

**DOSYA****SAĞLIK HİZMETLERİ ve  
PRATİSYEN HEKİMİN KONUMU***Dr. Hamdi AYTEKİN\**

Sağlık hizmetlerini basamaklandırmak ve burada hizmet yapacak personelin görev tanımını yapmak, ünvan, bilgi, beceri ve mezuniyet sonrası eğitimini planlamak gibi kavramların sık kullanılır hale gelmesi pek eski değildir. Daha 10-15 yıl önce "Primary Health Care" ile "Primary Medical Care" ve hele "Basic Health Services" tanımları; Türkçeye çevrilisinde tam karşılığı olan kelimeyi çok kez farklı farklı algıladığımızdan olsa gerek, pek kolay anlaşılamiyordu. Bu gün ise artık her şey daha açık anlaşılabilir.

1978 yılında 6-12 Eylül de Alma-Ata'da (Kazakistan) toplanan WHO Genel Kurulu, "2 000 yılında herkese sağlık hedefini ortaya koydu. Her ülke, kendi olanaklarını daha akılcı, daha verimli, daha ekonomik kullanarak, bireylerine sundukları sağlık hizmetlerinden yararlananların sayısını artıracaklar, hizmeti daha adil dağıtacaklar, herkesi kapsayacak şekilde yaygınlaştıracaklar, kendi ülkelerinin insanların kabul edebilecekleri, destekleyecekleri ve katılacakları bir hizmet modeli uygulayacaklardı. Bu sayede toplumun bedensel, ruhsal ve sosyal iyiliği sağlanacak, korunacak, bunun da ötesinde daha ileriye götürülecekti. Bazı ülkeler için, bazı göstergelerde sayısal hedefler bile kondu.

Hedef yıla, çok az bir zaman kalmasına karşın, hem gelişmiş, hem de gelişmekte olan ülkelerin sağlık hizmetleri için düşünülen bu ilerlemenin (iyileşmenin) beklenildiği hızla gerçekleştiği söylenemez. Ancak, hedeflerin çekiciliği ve insancılığı (Herkesi sağlık) ilerlemenin gerçekleşmesine olan isteği ve umudu ayakta tutuyor.

Alma-Ata toplantısının sonuçları arasında, biraz önce verilen tanımların sağlık alanında yer almaları da sayılabilir.

Yazıda daha sonra geçecek bazı tanımlarda kavram kargaşası yaratmaması için bu uç terimi nasıl anladığımızı açıklamakta yarar görülmüştür. Bu çevirilere katılmayan olabilir, ancak içerik aynı olduktan sonra değişik adların

konması, çevirilerin tam kelime karşılıkları dışında yapılması, pek sakıncalı gözükmemiştir.

Primary Health Care, Temel Sağlık Hizmeti (TSH) adı ile anılacaktır, bunu "Birincil Sağlık Bakımı" diye kullanan da olabilir. Yanlış da değildir. İşin özünde bu, DSÖ'nün 1978 kongresinin sloganı olan "Herkesi Sağlık" için öngörülen ve her ülkenin kendi geliştireceği bir sağlık hizmeti modelidir. İçinde "Basic Health Services", (Esas Sağlık Hizmeti) de bulunur. Buna "Temel Sağlık Hizmeti" diyenler de doğru söylemiş olurlar. Bu da adı ne olursa olsun; hastalıklardan korunma, çok görülen hastalıkların 1. basamak ve 2. basamak sağlık hizmetlerinde tedavisi (1., 2. Medical Care), hastalıkların kontrolü, sağlığın korunması ve daha ileriye götürülmesi için yapılan tıbbi çalışmaları (AÇS ve AP gibi) içerir. TSH'nin içinde bundan başka, temiz su sağlanması, sanitasyon, yeterli ve temiz gıda sağlanması, uygun çevre yaratılması, eğitim, risk altındaki kesimlerin (kadınlar, çocuklar vb.) özel olarak korunması çalışmaları da yer alır.

Temel Sağlık Hizmetinde sağlık hizmetleri topluma eşit ve adil bir biçimde yayılmalıdır, tüm toplumu kapsayacak biçimde örgütlenmelidir. TSH'ne, tüm toplum katılmalı ve tüm sektörler iş birliği içinde olmalıdır. TSH, sağlığı koruyup kollamanın yanında daha ileriye götürmeyi hedefleyen bir amaca da sahip olmalıdır.

Bu tanımların açıklanması "Birinci Basamak Tıbbi Bakım" (Primary Medical Care) tanımı verilerek bitirilecektir. Kısaca "1. Basamak" olarak adlandırılacak olan bu hizmet basamağı genellikle ayakta sunulan, uzman olmayan personelce yürütülen, hastaların ilk başvurusunu karşılayan bir hizmet türüdür. Bu hizmet biriminde, bu nitelikteki görevi sunan hekime istenirse Aile Hekimi, Pratisyen Hekim veya başka bir ad verilebilir. Bu hizmet, bireye yönelik ve onun tıbbi bakım isteğini (ve gereğini) karşılayacak bir hizmettir. Birinci basamakta çözülemeyen sorunlar, buradan sevkle ikinci basamak tıbbi bakım sunan yerlerde çözümlenir, gerekirse üçüncü basamaktan yararlanır. İkinci basamak, yatarak tedavi olma imkanının da olduğu,

\* Prof. Dr., Uludağ Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD

uzman personelin çalıştığı hastanelerde verilen tıbbi bakım hizmetidir. Üçüncü basamak, bölgesel veya ulusal düzeyde, yüksek teknolojinin kullanıldığı, ileri uzmanlık dallarındaki uzmanların sunduğu tıbbi bakım hizmetidir. Bu hizmetlerin sunulduğu birimlere ülkemizden örnek verilecek olursa, birinci basamak için sağlık ocakları, ikinci basamak için devlet hastaneleri, üçüncü basamak için eğitim hastaneleri ve tıp fakültelerinin hastaneleri gösterilebilir. Yanlış bir uygulama olarak, devlet hastanelerinin polikliniklerinde uzmanlar tarafından sunulan, ama niteliği açısından birinci basamak düzeyinde olan sağlık hizmetleri de vardır.

Görev alanları böylece tanımlandıktan sonra, birinci basamaktaki hekimin niteliklerini tartışmakta yarar vardır. Birinci basamak hekimi (bundan sonra kısaca hekim olarak adlandırılacaktır), hastaların başvuracağı ilk hekim olacaktır. Bu nedenle ülkesinde en çok görülen, en çok öldüren ve en çok sakat bırakan hastalıklarla, bunların tanı ve tedavi yollarını çok iyi bilmelidir. Bu hastalıklara tanı koymak için geçerli laboratuvar yöntemlerini kendisi uygulayabilmeli ya da daha ileri teknoloji için yakın merkezlere gönderebilmelidir. Gerek kendi çalışma biriminde, gerek çevresinde yer alan laboratuvarlardan yararlanarak elde ettiği sonuçları değerlendirip hastasına tanı koyabilmeli ve onu tedavi edebilmelidir. Yeterli bilgi ve beceriyi kazanmış hekimin kendisine başvuran hastaların % 90'ının sorunlarına çözüm bulabileceği kanıtlanmıştır. Kalan % 10 ikinci, üçüncü basamağa sevk edilecektir. Bu açıklamadan anlaşılacağı üzere;

1- Hekimin eğitimi

2- Hekimin hizmet verdiği yerin donatımı önem kazanmaktadır.

Öncelikle açıklanması gereken konu, tıp fakültelerinde verilen eğitimin, birinci basamak tıbbi bakım hizmetleri için yeterli olup olmadığıdır. Tıp öğrencilerinin hasta tanı ve tedavisi için en yoğun eğitimi aldığı yer tıp fakültesi hastaneleridir (Rektörlüklere bağlı oluşunu anlamak mümkün değildir).

Buralar, genellikle uzmanlaşmanın hakim olduğu ve üçüncü basamak hizmeti vermek üzere donatılmış, en zorlayarak, olsa olsa ikinci basamak sağlık hizmeti verebilecek kuruluşlardır. Özellikle son yıllarda yüksek muayene ve tanı fiyatları nedeniyle, tıp fakültelerine başvuran hastalar, çoğu kez (ve de doğrusu) son çare olarak tıp fakültelerine gelmektedirler. Gelen hastaların profili, tıp fakültesinin yerine bağlı olarak bile değişmektedir. Tıp öğrencisi, hastayı poliklinikte ve klinikte görmektedir. Polikliniğe başvuran hastalar yukarıda anlatıldığı gibi seçilmiş, önemlice bir kısmı da kontrol-izleme hastalarıdır. Bunların içinden yatırılanlar daha da seçilmiş olmaktadır. Klinikte eğitim, daha çok tanısı belli, belli bulguları olan hastaları "izlemek", onlara ait bir takım "ayak işlerini" yapmak, çoğu uzmanlık eğitimi gören hekimlerin son yenilikleri aktarmak için yarıştıkları seminerleri izlemek, vizitlere

katılmaktan ibaret kalmaktadır. En iyi şartlarda, sadece son sınıfta, tanısı başkalarının konmuş, tedavisi başkalarınınca düzenlenmiş hastaların "yakından izlenmesi" öğrencilere bırakılmaktadır.

Tıp fakültesini yeni bitirmiş bir hekimin, kopluk lekesi görmemesi, apse açmamış olması, akut gastro-enterit görmemesi, burundan yabancı cisim çıkartmamış olması kuvvetle olasıdır. Buna karşılık en komplike kan hastalıklarını, gelişmiş laparoskopik yöntemlerin kullanıldığı cerrahi girişimleri izlemek şansı mutlaka olmuştur. Hekim olacak kişinin kuşkusuz bunları da bilmesi gereklidir. Bu tabloların nerede ve kimin tarafından çözümleneceği ve bunlara hangi yöntemlerle tanı konulacağı ve bu alanda kendi sorumluluğunun nereye kadar gideceğini bilmesi için öğrenimi sırasında bunları da görmeli, öğrenmelidir. Ancak hekim, çok sık karşılaşacağı sorunlar konusunda çok az bilgi ve beceri kazanmakta, daha seyrek karşılaşacağı sorunlar için daha çok eğitilmektedir. Böyle bir eğitim gören hekimin birinci basamakta başarılı olması beklemez.

Hekimlerin böyle yetiştirilmelerinin temel nedeni, hastanelerin üçüncü basamağa göre düzenlenmesi kadar, mezun olan hekime "Uzmanlık öğrencisi aday" gözüyle bakılmış olmasıdır. Açıkça itiraf edilmese bile fakülteden mezun her hekimin mutlaka uzmanlaşması gerekeceği varsayılmıştır. Ancak gelişmiş ülkeler, birinci basamağın önemini çok öncelerden kavradıkları için buralarda çalışacak hekim tipini de üretmeyi başarmışlardır. Tıp fakültelerinin üçüncü basamak hizmet sunmasındaki vazgeçilmezlik, buraları bitiren, ama birinci basamak hekimliği yapacak durumda olmayan hekimin bu alanda uzmanlaşmasını gerekli kılmıştır. En gelişmiş tıp fakültelerinde bile tıp eğitiminin şekli hala tartışılır bir konudur ve en az bizim ülkemizdeki kadar sıkıntılar yaşanmaktadır.

Gelişmiş ülkelerde giderek yoğunlaşan teknoloji kullanımı, uzayan ortalama yaşam süresi, yaşlıların kronik hastalıklarının yeni ilaçlar ve tedavi yöntemleriyle daha çok kontrol altına alınabilmesi, birinci basamak hekiminin de bilgi ve becerisinin artmasını ve donanımının zenginleşmesini gerektirmiştir. Bütün bunlar birinci basamak uzmanlaşmanın ve sonrası sürekli tıp eğitiminin önemini daha çok ortaya koymuştur.

Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetinin önemi hala kavranabilmiş değildir. Yaklaşık 35 yıl önce çıkarılan 224 sayılı yasada, sağlık ocakları örgütlenme modeli öngörülmüştür. Yasada, TSH ilkelerine göre görev tanımları yapılan bir hizmet sunumu esas alınmış ve buralarda "Pratisyen hekim" çalıştırılması benimsenmiştir. Yıllar geçmiş, "224" yerden yere vurulmuş, ama bir gün bile "224" tam çalıştırılmamıştır. Burada onun tartışmasına girmenin anlamı yoktur. Ancak, konuyu bilen herkes, sağlık ocakları, grup başkanlıkları, bölge hastaneleri vb. düzenlemenin; 1978'deki Alma-Ata deklarasyonundan çok önce, TSH'nin ana felsefesini gerçekleştirmeye en uygun örgütlenme olduğunun farkındadır.

Sağlık ocaklarında ya da benzeri yerlerde çalışan pratisyen hekimler, yetişmelerindeki kaçınılmaz sakatlıklar nedeniyle birinci basamak sağlık hizmeti verememişlerdir. Onlar, yetiştirilmelerinin sonucu birer "uzmanlık öğrencisi adayı"dırlar. Çoğu, ilk 5-10 yıl içinde iyi kötü bir uzmanlık dalına katılmış, azınlıkta kalanlar biraz buruk, ya sağlık ocaklarında, ya kıyıda köşede muayenehanelerinde, ya da sağlık yöneticisi olarak yaşamlarını sürdürmüşlerdir. Tıp fakülteleri, ürünleri olan hekimlerin bu başarısızlıkları ile ilgilenip tıp eğitiminde gerçekçi yenilikler yapmanın yerine, "Uzman hekim adaylarını" yine eski usulle yetiştirmeye devam etmişlerdir.

Bugün ülkemizde birinci basamak sağlık hizmeti verecek nitelikte çok az hekim vardır ve bunlar çalıştıkları kuruluşlarda kendi kendilerini yetiştirmişlerdir.

Gelişmiş ülkelerin çok önem verdiği ve çağdaş sağlık hizmetinin vazgeçilmez ögesi olan birinci basamakta çalışacak hekimleri yetiştirmek, vakit yitirilmeden gündeme alınmalıdır. Bu hekimler, hem tıp fakültelerinde öğrenciliklerinde, hem de uzmanlık eğitimi ile yetiştirilebilir. Her iki halde de tıp fakültelerinin eğitim öğretiminde büyük değişiklikler yapılmalıdır.

Ülkemiz koşullarında tıp öğretimi süresi, birinci basamak hekimini yetiştirmek için yeterlidir. Ancak bu süre içinde hekim adayının aldığı eğitimde önemli değişiklikler yapılmalıdır. Daha önce de değindiğimiz gibi salt hastane eğitimi ile yeterli uygulama becerisi kazandırılmaz. Öğrenciler, birinci basamak hizmetin sunulduğu merkezlerde, bu hizmette yetkinliğini kanıtlamış hekimlerin yanında, tüm sorumluluğa katılarak ve tıp öğretiminin üçüncü yılından başlayarak uygulamalar yapmalıdırlar. Uygulamanın şekli ve süreleri teknik bir konudur ve burada bu ayrıntıya girmenin gereği yoktur. Bu eğitimin olmazsa olmaz kuralı, fakülte hastaneleri dışında gerçekleştirilmesidir. Öğrencilerin birinci basamak hekimliği için fakülte hastanelerinin polikliniklerinden yararlanmaları da olasıdır ancak bu, süre olarak çok kısıtlı tutulmalı ve acil ağırlıklı, uygulamalı olmalıdır. Bu eğitimi alan hekimler, birinci basamakta çalışmaya başladıktan sonra yakından izlenmeli ve yeterli beceriye sahip olamayanlara, eksikliklerini tamamlamaları için gerekli yerlerde uygulama yaptırılmalıdır. Hekimlere, tıp öğrenimi sırasında yukarıda değindiğimiz içerikte bir programı uygulamak için en uygun yer sağlık ocaklarıdır. Tıp fakültelerine bağlı olarak kurulacak eğitim bölgelerinde (bir kısım tıp fakültesinde şimdi de vardır) iyi yetişmiş birinci basamak hekimlerinin yanında yapılacak uygulamalı ve yine buralarda klinik öğretim üyelerinin katılımı ile gerçekleştirilecek, problem çözmeye dayalı tartışmaların yapıldığı eğitimin sonucu öğrenciler birinci basamak hekimini olarak yetiştirebileceklerdir.

Tıp fakülteleri, bu yapısal değişikliğe gitmezlerse,

mezuniyet sonrası uzmanlık veya benzeri bir uygulama kaçınılmaz olmaktadır. Ancak burada en önemli konu bu uzmanlık çalışmalarının kesinlikle tıp fakültelerinde yaptırılmamasıdır. Bunun için başka bir kuruluş oluşturulabilir. Ülkemizde yapısı ve işlevi ile böyle bir görevin üstesinden gelecek bir kuruluş bulunmamaktadır.

Son zamanlarda, görev tanımı tam yapılmamakla birlikte "Aile hekimi" adı altında bir uzman yetiştirilmesi yoluna gidilmiştir. Bu alanda uzmanlaşmak isteyenler, diğer uzmanlık öğrencileri gibi ikinci-üçüncü basamak hizmet veren yerlerde eğitilmektedirler. Bu öğrencilerin, esas birinci basamak hizmet yeri olan aile hekimliğinde nasıl yararlı olacaklarını anlamak çok zordur. Amaç tıp fakültelerinden mezun olan hekimlere mutlaka bir "Uzman" etiketi yapıştırmaksa, bu gerçekleşse bile kısa süre sonra, mesleki doyum açısından hiçbir işe yaramayacağı görülecektir. Konunun gözardı edilmemesi gereken en önemli yönü de, sorunun sadece birinci basamak hekimini yetiştirmek ve insanlarımıza birinci basamak hizmeti sunmak olmadığının anlaşılmasıdır. Birinci basamak hizmet, TSH içinde sadece hastalara yönelik bir hizmettir. TSH kapsamı hatırlanacak olursa hekimin daha yapması gereken epey işi vardır. Eğer, ülkemizde, TSH anlayışı içinde yer alması gereken birinci basamak, tek başına bir çözümmüş gibi uygulanırsa hiç bir işe yaramayacaktır. Çünkü bunlar birbiri içinde iken sağlıklı toplumun oluşmasına katkıda bulunabilecek öğelerdir. Ülkemiz TSH uygulamalarına olanak sağlayacak teorik bir sisteme (maalesef 224 teorik düzeyde bırakılmıştır), 35 yıllık birikime ve yabana atılmayacak bir alt yapıya sahiptir. Bunların akılcı bir değerlendirilmesinin yapılması, bu işlerden gerçek sorumluluk duyanları kuvvetle umutlandıracaktır.

Ülkemizin sağlık sorunları ve koşulları gözönüne alındığında;

1- Sağlık Bakanlığı, birinci basamak hizmeti üstlenmeyi sürdürmeli, akla en uygun geleni sağlık ocakları olmakla beraber; nerede ne isim altında olursa olsun bu hizmeti esas alan bir anlayışa sahip olmalıdır.

2- Sağlık Bakanlığı, tıp fakültelerine birinci basamakta çalışacak hekimini yetiştirmeleri için baskı yapmalı, gerekirse, ulusal düzeyde bir bitirme sınavı ile başarısız olanlara hekimlik yapma hakkı vermemelidir.

3- En yararlı ve uygun olanı, tıp fakültelerinin gerekli müfredat değişikliklerini yaparak birinci basamak hekimini yetiştirecek bir yapı kazanmalıdır.

4- Kısa süreli kurslarda, tıp fakülteleri veya Bakanlığın eğitim hastanelerinde bu düzen içinde aile hekimi, genel pratisyenlik uzmanı adı altında birinci basamak hekimini yetiştirmek hiç bir amaca hizmet etmeyecektir.