

**GÖZLEM-GÖRÜŞ****BİRİNCİ BASAMAKTA  
GENEL PRATİSYENLİK***M. Sarper ERDOĞAN\*, Ahmet SALTİK\**

Birinci basamak sağlık hizmet sunumunda pratisyen hekimlerin yaşadıkları sorunlar çoğunlukla sisteme ilişkindir ve merkezden planlanıp yönetilen sağlık hizmet modeli, tüm hekimlere yurdun farklı yörelerinde benzer sorunları yaşatmaktadır. Birinci basamak hekiminin en temel sorunu öncelikle onun pratisyen hekim statüsünden kaynaklanmaktadır. Yaygın anlayışa göre hekimlik mesleği, ancak uzmanlıktan sonra tamamına erdirilmiş sayılmaktadır. Sağlık ocağı hekimliği ve pratisyen hekimlik bir ara kademe, geçiş süreci gibi algılanmaktadır. Kuşkusuz bunda, pratisyen hekim nüfusunun genç olmasının, pratisyen hekim olarak meslekte henüz yıllarını geçirmemiş olmasının payı büyüktür. Mezun olan hekim sayılarının uzmanlık kadrolarına göre kat be kat artırılması, ülkemizde yakın dönemde başlatılmış bir uygulamadır. Dolayısıyla 'uzmanlık fazlası' pratisyen hekimler henüz yaşlanmamış ve geleceğe dönük uzman olma umutlarını yitirmemişlerdir. Bu durum aslında son derece trajik bir olgudur. Fakülte yıllarında uzmanlığa koşullandırılmış hekim yıllar içinde bunu başaramayınca pratisyen hekimliğe çaresiz rıza gösterecek, göstermek zorunda kalacaktır. Artık TUS'a girmeyecektir ve alıştığı ve 'öğrendiği' görevini kerhen yürütecektir. Oysa sağlık ocağı özelinde pratisyen hekimlik, kesinlikle yüksek düzeyde güdülenme ve özgüven gerektiren bir görevdir. Sağlık ocağı sistemini kuran 224 sayılı yasa, hekimden hizmet sunumunda inançlı, özverili ve kararlı bir tutum beklemektedir. De facto; çaresiz edinilmiş olmayı değil, tersine tercih edilmiş, giderek bilinçle seçilmiş olmayı isteyen bir görevdir. Pratisyen hekimlere yaşatılan düş kırıklığı bir yana bırakılsa bile, hekim insangücünün bu biçimde yapılandırıldığı birinci basamak sağlık hizmetlerinin, uzun erimde başarısızlığa mahkum edilmiş olması görmezden gelinemez.

Hatalı sağlık insangücü planlamaları ve tıp eğitimdeki yanlış yönlendirmeler, seçeneksizliği en yetkili ağızlarca

\* T.Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Edirne

da dile getirilen (1) sosyalleştirme modeline büyük darbe vurmuştur. Hazırlık yapılmadan, ani kararlarla ve bilimsel olmayan alaturka yöntemlerle arttırılan hekim sayıları tıp fakültelerindeki eğitim niteliğini düşürmüştür, dağılım sorununun çözümüne ilişkin kalıcı bir politika geliştirilmediğinden, hekim enflasyonuna ve gizli işsizliğe yol açmıştır. Tıp eğitimi ithal edilmiştir ve batının yüksek teknoloji kullanan sağaltıcı hekimlik uygulamalarının üzerine oturulmuştur. Ülkemize özel, sık yaşanan çoğu kez tanısı ve sağaltımı kolay sağlık sorunlarını çözmeye aday bir eğitim değildir. Ülkenin gerçeklerinden kopuktur ve pratisyen hekim değil, uzmanlığa bağımlı hekim yetiştirmektedir. Fakülteden mezun olan hekime 'yarım kalmışlık' duygusu yaşatmaktadır. Eğitimde eskiden beri varolan bu sorunların üstüne bir de aniden artan hekim sayıları eklenince, kalitesizleşen tıp eğitimi hekimleri uzmanlık eğitimine daha da bağımlı duruma getirmiştir. Genel pratisyenlik uzmanlık eğitiminin zamanlama olarak gündeme gelmesi ve tartışılması daha çok bu nedenledir.

Pratisyen hekimler gençtir, uzman olmayı arzulamaktadırlar, sağlık ocağı hekimliğini uzmanlık yolunda bir ara süreç gibi algılamaktadırlar. Uzman olmayı aklından çıkarırlar ise yine de sağlık ocağı hekimliğini benimsemiş değillerdir. Sosyalleştirme yasınının başarı için gereksindiği ilkeler uygulanmamakta ya da bilinmemektedir. Toplumcu bir anlayışı yansıtan bu ilkeler artık toplumun da gündeminde değildir. 24 Ocak 1980'de ekonominin birikim modelinin değiştirilmesiyle, 224 sayılı yasanın destek aldığı anlayış değişmiştir. Devletin sağlık ve eğitim gibi sosyal yükümlülüklerinin hafifletilmesi, hatta giderek tasfiyesi ülke gündemine girmiştir. 1983'ten sonra özelleştirme, sağlık sigortası, özel hastanelerin teşviki, ilk basa-

(1) Cumhurbaşkanı Süleyman Demirel kendisine 224 sayılı yasa ile ilgili yakınmalar geldiğinde "Getirin alternatifini kaldıralım. Ancak kimse alternatifini getiremedi" demiştir.

makta özel aile hekimliği gibi konular hükümet programlarında yer almaktadır. Bu gündem pratisyen hekimleri de derinden ve açıkça etkileyebilmektedir.

Mezun ettiği hekimlerin her yıl en az dörtte üçünün meslek yaşamına pratisyen olarak başladığı tıp fakülteleri, pratisyen hekim yetiştirmeye dönük olarak yeniden yapılandırılmalıdır. Fakülteler sahayla daha çok bağlantısı olan, ülke gerçeklerinden ve somut koşullarından yalıtılmamış, tıp eğitimi için gerekli donanım ve insangücüne sahip kurumlar durumuna getirilmelidir. Mezuniyet öncesi tıp eğitimi programı yeniden biçimlendirilmeli, koruyucu hekimliği öncelikleyen, ülkemize özel bir müfredat hazırlanmalıdır. Hekim adayını pasifleştiren eğitim anlayışı değiştirilmeli; onu, merak eden, kendine güvenen ve sorumluluk alan bir sağlık çalışanı yapacak eğitim teknikleri kullanılmalıdır. Bunun için Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin Aktif Tıp Eğitimi çalışması güzel bir örnektir. Bu cesur çaba desteklenmeli, deneyimlerinden yararlanılarak tüm yurttta yaygınlaştırılmalı ve minimum standartlarına kavuşturulmalıdır.

Tıp eğitiminin içeriği değiştirilirken, niteliğinin de o oranda iyileştirilebilmesi için, günümüz koşullarında fakülte öğrenci kontenjanlarının uzatılması gereği ortadadır. Ülkemizin gereksindiği hekim sayılarının hesaplanması sırasında, batı ülkeleri ölçütlerinin örnek alınması yerine, ülkemiz koşullarını göz önüne alan bilimsel teknikler kullanılmalıdır. Olması gereken hekim sayısı ile varolan arasındaki farkın kapatılması da, -eğer hâlâ varsa, ki hiç sanmıyorum, aksini düşünmüyoruz- sağlık eğitimi ve hizmet altyapısının geride kalmayacağı biçimde daha uzun bir döneme yayılmalıdır. Aksi durumda, aniden şişirilen öğrenci kontenjanları eğitiminin niteliğini düşüreceği gibi, mezun ettiği hekimleri de gizli işsiz -giderek açık- yapacaktır. Bu sorun günümüzde yaşanmaktadır, yeterince acı deneyim sahibi olunmuştur.

Dünya ile birlikte Türkiye'de, 80'li yılların başında evrensel ve toplumsal değerler değişime uğramış, uğratılmıştır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin düzenleyen 224 sayılı yasanın çıkarıldığı yıllardaki anlayıştan günümüze çok az şey kalmıştır. İçinden çıktıkları toplum gibi hekimler de doğallıkla yeni değerlerin etkisine açıktırlar ve bugün egemen olan değerler ile 224 sayılı yasanın misyoner ruhu birbirleriyle uyumsuzdur. Bu uyumsuzluğun sıkıntısını ise en çok pratisyen hekimler ve onlardan hizmet bekleyen halk çekmektedir. Omuzlarında taşıdıkları 'toplumu sağlık hizmetleri yoluyla kalkındırma' yükü hekimlere ağır gelmektedir. Sağlık ekibinin önderi olacak, onları yönetecek; toplum kalkınması yolunda diğer sektörlerle işbirliği yapıp bu işbirliğinin eşgüdümçüsü olacak; zor koşullara karşın kendi sosyo-kültürel gereksinimlerini erteleyerek özveriyle çalışacak ve bunların yanında tıptaki gelişmeleri izleyerek sürekli kendini yenileyecek bir hekim beklentisi, karşılıksız kalmaktadır. Bu biçimde tanımlanan bir görev, iyi eğitim ve yüksek düzeyde güdülenme dışında, bir yandan çok ayrık kişisel özellikler gerektirmektedir. Bu kişisel özelliklerin neler olduğu

ve sağlık ocağı hekimlerinin ne kadarının bu özelliklere sahip olduğu araştırılmalıdır. Böyle bir görevi yürütebileceğine inanan ve kendine güvenen, iyi eğitilmiş hekimler sistemde eşgüdümçü ve önder olarak görev yapabilirler.

55. Hükümetin Sağlık Bakanı Dr. Halil İbrahim Özsoy, Tıp Dünyası dergisinde yayınlanan söyleşisinde "Bugün uygulanan sistemin omurgasını pratisyen hekimler oluşturmaktadır. Ancak ihmal edilmişlerdir" demektedir (2). Gönüllüden geçen, mezun olan hekimlerin bir iki yıl süreli bir eğitimden geçirilmesidir. Hem kendilerine güvenleri gelecek, hem de toplum sağlığı yönünden en gerekli olan şeyleri derinlemesine öğreneceklerdir." Pratisyen hekimlikteki uzmanlaşmayı arttırmayı istemekte ve şu an görevdeki pratisyen hekimlerin "pratisyen hekim uzmanlığı" adı altında ve değişik kollarda kısa süreli uzmanlaşmalarını uygun bulmaktadır. İki yıl ocakta sürekli çalışmış olanların uzmanlığa sınavsız alınmaları Sağlık Bakanının arzusudur.

Sağlık ocağı hekimliğinin tercih edilen bir görev durumuna getirilmesi, sistemin başarısı için bir önkoşuldur. Beraberinde, gönüllülük zemini üzerinde hekimlerin yurt düzeyine dengeli dağılımlarının da sağlanması gerekmektedir. Öyleyse... Genel pratisyenlik uzmanlığının gerekliliği tartışılmaktadır; ancak birinci basamak sağlık hizmetlerine uygun bir biçimde entegre edilmesi, altı çizilen sıkıntılarının çoğunun aşılmasını sağlayacak bir çözümdür. Mezuniyet öncesi dönemde yeterince verilemeyen 'Ocak Hekimliği' formasyonunun ve güdüsünün bir uzmanlık eğitimi gerektirdiği kuramı kabul görür ve uygulanırsa, bu aynı zamanda göreve istekli olanları 'uzman olamamış hekim' statüsünden çıkarır ki, böyle bir yaklaşım başlı başına güdüleme ve özgüven kaynağıdır. Sağlık Grup Başkanlığı bölgelerinde en az iki sağlık ocağı sorumlu hekiminin uzun erimde 'Genel Pratisyenlik' uzmanlarından oluşmasını hedefleyen bir uzman yetiştirme programı ara çözüm olarak düşünülebilir. Tıp fakültesi mezunu genç hekimlerin bir bölümü bilerek ve isteyerek 'Genel Pratisyen' uzmanlığını seçecektir. Bu görevin ne denli özendirileceği istem ve gereksinime göre kolayca düzenlenebilir. Genel pratisyenlik uzmanları Sağlık Grup Başkanlıkları bölgelerinde çalışan diğer hekimlerin yönlendiricisi ve eğiticisi olabilirler. Çalıştıkları sağlık ocağı, bölgenin eğitim sağlık ocağı olarak kullanılabilir. Sağlık grup başkanının yardımcısı olarak görev yapacak uzman genel pratisyenler periferdeki pratisyen hekimin dostu olacaklardır. Diğer hekimler, eğer istiyorlarsa bir uzmanlık dalına girene dek, sahada pratisyen hekim olarak görev yapabilirler. Yine gönüllülük zemininde yapılacak bu görevde özendirici olabilecek öge, hizmet karşılığı bölgeye göre ağırlıklandırılmış ek TUS puanı olacaktır. Kısacası genç pratisyen hekimin yolcu olduğu bir sistemde uzman 'genel pratisyen' hancıdır.

Son bir soru: Yeryüzünde birinci basamak işlemeden ayakta kalan sağlık sistemi var mıdır?..

(2) Demirdizen H. Sağlık Bakanı'yla Birinci Basamak Üzerine Söyleştik. 1998 Sağlık Yılı Olacak mı? Tıp Dünyası, 1997; 25: 6-7.