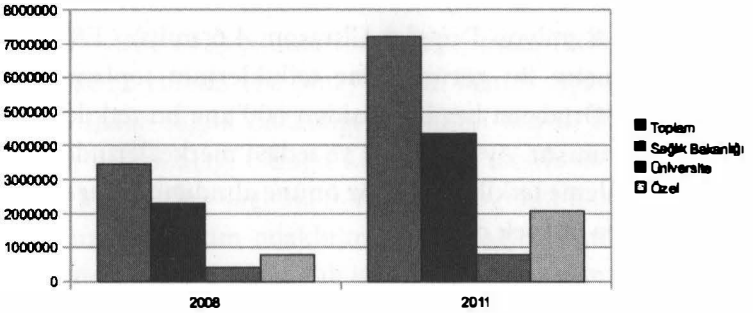
lerindeki kısıtlamalarının ardından toplumun yoksul kesimleri bile doğum için SGK ile sözleşmesi bulunmayan özel merkezlere yönlendirilmekte ve buralarda doğan bebeklerin bir bölümü yeni doğan yoğun bakımlarında günler, haftalar hatta aylar boyunca yatırılarak tedavi olmaktadır. Toplum buna alıştırmıştır. Hiçbir hastane artık SGK'nın verdiği fiyatlarla sezaryen yapmak istememektedir. SGK ile sözleşmeli hastaneler, sözleşmesi olmayan hastanelerle dayanışarak çalışmakta, doğum için gelen gebe kadınlar kendi hastanelerinde koşulların yeterli olmadığı, bebeğin yoğun bakım tedavisi gerektireceği, yeterli yoğun bakım yataklarının bulunmadığını gibi gerekçelerle sözleşmesiz hastanelere yönlendirilmektedir. Sözleşmesiz hastaneler gebe kadınlar ve yeni doğanlar üzerinden ciddi kazançlar elde etmektedir. Bu alanda büyük bir sömürü çarkı kurulmuştur.

Sezaryen yasağı sezaryen ameliyatlarını azaltmayacaktır. Sadece sözleşmeli merkezlerdeki sezaryen oranları azalacaktır. Sezaryen modasını anlamak için dönüşümün ruhunu kavramak gerekir. Bilimsel ilkelere göre ve sadece insan sağlığına önem veren bir sağlık sisteminin uygulandığını zannedenlerin bu süreçleri kavraması mümkün değildir. İşin ilginç yanı Başbakan'ın sezaryen karşıtı tutumunun toplumda sezaryen cephesi ve sezaryen pazarlamasını güçlendirmesidir.

Teknik Tetkikler

Sağlık Bakanlığı istatistiklerinde yataklı tedavi kurumlarında çekilen MR, BT, ultrason, doppler ultrason ve eko görüntüleme sayıları verilmekte ancak ayaktan teşhis ve tedavi yapılan kurumlardaki görüntüleme sayıları gösterilmemektedir. Bu nedenle toplam görüntüleme sayıları istatistiklerde gösterilenlerin üzerindedir. 2008 yılında 3,47 milyon olan MR görüntüleme sayısı 3 yıl sonra 2 katına çıkarak 7,2 milyonu, özel hastanelerde 770 bin olan MR görüntüleme sayısı da 2,7

katına çıkarak 2 milyonu geçmiştir.* Sağlık Bakanlığı hastanelerinde çekilen MR ve BT görüntülemelerinin bir kısmı hizmet alımı modeliyle özel sektör tarafından gerçekleştirilmektedir. Bu nedenle özel sektördeki MR görüntüleme oranı daha da yüksektir. OECD verilerine göre 2010 yılında her bin kişiden Avustralya'da 23, İngiltere'de 41, İspanya'da 46, Kanada'da 47, Hollanda'da 49, Fransa'da 60, Türkiye'de 80 (2011 yılında 97), OECD ülkeleri ortalamasında da her bin kişiden 46'sına MR görüntüleme tetkiki yapılmıştır.** 2011 yılında Türkiye, OECD ülkeleri arasında muhtemelen kişi başı MR görüntülemesinde ilk sıraya yerleşecektir.



Sektörlere Göre Hastanelerde MR Görüntüleme Sayısı

2008 yılında 5,5 milyon olan BT görüntüleme sayısı 3 yıl sonra 1,5 katına çıkarak 8,3 milyonu, özel hastanelerde 946 bin olan BT görüntüleme sayısı da 1,8 katına çıkarak 1,7 milyonu geçmiştir.*** BT çekimi sırasında maruz kalınan radyasyon göz önüne alındığında toplum sağlığı açısından oldukça riskli bir durum söz konusudur. Türkiye'de 2011 yılında ortalama her 9 kişiden birine BT her 10 kişiden birine de MR çekilmiştir.

* T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011, Bölüm 7, S. 106, Ankara 2012. http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/siy_2011.pdf

** OECD Health Data 2012, The Frequently Requested Data File, Magnetic Resonance Imaging exams, Per 1000 population, Update August 2012.

*** T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011, Bölüm 7, S. 107, Ankara 2012. http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/siy_2011.pdf

10 yıllık bir süreçte neredeyse toplumun tümüne BT ve MR çekilmiş olacaktır. Oysaki İngiltere Sağlık Bakanlığı 2010 yılında ciddi radyasyon riskleri nedeniyle gereksiz tomografi çekimlerini yasaklamıştır. Hiçbir semptomu olmayan sağlıklı kişilerde reklam kampanyalarıyla adeta motorlu taşıt muayenesi gibi “check-up” yöntemi olarak pazarlanan bilgisayarlı tomografi tetkiklerinin yaygınlaşması üzerine kısıtlayıcı ciddi önlemler alınmıştır. 2010 yılında İngiltere’de yataklı tedavi kurumlarında her bin kişiden 76,5’ine BT çekilirken Türkiye’de 103,5’ine (2011 yılında 111,5) BT çekilmiştir.* Türkiye’deki sorun İngiltere’dekinden daha yakıcıdır.

2011 yılında 7,2 milyon MR, 8,3 milyon BT, 19.3 milyon Ultrason, 4,8 milyon Doppler Ultrason, 4,6 milyon EKO tetkiki yapılmıştır. Bu görüntüleme tetkiklerinin toplamı 44,2 milyondur. Ortalama her bin kişiden 600’üne bu tetkiklerden biri uygulanmıştır. Ayaktan tanı ve tedavi merkezlerinde yapılan görüntüleme tetkikleri de göz önüne alındığında bu sayı ve oran daha da yüksek olacaktır.

Sağlıkta Dönüşüm Programının Sağlık İnsan Gücündeki Yansımaları

Hekim istihdam profili de ikinci ve üçüncü basamak hastanelere kayan hizmet ağırlığında olduğu gibi bu dengesiz dağılımla örtüşmektedir. 2011 yılında toplam 126 bin hekimin 40 bini pratisyen (%31,5) 86 bini (%68,5) uzman ve asistandır.** Bu istihdam dağılımı sağlıkta koruyucu-önleyici hekimlik/sağlık anlayışı yerine ilaç, tıbbi teknoloji, tıbbi malzeme ağırlıklı tedavi edici hekimlik/sağlık anlayışının egemen olduğunun kanıtı niteliğindedir.

* OECD Health Data 2012, The Frequently Requested Data File, Computed Tomography exams, Per 1000 population, Update August 2012.

** T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011, Bölüm 8, S. 121, Ankara 2012. http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/siy_2011.pdf

Sağlıkta Dönüşüm Sürecinde Hekim İstihdam Profili

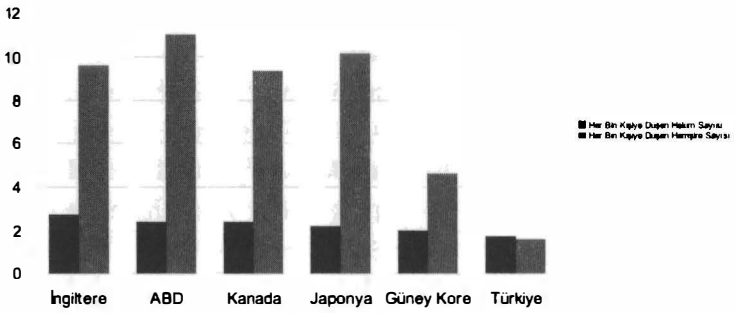
Sağlık Bakanlığı ve hükümet yetkilileri ısrarla Türkiye’de büyük bir hekim ve uzman hekim açığı olduğunu var olan hekim sayısının kısa sürede 2-3 katına çıkarılması gerektiğini ileri sürmektedir. Türkiye’de sağlık insan gücünde temel sorun hekim ve uzman hekim yetersizliği midir yoksa hemşire ve diğer sağlık insan gücünün yetersizliği midir? OECD ülkelerinde her bin kişiye düşen hekim ve hemşire dağılımına bakarak bir sonuç çıkarabiliriz.*

OECD Ülkelerinde Her Bin Kişiye Düşen Hekim ve Hemşire Sayıları (2010 Yılı)

Türkiye’de 1923 yılında 550, 1930 yılında 1200 olan hekim sayısı 2012 yılında 130 bine, uzman hekim sayısı da 70 bine çıktığı halde Sağlık Bakanlığı yetkilileri büyük bir hekim ve uzman hekim açığı olduğu konusunda ısrarlı tutumunu sürdürmektedir. Zira sağlıkta dönüşüm programı hekim, özellikle de uzman hekim odaklıdır, oysaki sağlık hizmeti bir ekip hizmetidir. Türkiye’de sağlık insan gücü açısından hekim açığı söz konusu değildir, 2005 yılında tıp fakültelerinin kontenjanı 5000 dolayındayken 2011 yılında 9200’dür ve 45 bin öğrenci de halen eğitim görmektedir.** Bu nedenle önümüzdeki yıllarda her bin kişiye düşen hekim sayısında hızlı bir artış olacaktır. Ancak önemli boyutlarda bir hemşire açığı söz konusudur. Türkiye’de her bin kişiye düşen hemşire sayısı yukarıdaki çizelgede örnek gösterilen OECD ülkelerinin üçte biriyle yedide biri arasındadır.

* OECD Health Data 2012, The Frequently Requested Data File, Physicians Density per 1000 population, Nurses Density per 1000 population, Update August 2012.

** ÖSYM 2011-2012 Öğretim Yılı Eğitim Birimlerine Göre Öğrenci ve Öğretim Elemanı Sayıları, Temmuz 2012. <http://www.osym.gov.tr/dosya/1-60417/h/3/egitimbirimlerineogrenciogretimalemanlarisay.pdf>

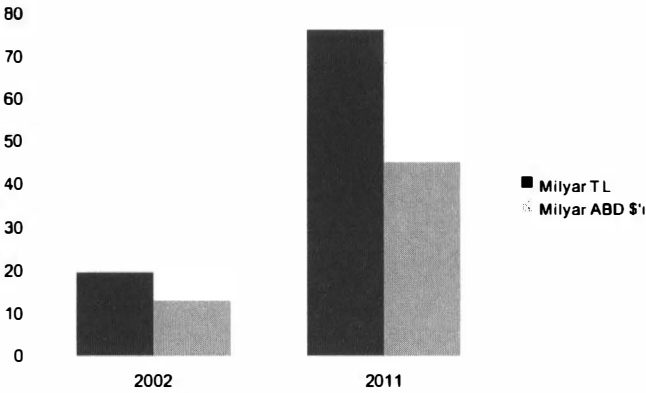


Sağlıkta Dönüşüm Sürecinde Sağlık Harcamalarındaki Artış

Sağlıkta dönüşüm sürecinde sağlık hizmeti veren kurumların yanı sıra hizmet sunum ve kullanımının da artmasına koşut olarak sağlık harcamalarında dikkat çekici bir artış gerçekleşmiştir. Bu artış oranı Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSYİH) artışından daha yüksektir. 2002 yılında 350 milyar lira (234 milyar ABD \$'ı) olan GSYİH 2011 yılında 1,3 trilyon lira (773 milyar \$) olmuştur. Toplam sağlık harcaması 2002 yılında 19 milyar TL (12,5 milyar \$) iken 2011'de 76 milyar TL'ye (45 milyar \$) çıkmıştır.

Toplam Sağlık Harcamaları (2002 ve 2011 Yılları)

GSYİH 2002-2011 arasında TL bazında 3,7 katına, ABD doları bazında da 3,3 katına çıkmıştır. Toplam sağlık harcamaları 2002 yılından 2011 yılına kadar olan dönemde TL bazında 4 katına, ABD doları bazında 3,6 katına çıkmıştır. Toplam sağlık harcamalarının yaklaşık %90'ı cari sağlık harcaması %10'u da yatırım harcamasıdır.



Türkiye’de 2011 yılında toplam sağlık harcamalarının GSYİH’ye oranı %6’dır.* Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre 2009 yılında toplam sağlık harcamalarının GSYİH’ye oranı %6,7’dir. Bunun %75’i kamu %25’i özel sağlık harcamalarıdır. Bütçeden sağlığa ayrılan pay %13’tür. Aynı yıl toplam sağlık harcaması 42 milyar \$ (kişi başına 575 \$), satın alım gücü paritesine göre de 69 milyar \$’dır. (kişi başına 957 \$).**

Dünyada en fazla sağlık harcaması yapan ABD dışında OECD ülkelerinde sağlık harcamalarının ulusal gelire oranı %6 ile %12 arasındadır.*** Ancak bu ülkelerle Türkiye’nin nüfus piramidi çok farklıdır. Sağlık hizmetlerinin kullanımında (tüketiminde) ve sağlık harcamalarının artışında en önemli faktörlerden biri de yaşlı nüfustur. 60 yaş üzeri nüfusun genel nüfusa oranı AB ülkelerinde ortalama %23.5, Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesinde ortalama %20 iken Türkiye’de %11’dir.****

* Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), Hazine Müsteşarlığı, Dünya Bankası 2002-2012 verileri ve Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü 2012 verileri.

** WHO, World Health Statistics 2012, Health Expenditure, p.133-143. http://www.who.int/healthinfo/EN_WHS2012_Full.pdf

*** OECD Health Data 2012, The Frequently Requested Data File, Total expenditure on health; % of gross domestic product, Update August 2012.

**** WHO, World Health Statistics 2012, Demographic and socioeconomic statistics, p. 157-169. http://www.who.int/healthinfo/EN_WHS2012_Full.pdf

Sağlıkta dönüşüm sürecinde gerek sağlık hizmetleri kullanımıındaki gerekse harcamalarıındaki dikkat çekici artış bu avantajlı demografik yapıya rağmen gerçekleşmiştir.

Sağlıkta Dönüşüm Programının İlaç Tüketimine Etkileri

Türkiye’de 2011 yılında eczaneler kanalıyla tüketilen ilaç miktarı 1,7 milyar kutudur. Oysaki 2002 yılında 700 milyon kutu ilaç tüketiliyordu.*

İlaç tüketimi kutu bazında 7 yılda 2,5 katına çıktı. 2011 yılında kişi başına tükettiğimiz ilaç miktarı 23 kutu, inanması güç ama kişi başına ayda iki kutu ilaç tüketiyoruz. Hastanelerde tüketilen ilaçlar buna dâhil değildir. Bu durum ilaç bağımlısı bir toplum olduğumuzun açık kanıtıdır. IMS verilerine göre ciro bazında dünyada en çok ilaç tüketen ülke olan ABD’de 2011 yılında tüketilen reçeteli ilaç miktarı 4 milyar kutu, kişi başı tüketilen reçeteli ilaç miktarı da 13 kutudur. Bu karşılaştırmada OTC/tezgah üstü/reçetesiz ilaçlar hariçtir, ancak Türkiye’de de OTC pazarının genişlemesi için hızlı bir yapısal dönüşüm söz konusudur. Türkiye’de kişi başına tüketilen reçeteli ilaç miktarı ABD’deki kişi başına tüketilen reçeteli ilaç tüketiminin 1,7 katıdır.**

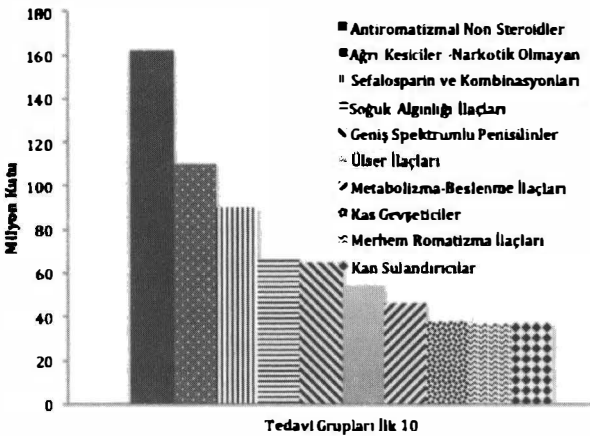
Ekim 2011 ile Eylül 2012 arasındaki 1 yıllık dönemde tedavi gruplarına göre kutu bazında ilk 10 sıradaki ilaçların toplam tüketimi 707 milyon kutudur. Bu 10 tedavi grubundaki ilaçların kutu bazında (miktar olarak) tüketimi, toplam ilaç tüketiminin %40’ıdır.

Hükümet ve Sağlık Bakanlığı yetkilileri Sağlıkta Dönüşüm Programıyla yurttaşların ilaca erişiminin çok kolaylaştığını ve

* T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011, Bölüm 7, S. 112, Ankara 2012. http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/siy_2011.pdf

** IMS Health, Channel Distribution by U.S. Dispensed Prescriptions, Total Rx in Millions, Updated Feb. 2012. http://www.imshealth.com/deployedfiles/ims/Global/Content/Corporate/Press%20Room/Top-Line%20Market%20Data%20&%20Trends/2011%20Top-line%20Market%20Data/Channels_by_RX.pdf

tüketimin iki katından fazla arttığını övünerek açıklıyor. Bu bakış açısı diğer sağlık hizmetlerinde olduğu gibi ilaç tüketiminde de baş döndürücü artışın süreceğini gösteriyor. 2011 yılında Sosyal Güvenlik Kurumu, devlet memurları ve Yeşil Kart kapsamında kamuda toplam 335 milyon reçetenin geri ödemesi gerçekleşti. Aynı yıl kapsamındaki kişi başına düzenlenen reçete sayısı 5 dolayındaydı. SGK'nın 2011 yılında 37 milyar olan toplam sağlık harcamasının 15 milyar lirası ilaç harcaması, 22 milyar lirası hastaneler başta olmak üzere diğer tedavi giderleridir. Ancak hastane giderleri arasındaki ilaç giderleri kayıtlarda görünmemektedir.* Türkiye'de depocu fiyatları üzerinden 2011 yılında 15,5 milyar TL (yaklaşık 10 milyar \$) ilaç harcaması yapılmıştır. Eczane kârları ve hastanelerde tüketilip kayıtlara ilaç harcaması olarak yansımayan harcamalar da göz önüne alındığında 23 milyar lira dolayında (yaklaşık 14 milyar \$) ilaç harcaması söz konusudur.** Ekim 2011 ile Eylül 2012 arasındaki 1 yıllık dönemde tedavi gruplarına göre ilk 11 sıradaki ilaçların toplam tüketimi 2,6 milyar \$'dır. Bu tedavi gruplarındaki ilaçların ciro bazında tüketimi ciro bazında toplam ilaç tüketiminin %33'üdür.

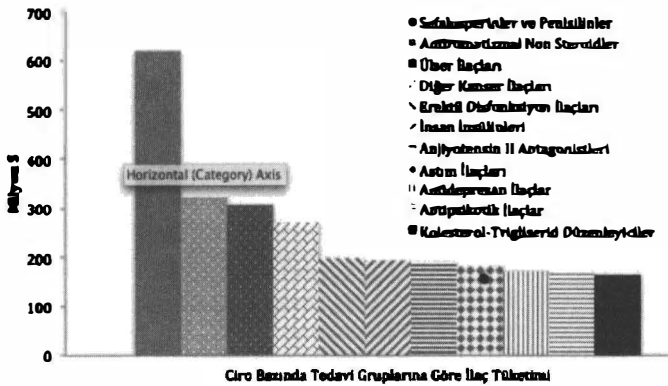


* Sosyal Güvenlik Kurumu Sigortalı ve Sağlık İstatistik Verileri, 2011.

** Tıp Kurumu 2012 verileri.

Meme kanseri tedavisinde kullanılan ve rekombinant DNA teknolojisiyle üretilen Herceptin ve kronik kan kanseri, mide barsak tümörlerinin bir kısmında kullanılan Glivec'in yanı sıra diyabetli hastalarda kullanılan yine rekombinant DNA teknolojisiyle üretilen insülinlerden Lantus ve Novomix adlı biyoteknolojik ilaçlardaki ciro bazındaki sıçrayışlar dikkat çekicidir. Listede 2. sıradaki Spiriva ve 3. sıradaki Seretide astım, bronşit, kronik tı-kayıcı akciğer hastalıkları gibi solunum sistemi hastalıklarında kullanılmaktadır. 4. sıradaki Lansor ve 10. sıradaki Nexium mide barsak ülserleri, reflü özofajit tanılarında tüketilmektedir. Aug-mentin geniş spektrumlu bir antibiyotiktir. Beloc ise hipertansiyon ve koroner kalp hastalıklarının tedavisinde kullanılmaktadır.

Ekim 2011 ile Eylül 2012 arasındaki 1 yıllık dönemde ilk 10 sıradaki ilaçların depocu fiyatları üzerinden toplam cirosu yaklaşık 1 milyar TL'dir. Bu 10 ilacın cirosu aynı dönemdeki toplam ilaç cirosunun yaklaşık %7'sidir.*

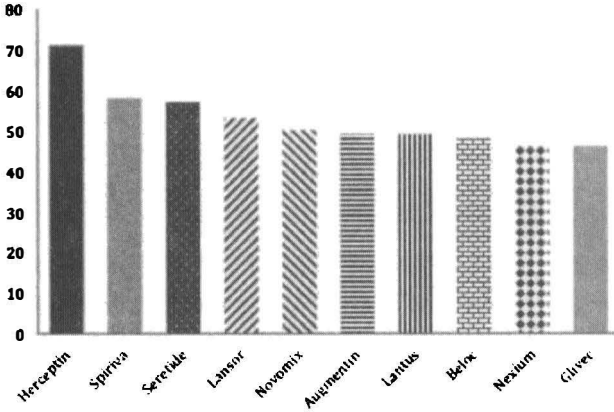


Ciro bazında dünyada gerek toplam gerek kişi başına ilaç tüketiminde açık ara önde olan ABD'de 2010 yılında ilaçların istenmeyen yan etkilerine bağlı 471 bin ciddi olay, 83 bin ölüm raporlandı. Oysaki 2000 yılında raporlanan ciddi olay sayısı

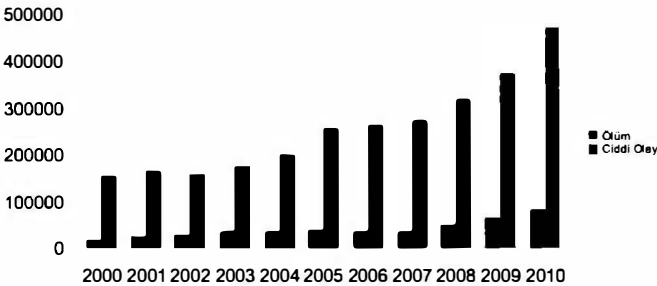
* Tıp Kurumu 2012 verileri.

154 bin ölüm sayısı da 19,500 idi. ABD’de son on yılda ilaç kullanımına bağlı ciddi olay sayısı 3 katına ölüm sayısı da 4,25 katına çıktı. Bu ülkede 2000-2010 yılları arasındaki 10 yıllık süreçte 453 bin ölüm, 2,8 milyon da ciddi olay saptandı.*

Ciro Bazında İlk 10 İlaç



ABD’de 2000-2010 Yılları Arasında İlaçların Yan Etkilerine Bağlı Ciddi Olay ve Ölüm



* FDA U.S. Food and Drug Administration, Drugs, AERS Patient Outcomes by Year. Page Updates 07/15/2011 <http://www.fda.gov/Drugs/GuidanceComplianceRegulatoryInformation/Surveillance/AdverseDrugEffects/ucm070461.htm>

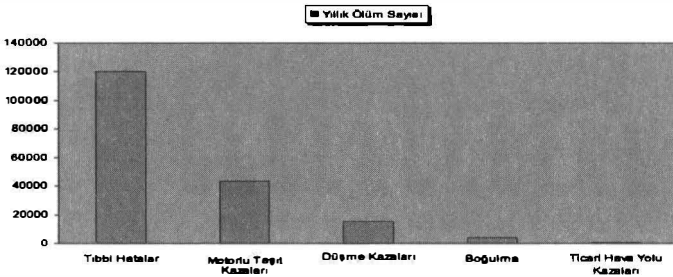
İlaç kullanımına bağlı ciddi olay - ciddi yan (advers) etki: Ölüm, hayati tehlikeye, hastanede yatmaya veya hastanede kalma süresinin uzamasına, kalıcı veya belirgin sakatlığa veya iş görmezliğe, konjenital anomaliye veya doğumsal bir kusura neden olan yan etkiyi ifade eder.

Türkiye’de istenmeyen ilaç etkileriyle ilgili gerçek durum nedir? Ne kadar ciddi yan etki ne kadar ölüm görülmüştür? Bilinmiyor. Kayıt dışılığın yaşamın her alanına egemen olduğu iklimde istenmeyen ilaç etkilerine bağlı ciddi olay ve ölümler de kayda geçmemektedir.

İyatrojenik (Tıbbi Tedavi/Tanı-Hekim Kaynaklı) Ölümler

Hastaneye yatan hastaların %10’unda taburcu edildikten sonra da ortaya çıkabilen hastane enfeksiyonu görülmektedir. ABD’de yılda 2 milyon hastane enfeksiyonu ortaya çıkmaktadır, bunların %4,5’i ölümcül (90 bin) seyirlidir. İyatrojenik nedenlerle yılda 225 bin kişi yaşamını kaybetmektedir. (Yıllık ölüm sayısını 230-284 bin olarak hesaplayan araştırmalar da vardır.) İyatrojenik hastalıklar ABD’de en ölümcül hastalıklar arasında 3. sıradadır.

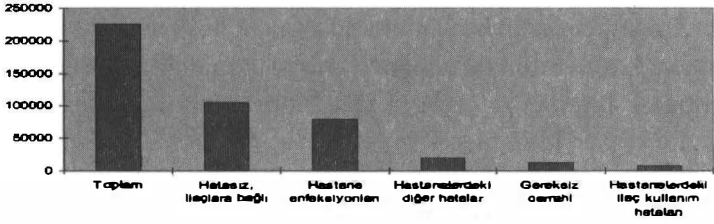
ABD’de Kaza İle Ölümler*



* Iatrogenic Disease: The 3rd most fatal disease in the USA, Ronald Grisanti D.C., D.A.B.C.O., M.S. <http://www.yourmedicaldetective.com/public/335.cfm>

İyatrojenik Ölüm Nedenleri*

■ Yıllık Ölüm Sayısı



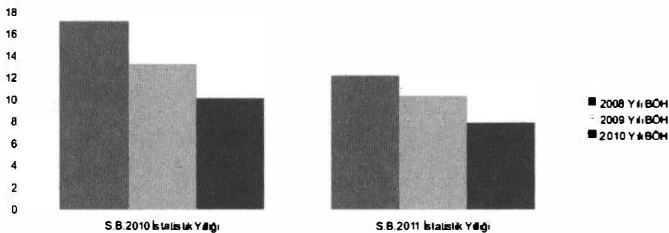
ABD’de yılda 9 milyon hasta gereksiz yere hastanelere yatırılmakta, yatırılan hastaların 2,2 milyonunda ilaç yan etkileri ortaya çıkmakta, 45 milyon gereksiz ve/veya uygunsuz antibiyotik reçete edilmekte, 7,5 milyon gereksiz tıbbi ve cerrahi işlem uygulanmaktadır. ABD’de iyatrojenik nedenli ölümlerin daha yüksek oranda olduğunu ileri süren araştırmalar da vardır. Gary Null ve ekibinin yaptığı derlemede iyatrojenik nedenlerle yılda 559 bin ölüm görüldüğü, iyatrojenik ölümlerin tüm ölümler arasında birinci sırada yer aldığı ve maliyetinin de 225 milyar \$ dolayında olduğu belirtilmektedir. Bu çalışmaya göre iyatrojenik nedenlerle ortaya çıkan maliyet toplam sağlık harcamalarının %10’una yakındır. İyatrojenik nedenli ölümlerin 199 bini de ayaktan tedavi gören hastalarda kullanılan ilaçların zararlı etkilerine (advers etki) bağlıdır.** Türkiye’de iyatrojenik ölüm ve sakatlanmalarla ilgili sağlıklı hiçbir veri bulunmamaktadır. Tıbbi tanı ve tedavi girişimlerindeki ve ilaç tüketimindeki hızlı artışın yol açtığı olumsuz etkiler rapor edilmemektedir. İyatrojenite önümüzdeki yıllarda daha büyük bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkacaktır. Daha fazla tetkik, daha fazla tıbbi/cerrahi tedavi ve daha fazla ilaç tüketiminin toplumsal sağlık çıktılarını düzeltereği iddiası dayanaktan yoksundur. Ayrıca büyük ölçüde dışa bağımlı olduğumuz ilaç, tıbbi teknoloji

* Is USA Health Really Best in the World, Barbara Starfield, MD, MPH, (Reprinted) JAMA , July 26, 2000- Vol 284, No 4, p. 483-484.

** Death by Medicine (1995-2009), Conventional Medicine’s Lethal Dark Side, by Gary Null, PhD;Carolyn Dyn, MD, ND; Martin Feldman MD; and Doroty Smith PhD.

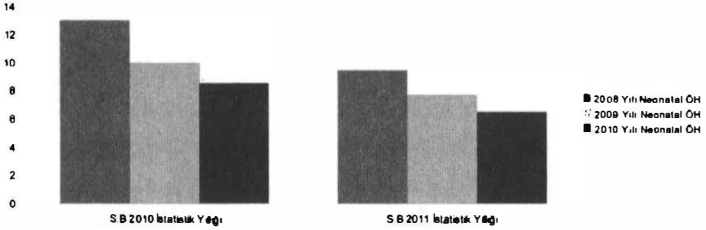
ve tıbbi malzeme tüketiminin savurganca artmasına yol açılmaktadır. Sağlık hizmetlerine ayırdığımız 45 milyar \$ kaynağın çok daha azıyla daha etkili, daha verimli toplumsal sağlık çıktıları elde edilebilir. Bu kıt kaynağın bir bölümünün yaşam/beslenme alışkanlıklarının ve koşullarının düzeltilmesi, sosyoekonomik eşitsizliklerin giderilmesi, bireysel ve çevresel risk faktörlerinin azaltılması için kullanılmasıyla elde edilecek toplumsal sağlık çıktıları abartılı tıbbi hizmet sunumuyla sağlanandan daha iyi düzeylerde olacaktır. Sağlıkta dönüşüm sürecinde sağlık göstergelerinde dramatik düzeltilmeler olduğu savı da tartışmalıdır. İstatistiklerde her yıl geçmiş yıllar da düzeltilerek göstergeler daha da iyileştirilmektedir. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010'da 2010 yılı Bebek Ölüm Hızı binde 10,1 iken, 2011 İstatistik Yıllığında 2010 yılı Bebek Ölüm Hızı binde 7,7 gösterilmiştir. Doğumda yaşam beklentisi 2011 istatistiklerinde 2009 yılı için 74 iken, 2011 istatistiklerinde aynı yıl için 75'e çıkarılmıştır.* Üstelik Sağlık Bakanlığı 2011 İstatistik Yıllığında İstanbul, Marmara ve Yıldırım Beyazıt üniversitelerinin "Bebek ve 5 Yaş Altı Ölüm Araştırması 2012"ye dayandırılan 2011 yılı verilerindeki düzeltilmeler daha dikkat çekicidir. Karşılaştırmalı veriler Sağlık Bakanlığı istatistiklerinde ciddi sorunlar olduğunu göstermektedir.

Sağlık Bakanlığı 2010 ve 2011 Yılı Sağlık İstatistik Yıllıklarında Bebek Ölüm Hızları (Her Bin Canlı Doğumda) Arasındaki Farklar

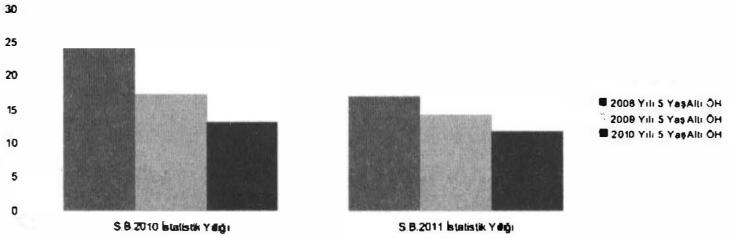


* Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistik Yıllığı 2010, Bölüm 2 Mortalite ve Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistik Yıllığı 2011, Bölüm 2, Mortalite. <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-72577/h/saglikistatistikleri-yilligi-2010.pdf>
http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/siy_2011.pdf

Sağlık Bakanlığı 2010 ve 2011 Yılı Sağlık İstatistik Yıllıklarında Neonatal Ölüm Hızları (Her Bin Canlı Doğumda) Arasındaki Farklar



Sağlık Bakanlığı 2010 ve 2011 Yılı Sağlık İstatistik Yıllıklarında 5 Yaş Altı Ölüm Hızları (Her Bin Canlı Doğumda) Arasındaki Farklar



Sonsöz

Modern tıbbın sağlıklı insanı hasta insana dönüştürme hedefi her geçen gün daha açık biçimde ortaya çıkıyor. Olağan yaşamın ayrılmaz parçası olan durumlar korkutucu hastalıklar olarak etiketlenerek doktorlara ve hastalara yön veren klinik kılavuzlara ekleniyor. Endüstrinin belirlediği bu kılavuzlar modern tıbbın yeni dogmaları olarak dayatılıyor. Dogmalara karşı çıkarsanız suç işlediğiniz savlanıyor, mahkemelerde hesap vermekle tehdit ediliyorsunuz. Aynı merkezlerden biçimlendirilen malpraktis düzenlemeleriyle bu klinik kılavuzların cenderesinde hekimlik pratiği belirleniyor. Klinik kılavuzların ortak özelli-

gi hastalık tanımlamalarının mütemediyen genişletilmesi. Daraltıldığı durumlar adeta istisnai bir özellik taşıyor.

Toplumun gerçek sağlık riskleri nelerdir, sağlık risk algılamaları nelerdir? Gerçek sağlık riskleri ile risk algılaması arasındaki makasın açılması ne anlama gelir? Bu risklerin görünür görünmezlikleri, kontrol edilebilirlikleri ve edilemezlikleri nelerdir? Sağlık alanında olduğu gibi büyük ölçekli risk yönetiminde kesin sonuçlara ulaşmak kolay değildir, var olan durumun belirsizliği risk algısının yükseltilmesine uygun bir ortam hazırlar. Bu koşullarda “Big Farma” gerçekte düşük düzeyde olan ya da olmayan bir riski abartarak risk algısını yükseltir. Hastalık yaratma ya da sınırlı sayıda tanımlı hastalıkların yaygın hastalık kapsamına alınması bu manüplatif süreçlerle gerçekleşir. Operasyon tamamlandıktan sonra endüstri açısından hedef toplumun bireylerine giydirilen bu elbisenin daha da yaygınlaştırılması (kâr maksimizasyonu) için büyümlü bir kavram devreye sokulur: “Farkındalık”. Alzheimer’de, yüksek kolestereolde, şeker hastalığında, hipertansiyonda, alerjik astımda, depresyonda, anksiyetede, menopozda, hiperaktivite-dikkat eksikliğinde, premenstrüel sendromda, erektil işlev bozukluğunda, huzursuz bacak sendromunda farkındalık. Ölümsüzlüğe yaklaşmak için bir an önce size yapıştırılan hastalığın farkına varmanız ya da vardırılmanız ve endüstrinin sizin için yoktan var ettiği nimetlerinden yararlanmaya başlamanız gerekmektedir, geç kalmanız yaşam şansınızın azalması hatta yok olması anlamına gelir. Medikal kartelin temel savunması geliştirilen yeni tedavi yöntemleriyle yaşam süresinin ve yaşam kalitesinin artırıldığı iddiasına dayanıyor. İnsanlığın yararına olan bu buluşların araştırma geliştirme maliyetlerinin “çok yüksek!” olması nedeniyle yeni tedavi seçeneklerinin bedeline katlanılması gerektiğini ileri sürüyorlar. Endüstri uluslararası hukuku da fikri mülkiyet hakları gibi koruyucu düzenlemelerle devreye sokuyor. AIDS gibi tüm dünyayı kasıp kavuran küresel salgınlarda medikal kartelin fikri mülkiyet hakları ile insan hakları karşı karşıya geliyor. Yeni geliştirilen ilaç ve diğer medikal ürünlerin, teknolojilerin öncekilere göre ne kadar büyük avantaj sağladığı, yan etkilerinin çok düşük olduğu

propagandası yapılıyor. Patent koruması sonlanan ürünler hızla gözden düşürülüyor, koruma altındayken pek de üzerinde durulmayan yan etkiler, jenerikler (eşdeğerler) devreye girince birden bire ön plana alınıyor. Değişmeyen kural; pahalı yeni ürün, ilaç ve teknoloji mükemmel, eski ürün ve teknoloji yetersiz ve daha riskli. Endüstrinin yönlendirdiği çok kollu çalışmalarda, araştırmalarda, yeniler yüceltiliyor, eskiler yerin dibine batırılıyor. Her yıl istikrarlı biçimde büyüyen dünya ilaç pazarı 1 trilyon dolar sınırına oldukça yaklaşmış durumda.*

İlaç şirketleri 2011 yılında dünya çapında pazarlama faaliyetleri için 92 milyar \$ harcadı.** Endüstrinin dev ilaç şirketlerinin araştırmaya ayırdığı kaynaklar, pazarlamaya ayırdığının yarısı kadardır. Yeni ilaç geliştirmekte zorlanan ilaç şirketleri mevcut ilaçların pazarlamasını yoğunlaştırarak kârlarını artırmaktadır. İlaç satışlarını artırmanın bir diğer yolu hastalık sınırlarının genişletilmesidir. Türkiye’de sağlıkta dönüşüm sürecinde ortaya koyduğumuz veriler Ivan Illich’in “Genişleyen tıbbi yapılanmanın yaşamın kendisini tıbbileştirdiği ve gittikçe daha fazla sağlıklı insanın hasta sınıfına sokulduğu” saptamasını da kanıtlar niteliktedir. Sorun yalnızca Türkiye’ye özgü değildir, ancak Türkiye’deki dönüşüm süreci yer yer ABD ve Avrupa ülkelerinden de hızlı biçimde cereyan etmektedir. Süreci bu bakış açısıyla değerlendirmek ve yarattığı sorunların üstesinden gelmek için etkin çözüm yolları bulmak gerekmektedir.

* Tıp Bu Değil, Editör İlknur Arslanoğlu, S.66-68, İthaki Yayınları, Birinci Baskı Haziran 2012.

** Cegedim Strategic Data (CSD) reports a decline of more than 3% in worldwide audited pharmaceutical marketing investments for 2011, Paris, March 14, 2012. <http://hugin.info/141732/R/1593593/501541.pdf>

ÇAĞIMIZIN VEBASI: MODERN TIP

Uğur Yılmaz

“Modern veya çağdaş tıp” günümüzde uygulanan veya günümüz koşullarına uygun olan tıp için kullanılan bir kavramdır. Çağdaş kelimesi bilim ve teknolojiye olan gelişmelerle bir arada ele alındığında, günümüzdeki tıbbi uygulamaların çok ileri bir bilimsel ve teknik seviyede sunulduğu ve bunun da toplum sağlığına olumlu etki ettiği sanılabilir.

Günümüzde “bilim” kelimesi “tartışılmaz doğru”, bilime dayanarak yapılan bir uygulama da “hatasız bir uygulama” olarak sunulmakta ve algılanmaktadır. Tıp ile ilgili bilimler ne insanı tedavi eder ne de onun yaşam süresini uzatır. Tedavi ve girişimleri tıp yapmaz, bir kişi (hekim) yapar. Hekimlik uygulaması olarak tıp, eğitimle elde edilen beceri ve bilgilerin, hastaların ve hastalıkların tedavi edilmeleri için kullanılması ile yapılan bir sanattır. Sanatın uygulamasında, bazı ürün ve ilaçlar da kullanılır. Günümüzdeki hekimlik uygulamaları bu tanımın dışına çıkmıştır. Bir hasta veya hastalığın gerçek anlamda tedavisi anlamında mevcut tıbbi imkân ve ürünlerin en uygun bir şekilde kullanılması, hekimlik ve sanat; hekimlik kisvesi altında ürün, ilaç ve teknolojilerin tükettilmesi ise bir pazarlamacılıktır.

Sağlık sistemi ve tıp alanındaki bu değişim ve dönüşümün temel nedeni emperyalist sistem ve onun dayandığı neoliberal

uygulamalardır. Emperyalist kartellerin üretim, pazarlama ve tüketim anlayışlarının bütün dünyada uygulanması ve dünya siyasi sisteminin bu hedef doğrultusunda değiştirilmesinin motoru neoliberal uygulamalardır. Bu uygulamalarda, esasında kamu yararına yürütülmesi gereken hizmet alanı dahil, üretim, pazarlama, bankacılık, madencilik dahil akla gelen her alanda hizmetin ve ticaretin emperyalist sisteme bağlı şirketlerce verilmesi hedeflenmektedir. Bu uygulama herhangi bir ulus devlet içindeki her türlü ekonomik faaliyetin o ülkeye ait özel şirketlerce verilmesi uygulamasından daha farklı ve daha kötü bir durumdur. Neoliberal uygulamalara göre yapılan bir özelleştirme, ulus devlet yapısının tasfiyesi ve ulusları bir daha bağımsız olamayacak şekilde sömürgeleştirmek demektir.

Tıp karteli sadece sağlıkta dönüşüm adı altında sağlık piyasasını yeniden düzenlememiştir; elindeki maddi ve siyasi güç ile hastalık, hasta, hekimlik, ilaç, tedavi, sağlık, sağlık hizmeti kavramlarını da dönüştürmüştür.

Hasta, hastane ve sağlık kuruluşlarının sayısı durmadan artmaktadır. Hastane ve sağlık kuruluşları artık araba fabrikası, büyük araba servis istasyonları veya AVM'leri andırmaktadır.

Sağlıkta dönüşüm ile sağlık sistemi sadece özelleştirilmemiştir. Burada özelleştirme kelimesi sağlık hizmetlerinin ağırlıklı olarak özel şirketler vasıtası ile verilmesinden başka bir anlam içermektedir. Sağlık piyasasında özel şirketlerin oranı giderek artmaktadır. Piyasada halen devlet ve üniversite hastaneleri gibi devlete ait hastanelerin bulunduğu sanılabilir. Devlet ve üniversite hastaneleri de özel hastaneler gibi kâr amacı ile çalıştırılmaktadır. Fakat buradaki kâr, kartelin ürün, cihaz ve teknolojilerinin tüketilmesi ve pazarlanmasından elde edilen aracı kârıdır. Hastanelerde hangi ürün, cihaz ve teknolojinin kullanılacağına karar veren tıp karteli ve onun pazarlama esasına göre çalışan tıp bilimidir. Buna günümüz tıbbının işletim sistemi diyebiliriz. Günümüzün sağlık sistemini tıp karteli, kartelin ticari amacına göre düzenlenen tıp bilim ve eğitimi ve bu

amaca göre düzenlenen sağlık ve sigortacılık uygulamalarından ayrı düşünemeyiz.

Bu sistemde hekimlerden ürün ve cihazların pazarlanacağı (kullandırılacağı) hastaları bulmaları, hasta yaratmaları ve uygulamalar (tedavi ve girişimler) için insanları aldatmaları istenmektedir. Kendisine yaptırılan işi fark etmeyen saf hekimler kartelin bilimini kullanarak gerçekten bir sağlık hizmeti verdiğini sanabilir. Kullanılacak, ürün, cihaz, teknoloji, tedavi ve girişimler, bunların nasıl ve hangi şekilde kullanılacağı kartel tıbbının işletim sistemi ile belirlendiğı için devletin ve özel hastane yöneticilerinin bu konuda bir müdahalesi olamaz. Tıbbi ürün ve ilaçların pazarlanmasından gelir sağlayan sağlık işletmeleri, kendilerine tetkik, tedavi ve girişim için hasta bulan ve yaratan hekimlere performans adı altında kâr payı dağıtmaktadır.

Bu sistemde gerçek anlamda hastalar tedavi edilmiyor mu? Sistemde hizmet alan kişilerin büyük bir çoğunluğu gerçek anlamda hasta değildir. Hastaların bir kısmı modern tıp uygulamaları ile yaratılan hastalardır. Gerçek anlamda hasta olan kişilerde yapılan tedavi ve girişimlerde bile fatura kalemlerinin büyük bir kısmını, gereksiz olarak yapılan tetkik, kullanılan malzeme, ilaç ve sarf malzemeleri oluşturur. Hastaların gerçek anlamda iyileşmeleri (şifa) istenen bir şey değildir.

Sağlıkta dönüşüm ile yapılmak istenen şey özelleştirme ile devletin sağlık ve sigorta sisteminden tamamen tasfiye edilmesidir. Bu mülkiyeti devlete ait olan kuruluşların sadece işletiminin değil, mülkiyetinin de tamamen tasfiyesine kadar devam edecek olan bir süreçtir.

Günümüzde her alanda olduğu gibi insan üzerinde kullanılmak üzere üretilmiş tıbbi ürünler, ilaçlar ve cihazlar akıl almaz oranda arttırılmıştır. İlaçların çoğu gereksiz ve etkisizdir. Çoğunun etkisi varsayımdan ibarettir. Geliştirilen ve üretilen ilaçların çoğunun daha önce üretilenlere bir üstünlüğü yoktur. Aynı amaçla yeni ilaç, ürün ve malzeme geliştirmenin amacı,

yapılan tedavi etkinliğinin arttırılması değil, tedavi maliyetinin arttırılmasıdır. Piyasaya sürülen yeni ve pahalı ilaçlar hekimlere dağıtılan pazarlamacılık komisyonu (promosyon) ile önceki ilaç ve tedavi tercihini hemen değiştirmektedir.

İnsan hayatı alabildiğince tıbbileştirilmiştir. İlaç kullanan, tetkik, girişim ve ameliyat yapılan kişi sayısı durmadan artmaktadır. Toplumun büyük bir kesimi düzenli olarak gereksiz ilaç tüketmektedir. Her geçen gün kişi başına tüketilen ilaç sayısı artmaktadır. Tıbbi bir ürün, teknik veya cihazın pazarlanması TV, basın, eğlence, yemek programlarının temel konusu olmaya başlamıştır. İnsanların zihninde sürekli hastaneye gitmek, tıbbi ürün ve teknolojileri kullanmak bir çağdaşlık standardı haline gelmiştir. Sürekli olarak ilaç kullanmak insan olmanın bir şartı olmuştur.

Bu nedenle modern tıp veya modern tıp uygulamaları dediğimiz zaman, tıp karteli tarafından üretilen ürünlerin tüketilmesi, pazarlanması ve satılması için yapılan bir piyasa düzenlemesi anlaşılmalıdır. Belirli mal ve ürünlerin pazarlanması ve tükettirilmesinin bu özel şeklinin insan sağlığı üzerine olumlu bir etkisi yoktur. İnsanlar gereksiz olarak tükettirilen bu ürün ve teknolojileri kendilerine uygulatan kobay ve aldatılan müşteriler konumundadır. Gerçek durumun farkında olmayan kitleler bunu iyi bir şey sanıp mutlu da olabilirler.

Şurası kesindir ki bir ülkede genel olarak siyasi sistem her şeyi belirler. Bir ülkede her alanda kapitalist-liberal bir sömürge ekonomisi uygulanıyorsa o ülkede insan merkezli-kamucu veya toplumcu bir sağlık sisteminin uygulanması mümkün değildir. Modern tıp mantığı ile eğitilmiş hekim, eczacı ve sağlık çalışanları yapılan dönüşüm ve tıbbi uygulamaları hiç anlamamış ve kendilerine dağıtılan kâr payları yüzünden gerçekleri görememiştir. Emperyalizm ve neoliberal siyasetlerden bihaber olan siyasi partiler, sendikalar ve kitle örgütleri de bu yıkım projesini anlamamış ve körü körüne desteklemiştir.

Küreselleşme çağının tıp anlayışı olan modern (çağdaş) tıp

uygulamalarını nasıl anlayabiliriz? Modern (çağdaş) tıbbın özellikleri nelerdir?

1. Sistem hasta veya insan merkezli değil piyasa merkezli çalışır. Yapılan hiçbir işlem hastanın sağlık sorunlarına yardımcı olma anlamında ele alınmaz. Bu sistemde hastanın sorunu ve hastalığı değil hastada bulunabilecek ve gelişebilecek, henüz varolmayan olası hastalıklar tedavi edilmeye çalışılır.

2. Hastanın iyileşmesi değil devamlı olarak sağlık sistemine bağımlı olması esastır. Artık müşteri olarak kabul edilen hastaların, sağlık hizmeti alıyorum kandırmacası ile sistemin daimi müşterileri ve abonmanları olmaları hedeflenmektedir.

3. Kişilerin tek tek veya onları oluşturan toplumun önde gelen ciddi hastalıkları ve sorunları değil bu sistemi yöneten kartelin belirlediği gündeme ve hastalıklara göre sağlık sorunları tanımlanmaya ve tedavi edilmeye çalışılır. Tedavi edilen durumlar çoğunlukla gerçekte bir hastalık olmayıp, sistem tarafından topluma vahim ve ölümcül sağlık sorunu olarak kabul ettirilen yapay hastalık veya durumlardır. Bu şekilde sistemde gerçekte bir hastalık olmayan menopoza (adetten kesilme), osteoporoz (kemik erimesi) gibi doğal fizyolojik durumlar en vahim ölümcül hastalıklar olarak takdim edilmektedir. Bu gibi hiçbir hastalığı bulunmayan müşteriler yıllarca süren bir tedavi programına alınmaktadır.

4. Sistemde, hastalık ve hastalara küresel ekonomi açısından yaklaşmak esastır. Bir kişi, bir kere sistemin (hastane veya sağlık kuruluşu) içine girer girmez ona hastalığı ile ilişkili olsun olmasın olabilecek en fazla tetkik ve inceleme yaptırılır ve bunları içinde özellikle pahalı olanları (tomografi, MR, PET, DNA dizi testleri, anjiyografi gibi) rutin (körlemesine anlamında) istenir ve bunlar sık sık tekrarlanır.

5. Modern tıpta hastalık kavramı değişmiştir: Hastalık tıbbi bir sorun değildir. Hastalık insan vücudunun bir özelliği veya kanda bulunan bir madde veya elementin belirlenen oranlardan farklı olarak ölçülmesi ve saptanmasıdır. Modern tıbbın görevi

bu gibi durumlarda gerekli ince ayarı (fine tuning) yapmaktır. Modern tıp insan fizyolojisine karşıdır ve insan fizyolojisini kabul etmez. Bu tıp anlayışına göre insan vücudunun kendi iç dengesi ve işleyişinin kontrol ve ayarı (homeostazis) vücut tarafından yapılamaz ve vücuda bırakılamaz.

6. Modern tıp bir takip tıbbıdır. Hasta ya uzun süre ayakta takip edilir veya bir şekilde yatırılarak kullanılabilecek her türlü tıbbi teknoloji hasta üzerinde denenir. Hastanelerin gelirlerini arttırmak amacı ile hastalarda bulunmayan ve bir sorun teşkil etmeyen her türlü hastalık dönüp dönüp aranır ve tekrar aranması için hastalar kontrollere çağırılır. Modern tıp hastada mevcut olan sorun ve hastalıktan çok onlarda bulunmayan veya ileride gelişebilecek hastalıklarla ilgilenir.

7. Hastaya yapılacak tedavinin bir defada ve en kısa sürede yapılması istenmez. Kişilerin sağlık kuruluşlarına başvuru sayısını arttırmak için tetkik, tedavi ve girişimler bölünerek parça parça uygulanır: Tedaviler uzatılır veya iatrojenik (gerekli ve gereksiz tıbbi uygulamalara bağlı sağlık sorunları) sorunlar yaratılarak yatış ve tedavi süreleri ve tabii tedavi maliyetleri artırılmaya çalışılır.

8. Hastalarda muhakkak en fazla sayıda ve en pahalı ilaçlar kullanılmalıdır. Uluslararası ilaç firmalarının tedavi anlamında en anlamsız, en etkisiz, en pahalı ve insan sağlığına hiçbir yararı olmayan ilaçları en yararlı, vazgeçilemez ilaçlar olarak pazarlanmaktadır. Hastalarda bir ilaç kullanma-tüketme kültürü oluşturularak onların devamlı olarak ve sorgulamadan ilaç kullanmaları sağlanmaktadır. Bu sisteme göre her hastalık ilaçla tedavi edilmelidir. Her hastalığın bir ilacı vardır. Hatta hastalıkların ilaçları bulunmasa bile bazı ilaçlar bu hastalıklarda etkili varsayılarak veya risk faktörleri (?) üzerinde etkili kabul ettirilerek kullandırılmaktadır. Ya da kişilere ya ileride oluşabilecek hastalıklardan korunmak veya ileride oluşabilecek hastalıkların gerçekleşme oranlarını azaltmak adına ilaç kullandırılmaktadır. Modern tıp devamlı ilaç kullanılan tıp demektir.

9. Bu sistemde tıbbi cihaz ve malzemeler hastalara olan yararı için değil bu cihazları satan pazarlayan ve kullananların ekonomik yararları, kârları ve komisyonları için kullanılırlar. Çoğu zaman bunların kullanılması için bir gerekçe uydurulur. Hastaya stent mi uygulanacak, kalça ve diz protezi mi takılacak, yama mı kullanılacak aynı işi gören en pahalısı tercih edilir. Artık yaraların bile iyileşmesi için ithal yara bakım ürünleri veya basınçlı oksijen tedavileri verilmesi gerekmektedir.

10. Sistem uygulamaları sonucu sağlıklı insanlar değil hasta ve sakat insanlar artmaktadır. Bu da sistem için dolaylı bir kazançtır. Sistem hasta yaratmaktadır. Tıbbi tedavide başarısızlığı ödüllendirmektedir. Yetersiz tıbbi tedavi ve girişim veya gereksiz olarak yapılan tedavi ve tıbbi teknoloji kullanımlarına bağlı olarak hastaların yatış süreleri ne kadar uzar, güçleşir ve karmaşıklırsa, sağlık kuruluşlarının elde ettiği kârlar o oranda artar. Sistem hastanede sürekli bakım ihtiyacı olan veya yatan hastaları sevmektedir. Bu nedenle hastaneler gelirlerini çok daha fazla arttırdığı için uzun süren yoğun bakım tedavisini çok sevmekte ve bir vesile ile hastaları yoğun bakıma atmaya çalışmaktadır. Ayaktan veya hasta yatağında tedavi edilmesi gereken hastalar bile yoğun bakıma yatırılmakta veya burada yatırılmış gibi tedavi edilmektedirler. Bu açıdan modern tıbbi, bir yoğun bakım tıbbi olarak da isimlendirebiliriz.

11. Bu sistemde hastalıklar değil olasılıklar ve ihtimaller veya yüzdeler tedavi edilirler. Örneğin, koroner kalp hastalığı gelişmesin diye nerede ise toplumun tamamına kolesterol, lipit (kan yağı) düşürücü ilaçlar ve benzer şekilde kemik erimesi (osteoporoz karşılığı kullanılan kelime) için kalsiyum ve kemik erimesi ilaçları kullandırılmaktadır. Koroner kalp hastalığı kolesterolle ilişkili bir hastalık olmadığı gibi, osteoporoz ilaçları ile de kemiklerin kırılmaya karşı direnci artmamaktadır.

12. Bilindiği gibi kanserin kesin bir tedavisi yoktur. Tıp kartelinin iyileşme olarak bildirdiği rakamlar tedavi sonucu beklenen en iyi olasılığın oranıdır. Bu oran da ortalama yaşam süre-

sine (?) göre çok fazla ve anlamlı olmayan bazen ay ve günlerle ifade edilebilen sürelerdir. İnsanların yaşam süreleri birbirinden farklı olup bu süre birçok faktör tarafından belirlenmektedir. Pil ve akülerde olduğu gibi ortalama ömür yoktur. Yararlı bir tedavinin bazı kişilerde ömrü uzatması bazılarında da kısaltması hangi mantıkla açıklanabilir. Birçok kanser hastası kanserden değil kanseri tedavi etmek için kullanılan gereksiz ve zararlı ilaç, uygulama ve girişimlerden ölmektedir. Bu gereksiz ve ya tutarsa mantığı ile kitlesel ve ömür boyu uygulanan tedaviler ayrı bir endüstri haline gelmiştir. Yakın markajda tutulan kanser hastaları her türlü zararlı uygulamanın ateşi altındadır. Kanser ilaçlarının çok yıkıcı zararlı etkileri vardır. Bu nedenle modern tıp yeni bir ilaç pazarlama alanı keşfetmiştir: İlaçların yan etkilerini tedavi etmek veya azaltmak için ilaç tedavisi...

13. Sistemde toplumu ilgilendiren genel sağlık sorunlarına da sadece ilaç ve malzeme tüketimi açısından yaklaşılmaktadır. Hastalık yaratan hava kirliliği, egzoz gazları, bitki ilaçları, GDO'lu tohumlar gibi çevresel sorunlar görmezden gelinirken, her gün 15-30 arasında kişinin ölmesine neden olan trafik kazalarının azaltılması için hiçbir çaba sarf edilmemektedir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) verilerine göre 12 kişide saptanan ve sadece 2006 yılında 4 kişinin ölümüne neden olan kuş gribi en tehlikeli ve ölümcül hastalık gibi tanımlanabilmektedir. Hastalık ve tedaviler, hastalığın ciddiyeti ve önemine göre değil, pazarlanacak ürün, cihaz, teknoloji, aşı ve ilaca göre belirlenmektedir.

14. Sistemde herhangi bir sorunla veya sorunsuz olarak hastanelere başvuran hastalar veya kişilerde hemen varsayılan hastalıklar aranır. Varsayılan hastalıklar her kişide bir dereceye kadar var olduğu kabul edilen kolesterol, kan basıncı, kan şekeri yüksekliği, kalp ve kanser hastalığı, genetik bozukluk ve mutasyonlar (Protein S ve S eksiklikleri, komponent-C3 eksikliği) gibi hastalıklardır. Tıp karteli üstün bir zekâ ve yaratıcılıkla horlamayı, obstrüktif uyku apnesi sendromu (uykuda iki nefes arasında geçen sürenin uzadığı durumlar) diye tanımladığı bir

hastalık haline sokmuştur. Varsayılan veya uydurulan hastalıkların birçok örneği vardır. Bu şekilde kan basıncınız normal iken hipertansiyon, kan şekeriniz normal sınırlarda iken şeker hastası olabilirsiniz. Bir kere hasta yaftası asıldıktan sonra bu kişilere hasta olmadıklarını kabul ettirmek artık imkânsızdır. Protein C ve S eksikliği kan pıhtılaşmasını bozan gereksiz bir pıhtılaşmayı engelleyici ilacın kullanılmasını; C3 eksikliği gereksiz antibiyotik kullanımı için gerekçe yaratır.

15. Cerrahi uygulamalar ve diğer girişimler hasta ve hastalıkları tedavi etme amacıyla değil pahalı cihaz, malzeme, ilaç ve biyomedikal ürünlerin tüketilmesi amacı için yapılmaktadır. Bir hastalığın tedavisi için ancak özel bir durumda yapılması gereken bir girişim eğer pazarlanacak pahalı bir ürün varsa kitlesel olarak uygulanmaya başlanmaktadır. Buna örnek olarak ilaçlı stent pazarlanmasını verebiliriz. Kârlı bir ticaret olduğu için herkes koroner kalp hastalığı için taranmakta ve ilaçlı stent takılması için gerekçe uydurulmaktadır. Stent uygulamaları salgın boyutundadır. Gereksiz ameliyatlar, girişimler, tetkikler, yatırımlar, konsültasyonlar, kontroller kontrolsüz ve insan tehdit eden bir noktadadır.

16. Daha önce bir tıp endüstrisi ve tıbbi dallar mevcuttu. Modern tıp uygulamaları ve geliştirilen ürünlerle tıbbi dalların her bir ayrı bir endüstri haline gelmiştir: Kanser endüstrisi, tıbbi teşhis endüstrisi, tıbbi genetik endüstrisi, girişimsel radyoloji/cerrahi endüstrisi, doğum-tüp bebek endüstrisi, kalp hastalıkları endüstrisi, biyomedikal ürün endüstrisi gibi yan dalları oluşturmuştur. Endüstri dalları daha da artacak gibi görünmektedir.

BÖLÜM 5
FARKLI KONULAR ÜSTÜNE

SANATTA HEKİMLİK ve ETİK

Pınar Aydın

Tıp tarihi insanlık tarihine koşut olarak her dönem ve koşula özgü yaklaşım ve uygulama özellikleri içermiştir. Bugün bizler çağdaş sorunlara koşut tıp sorunlarını tartışıyoruz. Bir kısmımız isteyerek hekim olmuşken bir kısmımız bizden öyle beklendiği veya puanımız tıbbi tuttuğu için şans eseri hekim olduk. Nedeni ne olursa olsun hayallerimizi süsleyen beyaz önlük imgesinin kirlendiğini düşündüğümüz için onu nasıl temizleriz ve nasıl temiz tutarız diye uğraşıyoruz, gelinlik misali temizlik ve saflık timsali olan beyaz önlüğümüz...

Çağlar içinde hasta hekim ilişkisinde çok önemli değişiklikler oldu, ki bunlara evrim demek pek de mümkün değil. Ülkelerin ekonomik ve politik sistemleri ile kültürlerine göre değişik hızda gelişen bu değişikliklerin başlangıcı hemen her yerde hekimin hâkimiyeti ile başladı (Tablo). Sağaltımda daha deneyimli ve etkin olana “hekim” dendi ve hasta ona tabi olmak durumunda kaldı. Tıp eğitiminin kurumsallaşması durumu hekimin lehine güçlendirdi; artık deneyim eğitimle pekişmiş ve diploma ile taçlanmış, hekimin zorlu eğitim dönemi kay-

da geçmişti. Kimimizin hâlâ aradığı ve zlem duyduğu, belki bu tam nedenle hekim olduğu bu dönem “hasta”nın kendisini fark etmesiyle değişti. Hasta odaklı yaklaşımı sistem de ya işine geldiği için ya da zorunlu olduğu için kabul etti, kayda geçirdi. Sosyalist yaklaşım denilebilecek bu bakış açısı kapitalist sistemlerin baş tacı oldu. Oy verenin gücü tanındı, oy istenirken sağlık, özendirme materyallerinden biri oldu, işe de yaradı. Ardından “hasta” sadece hasta olunca değil, tüm zamanlarda, her an sayılmak ve saygı görmek istedi. Kitleler sadece oy verirken değil, bunun dışında da değerli ve biricik olduklarını hissetmek istediler, insan olarak, kişi olarak. Yarım bir insan, bir “hobbit” yapabiliyorsa niye ben yapamayayım düşüncesi, sonuçta halihazırda “hekim” olarak yerini korumaya çalışan hekimi de kişi sınıfına sokuverdi. Ne de olsa artık herkes eğitimli, diplomalıydı; hastaların anlamadığı dilde konuşan hekim başka mesleklerden insanlarla teşriki mesai yaparken onların dilini anlamıyordu.

İşte günümüzde, biz hekimler sadece mesleğinde uzman kişileriz, toplumdaki yerimiz üstünlükle değil alan bilgisiyle tanımlanıyor. Kaldı ki alan bilgisi de internetle yalan yanlış da olsa sınırsız dolaşıma katılıverdi. Kimliksiz şuradan şuraya gidemezken alanımız nlksz sağlık uzmanlarıyla doldu. Gazeteler sağlıklı yaşamı satarken, bizler neredeyse ve bazen gerçekten hastalıkların nedeni oluverdik. Koruyucu hekimlik, hekimlerin zaten sıkıca tutmadıkları ellerinden kerameti kendinden menkul kişilerin satırlarına kaydđ; hastalıklar hâlâ bizim işimizken bu sefer derhal ve kesin iyileşme talebiyle karşılaştık. Madem hekimsek ölümsüzlük de sağlamalıydık, yoksa zaten sağlık konularını herkes biliyordu. Farkımız ancak ölümsüzlük vermekle olabilirdi.

Otuz ksur sene önce tıp diplomamı aldığımda meslek yaşamım içinde bu kadar baş döndürücü devinimle karşılaşacağımı aklımın ucundan geirmemiştim. Her yeni dönemde durumu

anlamaya çalışırken çoktan hasta-hekim ilişkileri bir sonraki evreye geçmişti. İlişkilerde varılan en son noktayı yakınlarda hastalanan ve hekime giden yakınlarımın anlattıklarından ya-
kalayabilmekten hem utandım hem de gurur duydum. Onların beklentileri, eleştirileri ve yaklaşımları bana ışık tuttu. Sonuçta hastaların arada bir diplomalı hekim olması pek sık rastlanılan bir durum değilken hekimlerin arada bir hastalanması daha sık görülen bir durum. Sedyede her zaman yürüyerek geçtiğim hastane koridorlarını tavana bakarak ameliyathaneye doğru kat ettiğim gün hasta yalnızlığının ve edilgenliğinin ürpertisini kemiklerime kadar hissettim. Ondan sonra sadece yakınlarım değil, kendi deneyimlerim de bana yardım etmeye başladı.

Yine de duruma kişisel anekdotların dar çerçevesinde bakmak yerine hasta-hekim ilişkilerine tarih ve sanat çerçevesinden bakmak yararlı olabilirdi. Tarih boyunca sanatta hastalar hekimlere nasıl bakıyor, hekim nasıl tanımlanıyor diye bakınca gerçekten de birçok ilginç ipucu bulmak mümkün.

Ancak kayıt tutulan en eski dönemlere geri dönülebildiğinde üstat hekim ve edilgen çaresiz hasta imgeleri karşımıza çıkıyor, ödeme şekli de günün koşullarına uygun (Resim 1, 2, 3). Ortaçağda ise hekim araştıran, öğrenen kimliğiyle kayıt ediliyor (Resim 4). Ama bu dönemden itibaren hekimin etik olmayan davranışı, para düşkünlüğü, din adamlarıyla ilişki kurma gereksinmesi de sanata yansıyor (Resim 5).

Resim sanatına düşen hekim imgeleri opera sanatında doğruya çıkıyor, şarlatan kimliği ile birçok operada hekim karakteri başrolde. İtalya'dan kaynaklanan *Commedia dell'arte* sahne sanatı ekolünün sabit karakterlerinden biri Il Dottore, hemen daima şişman, para düşkünü bir şarlatan (Resim 6). Ardından Aşk İksiri operasında (Donizetti, 1797-1848) saf kızlara aşk iksiri satan Dr. Dulcamara ve Le Docteur Miracle operasında (Georges Bizet, 1838-1875) her derde deva doktor karakteri hastaların hekimlere bakışını gayet net şekilde ortaya koyuyor.

Hatta Dr. Dulcamara tarama muayenesi misali köy köy şehir şehir dolaşıp sadece aşk hastalığına değil her türlü rahatsızlığa tedavi satıyor, sonra da ortadan kaybolup başka bir beldeye doğru yola çıkıyor. Shakespeare'in *Macbeth* adlı eserinde sönük, beceriksiz hekim kişiliği ise her hekimin tüm egosunu söndürecek acımasızlıkta. Neyse ki, Çaykovski'nin (1840-1893) *Iolanthe* operasında kör prensesin gözünü açan başarılı bir hekim var, Dr. İbn Hakir, o da ilginçtir doğudan geliyor batıdan değil. Opera ve resim sanatındaki hekim imgeleri çoğaltılabilir, buna edebiyattakiler de eklenebilir. Tümünde ortaya çıkan tablo para düşkünü veya beceriksiz hekim; etik ve etkili hekim kimliğinin pek nadir tasvir edilmiş olması insanın gözünü açmaya yetiyor.

Hastalara iyi hekim nedir diye sorulduğunda hemen hepsi, kendisine iyi davranan, insanca gözünün içine bakan ve dokunan, kolay ulaşılabilen kişiyi tanımlıyor, tedavideki beceri beklentisi genellikle ikinci planda kalıyor. Fransız şair, yazar, Ünanimizm'in öncüsü Jules Romain (1885-1972) Dr. Knock adlı ironik kült tiyatro eserinde toplumun nasıl ele geçirilebileceğini şarlatan bir hekimi betimleyerek anlatmıştır. Dr. Knock işe başladığı kasabada kendisinden önceki hekimin hatalarına düşmez, kendisine başvuranlara önemli bir hastalıkları olmadığını söylemez. Aksine herkeste bir hastalık bulur, üretir, yaratır, büyütür ve korkuttukça korkutur ki hastası hiç eksilmesin. İlk muayeneyi ücretsiz yaptığı için tüm kasaba sıraya girer, ama sonra kendilerini Dr. Knock'un korkunç teşhislerinden ve ilginç tedavilerinden kurtaramazlar. Çikolata seven onu yememelidir, salatalık sevmeyen daima yemelidir. Aslında hasta olmayan kasabalılar için yaşam bu tedavilerle çekilmez olur, ama yüreklerine giren korku ile Stockholm sendromu benzeri bir bağımlılık gelişir. Filmi de çekilmiş (Dr. Knock, 1951, Yönetmen: Guy Lefranc) olan bu eser günümüzdeki durumu o kadar açık şekilde betimliyor ki şaşmamak mümkün değil.

Bugün, bir yanda ilerleyen endüstri ve teknoloji, değişen iletişim biçimleri ve zorlaşan yaşam koşulları; öte yanda hastanın kişi olarak artan otonomisi ve görece sosyal adalet, bir hastanın dediği gibi hekimin değil, tıbbın kutsal olması gerçeğini ortaya çıkardı. Kutsaldan kasıt etik olmak ise günde-
me yeniden Hipokrat yemini geliyor. Hipokrat, etik sonradan öğrenilebilir mi yoksa kişide varsa vardır, sonradan geliştirilemez diye düşünseydi etik davranış kurallarını sıralamaya gerek duymazdı. Öte yandan eğer etik olmayan davranışlar sadece günümüze özgü olsaydı, yine gerek duymazdı. Hipokrat, kimilerine göre hekimliğin altın çağında bile meslektaşlarında etik olmayan davranışlar görmüş olmalı ki, yemini kaleme almaya gerek duymuştu. Sistemlerin değişmesine neden olarak gösterilen hekimlerin etik olmayan davranışları ise, onlar belli ki zaten hep vardı.

Hekimliğimiz en büyük günahımız olmadan önce kendimizi bir profesyonel olarak yeniden tanımlamamızın zamanı geldi. Herkes işini yapıyor, biz de, sadece işimiz sağlık. Mesleki bilgi ve becerilere sahip olduğumuzu kimse yadsımıyor zaten; bizden beklenen ne yazık ki tıp fakültelerinde öğretilmeyen olumlu iletişim becerileri, seçenekleri eksiksiz ve doğru olarak tanıtma ile haksız kazanç peşinde olmamak. Kazanç, eskisi gibi güç olmadığı durumda doğrudan maddi kazanç şeklinde kendini gösteriyor.

Mesleğimiz başkalarınca yeniden tanımlandığına göre aynada kendimize bakma ve kendimizi yeniden kurgulama zamanı da geldi demektir. Kendi kabuklarımızı soymamız, kimliğimizi ve kişiliğimizi deyim yerindeyse ince ince doğramamız, neden hekim olduk, William Hurt'ün *The Doctor* filmindeki gibi kendimiz hasta olunca ne hissediyoruz, yeniden keşfetmemiz daha "sağlıklı" hekimlik yapmamızı sağlayabilir. "Bana iyi davranmadı, hiçbir şey anlatmadı," ile "Doktor beni çok sevdi, bana çok iyi baktı," cümlelerinden hangisinin kendimiz için kulla-

nılmasını istediğimize karar vermek, ama bunda inandırıcı ve etik davranmak, amacımız insanların sağlıklarına kavuşmasına aracılık etmek ise en önemli yaklaşım olacaktır.

Ne de olsa hepimiz birer çağdaş Hipokrat'ız!

Kaynaklar

1. Oğuz H, San I, Verit A, Uzel I: Ophthalmic Techniques Described by Şerefeddin Sabuncuoğlu (1385–1468 ad), Clin Exp Ophthalmol, 32, 192–195, 2004.
2. Romain J: Dr. Knock veya Tıbbın Zaferi, Çeviren: Saygılı S, Elit Kültür, İstanbul, 2010.
3. Stockholm Sendromu ve Hegel'in Köle-Efendi Diyalektiği, İzmir M. Cumhuriyet Bilim Teknik Eki, 15.07.2011.

TABLO. Hasta-Hekim İlişkilerinin Evreleri

Hekim-Hasta:	Deneyime dayalı
Hekim-Hasta:	Tıp eğitime dayalı
Hasta-Hekim:	Hasta odaklı
Hasta-Hekim:	Sisteme dayalı
Kişi-Hekim:	İletişime dayalı
Kişi-Kişi:	Profesyonelliğe dayalı



Resim 1. Şerafettin Sabuncuoğlu (1385-1468)

Kaynak: Uzel İ: Amasyalı Hekim ve Cerrah Sabuncuoğlu Şerefeddin, Amasya Valiliği Kültür Yayınları, 2005. s.39, s.51.



Resim 2. Şerafettin Sabuncuoğlu (1385-1468)

Kaynak: Uzel İ: Amasyalı Hekim ve Cerrah Sabuncuoğlu Şerefeddin, Amasya Valiliği Kültür Yayınları, 2005. s.39, s.51.



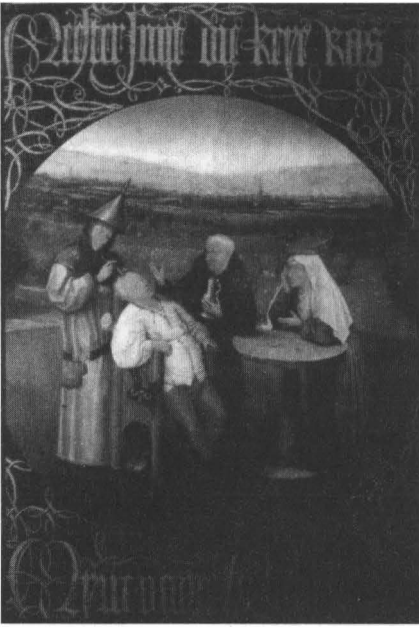
Resim 3. İyileşen hastanın vizite ücreti.

Kaynak: Uzel İ: Sanata Yansıyan Türk Tıbbı, Ajans-Türk Basın ve Basım AŞ, Ankara 2005, s.40.



Resim 4. Orta çağda veba salgını sırasında araştırma yapan hekimler.

Kaynak: <http://contagions.wordpress.com/category/medieval-healing/>



Resim 5. Taş ameliyatı, Hieronymus-Bosch (1450-1516).



Resim 6. Commedia dell'arte, Il dottore karakteri, 14.yy, Italya.

TÜTÜN KONTROLÜ

Osman Elbek

Hastalık ve ölüm bizi her gün öfkeliyor. Hastalanan ya da ölen insanlar olduğu için değil. Öfkeliyiz, çünkü pek çok hastalığın ve ölümlerin temelinde bizlere dayatılan ekonomik ve sosyal politikalar yatıyor. (Orta Amerika'dan bir ses)

*Global Health Watch 2 /
People's Health Movement*

Giriş

Tütün bağımlılığı yirminci yüzyılda yüz milyon kişiyi öldüren, yirmi birinci yüzyılda ise bir milyar kişiyi öldüreceği tahmin edilen bir toplum sağlığı sorunudur (WHO, 2008). Gerçekten de dünyada en sık ölüme neden olan sekiz hastalıktan altı tanesinin temel nedeni tütün kullanımıdır (WHO, 2008).

“Düşman”ı ve Politikalarını Tanımak Gerek

Aslında dünyada her gün 12 bin insanı öldüren bu sorunun nedeni “tütün” değildir. Çünkü tütün bitkisi tarlada insan öldürmemektedir. Öte yandan dünyada tütünü ilk kez kullanan Amerika Kızılderilileri de bu ölümlerin nedeni değildir. Çünkü Kızılderililer, tütünü nadiren ve sadece dinsel ritüellerinde kullanım amacıyla solumuşlardır. Ayrıca Türkiye'nin özellikle Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgesinde Şark Tütünü'nü satan küçük üretici/satıcı da bu ölümlerin nedeni değildir. Çün-

kü o üreticinin/satıcının satabileceği birkaç kilo tütün dünya genelinde böylesi bir salgına neden olmamaktadır. Dahası kaçakçılık yaparak ya da bir halk pazarında birkaç kilo tütün satarak geçimini ancak sağlayabilenler, emperyal bir güç olarak dünyadaki hükümetlerin politikalarını belirleyebilecek kudrete sahip değillerdir.

Ama Kızılderililerin kullandığı tütünü alan, aldığı bu tütünü fabrikalarda bir meta haline getiren ve ürettiği bu meta ile önündeki her sınırı ortadan kaldırıp, dünya genelinde kazanç ve kâr peşinde koşmaya başlayan tütün endüstrisi bu ölümlerin nedenidir. Bu nedenle “tütün kontrolü”nde amaç sermayenin tütün alanında ölümlere yol açan para kazanma hırsının kontrol altına alınmasıdır. Çünkü Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün de ifade ettiği gibi “Bütün salgın hastalıklarda bir bulaşma yolu vardır ve hastalık ve ölümlerin yayılmasına yol açan bir de aracı vardır. Tütün salgını konusunda bu araç bir virüs, bakteri veya bir başka mikroorganizma değildir -bu araç bir endüstri ve çalışma stratejisidir.” (WHO, 2008). Bu nedenle kimi zaman yapıldığı gibi öfkemizi tütün kullanan kişilere değil, aksine tütün endüstrisine ve onunla birlikte eşgüdüm halinde çalışan kurum ve bireylere yöneltmemiz gereklidir. Çünkü unutulmamalıdır ki, tütün kontrolünde amaç tütün endüstrisinin kazanç hırsının “kontrol” altına alınmasıdır.

Bir ülkede sigara üreten bir yapının devlet mülkiyetinden çıkartılarak “piyasa”ya açılması, para kazanmaktan başka bir amacı olmayan çokuluslu tütün sermayesinin o ülkede hegemonya kurması anlamına gelmektedir. Elbette kurulan bu hegemonyanın birey ve toplum sağlığı açısından anlamı, tütün tüketiminin, yani hastalık ve ölümlerin artmasıdır. Bu durumun Türkiye için en somut kanıtı 1980-2000 arası dönemdir. Çünkü bu dönemde Türkiye’de tütün üretimi, “*bırakınız yap-sınlar*” politikasının bir gereği olarak liberalize edildi. Bu çerçevede önce özel sektöre TEKELE ile ortak olma şartıyla sigara

Üretim izni tanındı (1986), ardından “TEKEL 2000” adı altında klasik sigaralardan farklı olarak Amerikan blend karakterli sigara üretildi (1988) ve son olarak da 03.05.1991 tarih ve 91/1755 sayılı Bakanlar Kurulu kararı ile yerli ve yabancı tüzel kişilere (yani tütün şirketlerine) Türkiye’de tütün ürünleri üretme hakkı tanındı (Dokuzuncu Kalkınma Planı, 2007). Zaten bu kararın bir yıl sonrasında (1992) Philip Morris, Sabancı Holding ortaklığı ile PHILSA’yı kurdu (Dokuzuncu Kalkınma Planı, 2007). Bu planlı politika bir yandan işlerken diğerk yandan da aynı politikanın başka bir alandaki yansımalarının gereğı olarak; 1999 yılı sonunda kamunun finansman ağığı olduğı iddia edilerek Dünya Bankası ile Tarım Reformu Uygulama Projesi hayata geçirildi (Dokuzuncu Kalkınma Planı, 2007). Gerçekten de hayata geçirilen bu “reform” projesinin bir parçası olarak, yaratılan piyasayı tütün şirketlerine teslim etmek için 2000 yılından itibaren tarım sektöründe destekleme alımları tamamen kaldırıldı (Dokuzuncu Kalkınma Planı, 2007). Daha önemlisi zaman içerisinde tütün köylüsü şirketlerin dayattığı “sözleşmeli üretim” fiyatlarına boyun eğmek zorunda bırakıldı.

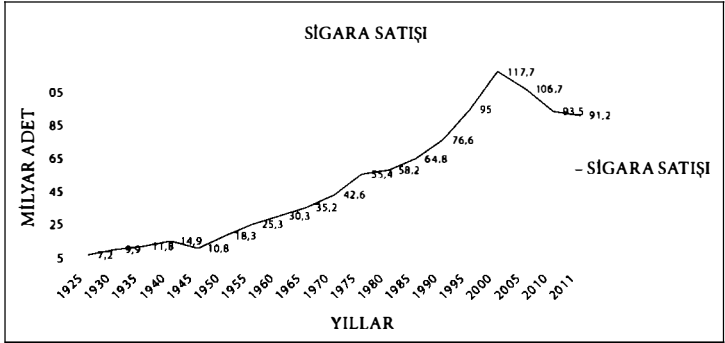
Öte yandan dünya genelinde de tütün üretiminin özelleştirilerek piyasanın ulusötesi sermaye gruplarına teslim edildiğı ülkelerde, gerek tütün ürünlerinin ucuzlaması, dağıtım ağıının yaygınlaşıp etkinleşmesi, gerekse de tütün kontrol politikalarına karşı tütün şirketlerinin etkin ve saldırgan lobi uygulamaları nedeniyle tütün tüketiminin arttığı, sigara içmeye başlama yaşının düştüğü ve hatta sigara içenler arasında da ek talebin canlandığı görülmektedir (Gilmore AB, 2011). Ancak birey ve toplum sağılığı açısından saptanan bu olumsuz sonuçlara rağmen Uluslararası Para Fonu (IMF)’nun, devlete ait tütün üretim birimlerinin özelleştirilmesi için baskı uygulamaya devam etmesi ve ülkelerin bu “zorunlu” politikanın bir gereğı olarak tütün arzını ulusötesi şirketlere terk etmesi tüm dünyada dik-

kat çekicidir (Gilmore AB, 2011). Bu bağlamda; 1999'dan tütün sektörünün liberalize edilip 2002 yılında Tütün ve Alkol Piyasayı Düzenleme Kurulu oluşturulmasına kadar geçen zaman diliminde, IMF'nin "Türk ekonomisinde yerli ve yabancı özel sermayenin rolünü artırma önlemleri" talep etmesi nedeniyle, Türkiye'nin dokuz kez IMF'ye "niyet mektubu" vermesi, bu alanda yaşanan "zorlamanın" tümüyle küresel kapitalist sistemin düzenleyici kurumları tarafından gerçekleştiğini göstermektedir.

Aslında genel olarak yakın geçmişte gerek Türkiye'de gerekse tüm dünyada uygulamaya geçirilen politikaların, Uruguay Toplantısı, Washington Konsensüsü, Bretton Woods Konferansı, Dünya Ticaret Örgütü, Uluslararası Para Fonu, Dünya Bankası, Çok Taraflı Yatırım Anlaşması, Ticaretle Bağlantılı Yatırım Tedbirleri Anlaşması, Fikri Mülkiyet Haklarıyla Bağlantılı Ticaret Anlaşması ve Hizmet Ticareti Genel Anlaşması yolu ile sermayenin sınırsız kâr hırsını kontrol altına alabilecek engellerin dünya genelinde ortadan kaldırması ile ilişkili olduğu fark edilebilir. Bu çerçevede tütün sektörü de Türkiye'de benzer bir süreci yaşadı. IMF ile Dünya Bankası'nın Maliye, Sanayi ve Ticaret Bakanlıkları ile Hazine ve Devlet Planlama Teşkilatlarına baskıları sonucunda sektör önce liberalize edildi ve ardından TEKEl'in özelleştirilmesi sağlandı. TEKEl'in özelleştirilmesi ise tütün piyasasında tütün şirketlerinin ölüm satarak para kazanma hırsının kontrol altına alınmasını oldukça güçleştirmiştir. Ancak TEKEl'in özelleştirilmesinin neden olduğu yıkım sadece bununla sınırlı değildir. Çünkü TEKEl'in özelleştirilmesi demek Türkiye'de tütün ekerek geçimini sağlayan çiftçilerin ve TEKEl fabrikalarında çalışanların işsiz kalması demektir. Gerçekten de tütün üreticilerin büyük bir bölümü artan maliyet ve ulusötesi tütün şirketlerinin kârını arttırmak için getirilen kota ve satış fiyatlarının düşmesi nedeni ile tütün ekimini terk etti (Elbek O, Ağustos 2010).

Veriler irdelendiğinde kapitalist küresel sisteme tümüyle bü-tünleştirilmek amacıyla gerçekleştirilen 1980 askeri darbe son-rası Turgut Özal'ın eliyle hayata geçirilen bu liberalizasyon po-litikasının, sigara satışını 1980'de 58.2 milyar adetten 2000'de 117.7 milyar adete (%102 artış) ulaştırdığı -yani hedeflediği ba-şarıya kavuştuğu- görülebilir (Şekil 1) (WHO, 2012).

Şekil 1: Türkiye'de Sigara Satışı (WHO, 2012)*



Ancak unutulmamalıdır ki; Türkiye’de ve tüm dünyada uy-gulanan bu neoliberal politikanın bir sonucu olarak, “*gelişmekte olan*” ve “*geri kalmış*” ülkelerde tütün ekerek geçimini sağlayan insanların yoksulluğa itilmesi pahasına, ulusötesi tütün serma-yesinin gelişmiş ülkelerde azalan tütün kullanım oranları nede-niyle kâr oranlarının düşmesi önlendi. Bugün itibariyle British American Tobacco (BAT)’nun tütün satışlarının %70’inin Afri-ka, Asya, Doğu Avrupa ve Latin Amerika ülkelerine yapıyor ol-ması (Saloojee Y, 2000), uygulanan politikanın ulusötesi tütün sermayesi açısından başarıya ulaştığını kanıtlamaktadır

Öte yandan TEKEL’in özelleştirilmesi, Türkiye’nin ekono-mik güç olarak çok büyük bir kurumunun da devletin elinden sermayenin eline geçmesine yol açtı. Gerçekten de TEKEL, Türkiye’nin 500 büyük sanayi kuruluşları arasında 1999’da

* Şekil, kaynakta yer alan bilgiler ve diyagramlardan yararlanılarak oluşturu-lmuştur.

onuncu, 2000’de altıncı, 2001’de sekizinci sıradaydı (Kayıkçı S, 2005). 2001 yılı itibarıyla TEKEL’in Gayri Safı Milli Hâsıla (GSMH)’ya katkısı iki trilyondan fazlaydı ve bu dönemde TEKEL’in GSMH içindeki payı %2’ye ulaşmaktaydı (Kayıkçı S, 2005). Oysa aynı dönemde Türkiye’de faaliyet gösteren ulusötesi tütün şirketlerinin hiçbirisi TEKEL’in büyüklüğüne ulaşmamıştı (Kayıkçı S, 2005). Ancak IMF ve Dünya Bankası’nın ulusötesi küresel sermaye grubu yaratmak isteği uyarınca, 2008 yılına gelindiğinde, sadece Philip Morris ve BAT’ın Türkiye’deki pazar payı yüzde seksenleri aştı (Özkaya T).

Ne ilginçtir ki; önce şirketleştirilip ticarileştirilen ve sonrasında da pazar payı daraltılan TEKEL, tütün kontrolü alanında sürdürdüğü “başarılı” politikanın bir sonucu olarak dünya çapında iltifat ve ödüllerle desteklenen Adalet ve Kalkınma Partisi döneminde, partiler değişse de değişmeyen neoliberal politikanın bir gereği olarak British American Tobacco’ya satıldı. Bu bağlamda 2008 yılında TEKEL’i satın alan BAT’ın Türkiye Genel Müdürü Johan Vandermuellen, TEKEL’in devredilmesi töreninde yaptığı konuşmada “Bu, BAT’ın Türkiye’deki büyüme fırsatları açısından önemli bir temel oluşturmaktadır. Küresel piyasalarda likidite krizinin yaşandığı bir dönemde böylesi bir yatırım yapmamız, Türkiye’nin geleceğine duyduğumuz güvenin ve uzun vadeli bir yatırımcı olma konusundaki kararlılığımızın önemli bir göstergesidir,” sözleriyle, Türkiye’deki “büyüme fırsatları”nın önemine vurgu yaptı (Ekonews). Kuşkusuz bir sigara tekelinin “büyüme fırsatları”nın sağlık açısından anlamı, daha çok insanın sakat kalması ya da ölmesidir. Öte yandan aynı törende konuşan BAT Türkiye Kurumsal İlişkiler Direktörü Tuna Turagay, “BAT olarak dünyanın 8. büyük tütün pazarı olan Türkiye’yi küresel faaliyetlerimiz açısından son derece önemli görüyoruz. 6 yılda pazar payımızı artırdık. Bu birleşme ile önümüzdeki dönemde hızlı tüketim ürünleri sektöründe 2’inci en büyük firma olacağız,” diyerek yaklaşan bu “fırsat”ı işaret etti (Ekonews).

Tütün Kontrolü Politikaları

Bilindiği üzere tütün kontrolü mücadelesinin temel bileşenleri tütün ürünlerini yüksek fiyatla satışa sunmak, duman-sız hava sahası yaratmak, konu hakkında medya kampanyası yapmak, tütün ürünlerinin zararlarını ve tüketim kısıtlamalarını belirten uyarı yazıları kullanmak, isteyen bireylere sigara bırakma desteği sunmak ve tütün endüstrisinin reklam yapmasını önlemektir (WHO, 2008). Ancak dünya deneyimleri, tütün pazarına sahip çok-uluslu şirketlerin ekonomik ve siyasi güçleri karşısında ulusal hükümetlerin tek başlarına önemli bir başarı sağlayamadığını göstermiştir. Bu nedenle DSÖ 2003 yılında “Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi” (TKÇS) adını verdiği bir rehber hazırladı. Tütün kontrolü alanında etkin kontrol önlemleri düzenleyen TKÇS, önce DSÖ’nün Genel Kurulu’nda kabul edildi, ardından DSÖ’ye üye ülkelerin Sağlık Bakanları tarafından imzalandı ve sonrasında da ulusal parlamentolarda kabul edilmeye başlandı. Sözleşmeyi parlamentolarında kabul eden ülke sayısı kırk olduktan sonra sözleşme “Uluslararası Yasa” özelliğini kazandı. Türkiye, TKÇS’yi Nisan 2004’te imzaladı ve sözleşme Kasım 2004’te Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM)’nde kabul edildi. Çok açık ki; TBMM’nin bu yasayı kabulü sonrasında Ulusal Tütün Kontrol Programı Türkiye’de büyük bir hız kazandı. Gerçekten de bugün itibariyle, Türkiye’de 90’lı yılların başından beri ısrar, sabır ve inatla sürdürülen tütün kontrolü mücadelesinin düne oranla çok daha yetkin bir düzeyde ulaştığı konusunda hiç kimse-nin kuşkusuz yoktur.

Ancak ulaşılan bu yetkinliğe rağmen gerek Türkiye’de gerekse dünyada tütün kontrol mücadelesi büyük bir eksiklikle maluldür. Bu eksiklik, tütün salgını gibi dünyanın en büyük toplum sağlığı sorununu azaltacak politikaların belirlenmesinde kapitalist bakış açısının belirleyiciliğinin baştan kabul edilmiş olmasıdır. Bu nedenle eğer samimiyetle birey ve toplum

sağlığını iyileştirmek/geliştirmek gibi bir hedef varsa, tütün kontrolü alanında günümüzde olduğu gibi devletleri, bireylerin ve toplumların hayatını gözetleyip onların hayatlarını kısıtlayan “big brother” pozisyonundan çıkartılması ve tütün sermayesinin dünya genelindeki egemenliğe son verilmesi için sürdürülen savaşın neoliberal ideolojik sınırların ve duvarların ötesine taşınması gereklidir. Kanaatimizce böylesi bir politika ve zihniyet değişikliğinin ilk adımı, tütün kontrolü mücadelesinin sadece talebi azaltmaya yönelik önlemler yerine, ekonomik bakış etkisinden çıkarak arzı da azaltmaya ve hatta sonlandırmaya yönelik müdahaleler yönünde geliştirilmesidir.

Fakat ne yazık ki bugün itibariyle DSÖ’nün önerdiği politikalar arasında arzı değil, aksine talebi azaltmaya yönelik önlemler ağırlıkla yer tutmaktadır. Aslında DSÖ’nün tütün kontrolü alanında takındığı bu tutum hiç sürpriz ya da tesadüf değildir. Aksine küresel sağlık politikasının biçimlenişinin bu alandaki yansımalarının bir sonucudur (Koivusalo M, 2011). Ama gerekçesi ne olursa olsun bu sorun nedeniyle DSÖ, TKÇS’de tütün arzını azaltmaya yönelik önlemleri sadece; tütün ürünlerinin yasadışı ticareti, çocuklara ve çocuklar aracılığıyla yapılan tütün satışı ve *ekonomik açıdan uygun* alternatif ekim seçenekleri başlıklarında sınırladı (Ergüder D, 2012; TAPDK, 2010). Dikkat edileceği üzere DSÖ’nün bu “sınırlı” sınırlamaları dahi “ekonomik açıdan uygun” bakış açısının sınırlarına hapsedildi. Tüm bu kısıtlılığın rağmen yine de TKÇS’nin özellikle 5. maddesinin 3. fıkrasının, sözleşmenin ruhu göz önüne alınarak birey ve toplum sağlığından taraf olacak biçimde geniş olarak yorumlanması, yaşanan krizden çıkış yolu için bir açılım sağlayabilir. Çünkü TKÇS 5.3, sözleşmeyi onaylayan ulus devletlerin, tütün kontrolü ile ilgili halk sağlığı politikalarını “tütün endüstrisinin ticari ve diğer çıkar çevrelerinden” korumakla yükümlü olduğunu hükme bağlamaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2010; TAPDK, 2010). Öte yandan TKÇS’nin uygulama

rehberlerinde, sözleşme kapsamında ifade edilen “koruma”nın nasıl yapılacağına dair kimi rehber ilke ve öneriler de geliştirildi. Ancak üzülererek ifade etmek gerekir ki; geliştirilen bu ilke ve öneriler, ağırlıkla neoliberal ideolojinin sınırları içerisinde kalmakta ve sorunu daha çok “çıkar çatışması”, “şeffaflık” ve “hesap verilebilirlik” durumlarına indirgeyerek, bir anlamda küresel düzeyde endüstrinin devamlılığını “güvence” altına almaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2010; TAPDK, 2010). Öte yandan DSÖ, tütün savaşında etkili politika stratejileri olarak ulus devletlerin uygulamasını önerdiği MPOWER (KUVVET) yaklaşımında, kimi sorunlar içermesine rağmen yine de yaşam hakkı için önemli olan TKÇS’nin bu “ileri” adımlarından da taviz verdi ve MPOWER (KUVVET)’in içeriğine hem arza yönelik müdahaleleri hem de TKÇS’nin 5.3 numaralı kritik hükümünü koymadı (WHO, 2008).

Tüm bu eksiklikleri dışında tütün “kontrolü” politikalarını belirleyen bu “ekonomist” bakış açısının bir gereği olarak yakın gelecekte çok daha büyük bir sorunla insanlığın karşı karşıya geleceği öngörülmelidir. Gerçekten de tütün şirketlerine karşı sürdürülen mücadeleyi eğer usulen olmaktan çıkartıp esasa yöneltmezsek, yakın zaman içerisinde küresel sağlık politikası biçimleyicileri ve ulus devletler, tütün salgını konusunda ellerinden geleni yapmış olmanın yaratacağı algının var edeceği toplumsal ikna sonucunda, tütün kullanımını tamamen “bireysel” bir soruna indirgemiş olacaklardır. Hiç kuşku yok ki, bu indirgeyici bakış açısı, neoliberal dönüşümle “tüccar devlet” haline gelen ulus devletler ve tütün ile sigorta şirketleri için oldukça kazançlı sonuçlara yol açacaktır. Çünkü tütün şirketleri, -belki de ilk kez- DSÖ gibi “küresel sağlığı” temsil eden bir yapının var ettiği çarpık bir zeminde, “yasalara saygılı” imajlarıyla toplumsal meşruiyet kazanacaklardır. Öte yandan tütün kullanımını, toplumsal ilişki ve güç dengelerinden kopartarak “bireysel” bir hataya indirgeyen bu kapitalist

bakış açısı, tütün kullanımının neden olduğu sağlık sorunlarının, kamusal kaynak yerine özel sigorta şirketlerinin sunacağı “tamamlayıcı sağlık sigortası” tarafından karşılanmasına zemin hazırlayacaktır. Elbette sağlığın finansman alanında yaşanacak bu dönüşüm, tütün kullanan kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi için ek sigorta poliçeleri yaptırmalarına, yani ceplerinden daha fazla para çıkmasına neden olacaktır. Ancak yeterli para ayıramadığı için tütün bağımlılığının yaratacağı sorunları kapsamına alan ek sigorta poliçelerine ulaşamayan tütün kullanıcıların sonlarının hastalıklarında “boğulma” olacağı çok açıktır. Fakat böylesi bir “boğulma” durumunda dahi, küresel sağlık politikasını belirleyen kapitalist bakış açısının var ettiği zeminde, hiç kimse parası olmadığı için ölmeye ya da sakatlık ve/veya hastalıklarıyla yaşamaya mahkûm edilen bu insanlar için en ufak bir vicdan sızısı yaşamayacaktır. Çünkü onlar, devletlerin ve tüm toplumun elinden gelen her şeyi yapmasına karşın tütün kullanmakta ısrar eden, yani bireysel tercihlerini bu yönde kullanan “sapkın”lar olarak toplum tarafından etiketlenmiş olacaklardır. Ve tarihin en ölümcül yasası bu konuda da işleyecek, toplum, kendisinin bütünlüğünü bozan “sapkın”lığın bedeninden kopartılmasına itiraz etmeyecek aksine büyük bir hevesle bu durumu onaylayacaktır. Ancak unutulmamalıdır ki; içeriğinde yüzlerce kanserojen zehrin ve sağlığa inanılmaz hasarlar veren binlerce kimyasal maddenin, sırf sermayenin para kazanmak amacıyla ulus devletlerin onayıyla üretilip satılması insanlık açısından kabul edilemez bir suçtur. Bu nedenle eğer illa ki bir “suç” ya da “sapkınlık” aranacaksa, Amerikan Kızılderililerin kullandıkları tütüne ölümcül parende attırarak piyasada kâr edilebilir bir metaya dönüştüren kapitalist uygarlığın kendisinde aranmalıdır.

Sosyal Sorumluluk Projeleri ve Tütün Sermayesi

Neoliberal dünyada toplumun, moral değerlerin ve doğanın kâr uğruna yağmalanmasının üzerini örtmek ve sanki herkesin aynı gemi içerisinde olduğu illüzyonu yaratmak için sosyal sorumluluk projeleri sıklıkla kullanılmaktadır. Böylesi projelerin en önemli etkisi, sosyal sorumluluk projesini hayata geçiren yapının toplumla sanki ortak değerleri varmış gibi bir yanılsmaya yol açmasıdır. Öte yandan elbette bu tür projelerle proje sahiplerinin ya da ürünlerinin dolaylı biçimde reklamları yapılmakta ve kurumsal yapılanmalar toplum yararına üstlendikleri sosyal sorumluluk projeleri ile toplumsal meşruiyet sağlamaktadırlar. Dünya genelinde incelendiğinde toplumsal meşruiyet yaşayan şirketlerin bu tür sosyal sorumluk projelerine sıcak baktıkları görülmektedir. Hiç kuşku yok ki, sermayenin toplumsal meşruiyetinin en az olduğu alanlardan birisi medikal, diğeri türün sektörüdür. Bu nedenle gerek ilaç/medikal şirketler gerekse tütün şirketleri sıklıkla “kamu yararı” adına sosyal sorumluluk projeleri gerçekleştirmektedir.

Yakın bir zaman önce toplumsal meşruiyet sorunu yaşayan Philip Morris International (PMI), 2011 yılında kurumsal sosyal sorumluluk programı çerçevesinde destek verdiği projeleri -başarılı bir halkla ilişkiler yaklaşımının bir gereği olarak- “Hayırseverlik Yardımları” başlığı altında açıkladı (Philip Morris International Charitable Contributions). Elbette açlığın, yoksulluğun ve yoksunluğun kapitalist küreselleşme nedeniyle yaygınlaştığı bu dünyada “hayırseverlik” ve “yardım” kelimelerinin milyarlarca insanın hayatında yaşamsal önem taşıdığını söylemeye bile gerek yoktur. Ancak ne ilginçtir ki; diğer pek çok sermaye yapılanmasında olduğu gibi PMI da kendisinin kâr hırsının neden olduğu bu yoksunluk dünyasında, kendisinin neden olduğu sorunlardan yine kendisine toplumsal meşruiyet üretme konusunda en ufak bir utanma duygusu yaşamamaktadır.

Gerçekten de tütün kullanımı birey ve toplumlarda sadece hastalığa yol açmamakta, aynı zamanda birey ve toplumları yoksunluğa da sürüklemektedir. Bu bağlamda tütün satın almak için harcanan para ile Bangladeş'te 10.5 milyon aç kişinin doyurabileceği, her gün 5 yaş altında 350 çocuğun yaşatılabileceği bilinmektedir. Hesaplamalar tütüne harcanan paranın eğitime harcanan paradan Vietnam'da 2.3; Bangladeş'te ise 10 kat daha fazla olduğunu göstermektedir. Ayrıca tütüne harcanan para ile Kamboçya'da yoksulluk sınırının altında yaşayan insanların %39'unun pirinç ihtiyacının ya da Vietnam'da 12 milyon kişinin bir yıllık yiyecek ihtiyacının karşılanabileceği öngörülmektedir. Benzer biçimde Bangladeş'te sigara maliyeti, erkekler için 2942, kadınlar için 1869 kalorilik pirince karşılık gelmektedir. Türkiye'de ise 1 paket Marlboro için harcanan çalışma saati ile yaklaşık 3 kg ekmek ve 1 kg pirinç alınabilmektedir (Elbek O, Haziran 2010; Elbek O, Ağustos 2010). Öte yandan tütün kullanımı dünyanın geleceği olan çocukların hayatlarını da etkileyerek dünyayı yoksullaştırmaktadır. Çünkü literatür bilgileri 33 milyon tütün işçisinin %8-29'unun 6-14 yaş arası çocuk olduğuna işaret etmektedir. Çalışmalar, çocuk işçiliği açısından çalışan çocuklar arasında cinsiyet farklılığının olmadığını, yani sermayenin ucuz işgücü sömürüsü açısından cinsiyet farkı gözetmediğini kanıtlamaktadır (Elbek O, Haziran 2010; Elbek O, Ağustos 2010). Ayrıca tütün tarımı için dünyada yılda 200.000 hektar orman yok edilmekte ve tütün üretimi sonucunda 2.3 milyar kilogram imalat ile 209 milyon kilogram kimyasal atık doğayı kirletmektedir (Elbek O, Haziran 2010; Elbek O, Ağustos 2010). Kanaatimizce bu veriler, PMI ve diğer tütün şirketlerinin "hayırseverlik" olarak dünyaya yapabilecekleri en iyi yardımın kendi üretimlerini sonlandırmaları olduğunu göstermektedir. Ancak kapitalist bir şirketten beklendiği gibi PMI (ve elbette diğer tütün şirketleri), kendilerinin neden olduğu bu yoksunluğun toplum-

lar tarafından fark edilmemesi için “hayırseverlik” adı altında sosyal sorumluluk programları gerçekleştirmektedirler. Sözün geldiği ya da daha doğrusu tükendiği bu noktada söyleyecek pek bir şey kalmamışsa da; Türkiye’de tütün piyasasının temel aktörlerinden birisi olan PMI’nın kurumsal sosyal sorumluluk programlarını incelemek, gerek bir sermaye yapısının işleyişini gerekse halen dünyada yürütülen tütün kontrolü mücadelesinin ne kadar sorunlu olduğunu göstermesi açısından kayda değerdir.

Philip Morris International, 2011 yılında 58 ülkede toplam 274 projeye 35 milyon dolara yakın yardım yaptığını beyan etti (Philip Morris International Charitable Contributions). İlginç olarak bir önceki yılda Türkiye ile ilgili hiçbir proje yokken, 2011 yılında toplam yardımlar içerisinde %25.3 oranla aslan payını Türkiye aldı. Elbette bu artışın, Türkiye’nin sürdürdüğü “başarılı” tütün kontrol politikaları ile nasıl bir etkileşim içerisinde olduğu kamuoyuna açıklanmayan bir sırdır.

Philip Morris International’ın gerçekleştirdiği kurumsal sosyal sorumluluk projelerinin, bir kurumsal politika olarak, açlık ve aşırı yoksulluk, eğitim, kırsal alandaki yaşam koşulları, aile içi şiddet ve afet yardımlarını kapsadığı görülmektedir (Philip Morris International Our Charitable Giving Program). PMI, yardım yapmak konusunda seçtiği alanların Birleşmiş Milletler (BM)’in Milenyum Hedefleri ile örtüştüğüne ayrıca vurgu yapmaktadır (Philip Morris International Our Charitable Giving Program). Hiç kuşku yok ki toplumla temasta izlenen politika ve seçilen dil, dünyanın temel sorunları konusunda PMI’nın ne kadar duyarlı ve dünyayı temsil eden BM gibi yapıların hedeflerine ne kadar sadık olduğunu toplumun bilinçdışına kazıyacak tarzdadır. Muhtemelen insanın “derin”liğini bilen ve buraya “çalışan” sermaye, birey ve toplumların bilinçdışına yapılacak böylesi bir “kazıma” işlemi sayesinde, genelinde sermayenin özelinde tütün şirketlerinin dünyanın bu hale gelme-

sinin temel sorumluları olduklarını birey ve toplumsal bellekte unutturacağını öngörmektedir.

Öte yandan Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi'nin hükümlerinin uygulanması gerektiği bir dünyada ve dahası Türkiye gibi bu sözleşmenin gereğinin “başarıyla” uygulandığı bir ülkede kurumsal sosyal sorumluluk projelerinin gerçekleştiği hiç unutulmamalıdır. Bu bağlamda tütün kontrolü alanında “başarılı” ülke olan Türkiye, PMI tarafından 8.7 milyon dolarlık kurumsal sosyal sorumluluk harcaması ile “ödüllendirilmiş”tir (Philip Morris International Charitable Contributions). Ancak ne büyük “tesadüf”tür ki; PMI'nın 2011 yılı kurumsal sosyal sorumluluk programları, ağırlıkla dünyada tütün tüketiminin en yüksek olduğu, PMI'nın en büyük üretim tesislerinin bulunduğu, ekonomisinin tütün ticaretine dayandığı ya da en büyük sigara pazarlarının bulunduğu ülkelerde gerçekleşmiştir (2011'de en fazla pay alan ülkeler sırasıyla: Türkiye, Endonezya, Malavi, Filipinler, Japonya, Rusya, vd) (Philip Morris International Charitable Contributions). Aslında bu durum bile PMI'nın dünya genelinde yaşanan açlık ve yoksunluktan ziyade, para kazanma potansiyelinin bulunduğu ülkelerde yaşanan sorunlara “duyarlı” olduğunu ve “hayırseverlik” yaparken dahi kapitalizmin temel güdüsü ile hareket ettiğine işaret etmektedir. Hiç kuşku yok ki; geçen yüzyılda yüz milyon kişiyi öldüren, gelecek yüzyılda ise bir milyar kişiyi öldürecek olan “lisanlı katiller” den daha başka nasıl bir hayırseverlik beklenebilirdi ki?

Philip Morris International'ın 2011 yılında Türkiye'de desteklediği projeler afet yardımı (500.000 USD), eğitim (33.966 USD) ve çevresel sürdürülebilirlik ile kırsal alanda yaşam koşulları (160.000 USD) konularını kapsamaktadır (Philip Morris International Charitable Contributions). PMI dokümanlarından Türkiye'ye yönelen bu yardımların afet konusunda Türk Kızılay Kurumu, diğer konularda ise neoliberal dünyanın

sihirli kavramlarından birisi olan sivil toplum örgütleri aracılığıyla yapıldığı görülmektedir (Philip Morris International Charitable Contributions). Daha ilginç 2011 yılında PMI'nın Türkiye'deki iştiraki olan PM Sabancı Pazarlama ve Satış A.Ş. tarafından eğitim, açlık ve aşırı yoksulluk konusunda çalışmalar yapmak amacıyla Sabancı Vakfı'na 8.000.000 USD hibe yardımı yapılmıştır (Philip Morris International Charitable Contributions). Bu bağlamda ifade edilebilir ki; "başarılı" bir tütün kontrol politikası sürdüren ve dünyanın sayılı büyük ekonomisine ulaşıldığını iddia eden bir siyasi iktidarın var olduğu ve dahası her geçen gün toplumun muhafazakâr değerler tarafından sarıp sarmalandığı bir atmosferde; başta Van'da olmak üzere deprem sorunu yaşayan depremzedelere, öğrenim bursu bekleyen öğrencilere, mesleki/girişimcilik eğitimi alan kadınlara ve Türkiye'nin en büyük vakıflarından olan Sabancı Vakfı'nın gerçekleştirdiği programların ulaştığı insanlara, "hayırseverlik" adı altında ölüm ve hastalık satan bir tütün şirketinin kirli ve kanlı parasının ulaşması Türkiye'de hiç kimseyi rahatsız etmemiştir.

Ama ne kötü ki sorunumuz bununla sınırlı değildir. Çünkü eğitim programları düzenleyen, kadınları, özürlüleri ve gençleri destekleyen, muhtaç kişilere yardım eli uzatan ve pek çok kültürel etkinlikleri gerçekleştiren Türkiye'nin en büyük vakıflarından birisi olan Sabancı Vakfı'na, 17.7.1973 tarihli Bakanlar Kurulu Kararı ile vergi muafiyetinin tanındığı hatırlanmalıdır. Yani dünyada ve Türkiye'de milyonlarca insanı öldüren bir şirketten para yardımı kabul etme konusunda en ufak tereddüt göstermeyen bu vakfın uhdesinde bulunan vergi muafiyeti ayrıcalığı nedeniyle PM Sabancı Pazarlama ve Satış A.Ş'nin yaptığı yardım vergiden muaf hale gelebilmiştir.

Aslında PMI'nın dünya genelinde gerçekleştirdiği kurumsal sosyal sorumluluk projeleri incelendiğinde büyük bağışları alan yapıların sıklıkla Sabancı Vakfı gibi ülkelerin önde gelen

sanayi ve/veya finans holdinglerinin ailelerinin kurdukları dev vakıflar olduğu, söz konusu holdinglerin de tütün üretimi ve ticareti alanıyla yakın ilişkili bir alanda bulunduğu ve/veya PMI ile iş ortaklıkları veya bağlantıları olduğu görülmektedir. Bu tablo söze yer bırakmayacak açıklıkta, PMI'nın toplumsal meşruiyet yaratmak için “hayırseverlik” yaparken bile aslında tipik bir kapitalist şirket olarak kendi ekonomik çıktısını maksimize etmek için yatırım yaptığına işaret etmektedir. Öte yandan PMI'nın Türkiye dışında yardımda bulunduğu aracı kurum ve vakıfların dayandığı holdinglerin telekomünikasyon, tarım, ormancılık, bankacılık, finans, sigorta, eğitim -ve hatta üniversite-, biracılık, kimya, gıda, otelcilik, imalat, emlak, çelik, inşaat, turizm gibi konularda da faaliyet gösterdiği dikkate alındığında, küresel düzeyde yaygınlaşan sermayenin tütün şirketlerinin kirli ve kanlı parası ile nasıl girift bir ilişkide olduğu kolaylıkla anlaşılabilir. Ancak yaşanan trajedinin belki de en çarpıcı noktası; bir tütün şirketinin yardımını kabul edebilen bu vakıflara hayat veren holdinglerden kimisinin, insanlığa şifa dağıtması gereken hastanecilik ve doktor eğitimleri alanında faaliyet gösteriyor olmasıdır.

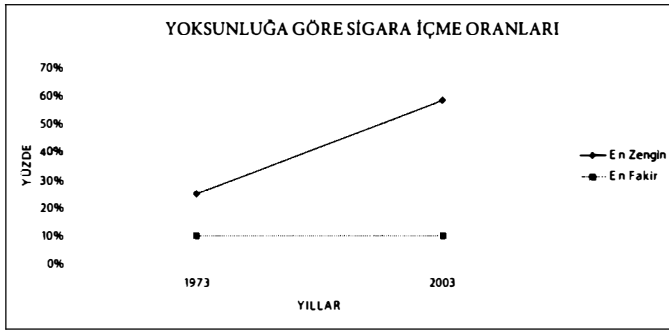
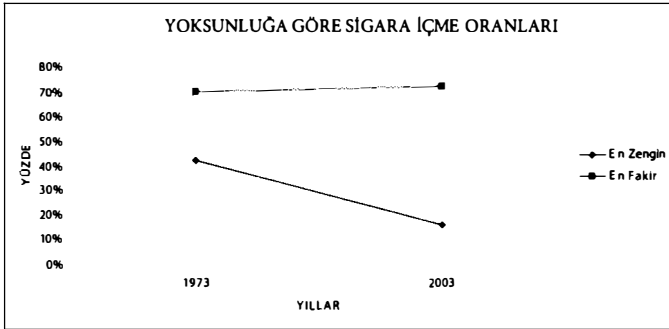
Öte yandan PMI'nın kamuoyuna açıklanan dokümanlarında politikacı ve siyasi partilere de kaynak aktarıldığı görülmektedir. Bu beyan dikkate alındığında 2011 yılında Avustralya'da Liberal Parti ve Ulusal Parti'nin, Almanya'da Yeşiller ve Sol Parti haricinde parlamentoda temsil edilen tüm partilerin, İngiltere'de Muhafazakâr Parti, İşçi Partisi ve Liberal Demokrat Parti'nin PMI'den para aldığı görülmektedir (Philip Morris International Political Contributions, PMI Other 2011). Hiç kuşku yok ki; bir tütün şirketi için, politik görüşü ne olursa olsun bir politikacıyı finanse etmek şirketinin geleceği için çok kârlı bir yatırımdır.

Eşitsizlik ve Tütün Kontrolü

Tütün kullanımı hakkında yapılan araştırmalar düşük mesleki statüye sahip olanların, kiralık evde yaşayanların, araba sahibi olamayanların, işsizlerin, kalabalık evde yaşayanların, hapishane mahkûmlarının, göçmenlerin ve sokakta yaşayanların anlamlı oranda daha fazla tütün kullandığına işaret etmektedir. (Jarvis MC & Wardle J, 2009). Gerçekten de yoksullar ve “öteki”ler, tütünün zararları hakkında daha az farkındalığa sahiptirler, tütün endüstrisinin politikaları karşısında korunmasız durumdadırlar, stres yönetiminde zorluk yaşarlar, maddi yoksunlukla başa çıkmanın getirdiği güçlüklerle hayatlarını sürdürürler ve ne yazık ki kötü giden hayatlarında tütün kullanımını kendileri için tek “ödül” olarak tanımlarlar (Elbek O, Haziran 2010).

Dikkat edileceği üzere tüm bu sonuçlar, diğer sağlık sorunlarında olduğu gibi tütün salgının da sosyoekonomik faktörler tarafından belirlendiğine ve sağlığın aslında politik bir durum olduğuna işaret etmektedir. Gerçekten de işsizliğin tütün kullanma oranını yaklaşık üç kat arttırdığı bilinmektedir (Hausstein KO, 2006). Bu çerçevede tütün kullanımı ile sosyoekonomik etmenler arasındaki bu yakın ilişki, yoksulluğu azaltmanın, sosyal politikanın ve üretilen zenginliklerin toplum genelinde eşit paylaşılmasının tütün kontrolünün vazgeçilmez parçası olması gerektiğini vurgulamaktadır. Bu saptamayı doğrulayan başka bir bulgu da; tütün ürünlerinin fiyatlarının arttırılmasının, diğer grupların aksine işsizlerde ve yoksullarda tütün kullanımını beklediği kadar azaltan bir politika olmadığının gösterilmiş olmasıdır (Peretti-Watel P, 2009). Hatta tütün kontrolü alanında “başarılı” bir mücadele sürdüren Birleşik Krallık’ta, en zengin kesimlerde yıllar içerisinde sigara içme azalıp bırakma artarken, en yoksul kesimlerde bu oranlarda yıllar içerisinde hiçbir değişim yaşanmamış olması dikkat çekicidir (Şekil 2). (Jarvis MC & Wardle J, 2009)

Şekil 2: Sosyoekonomik Statü ve Sigara İçme ve Bırakma Oranları (Jarvis MC & Wardle J, 2009)*



Ayrıca yakın zaman önce yapılmış başka bir araştırmada da erkek ve kadınlarda tütün kullanımına başlamanın eğitimle, ancak sürdürmenin erkeklerde sadece gelir, kadınlarda ise hem gelir ve hem de eğitimle negatif korele olduğu gösterilmiştir (Leinsalu M, 2011). Yani bir ülkede kadınların daha az tütün kullanması isteniyorsa, o ülkede kadınların hem ekonomik bağımsızlığını kazanma hem de uzun süreli -Türkiye için 12 yıl ve üstü- bir eğitim hakkına ulaşması sağlanmalıdır. Öte yandan Türkiye’de yapılan bir araştırmada “para getiren bir işin olmaması”nın sigara bırakma oranını azalttığı gösterilmiştir

* Şekil, kaynakta yer alan bilgiler ve diyagramlardan yararlanılarak oluşturulmuştur.

(Öztuna F, 2011). Oysa tütün kontrolü alanında “başarılı” adımlar atmış olan Türkiye’de işsizliğin kabul edilemeyecek kadar yüksek olduğu ve daha önemlisi her geçen gün “çalışan yoksul” insan sayısının arttığı bilinmektedir. İşte tüm bu çarpıcı sonuçlar, Türkiye’de tütün kontrolüne yönelik verilen savaşın, eşitsizliği yaratan kapitalist politikalara karşı müdahaleler ve özellikle yoksullara ve sosyal dışlanma yaşayan gruplara yönelik koruma önlemleri ile harmanlanması gerektiğine işaret etmektedir. Çünkü gerek dünya gerekse Türkiye deneyimleri, tütün salgınında kaybeden kesimin ağırlıkla yoksullar olduğu ve sermayenin bu salgından hep kârlı çıktığına işaret etmektedir.

Yoksulluğun ve yoksunluğun küreselleştiği bu kapitalist dünyada zenginlik her alanda olduğu gibi tütün alanında da ulusötesi sermaye gruplarında birikmektedir. 2010 yılında dünyanın önde gelen altı tütün sermaye grubunun cirosunun 346, kârının 35 milyar dolara ulaşmış olması -ki bu altı şirketin 2010 yılı kârı Coca-Cola, Microsoft ve McDonalds’ın aynı yıldaki kâr oranlarının toplamına eşittir- (American Cancer Society & World Lung Foundation, 2012), kapitalist sistem içerisinde kalındığı hallerde bu dünyada her durumda kazanın sermaye olduğunu açıklıkla göstermektedir.

Teşekkür: Paylaştığı bilgilerle yazının oluşmasına katkı sunan Sağlık Enstitüsü Derneği’ne ve özellikle Efza Evrengil’e teşekkür ederim.

Kaynaklar

American Cancer Society & World Lung Foundation (Eriksen M, Mackay J, Ross H). The Tobacco Atlas, 2012. http://www.tobaccoatlas.org/uploads/Images/PDFs/Tobacco_Atlas_2ndPrint.pdf -Erişim Tarihi: 10 Eylül 2012.

Dokuzuncu Kalkınma Planı -2007-2013-, Özel İhtisas Komisyonu Raporu. İçki, Tütün ve Tütün Ürünleri Sanayi. T.C. Başbakanlık Devlet

- Planlama Teşkilatı, Ankara, 2007 (ISBN 978-975-19-4067-4).
- Ekonews. Tekel, Törenle BAT'a devredildi. <http://www.ekonews.com/index.php?page=sub&pageid=8935&supplement=20> -Erişim Tarihi: 22 Temmuz 2009.
- Elbek O. Tütün ve yoksulluk. Dördüncü Sigara ve Sağlık Ulusal Kongresi, Haziran 2010, Elazığ, Sayfa: 80-85.
- Elbek O. Tütünün Ekonomi Politikası, <http://bianet.org/biamag/tarim/123970-tutunun-ekonomi-politigi> -Biamag, 7 Ağustos 2010 -Erişim Tarihi: 5 Eylül 2012.
- Ergüder D. Tütün kontrolü kavramı ve Dünya Sağlık Örgütü yaklaşımı. Türkiye Klinikleri J Pulm Med-Special Topics, 2012; 5: 11-15.
- Gilmore AB, Fooks G, McKee M. A review of the impacts of tobacco industry privatisation: Implications for policy. Glob Public Health, 2011; 6: 621-642.
- Haustein KO. Smoking and poverty. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil, 2006; 13: 312-318.
- Jarvis MC & Wardle J. Kişisel Sağlık Davranışlarında Sosyal Kalıplanma: Sigara İçme Durumu. İçinde: Marmot M, Wilkinson RG (ed.) Sağlıkın Sosyal Belirleyicileri. Insev Yayınları, 2009.
- Kayıkçı S. Bir kamu politikası süreci analizi: 1980 sonrası Türkiye'de tütün politikası, Mülkiye Dergisi, 2005 - http://www.politics.ankara.edu.tr/eski/dosyalar/tm/SBF_WP_63.pdf -Erişim Tarihi: 5 Eylül 2012.
- Koivusalo M. Küresel Sağlık Politikasının Biçimleniş. İçinde: Panitch L, Leys C (ed.) Kapitalizmde Sağlık. Yordam Kitap, 2011.
- Leinsalu M, Kaposvári C, Kunst AE. Is income or employment a stronger predictor of smoking than education in economically less developed countries? A cross-sectional study in Hungary. BMC Public Health, 2011; 13; 11: 97.
- Özkaya T. Küreselleşme ve tarım politikaları <http://www.ikt.yildiz.edu.tr/sempozyum/metin/ozkaya.pdf>-Erişim Tarihi: Mayıs 2010.
- Öztuna F, Çam G, Ayık S, Özlü T, Yılmaz I. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi sigarayı bırakma polikliniğinin onuncu yıl ön sonuçları. Türk Toraks Derneği 14. Yıllık Kongresi, 13-17 Nisan 2011, Antalya.
- Peretti-Watel P, Constance J. "It's all we got left". Why poor smokers are less sensitive to cigarette price increases. Int J Environ Res Public Health, 2009; 6: 608-621.

- Philip Morris International Charitable Contributions. http://www.pmi.com/eng/about_us/corporate_contributions/documents/Charitable%20Contributions%20in%202011%20PN%20%282%29%20final.pdf -Erişim Tarihi: 15 Eylöl 2012.
- Philip Morris International Our Charitable Giving Program. http://www.pmi.com/eng/about_us/charitable_giving/pages/charitable_giving.aspx -Erişim Tarihi: 15 Eylöl 2012.
- Philip Morris International Political Contributions. http://www.pmi.com/eng/about_us/corporate_contributions/documents/contributions%20political%202011.pdf -Erişim Tarihi: 15 Eylöl 2012.
- PMI Other 2011. http://www.pmi.com/eng/about_us/corporate_contributions/documents/contributions%20other.pdf - Erişim Tarihi: 15 Eylöl 2012.
- Saloojee Y, Dagli E. Tobacco industry tactics for resisting public policy on health. Bull World Health Organization, 2000; 78: 902-910.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. DSÖ Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi Uygulama Rehberi. 2010. http://www.thsk.gov.tr/havanikoru/dosya/Docs_Tutun_Dumaninin_Zararlari/TKCS_Uyg_Rehb_5_3_8_11_%2013.pdf -Erişim Tarihi: 16 Eylöl 2012.
- TAPDK. Dünya Sağlık Örgütü Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi ve Uygulama İçin Kılavuz İlkeler. 2010. http://www.tapdk.gov.tr/TKCS_ve_Uygulama_icin_Kilavuz_ilkeler.pdf -Erişim Tarihi: 16 Eylöl 2012.
- WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER Package. Geneva, World Health Organization, 2008. / DSÖ Küresel Tütün Salgını Raporu, 2008: MPOWER -KUVVET- Paketi. (Bilir N-Çev Ed.), Cenevre, Dünya Sağlık Örgütü, 2008.
- WHO. Tobacco Control in Turkey. Story of commitment and leadership. March 2012. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/163854/e96532.pdf -Erişim Tarihi: 16 Eylöl 2012.

BRECHT'İN BİR OYUNUNDA FUHUŞ “SEKTÖRÜ” ve KAPİTALİZMDE SAĞLIK*

Cansu Fırıncı

Bertolt Brecht'in 1919 sonbaharında yazdığı tek perdelik oyunlarının içerisinde, ilk kez kapitalist iş uygulamalarına el attığı için diğerlerinden ayrılan ve Almanya'daki sağlık sistemini yerin dibine sokan bir oyunu var: *Karanlıkta Işık*. İki yüzlü Burjuva Ahlakı ile, taşlama yöntemini kullanarak, inceden inceye dalgasını geçiriyor genç Brecht.

Oyunun esin kaynağının 1919 yılının 5 Eylül'ü ile 21 Eylül'ü arasında Ausburg'da *Cinsel Hastalıklarla Mücadele İçin Alman Derneği* tarafından yürütülen sergi olduğu düşünülüyor. Sergi boyunca, isteyenler, doktorların verdiği konferanslara katılabilmekte, cinsel hastalıkların izlerini gösteren mumdan modelleri, duvar tablolarını, anatomik preparatları gezebilmekteymiş. Tabii belli bir ücret karşılığında!

Genç Brecht, 7 Kasım 1919 tarihli “Tiyatro Yaşamından” isimli makalesinde kapitalizmin aydınlanma felsefesini nasıl bir meta ve kâr aracı haline getirdiğinin de altını çiziyor:

“Sinema insanları, cumhuriyetçi özgürlükleri serpilip geliştiği anda, yoksul kızlara ne kadar acıdiklarını keşfettiler ve

* “Tıp Bu Değil” için özel olarak ilk kez gercekedebiyat.com da yayımlandı.

cumhuriyetin gözünü açma görevlerinin bilincine vardılar: Aydınlanmanın filmi yapıldı. Kâr getirici olması için mal yeni değildi. Ne var ki böyle numaralardan pek hoşlanmayan polis, aydınlatmanın bu tarzını şimdiye dek hep yasaklamıştı. Oysa şimdi onlar çuvala para kazanıyorlar[...]"

Oyun genelev sokağında geçiyor. Sokağın içinde ve evlerin karşısında sol tarafa kurulmuş, önünde masa, sandalye ve üzerinde "Işık Gelsin", "Halkı Aydınlatma" yazılı tabelalar asılı olan bir çadır, çadırın tepesinde tüm sokağı aydınlatan bir ışık vardır. Bu ışık geneleve gidenlerin yüzünü açık seçik bir şekilde göstermesi için özellikle konulmuştur oraya.

Oyunun hemen başında, çadırın içinde cinsel yolla bulaşan hastalıkları gösteren modeller ve alkol içerisinde saklanmış numunelerin sergilendiğini anlarız.

Uyanık girişimci Bekçi Paduk, sergiyi gezmek isteyenlere bilet kesmekte, her bir hastalık için ayrı bir fiyat söylemektedir:

"Ulkus Molle, 1 Mark! Belsoğukluğu 1 Mark 60 Fenik! Frengi, 2.5 Mark! Lütfen sıkıştırmayın, sırayla!"

Bir hastalığın olduğu bölüme girmek için bilet alan müşteriye hemen atılır:

"Frengi de istemez miydiniz?"

Bilet alıp içeri giren insanlara diğer hastalıkların sergilendiği biletleri satabilmek için her yolu dener. Çoğunlukla başarır da. Diğer hastalıkları da öğrenmek isteyen ama parası çıkışmayan bir müşteriyle tartışır ve gerekli parayı vermezse ilgili bölümleri gezemeyeceğini inatla üsteler:

"Adam: 50 Fenik'ten fazla param yok diye o iğrenç hastalıkların korunamayacak mıyım?"

"Bekçi Paduk: Giremezsiniz! Lütfen sıradaki!"

"Adam: Öyle mi, bilet alamıyorum yani, ha?"

"Bekçi Paduk: Alamazsınız!"

"Adam: Ya benim sağlığım ne olacak? Karım, çocuklarım?"

Adam tartışmanın sonunda fena halde sinirlenir ve hışıyla uzaklaşarak genelevlerden birinin kapısından içeri dalar.

Bu sırada bir din görevlisi gelir kapının önüne Hristiyan Katolik Kalfalar Birliği'nden, statüsü icabı içeriye hiç değilse indirimli girebileceğini düşünmektedir. Ama sıkı bir pazarlıkla karşılaşır:

“Bekçi Paduk: Siz Kalfalar Birliği'ndendiniz değil mi? Katolik? O zaman bir ayrımcılık yapabiliriz. Kaç kişisiniz?”

“Din Görevlisi: Ancak yarımız gelebildik maalesef. Ha, sahi: 73 kişiyiz.”

“Bekçi Paduk: O zaman bir konferansı tümüyle siz kapatın. 100 Mark yeter öyle olunca.”

“Din Görevlisi: Tüm bölümler için mi?”

“Bekçi Paduk: Evet evet. Belsoğukluğu, Ulkus Molke ve Frengi.”

Sergiyi açtığı günden beri işlerini oldukça düşürdüğü genelev sahipleri ve çalışanları ile dalgasını geçer:

“Bekçi Paduk: İlahi söylemek yok ama. Gece gece rahatsız etmeyelim kimseyi.”

“Din Görevlisi: Ne gibi? Burada ev yok ki!”

“Bekçi Paduk: Ya karşımızdakiler? Ben buraya geleli oradakiler uyuyor ya hani!”

Bu konuşmanın hemen ardından serginin haberini yapmak için En Yeni Gazetesi'nin muhabiri gelir. Bekçi Paduk nasıl bir idealist olduğunu, verdiği hizmetin herhangi bir doktorun reklâmını yapmak amacını taşımadığını, toplumu çürüten bu hastalıkları henüz başlamadan nasıl kurutacaklarını, dramatize ederek, ballandıra ballandıra anlatıyor. Gazeteci sordukça Paduk yanıtıyor:

Bekçi Paduk: Benim tesisimde cinsel hastalıkların yaygın etkisi izlenir. Toplumumuzu çürüten fuhuşa karşı bir uyarı! Hastalık kapmış olanlara, o zehir onları maddeten ve manen mahvetmeden önce, tedaviye başvurma çağırısı yapıyoruz.

“Muhabir: Belli bir doktorun reklâmı var mı?”

“Bekdi Paduk: Ne diyorsunuz siz? En geniş insan sevgisidir kaynağımız! Acil durumdaki binlerce insanı düşününe efendi! Belki alkolün tahrikiyle zayıf bir anda kokuşmuş sefahat orospularının kollarına atılan binlerce fuhuş kurbanı!”

“Muhabir: Anlıyorum anlıyorum, bir idealistsiniz siz. Böyle insan kardeşlerinizin iyiliği için uğraşma fikrine nasıl vardınız?”

“Bekçi Paduk: Yıllar boyu büyük kentin sefih hayatını inceledim. Ruhu nasıl harap ettiğini, bedeni nasıl ezdiğini gördüm. Alkolün nasıl fuhuşa ve cinayete sürüklediğini gördüm!”

Kendi ifadesiyle halk mektebinde okumuştur Paduk. Yoksul bir ailenin çocuğudur. Babası alkolizmin batağında sefaletle sürüklenmiş bir bakkal, annesi hastalıklı bir kadındır. Kendi kendini yetiştirmiştir. Bu sayede de toplumsal sefaletin farkına erken yaşlarda varmıştır ve tüm belaların kaynağı olarak fuhuşu görmektedir...

“Bekçi Paduk: Düşman bulunduğu yerde ezilmedilidir! Bu lanetli bela yuvalarına gidecek olanlar, böylece o belaların sonuçlarını incelemiş olurlar. O talihsizlerin sonuncusu da bu sefalet yuvalarına sırtını dönene kadar, durup dinlenmek yok!”

Bu konuşmaların ardından bu sergi fikrinin nereden aklına geldiğini sorar gazeteci. Paduk, başarılı bir girişimci edasıyla, işin ticari cinliğini açığa vurur bir anda:

“Bekçi Paduk: Baktım ki, burada insanların sağlığını ellerinden almak için bir de üstelik onlardan para alınıyor. Alınan para karşılığında hiç değilse sağlıklarını koruma olanağı verilse çok daha iyi olur, diye düşündüm!”

Gazeteci açığı yakalayınca hemen soruyu yapıştırır:

“Gazeteci: Demek asıl para düşüncesi ağırlıktaydı!”

Paduk verdiği açığın farkına varır ve hemen ajitasyona sarılır:

“Bekçi Paduk: O nasıl söz! Maneviyat düşüncesi esastı elbette ki!”

“Gazeteci: Giriş ücreti alıyorsunuz ama! O da mı eğitim amaçlı?”

“Bekçi Paduk: Pek tabii! Para ödemediği şeyi önemsemez ahali. Frengi bende 2.5 mark. Oysa karşıdaki genelevlerde 5 Mark. Şarap parası hariç üstelik.”

Muhabir Paduk’un verdiği ikinci açığı yakalar. Genelevdeki fiyatları ve şarap ikramı olduğunu bilmektedir. Yani en azından Paduk da bir zamanların genelev müşterisidir!

Konuşmanın bu kısmından sonra Paduk konuyu değiştirmeyi başarır ve seansların tıka basa dolu olmasından, içeri giren meraklıların ayılıp bayılmalarından, kusmalarından, kurduğu aydınlatma sistemi sayesinde genelevlerin sinek avlamasından, genelevde bir müşteri bulunup bulunmadığının boş sokaklar sayesinde dışarı kadar taşan piyano sesinden anlaşılacağından gururla söz eder.

Bu sahnenin hemen ardından da genelev patroniçesi Bayan Hogge, Paduk’un yanına gelir. Bir yandan Paduk’a işve yapmakta bir taraftan da konuşmaya çalışmaktadır. Paduk’un tavırlarından ve konuşmasından kadına kırgın olduğu anlaşılır. Önce onu tanımazdan gelir ama sonra kadınla aralarında oldukça eski bir tanışıklık olduğu anlaşılır:

“Bayan Hogge: Başınıza gelen yanlış anlamadan dolayı özür dilemek istemiştım.Size yapılan kötü muamele! Büyük bir işletmede oluyor işte böyle şeyler...”

“Bekçi Paduk: Hâlâ büyük mü acaba? İşletmenizi küçülme-ye zorlayarak size iyilik yaptığımı düşünüyorum, müşterilerinize daha iyi muamele edersiniz belki diye.”

“Bayan Hogge: Ama sizin de hiç paranız yoktu...”

“Bekçi Paduk: Evet yoktu. Bu yüzden de biraz para kazanmaya çalışıyorum.”

“Bayan Hogge: Kapı dışarı edildiğiniz için çok üzülüyorum. En iyi müşterilemizdendiniz...”

“Bekçi Paduk: Yine de bir kerecik param çıkışmayınca dışarı attınız.”

Anlaşıldığı üzere Paduk bir zamanlar genelevin en iyi müşterilerinden biridir ve bir gün parası çıkmadığı için kapı dışarı edilince, içinde yanan intikam ateşiyle genelevlere savaş açmış, hayır derneklerinden para toplayarak karanlık olan sokakları spot ışıklarla aydınlatarak, insanların geneleve rahatça girip çıkmasının önüne geçtiği gibi, bir de kendisine para kazandıracığını düşündüğü için cinsel hastalıklar konusunda bilgi veren bu sergiyi açmıştır. Kadınla uzun uzun tartışırlar. Bekçi Paduk kendini insanlara adanmış bir melek gibi gösterip durur. Kadının tüm ikna çabaları boşa gitmektedir. Bayan Hogge sinirle ve küfürler savurarak gider.

Bu sırada Paduk, içeriden çıkan kalfasının elindeki bahşişleri cebine indirir ve bu nedenle kalfa işi bırakır.

Ardında Bayan Hogge tekrar gelir ve Bekçi Paduk'a bu ticari dehasının sınırlarını ve yakında müşteri bulamayacak noktaya geleceğini etkileyici bir dille anlatır. Sergiye bir kez gelen, ikinci kez gelmeyecektir. Hastalıkların kökü kurursa sergiye zaten gerek kalmayacaktır. Genelevlerse ışık altında açık seçik yüzlerinin görünmesini istemeyen seçkin müşterilerini yitirmiştir, yoksullarsa buna aldırmandan girmeye devam etmektedir, kârları düşmüştür ama kısa bir süre sonra sergi kapanacak ve genelevler müşterilerini geri kazanacaktır. Her iki durumda da Bekçi Paduk için orta vadede kârlı bir durum görünmemektedir. Bayan Hogge ticari açıdan nerede yanlış yaptığını Bekçi Paduk'a çarpıcı bir biçimde ifader eder.

“Bayan Hogge: Bildiğim kadarıyla sizin işinizin aslı, fuhuş yoluyla hastalık bulaşmasını sömürmekte yatıyor. Bunun fuhuşa zararı, ancak sizin bu bilgiyi iletmenizle mümkün! Sonra geçer gider ve bizim işimiz yine önceki gibi gelişip büyür. Ama sizin konuşmanız, hastalık bulaştıran şeyin kendisi, yani fuhuşun bütününe yok etmeyi hedefliyordu. Dolayısıyla kendi işinizin de kaya üstüne oturtulmuş ev gibi dayanağı olan kendi ocağınızı söndürüyordu konuşmanız. Kısacası: Erkekleri has-

talık bulaşmasına karşı aydınlatmanıza hiç aldırmam. Hiçbir etkisi yok onun. Ama kızlarımı aydınlatmaya kalkarsanız, o zaman fuhuş yerle bir olur, beraberinde de hastalık bulaşma kaynağı yok olur ve siz kendiniz de batarsınız!”

Bekçi Paduk etkilenmiştir ve anlamıştır meselenin özünü. Bayan Hogge ona reddemeyeceği bir teklifte bulunur: Sergiyi kapatmasını, biriktirdiği para ile geneleve ortak olmasını ve böylece parasına para katarken, bir zamanlar ağzının suyunu akıtan Carmen’e istediği anda istediğini yapmasını... Ve cebinden Carmen’le birlikte genelevde çalışan diğer kadınların çıplak fotoğraflarını çıkartıp önüne koyar...

Genç Brecht açıkça, kapitalizmin sağlık anlayışıyla dalga geçer. Aslolan hastalıkları oluşmadan önlemek, hastalıkların kökünü kurutmak değil, insanların hasta olduktan sonra tedavi olmalarını sağlamak, böylece kârlara kâr katmaktır. İnsanlar için bilinçlendirme çalışmaları pekala yapılabilir, iki koşulla: kâr getirmesi ve meselesin özüne işaret etmemesi...

Önceliyi sağlık hizmetleri, kapitalizmin özüne aykırıdır kısaca. Sağlık sistemindeki hasta ol, tedavi gör döngüsü, insan etinin pazarladığı fuhuş sektörüyle koştur bir kurgu içerisinde ele alınmaktadır oyunda.

Yani kapitalizmde sağlık sistemi ile fuhuş sektörünün işleyişi arasında özünde bir farklılık yoktur. Fuhuşu ayakta tutan ve insan etinin pazarlanmasını sağlayan şey kapitalizmin sağlık sisteminin kendisidir bir bakıma.

Brecht’in ortaya koyduğu mantığı uçlara taşıdığımızda, karşımıza çıkan çarpıcı sonuçlardan biri de şudur: Önleyici sağlık hizmetleri, piyasacı ekonomiyi temel alan kapitalizmde, sistemin temel mantığına aykırı bir uygulamadır.

Aslolan sağlık sisteminin de endüstriyel yapılar gibi kâr getiren bir sektör olmasıdır. Ve böylesi bir sistemde bir kurum olarak genelev ve genel ev patroniçeliği ile örneğin Sağlık Bakanlığı arasında özünde bir fark yoktur! Aksine derinden yü-

rüyen bir ilişki vardır! Fuhuş sektörü kârlarına kâr katarak on binlerce insanı hasta etmekte, Sağlık Bakanlığı ise hastanelerde bu hastaların tedavi edilmesi sağlamaktadır... Mücadele edilen şey hastalığın kendisi değil, tek tek hastalardır...

NOT: 2012 yılının Türkiye'si'nde ise, sağlık hizmetlerinin eskiye nazaran daha iyi bir durumda olduğu ortadır. Mevcut hükümet bu alanda kimi olumlu adımlar atmıştır. Ama temel mantığı değiştirmemiştir.

Tıp Bu Değil kitabı ile Türkiye'deki Sağlık Sistemi ve AKP'nin sağlık politikaları üzerine yürütülen tartışmalara bir de buradan bakmakta fayda vardır.

Oyun: Oyun 1919 yılının sonbaharında kaleme alınmış. 1966 yılında toplu basımın 3. cildinde ilk kez el yazmalarından çözümlenerek yayımlanmış. 12 Haziran 1969 yılında Essen Şehir Tiyatroları tarafından ilk kez ve bilebildiğim kadarıyla son kez oynanmış. Türkçesi Mitos Boyut Yayınları'ndan çıkan toplu oyunlarının ilk cildinden okunabiliyor. Çevirmeni bendeki basımda yazılmamış ama sanırım Yılmaz Onay'a ait.

KÜBA'NIN ÜSTÜN SAĞLIK SİSTEMİ

Gülümser Heper

Küba Cumhuriyeti özgür, sosyalist, bağımsız ve birleşik bir devlettir. Karayip Denizi'nin batısındaki adalardan ve Küba adasından ibaret olup, 1600 küçük adayı kapsar. Adaların toplam yüzölçümü 110.860 km² civarındır. Küba'nın 14 vilayeti ve 169 belediyesi vardır. Toplumun dağılım yoğunluğu 102/km² olup, dünyada 97. sıradadır. İnsani gelişmişlik indeksi 0.838 olup dünyada 51. sıradadır. 2007 yılı istatistiklerinde Küba nüfusu 11,394,043 olup; nüfusun %76'sı kentsel alanda yaşar. Son yıllarda toplumun büyümesi önemli ölçüde yavaşlamış olup Küba'da kaybedilen popülasyonunun yerine konma şansı 1978'den beri gittikçe azalmaktadır. 1975'te kadın başına çocuk oranı 1.5 iken 1978'den beri bu oran daha da düşmüştür. 15 yaş altındaki nüfusun oranı %19, 15-65 yaş arası nüfusun oranı %65 ve 65 yaş üstü nüfusun oranı %16'dır. Ölümünün yaklaşık %79'u 60 yaş ve üzerindekilerde gerçekleşir. Küba'da bebeklerde ve 5 yaş altı çocuklarda ölüm oranı son derece düşük olup doğumda yaşam beklentisinin uzunluğu, ülkenin mortalitede anlamlı azalmayı başardığının göstergesidir. 20. yy başında doğumda yaşam beklentisi 40 yıl idi; 2007'de kadınlarda bu beklenti 79 yıl, erkeklerde ise 75 yıldır (ortalama 77 yıl). Küba'da coğrafik konuma göre popülasyonun dağılımı

benzer olup merkez vilayetler ve başkentteki popülasyon daha yaşlıdır.

Küba devletinin sosyal politikalarının tamamı ülke insanlarının sağlıklı yaşaması, eğitimi, kültürel gelişimi, güvenliği ve sosyal refahı içindir. Ekonomik ambargoya rağmen Küba ekonomisi 30 yıl boyunca gittikçe büyüyen bir ekonomik tablo göstermiştir ki bu dönemde yıllık ortalama Gayri Safi Milli Hasıla (GSMH) büyümesi %3.1'dir. 1989'dan sonra SSCB'nin ve Avrupa'nın diğer sosyalist ülkelerinin yok olması nedeniyle ekonomik büyüme durma noktasına gelmiştir. 1993'te Küba'nın GSMH'sı 1990 yılına göre %65 düşmüştür. 2000-2005 yılları arasında ülke ekonomisi tekrar toparlanmıştır. Şu anki bütçe harcamalarının %60'ı sağlık, eğitim, güvenlik ve sosyal refah için tahsis edilmekte.

Küba'ya karşı 45 yıldır devam eden ABD ticaret ambargosunun Küba insanlarına sunulan sağlık sisteminin kapasitesini ciddi oranda kısıtlamasına rağmen CIA'nın kendi resmi internet sitesi bile Küba'da ortalama yaşam beklentisi 77 yıl olduğunu ve ABD'de bu beklentinin sadece 78 olduğunu kabul etmekte. Küba'da bebek mortalitesi binde 6.04 olup bu oran ABD'de binde 6.37'dir. HIV insidensi ise %0.01 olup bu oran ABD'de %0.06'dır.

Küba bu başarıları dünyanın hemen hemen en alt seviyedeki sağlık harcamaları ile başarmış olup kişi başına sağlık harcaması yıllık 250-300 dolar civarındadır. Oysa ABD'de kişi başı sağlık harcaması yıllık 6000 dolar olup birinci dünya ülkelerinde bu oran ortalama 3000 dolar civarındadır. Küba'da sağlık bütçesinin %10'dan fazlası hastalıkları engellemek yani koruyucu hekimlik için ayrılır.

Burada vurgulamak istediğimiz şey sağlık harcamalarında yüksek oranların daha iyi sağlık hizmeti veya daha sağlıklı toplum anlamına gelmeyeceğidir. Küba'da kalça replasmanı veya koroner bypass gibi maliyet-etkinlik oranı yüksek işlemler yapmak ekonomik gücü olanlardan ziyade gerçekten ihtiyacı

olanlarla sınırlıdır. Yani Küba'da hiçbir zaman diyabetik, ileri yaşta, sigara içen ve buna rağmen bypass olmuş insan profili göremezsiniz. Yine Küba'da terminal dönem kanserli hastalara birkaç ay fazla berbat bir hayat yaşasın diye deneysel ve hayli pahalı kemoterapiler ve radyoterapiler de verilmez. Ancak paradoksal olarak kanser gibi hastalıkların insidensi Küba'da son derece düşük olup ilintili olan en önemli faktör gıda üretiminde pestisid ve diğer kimyasalları Küba'nın reddetmesidir.

ABD gibi ülkelerde çağımızın öldürücü bombaları olan diyabet ve obezite insidensleri, Küba'da son derece düşüktür. En muhtemel nedeni de marketlerde boş gıda (kalorisi yüksek, besin değeri olmayan gıdalar) satılmaması ve gereksiz gıda tüketiminin azlığıdır. Küba tamamen parasız olarak böbrek hastalarına diyaliz hizmeti sunmakta olup; bütün bölgesel merkezlerde diyaliz hizmeti mevcuttur. Küba 4000 üzerinde böbrek nakli yapmıştır.

Küba'da çocukluk aşılama oranları %100 olup tamamı ücretsizdir. Küba dünyanın en büyük aşı üreticilerinden biri olup Üçüncü Dünya ülkelerinin birçok aşısını da sağlar. ABD kendi yasalarıyla kendi firmalarının ve onun diğer ülkelerdeki yan kuruluşlarının Küba ile ticaret yapmasını engeller. ABD firmalarının aşı üretimi için hammadde gönderimini dahi bloke ederek Küba toplum sağlığını riske etmesi, Küba'yı en büyük aşı üreticileri konumuna ulaştıracak kadar bilemiştir. Aynı ABD stratejisi ilaçlar için de geçerlidir. Küba bizzat kendisi 46 esansiyel ilacı üretir ve Üçüncü Dünya ülkelere gönderir. Bu ilaçlar patent kısıtlaması nedeniyle başka ülkelerde üretilmeyen infeksiyon, hipertansiyon ve diyabet gibi en yüksek ölüm nedeni olan hastalıklarda kullanılan ilaçlardır. Küba'da ilaçlar, özellikle HIV'li hastalar için antiretroviraller, ağırlıklı olarak sübvansede edilmiştir. Liberal ekonomik politikalarla sağlık hizmeti verdiğini iddia eden toplumlarda, patent süresi biten ilaçlarda bu ilaçların etkinliğinin düştüğü gibi bir algılama yaratılarak yeni ilaçlar piyasaya sokulmaktadır. Ancak patent sü-

resinde olan yeni ilaçlar ki aynı zamanda çok daha pahalı olan bu ilaçlar sağlıkta %1-2'lik daha fazla düzelme yapıyor iddiasıyla piyasaya sürülmektedir. Ne trajiktir ki şık restoranların ışıklı sofralarında doktorların hemen tümü bu %1-2'lik daha iyi sonuçlara inanmakta hiç zorlanmamaktalar. Bazen Vioxx ve hormon replasman tedavisinde olduğu üzere ilaçların korkunç sonuçları olsa da bu inandırıcılık hiç mi hiç değişmemekte.

Küba'da pratisyenler her öğleden sonra ev ziyareti ve sağlık taraması yaparak mesailerini tamamlar. Egzersiz fizyologları ve diyetisyenler ise komşuluk ve okul bazlı programlar ile fiziksel egzersiz ve diyetin toplum sağlığındaki önemini anlatır ve uygulatırlar. Küba'nın Venezuela ile yaptığı bir anlaşma sağlık hizmeti vererek petrol temin etmek üzeredir. Küba 20.000 doktoru Karakas'ın varoşlarına ve Andes ve Amazon'un kırsal bölgelerine hizmet etmek üzere görevlendirmekte. Bu program sayesinde Küba'da göz cerrahisi yapılmak üzere Venezuela ve Orta Amerika'dan 600.000 hasta Küba'ya getirilmiştir. Aynı zamanda Üçüncü Dünya ülkelerinde çalışan 10.000 sağlık işçisi de mevcuttur.

Doğu Timor Endonezya'dan bağımsızlığını kazandığında kırsal bölgelere giden ilk doktorlar Küba'dandır. Üç yıl gibi bir sürede hekim ve teknisyenlerden oluşan 350 güçlü Küba sağlık ekibi Doğu Timor'da çalışmış ve genç doktorları eğitmiştir. Aynı zamanda 500 Doğu Timorlu genç insan Küba'da Doğu Timor'un 2012 sağlık hedeflerini ve ihtiyaçlarını karşılamak için Küba devletinin sponsorluğunu yaptığı bir programla eğitilmekteler. 24 Mayıs'ta yeni seçilen Doğu Timor Başkanı Jose Ramos-Horta, ülkesinde düzenlenen bir seminerde ülkesinin sağlık sisteminin düzelmesinde Küba'nın katkılarına minnet duyduğunu ifade etmiş ve şu cümleleri kullanmıştır: "Liderliği ve vizyonu için komutan Fidel Castro'ya teşekkür ederim ki bize uzak konumda iken ne kadar yakın olduğunu göstermiştir. Doğu Timor tıp ve sağlık konusunda önceliklerini Küba sayesinde öğrenmiştir".

Bütün Kübalıların doğum servisine ulaşma şansı olup çok düşük infant ölüm hızına bu program sayesinde ulaşmıştır. Küba'da elbette bir ağrı kesiciye doğrudan ulaşmak zordur. Ancak ülkede geleneksel bir bitkisel tıp sistemi vardır ki siklus ağrısından baş ağrısına kadar hem etkin hem de daha düşük yan etkilere haiz bitkisel ilaçlara rahatlıkla ulaşılır.

Son olarak da Latin Amerika ve diğer Karayip ülkelerinde Küba'dan sağlık çalışanı ve doktor olarak eğitilmiş 70.000 genç insan vardır ki, bu insanlar mütemadiyen savaş tehditleri sa-
 çan ve insana ait tüm hizmetlerde kâr amacı güden azgın ABD politikacılarından ziyade insanların kalplerini ve beyinlerini kazanmak için en uygun kişilerdir.

Tablo 1: Küba'da Toplumsal Sosyo-Kültürel Seviye İndikatörleri (WHO İstatistikleri)

İndikatör	%
Tütün Kullanım Prevalansları	
13-15 yaş kadın	9.5 (2004)
13-15 yaş erkek	10.9 (2004)
>= 15 yaş kadın	28.3 (2005)
>= 15 yaş erkek	43.4 (2005)
Her iki cinsiyette okuma yazma	
Erişkin	43.4 (2005)
Genç (15-24)	97 (2002)
İlkokula gitme oranı	100 (2002)
Fakirlik sınırının altındaki halk	1 %(2006)

Küba'nın Halk Sağlığı Alt Yapısı

1959'da Küba devrimi karmaşık bir sağlık sektörü devir almıştır. O yıllarda tek bir üniversite hastanesi ve tıp fakültesine rağmen kısmen gelişmiş bir özel sektör ve gelişmemiş bir halk sağlığı sistemi vardı. Toplam 6300 hekimin üçte ikisi Havana'da yaşıyordu. Sektörler arası desteklenen bir sağlık ekonomisi şehirlerde hizmet vermeye çalışırken; fakirler ve kırsal alanda-

kilere birinci basamak hizmetler yok seviyede idi. 1960'ların ortasında 3000 hekim ABD'ye gitmek üzere adadan ayrıldı. Kalan yapı üzerinden yeni bir organizasyon başladı. Tedavi edici tıp ve geleneksel halk sağlığı ekipleri Halk Sağlığı Başkanlığı altında tek yapıda organize oldu. 1984 yılında başlanan toplum bazlı aile doktoru sistemi, 1978 yılında kabul edilen ve sağlığı ve iyi hissetmeyi insan hakkı olarak değerlendiren Alma Ata deklarasyonunda tanımlanan kavramları savunur.

İlk dönemden itibaren öncelikler koruyucu sağlık hizmetleri üzerine yerleştirildi. Sanitasyon ve immünizasyon öncelikli alanlardı ve ilk kez tıbbi bakım kırsal alanlara ulaşmaya başladı. Bölgesel poliklinik ve hastaneler sistemi daha sonra yerleşti. 1980'den itibaren birinci basamak hizmetleri amaçlı çok sayıda aile doktoru yetiştirilmeye başlandı. 1990 yılında stratejik hedefe ulaşıldı ve aile hekimi ve hemşiresinden oluşan bir ekip ülkenin en ücra köşesinde görevlendirildi. Sağlık hizmetlerinin yapı taşları olan ve tamamen halkın içinde olan bu ekipler aynı blokta kendi yaşamını sürdürürken her biri 120-160 aileye birinci basamak hizmetler yanında tedavi edici sağlık desteği sağlarlar. Şu anda yaklaşık 36.700 aile hekimi olup; doktor/popülasyon oranı 1:170 dir.* Aile hekimi ve hemşiresi sisteminin başlıca iki amacı vardır. Sistem sağlık hizmetine ulaşmayı sağladığı gibi asıl önemli amacı bireysel verilerin toplandığı havuza sağlık verilerini toplamaktır. Yani toplumun sağlık tablosunu daha iyi anlamak için ziyaretçi sağlık servisi sistemiyle veriler toplanır. Sağlık personelinin ziyaretçi sistemi her aileye yılda iki kez uygulanır. Ancak kronik hastalığı olanlara yılda dört kez gidilir. Ziyaretler sırasında sadece hasta değil

* Susman E. US could learn from Cuban AIDS policy. AIDS 2003;17:N7-8.

Bartram J, Lewis K, Lenton R, Wright A. Focusing on improved water and sanitation for health. Lancet 2005;365:810-2.

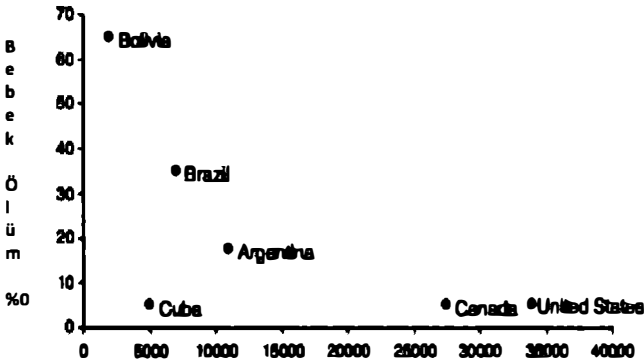
Marmot M. Social determinants of health inequalities. Lancet 2005; 365:1099-104.

Beaglehole R, Bonita R. Reinvigorating public health. Lancet 2000;356:787-8.

aynı zamanda çevresel risk faktörleri de değerlendirilir. Hastalar hastalık ve risk faktörleri yönünden ayrı ayrı tasnif edilir. Bu tasnifler sonuca odaklı epidemiyolojik analizler olup sağlık politikası üreten merkezler için son derece değerli verilerdir. Bu veriler sayesinde toplumun öncelikleri, önleyici kampanyaların dizaynları belirlenir. Küba'da sağlık klasikleşmiş indikatörler ile belirlenmez. Hastaların biyopsiko-sosyal sağlığını düzeltmek için barınma, coğrafya, cinsiyet ve çevre gibi faktörler de programla birleştirir. Anne ve çocuk sağlığı pratikte bu yaklaşımın nasıl gittiğini gösteren bir göstergedir. Ziyaretçi hekimliği ile doktorlar bölgesinde kendi sahasında kaç gebe olduğunu bilirler. Her gebeliğin 9. haftasında kapsamlı bir muayene yapılır ve ardından da doğum öncesi 12 ziyaret ve gebelik periyodu boyunca yapılması gerekli testlerin uygulaması sağlanır. Eğer herhangi bir risk faktörü belirlendiyse örneğin anemi, kötü beslenme, hipertansiyon veya obezite gibi faktörler varsa kadınlar annelik evine havale edilmek üzere yönlendirilir. Ayrıca gebenin evinin lokalizasyonu doğum hastanesine uzaksa, gebe küçük yaşta ise ve stabil olmayan bir ev yaşantısı varsa bunlarda da annelik evine sevk şartları oluşmuştur. Bu annelik evleri doğum hastanesinin hemen yakınındadır. Annelik evlerinin hem yerleşik hem de gezici tipleri vardır. Riskli gebeliklerin erken teşhisi oldukça önemli olup annelik evine transfer annenin ve bebeğin sağlık hizmetine yaklaşması demektir. Anne-çocuk sağlık programlarının birleştirilmesi annelik evlerinde tedavi kılavuzlarının gereğidir. Her bir annelik evi multidisipliner bir çalışma uygular ve obstetrisyen, psikolog, klinik beslenme uzmanı, diyetisyen, dahiliyeci, dişi ve fitness antrenöründen oluşan bir grup profesyonel hizmet verir. Günlük hayati belirtiler, kilo ve abdominal çap ölçümüne ilaveten kadınlar beslenme analizi, anne ve çocuk sağlığı eğitimi, ihtiyacına göre ayarlanmış bireysel diyet, egzersiz sınıfları ve danışmanlık hizmetleri alırlar. Doğumun 72. saatinde anne ve bebek ilk muayenesini olurlar ve bu süreç yaşamın ilk bir yılı-

na kadar her ay devam eder, bu sürece 13 çocukluk çağı hastalığına karşı aşılama dahil olup bu aşuların neredeyse hemen tümü Küba'da üretilir. Bu servislerin tümü, ilaveten ikincil ve üçüncül bakımlar ve aşuların tümü tamamen ücretsizdir. Birinci basamak birimleri poliklinikler ve bölge hastaneleri tarafından desteklenir. Bu poliklinikler dış, fiziksel rehabilitasyon ve teşhis koydurucu işlemler ile birinci basamağı desteklerler. Şekil 3, Latin Amerika ülkelerinde ve ABD'de GSMH ve bebek ölüm oranlarının karşılaştırmasını gösterir.

Şekil 1



Latin Amerika Ülkelerinde ve ABD'de Gayri Safi Millî Hasıla ve Bebek Ölüm Oranları

Çocukluk yaş grubunda ölümün en sık nedenleri perinatal komplikasyonlar, konjenital anomaliler, sepsis, pnömoni ve kazalardır. Bugün infeksiyöz hastalıklar ölümlerin sadece %1'lik bölümünden sorumludur. Geçmiş kırk yılda infeksiyon hastalıkları yerlerini kademeli olarak bulaşıcı olmayan hastalıklarla değiştirmiştir ki bu grup hastalıklar şu an ölümlerin %90 sebebidir.

Küba'da mortalitenin 3 ana nedeni kalp hastalıkları, malign neoplazmlar, serebrovasküler ve kardiyovasküler hastalıklar olup ölümlerin %58,9'unun sebebidir. Ülkenin mortalite profilinin değişmesinden en çok Kübalı çocuklar faylanmışır. 5 yaş

altı çocuklarda mortalite progresif azalmış ve binde 8'e düşmüştür ki bu oran tüm yaşlardaki ölümlerin sadece %1.1'ine karşılık gelmekte. Infant mortalitesi 5 yaş altı ölümlerin bir grubu olup sadece binde 5.3 oranındadır. Küba'da HIV/AIDS geçişi son derece düşük olup tahmin edilen prevalans 2004'te %0.05 idi. Yürütülen HIV/AIDS programının üçlü antiviral tedaviden oluşmakta ve tedavi hastalığı olan herkese tamamen ücretsiz sunulmakta. HIV yönünden Küba Amerika'da endüştük prevalans olan bölgelerden biridir. HIV'in düşük-risk algısı kondom kullanımında bir düşmeye sebep olmuştur. Bu sağlıkçıların önünde önemli bir sorun olarak durmakta. Hasta sorumluluğuyla ilgili bu tip problemler Küba'nın sağlığını etkileyen en ciddi zorluklardır.

Aşıyla önlenabilir toplumsal 13 hastalığın başarılı mücadelesi polio, difteri, kızamık, boğmaca, rubella ve neonatal tetanozun toplumdan eradikasyonu ile sonuçlanmıştır. Toplumun %95.2'si kabul edilebilir kalitede içme suyuna ulaşmaktadır. %75.4'ü eve getirilen sistemle, %14.7'si kolay ulaşılabilir sistemlerle ve kalan %5.2'si halk şebekesi ağıyla suyunu temin eder. Toplumun %94'ü sanitasyon bakımından kabul edilen bir atıksu ve madde toplama sistemine sahiptir. Ülkenin atıksuyunun %36'sı işlem görmektedir.

Halk sağlığının ilerlemesi için en hayati alt yapı tam doğru ve zamanında yapılan kayıt sistemidir. Bazı gözlemciler Küba'nın verileri hakkında şüpheli olduklarını ifade ederek hayati istatistikler yoluyla politik mesajlar verildiğini iddia etmektedir. Ancak diğer Karayip ülkelerinin ve Latin Amerika ülkelerinin tersine 1970'den beri mortalite ve morbidite oranlarını geniş çapta yayınlamıştır. 1970'li yıllarda bebek mortalite istatistiklerine bakıldığında tüm ölümlerin sadece %54'ünün raporlandığı ve kırsal alanda raporlanma oranı sadece %30 olduğu görülmekte. Ancak şu an infant ölümlerinin kayıtları %99'u vuku bulduğu gün itibariyle hastanelerden yapılmakta. Ulusal veriler daima zamanında ve her takip eden yılın ilk üç

ayında verilir. Yüksek otopsi oranları klinik teşhisi destekler ve tanımlanan hastalığın yanlış olma oranı %0.7 olarak bildirilmiştir.*

Küba GSMH'nın yaklaşık %16'sını sağlık sistemi üzerine harcar ki kişi başı kabaca yılda 250-300 dolardır. Bu harcamadan bekleneneği üzere üçüncü basamak sağlık hizmetleri içerisinde endüstrileşmiş toplumlarda görmeye alışkın olduğumuz konfor ve teknoloji yoktur. Son dönemde modernizasyon kampanyalarına dahil 48 referans hastaneye girişimsel kardiyoloji ve MR ve polikliniklere USG ve endoskopi getirilmiştir. Maliyet başına etkinliği yüksek işlemler (Cost-effective işlemler) örneğin diyaliz ve organ transplantasyonu ise çok yaygın bir şekilde uygulanmaktadır.**

* Beaglehole R, Bonita R. Reinvigorating public health. Lancet 2000;356:787–8.

World Economic Forum. The Mexico Statement for Health Research, Knowledge for Health—Strengthening Health Systems.

Ministerial Summit of Health Services Research, WHO, Mexico City, November 16–20, 2004. Available at: Accessed May 12, 2005. Special Address by Tony Blair. Available at: Accessed May 12, 2005

Bringing Innovations in Health and Learning to the Global Community. Bill and Melinda Gates Foundation. Available at: Accessed May 12, 2005.

Marmot M. Social determinants of health inequalities. Lancet 2005;365:1099–104.

Beaglehole R, Bonita R. Reinvigorating public health. Lancet 2000;356:787–8.

World Economic Forum. The Mexico Statement for Health Research, Knowledge for Health—Strengthening Health Systems. Ministerial Summit of Health Services Research, WHO, Mexico City, November 16–20, 2004. Available

** UN Human Development Reports. Available at: <http://hdr.undp.org/> (Accessed July 24, 2006).

Ministry of Public Health. Analysis of the Health Sector in Cuba. (Ministerio de Salud Publica. *Analisis del Sector Salud en Cuba*. Con la colaboracion OMS/OPS.) Havana, Cuba, 1996.

Kardiyovasküler Hastalıklar ve Küba

Biz, Küba'da Kalp Damar Hastalıkları (KDH) ve diğer kronik hastalıkların seyrinin analizini farklı amaçlarla yaptık. Birincisi Küba'da mevcut veri kaynaklarının zemininde KDH epidemisinin şu anki durumunu ve endüstrileşmemiş bir toplumda uzun süreli temayüllerini ayrıntılı tanımlamak içindi. İkincisi ölümün en sık sebebi olan KDH'nın halk sağlığı tıbbi bakım sistemlerine cevabını değerlendirmek içindi. Aynı zamanda Küba'nın durumunu diğer gelişmekte olan ülkelere uyarlama şartlarını oluşturmak ve Küba'daki durumu Kuzey Amerika ve Avrupa'daki durumla kıyaslamak istedik. Bu analizlerin sonuçları Küba deneyiminin gücünü ve zayıflıklarını değerlendirmek için de önemlidir. Küba örneği endüstrileşmemiş toplumlarda ekonomik gelişme aşamasında bir rol modeli olabilir.

Gelişmekte olan ülkelerde bulaşıcı olmayan hastalıkların tehditkar yükü tüm dünyanın konuya dikkatini çekmektedir.* Kalp-Damar Hastalıklarından (KDH) ölümlerin üçte ikisi Asya, Afrika, Güney Amerika gibi fakir ülkelerde olup risk faktörleri de hızla yükselmektedir. Yaklaşan epideminin büyüklüğü kesinlikle korkutucu boyuttur.** Ancak mortalitenin temel nedeni olan risk faktörlerinin doğru tespiti için gerekli olan epidemiyolojik veriler bu konumdaki çoğu ülke için mevcut olmadığı gibi düşük veri durumlarında uygulanacak önleme ve

* Reddy SK. Cardiovascular disease in non-Western countries. N Engl J Med2004;350:2438-40.

Yach D, Hawkes C, Gould CL, Hofman KJ. The global burden of chronic diseases. Overcoming impediments to prevention and control. J Am Med Assoc2004;291:2616-22.

** Leeder S, Raymond S, Greenberg H, Liu H, Esson K. *A Race Against Time: The Challenge of Cardiovascular Disease in Developing Economies*. New York, NY: Columbia University, 2004.

Forrester T, Cooper RS, Weatherall D. Emergence of western diseases in the tropical world: the experience with chronic cardiovascular diseases. Br Med Bull1998;54:463-73.

kontrol stratejilerini destekleyecek deliller de tespit edilememiştir. Bununla birlikte bazı endüstrileşmiş toplumlarda KDH da hızla azalma eğilimi ise bize bu toplumlarda uygulanan önleyici ve kontrol altına alıcı stratejilerin doğruluğunu göstermekte. Ancak bu stratejilerin endüstrileşmemiş toplumlarda uygulandığında eşit miktarda sonuç alınıp alınmayacağı da bilinmemekte. Devam eden epidemiyolojik hastalık geçişleri çerçevesinde infeksiyon hastalıkları ve malnütrisyonlar, kronik KDH ve kanserle yer değiştirmiştir.* Açık olmayan birdiğer nokta ise çoğu gelişmekte olan ülkelerde, Kuzey Amerika ve Avrupada olduğu gibi KDH'nın epidemiyolojisi değişerek hastalığın düşme eğilimi gösterip göstermeyeceğidir. Ya da geçiş bölgesel kültür, coğrafya ve hatta uygulanan ekonomik modele göre şekillenecek yeni bir eğilim mi gösterecektir? Örnek vermek istersek tropikal ada ülkeleri ve Amerika'nın yerli insanları arasında epidemiyolojik geçişinin başlangıcında şiddetli diyabet epidemisi gözlenmiş olup benzer süreç ABD ve Avrupa'da da gözlenmiştir. Hindistan gibi diğer ülkelerde ise hem KDH hem de infeksiyon ve malnütrisyonun ciddi etkileri ile uğraşmaktadır.**²⁰⁻²¹ Adaptasyon süreci birçok zorlukla karşıkarşıya olup örneğin primer koruma yanında hastalığa yakalananların tedavisi arasında bir denge gereksinimi de var. Halk sağlığının birçok alanında olduğu gibi her toplumun kendi yapısını ve risk faktörlerine özgün tarama sistemleri KDH epidemilerini durdurmak ve lokal stratejiler geliştirmek için zorunludur.***

* Omran A. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *Milbank Q.* 1971;49:509–538.

** Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care.* 2004; 27: 1047–1053.

Basnyat B, Rajapasha LC. Cardiovascular and infectious diseases in South Asia: the double whammy. *BMJ.* 2004;328:781.

*** Cooper R, Cutler J, Desvigne-Nickens P, et al. Trends and disparities in coronary heart disease, stroke and other cardiovascular diseases in the United States: findings of the National Conference on CVD Prevention. *Circulati-*

Küba'nın bu toplumlardan farkı ise endüstrileşememiş toplumlar içinde güçlü halk sağlığı veri kayıt sistemleri nedeniyle Kalp-Damar Hastalıkları epidemilerinin mücadele stratejisini oluşturmuş yegane ülke olmasındadır. Küba'da KDH'nın 1970'lerden beri ölüm nedenleri arasında birincil önemlilikte olması dolayısıyla ve medikal sistemin sınırlı kaynakları içerisinde sistem hızla hastalığa karşı savaş başlatmıştır.* Küba, KDH'da kendi toplumuna has epidemiyolojik analizini yaptıktan sonra toplumsal koruma stratejilerini başlatmıştır. Bu amaçlı oturmuş en sağlam stratejilerden birisi hipertansiyon mücadelesi olmuştur. Bütün antihipertansif ilaçların major sınıfları lokal olarak üretilmiş ve hipertansiyonun kontrol ve tedavi seviyesi tüm diğer ülkelerden daha fazla oranda başarılmıştır. KDH mortalitede önemli bir faktör olarak epidemiyolojik analizi yapılan tespitli bir diğeri myokard infarktüsü (MI) olarak belirlenmiştir. Ardından MI tedavisinde öncelik için akut bakım ve müdahale üniteleri uluslararası standartla-

on. 2001;102:3137-3147.

Unal B, Critchely JA, Capewell S. Explaining the decline in coronary heart disease mortality in England and Wales between 1981 and 2000. *Circulation*. 2004; 109(9):1101-1107.

Hunink MG, Goldman L, Tosteson AN, et al. The recent decline in mortality from coronary heart disease, 1980-1990.

The effect of secular trends in risk factors and treatment. *JAMA*. 1997;277:535-543.

Levi F, Lucchini F, Negri E, La Vecchia C. Trends in mortality from cardiovascular and cerebrovascular diseases in Europe and other areas of the world. *Heart*. 2002;88:119-124.

Teutsch SM, Churchill RE. *Principles and Practice of Public Health Surveillance*. Oxford, England: Oxford University Press; 2000.

Ordunez P, Silva LC, Rodriguez MP, Robles S. Prevalence estimates for hypertension in Latin America and the Caribbean: are they useful for surveillance? *Rev Panam Salud Publica*. 2001;10:226-231.

* Cooper RS, Ordunez P, Ferrer MDI, Munoz JLB, Espinosa-Brito A. Cardiovascular disease and associated risk factors in Cuba: prospects for prevention and control. *Am J Public Health* 2006;96:94-101.

ra uygun olarak düzenlenmiş daha da önemlisi hastane öncesi tedavi üniteleri hemen tüm belediyelere konuşlandırılmıştır. Lokal olarak üretilen rekombinant streptokinaz rutin olarak hastane öncesi tedavide kullanılır. En az bir bölgenin verilerinden alınan sonuçlara göre total trombolizis oranı (damardaki pıhtıyı eritme başarısı) %60 ve ST eleve (bir EKG bulgusu) MI'lı hastaların %90'ında kapı-iğne zamanı (hastaneye girişinden, anjiyo laboratuvarına alınıncaya kadar geçen zaman) 30 dk altındadır. Küba'nın bu tecrübesi, endüstrileşmemiş toplumların Avrupa ve Kuzey Amerika'nın üst medikal teknoloji olarak prezante ettikleri teknolojileri kullanmaksızın KDH kontrolünün başarılabileceğini gösterir.*

Küba'da Koroner kalp hastalığında sürekli iniş eğilimi 1982'de başladı ve bu eğim Avrupa ve Kuzey Amerika'da başarılan maksimum düşüşe (yılda %1.5) çok yakındı ve yaşa uyarlanmış mortalitede toplam azalma 2002 yılında tam %45 idi.**

* Leeder S, Raymond S, Greenberg H, Liu H, Esson K. *A Race Against Time: The Challenge of Cardiovascular Disease in Developing Economies*. New York, NY: Columbia University, 2004.

Forrester T, Cooper RS, Weatherall D. Emergence of western diseases in the tropical world: the experience with chronic cardiovascular diseases. *Br Med Bull* 1998;54:463-73.

Cooper RS, Ordunez P, Ferrer MDI, Munoz JLB, Espinosa-Brito A. Cardiovascular disease and associated risk factors in Cuba: prospects for prevention and control. *Am J Public Health* 2006;96:94-101.

Ordunez P, Munoz JLB, Pedraza D, Silva LC, Espinosa-Brito A, Cooper RS. Hypertension treatment and control in Cienfuegos, Cuba. (Abst) Washington, DC: Council on Epidemiology, American Heart Association, May, 2005.

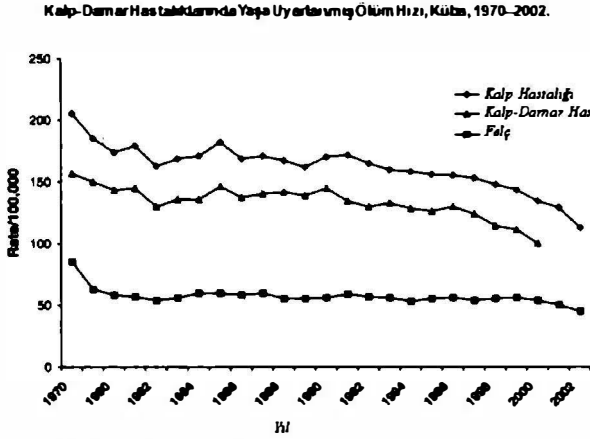
Ordunez P, Munoz JLB, Espinosa-Brito A, Silva LC, Cooper RS. Ethnicity, education and blood pressure in Cuba. *Am J Epidemiol* 2005;162:49-5.

Diogene E, Perez PJ, Figueras A, Furones JA, Debasa F, Laporte JR. National Pharmacoepidemiology Network. The Cuban experience in focusing pharmaceuticals policy to health population needs: initial results of the National Pharmacoepidemiology Network (1996-2001). *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2003;12:405-7.

Ordúñez-García P, Iraola-Ferrer M, La Rosa-Linares Y. Reducing mortality in myocardial infarction. Experience in Cuba shows optimizing thrombolysis may reduce death rates in poor countries. *Br Med J* 2005;330:1271-2.

** Cooper RS, et al. *Int J Epidemiol* 2006;35:817-824.

Şekil 2: Küba'da 1970'den 2002'ye kadar mortalitede yaşa orantılı eğilim



Küba endüstrileşmemiş toplumlarda sağlık adına özel bir konumdadır. Gelişmenin politik ve ekonomik yöntemi, devrimci sosyalizmin ideolojisi ile şekillenmiştir. Ülkenin kolektif refahı önceleyen sofistike, anlaşılabilir bir halk sağlığı modeli ile toplum neredeyse enfeksiyon hastalıklarını ekarte etmiş ve infant mortalitesi binde 6.3'e düşmüştür. Beklenen yaşam süresinin 77 yaşa çıkması ile 65 yaş üzeri insanların oranı yükselmiş ve bu gruptaki insanları bekleyen KDH ve diğer kronik hastalık potansiyel yükü artmıştır. Aterosklerozun yüksek prevalansından sorumlu esas durum endüstri teknolojisi ile sağlanan yaşam şekli değişikliğidir. Küba toplumunun üretici kapasitesi orta derece olup ortalama yıllık gelir 1000-5000 dolar arasında olduğu tahmin edilmektedir ve tüketim mallarına ulaşım halen sınırlıdır. Ancak hem hayati olaylar yönünden hem de sağlık hizmetleri yönünden Küba'nın sağlık sisteminin tam ve doğru istatistiksel bilgiler sağlaması nedeniyle KDH olayını ayrıntılı olarak analiz etmek ve tanımlamak mümkün olmuştur.*

* Luis JG, ed. *Cuban Revolution Reader*. Melbourne, Australia: Ocean Press;

Küba'nın 1989-2000 yılları arası yaşadığı ekonomik kriz sonrası gelişen toplumsal hastalık tablosu değişikliği, hem Küba hem de endüstrileşmiş toplumların toplumsal sağlık stratejilerini oluşturmada ciddi dersler vermiştir. Bu kriz dönemi enerji alımında azalma, fiziksel aktivitede artış ve kalıcı bir toplumsal bazlı kilo kaybı ile sonuçlandı. Bu dönemde kişi başı enerji alımı, fiziksel aktivite, kilo kaybı ve sigara tüketimi sistematik olarak ulusal ve lokal çalışmalardan hesaplandı. 1980-2005 yılları arası ulusal istatistikler diyabet, koroner kalp hastalığı, felç, kanser ve tüm sebeplerden mortalite eğilimleri değerlendirildi. Kriz kişi başı enerji alımını 2899'dan 1863 kaloriye düşürdü. Bu kriz periyodunda fiziksel aktif erişkinlerin oranı %30'dan %67'ye yükseldi ve vücut kitle indeksinde 1.5 birim azalma gözlemlendi. Obezite prevalansı %14'den %7'ye düşerken aşırı kilo prevalansı %1 ve normal kilo prevalansı %4 arttı. 1997-2002 yıllarında diyabete bağlı ölümlerde %51, koroner kalp hastalığında %35, felçte %20 ve tüm sebeplerde %18 azalma oldu. Ancak nöropati oranında ciddi artış ve yaşlı grupta tüm sebeplerden ölümden orta derece artış gözlemlendi. Bu sonuçlar esansiyel elementlerde azalma olmadan enerji alımını düşüren popülasyon bazlı stratejilerin diyabet ve kalp damar hastalıklarının prevalans ve mortalitesinde azalma yapacağını gösterir.*

2001. 15.

Chomsky A, Carr B, Smorkaloff PM. *The Cuban Reader: History, Culture, Politics*. Durham, NC: Duke University Press; 2004.16.

Anuario Estadístico de Salud. Principales Causas De Muerte De Todas Las Edades 1970, 1981, 1993, 2001-2002. Havana, Cuba: Ministerio de Salud Pública; 2002.17.

UNhumandevlopmentreports.Availableat:<http://hdr.undp.org/statistics/data/indicators.cfm?x=93&y=1&z=1>. Accessed October 10, 2005.18.

Perez LA. *Cuba and the United States: Ties of Singular Intimacy*. Athens: University of Georgia Press; 2003.

* Franco M, Orduñez P, Caballero B, Tapia Granados JA, Lazo M, Bernal JL, Guallar E, Cooper RS. Impact of energy intake, physical activity, and

Tüm bu olumlu gelişmelere rağmen Kalp hastalığından ölüm Küba'da 40 yıldır ölümlerin en sık sebebidir. Zeminde yatan bozukluk KAH'dır (Koroner Arter Hastalığı). Şurası iyi bilinmelidir ki Küba sağlık hizmetleri organize bir ulusal sağlık sistemi olup basit bir yaradan karaciğer transplantına kadar geniş bir alanda çalışmaktadır. Ancak Kübalıların Koroner Bypass Cerrahi yapan bir hekim bulmaları son derece zordur. Bu ölümcül hastalıkta cerrahi tedavinin neredeyse yokluğu ideolojik bakış nedeniyledir. Sosyalist tıp tedavi edici veya cerrahi girişimden ziyade önleyici tedavi yaklaşımlarını savunur. Geçiş aşamasında Küba'da bu tip girişimler için şartların, kapasitenin ve seyrin değerlendirilmesi daha uygundur.

Küba'da Ölüm ve Hastalık Hali

Kalp hastalıkları 1970'den beri ölümün en önemli sebebi olup KDH ile düzenli kayıt ve istatistiklerinde başlangıç tarihi de o yıldır. 1970'den beri kalp hastalığı mortalitesinde uzun vadeli iniş eğilimi o yıllarda başlamıştır (Şekil 4). 1970-1980 arası dönemde azalma orta derecede (%1.5) idi ve takip eden 10 yılda bir önceki on yıla göre düşüş yılda %0.2 artarak devam etti ve 1990'lı yıllarda daha hızlı bir azalma süreci başlayarak son on yılın ikinci yarısında %2'ye ulaştı. 2002'de kalp hastalığından yaşa uyarlanmış ölüm 1970 yılından %45 daha düşüktü (37). Kalp hastalığından ölümlerin dominant sebebi KKH'dan ölümlerde azalma bu düşüşün sebebiydi ve 1980-90 yılları arasında 45-79 yaşları arasında yaşa spesifik ölüm hızları her bir yaşta benzer orandaydı.

KDH'da Cienfuegos da Dr. Gustava Aldereguia üniversite hastanesinin insidens ve survival verileri sık kullanılmakta. Hem AMI ve hem de felçler için başvuru sayısı 1990-2003 yılları arasında iki kat artış göstermiştir ki bu toplumun ortalama

population-wide weight loss on cardiovascular disease and diabetes mortality in Cuba, 1980-2005. Am J Epidemiol. 2007 Dec 15;166(12):1374-80. Epub 2007 Sep 19.)

yaşının arttığına göstergesidir. Yükselen insidens artan yeni vaka sayısını göstermekle birlikte hastaneye ulaşım şartlarının iyileştiğini de göstermekte idi. Diğer bir neden de semptom ve işaretlerin farkındalığını artıran agresif bir programın ortaya koyulmuş olmasındandır. Bu zaman periyodunda ölümle sonuçlanma oranı %40-50 azaldı. Bu hızlı azalma daha az şiddetli vakalarında kabul edildiği anlamı taşırsa da bakım şartlarının iyileştiği ve bu nedenle survivalin arttığı da mutlaklıdır. Bu zaman periyodunda trombolitik tedavi çok geniş çapta temin edilmiş ve hastane öncesi tedavi üniteleri kurulmuştur.

Dolaşım bozuklukları sağlık sistemine ciddi yükler getirmekte olup 2002'de hastaneye yatırma gereksinimlerinin üçüncü en sık sebebi olmuştur ve tüm kabullerin %8.7'sinden sorumludur.

KÜBA'DA RİSK FAKTÖRLERİ

Hipertansiyon

Hipertansiyon vakalarının sayısı ölçme işlemleri hayli standardize olduğu için bilinmektedir. Hipertansiyon komplikasyonları nedeniyle ölümler son yıllarda gittikçe azalmıştır ki en birincil sebebi hipertansiyon tarama tekniklerinin iyileşmesidir. Cienfuegosda bir çalışma 2001-2002 periyodunda yapılmış ve sonuçları başka ülkelerle kıyaslanacak yeterliliktedir. Çalışma popülasyon bazlı olup 1667 kişi (15-74 yaş) katıldı. Hipertansiyonun basit prevalansı yani sistolik tansiyon 140, diastolik tansiyon 90 üstündekiler ve tedavidekilerin oranı %25 idi. Ortalamasistolik/diastolik KB 119/74 mmHg idi. Daha önce Küba'da yapılan çalışmalarla benzer sonuçlar alındı.*

* Ordúñez P, Bernal JLM, Pedraza D, Silva LC, Espinosa-Brito A, Cooper RS. Hypertension treatment and control in Cienfuegos, Cuba. *J Hypertension*. In press.

Ordúñez P, Bernal JLM, Espinosa-Brito A, Silva LC, Cooper RS. Ethnicity, education and blood pressure in Cuba. *Am J Epidemiol*. 2005;162:49-56.
Ordúñez-Garcia P, Espinosa-Brito AD, Cooper RS, Kaufman J, Nieto FJ.

Hipertansiyon Küba'da yaygındır. 1970 ve seksenli yıllarda hipertansiyon prevalansı 15 yaş üzeri yetişkin nüfusta %15 ila 20 oranında olmasına rağmen, prevalans 2000 yılında artmıştır. Resmi verilere göre Küba'da yüksek tansiyon nedeniyle ölme riski kadınlarda ve erkeklerde 2000 yılında %11,5'e düşmüştür. Mortalitede bu düşüşün nedenleri serebral, vasküler, kardiyak veya renal komplikasyonları yani hipertansiyona bağlı organ hasarını erken tespit ve tedavi stratejileri ile doğru yönetmek ve toplumda hipertansiflerde farkındalık sağlamaktır.

Küba sağlık sistemi hipertansiyon hastalarını kontrol, tespit ve tedavi adına sonderece etkin stratejiler geliştirmiştir. Pimer bakım ağından alınan raporların temelinde tüm toplumun %18'i hipertansiyon için bir hekimin kontrolü altındadır. Cienfuegos'da bir çalışmada 35-64 yaşları arasında hipertansif hastaların %39'unun ilaç aldığı ve kan basınçlarının 140/90 altında olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuçlar hipertansiyon tedavisindeki başarının dünyanın diğer bölümlerinden çok daha iyi olduğunu gösterir ki hipertansiyon başarısı ABD de %29, Kanada'da %17 ve Avrupa'da %10'un altındadır.*

Küba'da hipertansiyonun farkındalığı yüksek olup, kan basıncı yüksek olan bireylerin %61'i ilaç almaktadır. Toplumdaki bütün hipertansifler arasında (bunlara daha önce teşhis edilemeyenler ve ilaç almayanlar dahil) %40'ının KB'ı 140/90 mmHg altındadır. Tedavi edilenlerin ise %65'inin kan basıncı 140/90 mmHg altındadır.

Diğer toplumlarda olduğu gibi, kadınlarda hastalığının daha farkında ve ilaçlarını daha düzenli almakta idi. Kullanılan ilaçlar ise %37 diüretikler, %22 beta-blokerler, %14 Kalsiyum antagonistleri, %12 ACE inhibitörleri, ve %15 diğerleri idi. Ilaca

Hypertension in Cuba: evidence of a narrow black-white difference. J Hum Hypertens. 1998;12:111-116.

* Wolf-Maier K, Cooper RS, Kramer K, et al. Hypertension treatment and control in five European countries, Canada and the US. Hypertension. 2004;43:10-17.

ulaşım yönünden toplumun %82'si zorluk yaşamadığını belir-
tirken %91'i satın almada sorun yaşamadığını söylemekte idi.*

Sigara

KDH risk faktörleri arasında sigara Küba için en ciddi sa-
vaş gerektiren faktördür. Tütün üretimi Küba tarihinde önemli
olup; puro halen Küba'nın dış ticaretinde önemli yerini koru-
maktadır. Ülke çapında düzenli içiciler arasında %95 oranın-
da sigara tüketilir. Günlük tütün kullanımının şu anki hızları
erkekler arasında %40 olup orta yaşta %60'a ulaşır. Genç yaş-
larda kadınlar erkeklerle benzer oranda içici olup yaşla hafif-
çe artar ve kadınlarda ortalama prevalans %25'dir. Son on yıl-
da tütün kullanımında hafifçe azalma eğilimi vardır. Küba'da
60 yaş üzeri insanların %32'si sigara içicisi olup bu oran,
Arjantin'de %14, Meksika'da %18, Brezilya'da %16, şili'de %13
ve Uruguay'da %16'dır.**

Küba'nın tütünle olan özel tarihi ilşkisini devam ettirmesi-
nin neticasi olarak tüm nedenlerle ölüm nedeni olarak sigara
toplum riskini %20 artırmaktadır. Bu oran KDH oranından çok
daha yüksektir. Sigara içimi yüksek oranlarda olmasına rağ-
men yine de Asya'dan çok daha düşük orandadır.

Hiperkolesterolemi

Küba'da toplumsal çalışmalarda serum lipid seviyelerini
gösteren veriler azdır. 1990'lı yılların başında yapılan bir ça-

* Ordunez P, Bernal JLM, Espinosa-Brito A, Silva LC, Cooper RS. Ethnicity,
education and blood pressure in Cuba. Am J Epidemiol (In Press).

Ordunez P, Bernal JLM, Pedraza D, Silva LC, Espinosa-Brito A, Cooper RS.
Hypertension treatment and control in Cienfuegos, Cuba, Hypertension,
in review

** *La Situacion de las Personas Mayores*. Santiago, Chile: Comision economica
para America Latina y el Caribe, Centro Latinoamericano y Caribeno de
Demografia; 2003.

La Situacion de las Personas Mayores. Santiago, Chile: Comision economica
para America Latina y el Caribe, Centro Latinoamericano y Caribeno de
Demografia; 2003.

lışmada 1660 kişide (15-74 yaş) total kolesterol ortalaması erkeklerde 160 mg/dL ve kadınlarda 170 mg/dL idi. Yüksek serum kolesterolü (>200 mg/dL) erkeklerde %12 ve kadınlarda %14 idi. Ancak bu veriler gıda sıkıntısının olduğu dönemlere münhasır olup şu anki durumu yansıtmaz.* Küba'da patent ve satış üzerinde kısıtlamalar dolayısıyla statinler hiperkolesterolemi tedavisinde kullanılmaz. Ancak hiperkolesterolemi tedavisinde diğer grup ilaçlar geliştirilmiş ve kullanılmaktadır.**

Bu gurup ilaçlardan en iyi bilinen Policosanoldr. Policosanol, şeker kamışından izole ve pürifiye edilen bir alkol karışımı olup Kübalı araştırmacılar 5-20 mg dozda günlük policosanoln serum lipidlerini düşürmede etkinliğini gösterdiler. Policosanoln total kolesterol ve LDL'yi azalttığı HDL'yi artırdığı ve bunuda kolesterol sentezini inhibe ederek ve LDL kullanımını artırarak yaptığı ileri sürülür. Lipid profil düzelmesi sağlıklı bireylerde tip 2 hiperkolesterolemi hastalarında, hiperkolesterolemisi olan tip 2 diyabetiklerde, hiperkolesterolemisi olan menapoz dönemi kadınlarda, kombine hiperlipidemili hastalarda ve anormal karaciğer testleri olanlarda etkinliği gösterilmiştir. İlaveten policosanol'in tip 2 hiperlipidemili hastalarda etkinlik yönünden ve yan etki profilinin düşüklüğü yönünden simvastatin, pravastatin, lovastatin, probucol veya acipimoxa üstünlüğü gösterilmiştir. Policosanol LDL oksidasyonunu azaltarak, platelet agregasyonunu, endotelyal hasarı ve düz kas hücre proliferasyonunu azaltarak KDH'nın diğer risk faktörlerini de azaltır. Üstelik policosanol Talyum myokard perfüzyon sintigrafisi ile ve Doppler USG ile değerlendirilen kardiyovas-

* Ordñez P, Espinosa A, Alvarez O, Apolinaire JJ, Silva LC. *Marcadores mltiples de riesgo para enfermedades crnicas no transmisibles. Medición inicial del proyecto global de Cienfuegos 1991-1992.*Havana, Cuba: Ed. ISCM de La Habana; 1993.

** Uribarri E, Laguna A, Sierra R, Ricardo Y. Physico-mechanical characterization of policosanol, a novel hypocholesterolemic drug. *Drug Dev Ind Pharm.* 2002;28:89-93.

küler hastalığın ilerlemesini engeller, gerilemesini hızlandırır. Pazarlama sonrası çalışmalarda hastaların sadece %0.31'inde yan etkiler gözlenmiştir. Üstelik hayvan toksisite çalışmalarında normal dozun 1500 katında karsinogenezde, üremede, büyüme ve gelişimde olumsuz etkiler gösterilememiştir. Küba'da policosanol üzerine yapılan olumlu çalışmalara rağmen üretilen policosanol ABD'de mevcut olmayıp sadece Kübalı bireyler üzerinde çalışılmıştır.*

Obezite

Obezite diğer birçok ülkeye göre Küba'da nadiren gözlenir. Cienfuegos'da erişkinler arasında ortalama Vücut Kitle İndeksi 25 olup obezite prevalansı kadınlarda %14, erkeklerde %8 ve toplam popülasyonda %11'dir. Şu anki obezite değerleri ABD'de %20, Kanada'da %15'tir. Eğitim seviyesine ve deri rengine göre obezite oranlarında farklılık gözlenmemiştir.**

Diyabet

Son 20 yıldır 2 toplumsal çalışma yapılmıştır. Santiago'da 1987'de yapılan bir çalışma diyabet oranı %4.6 bulunmuştur. 65 yaş üzeri kişilerde 1998'de bu oran %14.8 olarak bulunmuştur. Diyabet tanısı WHO'nun 1985 yılı kriterlerine göre açlık glukozu >140 mg/dL olarak alınmıştır. Diyabet Küba'da 2000 yılında 8. sıradaki ölüm nedeni idi. Diyabetten dolayı mortalite 1996'da 100.000'de 23 iken 2000 yılında 100.000'de 13'e düştü. Ancak diyabet prevalansı yükselmektedir. 2000 yılında diyabet prevalansı binde 23 idi ki bu tüm popülasyonun

* Altern Med Rev. 2002 Jun;7(3):203-17. Policosanol: a new treatment for cardiovascular disease?

** Ordúñez P, Bernal JLM, Pedraza D, Silva LC, Espinosa-Brito A, Cooper RS. Hypertension treatment and control in Cienfuegos, Cuba. *J Hypertension*. In press.

Ordúñez P, Bernal JLM, Espinosa-Brito A, Silva LC, Cooper RS. Ethnicity, education and blood pressure in Cuba. *Am J Epidemiol*. 2005;162:49-56

%3'üne denk gelir. Diyabete bağlı mortalitedeki azalma hastalığın teşhisinde artma, diyabet ve komplikasyonlarını tedavi eden etkin ilaçların mevcudiyeti, tıp fakülteleri ve hastanelerinde diyabet eğitiminin düzelmesi nedeniyledir.*

Fiziksel Aktivite

Küba toplumunun çoğunluğu için fiziksel aktivite kitle transport sistemlerinin kısıtlılığı ve mekanik cihazların eksikliği nedeniyle adeta zorunludur. Cienfuegos çalışmasında haftanın çoğu günlerinde orta derece aktivite tanımlayanların oranı %93 ve şiddetli fiziksel aktivite tanımlayanların oranı ise %30'dur. Istirahat dışı enerji harcamasının ölçüldüğü bir isotop çalışmasında kırsal kesim çocuklarında yüksek seviye fiziksel aktivite tespit edilmiştir.** Küba toplumunun çoğunluğu kitle transport araçlarının yokluğu nedeniyle yaygın bir şekilde transportta bisiklet kullanmaktadır.

Diyet

Geleneksel olarak Kübalılar kalorilerinin büyük bölümünü pirinç ve bezelyeden alırlar. Et olarak temin edilebilenler domuz ve sığırdır. 1989'da Sovyetler Birliği'nin çöküşü bilindi-

* *La Situacion de las Personas Mayores*. Santiago, Chile: Comision economica para America Latina y el Caribe, Centro Latinoamericano y Caribeno de Demografia; 2003.

Salvador Alvarez MJ, Perez Paz HM. Prevalencia de diabetes mellitus en la poblacion adulta de un area de salud del municipio de Santiago de Cuba. *Rev Cubana Hig Epidemiol*. 1987;25:205-213.

Diaz-Diaz O, Hernandez M, Collado F, Seuc A, Marquez A. Prevalencia de diabetes mellitus y tolerancia a la glucose alterada, sus cambios en 20 anos en una comunidad de Ciudad de la Habana. Paper presented at: Primera reunion cientifica conjunta GLED/EDED, Programa Cientifico; 1999; Buenos Aires, Argentina

** Hernandez-Triana M, Salazar G, Diaz E, et al. Total energy expenditure by the doubly-labeled water method in rural preschool children in Cuba. *Food Nutr Bull*. 2002;23:76-81.

gi üzere 1990 tarihinde başlayan bir ekonomik krizi başlattı ve Küba'da 1991-1994 arası ortalama kalori alımı %20 azaldı. 1993 yılında kalori alımı 2899'dan 1863 kaloriye düştü. Bu düşüş 1997-2002 yılları arasında Tip 2 DM oranı ve KDH mortalitesinde düşmeyi beraberinde getirdi. Bu özel dönemde gıda ve enerji kaynaklarının azalması üzerine bu periyotta beslenme ve fiziksel aktivite ciddi oranda değişti. Hayvansal protein ve taze sebzenin kaybolması vitamin mineral eksikliği ve ardından da nörolojik rahatsızlıklara yol açtı. Hemen ardından lokal bahçeciliği teşvik eden ulusal program başlatıldı ve ardından temin edilebilirlik gittikçe düzeltildi. Sebze tüketimi bugün halen düşüktür ancak son çalışmalarda günlük sebze alımı %5 civarında haftalık alım ise %47 civarında bildirilmiştir. Diğer taraftan meyve günlük olarak toplumun en az üçte biri tarafından tüketilir, haftalık tüketim %50'dir. Tuz tüketimi hakkında bilgi yoktur.* Son çalışmalarda alkol alım oranının düşük olduğu gösterilmiştir.

Küba'da Hastalık Kontrol Öncelikleri

Koroner arterlerin ateroskleroza KDH'nin baskın formu olup yüksek derecede engellenebilir bir hastalıktır. Önleyici ve tedavi edici bilgilerin temelinde KDH elimine etme ölümlerin total yükünde %2-5 azalma anlamına gelir. Şu anda KDH ölümlerinin %80'i gelişmekte olan ülkelerde görülmekte olup global önceliklerde bir kaymanın olduğunu gösterir. Bu toplumlar kendi kaynak verilerinin ve kendi risk profillerinin temelinde, risk faktörlerini engellemede ve ve halen mevcut risk faktörleri olan bireylere yaklaşımda ve semptomatik hastaları-

* Rodriguez-Ojea A, Jimenez S, Berdasco A, Esquivel M. The nutrition transition in Cuba in the nineties: an overview. Public Health Nutr. 2002;5: 129-133.

Ordúñez P, Nieto FJ, Espinosa A, Caballero B. Cuban epidemic neuropathy, 1991-1994: history repeats itself a century after the "amblyopia of the blockade." Am J Public Health. 1996;86:738-743.

na yaklaşımda kendi stratejilerini oluşturmak zorundadır.

KDH epidemisi Küba'da tam olgunluğa ulaşmış ve ölümlerin %40'ından sorumludur. Kalp hastalığı KDH'ye bağlı ölümlerin üçte ikisinin sebebidir. Başlangıçta mortalite yükünü azaltmak için ciddi ilerlemeler başarıldı. Son 10 yılda kalp hastalığından ölüm oranı yılda %1-2 azalmaktadır. Bu oran KDH epidemisinde kontrolü başarmış çoğu ülkelerin pratikteki başarılarına yakındır. Felçten ölüm hızlarının azalmasının nedeni ise son dönemlerde hipertansiyon tedavisindeki ve kontrolündeki başarıdır. AMI'nın ve felç vakalarında hastaneye başvuru sayısı son 10 yılda gittikçe artması toplumun ortalama yaşının artması, vakaların tespit başarısı, hastaneye yönlendirilmenin artması ve ölümle sonuçlanan vakaların azalması dolayısıyladır.

Küba'da KDH'nin seyri Avrupa ve Kuzey Amerika'daki seyirden farklıdır. Avrupa ve Kuzey Amerika'da KDH yılda %1-3 düşmektedir. Uzun süren bir presipitan faktörlerin azalması sonrası felç oranları birçok endüstrileşmiş toplumda azalmıştır. Bunlara örnek ABD ve Japonya'dır. Ancak bu başarılar Küba'da gözlenen seviyelerden daha sonra gözlemlendi. KDH ve felcin mutlak seviyeleri şu an Avrupa'da gözlenen seviyeye çok yakın ancak ABD ve Kanada'dan yüksektir.*

* Gillum RF. Trends in acute myocardial infarction and coronary heart disease death in the United States. *J Am Coll Cardiol.* 1994;23:1273-1277.

Brophy JM. The epidemiology of acute myocardial infarction and ischemic heart disease in Canada: data from 1976 to 1991. *Can J Cardiol.* 1997;13:474-478.

Cooper R, Stamler J, Dyer A, Garside D. The decline in mortality from coronary heart disease, USA, 1968-1975. *J Chron Dis.* 1978;31:709-720.

Cooper R, Sempos C, Hsieh SC, Kovar MG. Slowdown in the decline of stroke mortality in the United States, 1978-1986. *Stroke.* 1990;21:1274-1279.

Howard G, Howard VJ, Katholi C, Oli MK, Huston S. Decline in US stroke mortality: an analysis of temporal patterns by sex, race, and geographic region. *Stroke.* 2001;32:2213-2220.

Thom TJ. International mortality from heart disease: rates and trends. *Int J Epidemiol.* 1989;18(3 suppl 1): S20-S28.

Küba'da, halk sağlığı sistemi toplum bazlı kombine işlemler yapar. Örneğin sanitasyon, aşılama ve bireysel medikal bakım aynı anda yürütülür. Bu yaklaşımın hem güçlü hem de zayıf yanları vardır. Sektörler arası yaklaşım olarak isimlendirilen bu yaklaşım geniş bazlı önleyici ve tedavi edici tıp arasındaki bariyerler elimine edildiği zaman kolayca yapılmaktadır. Diğer taraftan sektörler arasında denge sağlamak zor olabilir ve teknoloji bazlı çözümler daha az sofistike olan önleyici kampanyaları dışlayabilir.

Küba infeksiyon hastalıklarının kontrolünde çok ciddi başarılar elde etmiştir ki Küba polio ve kızamığı ülkesinden elimine eden ilk ülkedir ve bu strateji dünyaçapındaki kampanyalar için zemin oluşturmuş, örnek alınmıştır. Küba Amerika'da en etkin ateşli humma kontrol programı uygulamıştır. HIV/AIDS oranları çok düşüktür. Bu başarıların birincil nedeni toplumsal stratejiler nedeniyledir. Diğer taraftan KDH ve kanser gibi kronik erişkin hastalıklarına yaklaşımda önceliklerini belirleme sorunu vardır.*

Paradoksik olarak bebek mortalitesindeki azalma ve uzamış yaşam tıbbi bakımdaki ilerlemelere bağlıdır. Küba'da tüm toplumun yaşamının temel gereksinimleri çok daha önceliklidir. Eşitlik ve kapsamlılık amacı insan gelişiminde ve özellikle sağlığın gelişiminde Küba'nın başarısının temelidir.

Tüm toplumun yüksek kalitede sağlık hizmetine ulaşımı Küba devletinin en önemli politik amaçlarından biridir. KDH için özellikle tütün kontrolü ve diyet kontrol programları aracılığıyla sağlık iyileştirmede toplum sağlığı yaklaşımını ön pla-

* Mas Lago P. Eradication of poliomyelitis in Cuba: a historical perspective. Bull World Health Organ. 1999;77:681-687.

Arias J. El dengue en Cuba. Rev Panam Salud Publica. 2002;11:221-222. Susman E. US could learn from Cuban AIDS policy. AIDS. 2003;17(13):N7-N8.

Figuera MA, Villanueva OEP. *La Realidad de lo imposible; La Salud Publica en Cuba*. Havana, Cuba: Editorial de Ciencias Sociales; 1998.

na çekmiştir. Dünyada hipertansiyonun farmakolojik kontrolüne rağmen devam eden yüksek sigara içme oranı çok daha ciddi bir başarının önünde engeldir. Aynı zamanda toplumsal alanlarda sigara yasaklanması büyük oranda görmezden gelinmektedir.

Küba kişi başı 250 dolardan daha az bir yıllık sağlık bütçesi ile çok büyük başarıları ulaşmıştır. Zaten çağdaş teknoloji bazlı tıbbi bakım sistemlerinin empoze ettiği bir süreci ekonomik olarak karşılayamayacağı açıktır. KDH'de önleyici yaklaşımlar hem etkili hem de cost-effektif olup, özellikle özel teşebbüsün öncelikleri ekarte edilen toplumsal bazlı girişimlerle sonuç alınmaktadır. Küba sisteminin yegane gücü tüm popülasyonu etkileyen üst seviyede girişimlerle mümkün oldu demek tam doğru değildir. Sekonder koruma öncelikleri olarak birincil basamakta örneğin hipolipidemik ilaçların yaygın kullanımı son derece etkindir. Aynı şekilde KDH için tersiyer bakım da son derece önemli olup en cost-effective girişim tercih edilir. Sonuçta gerçek olan şey kaynak sınırlı durumlarda alternatiflerin önceliklerini belirlemektir.

Küba'da Toplumsal Hastalıklara Bakış İdeolojisi

Hastalıkların sosyal belirleyicilerinin araştırılması halk sağlığının temel meşguliyetidir. Sorgulanacak şey sosyoekonomik olumsuzluğun boyutu ve zor maddesel yaşam koşullarının büyüklüğüdür. Sosyalist ideolojide sağlık ve sosyal yapı arasında ilişki üzerine yeni boyutlar eklenmiş ve gelir eşitliği veya sosyal mülk kavramları da oluşmuştur.

Virchow, meşhur sözünde “Kitle hastalığı toplumun zıvanadan çıktığını gösterir” der. Virchow tezinde “insanların doğal çevresine iyi uyum sağlar ama eğer bir hastalık popülasyonun büyük kısmını etkiliyorsa bu normal sosyal süreçlerin bozulmasının sonucudur,” der. Alexander Semesko, Bolşevik ihtilalinin ilk yıllarında sağlık örgütünün başında olan kişi idi.

Virchow'un temel fikrini genişletmiş ve devletin görevi, toplumun sağlığını korumaktır; onu ekonominin taleplerine feda etmemektir demiştir.*

Küba'nın kendi sosyal ve politik hikâyesi onu kendisinin bir sınıfı içerisine yerleştirir ve dolayısıyla üretici güçlerin hastalıkların şekillerini nasıl belirlediğini göz önünde tutar. Küba 1959 öncesi Karayip'te birçok bağımlı ülkeden yalnızca biriydi, ancak bu en fakiri anlamına gelmiyordu ve hastalık paternleri yetersiz beslenme, yüksek bebek mortalitesi ve yaygın infeksiyöz hastalıklar şeklindeydi. Son 50 yılda Küba merkezi ekonomik planlı bir model kullanarak yeni bir toplum yarattı. Neredeyse yarım yüzyıldır devam eden USA ekonomik blokajı ve Sovyetler birliğinin dağılması yine de Küba'daki ekonomik gelişme sürecini büyük oranda yavaşlattı. Buna rağmen Küba 21. yüzyılda Kuzey Amerika ve Avrupa'da gözlenen mortalite yapısından farklı olmayan bir yapıda sağlık sistemi geliştirdi.

* Roemer MI. *Henry E. Sigerist on the Sociology of Medicine*. New York, NY: MD Publications Inc; 1960.

Wilkinson RG, Marmot M. *Social Determinants of Health: The Solid Facts*. 2nd ed. Copenhagen, Denmark: World Health Organization Regional Office for Europe; 2003.

Independent Inquiry Into Inequalities in Health. *Report of the Independent Inquiry Into Inequalities in Health*. London, England: The Stationary Office; 1998.

Macrodeterminants of health in sustainable human development. In: *Health in the Americas: 2002 Edition*. Washington, DC: Pan American Health Organization; 2002:89–132.

Technical and Scientific Publication 587. Wilkinson RG. *Unhealthy Societies. The Affliction of Inequality*. London, England: Routledge; 1995.

Berkman LF, Kawachi I, eds. *Social Epidemiology*. New York, NY: Oxford University Press; 2000.

Virchow RL. Report on the typhus epidemic in Upper Silesia. In: Rather LJ, ed. *Rudolf Virchow: Collected Essays on Public Health and Epidemiology*. Vol 1. Canton, Mass: Science History Publications; 1985:311.

Semashko NA. *Selected Works*. 2nd ed. Moscow, Russia: Meditsina Publishers; 1967.

Gelişimin farklı tarihsel yörüngeleri basit halk sağlığı sonuçlarına dönüşür. KDH epidemisinin başlaması epidemiyolojik geçişin en karakteristik özelliği olup endüstrileşmenin kaçınılmaz sonucu olarak değerlendirilmelidir. Felç ise rezidüel bir hastalık olup endüstrileşmeyi tam başaramamış toplumlar- da yaşlılardaki ölümün major sebebi olarak bu geçiş süreci- nin başında görülmüştür. Aterosklerotik KKH epidemiyolojik geçişin sonrasında kitlesel bir fenomen olarak ortaya çıkmış ve tarımsal üretimdeki artışın toplumun geniş kesimlerine düzenli olarak hayvansal ürün tüketmesini sağlayacak kadar geliştiğinde ortaya çıkmıştır. Ekonomik olarak ileri toplumlar- da diyabet endüstrileşme sonrası geç fazda ortaya çıkmış olup fiziksel aktivitede gittikçe azalma ve hazır gıdaların aşırı tüketimi ile ilişkilidir.

Endüstrileşme sonrası yerleşen yaşam stili henüz Küba kül- türüne ithal edilememiştir. Ne de serbest ticaret ve globalizasyonun toplumsal neticeleri Küba'ya yansımıştır. Global ekonomiye tam entegrasyon KDH epidemisinin tam boyutta yerleş- mesi için ortam sağlaması mutlak değildir. Kompleks karbo- hidratlar hayvansal ürünlerle yer değiştirdiğinde, yüksek tuz alımı devam ettiğinde, tütün topluma girdiğinde oluşan durum tam epideminin yerleşmesi için yeterli şartlar sağlar. Bilindiği üzere KDH epidemilerinin ortaya çıkması Sovyet Devletleri ve Doğu Avrupa'da daha dramatiktir.*

Mal ve hizmetin dağılımı ve ekonominin organizasyonunda

* Cooper R. Rising death rates in the Soviet Union: the impact of coronary heart disease. N Engl J Med. 1981;304:1259-1265.

Cooper R, Schatzkin A. Recent trends in coronary risk factors in the USSR. Am J Public Health. 1982;72: 431-440.

Cooper R, Schatzkin A. The pattern of mass disease in the USSR. Int J Health Serv. 1982;12:459-480.

Cooper R. Smoking in the Soviet Union. Br Med J. 1982;285:549-551.

Cooper RS. Epidemiologic features of recent trends in coronary heart disease in the Soviet Union. J Am Coll Cardiol. 1983;2:557-564.

farklı yaklaşımlara rağmen sosyalist devletler kronik hastalıkları engellemede yeni düşünce sistemleri geliştirmek zorunda. Vasküler hastalıklar üzerine endüstrileşmenin neticelerini ortadan kaldıran pratik girişimler yapmak zorundadır. Enfeksiyon hastalıklarında devam eden başarı geçmişinin zemininde Küba'daki sosyalist sistemin yüksek etkinlikte popülasyon zeminli girişimleridir. Bu tür yaklaşımlar kronik hastalıkları kontrol etme çabasını dramatik olarak iyileştirebilmekle birlikte henüz tam başarılamamıştır.*

KÜBA'DA BİYOTEKNOLOJİ DEVRİMİ

1960'lardan itibaren başlayan bilim insanı ve mühendis eğitilmesi sonrasında 1980'lerden itibaren biyoteknoloji gelişim için 1 milyar dolar civarı yatırım yapılmıştır. Küba biyoteknolojisi Küba ekonomisinde büyük rol oynar. Aynı zamanda biyoteknolojik ürünlerde dünya pazarında yerini almıştır. Dünya Bankası 1990 raporlarına göre Küba kendi yerli tüketiminin %80'ini karşılayacak ilaç üretimi sağlamıştır.**

Küba'nın biyotek endüstride ticari başarısının arkasında birçok yeni jenerasyon aşılar vardır. Recombinant Hepatit-B aşısı 2001'de Dünya Sağlık Organizasyonu tarafından (WHO) kalite ödülü almış olup dünya çapında 30'dan fazla ülkede satılmaktadır. Küba aynı zamanda dünyanın ilk etkin menenjitis-B (VAMENGOC-BC) aşısını üretmiş olup şu anda Brezilya, Arjantin, Kolombiya, Venezuela ve Uruguay gibi Latin Ame-

* Yach D, Hawkes C, Gould L, Hofman. The global burden of chronic diseases. Overcoming impediments to prevention and control. JAMA. 2004;291: 2616-2622.

** Lopez E, Acevedo BE, Silva R, Tormo B, Montero R, Herrera L. Development of Cuban biotechnology. Jour of Comm Biotech. 2002;9(2):147-152. Kaplan W, Laing R. Local Production of Pharmaceuticals: Industry Policy and Access to Medicines. Health, Nutrition and Population Discussion Paper. The World Bank. 2005 Jan;16.

Ernst & Young. Doing Business with Cuba: Update. Cuba Absolutely. 2007;Vol 1:55.

rika ülkelerine ihraç etmektedir. Başarılı bir süreci takiben 1999'da Britanya firması olan Glaxo-Smith-Kline Küba'nın Finlay Enstitüsü ile anlaşarak ve Küba teknolojisini kullanarak meningoccal-B aşısı üretmeye başlamış ve bu aşıları Avrupa ve Kuzey Amerika'ya dağıtmıştır.

Küba biyoteknolojisinin uluslararası kabulü gittikçe artmakta. Bu ürünler 55'ten fazla ülkenin kayıtlı ilaçları arasındadır. Yeni jenerasyon tedavi edici kanser aşıları dahil ülkenin ortalama biyotek Pazar oranı gittikçe büyümekte. 2004 itibariyle Küba 100 biyotek ürününe patent başvurusunda bulunmuş olup diğer bir 500 ürün geliştirme aşamasındadır. Küba'nın güvenlik ve araştırma standartları US FDA ve AB'deki standartlara eşit hatta daha da üstündür.*

Küba biyotek programının başarısı ülkeye birtakım suçlamaları da beraberinde getirmiştir. Mayıs 2002'de Uluslararası Güvenlik ve Silahlanma Kontrol Komitesi ikinci sekreteri John Bolton Küba'nın biyolojik silah programının olduğunu savlamış ancak bu iddia hiçbir şekilde ispatlanamamıştır. Nihayet 2003 yılında Savunma Bilgi Merkezi Küba'nın biyolojik-silah programı iddiasını muhtemel bulmamıştır. 2005'te ABD, Küba'da böyle bir program olduğuna dair kuvvetli bir delil bulamadıklarını ifade etmiştir.**

Küba Yaklaşımı

Küba biyotek endüstriyi farklılaştıran iki faktör yüksek seviyede birleşme ve bilimsel enstitüler arasında işbirliğidir ki

* Thorsteinsdottir H, Sáenz WT, Quach U, Singer PA, Daar AS. Cuba – innovation through synergy. Nature Biotechnology. Dec 2004;22 Suppl:19-24.
Fineman M. Little-known biotech industry vital to Cuba's economic future. Miami Herald. 1998 Aug 14.

** Baker G, editor. Cuban Biotechnology: A First Hand Report. Center for Defense Information. 2003.

Bureau of Verification and Compliance; US State Department. Adherence to and Compliance with Arms Control, Nonproliferation, and Disarmament Agreements and Commitments. Washington DC; 2005 Aug 30.

BWC/C/CONF V/3/Add. 7, Nov 28, 2001.

kapalı lup yaklaşımı olarak bilinir. 2004'te Doğa Biyoteknoloji-sinde bir çalışmada bildirildiği üzere araştırma enstitüleri ara-sında bilgi paylaşımı bu sistemin en önemli parçasıdır. Örneğin Hemofilus Influenza Tip-B aşısı (Hib) dünyanın ilk sentetik antijen aşısı olup 5 enstitünün işbirliği ile geliştirilmiştir. Bu enstitüler Havana Üniversitesi, Genetik Mühendisli ve Biyo-teknoloji Merkezi (CIGB), Finlay Enstitüsü, Ulusal Biyolojik Ürün Merkezi, ve Pedro Kouri Tropikal Hastalıklar Enstitüsü olup bu aşı WHO'ya uluslararası kullanım için önyeterlilik için başvurmuştur.

Küba araştırmaları fakir toplumları etkileyen hastalıklarda kullanılan aşılar öncelik verir, (örneğin tifo, kolera) ki bu aşıl ar pazarlamaya yönelik aşılar dan ziyade ihtiyaca yöneliktir. Bu uluslararası birçok ilaç firmalarının toplumsal sağlık sorunları-nı çözümünden ziyade pazarlama avantajları üzerine uğraşları-nın tam tersidir. Küba aynı zamanda jenerik ilaçlar üretmekte olup özellikle HIV/AIDS için kullanılan antiretroviraller buna örnektir ve bu ilaçlar dev uluslararası firmaların fiyatlarının cüzi bir kısmına satılmaktadır. Küba biyoteknoloji programı-nın diğer bir özelliği diğer ülkelerle ortak projeler yürütme-sidir. Kanada ve Büyük Britanya ile ortak girişimlere ilaveten Cezayir, Brezilya, Kanada Çin, Hindistan, Malezya, Melsika, Güney Afrika, Tunus ve Venezuela gibi gittikçe artan sayıda ülke ile projeler yürütmektedir. İlaveten Çin, Küba'nın biyotek projelerine major katkılarda bulunmuş ve 3 ayrı program Küba teknolojisi kullanılarak Çin'de başlatılmıştır.*

Bilimsel Kutup

Küba hükümeti 1965 yılından itibaren bilimsel araştırmalar için ulusal bir merkez kurmasına rağmen, biyoteknoloji 1986'da Genetik Mühendislik ve Biyoteknoloji Merkezi kurulu ncaya kadar Küba ekonomisinin önemli bir dalı olmamış-

* Department of Foreign Affairs and International Trade, Canada; The Market Brief: The Biotechnology Market in Cuba. Market Resource Centre. Ottawa; 2003 March.

tı. Bugün ana biyotek enstitüler, bilimsel kutba dahil olup 10 büyük merkez, 50 bağlantılı araştırma ve üretme enstitüsü ve 1500 araştırmacısı ile Küba'nın gururudur. Bu 10 merkez isimleri Center for Genetic Engineering & Biotechnology (CIGB), The Finlay Institute, Center for Molecular Immunology (CIM) The National Center for Bioproducts (CNB) Pedro Kourí Tropical Medicine Institute (IPK) Center for Immunoassays (CIE) National Center for Neurosciences National Center for Scientific Research (CNIC) National Center for the Production of Laboratory Animals (CENPALAB) National Center for Agricultural & Animal Health (CENSA)

Tablo 2. KÜBA'nın Sağlık Sistemindeki Başarıları.*

Polioyu elimine eden ilk ülke -1962
Kızamığı elimine eden ilk ülke-1996
Amerika'da en düşük AIDS oranları
Amerika'da en etkin humma kontrol programı
Kapsayıcı sağlık hizmeti: 120-160 aileye 1 hekim
Dünyada hipertansiyonun en yüksek tedavi ve kontrol oranları
Kalp-Damar hastalıkları mortalitesinde %45 azalma
Düşük infant mortalite oranları binde 5.8
Amerika için geniş kapsamlı sağlık planının geliştirilmesi ve uygulaması
Afrika ve Latin Amerika ülkelerinden gelen öğrenciler için parasız Tıp eğitimi
Özgün biyoteknoloji sektörü; ilk insan polisakkarid aşısı
52 fakir ülkede 34.000 sağlık profesyonelinin desteklenmesi
Ulusal Biyomedikal internet şebekesinin oluşturulması (INFOMED)

* Richard SC. Health in Cuba. International Journal of Epidemiology 2006.

ZEHİRLENİYORUZ!

Ahmet Özdoğan

Her geçen gün daha çok zehirleniyoruz. Şu anda ortalama 85.000 kimyasal madde dünyada bulunmakta ve her geçen yılda 1000 – 1500 madde ilave olmakta, bu da ekolojik dengeyi bozmaktadır. Kimyasal maddeler her yerde bulunabiliyor: Kozmetik ürünlerde, badanada, panjurlarda, halıda, mobilyada, deterjanlarda, pişirme kaplarında, elektronik eşyalarda, tekstil ürünlerinde, aşılar, yiyeceklerde (et, süt, tavuk), oyuncaklarda, sebze ve meyvelerde...

Bu kimyasal maddeler;

- Bağışıklık sistemini çökertiyor,
- Sinir sistemine etki ediyor,
- Kanseri yapıyor,
- Hormonal dengeyi bozuyor,
- Konsantrasyon ve bilinci etkiliyor,
- Vücudun dolaşım sistemine etki ediyor,
- Alerji, astım, kronik yorgunluk yapıyor,
- Karaciğer ve böbrek hasarına neden oluyor,
- Doğumsal anomalilere sebep oluyor.

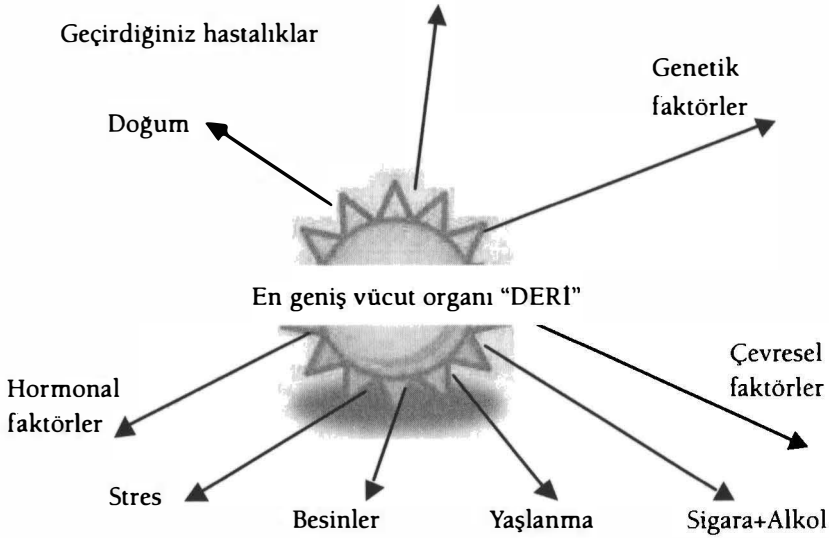
Bu zehirli maddeler özellikle çocuklarda etkili oluyor, ama birikici özellikleri nedeniyle yıllar boyu yok olmuyor ve geleceğimizi tehdit altında bırakıyor.

Peki o zaman ne yapalım? Özellikle koruyucu hekimliğe büyük destek verelim ve halkımızı sürekli olarak bilinçlendirelim. Göreceksiniz ki hastalıkların pek çoğunda azalmalar kaydedilecektir? Çağımızın en korkunç hastalığı “Kanser”. Erkeklerde özellikle “Prostat”, kadınlarda ise “Meme” kanseri başta geliyor. Prostat kanserini yapan toksinlerin başında sigara dumanı, böcek ilaçları geliyor. Meme kanserinde ise “saç boyaları, deterjanlar, böcek ilaçları, parafen içeren koltuk altı deodorantları” sayabiliriz. Ayrıca belediyelerimiz erken teşhis için mamografi kampanyaları düzenliyor, fakat mamografi bilinçsizce yapılırsa dozu nedeniyle kansere bile neden olabilir, tabii yerinde kullanılırsa çok faydalı bir radyolojik tanı aracıdır. Biz hiçbir belediyede böcek ilaçlarıyla, kozmetik ürünlerle ilgili bilgilendirici, aydınlatıcı faaliyet göremiyoruz. Sözün kısası bakış açımızı baştan değiştirmemiz gerekir, çünkü kanser ve kronik hastalıklar her geçen gün artıyor.

Kozmetiklere gelince; insanoglu doğduğu günden bu güne kadar hep yaşlanmaya karşı mücadele etmiş ve güzel kalmaya, temiz kokmaya gayret etmiştir. Dünyada kozmetik pazarı 200 milyar dolardır. Türkiye’deki pazar 2010 yılında 2.8 milyar dolardır ve Türkiye çok ciddi bir pazar olma yolunda ilerlemektedir. Vücudumuzun en geniş organı derimizdir, buraya uygulanan preparatlar cildimizin geçirgen özelliği nedeni ile doğrudan vücudumuza dağılır. Bir araştırmada kozmetiklerde koruyucu olarak kullanılan BHT (buthylated hydroxytoluen)’in %13’ünün ciltten emildiği gösterilmiştir. Ayrıca kokulara baktığımızda içeriğinde değişik kimyasallar bulunduğunu görürüz, hâlbuki bu binlerce kimyasaldan %84’ünün insan üzerindeki toksik etkileri test olunmamıştır. Kozmetik ürünler sonuçta kimyasal maddelerdir, bu da durumun ne kadar tehlikeli olduğunu gösterir. Şimdi doğuştan bugüne kadar derimize etki eden faktörlere bakalım.

DOĞUŞTAN CİLDİ ETKİLEYEN ANA FAKTÖRLER

Yanlış kozmetik ürün kullanımı



Bu kadar etmenin olduğu bir yerde tek bir madde sizin kırışıklığınızı veya sarkmanınızı iyileştirmez, çünkü bana göre, yaşlılık kronik bir iltihaplanmadır, bu nedenle orada çok çeşitli faktörler rol oynar. Yapılması gerekenler doğru beslenme, iyi uyku, doğru kozmetik kullanımı, stresin azaltılması, kişiye özgü kozmetik uygulaması, vb.dir. Şimdi çok sık kullanılan kozmetik ürünlerdeki kimyasalların yaptıkları zararlara bakalım.

ŞAMPUANLAR: Sentetik deterjan içerdikleri için göz yanması, deri tahrişine, cilt hassasiyetine sebep olabilirler. Kepek şampuanlarındaki “formaldehit potansiyel” kanserojen maddedir. “Recerchinol” içeren şampuanlarda ise baş dönmesi, yorgunluk, solunum zorluğu, terleme olabilir. Şampuanların içinde “Lauryl sulfat, EPTA, DEA, TEA” varsa tercih etmeyin.

DIŞ MACUNLARI: Floridli diş macunları özellikle ufak çocuklarda ve yaşlı kişilerde teklikelidir, çünkü bunların içine tatlandırıcı koyarlar, bu nedenle insanlar bunları yutar. Flor fazlası “bağışıklık sistemini çökertir, kanserojendir, sinir, endokrin ve kemik sistemini etkiler, mide bulantısı, karın ağrısı” yapar. Onun için devamlı diş hekimiyle bağlantı kurun ve mümkün olduğu ölçüde florsuz diş macunu kullanın.

SAÇ BOYALARI: Koyu siyah, kahverengi ve kırmızı renkli boya ve permaların “lenf kanseri – kan kanseri” yapma riski taşıdığı söylenmektedir. Perma ve yarı perma saç boyalarında ayrıca “meme kanseri” riski de mevcuttur. Özellikle “hamilelikte asla saç boyanmamalı”dır, gerçek organik saç boyaları tercih edilmelidir.

DEODORANTLAR – TER ÖNLEYİCİLER: Bunların içinde bulunan maddeler deri tahrişine neden olabildiği gibi, vücutta alüminyum konsantrasyonu’nun artmasına bağlı olarak “beyin hasarlanması ve Alzheimer”e sebep olabilirler. Ayrıca bunlardaki koruyucu madde olan paraben meme kanserine sebep olabilir, bunların yerine bildiğimiz “karbonat” koltuk altında kullanılabilir.

TRAŞ LOSYONLARI: Özellikle kokuların kimyasal (sentetik) olması dolayısı ile “alerji, astım, deri göz tahrişi”ne neden olabildikleri, “kanseri yapıcı ve merkezi sinir sistemini etkileyici” tehlikeleri bulunduğu gözden uzak tutulmamalıdır. Bugün traş losyonu aldığımızda içindeki bazı maddeler dolayısı ile “karaciğer ve böbrek hasarı, pankreas kanseri, baş ağrısı ve cilt kuruması” yapabileceğini düşünelim. Sadece Türk Böbrek Vakfı’na başvurmuş 20.000 hasta var, böbrek nakli için bekleyen, bunları unutmayalım.

GÜNEŞ KREMLERİ, YAĞLARI, LOSYONLARI: Bu ürünlere baktığımızda, biz bu ürünleri niye kullanmalıyız, diye düşünmeliyiz. Bu ürünler güneş koruma faktörlerine göre sınıflanırlar, genelde SPF – 15 ve yukarısı kullanılır. Bunlarda ana

gaye güneş yanığından korunmaktır, çünkü genelde UVB'ye etki eder. Hâlbuki kanser yapan UVA'dır. O nedenle bu kremleri alırken eczaneye mutlaka sormalıyız, ayrıca özellikle saat "11:00 ile 15:00" arasında yağ kullanmadan en az "5-10" dakika güneşte durmalıyız. Ayrıca yağ sürsek bile güneşte fazla kalmamalıyız, çünkü güneş deriyi yaşlandırır. Ayrıca bu kremlerin içindeki katkı maddeleri birikicidir ve anne sütüne geçebilir.

Kozmetik ürünler içerisinde en toksikleri; "RUJLAR, Rİ-MEL, TALK PUDRASI"dır. Bunları seçerken mutlaka eczacılara danışalım, mümkün olduğu kadar organik ürün, kişiye özel ürün kullanalım. Organik ürünlerin özellikle kokusuna dikkat edelim, ürün organik- koku sentetik olabilir. Kapağı açık ürün almayalım, ürünün üzerindeki kimyasal maddeleri araştıralım, defalarca soralım. Ürünü sıcak ve güneş gören yerde tutmayalım, test yaparak alerji yapıp yapmadığını kontrol edelim. Hiçbir zaman alacağımız tek bir ürün veya maddenin bizim bütün hayatımızı değiştirerek yaşlanmayı önleyeceğini düşünmeyelim.

SAĞLIK HAKKI VE SENDİKAL GÜNAHLAR

Atilla Özsever

Aslında konunun başlığı, “Sağlık ve Sosyal Güvenlik Haklarının Kaybında Sendikaların Günahları” şeklinde olacaktı, uzun olması nedeniyle “Sağlık Hakkı ve Sendikal Günahlar” şeklinde kısalttık. Sağlık hakkı, temel bir insan hakkı olarak anayasanın da teminatı altında bulunmaktadır. Ancak teori ve mevzuattaki bu durum, yaşam pratiği ile uyuşmamaktadır. 1980 sonrası neoliberal politikaların uygulandığı ülkemizde, sağlık ve sosyal güvenlik hakları giderek daralmakta ve kısıtlanmaktadır.

Özellikle 2002’de iktidara gelen Adalet ve Kalkınma Partisi (AKP), 10 yıllık süreçte sağlık ve sosyal güvenlik alanındaki haklarda ciddi kayıpların meydana gelmesine neden olmuş, sosyal devlet anlayışının da tasfiyesini hızlandırmıştır. Bu 10 yıllık AKP döneminde (2002-2012), en büyük hak kayıplarının sağlık ve sosyal güvenlik alanında yaşandığı söylenebilir.*

AKP’nin temsil ettiği sınıflar ve Dünya Bankası, IMF gibi uluslararası sermayenin örgütlerinin politikalarına bağlılığı açısından bu partinin emek karşıtı politikaları uygulaması doğal sayılabilir. Doğal olmayan ise, emeğe yönelik bu saldırı-

* Koç, Y. AKP ve Emekçiler, 2002-2012, Epos Yayınları, Ankara, 2012, s. 273.

lar karşısında emek örgütlerinin pasif kalması, yeterli tepkiyi göstermemesi, hatta bazılarının siyasal iktidarla işbirlikçi bir tutum içersine girmesidir.

Bu çalışmamızda, 10 yıllık AKP iktidarı döneminde sağlık ve sosyal güvenlik alanındaki hak kayıplarını ve emek örgütlerinin, sendikaların bu hak kayıpları karşısındaki tavır ve tutumlarını ortaya koymaya çalışacağız.

Önce SSK Hastaneleri Gitti

AKP iktidarı, Dünya Bankası'nın öngördüğü "Sağlıkta Dönüşüm Programı"nı uygulamaya koyabilmek için öncelikle SSK hastanelerinin elden çıkarılmasını hedef seçti. Bu amaçla SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devri gündeme geldi.* Başlangıçta, sigortalı hastaların SSK hastanelerinde randevu alma güçlüğü, ilaç kuyrukları, ameliyatların çok ileri tarihlere atılması, yatarak tedavinin zorlaşması, hastalara kötü muamele gibi nedenler, devir işleminin alt yapısını hazır hale getirdi. Böyle bir uygulama, hem sigortalılar nezdinde, hem de kamuoyunda pek olumsuz bir etki yaratmadı. Hatta AKP Hükümeti'nin bu politikası, destek bile buldu.

Önce büyük illerdeki kimi SSK dispanserleri kapatıldı, sağlık hizmeti zorlaştı, hizmet satın alınması nedeniyle maliyetler arttı, ilaçların karşılanmasında gecikmeler oldu. SSK'lı hastalar, özel hastanelerden sevksiz yararlanacakları müjdesiyle ek muayene ücreti ödemek zorunda kaldılar.

Aslında SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devir edilmesinin ardında, çalışanların sosyal güvenlik haklarının giderek tasfiyesi amaçlanmaktaydı. Dünya Bankası ve IMF'nin yönlendirmesi doğrultusunda, yaş ve prim ödeme gün süreleri artırılarak emeklilik hakkı çok ileri bir tarihe uzatılırken, sağlık hakkının da piyasalaştırılarak paralı hale getirilmesi hedefleniyordu.

* Özsever, A. "Sosyal Güvenlikte 'Karşı Reform' Süreci", Alpaslan Işıklı'ya Armağan, Mülkiyeliler Birliği Vakfı yayını, Ankara, 2009, s. 438.

SSK, neoliberal sağlık politikalarına bir engel teşkil ediyordu. şöyle ki bu kurum, çok ucuza hizmet üretiyor, piyasadaki fiyat düzeyini düşürüyordu. Fabrikasında ürettiği ilaç maliyeti de, piyasanın onda biri kadardı. Nitelikli bir sağlıkçı kadrosuna sahipti. Büyük ölçüde işçinin primleriyle oluşturulmuş bina, tesis ve donanımları vardı. Ülke nüfusunun yarısına hizmet verdiğinden, bu anlamda özel sektörün müşterisini engelliyordu.

Bu aşamada, Genel Sağlık Sigortası altındaki uygulamayı hayata geçirebilmek için SSK hastaneleri elden çıkarılarak kurum dışarıdan daha çok hizmet satın alan, ilaç ihtiyacı bulunan, hastalarının bir kısmını özel hastanelere gönderen bir organa dönüştürülecekti, özel sektör de bundan nemalanmış olacaktı.

Türk-İş'ten Cılız Bir Tepki

Tüm bu gerçekler ortada iken, işin asıl sahibi olan sendikalar ne yaptı? Neoliberal politikaları benimseyen hükümetlerin böyle bir sağlık politikası uygulayacağı başından beri belliydi. O nedenle bu tarz hükümetleri eleştirmeden önce, SSK'nın gerçek sahibi olan işçilerin örgütleri, sendikalar gerekli tepkiyi gösterdi mi diye sormak gerekir. Sendikalar, SSK'yı savunmak için ne çaba harcadı, gerçekleri ortaya koyarak toplumu aydınlatıp kamuoyunu yanına çekmeye çalıştı mı, alternatifler üretebildi mi?

Yine önce Aralık 2003'te yapılan Türk – İş Genel Kurulu'na kadar gidelim. Başbakan Tayyip Erdoğan, sert bir üslupla delegelere, bir anlamda işçi sınıfına meydan okudu. Başbakan Erdoğan, "Siz Türkiye'nin tamamı değilsiniz. Türkiye 70 milyon. Ben sizin kürsünüzden 70 milyona sesleniyorum," dedi. Arkasından SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devredileceğini belirterek, hizmet satın alınması yoluyla sağlığın da zaman içinde özelleştirileceğini ima etti. İşçilerin parası ile kurulan

SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devrine Türk-İş kongresinde ciddi bir tepki gösterilmedi, sadece birkaç cılız ses çıktı.

Böylece Başbakan Erdoğan, SSK hastanelerinin devrinde işçi sınıfının en büyük örgütü olan Türk – İş'in de tepkisini ölçmüş oldu. Yeterli bir tepki görmeyince Şubat 2005'te de devir işlemini başlattı.

Emek Platformu, sendikalar, bu süreçte yani hastanelerin devrinden önce birkaç basın açıklaması yaptılar, binlerce kişiyi toplayacakları yerde sadece 100 – 200 kişiyle toplanabildiler. Zaten sağlık hizmetleri aksadığı için işçiler de devir işlemine pek fazla karşı çıkmıyordu. Sendikalar, hizmetlerin neden aksadığını, ne yapılması gerektiğini somut düzeyde ortaya koymadı. İşçi örgütleri, tabip odalarının bu konudaki girişimlerine de yeterince destek vermedi.

On binlerce personeli ile o yıllarda 34 milyona yakın sigortalı, emekli ve yakınına sağlık hizmeti götüren bu dev kuruluşlara sahip çıkılmadı. SSK Yönetim Kurulu'ndaki işçi temsilcisinden bile en küçük bir protesto açıklaması yapılmadı. Sadece üst düzey sendika yöneticilerinden değil şube düzeyinde, tabandaki işçiden de ciddi bir ses çıkmadı, tepki gösterilmedi.*

1980 Öncesindeki Sendikaların Tutumu

Sendika üyesi sigortalı işçiler, özellikle 1980 öncesinde SSK sağlık tesislerinde herhangi bir sorunla karşılaştıkları zaman sendikacılarına başvururlardı. Ameliyat için kan temini, hastanedeki işlerin kolaylaştırılması, sendika misafırhanesinde konaklama, hekimden randevu alma gibi sorunlarda sendikacılar bizzat devreye girer, üyelerinin sorunlarını çözmeye çalışırlardı. Sağlık veya başka bir nedenle sigortalının veya yakınlarının ölümü karşısında sendikanın ambulansı cenaze naklinde parasız olarak kullanılırdı.

* Koç, Y. Türkiye'de İşçi Sınıfı Tarihi, Osmanlı'dan 2010'a, Epos Yayınları, Ankara, 2010, s. 203, 204.

1980 öncesi sağlık ve sosyal güvenlik alanında yoğun olan bu sendikacı-üye ilişkisi, biraz daha azalmakla birlikte 2000'li yıllarda da devam etti. Ancak 2005'te SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devri sırasında sendikacılar bu kendi hastanelerini koruyamadılar.*

5510 Sayılı Yasa Gündeme Geliyor

SSK hastanelerinin devrinden sonra sağlık ve sosyal güvenlik haklarında temel hak kayıplarına yol açacak olan 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu gündeme geldi. Bu yasa tasarısı gündeme geldiğinde Emek Platformu'nun pek ciddi bir tepkisi gözüküyordu. Sendikaların etkili bir eylemi söz konusu değildi. Emek Platformu'na bağlı örgütler, eylem açısından da samimi olmadıkları gibi "vitrine oynar" bir durumdaydılar. Sendikacılar risk almıyor, sendikacılığı bir rant kapısı olarak görüyor, kimi zaman göstermelik eylemlere bile gelmiyorlardı. İşçi tabanının da sendika yöneticilerine güveni yoktu.

Oysa Aralık 2005'te Belçika'da hükümet emeklilik yaşını 58'den 60'a çıkarmak istedi. 12 milyonluk Belçika'da 2.5 milyon üyesi bulunan sendikalar, 24 saatlik genel grev yaptı, hükümet tasarıyı geri çekmek zorunda kaldı.

2006 yılında TBMM'de görüşülen 5510 sayılı yasa daha sonra zamanın Cumhurbaşkanı Ahmet Necdet Sezer tarafından veto edildi. Anayasa Mahkemesi sürecinden sonra tekrar Meclis gündemine geldi, bu arada 2007'de genel seçimlerin olması nedeniyle ertelendi. Sonuçta yasa 2008'de yeniden TBMM'de görüşülmeye başladı.**

* Koç, Yıldırım. a.g.e., s. 205.

** Öztürk, O. - Çelik, A. Sosyal Güvenlikte Hak Kaybı Dönemi, Türk Tabipleri Birliği yayını, İstanbul, 2008, s. 8.

Emek Hareketinin Tavrı

Yasa TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu'nda tartışılmaya başlarken Emek Platformu nihayet harekete geçti. Platform, 13 – 14 Mart 2008 günleri iki saatlik bir uyarı eylemi yaptı. Hükümet bu iki saatlik uyarı eylemi karşısında bile geri adım atarak müzakere etmeyi kabul etti. Önce uzmanlar düzeyinde yapılan toplantıdan sonra Emek Platformu temsilcileri, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı Faruk Çelik'le bir araya geldi.

Emek Platformu'nun "kırmızı çizgileri" belliydi. Beş temel kırmızı çizgi şöyleydi: Emeklilik yaşı 58-60'da kalmalı, prim ödeme gün süresi de 7 bin gün olarak sürmeli, emekli aylığı hesabındaki güncelleme katsayısında gelişme hızının yüzde 100'ü dikkate alınmalı, aylık bağlama oranları düşürülmemeli ve bazı işkollarında geçerli olan yıpranma hakkı devam etmelidir.*

Emek Platformu'nda Çatlak

24 Mart 2008'de Bakanlık temsilcileriyle Emek Platformu başkanları arasında yapılan toplantıdan sonra Bakan Çelik'in ifadesiyle "yüzde 80 – 90 anlaşmaya varılmıştı." Bakan Çelik'in açıklama yaptığı sırada Emek Platformu başkanları herhangi bir itirazda bulunmadılar. Platform adına tek açıklama yapan Türk-İş Genel Başkanı Mustafa Kumlu, üç-dört konu hariç anlaşmaya varıldığını ifade etti.

Ancak daha sonra görüldü ki, Emek Platformu'nun kırmızı çizgileri olarak bilinen 5 konudan sadece prim ödeme gün süresinde belli bir mutabakat sağlanmıştı. Prim ödeme gün süresi 9 binden 7 bin 200'e indirilmişti. Ancak bunun da pek anlamı yoktu. Çünkü 65 yaş şartı kaldığı için 20 yaşında işe başlayan bir sigortalı, 7 bin 200 günü (20 yılı) doldurduğu zaman 40 ya-

* Özsever, A. "Sosyal Güvenlik ve SSGSS Yasası Sonuçlarının Değerlendirilmesi", Almanak 2009, Sosyal Araştırmalar Vakfı (SAV) Yayını, İstanbul, 2010, s. 221.

şına geldiği halde emeklilik hakkını kazanamayacaktı. 60 yaşı ve kademeli olarak 65 yaşı beklemesi gerekecekti.

Diğer temel konularda da AKP Hükümeti'nin dediği olmuştu. Emeklilik yaşı kademeli olarak 65'te kaldığı gibi güncelleme katsayısının hesabında gelişme hızının yüzde 100'ü değil yüzde 30'u dikkate alınacaktı, aylık bağlama oranları nispi olarak düşürüldü, yıpranma hakkı da kaldırıldı.*

Bu arada 24 Mart 2008'deki toplantıdan önce Türk-İş ve Hak-İş başkanlarıyla Çalışma Bakanı Çelik'in özel bir görüşme yaptığı ve 24 Mart'taki toplantıda bu özel görüşmedeki uzlaşmanın dışına çıkılmadığı ifade edildi.

1999'daki ilk hak kayıpları getiren sosyal güvenlik yasasına karşı da Emek Platformu, 24 Temmuz 1999'da Ankara Kızılay Meydanı'nda büyük bir miting yapmış, yeni işe girenler açısından emeklilik yaşının 50-55 olmasını ve mevcut çalışanlar açısından da yumuşak bir geçiş sürecini benimsemişti. Ancak daha sonra zamanın Çalışma Bakanı Yaşar Okuyan ile Türk-İş Genel Başkanı Bayram Meral arasında yapılan görüşme sonrasında 58-60 yaşta uzlaşmaya varılmıştı. Emek Platformu'nun diğer üyeleri bu uzlaşmaya tepki gösterirken Bayram Meral, "İsteklerimizin yüzde 95'i kabul oldu, sadece 58-60 yaş için genel greve gidemezdik," demişti. Aslında Türk-İş, emeklilik yaşındaki 7 yıllık hak kaybını onaylamıştı.**

1 Nisan 2008 Eylemi

5510 sayılı yasayla ilgili olarak Emek Platformu'nun temel taleplerinin kabul edilmediğini belirten DISK, KESK, Türk Tabipleri Birliği (TTB), Türkiye Mimar ve Mühendis Odaları Birliği (TMMOB) ve Türk Diş Hekimleri Birliği (TDB) 1 Nisan 2008'de ayrı bir eylem yaptı. Platformun Türk-İş, Hak-İş, Türkiye Kamu-Sen ve Memur-Sen kanadı, bu eylemlere katılmadı.

* Özsever, A. a.g.m., s. 222.

** "Türk-İş, yedi yıllık hak kaybını onayladı", 2 Ağustos 1999, Milliyet Gazetesi.

Türk-İş yönetimi, “Gerektiğinde sadece kazanımlar için eylem silahını kullanacağız,” şeklinde bir açıklama yaptı.

Tüm bu gelişmelerden sonra 5510 sayılı yasayla ilgili meclis görüşmeleri sürerken Türk-İş’e bağlı 10 sendika, konfederasyonun tutumunu eleştirerek 6 Nisan 2008’de Kadıköy’de yapılacak mitinge katılma kararı aldı. DISK, KESK, TTB, TMMOB ve TDB’nin düzenlediği mitinge katılma kararı alan Türk-İş üyesi 10 sendika şunlardı: Ağaç-İş, Basın-İş, Deri-İş, Türkiye Denizciler Sendikası, Hava-İş, Kristal-İş, Liman-İş, Petrol-İş, Tezkoop-İş ve Tümtis. Bu mitinge ayrıca yine Türk-İş üyesi Harb-İş ve Yol-İş sendikaları da katıldı.*

Avrupa’daki Sendikaların Tavrı

Türkiye’de sosyal güvenlik alanındaki hak kayıplarına karşı emek hareketinin topyekün, kapsamlı, ciddi bir mücadelesi söz konusu olmazken Avrupa ülkelerinde önemli mücadeleler yapıldı. Almanya, İtalya, İspanya, İngiltere ve özellikle Yunanistan ile Fransa’da büyük protesto hareketleri oldu. Fransa’da Eylül – Ekim 2010 aylarında, 60 günde 6 kez genel grev yapıldı, hayat felce uğradı. Türkiye’de kamu emekçilerinin 25 Kasım 2009’da bir günlük eylemi bağlamında Eskişehir’de bazı trenlerin çalışmaması üzerine kimi yolcuların makinistlere fiili saldırıda bulunması dikkat çekerken Fransa’da ise halkın yüzde 71’i genel grevi destekliyordu.

Yine Fransa’da emeklilik yaşının 2018’e kadar 60’tan 62’ye yükseltilmesini öngören yasa tasarısı, 3 milyon emekçi tarafından protesto edildi. Lise öğrencileri bile 45 yıl sonraki emeklilik yaşları için eyleme katıldı. Fransa’da iktidarda bulunan Cumhurbaşkanı Sarkozy, sosyal güvenlikle emeklilik yaşının yükseltilmesi dahil işsizlik ödeneğinin azaltılması, sağlık harcamalarının kısıtlanması gibi politikaları nedeniyle 2012’deki seçimleri kaybetti.

* Özsever, a.g.m., s. 223.

Kuşkusuz Türkiye açısından şöyle bir tespiti yapmakta da yarar vardır: Sosyal güvenlikte sermaye yanlısı reformlar, sendikal hareketin pek etkili olmadığı bir ortamda gerçekleştirilmeye çalışıldı. Nitekim ülkemizdeki aktif nüfusun ancak yüzde 6'sı sendikalıdır.

5510 Sayılı Yasadaki Hak Kayıpları

Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu olarak ifade edilen 5510 sayılı yasanın sosyal güvenlik ve sağlık alanındaki hak kayıpları şöyle sıralanabilir:*

- a) Yeni işe girecek olan kadınlar 58, erkek sigortalılar ise 60 yaşında emekli olacak. Emeklilik yaşı 1 Ocak 2036 ve 31 Aralık 2037 tarihleri arasında kadınlarda 59, erkeklerde 61 olacak. Bu tarihten sonra emeklilik yaşı kademeli olarak artacak ve 2048 yılında kadın ve erkekler için 65'te eşitlenecek.
- b) Prim ödeme gün süresi 7 binden 7 bin 200 güne çıkarıldı.
- c) Gazeteci, postacı, gemi adamı, infaz memuru, uçuş personeli, tren makinistleri gibi meslek sahiplerine tanınan yıpranma hakkı kaldırıldı.
- d) Emekli aylığı bağlama oranı, yeni işe girenler açısından her yıl için yüzde 2 oranında uygulanacak. Eskiden bu oran Emekli Sandığı'nda yüzde 3, SSK ve Bağ-Kur'da ise yüzde 2.5 idi. Yasa öncesinde SSK ve Bağ-Kur'da emekli aylığı bağlama oranı yüzde 65 iken, bu yasa sonrasında yüzde 50'ye kadar düşecek.
- e) Emekli aylığının hesaplanmasında kullanılan güncelleme katsayında GSMH'nin, yani refah payındaki artışın yüzde 100'ü değil yüzde 30'u dikkate alınacak.
- f) 30 Nisan 2008'den sonra ilk defa sigortalı olanlar, emekli iken prim ödeyip emekli aylıklarını alamayacaklar, emekli olup çalıştıkları takdirde emekli aylıkları kesilecek.

* Özsever, A. "Sosyal haklara tırpan", 12 Mayıs 2011, Cumhuriyet Gazetesi.

- g) Çalışarak ücret alan ya da Sosyal Güvenlik Kurumu'ndan aylık alan çocuksuz dul eşe bağlanacak olan ölüm aylığı oranı yüzde 75'ten yüzde 50'ye düşürüldü.
- h) Sağlıktaki muayene ücretleri devlet hastanelerinde 8 TL, özel hastanelerde ise 15 TL olarak belirlendi.
- i) İşsiz kalanların 6 ay süreyle sağlık hizmetlerinden yararlanma süresi 3 aya indi.
- j) Brüt asgari ücretin üçte birinden fazla geliri olanlar zorunlu olarak Genel Sağlık Sigortası primi ödeyecek. Prim ödeymeyen sağlık hizmeti alamayacak.

İki Yıllık Değerlendirme

1 Ekim 2008'de yürürlüğe giren 5510 sayılı yasanın ikinci yılına ilişkin yapılan değerlendirmede de şu konular dikkati çekmektedir:

- a) 18 Eylül 2009'da yapılan yeni düzenlemeyle muayene ücretleri birinci basamak sağlık kurumlarında 2 TL, devlet hastanelerinde 8 TL, özel hastanelerde ise 15 TL olarak belirlendikten sonra yargı kararı sonucu birinci basamaktaki muayene ücretleri iptal edilmiş, ancak diğerlerinin uygulamasına devam edilmiştir. Üstelik daha önce muayene için hiçbir ücret ödemeyen SSK'lı aktif çalışanlar, yeşil kartlılar, kamu çalışanları ve emeklileri ile aile bireyleri de şimdi bu ücretleri ödemek zorunda kalmaktadır.
- b) Hastanelerdeki muayene katılım paylarının belli bir kısmı maaştan kesilirken 3 TL'si de eczanede elden alınmaktadır. Her hekimin muayenesi için de ayrı ayrı katkı payı ödenmektedir.
- c) Ayrıca yatarak tedavi hizmetleri için de katılım payı ödeme zorunluluğu getirilmiştir.
- d) Yine vakıf üniversiteleri ve özel hastanelerdeki sağlık hizmetleri için belli oranda bir "ilave ücreti" getirilmiş, 2009'da özel hastanelere başvuran tüm vatandaşlar için yüzde 30

oranında uygulanan ilave ücret tavanı, 2010 yılbaşından itibaren kademeli olarak yüzde 70'e kadar artırılmıştır.

- e) Acil servislere başvuranların sayısı giderek artmaktadır. Katkı payı ödemek istemeyenler ve bu parayı ödeme gücü olmayan vatandaşlar, katkı payı alınmayan tek sağlık birimi olan acil servislere yığılmaktadır. Acil servislere başvuranların toplam başvurular içersindeki payı yüzde 27 olup bu oran diğer ülkelere göre oldukça yüksek bir orandır. 2005 yılında acil servislere başvuran hastaların yüzde 65'ini acil olmayan vakalar oluştururken bu oran günümüzde yüzde 70'lere ulaşmıştır.
- f) GSS uygulamasının yürürlüğe girmesiyle birlikte Yeşil Kartlılar, sadece kamu hastanelerinden yararlanacak, üniversite ve özel hastanelere gittiklerinde ilave para ödemek zorunda kalacaklardır. Sağlık Bakanı'nın 17 Şubat 2010 tarihli açıklamasına göre, Türkiye'deki Yeşil Kartlıların sayısı 9 milyon 541 bin 791'dir. Yeşil Kartlıların 2007 yılındaki giderleri 3.9 milyar TL iken bu miktar 2009'da 6.4 milyar TL'ye yükselmiş, 2010 yılında da 7 milyar lirayı aşmıştır.
- g) 18 yaşından küçük çocuklar, anne veya babası GSS kapsamında ise onun üzerinden muayene olabilecektir. 18 yaşını tamamlamış ve okumayan çocuklar ise anne-babaları üzerinden sağlık hizmetinden yararlanamayacak, ancak kendisinin GSS'li olması gerekecektir.*
- h) Öte yandan üç sosyal güvenlik kurumunun emeklilik ve sağlık hizmetlerini "tek çatı" altında birleştirip norm ve standart birliğini sağlamayı amaçlayan yasal düzenlemeler, emekliler arasındaki eşitsizliği de giderememiştir. Ocak 2003'te SSK taban emekli aylığı 332 TL iken Emekli Sandığı bünyesindeki en düşük memur aylığı 395 TL idi. Arada 63 TL'lik bir fark vardı. Temmuz 2010'de en düşük SSK

* "Kriz, Sağlık ve Sosyal Güvenlik Raporu", SES (Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası) Broşürü, 2009.

emekli aylığı 695 TL. oldu, en düşük memur aylığı ise 846 TL'ye yükseldi. Aradaki fark 151 TL'ye çıktı. Ocak 2011'de en düşük SSK emekli aylığı 760 TL oldu, en düşük memur emekli aylığı 880 TL'ye çıktı. Aradaki fark yine 120 TL dolayındaydı.

Torba Yasa'daki Hak Kaybı

Şubat 2011'de yasalaşan ve Torba Kanunu olarak ifade edilen 6111 sayılı yasada da sağlık hakkı açısından kayıp söz konusu oldu. Yasa göre, 1 Ocak 2012'den itibaren özel sektörde kısa süreli çalışanların boşta geçen günlerine ait GSS primi artık kendisi tarafından ödenecektir. Kamuda çalışanlar açısından ise böyle bir uygulama yapılmamaktadır.*

Torba Yasa'da sadece sağlık hakkı açısından değil stajyer çalıştırılmasının yaygınlaştırılması ve ücretlerinin düşürülmesi, belediye işçilerinin sürgün niteliğindeki tayini, iş yavaşlatan memurun işten çıkarılması, işsizlik fonundan sermayeye kaynak aktarılması gibi emek karşıtı birçok madde yer aldı.

Torba Yasa'ya karşı da Türk-İş, Kamu-Sen ve Memur-Sen ciddi bir tepki göstermedi. Tepki yine DISK, KESK, TTB ve TMMOB'un etkinlikleri ile sınırlı kaldı. Eğer Türk-İş, bu dört emek ve meslek örgütünün eylemlerine destek verseydi, AKP'ye daha fazla geri adım attırılabilirdi. Çünkü Torba Kanunu'nun yasalaşması sürecinde Türk-İş'in TBMM'deki kulis faaliyetleri sunucu AKP de, Haziran 2011 seçimlerini düşünerek esnek çalışma, deneme süreleri ve denkleştirmeye ilişkin üç maddeyi geri çekti. Kuşkusuz burada eylem yapan sendikaların ve Meclis'teki muhalefetin de belli bir etkisi oldu.

Katkı Payları Artıyor

Sosyal Güvenlik Kurumu'nun (SGK) 8 Mart 2012'de yürürlüğe giren Sağlık Uygulama Tebliği ile katkı payı alanındaki

* 12 Mayıs 2011, Cumhuriyet.

Ücretler artırıldı. Aile hekimlerince yazılan reçetelerde 3 ilaç için 3 TL, ten fazla her kutu için de 1 TL cret alınması, 10 gün içinde tekrar muayeneden 5 TL. ek ödeme, hastanelerin acil servislerinde 5-8 TL cret bedeli, özel hastanelerde 40 TL'den başlayan muayene katılım payları devreye girdi. Artık muayenede katılım payı, reçete bedeli, ilave ücret, 10 gün içinde ikinci defa geldin, ek para, ilaçta katkı payı, yatak creti gibi uygulamalar başladı.*

Başta Türk Tabipleri Birliği (TTB) olmak üzere sağlık örgütleri, bu uygulamaların sağlıkta bir "soygun sistemi"ne dönüştüğünü ne sürdü. TTB'nin yanı sıra Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası (SES), Devrimci Sağlık-İş, Türk Diş Hekimleri Birliği, Türk Hemşireler Derneği gibi sağlık meslek örgütlerinin katılımı ile sağlık hakkı meclisleri oluşturuldu. Bu meclislere diğer sendikalar, meslek örgütleri, siyasi partiler, hasta hakları dernekleri, yerel inisiyatifler, mahalle dernekleri gibi kuruluşların da katılımı ngrld.

11 Mart 2012'de Ankara'da toplanan Türkiye Sağlık Hakkı Meclisi, bir dizi karar aldı. Bu meclis, öncelikle katkı ve katılım paylarının ödenmesini reddeden, bu tür sağlık harcamalarının genel vergilerden karşılanmasını öngören bir kampanyanın başlatılması kararını benimsedi.

Türkiye Sağlık Hakkı Meclisi'nin aldığı diğer bazı kararlar da şöyle: Genel Sağlık Sigortası primini ödeyemeyen hastalar, hastane kapılarından geri evrilmesin, özel hastanelerde alınan ilave ücretler kaldırılınsın, devlet hastaneleri kamu hastane birlikleri adı altında şirket hastanelerine dnştrlmesin, sağlıkta taşeron çalışma yasaklansın, sağlık çalışanlarına güvenceli, toplu sözleşmeli grev hakkı verilsin, bütün insanların doğuştan kazandığı temel bir hak olan sağlık hizmetleri, herkes için eşit, ulaşılabilir, nitelikli ve parasız olsun.**

* Özsever, A. "Soyguna karşı Sağlık Meclisi", 9 Mart 2012, Yurt Gazetesi.

** Özsever, A. "Katkı payı cuntadan, artırılması AKP'den", 19 Mart 2012, Yurt Gazetesi.

Yasa gereği 1 Ocak 2012'den itibaren herkesin GSS primi ödemesi zorunlu hale geldi. Sadece aylık geliri asgari ücretin üçte birinden az olan, yani 295 TL'den az olanın primini devlet ödeyecek. Bunun için de bir gelir testinin yaptırılması zorunlu. Sefalet ücreti bile sayılmayacak olan 295 TL gelir ya da harcaması olmadığını ispat edemeyenler GSS primi ödemek zorunda kalacak.

Muayene katılım payı, ilaç katkı payının sürekli arttığı bir ortamda her ay en az 35 TL GSS primi ödemeyenler hastane kapısından giremeyecek. Sağlık hakkı meclisleri, öncelikle bu sağlık politikalarını ve GSS'yi teşhir edip Türkiye çapında bir imza kampanyasının başlatılmasını önerdi. Yine GSS ile ilgili ülke çapında bir referanduma başvurma kararı gündeme alındı.

İstanbul Sağlık Hakkı Meclisi de, 7 Mart 2012 günü Haydarpaşa Numune Hastanesi önünde konuyla ilgili bir açıklama yaptı. Toplantıya sağlık örgütlerinin temsilcilerinin dışında sendikalardan herhangi bir katılım olmadı.

Numune hastanesine gelen kimi vatandaşlar da toplantıyı izleyip “Raporlu olduğumuz halde bizden ilaç parası alıyorlar. SGK ile anlaşmalı özel hastanelerde de muayene parası 60 TL'den başlıyor. Bizim ne yapmamız lazım?” diye sordular. Bazı vatandaşlar da, “Daha önce ciddi bir ameliyat oldum, devlet hastanesinde hiç para almadılar, bundan sonra alınacak mı?” sorularını iletiler. Vatandaşın da bu sürece katılarak ne yapılması gerektiği, örneğin bu katkı paylarının kaldırılması ya da en aza indirilmesi yönünde ciddi bir toplumsal baskının oluşturulması elzem gözüküyor.

Yine SGK'nın 28 Haziran 2012 tarihinde yayınladığı genelleğe göre, kurum tarafından finansmanı sağlanmayan sağlık hizmetlerine ait bedeller, ilave ücret tutarları, otelcilik ücreti gibi hastalardan alınabilecek tutarlar ve ayrıca Sağlık Uygulama Tebliği fiyatları üzerinde kalan tutarlar bundan böyle Ta-

mamlayıcı veya Destekleyici Sağlık Sigortası kapsamına girecek. TTB bu uygulamayı, özel sağlık sigortası şirketlerine yeni kar alanları açmak şeklinde değerlendirdi.

AKP Hükümeti, sağlık harcamalarının giderek artması karşısında çözümü yine vatandaşın cebinden sağlamayı uygun görüyor. Sağlık harcamalarının büyük bir bölümünü ilaca ve özel hastanelere yapılan ödemeler oluşturuyor. SGK verilerine göre, 2002 yılında ilaca yapılan ödeme 4.3 milyar lira iken 2011 yılında bu miktar 14 milyar lirayı aştı. Özel hastanelere SGK bütçesinden 3 milyar TL ayrılırken, 2012'de bu tutar 7 milyar TL'ye yükseldi. 1999 yılında sağlık harcamalarının yüzde 61'i kamu tarafından karşılanırken 2011'de kamunun payı yüzde 75'e ulaştı.* Hükümetin bu koşullarda sağlıktaki katılım payını daha arttıracığı ve teminat paketini de daraltacağı belirtiliyor.

Sendikalar, Sadece Toplu Sözleşmeyle İlgili

Tüm bu koşullarda Türk Tabipleri Birliği (TTB) ve diğer sağlık örgütlerinin temel sağlık hakkının korunması yönünde belli bir çabası oluyor. TTB ile birlikte Devrimci Sağlık-İş, SES gibi doğrudan sağlıkla ilgili emek örgütleri dışındaki işçi ve memur sendikalarının ise, böyle bir süreçte yer almadığı görülüyor. Sendikalar, bir anlamda “ücret sendikacılığı” dediğimiz toplu sözleşme sendikacılığı anlayışının pek dışına çıkmış durumda değiller. Merkezi sendikal örgütler, 2012 yılının ikinci yarısında örgütlenme ve toplu sözleşme sorunlarını ilgilendiren Toplu İş İlişkileri Yasası ile daha fazla ilgili oldular.

Kuşkusuz bu konu da, sendikaların geleceği açısından hayati bir konudur ancak toplumdaki etkinliklerini ve ağırlıklarını yeniden ortaya koyabilmesi ve aynı zamanda üyelerini doğrudan ilgilendiren sağlık ve eğitim alanında ciddi çaba harcaması da, temel görevleri arasındadır.

Türkiye'deki sendikal hareket, ciddi bir kriz içinde olup

* 2 Ekim 2012, Sol Gazete.

hem işçi tabanı hem de toplum nezdinde önemli bir güven kaybı ile karşı karşıyadır. Ülkemizde etkili bir sendikal hareketin oluşabilmesi için tabandan örgütlenen, yerel düzeydeki birlikteliklere önem veren ve mevcut sendika bürokrasisinin değiştirilmesini amaçlayan yeni bir yapılanmaya ihtiyaç vardır. Böyle bir yapılanma, aynı zamanda mücadelecilik sendikacılık anlayışını benimseyip birleşik bir mücadelenin de örülmesine katkı yapabilmelidir.

İşçinin, memurun, emeklinin, güvencesiz çalışanın, taşeron işçisinin, ücretli hekim ve mühendislerin ücret ve çalışma koşullarının yanı sıra eğitim, sağlık gibi temel sorunlarını dikkate alan bir sendikal anlayış gereklidir. Bu tür bir sendikal anlayışın özellikle sağlık alanında muayene parası, ilaç bedeli, katkı payı gibi son derece somut sorunlar üzerinden yürütülebileceği bir mücadelenin günümüzdeki önemi yadsınamaz. Bu somut sorunlar üzerinden yapılabilecek bir mücadele, üyelerinin daha fazla güvenini kazanacağı gibi toplumun diğer kesimlerinin de dayanışmasına katkıda bulunabilecektir.

Sendikaların toplumda yeniden itibar kazanmak, adaletsizliklere karşı çıkmak ve toplumsal muhalefete öncülük edebilmek açısından bu tür bir örgütlenme, yeniden yapılanma ve mücadele anlayışını benimsemekten başka seçenekleri yok gibi gözüküyor. Aksi halde birer “tabela örgütü” olarak kalacaklardır...

“TIP BU DEĞİL”SE ÇÖZÜM NE?

Kaan Arslanoğlu

Tıp Bu Değil-1’e yöneltilen eleştirilerden biri, tıp ve sağlık sistemindeki aksaklıkların hayli kapsamlı olarak açığa vurulmasına karşın, çözüm önerilerinin yeterince işlenmediği idi. Benzer bir eleştiri de “Ee, tamam, bazı şeyler böyle, ama şimdi ne yapacağız?” sorusuna koşut, düzeltmek için nasıl bir çaba veya örgütlenmeye gideceğimizin belirgin bulunmamasıydı. Hatta bir arkadaşımız böyle bir netliğin olmamasını bize yazı vermemesine gerekçe yaptı. Daha sık karşılaştığımız başka bir eleştiri ise, çözüm sayılabilecek öneriler üstünde yazarlarımız arasında fikir aykırılıkları görülmesiydi.

Birinci eleştiriye cevap: İlk kitapta aslında çözüm önerileri yeterince vardı. Fakat öncelikli amaç, modern tıp düzeninin eleştirisi ve bu doğrultuda tıp içi, tıp dışı kamuoyunda bir bilinç oluşturmaktı; bu nedenle çözüm önerileri sanırım birçok okurun dikkatinden kaçtı. Söz konusu tıp düzeni rezaletini sergilemek açısından umduğumuzun üstünde bir başarı gösterdiğimizi düşünüyorum. O yüzden elinizdeki ikinci kitabın yazarlarından özellikle çözüm önerilerine yoğunlaşmalarını istedik baştan. Bu, hem ilk kitapta mevcut bulunan çözüm savla-

rının biraz daha genişletilmesi, hem de okurun dikkatini çekecek biçimde vurgulanması istemiydi. O noktada bu kitapta da yeterli ilerlemeyi sağlayabildik mi, emin değilim.

Burada hemen şimdi yine bazı eleştiriler doğrultusunda bir saplama yapmam gerek: Yazarlarımızdan bir bölümü, ben dahil “modern tıp” diye bir kavrama yöneliyoruz eleştiri oklarımızı. Burada kast edilen modern tıp, günümüzün tıbbı, bugünkü tıp veya güncel kapitalist tıptır. Yoksa hiçbir yazarımız modern tıp kötüyse geleneksel yöntemlere veya alternatif tıba ya da Doğu usullerine dönelim iddiasında değildir. Modern tıpla ifade edilmek istenen bilimsel tıp değildir. Bilimsel olarak kabul gördürülen, aslında sahte bilimsel, günümüzün ticari ağırlıklı tıbbıdır. Alternatif tıba veya geleneksel yöntemlere gelince. Bunlar gerçek bilimsel tıba eleştirel biçimde gözden geçirilerek katılmalıdır. Bunların ne derece yararlı olduğu, ne derece faydasız veya zararlı olduğu bilimsel yöntemlerle incelenmeli, en ufak faydası olanlar bilimsel tıba dahil edilmelidir. Günümüzün sahte bilimsel tıbbı ise kısmen ticariliğinden, kısmen de aşırı pozitivist geleneğin etkisinden ötürü bu görevini ihmal etmekte. Sanılanın aksine geçmişte tıp bu yöntemlerden daha çok yararlanıyordu. Aşırı pozitivism ise sanılanın aksine daha çok bilimsellik getirmez, bilimden kopma sonucu doğurur.

Kitapta ve kitap üstüne konuşmalarda daha çok İlknur Arslanoğlu’nun vurguladığı bir şey var ki, çözüm önerileri içinde en çok kaynayanı, öneri gibi görülmeyip, bir bakıma “romantik temenniler”, “iyi kalpli bir doktorun yakınmaları” gibi görüneni tam da bu konuyla ilgili. Koruyucu hekimlik için bireysel önlemler tamamen bir yana, bir kişi hastalandığında onunla şefkat ve ilgiyle iletişim kurmak (hasta yakınları veya doktorca), elinden tutmak, onun temizliğini sağlamak, temiz bir ortamda yatırmak, sıcak bir çorba vermek, limonata, nane vs içirmek vb. gibi bedenin savunma düzeneklerini güçlendiren doğal sağaltım gayretleri artık gündelik yaşamımızda ne-

redeyse “normal” olmaktan çıktı. Böyle bir şeyden bahsedince tuhaf tuhaf bakıyor insanlar yüzünüze, hatta hasta çocuğun annesi bile bunu yadırgıyor. Soğuk almış birini ısıtmak, dinlenmesini sağlamak yerine, ilk ateş görüldüğünde çocuksa kapıp hastaneye koşmak, büyükse ambulans çağırıp acile yetiştirmek artık uzak köylülerimizin bile gündelik alışkanlığı. Hasta ve hastalıkla normal bir ilişki yok artık, herkes filmlerde yaşıyor, herkes büyük senaryoya uygun davranıyor. Tıbbı aşırı, histe-rikçe, şımarıkça bir yüklenme; tıbbın da bir yandan bunlardan yakınırken (yakınanlar işin emekçileridir aslında), öte yandan bundan daha fazla otorite, daha fazla kazanç çıkarması... Tam bir sağlık deliliği...

Buna karşın ne söyleyebiliriz? Kendi bedeninizin efendisi olun, biraz doğal olun, biraz atalarımız gibi doğal yaklaşın sağ-lığa ve hastalığa... desek, alın işte bir çözüm önerisi, ama kim dinler sizi? Bu bir öneri gibi bile görülmez.

Zaten böyle bir eğitimi, bilinçlendirmeyi tek tek kaç kişide başarabilirsiniz? Elbette bir sistem sorunudur bu.

İkinci eleştiriye gelelim: Tamam da, durumu değiştirmek için kitap dışında nasıl bir çabaya girelim, nasıl örgütlenelim? Şunu baştan açıkça söyledik: Böyle bir örgütlenme ve liderlik anlayışımız yok bu kitabın editörleri veya yayın kurulu olarak ya da ilk yazarları olarak. Bu en azından şimdilik bizi aşar. Kişisel olarak öyle bir programımız yok. Bizim de katkıda bulunduğumuz, oluşan-olupacak bilinç sonucu bir sağlık hareketi, örgütlenmesi doğarsa veya birden fazla böyle oluşum ortaya çıkarsa ne güzel... Bizler de onun içinde yer alırız belki ve bir şekilde destekleriz, hatta daha ileri sorumluluklar yükleniriz. Evet, gereksinim varsa, birileri bu ihtiyacı duymuşsa olur. Örneğin İstanbul Tıp Fakültesi merkezli bir grup var, Toplumcu Tıp Seminerleri grubu... Bu oluşum güçlendirilebilir, farklı yerlerde benzerleri kurulabilir ya da başka olanaklar ortaya çıkar. Bizler şimdilik katılımcıları birkaç misli çoğalmış bu ki-

tabin ve fikirlerimizin yaygınlaşmasına yoğunlaşacağız. Belki bundan sonraki aşamada birtakım bildiriler çevresinde toplanacağız, değişik önerilere açık olacağız.

Birilerinin başta sandığı gibi Tabip Odaları veya TTB içinde bir grup oluşturma veya oluşmuş gruplardan birini destekleme gibi bir ereğimiz hiç yoktu, şimdi de yoktur. TTB konusuna tekrar geleceğiz.

Üçüncü eleştiri, yazarlarımız arasında özellikle çözümler konusunda bir görüş birliği bulunmaması. Ona da başından beri şu cevabı verdik. Görüş birliği güzeldir, iyidir, ama şart değildir. Kim kiminle tam görüş birliği içinde? Böyle bir şey mümkün mü? Görüş birliğini kim kaybetmiş ki, biz bulamamışız? En sıkı disiplinli siyasi partiler içinde bile her konuda görüş birliğine varılamaz. Kaldı ki, yazarlarımız her biri farklı alandan, farklı görüşten, farklı karakterde ve hepsi de tıp ve sosyal bilimler açısından çok okumuş, egoları gayet gelişkin (olumlu anlamda söylüyorum), konularının hakimi bireyler. Aslında az rastlanır bir fikir birliği içindeyiz, bu ikinci kitapta bile. Daha fazlasını bu aşamada beklemek biraz fazla şey istemek oluyor. Önemli olan birtakım tabuları tartışmaya açmak ve yol kat etmeye başlamaktı. Bir hayli yol kat ettik sanırım.

Tartışmaya açmak! Bunu başarabilmek dahi çok önemli. Bizde tartışmalar rakip düşman cephedekiler arasında onlardan seçilen sözcülerin kapişması biçiminde yaşanır büyük çoğunlukla. İlgi duyanlar bu kapişmaları televizyon veya gazetelerden izler, kendileri de tartışmış olurlar. Doktorlar tıp hakkında tartışacak! Meslek erbabı etik konuları masaya yatıracak! Her biri kendine ve grubuna hayran solcular solculuğun ne olduğu, ne olması gerektiği felsefesi üstüne kafa yorup, okuyacak, dahası konuşarak bu konuları irdeleyecek! Hiç olur mu böyle şey, hayal aleminde mi yaşıyorsunuz? Eh, birazcık da olsa bu hayali gerçekleştirebildik, bazıları fevkalade rahatsızlık duysa da.

Benim Önerilerim:

Koruyucu hekimliğin hem bireysel insani sağlık, hem maliyet hem de siyaset açısından çok önemli olduğunu sanırım hayli vurguladık ve bu konuda daha ileri bir uyanıklık düzeyindeyiz.

Koruyucu hekimliğin üç boyutu var. İlki, toplumsal düzeyde koruyucu sağlık hizmetleri. Bunun için toplumsal düzeyde çalışmalar yapılmalı. Bu büyük ölçüde devletlerin işidir. Devlet eğer sosyalist devletse birçok örnekte görüldüğü üzere bunu zaten yapar. Bu, asıl çözümün sosyalizm anlamına geldiğini söylemektir. Kitapta bazı yazarlarımız bunun altını çizmişlerdir. Toplumsal düzeyde sağlık hizmetlerinin kapsamına birçok şey girer: Trafik kazaları, iş kazaları, işçi sağlığı, barınma, su kanalizasyon sorunları, uygun beslenme, çevre kirliliği, zehirlere karşı mücadele, hareketsiz yaşama karşı önlemler, ruhsal zorlanma yaratan tüm toplumsal etmenler, savaşlar vb.

Ama devlet sosyalist devlet değilse devrime kadar bekleyecek miyiz? Ne türden devlet, ne türden belediye vs. olursa olsun bütün resmi örgütlenmeler bu yolda zorlanmalıdır. Sosyal devlet (iyi kapitalist! devlet) olmaya zorlanmalıdır tüm devletler, hükümetler.

Bu, olgunun siyasi yönüdür. Siyasi görevi yerine getiriyor-sak eğer (şu anda bu görevin yerine getirildiğini hiç söyleyemeyiz) sonrasında yan gelip yatacak mıyız?

Sağlıkçılar veya her kesimden uyanık yurttaşlar olarak değişik alan ve düzeylerde sağlık örgütlenmeleri yaratmak. Düzce Çocuk ve Genç Diyabetliler Derneği gibi... Övünmek için söylemiyoruz, yetersiz ve küçük bir çabadır, gücümüz bu kadar... Ayrıca ne kadar gerçekçidir yaygınlaşması açısından, bunu şimdi bilemiyoruz, zaman gösterecek. Hastalardan öğrendiğince para söğüşleme üstüne kurulmuş vahşi bir sistemde, yoksul hastalardan para almak şöyle dursun, onların ceplerine para koyan bir sapkın yapılanma! Deniyoruz işte. Böyle başka

birçok örgütlenme var, ama vurgulamayınca, altı çizilmeyince bu çabaların önemi birçoklarının gözünden kaçıyor. Alın işte çözüm, böyle yüzlerce örgütlenme yaratmak...

Koruyucu hekimliğin üçüncü aşaması tek tek bireylerde ve tek tek doktorlarda koruyucu hekimlik bilinci geliştirmek. Bu bilinci her geçen gün daha fazla uygulamaya dökmek. Beslenmeyi bilmek bu noktada çok önemli. Örneğin Ahmet Aydın hocanın “7’den 70’e Taş Devri Diyeti” adlı kitabının daha fazla okunmasını sağlamak bile başlı başına bir çözümdür. Tabii tüm zehirlere karşı, sağlık zararlılarına karşı uyanık olmak. Elbette daha çok hareketlilik ve daha çok idman olanakları yaratmak. Predatörlerin ağzından tek tek kaç yengeç kurtarabilirsek o da bir kârdır, çözümdür onlar açısından.

Tedavi edici hekimlikte de aynı anlayışları yaygınlaştırmak gerek. İnsanları tıp tepmesine karşı uyarmak gerek. İşin ticarileştirilmesi sadece soygun değildir, birçok zaman cinayete yol açar. İlaç karşıtı, ameliyat karşıtı, ileri teknoloji, modern bakım olanakları karşıtı değiliz. Hemen hemen tüm yazarlarımız aynı görüşte. Bunu daha değişik düzeylerde ve biçimde ifade ediyorlar yalnızca. Tüm bunların bugünkü gibi aşırı, çok aşırı kullanımı sağlığa ciddi bir suikasttır. Tedavide de başta hareketlilik olmak üzere, psikososyal destekler ve beslenmenin önemi çok büyüktür.

Tıp Fakültelerinde eğitimin tüm bunlar doğrultusunda temelden gözden geçirilmesi gerekir. Bu doğrultuda çok sayıda yayın çıkması, çalışma yapılması, medyanın bu doğrultuda daha yaygın kullanımı gerekli.

Solculuk Şart

Tıp toplumsal bilinci kendi içinde edinemez, bu bilinç ona dışarıdan verilmelidir. Ironik bir gönderme oldu. Tıp toplumcu bir yöneliş kazanacaksa, kendine çeki düzen verecekse bu kendi içinde silkinmesiyle olmaz, olmamıştır hiç; işçi sınıfı, sen-

dikalar, sol güçler, partiler tıbbı bu yönde dışarıdan baskı yapmalıdır. İlk kitapta bahsettiğimiz ve bazı tarihçilerin saptadığı bu gerçek İvan İllich’ce de vurgulanıyor “Sağlığın Gaspi”nda.

Sosyalist devrim olmayacaksa da devleti sağlıkta bu yönde toplumsalcı adımlar atmaya zorlayacak olan, tıp insanlarına bu yönde baskı yapacak olan tıp dışı güçlerdir, halktır. O yüzden bu kitap tıp dışı çevrelerce daha çok okunsun isteriz. Elbette bu baskı bugüne dek yapıldığından farklı olmalıdır. Yakın yıllara dek daha fazla tıp, daha fazla sağlık hizmeti istemek bir doğal hak, toplumsal görev kabul ediliyordu, böyle yapıyordu. Şimdiyse yeteri kadar tıp, yeteri kadar sağlık hizmeti istemek gerekiyor. İşin niceliği kadar alınan hizmetin niteliği de önemli. Fazla sağlık hizmeti de azı kadar topluma ve bireylere zarar veriyor.

Bizde şimdilik tıbbı böyle bir sol baskı söz konusu değil. Tam tersi yaşanıyor. Az sonra o konuya geleceğiz.

“Tıp Bu Değil”e Kimler Hangi Çekincelerle Yaklaştı?

Gerek ilk kitabımıza gösterilen tepkiler gerekse birçok hekim yazara yaptığımız katılım çağrısı birtakım gerçekleri gözler önüne serdi.

Dindar, hatta hükümete yakın hekimler arasında beklemediğimiz bir oranda ilgi uyandırdı kitap. Elbette kapış kapış ettiler demiyoruz, görece bir fazla ilgidir bu. Bu büyük ölçüde dindar kesimin sola göre okumaya daha aç ve hevesli olduğu yönündeki pek çoklarının paylaştığı görüşü destekler yönde. Öyle yoğun bir övgü falan da almış değiliz, sadece bir merak ve ilgiden bahsediyoruz. Sağlık Bakanı’nın bizi görüşmek için davet edişi de bu ilgiye bağlı olabilir.

Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ ile görüşmemiz ve bu görüşmenin özet dökümünü burasiduzce.com da yayımlamamız da ayrı bir bahis konusu, fazla üstünde durmayacağım burada, o konuda bazı polemik makalelerim yayımlandı. Şu

kadarını söyleyeyim, neredeyse işbirlikçilikle suçlanmamıza yol açtı birtakım dostlarımızca bu olay. Sol çığlığın yeni bir tatsız örneği olarak bir daha çıkmayacak şekilde belleklerimize kazındı o haksızlık.

Oysa işin gerçeği aşırı solcu veya tehlikeli politik bulduğumuzdan benzer düşündüğümüzü sandığımız bazı hekimler bize yazı vermekten, bizimle birlikte görünmekten kaçındılar.

Gerçi sağ-sol-orta medyada beklemediğimiz bir ilgiyle karşılaştık, fakat yine de otu boku donu haber yapan birçok sağcı, solcu, liberal, yandaş gazeteci, televizyoncu kitabı görmezden geldi, o da çok doğaldı.

Yazarlarımızın bazılarının kitap çerçevesi dışında politik duruşundan ötürü kitabın ulusalcı bir kitap olduğunu söyleyenler de çıktı. Ulusalçılık ayıp bir şey değil, fakat her iki kitaba üşenmeyip biraz göz atan, burada nasıl bir tıp sisteminin savunulduğunu, yazarların nerde birleştiğini görecektir.

Fakat şunu söylemek gerekir ki, toplumcu bir tıp, ticari olmayan bir tıp, koruyucu bir tıp konusunda ulusalcı kesimin duyarlılığı ve bilgi düzeyi liberal, hatta sosyalist kesimin ortalamasından yüksek. Ülkemize özgü bir gerçek. Garip ama gerçek!

O yüzden her kanadından ulusalcı kesimden insanlar, hekimler, öteki kesimlere göre kitaba daha çok ilgi gösterdi. Tabii bu da görece bir ilgidir. Ayrıca ulusalcılığın merkezinde örgütlü biçimde duranlar kitabı en azından şimdilik pek sahiplenmediler.

Bunun bence nedeni şu: Sosyalist çözüme fazlasıyla vurgu yapılması falan değil. Konu sanırım TTB ve Tabip Odaları örgütlenmesine dayanıyor. Bizim kitabın yazarları ağırlıklı olarak, tabip odalarının ağırlıklı olarak sağlıkla ve sağlık politikalarıyla ilgilenmesi gerektiğini, büyük siyaset yapmanın odaların işi olmadığını söylüyoruz. Ulusalçıların merkezine yakın hekim arkadaşlarımız ise bunu saygıyla dinlemekle be-

raber, tabip odalarının yönetimlerine geldiklerinde şimdikilere benzer bir anlayış benimseyeceklerinin hem işaretlerini hem örneklerini veriyorlar. Sanırım onlar başa geçse şimdiki liberal ağırlıklı siyasi tabip odalarının yerini bu kez ulusalcı ağırlıklı siyasi tabip odaları alacak. Yani onlar da tabip odalarında yüksek siyaset yapmak istiyorlar. Belki yanlışlıyorumdur.

TTB Meselesi

Ne kadar kaçmaya çalışsak da geliyor TTB konusu günde-me giriyor. Bakın yukarıdaki paragraftaki sorun bir sorun işte! Yazarlarımıza ne kadar telkin etsek de bazıları TTB'yi överek çizgiyi geçiyor, bazısı azcık eleştireyim diyerek, bazısı beklentisini dile getirerek.

Bir tartışma kültürü yaratamamışız. Hemen perdeleri indirme veya küfürleşme başlıyor. Bundan kaçınmak istedik ve o yüzden TTB konusunu olabildiğince sınırlamaya çalıştık. Hiç de normal bir şey değil. Ama normal ülkede değiliz ki! Tema bir yerden muhakkak bulaşıyor.

Bakın bir örnek: Gerçi Türkiye'deki halk sağlıkçılarının hepsine başvurmadık. Ama başvurduklarımızdan bizi hiç yanıtlamayanlar çıktı, basit gerekçelerle kabul etmeyenler ve birkaç da korktuğu için imzalı yazı veremem diyenler. Kim-den mi korkuyorlar? Sağlık Bakanlığı'ndan, sağdan değil. Öyle korkuları olanlardan az önce bahsettim. Bunlar Türkiye'deki halk sağlığı akademik camiasından korkanlar... Aforozdan, doçentliklerinin, profesörlüklerinin tehlikeye düşmesinden korkanlar. Veya suya sabuna bulaşmaz bir popülist solculuk yaptığınızda bu alanda yükselme şansınız artıyor. Başka deyişle bazıları da "sol"dan korkularından uzak durdu bize. TTB'cilik böyle bir şey.

TTB'nin iktidardaki örgütlü kanadı Etkin Demokratik TTB içinden arkadaşlar kitabı büyük bir suskunluk ve yapay ilgisizlikle karşıladılar. Bu da normal veya sağlıklı bir tutum değil,

dedik ya, neremiz sağlıklı! İçlerinde pek çok dostlarımız var. Genel havaları: “Keşke böyle çirkin bir şey yapmasalardı! Yapacaklarsa bizim içimizde, bizim denetimimizde yapsalardı!” Duyuyoruz bunları. Kafa yapısı budur. Perdeleri kapatmışlardır. Açık küfürden daha iyi değil mi diyor, avunmaya çalışıyoruz.

TTB merkezden bir dostumla bu konuları uzun uzun konuştum. Daha önce de başka bir dostla konuşmuş, yazışmıştım. İlknur da yine merkezden başka bir dostla konuştu, yazıştı.

Özetle söyledikleri şu: Biz sosyalistiz. Sosyalizm için uğraşyoruz. Sağlıktaki temel anlayışımız da toplumcu tıptır. Korumacı hekimliği sizin kadar biliyoruz. İşçi sağlığı mı... ne çalışmalar yapıyoruz. Sağlıkta dönüşüme karşı, bu iktidara karşı dünyada görülmemiş güçte direniyoruz. İlaç şirketleriyle hiçbir ilişkimiz yok. Cebimize oradan buradan beş kuruş girmez, cepten harcarız. Tabip odası tabii siyaset yapacak. Ülkede demokrasiyi savunacak. Kürt sorununa da girecek, başka konulara da dalecek. Sol sosyalist siyasi partiler bizim siyasette önder konumumuzdan şikayetçi değil, aksine bizi onlar öne çıkarıyor. Hekim kitlesi içinde her siyasi görüşten insan var, biz sosyalist ağırlıklı olmak üzere tüm demokrat görüşleri, güçleri dengelemeye çalışıyoruz. Elbette daha varlıklı hekimlerin haklarını da savunmak zorundayız. Bu bizim doğal görevimiz, bizim emekten yana siyasetimizle çelişmiyor. Bizim de TTB'ye, kendimize yönelik çok eleştirimiz var. Bunları açık açık tartışamayız. İçinizde TTB'ye küfredenler var, ulusalcılar var. Onların oyununa gelmeyin vb.

Bunları söylerken samimi olduklarından, durumlarını iyi ve üstün bir konumda gördüklerinden kuşku yok. Bazıları da ara bulmaya çalışıyor. Eninde sonunda birlikte olmak zorunda bulunduğunuz güçler bunlar, konuşarak diyalogla halledin meselenizi diyorlar. Onlar da iyi niyetli. Evet, bu arkadaşlar

eski dostlarımız. Şimdi de bir bakıma dost sayılırız. Ama tüm bu iyi niyetlerden toplum için iyi bir şeyler çıktığından kuşkuluyum. Hatta böyle bir sol, böyle örgütlülükler hiç olmasaydı, acaba daha mı iyi olurdu, diye sorma noktasına geldim. Belki o zaman gerçek ve haklı gereksinimlerden kaynaklı, çok daha hayata dönük, insana dönük yeni anlayışta örgütler çıkardı, diyorum. Acaba? Bir hayal işte.

Yine de eğer bir ortak noktada buluşacaksak şu dört madde de belirgin adımlar atmalarını bekleriz. Bizim iktidar gücümüz yok, onlarsa örgütlüler, bir şeylerin başındalar.

Bir: Bu arkadaşlar bir meseleniz varsa, bize katılın birlikte halledelim diyorlar da, bunu geçtiğimiz on yıllarda defalarca denemiş, herhangi bir sonuç alamamıştık. Çünkü karar alma süreçlerinde çoğunluğun dediği oluyor, bu çoğunluk da açık tartışmalar ve katılımı değil, üst düzeyde siyasi grupların pazarlıkları sonucu sağlanıyor. Göz yaşartıcı bir dayanışma! Etkin Demokratik TTB'de duygulandırıcı bir özgüven hali. İtirazlara, eleştirilere kapalı bir yapı. Eleştiride az ileri giderseniz düşman muamelesi görmeye başlarsınız. Katılımcı bir anlayış, tek tek bağımsız bireylerin söz hakkına saygı artık hayata geçmeli. Bu aşırı kendine hayran olma hali terk edilmeli. İşler aslında hiç de yolunda gitmiyor, direniyorsunuz güya da gerçekten direniyor musunuz? Paranın ahlakı, sistemin kuralları solu bile ele geçirmiş. Herkesin gördüğü bu gerçek kabul edilmeli.

İki: Tabip odaları ve TTB sol siyasetin merkezi olmamalı. Bu durum çok sayıda farklı bağımsız bireyin çalışmalara katılımını engelliyor. Sol, sosyalist parti ve grupların TTB'nin her konuda kendini siyasi yetkili sayan tutumundan hoşnut oldukları doğru değildir. Ama siyasi faydacılıktan ötürü bugüne dek buna rıza göstermişlerdir. Ne ki bu durum sola zarar veriyor. Meslek odaları üyelerinin büyük çoğunluğunun onayını almadan, bir kez bile yoklama yapmadan siyasi tavırlar aldıkça, dahası birçok eylemde öncü gibi davrandıkça sözde sol bir direniş

varmış gibi görünüyor, ama bu hem solun ruhuna, siyasetine, hem de meslek odalarının asıl işlevine zarar veriyor. Sadece hareketli ve iş yapar gibi gösteriyor bu alışlagelmiş tutumlar solu. O da çok yanlış. Bu arkadaşların bir bölümü gerçekten özverili ve yoğun bir çaba harcıyor, son derece iyi niyetle. Ne ki sol hemen her direnişte başarısız kalıyor, bir bütün olarak halktan, hayattan kopuk küçük kalıyor. Bu bir azınlığı tatmin ve mutlu eden tabela siyasetidir. Hekim örgütlerimiz kendilerine sözde büyük saygınlık getiren “üst siyaset”e harcadıkları enerjinin yarısını halk sağlığı çalışmalarına aktarsalar çok daha fazla siyaset yapmış olacaklar; Türkiye solu olarak daha böyle şeylerin farkında değiliz.

Üç: Toplumcu bir tıp için, piyasacı, ticari tıbbı karşı bilinç ve direniş odağı oluşturmak. Solcuların yönetimde olduğu bir meslek örgütünün asıl işlevi budur. Örneğin işçi sağlığı... Bir şeyler yapıyor, ama birçok da hata yapıyor, çok eksik var. Toplum sağlığı çalışmaları... Yok gibi bir şey... Koruyucu hekimlik için bilinçlendirme, örgütlenme: Neredeyse sıfır. İş kazaları, trafik kazaları, beslenme problemleri... Medyada yaygın şarlatanlık... Tıpta yaygın kötü uygulamalar... Soygun, yolsuzluklar. Bu alanlarda bir şeyler yapılmalı. Tıp fakültelerinde toplumcu tıbbın, gerçek bilimsel tıbbın savunulması için girişimler başlatılmalı...

Dört: TTB bugün açıkça liberal ve piyasacı tıbbın yanında. Bu tutum terk edilmeli. Sağlıkta dönüşüme karşı, özelleştirmeye karşı birtakım olumlu, toplumcu söylemler, ama içi boş. Kamuda muayenehaneciliğin savunulması, “reçeteme dokunma” kampanyaları, tam günün savunulmasında bir yığın bahane, her sağlık tartışmasında (aşı krizinde olduğu gibi) mevcut tıp düzeninin yanında yer alma. Uzmanlık dernekleri gelirlerinin büyük bölümünü medikal kartelden sağlamakta. Açıkça biliyoruz ki bu dernekler birçok durumda ilaç firmalarının sponsorluğunda düzenlenen, çok gereksiz sayıda ve gereksiz lüks

içinde kongrelerden sağlamaktalar gelirlerini. Eğer TTB bu derneklerin üstünde bir şemsiyeyse, bu dernekleri denetlemek ve tescillemekte yükümlüyse ve bunun karşılığı kasasına herkesin bildiği şekilde (genel kurullardaki bütçelerde belirtildiği üzere) önemli oranda bir para aktarıyorsa, uzmanlık derneklerinin ilaç şirketleriyle mali ilişkisine de sınırlamalar koymalı, bu konuda denetim yapmalı, sorunu tartışmaya açmalı ve bu konuda ölçüt geliştirmeyi hedeflemeli. TTB'nin ilaç şirketleriyle hiçbir ilişkisi yok diyerek herkesin çok iyi bildiği konuda birbirimizi kandırmaya çalışmamalıyız. Keza tek tek hekimlerin ilaç şirketleriyle, özel hastanelerle, özel işlerle mali ilişkilerine, bir bütün olarak “bilimsel kongre” sistemine bir ölçüt, bir sınırlama getirmeli, konuyu gündemde tutmalı ve sorunun üstüne gitmeli. Elbette ne örgüt olarak ne de tek tek doktorlar olarak medikal kartelle sıfır ilişki mümkün değildir, belli oranda temas kaçınılmazdır, mali temas da bunun içindedir, herkes kabul eder. Ama bunun etik ölçütlerini tartışıp kararlara bağlamak TTB'nin işidir.

Bu dört maddede belirgin ilerlemeler sağlanırsa neden dostlarla birlikte iş görmeyelim!

Sonuç: Dedik ya, sağlıkta, tıpta bir iyileşme sağlanacaksa bu konuda hekimlerde bilinç oluşturmak ve o yolda örgütlenmek önemli. Ama bu ancak yardımcı bir etmendir. Asıl büyük, önemli iyileştirmeleri, tıp içinden, hekimlerden beklemeyin. Sektörde bu kadar büyük para dönerken kimse hekimlerin çoğunluğundan büyük erdemler beklememeli. Hekimler erdemli olmaya zorlanmalı. Bu zorlamayı yapacak olan bilinçli, örgütlü emekçiler, yoksullardır. Başka deyişle onların temsilcisi demokratik kitle örgütleri, sendikalar, partiler...

Oysa bizde en soldaki sendikalar, en soldaki partiler bile birçok üst siyasi eylemde, tavırda hekim örgütleriyle birlikte hareket etmekle övünüyor. Dahası, mevcut halleriyle, baskı yapılması, toplumcu tavır almaya zorlanması gereken hekim-

ler, hekim örgütleri, o siyasi eylemlerin, tavırların öncüsü konumunda. Kırılması gereken yanlış bir gelenek iftihar vesilesi olarak korunuyor. Bunun nedeni sol siyasetin “sol siyaset için” yapılması. Toplumculuktan, halk için siyasetten hayli farklı bir şey bu, örtüşen bazı yanları bulunsa da. Temsili bir sol siyaset bu, ne ki kendini temsil ediyor. Başarı anlayışı tamamen sol içi “içeriye dönük” başarı anlayışı, sol için solculuk yapıyor.

Sağlıkta kapitalist zihniyetle, sol görünümlü keskin görünümlü liberal siyasetle daha derinden hesaplaşılması gerekiyor. Kişiselden bütüne sağlık anlayışının temelden yeni baştan ele alınması gerekiyor.

BÖLÜM 6

BİR MEKTUP

Aydemir Yalman

Aşağıda, geçtiğimiz yıl kaybettiğimiz değerli bir meslektaşımızın, Dr. Aydemir Yalman'ın medyaya da yansıyan son mektubunu yayımlıyoruz. O da "Tıp Bu Değil" diyor, tüm hekimlere, topluma. Anısına saygıyla:

Endoskopik olarak yapılan dördüncü nazal polipektomi ameliyatımdan sonra KBB doktorum arayarak patolojiden bildirilen sonucun iyi olmadığını, konunun önemli olduğunu ve daha iyi bir patoloji laboratuvarında! tekrar değerlendirilmesi gerektiğini söyledi. Ben olayın şokunu atlatamadan, kliniğimizin uzmanları hemen parçaları çok iyi bilinen bir patoloji laboratuvarına götürmüşlerdi bile. Olası iyi bir sonuç beklentisi ile geçen üç günün sonunda e-posta ile gelen patoloji raporu gerçeği yüzüme çarptı: Sol nazal kavitede invaziv skuamöz hücreli karsinom; orta derecede diferansiye.

Önce klinikten uzaklaşıp bir kafeye gittim tek başıma. Ne yapacağımı düşünmeye çalıştım uzun bir süre. Beynimin içinde uğuldayan "bu andan sonrası yok" düşüncesi sağlıklı karar vermemi engelliyor ve gözümün önüne sürekli olarak bugüne kadar yaşadığım hayat geliyordu. Kırk yıllık hekimdim. Anatomi, patolojik anatomi okumuştum ve oradan edindiğim bilgiler sonumun pek hayırlı olmayacağını söylüyordu.

Soru: Bir doktor olarak ben bu kadar yıkıldıysam, normal

bir vatandaş böyle bir tanı ile yüzyüze geldiğinde neler yaşar acaba?

Doktorluk refleksi ile hemen ağ ortamına girip bu konudaki bilgileri araştırmaya başladım. Tüylerim diken diken olarak okuduğum pek çok yazıdan özetlediğim bilgiler şöyle: "Sino-nazal tümörler tüm habis tümörlerin %1'den azını oluşturmış. Bu habis tümörlerin %70-80'i skuamöz hücreli karsinom olup kaynaklandığı yer de, sıklık sırasıyla maksiller sinüs (%50-70), nazal kavite (%15-30) ve etmoid sinüsler (%10-0) imiş. Skuamöz hücreli karsinomların tedavisinde cerrahi spektrum basit endoskopik eksizyondan orbital ekzantaryasyon, radikal maksillektomi ve kraniyofasiyal rezeksiyona kadar uzanıyor. Cerrahinin tipi tümörün yayılımına ve tutulan yapılara göre belirleniyor. Tedavide, radyoterapi cerrahiden önce de sonra da uygulanabiliyor. Sıralamada bazı değişiklikler olsa da radyoterapi + cerrahi içeren kombine tedavi en iyi sağkalımı sağlıyor. Skuamöz hücreli karsinomlarda kemoterapinin yerinin tartışmalı olduğu söyleniyor: Cerrahi, radyoterapi ve kemoterapi kullanımına rağmen sonuçlar, özellikle de ilerlemiş lezyonlarda yüz güldürücü sonuç vermiyor-muş. Bir yazara göre, 1980'den 2003 yılına kadar yirmiden fazla hastayı kapsayan serilere bakıldığında, radyoterapi için 5 yıllık sağkalım %0-39 (ortalama %23), cerrahi + radyoterapi için sağkalım %35-64 (ortalama %44) olarak bulunmuş. Ancak, geç tanı hastalarda tedavilerin başarı oranını düşürmektedir."

Ben bu ruhsal fırtınaları yaşarken klinik arkadaşlarım İstanbul'un büyük üniversite hastanelerinden birindeki KBB onkolojisi ile uğraşan bir doktordan randevu almışlar bile. MRG tetkiki yaptıırıp doktora gittim. Doktorum filmlere baktı, kısaca endoskop ile muayene etti, ameliyat olmam gerektiğini ve ertesi günü beni tümör konseyine çıkaracağını söyledi. Ertesi günü konseyin yapıldığı yere gittiğimde bir kez daha yıkıldım. Kapıda sıra bekleyenler ya trakeostomili ya ağzı-burnu ameliyatlı ya da felçli ve bedbin yüzlü insanlardı. İçeri çağrıldığında orada bulunan

hiçbir doktor bırakın geçmiş olsun demeyi, yüzüme dahi bakmadı. Doktorum filmleri negatoskopa yerleştirdi, herkes büyük bir dikkatle onları izledi ve ameliyatın ne derece radikal yapılacağı konusunda karar verdiler. En son olarak da radyasyon onkoloğu olduğunu sandığım hoca, o bölgeye radyasyon verebileceğini, ama gözün zarar görme şansının yüksek olduğunu söyledi. Hakkımda bu kararlar alınıp, elime anestezi muayene kâğıdı tutuşturulana kadar donmuş bir şekilde olanları izliyordum. Son bir gayretle kuruyan boğazımdan hırıltı şeklinde çıkan sesle doktoruma bu radikal girişimin 5 yıllık sağkalıma ne kadar etkisi olabileceğini sordum. Filmlerimi elime sıkıştırıp, diğer hastayı çağırırken yaklaşık %40-45 dedi.

Soru: Bırakın kanser olmasını, her hangi bir hastaya yukarıda belirttiğim şekilde davranıldığında o kişinin neler hissettiğini düşünen kaç doktor vardır?

Patoloji raporumu aldıktan sonraki dört gün içinde yaşadıklarımı kısaca özetlemeye çalıştım. Zaten başıma gelenlerin şokunu yaşarken, bir de hastalanan doktor olarak ne kadar değersiz olduğumu düşünüyordum. Oysa onkoloji ile uğraşan doktorların ve sağlık çalışanlarının söyledikleri ilk söz, bu hastalıkta moral motivasyonun çok önemli olduğu değil midir?

Ertesi gün, büyük özel bir sağlık kuruluşunda KBB onkolojisi ile uğraşan bir diğer doktora muayeneye gittim. KBB doktoru ve radyasyon onkoloğu yapabileceklerini ve olası sonuçlarını etraflıca anlattılar. Bana seçenekler sundular, hangi tedavinin ne gibi etkileri olabileceğini, başarının olabileceğini de olamayabileceğini de açık açık izah ettiler. Sonuçta, 33 seans radyoterapi ve adjuvan tedavi olarak da 6 seans kemoterapi uygulanmasına birlikte karar verdik. Altını çizerek söylüyorum; ne şekilde tedavi alacağım kararına ben de katıldım. Yani, kaderim yine benim ellerimde idi ve kendim için verilen karar benim de katıldığım bir karardı. Onkoloji ile uğraşan doktorların ve

sağlık çalışanlarının söyledikleri ilk söz, bu hastalıkta moral motivasyonun çok önemli olduğu sözü gerçekleşmişti nihayet.

Soru: Sağlık sektöründe kurumlar arasındaki farkın siyahla beyaz arasındaki kadar keskin olduğunu herkes biliyor, ama doktorlar arasındaki farkın da bu kadar keskin olduğunu kaç kişi biliyor?

Uzun, upuzun bir tedavi süreci. Radyoterapi, masum gibi görünse de, insanı oldukça yoran, bazı duyularını ortadan kaldıran oldukça zor bir tedavi. Haftada bir kez verilen o hafif denen kemoterapi insanı üç gün elden ayaktan düşürüyor. İştah bozuluyor, sürekli bir bulantı, ağızda tat yokluğu vs. Bunların yanında, kan değerlerinin düşmemesi için iyi beslenmek de gerekiyor. Tam bir paradoks. Tüm bunlara dayanabilmeyi sağlayan bir tek güç var: Umut! Bu yan etkiler geçecek, tümör de gidecek, iyi olacağım... Bu arada tribündekilerin tezahüratlarını unutmamak gerekir. Arayan tüm yakınlarım, dostlarım güçlü olduğumu, iyi bir insan olduğumu ve Allah'ın izniyle bu illeti yeneceğimi söylüyorlardı sürekli olarak.

Doğaldır, bu insanlar başka ne diyebilirler?

Soru: Hastaya, hele de bir kanser hastasına, üstüne üstlük doktor olan bir kanser hastasına nasıl geçmiş olsun diyebileceğinizi hiç düşündünüz mü?

Yüreklendirmeye çalışan tezahüratlar, tedaviler, umut ve moral motivasyonu artırmak için gösterilen çabalar... Somatik olarak savaş veren, yıpranan vücut ile uğraşılıyor hep kanser tedavilerinde. İnsan yapısının sadece somatik bir yapı olmadığını, bir beyni, çeşitli duyuları, kısacası bir ruhu olduğu hep gözardı ediliyor. Yaşanan savaş çok ilginç; tedavi-beden-sel yıkıntı, iyileşme umudu-başarısızlık korkusu, motivasyon arzusu-güçsüz, saçsız adama acıyarak bakan gözler, yürürken dengesizlik, ellerde uyuşukluk, ağızda mukozit, ishal veya kabızlık, vs., vs.

Soru: Tüm bu somatik yaşanmışlıkların duyuları nasıl etki-

lediğini, beyni ne kadar zorladığını, o kişiyi ruhen ne derece yaraladığını, kanser hastalarına mutlaka psikoterapi uygulanması gerektiğini, hatta daha ileri süreçlerde psikiyatrik yardım da verilmesinin uygun olacağını düşünen kaç onkolog vardır acaba?

İlk tedavim biraz iyileşme sağlasa da tam başarılı olmadı. Ardından beş seans “CyberKnife” denen daha güçlü ve daha lokalize etki edebilen bir tedavi aldım. Kısaca CyberKnife, tüm vücutta milimetreden daha hassas doğrulukla kanser tedavisi yapmak için tasarlanmış dünyadaki ilk ve tek robotik radyo-cerrahi sistemi olarak biliniyor. Bu sistem sayesinde radyasyon demetleri odaksal olarak kullanılarak, beyin ve vücuttaki kanserli bölgeler yüksek dozlarla tedavi edilebiliyor.

Sonuç yine beklenenden uzaktı. Bir yıl geçmişti ve ben yine aynı yerde, aynı endişelerle ve daha da yıpranmış bir vücut ve ruhla kemoterapi tedavisi alacağımı öğrendim. Kızdığımı belli etmiyordum ama, artık tezahüratlar da inandırıcılığını kaybetmiş, hatta bazen de sinirlendirmeye başlamıştı. Umutlar tükeniyor, beklentiler sonuçlanmıyordu bir türlü ve hâlâ hiç kimse duygularımın, ruhumun ne halde olduğunu sormuyordu.

Yirmi bir gün arayla 6 seans üçlü (cisplatin+taksotel+5FLU) kemoterapiye başladık. Bu kemoterapi denen bence sözde tedavi, insanı insanlığından çıkarıyor. Dostlarınız yalnızca yataklar ve yastıklar oluyor, onlardan uzaklaşamıyorsunuz, hep yatmak hep uyumak istiyorsunuz. Bu savaşta da yukarıda saydıklarımı misli ile yaşadım. İlave olarak beşinci seanstan sonra DVT (derin ven trombozu) oldum, altıncı seanstan sonra da pulmoner emboli geçirip dört gün yoğun bakımda yattım. Bu arada, hâlâ hiç kimse duygularımın, ruhumun ne halde olduğunu sormuyor. O PET (pozitron emisyon tomografi) denen sevimsiz tetkik yine yapıldı ve sonuç hâlâ başlangıç noktasındaki durumum. Tümör konseyi yine toplandı, artık tıbben yapacak bir şey olmadığı, radikal bir cerrahi ile belki sağkalımda

%5'lik bir artış olabileceği, buna karşılık yaşam kalitemin çok düşeceği söylendi. Seçim bana aitti, ailem bile kararı bana bıraktı. Ben de kararımı verdim; gittiği yere kadar savaşıyordum.

İşte burada şans yüzüme güldü Prof. Dr. bir sınıf arkadaşım yaşadıklarımın travması ve bundan sonra yaşayacaklarım için psikolojik destek isteyip istemediğimi sordu. Hemen kabul ettim ve üç aydır haftada bir gün ilgi alanı kanser hastalarına psikoterapi olan psikoloğumdan destek alıyorum. Ne kadar rahat ve güçlü olduğumu anlatamam, Cumartesi gününün gelmesini dört gözle bekliyorum hafta boyunca. Her şeyimi anlatabiliyorum, bazen ailemi de seanslara dahil ediyor...

Halen zorluklarla boğuşuyorum, korkularım oluyor, ağrılarım oluyor, umutlanıyorum ardından yıkılıyorum, sosyal hayattan uzaklaştım. Son üç aydır psikoloğuma yaslanarak yaşadığım bu zorlu süreç bana çok önemli şeyler öğretti.

Özetleyecek olursam;

1. Bir hekimin önce bir hasta olarak bir doktora başvurmasını, sonra da hasta yakını olarak hastanede bulunmasının önemini bir kez daha anladım. Böylece yapılan davranış hatalarını yaşayarak gözlemleyebilir.

2. Bir hekimin hastasına, hele de kanser hastasına daha duyarlı yaklaşması gerektiğine inandım.

3. Her hastanın bir birey, bir insan olduğunun asla unutulmaması, en azından kendisiyle konuşurken yüzüne bakılması ve yazılı onam için yapılan bilgilendirmelerin gerçek anlamına uygun yapılması gerektiğine inandım. Çünkü, doktor olmama rağmen kemoterapinin yapacakları açık açık anlatılmadığı için ilk tedaviden sonra panik atak geçirdim.

4. Başta kanser hastaları olmak üzere, eğer mümkünse tüm hastalara psikolojik destek sağlanmasının çok önemli olduğunu anladım. Basit bir örnek verecek olursam; yazmaya başladığımda yaşadığım olayları tekrar hatırlamak beni çok rahatsız

etti. Ama psikoloğum bunu yapabileceğimi defalarca söyleyerek beni yüreklendirdi ve sizlerle hastalık sürecimi paylaşabildim.

BÖLÜM 7

BİR ÖYKÜ

Kendisi de eski bir sağlık emekçisi olan değerli yazar Nihat Genç “Tıp Bu Değil”le ilgili olarak, “Öyle önemli bir iş yapıyorsunuz ki... Daha ilk kazmayı bile vurmadınız aslında, ama öyle önemli bir başlangıç ki... Bu önemin daha siz bile farkında değilsiniz...” demişti. Bu bölümde Tıp Bu Değil-2 için kendisinin özel olarak seçtiği eski bir öyküsünü sunuyoruz:

KALK, ALI...

Nihat Genç

Bir Ali vardı felç hastası, kumral saçlı, ince yüzlü. Tekerlekli sandalyesiyle kalorifer dairesine gelir, şakalar yapar, teknisyenleri eğlendirirdi. Bir ağbisi, bir ablası var, bakamamış, on sekiz yaşına kadar yuvaya vermişler. Ağbisi hamal. Üstüne vinç düştü teknisyen Murat ağbi vardı, Mamak’tan, sokak aralarının devrimcisi, birlikte çay demler içerlerdi. Bu felç hastanesinden ne hastalar geldi geçti, ama, Ali başka bir ruh taşıyordu, tam bir isyankar! Doktorlara, ağbisine utanır söyleyemezdi, “benimki çalışmıyor, ne olacak, çalışacak mı?” diye, Murat ağbi moralini düzeltmek için dışarıyı gösterir: “Bu kadar kadını, kızı kim .ikecek oğlum, tabii çalışacak...” Boynundan aşağı bir kalas asılı ya da ölü bir kurumuş orkinos. Ikide bir mücrim, kötürüm, dermansız bacaklarına bakar, “alçak Tanrı!” diye iç geçirir. Sözü geçmez bedenine artık. Kaldıramadığı bu şey başına yıkılır. Beden sana itaat etmiyorsa, sen de dünyaya itibar

etmeyi bırakırsın. Seni gördüğünde artık neşelenmeyen bir bedenden Devrik kral gibi, baş sen, ama ülke başkalarının. Ve sonra kendine demirden bir post edinip ayağa kalkacaksın, bir küçük adım, o küçük kıpırtı, yüreğin, dünyanın olur. Bir sabır anıtı gibi yıllarca o küçük adım için yaşarsın.

Yatalak felç hastalarının koğuşuna baktığımda mezarından başını kaldırmış ölümler gibi... Ölümcül bir kasvet beyninizi kemirir! Altı ay, bir yıl, belki beş yıl sonra küçük bir an kendini şarkı söylerken yakalar, o şarkının peşinden başka tür bir mutluluk arar. Beden dışarı çıktı, gitti, artık içeri başka bir şey girmeli. Kederli bir melekti, Ali. Kuru hayallerini şakalarla canlandırır. Kaburgaları bir bahçe kovası gibi. Kolsuz, kanatsız, ayaksız! O pis ağır beden kokusunu da alıp gitti. O beden, şeytanın malıydı zaten, ya da beden ruhumuzun üstüne koyduğumuz tıka basa eşya dolu bir bavul...

Ali'nin gülümsemesi artık, gizlice ağlaması, dudaklarını titretmesi, her şey o kadar ağır anlamlar taşıyor ki, yüzündeki her bir değişiklik bizim için kaygı verici bir tehlike, çünkü Ali, her an kendini öldürebilir. Ali, ne konuşsa, insanın canına geliyor.

Felçliler hastanesinde çalışmaya beş yıl dayanabildim. Her gün yatağa çakılmış yüzlerce genç hastayı görmek moralimi alt üst ederdi. Kendimi toparlamam için iş bitimi bir ilkokul bahçesine koşar, yürüyen, oynayan küçük çocukların cıvıltılarını izlerdim. Kafama koymuştum, hayatımın bundan sonrasında ayaklarının varlığını bilmeden danseden, eğlenen insanların arasında olmalıydım. Akşam dört sularında nöbeti devralıyorum, sabahın altısı-yedisine kadar. İlk işim hastanenin kapılarını, pencerelerini kontrol etmek, mutfağına, atölyelerine ve aspiratörlerine bakmak. Açık bırakılmış, unutulmuş elektrik düğmesi, kapı, yanan bir şey var mı? Asansörlerine bakar, kalorifer odasına gider, servislerini şöyle bir gezer, lavabo, hela, ortalıkta unutilan, ihmal edilen şeyleri kontrol ederdim.

Önce, kapıcı dayı elektrik ızgarasında çayı demliğe koyardı.

Bir elektrik ocağı bulmak, çayı, şekeri tedarik etmek de sorundu. İşte kapıcı dayı elektrik ızgarasının kopan tellerini tutturmaya çalışıyor. Izgara ocağın telleri ikide bir kontak yapıyor bir türlü kaynamıyor. İn cin yok. Hastalar odalarına çekilmiş, nöbetçi doktor odasında Tv izliyor. Hemşireler servislerinde büyük bulmacaları çözüyor. Üç koridor öteden biri terliklerini sürüye sürüye helaya gitse, hela kapısının gıcirtısı hastaları ayağa kaldırır. Kapıcı dayıya “merhaba, selamünaleyküm” demeden, “çay hazır mı dayı?” derim. Kapıcı dayı, elinde kontrol kalemi dakikalarca ızgaranın kopan telini onarmakla meşgul. İkimiz de yere eğilir ızgaranın kopmuş telini çekip uzatarak kaynak yapması için uğraşırız. Sorun da burada, elektrik kablosu kopmuş ise, çekip, uzatıp, diğerlerine tutturuyorsun, ocak yanmaya başlıyor. Elektrik akımının gidebilmesi için kopmuş kabloya bağlanması kafi... İnsan sinirleri elektrik kablosuna hiç benzemiyor, bir kere kopmuş ise bir daha beyinden gelen emri almıyor. Bilinen tüm tıp hastalıkları içinde dünyanın bütün bilim adamlarının tarih boyunca uğraştıran en ağır hastalık da işte bu... Omurilik kırılmaları ve zedelenmelerinde sinirler kesiliyor, kopuyor ve elleriniz, ayaklarınız artık ağır ve hantal bir eşya gibi ortada kalıyor. Bir koltuğu, bir kamyon karasörünü, bir çelik dolabı kucaklayıp taşımak ne kadar zor ise, beyinle ilişkisi kesilmiş bedeni bir daha kaldırıp taşımak mümkün değil!

Omurga kemiği içinde karmaşıkça birbirine bağlanmış sinirler koptuğunda, kemikler, kaslar, damarlar artık bir araba parçası gibi hurda aletler olarak ortada kalır. Bu parçalar arasında yeniden irtibat kurmak mümkün mü? Kemiklere, ayaklara, kaslara, beyinden emirler gitmediğinde, kendi başlarına bunu yapmaları mümkün mü? Kaslarla kemikler arasındaki sinir telcikleri olmadığına göre, şimdi, bu parçaları toplayıp, yeniden ayağa kalkan, yürüyen bir alet yapmak, tamamen teknik bir uğraş. Ayaklarımız artık bir dolap kapağıdır, mafsallarımız

artık bir çekmece sürgüsünden farksızdır. Oysa beden sapasağlamdır. Sakatlanmamıştır, sorun bir küçük sinirin kopmasıdır. Doktorlar bedeni tam bir makine gibi düşünüp, pistollar, yürütücü tekerlekler, dik durması için çelik korseler tasarlayacak! Ancak tedavi bedene değil, insan ruhuna yapılacaktır. Çünkü, sakatlanan “ruh”tur. Ruh’un ayağa kalkma inancı tükendiğinde, asıl sakatlık burada başlar. Yoksa, beyniniz bir ömür bu cansız, ölü bedeni peşinden sürüklemek zorunda. Cansız beden içinde beyniniz “soyut bir varlık”. Bedenle beynin bu ayrılığı, öte dünyayla bu dünya gibidir! Biri öte dünyaya göçmüş, diğeri hâlâ burada! Ötelere uçmuş kolları, ayakları, gövdeyi, kalçaları bu dünyada direnen beyinle taşımak sadece bilimin değil, inancın, felsefenin, hayatın en gizli en büyüğü macerasıdır! Mesela, fizik-tedavi antrenmanlarına başlayan hasta, ilk günlerde düştüğünde, büyük bir psikolojik yara alır, güvenini kaybeder. Bir kere düşmüş olmasının telafisini yıllarca kapatamaz. “Başaramayacağım” inancı beynine yerleştiğinde ömrünü artık yatağa çakılı bitirecektir! Bedenlerine hakim olamayıp sık sık düşseler de, beyinlerinin düşmemeleri gerekiyor. Beyin için de moral lazım, aile lazım, yardımlaşma lazım, sevgi lazım, para lazım, gülmesi, eğlenmesi lazım, etrafına güçlük çıkartmadığına inanması lazım, başkalarını üzmediğine inanması lazım, yani bir tek değil, yüzlerce inancı olması lazım! Vücudunuza insan eli yapımı demir korselerle ayağa kaldırırsınız belki, ama, uydurma bir sağlıkla beyninizi asla. Bu ülkeyi fethetmek için yeni tür bir bayrak gerek, insan gücünden ve iradesinden yapıldı... Sağlığın ve sağlam olmanın değerini artık .ikine takmayacak ve hiç kimsenin bilmediği yeni bir şarkı... Bedensiz beynin kendi bestesi, o çürümüş bedeni alıp en yükseklerle uçuracak, bir melek gibi gezdirecek bir şarkı.

Ishak otuz yaşlarında, Samsun limanında hamallık yapıyor, kardeşi Ali 19 yaşında, liseyi yeni bitirmiş, cep harçlığı almak için limana gelmiş, üstüne vinçten kopan yirmi tonluk

yük düşmüş. Hemen bir ambulans çağırıp hastaneye koşmuşlar. Samsun'da hastaneler almamış, basmışlar gaza Ankara'ya... Ankara sigorta hastanesi de almadı. Basmışlar Numune'ye, Numune de almadı... Ambulans İshak'ın cebinde para olmadığını anlayınca Numune'nin önünde bırakıp kaçmış. Numune'ye sırtını vermiş felçli hastanesi yüz metre mesafede.

Kapının önünde çayımızı içiyoruz. Sırtında büyükçe bir battaniye bohçası, ki, arkadan yere sürüyerek çekiyor. Kapının önüne getirdi ve iki dizi üstüne yıkılarak bıraktı. Kan-ter içinde. "Selamünaleyküm". Battaniye bohçasının düğümlerini açtı. Ali'yi ilk görüşüm. Bohçanın içinde ekmek hamuru gibi, bir sürü ayağı kolu var, ama hepsi birbirine dolaşmış gibi. İshak ağlar gibi: "Ağrıları durmuyor ağlıyor..."

Hastayı asla kabul edemeyiz, ama, hastayı ikna etmek için başhekiye telefon ediyoruz, nöbetçi doktoru aşağı indirip hastayla konuşturuyoruz.. İshak, arada bir battaniye içinde çığlıklarla bağırarak kardeşine dönüp: "ne olur ağlama, almazlar bizi bak!".. Yalvardı, yakardı, ağladı, yapacak bir şey yok. Çaresizlik içinde İshak, battaniyenin başına çömeldi.. Çığlıklar atarak ağlayan kardeşiyle birlikte iç çeke çeke ağlamaya koyuldu... Kapıcı Ahmet'in yüreği bu sahneye dayanamadı. İshak'ın yanına gitti: "Bak hemşerim, siz Keçeciler'e (Anap Milletvekili) gidin, meclise, bir hal çaresi bulur!". dedi... İshak'a meclisin yolunu tarif etti, daha önce bir hastayı da Keçeciler'e gönderdiğini sonra hastaneye alındığına ikna etti.. İshak, yeniden battaniyeyi boh- çaladı, sırtına aldı, sürükleyerek hastane kapısından kayboldu... Hastaneye kabul edilse bile, sıra alması gerekecek, burada en torpilli hastalar bile altı ay sıra bekliyor.

Hastalar yaraları iyileşmeden tedaviye alınmaz, yaralar da eskisi gibi hızla iyileşmez, tamamen ölmüş hücreler bir cesedinki gibi yeşillenir ve hasta günde birkaç defa sağa sola çevrilmezse, yaralar kurtlanır. Bu yüzden hastanın başında bir refakatçi mutlaka bulundurulmalı. Daha hastaya sonda takıla-

cak, yani, naylon bir boruyla idrar torbası bir naylon torbaya bağlanacak, gündelik lavmanı yapıp bağırsaklarına solüsyon bırakılarak artık eskisi gibi çalışmayan kasların suni görevleri öğretilecek. Tedavinin nihai amacı da, hastanın kendi ihtiyaçlarını kendisinin görebileceği bir düzeneği hastaya ve kaslarına öğretebilmesi. En iyimser tahminle üç-dört yılını alır, hasta sahibi aileler maddi ve manevi olarak tam bir çöküntüye girer. Ve o mutlu tedavi anı geldiğinde, kaburgalarına ve bacaklarına çelik korseler takılır, hastanın değneklere dayanarak dik durması sağlanır, altı ay, bir yıl, iki yıl, bir küçük adım atması, vücudunu, kimseye muhtaç olmadan kolları yardımıyla kaldırması beklenir!

Omurga kırıklıkları dünya tıbbi için çözümsüz, umutsuz vakadır, tıbbın en yavaş ilerlediği hatta hiç yol almadığı bir alan, bütün bilimsel marifetler burada çok sınırlı, diyelim, kertenkelenin kesilen kuyruğu vücuttan koptuktan sonra bir müddet oynar, işte beyinle hiçbir ilişkisi kalmamış kesilmiş sinirlerin beyinden emir almadan kendi başına kaslar yardımıyla kıpırdayabilmesi için bu sinirleri manyetik ya da elektrik sinyalleri vererek güçlendirmek bu hastalar için yapılabilecek tek şeydir!

Ancak, zedelenmelerde bir mucize umudu hep vardır, bir yün ipliği düşünün, ipliği yavaşça kopartın, ipliğin gözle görülmeyecek bir teli belirli belirsiz tutunur gibidir, sanki bir teması vardır. Bu küçücük temasın olup olmadığını, tedaviye başlayan hastanın ayak parmağında bir milimetrelik kıpırdayışı, müjdelerin müjdesi, onun bir gün ayağa kalkacağıнын işaretidir.

Ali'nin tedaviye başlaması yıllar sürdü, ama birgün o gün geldi. Ayak ölçüleri alınıp çelik korseler takılıp tedaviye başladığı o günkü sevincini, muazzam enerjisini unutmuyorum, sanki ertesi gün yürüyecekmiş gibi neşeliydi. Bıraksalar değil yürümek, pencereden uçup gidecek, çatılardan çatılara atlayarak gezecek gibi. Oysa bedenin ayağa kalkması, mümkün değil. Çelik korseleri, değnekleri, birtakım kas geliştirici jim-

nastik aletleri görünce, kafasında “bu iş tamam” dedi. Nasıl boşuna bir gayret, düşünüyor, sürüm sürüm sürünüyor, inancını kaybetmiyor. Zamanla hırçın huylar edindi. Bir yerde düşmüşse bir daha o yere uğramıyor, başka köşede yürümek istiyor. Düştüğünde göz ucuyla etrafı kolaçan ediyor, onu düşerken kim görmüşse, ertesi gün, onların yanında yürümeye çalışarak kendini gösteriyordu. Başka huylar da edindi, doktorlar hastalarla konuşurken kulak kabartıyor, öğütleri, kendine söylenmiş gibi kabul edip üstünde uygulamaya çalışıyor. Ancak, bu yoksul çocuğun torpilli doktor dostları yoktu. Hemşireler yüzüne bakmasa da herkese espriyle laf atıyor, şirinlikler deniyor, kendini sevdirmek için laf cambazlıkları yapıyor. Oysa Ali'nin ruh hali ve yetiştirme tarzı başkaydı, odasına çekildiğinde başka bir adam olu yor, herkese bir isim takmıştı, .ötoğlanı, .mcık, dal.arak, kimseye güveni yoktu. Ama uzun geceler hastalığını unutmak için belki sabahlara kadar hemşirelere söyleyeceği esprili şakaları düşünür, bu gülünç uğraşlarla hamurlaşmış bedenine sanki sahiden bir iskelet takardı. Sabah olur olmaz hemşirelere, doktorlara hastabakıcılara cinlik akınları düzenleyen sevimli bir düşman gibi hareketli ve ele avuca sığmaz olurdu. Her deliğe giriyor, her yerden çıkıyor, biri onun yüzüne gülmüşse, artık onun lafını bir daha dinlemiyor. Ruhsal acemilikleri çoktu, kim ona bir küçük iyilik yapmışsa onun ömür boyu kendisine durmaksızın iyilik yapacağına inanırdı. Ve kendine kim iyilik yapmış, şakasına katlanmışsa, onunla bir ömür küfürlü cinselli şakalar yaparak arkadaş olacağını sanırdı, içindeki gerilimi şakaya vererek unutuyordu belki. Ne kadar yumuşak, yaramaz, afacan görünse de, yüzü kaskatı, gerilimli, asla yumuşamayan, kemikli, sert yapısını terk etmiyor. İçi pamuk dolu bir minder gibi yumuşacık ayakları beynini kaya gibi kaskatı yapıyordu. Kumral saçlı ve pek yakışıklı bir çocuktu, ama artık, ilkokul birinci sınıf çocuklarının ilk derste çizdikleri harflere benziyordu, bazen çelimsiz bir B gibi bazen

girintisi çıkıntısı çok bol bir K gibi. Buradan melodik bir şarkı sözü yazılabilir mi. Ama Tanrı'nın yalnız gençliğe verdiği çılgın ve coşkusal bir delilik hali var her şeyi öyle abartır ki, ne tıp, ne mekanik, ne ölüm ne kader dinler!..

Doktorlar, hemşireler, başhekim, genellikle ve hayatın kuralı gibi zengin, sahibi olan, çevresi geniş hastalara yakın gibi durur. Aslında böyle değil, bu hastaların çevreleri, gide gele doktorlarla muhabbet genişletir, ısınırlar. İster istemez duygusal alışverişe girerler doktor ve hemşirelerle. Ali öyle değil. Etrafta olup biteni görüyor ve bu soğuk duvarı yıkmak için, bir hemşire, ya da bir doktor ona bir sabah gülümsemişe akşama kadar arabasıyla doktorun peşinden gidiyor, kendisine güzel bir söz söyleyenin peşinden bir daha ayrılmıyor. Komşu ranzalarda, özel odalarda yatan torpilli hastaların her fizik tedaviye çıkışlarında aldıkları alkışları görüyor, onların her yeni adımı koridorda mutlulukla hikaye ediliyor, pastalar kesiliyor, el çırpılıyor, sağa-sola telefonlarla müjde ediliyor. Ali'ye bakan yok. Yatağından kendi başına kalkmış, bakan yok. Tekerlekli sandalyesine kimseden yardım almadan binmiş, umursayan yok. Ve en önemlisi her sabah yüzüne takındığı o muhteşem mutluluk sevincini gören yok.

Etrafında öyle hava estiriliyor ki, sanki, Ali de kendi derdini bıraksın, etrafındaki sahipli hastaların mutluluklarına katılsın. Onlar için göbek atsin, onların yatağının yanına gelip palyaçoluklar yapsın, o zengin hastaları soytarılık yaparak güldürsün. Etrafta öyle bir atmosfer yaratılıyor ki, yoksul hastalar gün boyu torpilli hastaların mutluluklarını konuşsun, onlara çiçek taşısun, gelen misafirlere odasını gösterson, onların suyunu taşısun ve arada bir onların başucundaki oyuncaklarını alıp oynama hakkını kazansın. Bu, nasıl ve kimin ve neden, dünya durdukça kendiliğinden yaratılan bu atmosfere, varoşlardan gelmiş şalvarlı kadınlar hemen aldanır, belki onların böreğinden, çikolasından pay kapmak için, bilmem, kendi hastalarını

unutup, onların yürümelerini, gidip gelenlerini, neşelerini konuşmaya başlarlar. Başlarında bekledikleri ağır yaralı kötürüm hastası çocukları, kocalarını, yakınlarını unutup, hemşireler ve doktorların ilgi gösterdiği hastaların etrafına koşarlar. Dünya orasıymış gibi, hayat orada devam ediyormuş gibi. İşte Ali'yi bir köşede pencereden uzaklara baktıran, bacağındaki demir halkalar gibi susturan, bu olup bitenler. Ağlaya ağlaya yanıma koşuyor, bugün merdivenden çıktım, doktora söyledim, bakmadı, "iyi" dedi, ne güzel çıkmışsın, işte, dedi. Hüngür hüngür ağlıyor. Yan koğuştaki altı aydır henüz ayağa kalkamamış torpilli hastanın acemiliklerini korkusunu dalga geçerek anlatıyor, herkes, onun yanında diyor. Yürüdüğünü, attığı adımların kimselerce farkında olmayışı Ali'yi yiyip bitiriyor. Oysa burayı, yeni dünyası, yeni evi, yeni mahalle arkadaşları bilmişti... Her gün bunları görüyor, her akşam gün boyu attığı enerjik ve kararlı adımların yaramadığını görüyor, geceleri odasında kaldığında işte bu duyguların sessizliğiyle eziliyor. Kapıda bir ayak sesi duyunca, boğuk boğuk ağlamalarını bırakıp, gittikçe büyüyen pazuları artık değnekleşen ellerini bir sopa gibi kullanıp, tuttuğu her şeyi sinirli sinirli avuçlayıp kırıyor, parçalıyor. Yani ses ya huzur bozuyor! Başka türlü rahat soluk alması, sakinleşmesi uykuya dalması, mümkün değil!

Bedenimiz artık bir peygamber mezarı gibi, dua etmek başka şansımız yok. Ama peygamber bu, kim bilir, kalkıverir mezarından. Ancak hiçbir peygamber de tek başına peygamber olmadı, toplum kaldırdı onu ayağa. Toplumsal kaldıraçlar olmadan tek başına, bu biricik bedeni kaldırabilir miyiz, sosyoloji ve psikolojinin ortak sorusu budur, yani, sosyo-psikoloji; en temel sorusu. Bu soruyu "solcular" üstlenmiş, toplu kaldıraçlar olmadan bireyin tek başına ayağa kalkmasına inanmazlar! Ama Ali deliliğe varan bir hırsla uğraşıyor burada gün boyu. Şeytani bir gerilim yüzünde, bir adım daha atmak için işte kızgın kızgın damlacıklar belirliyor alnında. Nefesi kor ateş! Ses-

sizlik çökmüş loş bir koridorun dibinde kendi kendine alev alev kızarıyor, köpürüyor. Alnından, omuzlarının altından yağ sızıyor, bilmem hangi hayali kurarak ediniyor bu hırsı! Üç beş yıl durmaksızın bu cansız bedeni hiç soğutmamak için, düşüncesiyle yoğurup yoğurup, bu mekanik aletlerle yeniden bir eser yapmak için. Sarhoş edici bir cesaret. Şimşek gibi gözleri. Muazzam gerilimli bir beyin. Paramparça ediyor kendini. Birgün koşacağı günleri düşünerek, bu hayatı kökünden değiştirmek, düzeltmek, yeniden kendini tamamlamak için. Bir küçük kımltı, bir titreyiş için aylarca beklemek. Kaslarını bellemek, damarlarını saymak, bütün kemiklerinin adlarını, yollarını, cinslerini öğrenmek. Ellerini, kollarını, havaya sıçrayacakmış gibi öyle bir güçle kavlıyor ki değnekleri, sanki değnek kanatları... Bedeni yeniden beyninden gelen emirleri alsın diye inanılmaz yorucu duygu yoğunluğuyla, kafatası nohut kazanında fokurduyor gibi, terden sıırıslam oluncaya kadar. Beyni hırs-tan bir dinamite dönünceye kadar. Ali, susmuş bedenini, yeniden kabul edilebilir bir dünya yapısına çevirmek istiyor. Uyuşmuş ve karanlık kaslarını yeniden tıkırdatmak istiyor, vurunca bacaklarına değnekleriyle bir küçük acı hissetsin istiyor. Uykusuz gecelerde sabahlara kadar gizli gizli gözyaşları döküyor. Bu hırs-la bir orduyu yere sererdi, ama, bir türkü tutturacak hevesi dahi bulamıyor. Her günün gecesi yeniden darmadağın-ık oluyor kafası. Ama her günün sabahı Allah'ına, kitabına, kaderine, feleğine küfürler savurarak giriyor jimnastik salonuna. Ellerinin yordamıyla sendelemeden, ürkmeden, boğulmadan, ellerini bu beden denilen kalles tapınağın yeni sütunları gibi kullanmak, artık, ayakları yerine ellerini öğrenmek. Öfkelerle kudurarak. Hırçınılıktan herkesi, kendini, duvarları, aletleri, değnekleri paralayarak. Kasları erimesin istiyor, küçülmesin istiyor, bir bulut gibi yumuşamasın, ruh gibi kaybolmasın, istiyor. Yeniden civa gibi, dört nala atlar gibi, çelikten bir korseyle sarılmış bir deli gibi boşluklara küfürler yağdırarak başlıyor

idmanına, altı ay, bir yıl, iki yıl her gün, aynı hırs.

Sanki yürüyen bacaklarının yarınlardaki sesini duyuyor, yürüyen, kıpırdayan, hareket eden her şeyi kıskanıyor, gençlik düşlerinin öldüğüne inanmıyor, bu mindere benzeyen zayıf vücuda yeniden sert tekmeler öğretmek istiyor. Yatağına bağlanıp yıllarca hiçbir şey söylemeden susuvermeyi öğrenmek istemiyor. Katlanmak, dayanmak hiç istemiyor. Buz gibi bacaklarını elleriyle ovuşturup kafasını paramparça edercesine yumrukluyor. Bu, öz yurdu, bedene bir daha hiçbir hayali sokamayacak mı? Bakışlarını tavana kaldırıp Allah'a, kitaba, kadere, aletlere küfürler savuruyor, yeniden. Gücünü kendine inandıramazsa, kimseye inandıramaz bu yüzden, kadere, hüzne, kasvete asla inanmayıp, kendini boşluğa bir an bırakmıyor! Bir daha bu bedenle yaşayamayacak olmanın ürpertisiyle her gün tükenircesine yorulmak... Yorgunluktan leş gibi yatağa düşmek. Sessiz sedasız uzanmalara, dinlenmeye asla inanmıyor, başının üstündeki halatlara gece boyu tırmanıp tırmanıp iniyor, tavana vuruyor ellerini, ertesi gün, halata tırmanıp tavana vuruyor kafasını, başardım, başardım diye çığlıklar atıp, gömülüyor yastığına. Ve pencerenin dışında inadına kımıldayan, hareket eden ağaçların yapraklarını görüyor. Yapraklar kımıldadıkça, rüzgarla başıboş özgürce salındıkça, beynini yalıyor alevler, sabaha dek bir kömüre dönüyor, yıkık dökük düşüncelere kaptırıp kendini korkunç acılar içinde bedeni su olup akıyor çarşafın üstüne.. Dudaklarına yavaş yavaş susmayı öğrettiği için geceleri sevmiyor. Gümbür gümbür atan kalbini bu kan basıncı, bu bataklığa benzeyen yatağa inanmadığı için, gece olsun istemiyor. Sessizleşince ortalık, ölmüş ceset bedeninin üstünde ruhunu bir beyaz çarşaf gibi giyindiğini görüyor. Issız ve sarkmış çok uzak bir zamanın içinde buluyor kendini. Hızla, bir zamanlar neşeyle koşan çocukluk anıları etrafında başını yastıkta bir o yana bir bu yana döndürüyor. Kızıışmış beynini ancak bu hayaller içinde dizginleyebilir, işte burada

yakalarsa uykuyu, dünyanın en mutlu insanı gibi, kahraman gibi uyuyacak!

Genç bir adamın beynine yatıştırmayı öğretmek, en sıkısı imtihanların!

Ali, bu ceset bedeni kaldırması için her gün yaptığı hareketleri sayması, matematik olarak toplaması, ertesi gün bir fazlasını yapması gerekiyor, böyle böyle kaldıracak bu bedeni, ama kaldıramadığı şeyler var, hastanede bunlardan ne çok var. Bazen, sırasını alıp jimnastik salonunda yan odada yatan zengin piçine veriyorlar. Ali, ilk sırayı almak için bazen uyumuyor, sabah kahvaltı yapmıyor, hemen jimnastik salonunun açılmasını bekliyor. Sırası alındığında, jimnastik salonunda hareket-siz önündeki adamı beklemek zorunda. Jimnastik aletlerin her türlü-sü var, insan vücudunda ne kadar kas, burada bu kasların her biri için bir tuhaf alet. Bu aletler evinde olsaydı hemen çekip giderdi, tekerlekli sandalyesi bile yok. Bir küçük adım içim, bu aletlerin her biri vücudundan bir parça oluncaya kadar disiplinli bir mücadeleyle dostluk kurmalı. Eve gittiğinde, birçok hasta gibi, disiplini ihmal edebilir, hantallaşabilir, zaman içinde hastalığı kabul edip hayattan çekilebilir. Ali hırsını yene-miyor. Her gün sıfır kilometre çekse de, büyük bir maratonda kabul ediyor kendini, yan koğuştakiler, diğer çocuklar, başka hastalar, hepsi Ali'nin gizlice savaş verdiği, yenmek istediği geçmek istediği, geride bırakmak istediği rakipleri... Bu büyük rekabete inanmasa, belki koyverir kendini, bırakır. Ama her gün başkaları bilmesede o büyük bir koşuya hazırlanır gibi, o gün yine sıfır kilometre çekip tek bir adım atamasa bile ruhunda deparlar atarak koşuya katılıyor. Yemek tabağını kızgınlıkla hastabakıcısının yüzüne fırlatıyor, arabasını hemşirenin üstüne sürüyor, azar işitiyor, kavga dövüş, hastanenin altı üstüne geliyor. Uyarılıyor, yetmiyor, Ali dokuzda, onda odasına kapanması gerekirken koridorlarda dört dönüp hastaları uyandırıyor diye, yine uyarılıyor! Sanki bir dünya kalabalığı, pisliği, ağırlığı

başına tünemiş gibi, sürekli başını sağa sola atarak, hepsini hırçın bir rodeo atı gibi üstünden atmak istiyor!...

Ali'nin huysuzluklarına karşı uyarıların çoğalmaya başlaması tam bir felaket. Burada, sıra bekleyen hastalar için odaların hemen boşaltılması için, uyumsuz hastaları idare fırsat bilip, hemen evine gönderir. Önce psikologa, Ali, psikologa gitmeyi onur meselesi yapar, ben deli değilim, der, psikolog Ali'nin odasına gelir. Ali, hiç konuşmadan ya da yalan yanlış aksi cevaplar vererek psikolog kızı ciddiye almaz. Ali'nin söylediği net ve kesin, "benim sıramı neden başka hastalara veriyorlar!" .. Hastalıklar insan ruhunu silkeler ve artık hiçbir hasta bir göl sakinliğiyle bekleyemez, hiçbir ihmali affetmezler ve keskin, sert, titiz, kuşkucu bir kimlik geliştirirler. Bu olumlu bir faydasıdır hastalığın. Hayata kötü kötü ve bıkkın, bitkin bakmaz, hem hastalıklara hem de toplumsal umursamazlığa karşı savaş açarlar. Öyle ki, toplumun kendine verdiği onuru, ünü dahi hiçe sayıp tüm bu önceki hayattan edinilmiş kimliğin saçma sapan, palavra olduğunu anlayıp hızla güçlü ve baş edilmez bir ahlak hocası gibi konuşmaya başlarlar. Ama karşılarında uyuşmuşluk içinde dinamizmini kaybetmiş idareleri bulurlar, idareler her kuşkucuyu postalayarak sıkıcı ve ölümcül yönetim hastalıklarını uzatıp istikrara hizmet ederler. Ali, 'onların bağlandığı aletlere beni niye bağlamıyorlar" diye isyan ediyor. Burada daha bir yıl kalması gerekirken, burada hastalar tedavinin sonucuna kadar bekletilirken, Ali'ye, "tamam sen çok zekisin, çeviksin, kavradın, ilerleme sağladın, hadi şimdi öğrendiklerini evinde yap!" demeleri.

Belki de Ali, iyileşmek için aceleci davranıyor, ama, bu acelecilikten kaynaklanan hırçınlıklarını bir uyumsuzluk problemi kabul edip, bu bahaneyle Ali'yi postalamaları ve her defasında dosdoğru konuşan insanları idareden, kurumdan uzaklaştırmaları artık bir devlet geleneği. Ali, eve gönderilmekten öyle korkuyor ki, bazen sessiz kalıp, haftalarca isyankarlığını

unutup, önüne çıkan hemşireye, doktora yalvarıyor... Ama birden kendini kaybedip yine bir taşkınlık anında yakayı ele veriyor. Doktor ve hemşireler ve idare görevini yapıyor. Uzun yatan hastalar için “görev” tatmin edici değil, fazladan iyilik istiyorlar. Doktorlar iyiliğe başlarsa çoğu hastalara karşı genel görevlerini yapamazlar. Ali bunları bilmiyor ve her insan gibi kendisine bakılmadığında bolca küfürlerini savuruyor. Ama, doktor ve hemşirelerin bazı hastalara iyilik ve güler yüz ve hat-ta, hastayı şımartacak şakalar yaptıklarını da gözleriyle görüyor. Kızıl kıyamet burada başlıyor, Ali’ye ta Samsun’dan işini bırakıp gelen ağbisi durmaksızın uslu durmasını söylüyor, başında bekleyen ablası, “ne olur karışma” diye ağlayarak yalvarıyor. “Bu sırayı alabilmek için yıllarca bekledik, sokağa atılırsak...” Üstelik bu soğuk mart günü.. Ali’yi seven yatıştırmak isteyen doktor ve hemşireler nasihatlerde bulunuyor, ona, kurumların, devletlerin, sağlık politikalarının genel ve temel ve değişmez kurallarını anlatıyorlar: “burası herkesin malı, daha sırada bekleyenler var, kimseye ayrıcalık tanınmaz, kuralları bozanlar affedilmez, ömür boyu böyle kalırsın” diye gizli ve kibar tehditler...

Ama Ali, elinde soğuk bir tabanca tutar gibi hep yan odadaki özel hastaya yapılan ayrıcalıkları dile getiriyor ve koridorda bir tabanca patlatır gibi bağırarak, herkesi rahatsız ederek, laflarıyla herkesi delik deşik ederek. Bir gün Ali, yan odadaki kendi boyundaki çocuğa laf attı: “Korkağın tekisin lan, altı aydır buradasın, nafile...” Aşağıladı çocuğu. Bu bir psikolojik yıkım. Başhekime bildirdiler. Çocuğu kırbaç gibi yediği bu laflardan sonra yeniden tedaviye sokmak aylar alır. Annesi ve babası, Ali’yi hastaneden attırmak için, belki böyle de bir niyetleri yoktu ama, kendi çocuklarını da çakallara karşı korumak zorundaydılar, Ali’yi, her gün sağa sola doktorlara şikayet ettiriler. Ali’nin her yanlarından geçici elektriklenmeye sebep oluyor, hiçbir şey yapmasa da “bak bak hain hain baktı oğlumun

moralini bozdu!” diye şikayetler. Ali zaman zaman işi abarttı, çocuğun kapısını gece vakti gidip birden çarpıp, bir dalganın aniden kayalıklarda patlaması gibi korkunç huzursuzluklar panikler yarattı. Hamal ağbisinin parasıyla geçinen Ali... Hastalığıyla tamamen kahrolup maddi-manevi ailesi çöken Ali! Bilmiyorum neye güvenip, burnundan kıl aldırıyor, herkese dikleniyor. Uslanmıyor! Ali’nin kaba küfürlü dalgalarının onlarca hastayla ve doktorla dolu jimnastik odasında nasıl dinamit bombası, ses bombası gibi patladığını düşünün. Doktorlar kimi övüyorsa Ali, hırsını o hastadan alıyor. Hemşireler kime fazla ilgi gösteriyorsa, Ali, bir yolunu bulup o hastayla küfürlerle cinsel şakalarla dalga geçiyor. Buradaki hukuki, sosyal, idari sosyal disiplini tamamen bozan bir çakal. Ali’yi yumuşatmak için iğnelere başladılar, bu taşkın, parlamış atı dindirmek mümkün olmadı, geceleri hemen uyusun diye fazladan haplara başladılar. Ali, “burada yürümek için umudu olan benim, şansı olan benim, benimle ilgilenmiyorsunuz” diyor... Böyle bir cümleyi bu hastane yapısı içinde kurulduğundan beri hiç kimse bağırarak dile getiremedi. Hastanedeki huzuru, birliği, eğitimi, tedaviyi paramparça eden bir isyan.

Ali’nin doktoru Cüneyt bey, kendi halinde, meslek heyecanı kaybolmuş, yarı uyur, yarı hülyalı bir doktor, hastalıklar üzerine kehanetvari, olur da olmaz da, bilmem de, belki de gibi konuşmaları uzattıkça uzatır. Mesleki tecrübesiyle ideal bir doktor, yani tam bir itici surat edinerek hasta yakınlarından korunmayı başarmış bir dil ustası.

Ali teknik bir gelişim, yani, ayak parmağındaki o küçücük belli belirsiz bir milimlik kıpırdatmayı hiç ilerletmeden hastaneden kovuldu. Geldiği gibi gitti. Gideceği gün kızgınlıktan delirmiş, bir ateş topu gibi Cüneyt beyin oda kapısından içeri bağırды: “Bir gün bu hastaneye yürüyerek geleceğim, göreceksiniz!” ...

Allahaısmarladık için vedaya geldiğinde, hırsından, hor gö-

rlmekten, itilmekten, i çeke çeke ağlıyordu. Ancak, yle bir inadı vardı ki, o çoktan karşı kıyılara ulaşmış, çoktan uzaklardaki o ülkeye varmıştı, onun için endişeye gerek yok, nasılsa başaracak.. Hıkırıklarının arasında: “yürüyerek geleceğim buraya, görecekler”, “yürüyerek geleceğim bu hastanenin kapısına...”.. Kovulmuş olmanın acısı zaten zayıf yüzüne çok ağır geldi. Gözlerine tuhaf bir ürkme, korku geldi. Bu sarsılmaz çocuğun gözlerinden zeytin suyu gibi acılı ince ve yakıcı yaşlar süzülüyordu. Bu dramatik sahne karşısında her insan ölümcül ve umutsuz bir mateme kapılır. Tanrı bir gün paslı makasını eline alır ve sizin de omurganızı kıtır kıtır keser. Bedenlerini kaybetmiş ve kafalarının altında bir ceset taşıyan bu yoksul insanlara yapılan eziyetleri hiçbir yazar anlatamaz. Acele etmeli insan, henüz dizlerini kırabiliyor, diz okebiliyor, takla atabiliyorken kahramanlığı tasarlamalı. Artık yeraltında olması gereken bu çürümüş bedeni bu kadar isyankar bir kafayla ne kadar taşıyabilir? Yoksulluk, ailesi, imknsızlık, çevresi onu birçok kez daha düşürüp, bir yığın bitmeyen ruh kazalarının içine sokacak. Ve ruhunun kökleri bir daha zedelendiğinde, yani bu isyancı bir kez daha yara aldığında, artık o, soğuk, korkak bir adam ve yatalak ve demirlere bağlanmış ucube bir yaratık olarak tüm dünyadan kendini saklayıp, gizlenerek yaşamak zorunda kalacak...

Yıllar geçti, Ali'nin adını da unuttum, geldiği şehri de... Bu hikayeyi yazarken ona bir ad, bir şehir uydurdum. Ben hastaneden ayrılalı on yıllar oluyor. Kapıcı Ahmet dayı, anlattı. Ali, tek başına yürüyerek gelmiş hastaneye. Yanında kimse yokmuş. Yanında kimse olmadan yürümek bu hastalar için çok önemli. Bir adım atıyor, diğerini peşinden çekerek yürüyormuş. Güçlü ve çok adaleli kollarıyla kapıcıyı ayağa kaldırmak istemiş, arslan gibiymiş. Kapıcı takılmış, “kekeme yürüyorsun hâlâ” diye. Kapıda gazoz içmiş, gazoz kapağını dişleriyle kopartıp açmış. Gürültülü şakalar yapmış. Kapıcı dayı bir taşkınlık yapar diye,

korktum dedi. Eskileri sormuş, “kimse kalmadı, filanca hemşire duruyor, filanca doktor, Cüneyt bey odasında” demiş. Ancak, yıkıldığı, düştüğü bu koridorlara yeniden gelmesi bu hastalar için çok tehlikelidir. Her düştüğü yer onun için psikolojik bir eşiktir. Yıllar önce defalarca düştüğü, süründüğü yere geldiğinde, Allah korusun, dikenli bir çit varmış gibi önünde bir adım atıp geçemez, alnından su hortumu gibi terler fışkırır, geçemez, ancak Ali öyle değil, kasıla kasıla yürümüş. Odaları, jimnastik salonunu gezmiş... Başhemşirenin odasına dalmış. “Yürüyorum!” demiş. Ayağa kalkıp onu kucaklayarak selamlayacaklarını düşünüyordu, belki, başhemşire “sen kimsin, izinsiz niye odaya girdin!” diye bağırıp, kapıcıya: “çıkartın şu adamı!”... Yıkıldı yıkılacak, yüzü yaprak gibi sarardı ve ayakları yaprak gibi sallandı. Arkasını dönüp Cüneyt beyin odasına girdi, Cüneyt beyin odası. Pencere dibinde bir kauçuk ağaç naylon telle tutturulmuş! Kapı arkasında bir küçük vestiyer, duvarda ilaç firmalarının bir takvimi ve önünde etrafı alüminyum şeritle kaplı formika masa. Bu arada hastabakıcı Cüneyt beyin önüne imzalaması için evraklar koyuyormuş... “Cüneyt bey, yürüyorum..” demiş. Cüneyt bey Ali’nin hiç yüzüne bakmadan ve içeri bir adam girmiş girmemiş hiç ilgilenmeden bir işi için dışarı fırlamış... Ali arkasından bağırmış: “Cüneyt bey, yürüyorum!” Cüneyt bey tanıyamamış, koridordan bağırmış: “Ne güzel işte yürüyorsun, daha ne istiyorsun!”

Bu soğuk umursamazlık karşısında Ali’nin ödü patladı, beynindeki dizlerinin bağı çözüldü, nasıl davranacağını bilmiyordu, eski günler olsaydı dik kafalılığı ve küfürleriyle toparlardı kendini. İnad olsun diye trabzana ve duvarlara hiç dayanmadan çıktığı merdiveni bu sefer trabzanı tuta tuta, kontrollü ve yavaş adımlarla kapıya çıktı. İçinde bir şey titriyordu, o şey neyse tüm bedenini, bacaklarını da titretiyordu. Hastane kapısından çıktı. Bacaklarının arasına dolaşan sıska ve pis bir çingene çocuğunun az daha üstüne düşüyordu. Tek isteği dış

kapıya kadar yürümek. Dış kapının önünde çöp bidonları dibine, kazan kapağı gibi yüzüstü düştü... Sağdan soldan koşuşup Ali'yi kaldırmak istediler, gözleri kararmış ve sokak baştan sona uzamıştı. Direndi, kalkmadı. Güçlü pazularıyla değil, kendini kaldırmak isteyenlerin yüzlerini tırmalayarak kurtuldu.. Günlerce çöp bidonunun yanında hırpani bir dilenciye dönünceye kadar, yığıldı kaldı. Olduğu yere işeyen, sıçan bir meczup. Gelip geçen para attı. Birileri, kapıcılar, taşımak istedi.. Ali, kumral saçlı, uzun boylu bir oğlandı, antrenmanlarla vücut da yapmıştı, ama çok alıngan gözleri vardı. Çöp bidonuna atılan kartonları yorgan gibi başına çekip günlerce yemeden içmeden orada kalakaldı. Birkaç gün sonra görüntü olarak başhekim, doktorları rahatsız etti. Polis çağırdılar. Polis, Ali'yi nereye götürecekt, kimin nesi? Ailesi nerde? İncelemeye başladılar hastane kayıtlarını... Tam yedi yıl önce, hastaneden taburcu olduğunu öğrendiler. Ağbisinin adresi, memleketi, ismi, soyadı, orda yazıyordu, memleketine telefon ettiler. Gelin hastanızı alın! Bir gün sonra ağbisi geldi ve Ali'yi “yalvarırım kalk Ali, aleme rezil oluyoruz Ali” diye kaldırmaya çalıştı, Ali, uzamış tırnaklarıyla yüzünü, burnunu, boydan boya, falçata gibi derisini çizerek kanattı... Başhekim, ağbisi gelinceye kadar mutfaktan önüne her öğün yemek koyulsun demişti, bir de su hortumuyla baştan aşağı ıslatarak temizleyin, diye emir vermişti...

Ali'yi götürmek için araba getirdi, Ali direndi binmedi. Baş edemeyeceğini anlayınca Ali'yi sürüye sürüye kaldırımın daha temiz, ayakaltı olmayan yukarı tarafına doğru çekti. Sabaha kadar sigara üstüne sigara yakıp Ali'ye yalvardı. “Kalk Ali, yakma bizi Ali... Kalk Ali!.. Yalvarmaları, kin kusmaya, başa kakmaya dönüştü: “Varımızı yoğunuzu sana verdik Ali. Bitirdin bizi Ali. Yemedik sana yedirdik Ali. Hadi kalk Ali, on yıldır çektiklerimizi düşün Ali. Bu hastalık bitirdi bizi Ali, yapma bize bunu Ali!”...

Ağbisinin yalvarmaları birgün sürdü ama Ali'yi tanıyordu

ağbisi, kaldırmak için kırk dereden su getirdi: “Yürümek nedir Ali, herkes yürüyor... Ayağa kalkmayla ne sandın kendini Ali. Bütün alem ayakta. Ayağa kalkmak yetmez Ali, bunların topunu .ikeceğiz.. Bunların hepsini .ikeceğiz Ali.. Zarar vereceğiz bunlara Ali. Kalk Ali, bunların çocuklarına, hastanesine zarar verelim... Bunların topunu .ikmeden bir yere gitmeyeceğiz Ali...”

Ağbisi yalvarmaktan bitkin düştü, sırtını kaldırma verip... (Sokaktan arabalar geçiyordu...)

– Kalk Ali, bunların arabalarını .ikeceğiz Ali, sarı arabalarını .ikeceğiz, beyaz arabalarını .ikeceğiz..

(Önlerinden çantalı bir adam geçiyordu...)

– Bunların çantalarını .ikeceğiz Ali.. Kalk Ali..

(Karşıdan anne, baba, çoluk çocuk kalabalık bir aile geçiyordu...)

– Bunların torunlarını .ikeceğiz Ali, ninelerini .ikeceğiz Ali, kalk Ali..

(Tam karşısı Türk Tarih Kurumu’ydu, metal harflerle Türk Tarih Kurumu yazılıydı..)

Kalk Ali, daha bunların tarihlerini .ikeceğiz Ali, daha bunların kurumlarını .ikeceğiz Ali!

