



# SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMUNDA PRATİSYEN HEKİMİN YERİ VE SORUNLARI\*

Dr. Gülseren AĞRIDAĞ\*\*

## GİRİŞ:

Sağlık sosyokültürel bir olaydır. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin sunumunda pratisyen hekimin yeri sorunlarını tartışırken sunulan sağlık hizmetlerinin özelliklerini, pratisyen hekimliğin özelliklerini ayrı ayrı tartışmakta yarar vardır. Böylece ülkemizde yaşanan pratisyen hekimlik sorunlarını ve nedenlerini tanımlamak kolaylaşacaktır.

## SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU

Ülkemizde Sağlık Hizmetlerinin sunumunda önce ülkemizde sağlık hizmetlerinin nasıl olduğunu tanımlamakta yarar var.

### I - Hizmet Politikası

Sağlık Hizmeti için öngörülen tüm yazılı politikalar, 1950-1960 dönemi dışında, Cumhuriyet'in kuruluşundan günümüze kadar, koruyucu hekimlik ve birinci basamak hekimlik veya temel sağlık hizmetleri ağırlıklı olarak planlanmıştır.

1960 sonrası 224 sayılı yasa ve onu izleyen planlı kalkınma döneminde sağlık için somut sayısal hedefler konulmamasına rağmen tüm kalkınma planlarında şu ortak hedefleri görüyoruz:

\* Koruyucu Hekimlik hizmetlerine öncelik verilmesi,

\* Doktorların ve diğer personelin dengeli dağılımı,

(\*) Bu metin Çukurova Üni.Tıp Fakültesi'nin 14 Mart 1995 Tıp Bayramı etkinliklerinde aynı isimli panelde sunulmuştur.

(\*\*) Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Doç.Dr

\* Tıp eğitimi için standartlar geliştirilmesi,

\* Sağlık insan gücünün hizmet içi ve sürekli eğitimi,

\* Genel pratisyenliğin teşviki ve tüm hekimler içindeki payının %50'ye çıkarılması,

\* Genel pratisyenlik için istihdam politikalarının planlanması.

Tüm bu yazılı politikalara karşılık günümüzdeki duruma baktığımızda görülen çelişkili durumlara şu birkaç somut örnek verilebilir.

- 1952'de AÇS hizmetleri ve aşılama programları başlatıldı. 1960'dan sonra bu hizmetler Temel Sağlık Hizmetleri kapsamına alınıp güncel aşılama programlarına geçildi. Ama aşıli çocuk sayısı %90'ların üzerine çıkarılmadığı için 1980'lerde 3. Dünya ülkeleri ile birlikte aşı kampanyalarına seferberlik biçiminde dönüş yapıldı.

- Dalak indeksi ile izlediğimiz sıtma; eradikasyon aşamasına kadar getirildi, ancak sorun ihmale uğradı ve bugün sıtma ile birlikte yaşamaya çalışılıyor.

- Çağdaş Hekimlik görüşleri ile 1960'larda Sosyalleştirilmiş Sağlık Hizmetleri yasası yaşama geçirildi. Koruyucu ve tedavi edici hekimliği birlikte ve insanı çevresi ile bir bütün olarak değerlendiren toplum kalkınmasına dayalı Temel Sağlık Hizmetleri ilke olarak benimsendi. Ama bunun ülke geneline yaygınlaştırılması programları hedefine ulaştırılmadı. Buna karşılık 1978'de aynı ilkeleri içeren Alma-Ata Deklerasyon'una uymayı kabul ettik. Burada bu ilkelerin en az 15 yıldır uyguladığının du-

yurması gerekirdi. Daha sonra da 1980'li yılların başlarında gerekli alt yapı, uyum ve eğitim çalışmalarını yapmadan tüm ülke bir gecede sosyalleştirme kapasitesine alınır.

- Doktorların tüm yurttaki dengeli dağılımını sağlamak için zorunlu hizmet yasası çıkarıldı. 10 yılı aşkın bir süre uygulandıktan sonra yasanın yürürlükten kaldırılacağı müjdesi verilirken gerekçe yasanın dengeli dağılımı sağlamaması ve lüzumsuz istihdam ile gizli işsizlik yaratılmış olmasıdır.

Buna benzer örnekleri çoğaltmak çok kolaydır. Tüm bu gibi örneklerle ülkemizde geçerli sağlık politikasının yazılı sağlık politikalarından farklı olduğunu söyleyebiliriz. Ülkemizde uygulanan yazılı olmayan politika bir politikasızlık politikasıdır. Bundan da sorumlu olanlar hekimler değildir.

Şu anda birinci basamakta sağlık hizmetlerinin sunumunda, adına sağlık ocakları sistemi denilebilecek bir uygulama vardır. Buna sosyalleştirilmiş sağlık hizmeti demek olası değildir. Çünkü 224 sayılı yasanın ruhu yitirilmiştir.

Sağlık ocakları dışında birinci basamak hizmet üreten başka kurumlar da vardır. Bunlardan biri SSK'nın istasyon ve dispanser hizmetleridir. Ayrıca kurum hekimlikleri ve işyeri hekimlikleri de birinci basamak kurumlarıdır.

Sadece sağlık ocaklarında değil tüm bu hizmet birimlerinde aşağıda özellikleri sıralanan sağlık hizmetlerinin üretilmesi yasal zorunludur. Hizmet, liderliğini pratisyen hekimin yaptığı, ekip hizmeti anlayışı ile üretilir.

## II-Hizmet İçeriği

Birinci basamakta verilen sağlık hizmetlerinin içeriği kısaca şu başlıklarda toplanabilir:

I - Koruyucu hekimlik hizmetleri:

A - Kişiyeye yönelik hizmetler:

1. AÇS - AP uygulamaları,
2. Beslenmenin düzeltilmesi,
3. Erken tanı,
4. Sağlık Eğitimi,
5. Kemo veya seroproflaksi uygulamaları.

B - Çevreye Yönelik Hizmetler; Hekimin temel işi değildir. Ancak liderlik ve yönlendirme işlevi vardır.

1. Yeterli ve temiz içme kullanma suyu,
2. İnsan atıklarının kontrolü,
3. Diğer atıkların kontrolü,
4. Besin sağlığı,
5. Barınak ve yaşam ortamlarının sağlığı,
6. Doğanın ve çevrenin korunması,
7. Çevre kirliliği ile savaş,

II - İlk Yardım Hizmetleri.

III - Acil Tedavi Hizmetleri.

IV - Evde ve ayakta bakım ve tedavi hizmetleri.

V - Hasta sevki ve sonuçların izlenmesi.

VI - Adli tabiblik hizmetleri.

VII - Yönetimle ilgili hekimlik hizmetleri.

Tüm bu hizmetler birbirinden bağımsız olarak yürütülmez, gerektiğinde hizmetler birbirleri ile birleştirilerek verilir. Bu sırada ekibin tüm elemanları kendilerine düşen görevleri yaparlar. Tam bir ekip çalışması ile hizmet üretilir.

Yine tüm bu hizmetler götürülürken insan yaşamı:

- Hasta ya da sağlıklı olarak bölünmez, süreklilik içinde değerlendirilir.

- İnsanlar tüm yaşamları boyunca izlenirler.

- Sadece hasta olanla ilgilenilmez, hasta çevresi ile bir bütün olarak ele alınır.

## PRATİSYEN HEKİMİN ÖZELLİĞİ

Pratisyen hekim en sade anlamı ile tıp fakültesini bitirmiş, tıbbın herhangi bir alanında özel eğitim isteği olmamış ya da bu fırsatı yakalayamamış hekim demektir.

Bu hekim yukarıda tanımlanan birinci basamak görevlerini yaparken hekim olarak nelerle karşılaşır ya da baş etmek durumundadır? Bunlar şöyle sıralanabilir:

### I - Tıp Uygulamaları

Pratisyen hekim birinci basamakta çalışırken,

1 - Eğitim alınan hastanelerde az karşılaşılan genel sorunlarla ve hastalıklarla uğraşır. Hastalıklar hastaneye göre daha az çeşitli iken genel sorunlar çok daha çeşitlidir.

2 - Genel hastalıklar içinden yaşamı tehdit eden sorunları ayırma becerisini geliştirmek zorundadır.

3 - Kesin tanı konulmamış durumlarla baş etmelidir. İlk başvurularda henüz klinik tabloların tam oluşmamış olması da bu güçlük için başlıca nedendir.

4 - Sağlık sorunlarının hastanelerde ve toplum içinde farklı epidemiyolojik özelliklerini görmelidir.

5 - Kronik veya ilerlemiş hastalıklar ile baş etmelidir ve koruma yollarını uygulamayı bilmelidir.

Pratisyen hekim, bu beş ana sorunla baş ederken, hasta ile ilişkisi tıbbi yardım alma sürecinde odaklanır. Özellikle koruyucu hekimlikte danışmanlık ve iletişim becerileri önem kazanır. Sorunları çözmeye yaklaşımı hastalık değil hasta merkezlidir. Yani hekim toplum içerisinde tıp pratiğinin rolü ve uygulamalarında modern kavramlara göre davranır.

### II - Klinisyenden Farklı Olan Uygulamalar

Pratisyen hekim tüm bu işlevlerini yerine ge-

tirirken tıp eğitiminin bazı alanlarını klinisyene göre daha fazla kullanır. Bunlar 10 temel alanda toplanır.

1 - İnsanın sağlıklı gelişimini iyi bilmelidir. Bu konu tüm yaş grupları için geçerlidir.

2 - Hastalıkların doğal seyrini ve hastalık spektrumunu iyi bilmelidir. Sadece klinik seyri bilmek yetmez, klinik öncesi durumlar da bu kapsamdadır.

3 - Koruma ve sağlık eğitiminin ilkelerini iyi bilmelidir.

4 - Bireysel ve toplumsal ilişkileri bilmelidir. Bir diğer adlandırma ile halka ilişkiler konularını bilmeli ve kullanmalıdır.

5 - Çalıştığı sağlık organizasyonunu iyi tanımalıdır. Bu hizmetin etkinliğini artırmak için şarttır.

6 - Tıp pratiğinin etik standartlarını bilmelidir.

7 - Basit, pratik tanı ve tedavi yöntemlerini iyi uygulamayı bilmelidir.

8 - Sık görülen acillerde yeterli olmalıdır.

9 - Tanı ve tedaviye yönelik araçların hem işgücü hem de malzeme açısından etkin ve ekonomik kullanımını bilmelidir.

10 - Etkili sözel ve yazılı iletişim becerisi geliştirmiş olmalıdır.

### III - Entelektüel Özellikler

Bunlardan başka pratisyen hekimin bazı entelektüel özellikleri de olmalıdır.

1 - Bilimi insani değerlerle birleştirebilmelidir.

2 - Eleştirel düşünebilmelidir. Bu beceriyi hem kendisine hem de çevresine uygulayabilmelidir.

3 - Kendi bilgi ve becerilerini iyi tanıyabilmeli ve eğitimini geliştirebilmelidir.

4 - Diğer sağlık personeli ile iyi ilişkiler içinde olmasını sağlayacak tutum ve davranışları geliştirmelidir.

Tanımlaması yapılmaya çalışılan pratisyen hekim tıp eğitimi sırasında aldığı onca bilgiye rağmen eğer bu bilgiyi kullanma becerisi olarak sayılabilecek yukarıda sıralanan becerileri geliştirmezse tanı ve tedavide zorlanır. Hekimlikleri tıp bilgisi olmayanların yoğun eleştirileri ile karşı karşıya kalır.

### PRATİSYEN HEKİMİN SORUNLARI

Bu gün pratisyen hekimin karşılaştığı en önemli sorunlar bu eleştirilerin yarattığı sorunlardır.

Bunlardan başka sistemden kaynaklanan sorunları da vardır.

- Tanı ve tedavide II. basamak desteği ül-

kemizde geliştirilemedi. Bunun getirdiği sıkıntılar yaşanmaktadır.

- Pratisyen hekimin kendi eğitimi için başvurabileceği kaynak ve yayınlar yok denecek kadar az. Kendini geliştiremediği için tekrarlardan sıkılmakta, mesleki doyum sağlayamamaktadır.

- Sistem için eğitilmediğinden ekip liderliğini taşıyamayıp sadece tedavi edici hizmete sıkışmaktadır. Pratisyen hekimliğin zengin uygulamalarını yaşayamamaktadır.

- Toplum ve bireylerle iletişimi kendi yetenekleri ile geliştirmemiş ise hem ekipte, hem de toplumda yalnızlık hissetmektedir.

- Yönetimden kaynaklanan bir diğer sorun da 1. sicil amirinin durumudur. Yeni yönetmelikle kaymakamın ya da mesai arkadaşının denetimi altındadır. Bu nedenle hem meslektaşları hem de yönetimle sürtüşmeler yaşamaktadır.

- Sonuncu olarak da sosyal ve moral sorunları vardır. 6 yıl genellikle bir büyük kentte üst düzeyde eğitim alan kişi kentli kültürü geliştirdiğinden uç noktada hizmet verirken sosyal ve kültürel ihtiyaçlarını karşılamakta sorunlarla karşılaşmaktadır.

### SONUÇ

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin sunumunda yazılı politikalara uyulmaması ve sık olarak uygulamaların değiştirilmesi bir kaos ortamı yaratmaktadır. Böyle bir ortamda çalışan pratisyen hekim bilgi ve becerilerini kullanmayı geliştiremediğinden zorluklarla karşılaşmaktadır. Eğitim aldığı hastane ortamının hizmet vermeye çalıştığı ortamdaki çok farklı olması da bu güçlükleri artırıcı rol oynamaktadır. Sonuçta; haksızlıkla da olsa, pratisyen hekim sağlık meslekleri içinde en çok eleştirilen grubu oluşturmaktadır.

### KAYNAKLAR

1. Sağlık Ocağı Yönetimi, Ed: Eren N., Öztekin Z (1982), Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Enst. Yayın No: 22, Ankara.
2. Soyer A(1993), Dünyada ve Türkiye'de Sağlık Personelinin Temel Sorunları T.T.B.
3. DPT(1991), Sosyal Güvenlik ve Sağlık Hizmetlerinin Rasyonelleştirilmesi, T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Yayın No: DPT: 2274-ÖİK: 391
4. Usubütün A., Usubütün S.E.(1994), Tıp Fakültelerinde Genel Pratisyenlik Bölümleri Gerekli midir?, Çeviri, Sürekli Tıp Eğitimi Der., III, 10:332
5. Fişek N.(1991), Türkiye Cumhuriyetleri Hükümetlerinde Sağlık Politikaları, Toplum ve Hekim, 48; 2-4
6. İst. T.O. Pratisyen Hekimler Komisyonu(1992), Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Yaklaşımımız, Toplum ve Hekim, 52; 26-28
7. Hayran O., Aksayan S.(1991), Pratisyen Hekimlerde İş Doyumu, Toplum ve Hekim, 47 (1), 16-17