

**DOSYA****NİÇİN AYRI BİR TIP DİSİPLİNİ OLARAK GENEL PRATİSYENLİK?***Dr. Hüseyin DEMİRDİZEN\***"Hekimin akıllısı, hasta ile değil sağlamlı uğraşır."*

Çin Atasözü

*"Hiçbir politika, onu uygulayacak insanlara rağmen başarılı olamaz."*

Niçin ayrı bir tıp disiplini olarak genel pratisyenlik sorusuna verilecek yanıtlar aşağıdaki kavramlarla birlikte değerlendirilebilir:

- 1- Çağdaş sağlık anlayışı
- 2- Sağlık hizmetlerinde ortaya çıkan yeni yaklaşımlar
- 3- Sağlık hizmetlerinin değişen kapsamı TSH
- 4- Sağlık hizmetleri sunumunda tıbbi hizmetlerin organizasyonu ve yeni yönelimler
- 5- Yeni hedefler, "2 000 yılında herkese sağlık hedefleri"
- 6- Sağlık hizmetlerinin sunumunda hekimden beklenenler ve yeni sorumluluklar
- 7- Hekimlerin yeni sorumluluk ve rolleri içerisinde genel pratisyenliğin özellikleri
- 8- Yeni sorumlulukların yerine getirilmesinde genel pratisyene verilmesi gereken bilgi, beceri, tutum
- 9- Ülkemizde durum ve tercihler
- 10- Bizim önerilerimiz

Hekimlik pratiği ve sağlık hizmetlerinin sunumu arasında tüm dönemler boyunca sıkı bir ilişki olmuştur. Belki denilebilir ki, 1950'li, 60'lı yıllara kadar sağlık örgütlenmesi hekimlik hizmetinin etrafında, onun gerekliliklerini yerine getirecek özelliklerle oluşagelmiştir.

Bu süreci 3 dönemde değerlendirebiliriz.

Birinci dönem; hipokrat dönemidir ve her doktorun

her hastayı, hastalığı tedavi ettiği dönemdir. 1800'lü yılların ortalarına değin karakterini önemli ölçüde koruyagelmiştir.

İkinci dönem; uzmanlaşma, hastanecilik, teknoloji dönemi. 1850'li yıllardan itibaren artan bilgi birikimi ve teknolojik olanaklar uzmanlaşma ve hastane hizmetlerine yönelimi ortaya çıkarmıştır. 1900'lü yıllarda hızlanan ve 1950'li yıllarda doruk noktasına varan uzmanlaşma-hastanecilik-teknoloji hizmetleri ile bireylerin ve toplumun sağlık sorunlarının çözümünde karşılaşılan güçlükler nedeniyle önemli ölçüde hastalık eksenli tıp pratiğinin karşılaştığı güçlükler sağlıkta yeni hedefler sağlığın korunabilirliğinin geliştirilebilirliğinin varolan pek çok sağlık sorununun önenebilirliğinin anlaşılması, sağlık sorunları ile çevre (sosyal, ekonomik, fiziki, biyolojik vb.) arasındaki ilişkinin sağlığın ayrılmaz bir unsuru olarak gösterilmesiyle birlikte dikkatler anlık bulgular, kısa süreli gözlem ve sonuçlar, yaklaşımlar, birey organ hücre ile sınırlı tıbbi yaklaşım alanındaki başarılan yanında süreçlere, çevre-insan bütünlüğüne ve yaşamın bütünlüğüne çevrilmiştir. 1960'lı yılların medikal tıbbi uygulamanın sorgulandığı sosyal tıbbin gelişmeye başladığı yıllar olmanın yanısıra, sağlık hizmetlerinin tıbbi hizmetlerle sınırlanamayacağına ortaya konmasıyla da ayrı bir önemi vardır. Aynı yıllarda yapılan çalışmalar göstermiştir ki, sosyoekonomik ve fiziki çevredeki gelişmelerin sağlamlık üzerine etkisi, tıbbi medikal hizmetlerden daha etkili olmuştur.

Üçüncü dönem; sosyal tıbbin ortaya çıkışı, TSH ve yeni hedefler ile birinci basamak örgütlenmesinin önemini arttırdığı dönemdir. 1950'li 60'lı yıllarda yaşanan tartışmalar bir taraftan bireylerin sakat ya da hasta olmamalarının yeterli bulunmayarak, yerine sağlamlık kavramını geçirirken sağlığı "sakatlık" ya da hastalık halinin bulunmaması değil, bedensel-ruhsal-sosyal yönden tam bir iyilik halinde bulunma" olarak kabul ettirmiştir. "Çevre ile tam bir uyumluluk içerisinde bulunma" hali olarak tarif eden başka bir tanımlama sağlığı sosyal-toplumsal yaşamın bir fonksiyonu olarak benimsemiştir.

\* TTB Pratisyen Hekimler Kolu

Sağlık hizmetlerinin değişen boyutu ve kapsamı o yıllara değin hekim-hasta, uzmanlaşma-teknoloji-hastane düzleminde tedavi edici tıbbi hizmetler kapsamında var olagelen hizmetlerin yeni ihtiyaçları karşılayamadığının farkedilmesi ile birlikte sağlık hizmetlerinin sunum ve organizasyonunda yeni arayışları getirmiştir. 1960'lı yıllarda toplumsal kalkınma modelleri içerisinde sağlık hizmetleri özel bir önem kazanmış, ancak üzerinde geniş ölçekli ilk uzlaşma 1977 Alma-Ata toplantılarında sağlanabilmiştir. 134 ülkenin katıldığı ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından düzenlenen toplantıda 2000'li yılların hedefleri olarak ortaya konan sağlık anlayışı "2000'li yıllarda herkese sağlık" başlığı altında toplanmış ve sağlık örgütlenmesindeki temel ilkeler:

- Eşitlik
- Sağlığın geliştirilmesi
- Toplumsal katılım
- Sektörler arası işbirliği-ekip çalışması
- TSH ya da sağlık bakım hizmetlerinin TSH'ne dayandırılması olarak deklare edilmiştir. Aynı toplantıda benimsenen TSH kavramı tüm üye ülkelere sağlık örgütlenme modellerinde birinci basamak sağlık hizmetlerinin sağlık örgütlenmesinin temelini oluşturması ve birinci basamak sağlık organizasyonlarının TSH'ne dayalı olması yönünde referans edilmiştir.

Ülkemiz tarafından da imzalanan Alma-Ata Bildirgesi'nin temel unsurlarından biri olan TSH'ne dayalı sağlık organizasyonu ne yazık ki üye ülkelerin pek çoğunda ve ülkemizde de uygulanmamış ya da uygulanmamıştır. Bunda, tek kutuplu dünya, küreselleşme, genel olarak özelleştirme politikalarının önemli bir rol oynadığı açıktır. Bilindiği gibi TSH kavramının politik dayanağını sağlık hizmetlerinde;

- Eşitlik
- Toplum katılımı
- Sektörler arası işbirliği, kavramları oluşturmaktadır.

Eşitlik burada "Eşit ihtiyaca eşit ulaşılabilirlik" olarak düşünülmüştür. Bu nedenle kaynakların kullanımındaki önceliğin, sağlık hizmetlerinden yararlanmada güçlük çeken kesimlere verilmesi gerekliliği benimsenmiştir. Bu öncelikte kırsal bölge, kentlerin gecekondü bölgeleri, yoksullar, yaşlılar, çocuklar, hamileler ve benzeri grupların olması gerektiği belirtilmiştir. Ancak kaynakların ihtiyacı olanlara yönlendirilmesi mevcut durumdan yararlananlara daha az kaynak ayrılacağı anlamına geldiğinden, ekonomik-finansal ve sosyal gücü elinde bulunduran gruplara uygun gelmemekte ve uygulanmamaktadır. Ülkemizde de son yıllarda yaşanan tartışmaların temelinde bu temel anlayış farklılığı yatmaktadır. Sağlık hizmetleri eşitlik ilkesine göre mi, yani öncelikli sorunların çözümüne ve eşitsizlikleri azaltacak yönde mi geliştirilecektir, yoksa kay-

nakların dağılımında eşitsizlikleri arttırıcı, ondan beslenen ve toplumun ayrıcalıklı gruplarının ihtiyacına yönelik bir tercih mi yapılacaktır? Ülkemizi yönetenler, ikinci tercihi benimsemiş görünüyorlar.

TSH yaklaşımının ikinci kavramı, **toplum katılımıdır**. Toplumun birey ya da gruplar olarak planlama-uygulama sürecine katılımı hem bir hak hem de sorumluluk olarak değerlendirilmiştir. DSÖ'nün "Toplum katılımını içermeyen hiçbir TSH uygulaması tam kabul edilemez" vurgulaması konunun önemini altını çizmektedir. TSH'da toplum katılımı sosyal-ekonomik ve teknik bir zorunluluk yanında politik kararlılığın bir göstergesi olduğu gibi tüm toplumu kapsamı ve etkinliğinin de bir ön şartıdır. Ayrıca toplum katılımı, modern yaşamın ve demokrasinin en önemli ögesi olarak da algılanmalıdır.

TSH'nde üçüncü kavram, sektörler arası işbirliği-ekip çalışmasıdır. Bu kavram, TSH yaklaşımında sağlığın sadece tıbbi hizmetlerin ve sağlık sektörünün faaliyetlerinin bir sonucu olmadığıdır. Sağlık hizmetlerinde sadece hekime dayalı bir hizmetin-organizasyonun ihtiyacı karşılayamayacağı tespitidir.

Son olarak, Alma-Ata'nın en büyük katkılarından birinin de hastaneye dayalı sağlık örgütlenmesi konusundaki varolan sağlık örgütlenme modelinin değiştirilmesine olan katkısıdır.

Sağlıkta eşitlik, toplum katılımı ve sektörler arası işbirliğine açık olmayan, TSH'ne dayanmayan, sağlık hizmetlerinin kapsamını daraltarak sağlığın korunup geliştirilmesi, sağlık talebinin yükseltilmesi, yaşam niteliğinin iyileştirilmesi yerine hastaların ve hastalıkların tedavisi düzeyindeki geleneksel hekimlik çalışmalarının bir devamı olarak aile hekimliği modelini savunmak mümkün değildir. Yine bu anlayışa dayalı olarak yürütülmekte olan mevcut haliyle aile hekimliği uzmanlık eğitimini benimsemek de mümkün değildir. Çünkü ülkemizde de öncelik tüm çağdaş uygulamalarda yapılmaya çalışıldığı gibi TSH'ne dayalı, ekip çalışmasına, toplum katılımına açık sağlık hizmetleri sunumu içeriğinin tedaviden önce sağlığın korunup geliştirilmesini hedef alan, sağlık bilincinin yükseltilmesi, sağlık talebinin yükseltilmesi konusunda istekli, motive ve bu ihtiyacı karşılayabilecek bilgi-beceri-tutuma sahip hekimler yetiştirmek olmalıdır. Bu anlamda birinci basamakta istihdam edilen ve istihdam edilecek olan hekimler, kendi rolleri konusunda yeterince bilgi sahibi değillerdir. Toplumun ve sağlık yöneticilerinin kendilerinden beklentisi, yanlış sağlık kültürü ve sunumu nedeniyle hastaların ve çoğu kez de hastalıkların en etkili şekilde tedavi edilmesi ile sınırlı görünmektedir.

Yeterli donanıma, gerekli bilgi ve beceriye sahip olmayan pratisyen hekimlerin sorunlarına sağlık ortamındaki yanlış tutumlar da eklenince yapılabileceklerin önemli bölümünü de erteleyerek buradan kaçma tutumu içerisinde olan binlerce hekimle karşıya bulunuyoruz. Bu tabloya son 10 yıldır hangi ihtiyaçtan yola çıkılarak oluşturulduğu

anlaşılmayan bir program doğrultusunda aile hekimi yetiştirilmesi uygulaması da eklenince tablo daha da karışmış, birinci basamakta çalışmak konusunda motive edilemeyen aile hekimi uzmanları tedavi edici hekimlik uygulamalarında çok fonksiyonlu ara hekim tipi olarak özel hastanelerin, tıbbi teknoloji sektörünün, ilaç sektörünün (yabancı dil bilmeleri nedeniyle) insan gücü ihtiyacını karşılamışlardır. Kamuda az sayıda istihdam edilen aile hekimi uzmanları ise sadece poliklinik hizmetleri ile sınırlandırılmışlardır.

İşte bu noktada "Niçin ayrı bir tıp disiplini olarak genel pratisyenlik" sorusu, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yerini "Nasıl bir genel pratisyenlik" sorusuna bırakmıştır. En azından bu tür sorulara yanıt arayan mesleki bilimsel ve politik çevrelerde böyledir.

Nasıl bir pratisyen hekim? Kuşku yok ki, bu soru ancak nasıl bir sağlık hizmeti sunumu, nasıl bir sağlık örgütlenmesi sorularıyla anlam kazanabilmiştir. 1960'lı yıllardan itibaren TSH kavramının önem kazanması, birinci basamağın öneminin anlaşılması, pratisyenliğin de yeniden önem kazanmasına ve pratisyen hekimden beklenen rol ve sorumlulukların da tartışılmasına başlanmış ve hala tartışma devam etmektedir.

Bu alandaki tartışmaları iki grupta toplamak mümkündür.

Birinci eğitim, sağlık hizmetlerini önemli ölçüde tıbbi medikal hizmete indirgemiş olan ya da henüz çağdaş sağlık hizmetleri kapsamının gerektirdiği dönüşümleri yapamamış-yapmamış ülkelerdeki uygulamadır. Tedavi edici hekimlik temelinde dayalı birinci basamak sağlık örgütlenmesi olarak aile hekimliği modelini ve bu modele uygun hekim insan gücü eğitimi ve istihdamıdır. ABD, Almanya, Kanada gibi bu gruptaki ülkeler birinci basamak sağlık örgütlenmesinde diğer uzmanları ve pratisyen hekimleri aile hekimi adı altında istihdam ederek başladıkları uygulamalarını giderek pratisyen hekimleri aile hekimi olarak eğiterek hekime dayalı örgütlenmeleri devam ettirdiler.

İkinci eğilim, birinci basamak sağlık örgütlenmesini TSH'ne dayalı sağlığın korunup geliştirilmesini tedaviye önceleyen, kaynaklarının önemli bir bölümünü toplumun öncelikli sağlık sorunlarının çözümüne ayıran ülkeler sağlık örgütlenmesi ve sunumunda sağlık ekibi içerisinde hekime farklı bir rol ve sorumluluk anlayışıyla değerlendiren ve pratisyen hekim istihdamına dayanan sağlık örgütlenmesine sahip ülkelerdeki uygulamadır. Kuzey Avrupa ülkeleri, Güney Avrupa ülkelerinin önemli bir bölümü, İsrail, kısmen İngiltere ve ülkemizdeki uygulama bu grupta yer alan ülkelere örnek verilebilir. Genel pratisyen istihdamına dayanan bu uygulamalardaki hekimden geleneksel hekimlik uygulamalarının yanısıra hatta ondan önce bölgedeki öncelikli sağlık sorunlarının tespit edilmesi, sağlık hizmetlerinin planlanması, kaynakların etkili-verimli kullanılması, sağlığın korunup geliştirilmesi, sağlık bilinci ve

talebinin yükseltilmesi gibi yeni beklentilerin gereğini yerine getirebilecek rol ve sorumluluk beklenmektedir.

Yeni sorumluluk ve rolün benimsenmesi ve bunun gereğinin yerine getirilebilmesi için pratisyen hekimlerin;

- Ekip çalışmasını
- Sağlık eğitimini, toplumsal iletişimi
- Yönetim ve planlamayı
- Araştırma ve epidemiyolojiyi bilmeleri toplumla ve kuramlarla dinamik-etkili bir iletişim kurmayı becerebilmeleri yanında toplumsal bir lider olarak kendilerine yöneltilen her türlü soruya ilk ve anlamlı yanıtları bulabilmeleri gerekmektedir.

Yine kendilerinin genel pratisyenliğin çağdaş sağlık anlayışının gereği olan genel pratisyenlik felsefesini, genel pratisyenlik uygulamalarını, genel pratisyenin olanaklarını bilmeleri, kullanabilmeleri gerekmektedir. Son olarak, toplumun öncelikli sorunları, ilk ve acil sağlık hizmetleri erken tanı, etkili tedavi, kronik hastalıklar, hasta izlemi, özel gruplara yönelik sağlık hizmetleri ve benzeri konularda yeterli klinik bilgi ve becerilere sahip olmaları istenmektedir.

Yukarıdaki amaçlar doğrultusunda hekimlerden beklenen bilgi tutum ve davranış değişikliğinin oluşturulabilmesi için;

- 1- Eğitimin kapsamı
- 2- Uygun eğiticiler ve eğitim yöntemi
- 3- Eğitim ortamı ile çalışma ortamının ilişkisi özel bir öneme sahiptir. Genel pratisyenliği benimseyen ülkeler bu amaçlar doğrultusunda genel pratisyenlik eğitim süreçlerinde;
  - Eğiticilerin genel pratisyen olması, grup dinamiğine dayalı aktif eğitim yöntemini içermesi,
  - Eğitim ortamının saha ağırlıklı olması,
  - Eğitimin kapsamının genel pratisyenden beklenen rol ve sorumluluğun gereğini yerine getirebilecek olanaklara sahip olmasını benimsemiş bulunmaktadırlar.

1967 yılında kurulan UEMO (Avrupa Genel Pratisyenler Birliği) 1987 Lizbon toplantısında pratisyen hekim "Pratisyen, topluma karşı profesyonel sorumluluk sahibi olan hekimdir" diye tarif etmiştir. Yine DSÖ "2000 yılı itibarıyla birinci basamak sağlık hizmeti; tüm üye devletlerde sağlığı geliştirici, tedavi ve rehabilite edici destekleyici hizmetlerle birey-aile ve grupların kendilerine yardım eylemliliklerini (toplum katılımı) aktif olarak destekleyerek nüfusun temel sağlık hizmetlerini karşılamalıdır" diye tarif etmektedir.

Gerek çağdaş sağlık anlayışı, gerekse de 2000'li yılların sağlık hedefleri sağlık hizmetlerinin sunumunda TSH'ne dayalı birinci basamak sağlık örgütlenmesine ve birinci

basamak sağlık örgütlenmesi içerisinde genel pratisyene özel bir önem vermektedir. Ancak ihtiyaç duyulan sağlık hizmetlerinin sunulabilmesi ya da üretilebilmesi için insan gücü niteliği ve olanaklarının önemi yanında 1960'lı-70'li yıllarda başlayan pratisyen hekimlerin nitelikleri, kendilerinden beklenen sorumluluk ve görevler açısından ülkemizde halen tartışılmalı da pratisyen hekimler için ayrı bir tıbbi uygulama alanı olarak genel pratisyenlik ortaya çıkmıştır. Ayrı bir tıp disiplini olarak genel pratisyenlik mesleğinin geleceğini oluşturmaya çalışan çevreler ki başta UEMO ve üye ülkelerdeki genel pratisyenlik örgütleri gelmektedir. Pratisyen hekimlerden gelecekteki beklentiler, şu andaki sorumluluk ve görevleri ekseninde görev tanımlarını geliştirmeye, bilgi-beceri ve tutumları ile ilgili alanlarda genel pratisyenlik felsefesine uygun yeni ihtiyaçlar tarif etmeye devam etmektedirler.

Diğer taraftan üye ülkeler arasında uyumluluk süreçleriyle ilgili asgari program uygulama standartları ve eğitim etkinlikleri oluşturabilmek amacıyla 1994 yılında toplanan UEMO, Avrupa Birliği'ne üye ülkeler için:

- GP mesleki eğitimi en az üç yıl olarak benimsemiştir.

Yine aynı raporda genel pratisyenlik mesleki eğitimi-ine ilişkin:

- Mesleki eğitim süreçlerinde pratisyen hekim eğitimcilerinin ağırlıklı olarak genel pratisyenlerden oluşturulması.

- Eğitim programının en az yarısının birinci basamak sağlık ortamlarından düzenlenmesi gerekliliğinin altı çizilerek üye ülkelerde 1997 yılından itibaren GP mesleki eğitimini almamış hekimlerin birinci basamakta istihdam edilemeyeceği kararı almıştır.

Ülkemizde de ve TTB ve Sağlık Bakanlığı çevrelerindeki aile hekimliği-GP tartışmaları farklı sağlık anlayışlarının uzantısı olarak hekimden beklenen rol ve sorumluluklar ile nasıl bir sağlık örgütlenmesi sorularına verilen yanıtlara göre farklı yerlerde durmaktadır.

Hükümetleri temsilen Sağlık Bakanlığı önemli ölçüde geleneksel tedavi edici hekimlik zemininde tıbbi medikal uygulamalara dayanan muayenehane, hastane, uzmanlaşma, teknoloji ekseninde eşitsizlikleri esas alan bir örgüt-

lenme modeli olarak aile hekimliğini savunurken, TTB sağlık hizmeti sunumunu çağdaş sağlık anlayışının gereği olarak;

- TSH'ne dayanan sağlığın korunup geliştirilmesini,
- Sağlık bilinç ve talebinin yükseltilmesini,
- Ekip çalışmasının kaçınılmazlığını,
- Sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması, ulaşılabilirliğinin (ekonomik, coğrafi, sosyal, kültürel) artırılması,
- Sağlık hizmetleri niteliğinin artırılması gerekliliği ile,
- Sağlık hizmetlerinin hastadan çok sağlam bireylere götürülmesi gerekliliğine inanan bir tutum benimsemekte ve sağlık organizasyonunun yukarıdaki anlayışın gereklerini yerine getirebilecek anlayışla ele alınması gerektiğini, hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının bu hedefler konusunda motive olabilecekleri bir eğitime ihtiyaç olduğu tespitiyle genel pratisyenliği savunmaktadır.

Son olarak topluma karşı profesyonel sorumluluk sahibi olarak genel pratisyen;

- İyi bir eğitimci, yönetici, toplumsal danışman olarak hizmetin gereğini yerine getirme sorumluluğu yönünde motive edilmeli, bunlar için donanımlı hale getirilmelidir. Sağlık hizmetinin bir kamu görevi olduğunun bilincinde olarak sağlık hizmetlerinde eşitsizliklerin azaltılması yönünde bir tercihte bulunabilmeli, bu tutumu ile genel pratisyenliği bir mesleki disiplin içerisinde benimseyip savunabilmelidir.

#### KAYNAKÇA:

Ayrı Bir Tıp Disiplini Olarak Genel Pratisyenlik Broşürü

I.-II. Genel Pratisyenlik Kongre Kitapları

UEMO Yayınları

Hollanda Genel Pratisyenlik Örgütü Yayınları

Toplum ve Hekim Dergileri

TTB Diğer Yayınları