

GÖZLEM ve GÖRÜŞLER

TOPLUM İÇİN HEKİM YÜRÜYÜŞÜ VE HEKİMİN KİMLİĞİ

Dr. Cem TURAMAN*

OKUYUCUYA NOT

Bu yazının esin perisi, 18 Ekim 1997 de düzenlediği (I. Basamak Hekimliğinde Sürekli Tıp Eğitimi) toplantısı ile Ankara Tabip Odası olmuştur. Ancak başlangıçta bu toplantının esinlendirdiklerine uygun bir yazı planlamışken, aşağıdaki sonuç ortaya çıkmıştır. Bu plan dışı sonucun, "hepimizin" gönlünde yatan aslan yüzünden ortaya çıktığını bilmiyorum değilim. Bu nedenle tüm olumsuz görüntülere karşın umutlu olmak için pek çok neden olduğuna inanıyorum. Okuyucunun aslanın ne denli çok yiğidin gönlünde yattığını görmesini kolaylaştırmak amacıyla, bulabildiğim ölçüde bol referans gösterdim.

Bu yazı ile yapılan saptama sayısı, son sayıma göre yirmidir ve hepsi altı grupta toplanarak aşağıda sıralanmıştır. Gruplanarak sıralanan bu saptamalar, kendilerini izleyen yazıdan bağımsızdır. Hepsisi yazı içinde açıkça belirtilmediği gibi, yazı içinde rastlanacak olanların da bir kısmı bu sıralama içinde görülmeyecektir. Yazının akışı içinde ise sonuçlarla karşılaşılacaktır. Saptamalar, yazının tamamlanmasını, kontrolünü ve Dr. Nevzat Eren hocamızın süzgecinden geçmesini izleyen son bir göz atma işlemi sırasında belirmişler ve okuyucu ile ilişkiyi kolaylaştırmak amacıyla öne alınmışlardır. Bu saptamalardan en az birine ilgi duymayan okuyucu, bir sonraki yazıya geçebilir.

Başlamadan bir anımsatmaya izin verilmesini istiyorum: Bu metnin yazarı, aile hekimi meslektaşlarımızın pazar sağlığı ya da can pazarı anlayışının yandaşı değil kurbanı olduklarına inanmaktadır, ve bu meslektaşlarımızın yerinin hekim yürüyüşünün içinde olduğunu savunmaktadır.

Artık bir kenara çekilip okumanıza izin versem iyi olacak!

DURUM SAPTAMALARI

Bir-a: Hekimlerin kaderini belirleme hakkı "eskiden" uzmanlarda bulunurken, artık pratisyen hekimlerin elindedir.

Bir-b: Bu nedenle (pratisyen hekim hareketi) yerine (hekim hareketi) demek hem yeterli hem anlamlı hem hedef gösterici olacaktır.

Bir-c: Pratisyen hekimler bu güçlerinin ayırımına varma sürecine girmiş bulunmaktadır.

Bir-d: Ancak, her sayısal büyüme güçlenme anlamına gelmez. Pratisyen hekim topluluğu nicel olarak büyürken, nitel olarak uzmanlık tuzağına doğru hızla koşmaktadır.

Bir-e: Bu koşunun sağlıklı bir yönelişe çevrilmesi, hekim yürüyüşünün önündeki en önemli ve ilk görevdir ve yönlendirmede gecikme, hekim yürüyüşünün soysuzlaşmasıyla sonuçlanacaktır.

Bir-f: Hekimler uzmanlığın çekim alanından iki nedenle kurtarılmalıdır: Birincisi, hekimin yeniden kendine güven duyması ve ikincisi, (e) bendinde açıklanmıştır.

Bir-g: Bu amaçla, hem uzmanın kurtuluş olmadığı, hem de doğru hedef, uygun biçimde gösterilebilmelidir.

Bir-ğ: Pratisyen hekimin emeğinin en yaygın ve en insafsızca sömürüldüğü yerler, çoğunlukla yalnız uzmanların ve uzmanlık öğrencilerinin bulunması gereken yerlerdir. Sağlık Bakanlığı'yla sürdürülen görüşmelerde, uzmanlık gerektiren yerlerde yalnızca uzmanların istihdam edilmesi gerektiği savunulmalıdır.

İki-a: Toplum hekimi kavramı geliştirilerek hekimlere

benimsetilmelidir.

İki-b: Toplum hekiminin görevi, bilgi alanı, eğitim biçimi, hizmet yeri tanımlanmalıdır.

Üç-a: Araştırma yapma, hekimlere öncelikle kazandırılması gereken bilgi ve becerilerden biridir.

Üç-b: Toplum hekiminin bilgi üreten kimse olması, mesleğin saygınlığı ve çekiciliğine katkıda bulunacaktır.

Üç-c: Toplum sağlığıyla ilgili alınan kararlara yol gösterici araştırmaların -ki hepsi öyle olmak zorundadır- hastane ortamından ve uzman yönetiminden, toplum içine ve toplum hekimlerinin yönetimine taşınması gerektiği savunulmalıdır.

Dört-a: Bundan böyle hiç bir TC. Hükümeti, sağlık hizmetlerinin sosyalizasyonuna yönelik bir girişime "ikna" edilemez.

Dört-b: Bu saptamanın sonucu olarak, hekim yürüyüşü politikleşme aşamasındadır.

Dört-c: Bu sonucun uzantısı olarak, hekim yürüyüşünün maaş zammı isteme gibi konulardan arınması temel ilke olmalıdır.

Dört-d: Ücret artışı talebi, sendikaların görevidir. Bu nedenle hekimlerin sendika hakkının yasallaşması için mücadele en önemli ve ivedi diğer bir görevdir.

Beş-a: Adına ister pazar ister liberal densin, 224'e alternatif bir sağlık hizmeti modelini ne düşünecek, ne hazırlayacak, ne uygulayacak yeterli kadro, ne nitel ne nicel olarak bulunmamaktadır.

Beş-b: Hekim yürüyüşünün önüne çıkartılan sözüm ona teknik ve ideolojik araçlar sınırlı deneme bölgeleri ve özel pazar kuruluşlarını açacak güçte görünmemektedir.

Beş-c: Buna karşılık hekim yürüyüşünün ideolojik boyutunun güçlendirilmesi ve sürdürülmesi, uygun araçlar geliştirilmesi, hekim yürüyüşünün hareket yeteneğinin artırılması için zorunludur.

Altı: Yazıda değinilen, önündeki sert dönemelerde savrulmamayı başarırca, hekim yürüyüşü uzak olmayan bir gelecekte, belirtilen ara amaçlarına önemli ölçüde erişmiş olabilir.

GİRİŞ: 10 YILDA HAZIRLANAN ALTYAPI: KISA BİR ANIMSATMA YA DA BİR PAZARCININ DÜŞÜNME BİÇİMİ

Bir pazarcının geriye doğru önermelerle düşünme biçimi:

Önerme 1: Pazara dayalı bir sağlık sistemi isteniyorsa;

Önerme 2: Hekim enflasyonu, pazara dayalı sağlık hizmetinin olmazsa olmaz parçasıdır (1996:76-77).

Önerme 3: Hekim enflasyonunu yaratmak için en az 10 yıl önce her yanda tıp fakülteleri açılmış, eğitim ve istihdam kapasitesinin üzerinde öğrenci alınmasına başlanılmış olması gerekir.

Önerme 4: Bunları başarabilmek için gerekli hazırlık aşaması, giderek sürekli bir dip gürültüsüne dönüşmelidir: Vampir filmi, saldırının tepe noktalarının -buna darbe diyenler de var- her iki yanında da gösterilmelidir (Genç,N.; 1997:14) (Küçük,Y.;1986).

Sonuç 1: Demek ki, tıp fakültelerine alınan öğrenci sayısı üzerinde kopan kavga, teknik olmaktan çok ideolojiktir. Bu konuda ısrarlı olmak gerekecektir.

SOSYALİZE SAĞLIK HİZMETİ: SON KALE Mİ ?

60 lı yıllarda ortaya atılan çağdaş hekimlik kavramı, bugüne dek geçen sürenin ilk yarısında hekim yürüyüşünün önemli bir ideolojik aracı olabildiği. Bu kavram, sağlığta sosyalizasyon kavramıyla ikiz kardeş olarak doğmuştu. Her şeye karşın bugün uygulanabilirler mi ? Bunu burada tartışmaya açmak istiyorum. Yaratıcısının da daha sonra ne yazık, onca çabadan sonra, bugünkü geri dalganın haberini verircesine (Sosyal tıp sosyalist tıp değildir) dediği sosyalize sağlık hizmeti kavramı, erozyona uğrayarak bugünkü boyuna ulaşmıştır (Fişek,N.;1978:1).

Sosyalizasyon, her şeyden önce kapitalizmin ürünüdür (1). Bu nedenle sosyalin sosyalist olmadığını söylemeye gerek yoktur. Sosyalizasyon, belirli bir aşamaya gelmiş kapitalist ekonomilerde planlamanın zorunlu ön koşuludur. Buna karşılık, planlamanın sosyalizmle hem de pek sıkı bir bağı vardır: Planlama, SSCB'de doğmuş, yüksek başarısı ABD'nin direncini 20 yıl kadar sonra kırabilmiş, burada (stratejik planlama) benzeri türevleri "geliştirildikten" sonra ülkemize önerilerek ancak kabul edilebilmiştir (Küçük,Y.;1975:17-9). Demek ki, 60 lı yıllarda ülkemizde (pilan değil pilav gerek) diye eleştirilen planlama, sağlık sistemine sosyalizasyon kavramıyla birlikte yansmıştır.

Buradan, sosyalizasyon kavramının ve uygulamasının

(1) "Emperyalist aşamasındaki kapitalizm, üretimin en geniş bir sosyalizasyonuna götürmektedir; kapitalistleri iradelerine ve bilinçlerine rağmen söz gelişi bir çeşit yeni sosyal düzene tam serbest rekabetten tam sosyalizasyona bir geçiş düzenine sürüklemektedir" (Lenin, V.I.U.;1913:23).

"Bu para oyunlarının ve dalaverelerin temelinde sosyalleşmiş üretim yatar; fakat insanlığın bu sosyalleşmeye varan çok büyük ilerlemesi spekülasyonların yararına oluyor" (Lenin, V.I.U.;1913:25).

bir mücadele ile değil; bir uzlaşma hatta belki de emir ile sağlık sistemimize girdiği ve yerleştiği sonucu çıkıyor. Bu nedenle olmalı, "yukarıdan" gelen sağlık hizmetlerinin sosyalizasyonu kararı geri alınırken, "aşağıdan" ancak pek zayıf bir sahiplenme ve direnmeyle karşılaşılıyor. Yukarıyla açık bir çatışmaya girişen "örgütsel oluşum" ise, aşağıyı peşinden sürüklemekte zorlanıyor (Eren,N.;1997:72).

Sonuç 2: Bu zorlanmanın, yukarının doğrudan ve dolaylı araçlarına ek olarak, TTB'nin Sağlık Bakanlığı'na "mantıklı açıklamalar" yapmaya dayalı taktiğine bağlı olduğu söylenebilir.

Eylül sonrası dönemde, adına serbest piyasa denilen, herkesin bildiği gibi, ülkemizde kaotik pazar koşullarının yaratılması için zorunlu, tekel-polis devletine dönüşen bir mekanizma oluşturuldu ve harekete geçirildi (Işıklı, A.; 1996:11-4). Kapitalizmin sosyalizasyon döneminde bile planlama, gerçek anlamıyla olanaksız olmakla birlikte, bu durum, kaotik pazar koşullarında çok daha belirginleşir: Kaotik pazar, planlamayı tümüyle olanaksız kılar. Daha doğrusu, reddeder (Küçük,Y.;1975:27-33). Demek ki, sosyalize sağlık hizmetinin reddi, yönetemeyen yönetici sınıf için artık bir tercih değil, zorunluluktur (Onaran,Ö.; 1996: 12-7).

Durum böyle olunca, çaresizliklerinin üstesinden gelebilmenin ideolojik "kılıfını" hazırlamak üzere, sosyalize sağlık hizmetini bir yandan neden işlemez ilan edildiği; diğer yandan mafiozo-faşist bürokratların sabote etmek için neden bunca çaba gösterdiği ortaya çıkar: Beceremiyorlar. Ellerindeki nitelikli gibi davranan kadroyla, ülke gerçekleriyle bağdaşmaz YÖK'sel ve ecnebi destekleri sentez edemiyorlar. Kod adları özel ücretlendirme ve liyakat-haketme sistemlerinin dar alanda ve hızla harekete geçirilmesi olan sus payı, ufku ve görgüsü "gelişmekte olan"ları kadrolaştırmak için yeterli olabiliyor. Sorun bu değil. Sorun, hekim yürüyüşünün örgütlenme düzeyindeki göreceli gerilik ya da durgunluktur.

Sonuç 3: Bu aşamada kadrolaşma hızı ve örgütlenme durgunluğu, birbirleriyle ters olarak ilişkili olabilir.

Temel olarak Bursa, İzmir, Edirne, Antalya, İstanbul, Ankara'da "konuşlanmış" çoğu kamu sağlığı profesyoneli hekim ve tıp dışı çeşitli mesleklerden oluşan Toplum ve Hekim kalemşörlerinin dışında ses veren olmaması, bir üst paragrafta sözü edilen çatışmanın meslektaşlarımızı ne ölçüde kapsadığının bilinmesindeki güçlüklerle sıkı bir biçimde bağlı olabilir. Bu güçlüğü üstesinden gelmenin ilk adımı, bir yandan sütre gerisine atılan, sıcaklığı koruyan salvolar "2 ayda bir" sürdürülürken, diğer yandan TTB'nin tabip odalarını ve üniversite halk sağlığı bölümlerini harekete geçirerek, tüm sağlık ocaklarının ziyaret edilmesini, buradaki meslektaşlarımızla birebir iletişim kurulmasını sağlamasıdır. Bu iletişimin ise hedefi, amacı olmalıdır. Hedef ve amaç yoksa ya da var da iyi belirlenememişse, hareket planı gözden geçirilmelidir. Bundan sonra kurulan iletişim pratik çözümlerden çok kalıcı açılımlar sağlayacak

ideolojik araçlarla en iyi biçimde yönlendirilmelidir (İyi-gün, M.; 1997:33).

Sonuç 4: Hekim yürüyüşünün acilen ideolojik araçlara gereksinimi olduğu ortaya çıkıyor.

BİR PANİK ÜRÜNÜ: AİLE HEKİMLİĞİ

Çalışmayan köhne 224 e alternatif akılcı ve modern bir çözüm olarak, genç, zeki, sık, ingilizce bilen ve esprili menecırların keşfettiği, hazırlanmadan sahneye çıkan bu aracin, toplam kalite yönetimi kavramı ile kan bağıının bulunduğu düşünmek için nedenler vardır. Bu nedenlerin en önemlisi, ortak noktalarının farklılıklarından büyük olmasıdır. Temel ortak noktalarının hedefleri ve ideolojik yükleri olduğu söylenebilir. Aralarındaki farklılık ise, toplam kalite yönetimi (2) yaklaşımının aile hekimliğine göre biraz farklı bir mekan tutmasından öte değildir: Aile hekimliği yarım asırlık hekim yürüyüşünün önünü, toplam kalite yönetimi arkasını çevirmeye çalışıyor, hepsi bu.

Tepemize indirilen Eylül yumruğunu izleyen ve biri TUS adını alan psiko-sosyal tehditler, ne bu araçların ideolojik yanlarını görmemizi, ne de karşı ideolojik saldırıya geçmemizi engellememelidir. Savaş, temelde karşıdaki ordunun psikolojisini bozmayla kazanılır. Karşıdaki ordunun düzenini bozduğunuz zaman, savaş önemli ölçüde kazanılmıştır (Engels,F.;1975:263). Savaşta üstünlük, en beklenmeyen zamanda geri çekilme durumundan karşı yürüyüşe geçmekle sağlanır. Ancak önce bu araçları soğukkanlılıkla tanımlamamız, etkilerini bilmemiz gerekir. Her şeyden önce hedefleri iyi bilinen iki aracın da ideolojik boyutu, en önemli yanlarıdır. Bu bir.

İkinci olarak: Bilimin ahlakı kar ve iflasla ölçülmez. Eleştiriyle ölçülür. Kar ve iflas kardeşler, pazarın ahlakıdır. Sağlık bilimi ortamına kar ve iflas ahlakını, yeteri kadar yokmuş gibi, daha fazla enjekte etme oyuncağının adı böyle konmuş: Tüm hesapların pazara uyacağına güvenerek, aile önadıyla hekimi özelleştirme planları yapılırken, sağlık ocağının "kendiliğinden" işlev dışı kalacağı, böylece 224 ün en temel işlevsel dayanağının çökeceği anlaşılıyor mu, görmezden mi geliniyor, umuluyor mu? Diğer sorular ve beklenen yanıtları: Hekimle toplumun karşılaş-

(2) Saniyen, çeviri hatasıdır. Total quality management (TQM) diğer adıyla continuous quality improvement (CQI) sözü, (toplam kalite yönetimi) olarak çeviriliyor. Bu söz anlatmak istediği kavramla uyumlu olmadığı gibi, Türkçe'de de hiçbir anlama gelmiyor. Total quality management sözünde, (quality) değil (total) sözcüğü vurgulanmaktadır. Salisen, yönetilen kalite değil, bir sağlık kuruluşunun bütünüdür. TQM in kalite bileşeni, yalnızca bir hizmet yaklaşım biçimini; hizmet veren sağlık kuruluşunun her yanına kalite sağlamanın entegre edilmesini anlatmaktadır (Karel,S.G.;1993:100). Hizmette niteliği temel alan bütüncül yönetim yaklaşımı denilebilir. Bu yaklaşımın çözümlenmesini ilker yapmıştı, burada tekrarlamıyorum (Belek,İ.;1997a:34-39).

ması, sağlığı geliştirme amacına değil kar amacına yönelik olursa, aile hekimi sorumlu olduğu toplumuna ne gözle bakar? (Müşteri !). Pazarda müşterinin sürekliliğini sağlamanın yolu nedir? (Müşterinin "daima" haklı ve memnun olması). Bu oyuncağın yeni kalite anlayışıyla bağlantısı tam bu noktada açıkça ortaya çıkar ve örneğin, şöyle sürer:

Hizmet niteliğini "müşteri memnurluğu" ile değerlendirme eğilimi hizmete nasıl yansır? (Bilimsel kriterler yerine çek aksesuarlar, pahalı araçlar ve tebessüm eden çehrelerin geçmesi). Daha çok aile, daha çok kazanç yaklaşımı, kişi başına düşen hizmet süresiyle ters ilişkili midir? Bu konuyla ilgilenenler belirli bir hizmetin birim başına düşen süresini, bir hizmet niteliği ölçüsü olarak kullanmak istemezler mi? Bu örnek sorular istendiği ölçüde çoğaltılabilir.

Tüm bu bulgulardan bir sonuç çıkarmak olasıdır: Bundan böyle hiçbir TC. hükümetinin sosyale sağlık hizmeti anlayışını benimsemesi beklenmemelidir (Erdoğan, M.S., Saltık, A.; 1997a:24). Buna karşılık ve aynı nedenle, hekim yürüyüşünün politik bir zemine oturması beklenmemelidir. Yine aynı nedenle hekim yürüyüşünün doğrudan sistemi hedeflemeye yönelmesi beklenmemelidir. Hekimlerin özlük hakları ve ücretle ilgili mücadelesi, kurulacağı kesin olarak görülmesi gereken sendikaya devredilmesi ve hekim yürüyüşünün daha katıksız hale gelmesi gerekmektedir.

Sonuç 5: Hekimin kimlik arayışı, sendika görevlerinden ayrılarak katıksız bir hekim yürüyüşü eksenine üzerine oturtulabilirse, başarı şansı yükselir.

Sonuç 6: Hekimin sendikal örgütlenmesinin çok önceden alınması gereken bir hak olduğunda herkes hemfikir olsa gerektir; sendikanın bugünkü önemi, stratejik bir zorunluluk olmasındadır.

HEKİMİN MESLEKSEL GELİŞİMİ, REDDEDİLEN PRATİSYENLİK VE AVUNTU AKADEMİSİ

Sözlüklere bakıldığında pratisyenin, bir iş bilgisinin uygulayıcısı olduğu anlaşılıyor (Saraç, T.; 1985:1096). Demek ki pratisyen, bir işin günlük, pratik yanıyla uğraşan meslek erbabıdır, bu işin teorik yanıyla uğraşmaz. Bu tanım hekimliğe uygulandığında, hekimin bilgi üretmekten neredeyse alıkonulduğu anlamı çıkar. Yalnız bu anlam bile, İngiltere'de, Fransa'da kullanılıyor olmasına bakılmaksızın, bu sözcüğün sağlık alanında reddedilmesi için yeterlidir. Bu tanımın tam tersine, sonuçları topluma uygulanacak bilgi üreten araştırmaların, hastane duvarları arasında değil, toplum içinde yaşayan araştırmacı niteliğine sahip hekim tarafından, doğrudan o toplumda yapılması temel olmalıdır.

Pratisyen hekim, önüne konan TUS havucundan başını kaldırmaya kalkarsa, kendisine baş döndürücü olmasa da, "ehven-i şer" olanaklar sunulur. Buna şaşırırız. Pratisyen hekim, bu olanakları taklit ederek, akademi kurar ve aynı bilgi şantajını kendi kendine yapmayı da ihmal etmezse,

buna şaşırırız. Pazar sağlığı taşeronları için bundan daha eğlenceli ve işe gelen bir durum olabilir mi? Pratisyen hekim, ya klinik ya da cerrahi, o da olmadı laboratuvar uzmanlık dallarına secde ederek, yoksa aile hekimliğine can simidi gibi yapışarak yine olmazsa akademi kurarak içinde bulunduğu bu bozgun durumundan kurtulabilir mi? Bireysel olarak bu bozgun kurtulanların döndükleri köşelerin öte yanında, aldıkları capon arabaları köpelen vicdanlarını taşıyabilecek midir? (Sülkü, M.; 1997:27).

Sonuç 7: Pratisyen hekim, kendini bu tuzaklara itmekle kararlı davranırsa, emin olabiliriz ki, büyük olasılıkla düşecektir.

İçinde yaşanan bozgun, herşeyden önce tüm hekimlerindir. Bu onur eksikliğinden hepimize pay düşer. Bu bozgun, yalnızca pratisyen hekimin bozgunu olmadığı gibi, tüm hekimlerle de sınırlı değildir. Daha ileri giderek, yalnız sağlık sektörünü de ilgilendirmemektedir. "Sektör"lerarası işbirliği toplum sağlığını korumak ve geliştirmek için zorunlu ise, can pazarı anlayışının boşa çıkartılması için neden yararlı olmasın? Tüm çalışanlar-üretenlerle birlikte meslek birlikleri yüksek bir moralle 70 li yıllarda yolları yürüyerek aşındırırken hekimleri yanlarında görmediler. 80 lerde işkenceciliğe, 90 larda kaliteciliğe terfi eden "özel girişimci"lerimize de rastlandı. Şimdi, hekimlerin yerlerini bulma zamanı gelmiştir ve belirleyici, pratisyen hekimlerdir.

Gelişme, (aynı emekle daha verimli olmak) olarak tanımlanıyor (Küçük, Y.; 1975:41-8). Pratisyen hekim, mesleki gelişimini uzmanlık bilgisi edinerek, uzmanla yarışa girerek sağlayacağı inancını hemen terketmelidir. "Pragmatik" yaklaşırsa, yirmiden fazla temel uzmanlık dalının hangi biriyle yarışmaya kalkabilir (Bilaloğlu, E.; 1997:5-7)? "İdealist" yaklaşırsa, belleğini zorlayarak daha fazla uzmanlık bilgisi edinmeyle, hizmet verdiği toplumun sağlığını korumak ve geliştirmek için daha yararlı olmayı umabilir mi? Uzmanı daha çok taklit, utangaçça da olsa, yalnız kendi çıkarını gözetenlere hizmet olmaz mı? Pratisyen hekim, kanser markırları değil, kanserin 7 belirtisinden yola çıkarak; eforlu EKG değil, göğüs ağrısı anketinden yola çıkarak (ATO; 1997) (Bilir, N.; 1997) uzman hekim, teknik bir destek, bir bilgi bankası ve laboratuvar gibi kullanılabilmelidir.

Sonuç 8: Pratisyenin, uzman hekim kendine yardımcı olarak görmeye alışmasının önündeki temel zorluk yine kendi alışkanlıklarıdır ve bu yeni önerinin ilke olarak benimsenmesi bile kendine güven duymasını sağlamaya yeter.

Pratisyen hekim, kendi meslek içi eğitim programını ve mesleki kimliğini klinik uzmanlık alanlarından koparmalıdır. Kendini ayrı bir varlık olarak görmeye ve tanımlamaya cesaret edebilmelidir. Gelişmiş tıbbi teknoloji bilgisini bilmemeyi ayıp olarak algılamaktan kurtulmalı, buna karşılık bu yazıda örnekleri verilen yönde bilgilerle kendini donatmayı becermelidir (Fisher, J.K.; 1996:65).

SONUÇ 9: İDEOLOJİK BİR ARAÇ OLARAK TOPLUM HEKİMLİĞİ

Sağlık hizmetinin birinci basamağında çalışan hekim, hizmet verdiği toplumu, sağlık hizmetine katma becerisinde olan kişidir (Demirdizen, H.; 1997:22). İnsan sağlığını olumsuz etkileyen risk etmenleri hastanede değil, toplum içinde bulunmaktadır. Hekim, bu etmenlerin saptanması ve düzeltilmesi için uygun kamu sağlığı girişimlerini toplumla birlikte planlama, uygulama ve değerlendirme bilgi ve becerisine sahip olmalıdır (Westin, S.; 1996:61-4).

Bu hekim, hizmet verdiği toplumun bulunduğu yerde yaşar, düğünlere, cenazelere katılır, toplumun anahtar kişileriyle sık görüşen, bu topluma özgü sağlık risklerini ve riskli kimseleri bilen ve çoğunu isimleriyle tanıyan, bu kimselerin yaşamlarını o koşullarda olası en sağlıklı biçimde sürdürmesini sağlayan hekim olursa, toplumun hizmete katılmasının ön koşulları sağlanır .

Kahvede yaşlı Halil amcaya takılır, tansiyonunu ne zamandır ölçtürmediği için sağlık ocağına davet eder,

Öğretmenler, veterinerler, savcı, muhtarlardan, hangisinin hangi modern aile planlaması yöntemini kullandığını ve ne zaman izlenmeleri gerektiğini bilir, yöntemlerle ilgili soruları kendilerine gizlice sorma inceliğine sahiptir,

Pazar denetimi sırasında karşılaşılarak selamlaştığı "15-49 lardan" Semiha hanımın "0-59 lardan" oğlu Eren'in, dişlerini geç çıkardığını, en son ne zaman izlendiğini bilir,

Bölgede bulunan işyerlerinin sahiplerini tanır, varsa kendilerinin ve ailelerinin sağlık sorunlarını bilir, işyerinde gerekli sağlık önlemlerini almadıkları için kendileriyle tartışır,

Belediyeye girdiği zaman tüm memurlarla selamlaşır...

Bu örnekler uzatılabilir:

Varsa sağlık grup başkanı ve sağlık müdürü, makul ve dürüst kimselerse, ocağını sık sık ziyaret etmelerini sağlar,

En azından STED'i sürekli izler, yazı gönderir,

Araştırma yapma becerisini, üniversite halk sağlığı bölümlerinin yardımını alamasa da nasıl geliştirebileceğini düşünür ve yolunu bulur,

Tabip odasına üyedir, olanağı varsa çalışmalara katılır; yoksa odaya sağlık müdürlüğü ile işbirliği yapmasını önererek olanağın yaratılmasına çalışır,

Ekibinin eşleri ve çocuklarını tanır, karşılıklı ev ziyaretleri yapar,

Sağlık müdürünü ya da varsa grup başkanını, bölgedeki sağlık ocağı, AÇSAP merkezi, sağlık evi çalışanlarını biraraya getiren aylık "sosyal" toplantılar yapması için özendirir...

Daha zor işlere bile kalkışabilir: Örneğin, bölgenin ikinci basamağında çalışan uzmanlarla iletişim kurmanın yollarını arar, bunun için sağlık müdürünü devreye sokmaya çalışır...

...ve bilir ki, görev yerinden 5 yıl sonra, yaşamı boyunca unutamayacağı olaylar, dostluklar ve insanlık dersleriyle ayrılacaktır.

İnsanı yaşamın bu denli içine sokarak yeniden insanlaştıran bu meslekten daha güzeli olabilir mi? (Pala, K.; 1997: 30-2).

Bu örnekleri yeterli bularak bir tanım yapmak istersek, hiçbir uzman hekimin haberi bile olmayan bu becerilere sahip ve "günlük yaşamının bir parçası haline getiren" hekim, bir toplum hekimidir (Dedeoğlu, N.; 1997:48) (Hesapçioğlu, M., Deniz, L.; 1996:63).

Toplum hekiminin yeri toplumun içidir (Aksakoğlu, G.; 1996:57) (Belek, İ.; 1997b:14). Toplum hekimi, uzman hekimin hastane ya da karanlık bir işhanı penceresinden bakabildiği toplumun içinde yaşar. Sağlık müdürlüğü, bakanlık, hastane ise uzmanlık gerektiren yerlerdir ve uzmanlara bırakılmalıdır. Bu yerlerde uzman gibi davranan pratisyen hekim istihdamı, başlıca torpil ve insan kaynağını iyi kullanmamadan ileri gelir. İkincisinin de iki nedeni vardır ki bunların birincisi yönetim becerisinin olmamasıdır ve ikincisi, giderek daha kuvvetle olası duruma gelmektedir: Sağlık hizmetinin bilinçli ve sistemli yıkımı. Devletin topluma rağmenliğine bundan iyi örnek zor bulunur ve tutucu siyasetçiler, "temele dinamit koyma"ya örnek göstermek isterlerse, nerede arayacaklarını iyi bilsinler, vakitleri daralıyor.

Hekim, eğitimi için okulu bitirir bitirmez kolundan tutulup tek başına bir sağlık ocağına atılacağına, gittiği ilin başka bir sağlık ocağında en az 2 yıldır deneyim kazanmış bir ağabey ya da ablanın yanında en az bir yıl staj yaparsa, diğer rotasyonlarını sağlık müdürlüğü şubeleri, AÇSAP merkezi, SSK, devlet ve varsa üniversite hastanelerinde yaparsa, göreve başlarken kendini daha donanımlı hisseder. Organize hizmet içi eğitimler için üniversitelerin işbirliği istenebilir. Ancak toplum hekiminin eğitimi, hiç bir üniversite "AD" nın insiyatifinde olmamalıdır. Üniversite anabilim dalının en temel özelliği, bir kaç örnek dışında, toplumdan kopuk olmasıdır. Bu eğitimler, grup başkanlıkları ve sağlık müdürlüklerinin görevi olmalıdır (Aytekin, H.; 1997:20).

Yürüyüşün orta-uzun eriminde, yukarı paragraflarda sözü edilen (isterse 5 yılın sonunda görev yerinden ayrılma) kavramı gerçekleştirilebilir. Bu kavram, iki anlama gelmelidir. Birincisi, 5 yıl hizmet sonunda hekimin "üstad"lık derecesi olarak eğitim birimlerinde görev almasıdır. İkincisi, TUS yerine önerilmesi gereken, isteyene uzmanlaşma olanağının gereksinime uygun olarak tanınmasıdır: Bunun ön koşulu, bölgesel olarak yapılan planlara göre bölgenin uzmanlık gereksinimleri belirlenerek, alınacak uzmanlık

öğrencisi sayısının saptanabilmesi ve uzmanlık eğitiminin bölge düzeyinde olanaklı kılınabilmesidir. Bu durumda uzman hekim, belirli bir süre yalnız eğitim gördüğü bölgede görev yapabilmelidir.

Toplum hekimliği, görüldüğü üzere, "pratisyen" arkadaşlarımızın yakındığı gibi sıkıcı, atıl, boş zamanı çok bir iş değildir. Ülkemizde kentleşme yapay afetini önleyecek zorunlu düzenlemeler gerçekleştirildiğinde, şimdiki gibi kentleşme hızı yüksek bir toplum olmayacağız. Hem kentsel hem kırsal yörede, insan topluluklarının çalışma yeri, oturma yeri, eğitim yeri, nüfus yoğunluğu gibi özelliklerine göre, kısaca toplumu temel alan sağlık örgütlenmesi, kaçınılmazlığını çok uzun çağlar boyunca koruyacaktır (Bilaloğlu, E.; 1997:5-7).

Toplum hekimi, geleceğin hekimi olacaktır (Aytekin, H.; 1997:18). Toplum hekimi, uzun erimde, kendine güven duyan, çevresinin saygısını hakeden, etkili bir hizmet verebilen ve iş doyumunu yüksek bir hekim olma şansına sahiptir (Erdoğan, M.S., Saltık, A.; 1997b:29). Bu şansını kullanabilmek için onu koruyabilmeli, özveride bulunmaya hazır olmalıdır.

Toplum hekimliği yeni dünya sağlık düzenine göğüs germemizi sağlayabilecek bir silahtır. Bu silahı geliştirmek için akıl, tutmak için bilek, kullanmak için yürek gerekiyor. Bunların "bizde" olduğunu daha önce defalarca kanıtlanmadık mı ?

KAYNAKLAR

Aksakoğlu, G. (1996) "Kent sağlık ocağı", Toplum ve Hekim, TTB yayını, 11(71):57-8

Aytekin, H. (1997) "Sağlık hizmetleri ve pratisyen hekimin konumu", Toplum ve Hekim, TTB yayını, 12(78):18-20

Belek, I. (1997a) "Yeni Kapitalist Paradigma ve "Kalite"li Yönetim", Toplum ve Hekim, TTB yayını, 12(77):34-9

Belek, İ. (1997b) "Türkiye aile hekimliği modeli: "Herkes için sağlık" perspektifli bir değerlendirme", Toplum ve Hekim, TTB yayını, 12(78):8-17

Bilaloğlu, E. (1997) "Pratisyen hekim hareketinin geleceği", Toplum ve Hekim, TTB yayını, 12(78):5-7

Bilir, N. (Basıma hazırlanıyor) "Birinci basamakta kronik hastalıklara yaklaşım", (İçinde:) Aile Sağlığı Programı Eğitim Modülleri, Ankara:SB AÇSAP Gen Md. Yayını.

Dedeoğlu, N. (1997) "Pratisyen hekimin eğitimi ve halk sağlığı anabilim dallarının rolü", Toplum ve Hekim, TTB yayını, 12(79):45-8

Demirdizen, H. (1997) "Niçin ayrı bir tıp disiplini olarak genel pratisyenlik?", Toplum ve Hekim, TTB yay., 12(78):21-4

Engels, F. (1975) "Anti-Dühring" İlk basım, Ankara:Sol Yay.

Erdoğan, M.S., Saltık, A. (1997a) "Türkiye'de halk sağlığı

neden özlenen yerde değil?", Toplum ve Hekim, TTB yayını, 12(77):24-5

Erdoğan, M.S., Saltık, A. (1997b) "Genel pratisyenlik kurultayı ardından-Genel pratisyenlik uzmanlık eğitimi çözümü mü?", Toplum ve Hekim, TTB yayını, 12(78):28-9

Eren, N. (1997) "Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi konusunda toplantı raporu", Toplum ve Hekim, TTB yayını, 12(79):72-3.

Fisher, J.K. (1996) "Yirmibirinci yüzyıl için nasıl bir genel pratisyen hekimlik?", Toplum ve Hekim, TTB yay, 11(74):65-6

Fişek, N. (1978) "Toplum Hekimliği Dönem II Ders Notları" Ankara: Çoğaltılmış teksir

Genç, N. (1997) "Ötücü Kuşlar" Leman 310:14

Hesapçioğlu, M., Deniz, L. (1996) "Hekim adaylarının sürekli eğitimlerine yeni bir yaklaşım", Toplum ve Hekim, TTB yayını, 11(71):63-4

İşıklı, A. (1996) "Özelleştirme ve sağlık politikaları", Toplum ve Hekim, TTB yayını, 11(74):11-4

İyigün, M. (1997) "Neden genel pratisyenliğe hayır", Toplum ve Hekim, TTB yayını, 12(77):33-4

Karel, S.G. (1993) "An overview of quality issues in health services", PNG Med J; 36:99-106

Küçük, Y. (1986) "Küfür Romanları" İlk basım, Ankara:Tekin Yayınları

Küçük, Y. (1975) "Planlama, Kalkınma ve Türkiye" İlk basım, Ankara:Bilim Yayınları

Lenin, V.I.U. (1913) "Kapitalizmin en yüksek aşaması, Emperyalizm" Çev: Başar, E. (1965) Ankara: Sol Yayınları

Onaran, Ö. (1996) "Sosyal güvenlik sistemindeki gelişmeler ve sınıflar arası güç dengeleri", Toplum ve Hekim, TTB yayını, 11(72):12-7

Pala, K. (1997) "Genel pratisyen hekimlik eğitimi ve Türk Tabipleri Birliği", Toplum ve Hekim, TTB yayını, 12(78):30-2

Saraç, T. (1985) "Büyük Fransızca-Türkçe Sözlük" İkinci basım, Ankara:Adam yayınları

Sülkü, M. (1997) "Bugünden geleceğe pratisyen hekimlik için Türkiye'de neler yapılmalı?", Toplum ve Hekim, TTB yayını, 12(78):25-7

Westin, S. (1996) "Piyasa garip bir yaratık...", Toplum ve Hekim, TTB yayını, 11(74):61-4

(1997) Ankara Tabip Odası, Pratisyen Hekim Komisyonu, 1. basamak hekimliğinde 1997-1998 sürekli tıp eğitimi programı

(1997) "V. Ulusal sağlık kongresi sonuç bildirgesi", Toplum ve Hekim, TTB yayını, 12(77):22-3

(1996) "7. Beş yıllık kalkınma planının hekimlerle ilgili bölümleri", Toplum ve Hekim, TTB yayını, 11(71):76-7.