

Bir hekimin geçici görev gözlemleri

Dr. Zelal Ekinci BİRCAN*

Yataklı tedavi kuruluşlarımızdaki uzman hekim gereksiniminin giderilebilmesi için, Sağlık Bakanlığının başlattığı geçici görev uygulaması nedeniyle Eylül ve Ekim aylarını Şanlıurfa Birecik Devlet Hastanesi'nde geçirdim. Burada gözlemlediklerimi yazmanın giderek sarpa saran sağlık sorunlarını gündeme getirmek ve tıkanmış, sistemsiz sağlık örgütünün bunalımının nedenlerini yeniden görmek açısından yararlı olacağını düşündüm.

Bu bölgede çocukların hastaneye getiriliş nedenlerinin %80'ini ishal oluşturuyor. Bu çocukların neredeyse tamamına yakını inanılmaz derecede ağır malnütrisyonlu. Bir yaşındaki çocukların kafa çevresi yeniden doğaninkine kadar, iki yaşındakiler altı aylık çocuk gibi. Bu çocuklar ailelerinin en az altıncı ya da yedinci çocuğu. Hepsisi yarı yarıya sulandırılmış inek sütü ya da keçi sütü ile besleniyor. Bir yaşını geçmiş olanların sütünün içine eklemek içi doğuruyorlar. Başka ek gıda alan yok. Hiçbir sağlık güvencesi de olmayan bu insanlar gelirirken şimdiye dek kullandıkları ilaçları da torbalara doldurup yanlarında getiriyorlar. Yani bu ağır malnütrisyonlu çocukların her biri en az bir-iki kez hekim karşısına çıkmış. Ama hiçbiri beslenme konusunda bilgilendirilmemiş. Reçetelerde en az iki antibiyotik, bir bağırsak antiseptiği, antiemetik ve antispazmodik var.

Günler geçtikçe, bu gördüklerimin gerçek olduğunu ve her gün bir öncekinden daha çok, öyküsü birbirinin tıpatıp aynı olan bu çocuklarla karşılaşacağımı farkettim. Durum Afrika'daki kadar kötü. Nüfusa ancak okula başlayacağı zaman kaydedilen bu çocuklarla bebek ölüm hızının % 70 olması olanaksız.

Açlıktan sonra burada dikkati çeken bir başka sağlık sorunu sıtma. Yıl 1991, ama sıtma burada sıradan bir hastalık. Gündü ortalama 40 hasta bakan bir hekimin en az bir sıtma tanısı koyma olasılığı var.

Bu ilçede beş tane sağlık ocağı, verem ve sıtma savaş merkezi var. Sağlık ocaklarında sekiz tane pratisyen hekim, Devlet Hastanesinde ise beş pra-

tisyen hekim, bir kadın-doğum, bir KBB, iki dahiliye uzmanı ve "geçici görevle gelmiş" bir çocuk uzmanı var. Bu donanımla kolayca ve çok yeterli olabilecek düzeyde birinci basamak sağlık hizmeti sunabilecek olası. Ancak sağlık grup başkanının birinci basamak sağlık hizmetinin ne olduğu hakkında en ufak bir fikir olmadığı gibi diğer tüm hekimler de görevlerinin yalnızca tedavi ile sınırlı olduğunu sanıyorlar. Örgütü denetleyen müfettişler defterlerin biçimi, kayıtlar, kim ne zaman geldi gitti gibi şeylere bakıyor. Bilimsel denetim ve hizmet içi eğitim yok. Yönlendiren, eğiten, denetleyen hiçkimse olmadığı için herkes "en doğru bildiği" biçimde, cahil halkı en az "altı-yedi" kalem ilaç içeren reçetelerle gönderiyor. İlaça harcanan para su gibi. İl merkezinde bile bir mikrobiyoloji laboratuvarı yok. Buna karşın hekimler, yöreyi tanıdıklarını, "antibiyotiklerin kombine kullanımı" ile sorunları çözebildiklerini iddia ediyorlar. Milletvekili adayı uzman hekimin öncelikli vaadi 150 yataklı, lüks donanımlı bir hastane. Açlık ve ölüm nedenleri böyle çözülemez dediğimizde, devlet politikasını etkileyemeyeceğini söylüyor. Sorunun sahipleri hekimler bile bu yargıdaysa, çözüm için kim uğraş verecek?

İlginç olan bir başka nokta da acil çocuk doktora gereksinimi olduğu söylenen bu ilçede, çocuk doktoruna hemşire verilmediği için, çocuk servisi çalışmıyor. Hastalar yine apar topar en yakın bir başka merkeze yollanıyor.

Uzman hekimler sabah 9.30-12.00, öğleden sonra 14.00-16.00 çarasında çalışıyor. Çocuk hekimisi servis açmazken dahiliye uzmanları muayenehanelerinden servislerle bir yaşın altındaki bebekleri yatırıp ilginç sıvı tedavileri yapıyor, ticari amaçlarla kan takıyor. Takılan kan "12" saat süreyle gönderiliyor.

Sosyalize bölge olmasına karşın ne ilçe merkezinde ne de köylerde düzenli ev ziyaretleri yok. Sağlık ocağı hekimleri yalnızca hasta olarak başvuranlara hizmet veriyor. Aldıkları tıp eğitimine koşut olarak, anne sütüne alerjisi var deyip bebekleri anne sütünden kesiyor, son derece ağır, pahalı ve yeni çıkmış ilaçlarla ilginç tedaviler planlıyorlar. Yapayalnız çevrelerinde gördükleri uzman reçetelerinde gördükleri uzman reçetelerini taklit ederek bir gün TUS'u kazanmayı bekliyorlar.

Bunlar kabaca gözebatan çirkin sorunlar. Ne halk, ne de yöneticiler bunların biçimini sorun olarak görmüyor. Hele o aç çocukların tevekkül içindeki ana babalarına reçete verip, biraz da beslenme anlatınca nasıl minnet duyup, güven içinde ayrıldıklarına inanamazsınız. Yalnızca "seni burada tedavi edemeyiz, il merkezine git" deyince kızıp, direnç gösteriyorlar.

Bu kargaşanın ve perişanlığın boyutları farklı olmakla birlikte Türkiye'nin her yanında böyle olduğunu biliyorum. Halk perişan, hekimler perişan. Muayenehaneleri iyi iş yapan hekimler ise en berbat

* Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı

durumda. Çünkü ne meslek onurları ne de insanlık onurları kalmamış. Bu acıip düzeni herkes biliyor. Yanlırları düzeltmek bu kadar zor mu? Sağlık ocağı, hastane, personel. doktor var. Zaten hepsi maaş alıyor. Bunların eğitimi, yönetimi ve denetimi bilinçli ellerde hiç de zor olmamalı. Ama sorunlara günlük politik çözümlerle yaklaşılması daha yıllarca bu sorunların kötüleşerek böyle sürüp gitmesine neden olacak. Kimi kime şikayet edebiliriz ki?

İki aylık bu geçici görev döneminde, bu çarpıklığın içinde doğrubildiklerimle kime yarar sağladığımı merak ediyorum. Sorun açlık, işsizlik, bilgisizlikken buraya isterseniz on tane çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı yollayın, ölenler yine sessizce evlerinde ölecek ve hiç kimsenin bundan haberi olmadığı için istatistiklere bile giremeyecek.

Türkiye için işçi sağlığı hizmet modeli*

Dr. İlker BELEK**,
Dr. Hande GENÇEL***,
Dr. Onur HAMZAOĞLU****,
Dr. Erhan NALÇACI*****

"Elinizdeki çalışmayı ATO Halk Sağlığı Bürosu'nun şimdiye kadar oluşturmaya ve korumaya çalıştığımız kolektif emek ortamı içerisinde gerçekleştirdik. Bütün çalışmalarımızda "Türkiye'de varolan sağlık anlayışı geniş emekçi kesimlerden yana nasıl dönüştürülebilir"i ya da bir başka deyişle "Sağlığın Toplumsallaştırılması"ni somutlamayı amaçladığımız söylenebilir. İşte bu çalışmamız da böylesi bir anlayışın örneği olarak görülebilir".

ÖNSÖZ'den

* Bu yazı Ankara Tabip Odası Halk Sağlığı Bürosu tarafından TTB İşçi Sağlığı Kolu'nun düzenlediği "İşçi Sağlığı Hizmet Modeli Proje Yarışması (1991)"na sunulmuş olan aynı adlı araştırmanın özetidir. Araştırma 3.lük ödülüne değer görülmüştür.

** Halk Sağlığı Uzmanı.

*** Halk Sağlığı Uzmanı, GATA.

**** Halk Sağlığı Asistanı, Hacettepe Üniv. Tıp Fak.

***** Yrd. Doç. Dr., Ankara Üniv. Tıp Fak., Fizyoloji Ana Bilim Dalı.

GİRİŞ YERİNE TEORİK ÖNÇERÇEVE YA DA YÖNTEM:

"İşçi" kategorisi kendi içinde belli toplumsal-tarihsel ilişkiler bütünüdür. Bu ilişkiler bütünü kapitalist meta üretimi ile tanımlıdır. Marx'ın deyişle "Meta üretmek için, o kimsenin yalnızca kullanım değerleri değil, başkaları için kullanım değerleri üretmesi gerekir. (Ve salt başkaları için üretmesi de yetmez... Bir ürünün meta olabilmesi için, kullanım değeri olacağı bir kimseye, değişim yoluyla devredilmesi gerekir)"¹.

Meta üretimini gerçekleştiren üretimi emekgücü sahibi olan işçidir. Dolayısıyla işçi ile ilgili bütün kavram, olgu ve benzerlerinin tarihsel anlamda ilk ortaya çıkışları da kapitalist üretim tarzıyla birlikte olmuştur.

Meta üretimi aşağıdaki formülle genellenmektedir:

$$d \text{ (Metanın değeri)} = c + v + s$$

Burada s işçinin emekgücünün ödenmeyen karşılığıdır. Dolayısıyla da patrona, işçinin sırtından, net olarak kalandır. Bir başka deyişle s / (c + v) oranı üretimin tek güdüleyicisidir. İşçinin emekgücü ne kadar fazla oranda karşılıksız bırakılırsa, patron için, kapitalist yatırım, o denli çekici, kârlı olacak demektir.

Yukarıda tanımlanan ekonomik yapı tüm ilişkilerin özüdür ve kısaca emekgücünün kapitalist sömürsü olarak tanımlanabilir. Bu öz sağlık alanında çeşitli yasa, tüzük vb. ile görüntülenmektedir. Siyasal görüntülenişin içeriğinin *Katılımsızlık: İşçilerin kendi sağlıkları ile ilgili süreçlere (üretim koşullarının makro ve mikro düzeylerde değiştirilmesinden başlamak üzere) katılımsızlıkları* olduğu söylenebilir.

Bu çok genel tanımlama, gündelik yaşamda, aşağıdaki noktalarla belirlenebilir:

Kârın maksimize edilmesi çabalarına bağlı olarak ortaya çıkan çalışma sürelerinin uzatılması, emek yoğunluğunun artırılması, gerçek ücretlerin aşağıya çekilmesi gibi politikaların sonucunda:

1- Üretim süresi sıradan tekrarlar haline gelir. Emek anlamsızlaşır, yaratıcılıktan uzaklaşır. Yabancılaşma kavramı özgüven yitimini de içinde taşır ki, bu olgu, ruhsal hastalık kriteri olarak alınmaktadır.

2- Üretimi emekgücü sahibi halk kesimleri ekonomik, barınma, beslenme, eğitim, sağlık ve demokratik olanaklar açısından yoksullaşır.

3- Kapitalizmin kâra dayalı mantığıyla sınırlı ve ona tabi bir sağlık anlayışı gelişir. Özellikle kapitalizmin ilkel dönemi bunun son derece acımasız, yalın örnekleriyle doludur. Bu mantığın iki önemli boyutu şu şekilde belirlenebilir:

a) Sağlık hizmeti de bir meta olduğundan, *paran yoksa, sağlık da yok*, ve

b) Emekgücü bir meta olduğundan, *emekgücü-*