



SAĞLIKTA EŞİTLİK İÇİN KİLOMETRE TAŞLARINDAN BİRİ: TOPLUMA DAYALI TIP EĞİTİMİ “MAASTRICHT ÖRNEĞİ”

Dr. Feride SAÇAKLIOĞLU*

I. GİRİŞ:

Sağlık politikaları ülkenin genel yapısından ayrı düşünülemez. Örgütlenme modeli politika ile sıkı sınıra ilişkilidir. Politikanın belirlediği örgüt içinde çalışacak personelin eğitimi ise eğitim politikasıyla belirlenir. Bu makalede sağlık hizmetleri açısından çok önemli bir yer tutan personel eğitimi kapsamında Topluma Dayalı Tıp Eğitimi ile bu eğitimin uygulandığı bir ülkede geçirilen aşamalar tartışılacaktır.

Temel çelişki sağlıkta eşitlik kavramının çevresinde düğümlenmektedir. Sağlık alanındaki eşitsizliğin ortadan kaldırılabilmesi ve sağlıkta fırsat eşitliğinin, hakkaniyetin sağlanabilmesi için sağlık politikaları da sağlık örgütlenmesi de bu örgütlerin içinde çalışacak personelin eğitimi de amaç değil araçtır.

Genel olarak eğitim, özel olarak da tıp eğitimi konusundaki gelişmelere karşın dünyadaki tıp fakültelerinin büyük çoğunluğu eğitimi çağdaş olmayan yöntemlerle sürdürmektedir ve tıp fakültelerinde sağlık hizmetlerinin sunumunda nüfus tabanlı, topluma dayalı yaklaşımın gerekliliği pek farkedilmemiştir. (Starfield, 1991). Örneğin Kuzey Amerika'daki tıp fakültelerinin %90'ı eğitimlerini geleneksel yöntemlerle vermektedir. Eski Sovyetler Birliği sınırları içindeki 87 tıp fakültesinden sadece birinde standart bir müfredat programı bildirilmiştir (WHO, 1988). İngiltere'de pek çok tıp fakültesinde Genel Tıp Konseyi'nin 1957 yılından beri defalarca protesto etmesine karşın prelinik ve klinik dönemler arasında bir bütünlük sağlanamamıştır (Hamad, 1991).

Topluma Dayalı Tıp Eğitimi gelişmiş ve az gelişmiş pek çok ülkede yenilikçi tıp fakülteleri tara-

findan yaklaşık olarak yirmi yıldır uygulanmaktadır. Dünya'daki ilk örneklerinden biri Hollanda'da Maastricht Tıp Fakültesi'nde uygulanmaktadır. Endüstrileşmiş bir ülkede sağlık politikası-sağlık örgütlenmesi- eğitim politikası üçgeni tamamlanmadığında, eğitimle ilgili bir reform yaklaşımının nasıl bir dirençle karşılaştığı ilginç ve öğretici bir örnek oluşturmaktadır.

II. TOPLUMA DAYALI TIP EĞİTİMİ (TDTE)

Tanımlanmış bir coğrafi bölgede (köy, kasaba ya da kentte) birlikte yaşayan birey ve ailelere toplum adı verilir (Hamad, 1991). Genel olarak TDTE o ülkenin öncelikli sağlık sorunları ve bunların çözüm yolları ile ilgili, bunları kapsayan bir tıp eğitimidir. TDTE'nin amacı toplumunun sorunlarını kavramış, birinci, ikinci ve üçüncü basamakta bu sorunlarla etkin bir biçimde başedebilecek hekimler yetiştirmektir. Bir başka deyimle TDTE'nde vurgulanmak istenen temel kavram hastalık değil sağlıktır.

TDTE'ni geleneksel tıp eğitiminden ayıran en temel özelliklerden biri eğitimin verildiği yerdir. TDTE'nde öğrenciler eğitimlerinin önemli bir bölümünü eğitim hastanesi dışındaki sağlık kuruluşlarında geçirmektedir. Hastanedeki klinik eğitimleri ise sadece hasta yatağı başında, servislerde değil, özellikle hastanelerin acil servislerinde ve polikliniklerde verilmektedir. Bu yaklaşım öğrencilerin mezun olduklarında, hastalarla karşılaştıklarında başarısız olma risklerini azaltmaktadır. Kaldı ki sağlık hizmetleriyle ilgili olarak yapılan değerlendirmelerde toplumdaki hastaların sadece %10'unun hastanelere başvurduğu belirlenmiştir (Hamad, 1991). Öte yandan eğitimde kullanılan hastanenin niteliği de farklıdır.

* Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AB., Öğretim Üyesi, Doç. Dr.

TDTE tüm ikinci basamak hastanesini kullanır. Geleneksel tıp eğitiminin hemen tamamı ise eğitim hastanelerinde verilmektedir.

TDTE'nin Dünya'daki uygulamalarında bir standart yoktur, bazı fakültelerde topluma dayalı eğitim klasik eğitim yöntemleriyle birlikte verilir. Bazı fakültelerde eğitimin entegrasyonu gerçekleştirilmiş iken bazılarında ise problem çözmeye dayalı eğitim (PÇDE) yöntemi kullanılmaktadır. Problem çözmeye dayalı eğitim bu yaklaşımın içinde kullanılan bir öğrenme biçimidir. Aktif öğrenmeyi, bilimsel kuşkuçuluğu, kolektif çalışmayı güdüleyen, öğrencileri kendi öğrenme süreçlerinin merkezine alan, küçük öğrenci gruplarıyla ve danışmanlık sistemiyle yürütülen bir eğitim yöntemidir. Bu yöntem TDTE'ne seçenek oluşturamaz aksine konferanslar, olgu sunumları, seminerler gibi onun bir bileşenidir.

III. TOPLUMA DAYALI TIP EĞİTİMİNDE MAASTRICHT ÖRNEĞİ

1. HOLLANDA'DA SAĞLIK HİZMETLERİ

Hollanda'da sağlık hizmetlerinin sunumunda özel sektörün geleneksel olarak önemli bir yeri oldu. Bireysel sağlık hizmetleri (tedavi hizmetleri ve koruyucu hizmetler) özel sektör tarafından sunuldu. Hükümetin rolü özel sektöre bu hizmetleri verebilmek için ortam yaratmak idi. Hizmet için ödenecek fiyatlar pazar mekanizması kuralları içinde belirleniyordu. Ancak hizmetin kalite kontrolü de her zaman devletin görevi oldu. Bu amaçla bağımsız ve iyi donatılmış gözlemciler tıbbi bakım, ruh sağlığı hizmetleri, ilaçlar, besin maddeleri ve veterinerlik ürünleri konusunda denetleme işlevini yürüttüler. Bu yaklaşım yani sağlık hizmetlerinin özel sektör tarafından sunulması, kalitenin ise devlet tarafından denetlenmesi yaklaşık 100 yıldır Hollanda sağlık sisteminin en belirgin özelliği oldu (Rutten & Van der Werff, 1982).

İkinci Dünya Savaşı sonrasında tüm Avrupa'da olduğu gibi Hollanda'da da toplumun, sosyal ve politik sistemin yeniden onarılması süreci yaşandı. 1960-70'li yıllarda endüstrileşmiş ülkelerde ulusal hükümetler kendi toplumlarının sağlıkları konusunda birşeyler yapmak gerektiğini tartışmaya başladılar. Kadın sağlığı hareketi, tüketici hakları, çevre kirliliği konusunda giderek artan kaygılar, sağlıkta eşitsizlik konusundaki raporlar, insanların yaşamalarının giderek artan oranda tıbbın denetimine girmesi, maliyet-etkinlik analizlerine gereksinmenin giderek artması, teknoloji ile ilgili tartışmalar sadece örgütlenmeyi değil kapsamı da içine alan sağlık politikası tartışmalarını gündeme getirdi. Bu yaklaşım sadece Hollanda'da değil, İsveç, Macaristan ve

Avustralya'da da sağlık politikalarına yansdı. 1973'de Dünya'da yaşanan petrol krizine dek Hollanda'da sosyal devlet politikalarının güçlendiği ve güçlü bir sosyal güvenlik sisteminin kurulduğu gözlenmişti. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi girişimleri yine de başarıya ulaşamadı ve özel sektörün egemenliği gözlendi. Yetmişli yılların başında Temel Sağlık Hizmetleri hala gelişmemiş idi ve daha pahalı ve uzmanlık gerektiren sağlık hizmeti yaklaşımları Temel Sağlık Hizmetlerinin geliştirilmesine tercih edilmekteydi.

1974'te sağlık hizmetlerinde reform amacıyla bir plan hazırlandı. Bu planda Temel Sağlık Hizmetlerinin güçlendirilmesi, hükümet kontrolünü arttırarak sağlık harcamalarındaki oransız artışın önüne geçilmesi konularında temel politikalar vardı. Özellikle üzerinde durulan konular arasında planlama, hasta hakları, maaşlar, hizmetlerin fiyatlandırılması, sağlık hizmetlerinin finansmanı idi. Hükümet politikasına rağmen Temel Sağlık Hizmetlerinde dilenen başarıya ulaşamadı. 1980'lerde Hollanda'da özel girişim, serbest pazar ekonomisi kavramları gündeme geldi. Sağlık hizmetleri de içinde olmak koşuluyla her alanda devletin rolü kendi eliyle azaltıldı. Esneklik, işlevsellik, hükümetin rolünün azaltılması, kendi kendini yönetim, serbest pazar mekanizmaları tartışılmaya başlandı. Sağlık hizmetini sunanlar, hasta temsilcileri ve sigorta şirketleri 'ürün' ve 'fiyat' üzerinde tartıştılar. Hükümet ise belli bir mesafeden hizmette temel kalitenin, ulaşılabilirliği ve dağılımın garantisi oldu.

1989 yılında yapılan "Sağlıkta Sosyoekonomik eşitsizlikler" konferansından sonra Hollanda'da sağlıkla ilgili bölgesel ve farklı etnik gruplar arasındaki eşitsizlikler özellikle ilgi alanı oluşturdu. Gunning-Shepers'in hazırladığı raporda Hollanda'da var olan ve giderek artan eşitsizliğin pek bilinmediği belirtilmekteydi (Gunning-Shepers, 1989). Sağlık Bakanlığı 1989 yılında Hollanda'da sağlıkta sosyoekonomik farklılıklar program komitesi kurdu ve eşitsizliğin ve nedenlerinin araştırılması ile ilgili araştırmalar yaptı. Farklı etnik grupların sağlık açısından farklılıklarını izlemek amacıyla bir sistem oluşturuldu.

2. HOLLANDA'DA SEKİZİNCİ TIP FAKÜLTESİNİN DOĞUŞU

Altmışlı yıllarda Hollanda'da yedi Tıp Fakültesi eğitim veriyordu. 1972'de Bölgesel Sağlık Üniversitesi kavramından yola çıkılarak bir Fakülte kuruldu. Fakültenin temel kuruluş felsefesi bölgede sağlık hizmeti veren kuruluşlarla Fakülte arasında sıkı bir ilişki kurmak idi. Eğitim problem çözmeye dayalı, öğrenciyi temel alan, interdisipliner bir yak-

laşım ile veriliyordu ve yöredeki sağlık hizmetleriyle yakın ilişki içindeydi. Araştırmalar özellikle bölgesel sağlık sorunlarının belirlenmesini ve sağlık kuruluşlarıyla akademik yapının iletişimini amaçlıyordu. Fakülte Temel Sağlık Hizmetleri uygulamasına ve pratisyen hekimlerin hizmet içi eğitimine yoğunlaşmalı idi. Bu Fakülte **Temel Sağlık Hizmetleri Fakültesi** olmalıydı. İşte Maastricht Tıp Fakültesi'nin doğuşu böyle oldu.

3. TEMEL SAĞLIK HİZMETİ SUNAN KURULUŞLARLA İLETİŞİM

Fakülte Temel Sağlık Hizmetleri sunan kuruluşlardan, özellikle pratisyen hekimlerden öğrencilerin Temel Sağlık Hizmetlerine uyum sağlamaları amacıyla yararlanmaktadır. Başlangıçta pratisyen hekimler sonucunu bilmedikleri bir işbirliğine gitmekten çekindiler. Ama aynı zamanda Üniversite ile bağlarının olmasından da hoşnuttular. Adım adım tüm Limburg bölgesinde bir pratisyen hekim ağı kuruldu. Pratisyen hekimler finans desteğinin yetersizliğinden, iletişimin tek yönlü oluşundan yakındılar.

Bazı Temel Sağlık Hizmeti veren kuruluşların akademik merkezlere dönüştürülmesi planlandı, ancak sonuç tatmin edici olmadı. Fakülte bazı pratisyen hekimlerle eğitime ve araştırmalara katılmaları amacıyla anlaşmalar imzaladı. Bu süreçte eğitimden araştırmaya doğru bir kayış gözlemlendi.

4. EĞİTİM HASTANESİNİN KONUMU

Eğitim programında biyomedikal ve psikososyal bilimler yeterli bir biçimde yer alıyordu. Ancak klinik eğitimin gerekliliği, bunun nasıl verileceği sorusunu gündeme getirdi. Bu dönemde en önemli tartışma konularından biri bölgedeki üç büyük hastanenin eğitimdeki rollerinin ne olacağına belirlenmesi idi. Sonunda Maastricht kentindeki tek hastanenin bir eğitim hastanesine dönüştürülmesine karar verildi. Yetmişli yılların sonu ile seksenli yılların başında klinik bilimlerin fakülte içindeki yükselişlerine ve egemen olma çabalarına tanık olundu.

5. MAASTRICHT OLGUSU İÇİN GENEL DEĞERLENDİRME

1. Fakültenin temel felsefesi geleneksel sağlık hizmetlerine ilişkin kavramlara direnecek kadar güçlü değildi. Kliniklerdeki Akademisyenlerin Temel Sağlık Hizmetleri ile işbirlikleri sözden öteye geçmedi.

2. Tıp eğitimi ve sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ile ilgili eski kavramlar üzerine kurulmuş olan

sistem bu yapının gelişmesine olanak sağlamadı. Fakültenin yeni yaklaşımları denemesine olanak sağlayacak bir finans desteği olamadı.

3. Hükümet böylesi bir felsefe ile Fakültenin kuruluşunu başlangıçta destekledi. Ancak sonradan bu felsefenin sürdürülmesinde destek vermedi. Aksine yüksek düzeyde uzmanlaşmış tıbbi hizmetleri destekledi. Daha sonra tekrar Temel Sağlık Hizmetlerine önem verilmesine çaba harcadığında ise zaman çok geçti.

4. Fakültenin içinde klinik tıp giderek ağırlık kazandı, hastane daha iyi örgütlendi ve para kazanmaya başladı.

5. Tıp ve Sağlık Bilimleri, Temel Sağlık Hizmeti sunan kuruluşları ve pratisyen hekimleri geliştirmede ve motive etmede yetersiz kaldı.

6. Temel Sağlık Hizmetlerinin örgütlenmesi kendi içinde yeterli değildi. Fakültenin etkinlikleri kaygı ve inançsızlıkla karşılandı. Bu alanda yapıların araştırmaların kalitesi yeterli düzeyde değildi.

IV. SONUÇ

Tıp eğitimi ile ilgili olarak yapılan tartışmalar ülkenin yapılanmasından soyutlandığı, sağlık politikası, sağlık örgütlenmesi ile olan organik bağları irdelenmediği sürece yüzeysel yöntem tartışmalarından öteye gidemez. TDTE'nin temel felsefesi hekimin daha fakülte içindeki eğitiminden başlayarak içinde yaşadığı toplumu tanıması, onun sorunlarına sahip çıkması, özellikle o sorunlara odaklanarak bulunduğu bölgeye hizmet sunmasını içermektedir. TDTE bir eğitim yöntemi olmaktan öte bir eğitim politikasıdır.

Bu nedenle bu yaklaşımın içinde pek çok eğitim yöntemi yer alabilir. TDTE içinde anfi dersleri de yer alabilir, küçük grup tartışmaları da. Klasik eğitim veren bir fakülte de, tümüyle problem çözmeye dayalı eğitim uygulayan bir fakülte de TDTE verebilir.

TDTE sağlık alanındaki eşitsizliği ortadan kaldırmada tıp eğitiminin bir araç olabileceği görüşünden yola çıkan tıp fakülteleri tarafından uygulanmaya başlanmıştır. Tıp eğitiminde yenilik rüzgarları estiren bu grup bir de iletişim ağı kurmuştu: 'Network of Community Oriented Educational Institutions for Health Sciences'. Yenilikçi tıp eğitimi uygulayan tıp fakültelerinin kendi içlerinde de bir tartışma başladı. TDTE Eğitimi mi, Problem çözmeye dayalı tıp eğitimi mi vermeli diye. Bu aslında temeli olmayan bir tartışmadır. Çünkü bu yöntemler birbirinin seçeneği değildir. PÇDE daha önce de belirtildiği gibi öğrenciyi merkez alan, aktif öğrenmeyi güdüleyen,

küçük gruplarda danışmanlık sistemiyle yürütülen bir eğitimidir. Üçüncü basamak eğitim hastanesinde Pancoast tümörünü öğrenmek için de uygun bir yöntemdir, ikinci basamak devlet hastanesinde pnömوني öğrenmek için de. Ancak eğitimin nerede-nerelede yürütüleceğine ilişkin karar bizi TDTE'e ulaştırır. Doğaldır ki TDTE eğer PÇDE'yi kullanırsa daha başarılı olacaktır. Ama bu bir seçenek değil bir destektir.

TDTE sağlık politikası-sağlık örgütlenmesi ve eğitim politikasını kapsayan mekanizma işlediğinde ancak başarılı olabilecektir. Temel çelişki sağlık alanındaki eşitsizliktedir. Eşitsizliğin ortadan kaldırılabilmesi için öncelikle eşitsizliğin varlığının kabul edilmesi ve bunun ortadan kaldırılmasına yönelik sağlık politikalarının, örgütlenme modelinin ve eğitim yaklaşımının belirlenmesi gerekir. Bu nedenle eğitim ile ilgili yöntem tartışmalarının soyut, teknik konular olarak algılanması son derece yanlıştır.

Hollanda yaklaşık yüzyıldır sağlık hizmetlerinin sunumunda özel sektörün ağırlıklı biçimde rol oynadığı bir sisteme sahiptir. Bu sistem içinde Temel Sağlık Hizmetlerinin güçlendirilmesi, TDTE verilmesi sistemin kendisi tarafından engellenmektedir.

Sonuç olarak:

1. Temel sorun sağlıktaki eşitsizliktir.
2. Sağlık ve eğitim politikaları bu eşitsizliğin aşılması için gereklidir.
3. TDTE'nin başarılı olabilmesi için sağlık politikası ve örgütlenmesi ile uyum sağlanmış olması şarttır. Aksi takdirde TDTE haketmediği bir başarı-sızlıkla suçlanacaktır.

KAYNAKLAR

- De Leeuw Evelyne (1989), *Health Policy Maastricht: Savannah/Datawyse*.
- Hamad, B. Community Oriented Medical Education: What is it? *Annals of Community Oriented Education* vol. 4, pp.129-138, 1991.
- Greep, J.M. 'Perspective of the academic hospital' *Annals of Community Oriented Education*, Vol. 3, Part II, pp.25-31, 1990.
- Gunning-Shepers, L. et. al. Ed. Socio-economic inequalities in health. questions on trends and explanations. The Hague, Ministry of welfare, Health and Cultural Affairs, 1989.
- Rutten, F., Van der Werff, A. Health Policy in the Netherlands at the Crossroads working paper Maastricht, 1982.
- Starfield, B., *Concept, Evaluation and Policy*, p.191, Oxford University Press, 1992.
- Steur, F. 'Problems met in establishing links with the regional health care systems: The Case of Maastricht' *Annals of Community Oriented Education*, Vol. 3, Part II, pp. 15-18, 1990.
- Van Etten, G. 'A governmental view of the relationship between the university and the regional health care system' *Annals of Community Oriented Education*, Vol. 3, Part II, pp.33-36, 1990.
- Van Wijmen, F. 'Perspective on the Collaboration between Primary Health Care and the Maastricht Faculties of Medicine and Health Sciences' *Annals of Community Oriented Education*, Vol.3, Part II, pp.19-23, 1990.
- World Health Organization *World Directory of Medical Schools*, 253266, 308-311. Geneva: WHO (1988)
- World Health Organization *Implementation of the Global Strategy for Health for All by the Year 2000* WHO Regional Publications, European Series, No. 52, Copenhagen, 1994.

