

PRATİSYENLİKTE STATÜ KAYBI

(Temel İnsangücünün Ara İnsangücüne Dönüşmesi)

Doç. Dr. Recep AKDUR*

I. Pratisyen Hekimlik Kongresi (12-13 Mayıs 1990 Ankara) Kitabı Paragraf

Ofset, Ankara 1991, s:46-51

GİRİŞ

Dünyada gelişen "yeni muhafazakâr akım"a koşturularak, ülkemizde de 24 Ocak 1980 Kararları yürürlüğe sokuldu. Bunun bir sonucu olarak, sağlık hizmetlerinin bir "kamu sorumluluğu olması düşüncesi" terk edildi. Halkın sağlığı piyasasının insafsız "arz ve talep kanunu"nın ellerine bırakılmak üzere. Bunun bir yansıması olarak, kamu kaynaklarından sağlığa ayrılan pay azaldı ve azalıyor.

Buna ek olarak, ulusal gelirin toplum kesimleri arasında dağıtımını ve bölüşümü daha da bozuldu. Başta yoksul halk kesimleri olmak üzere, tüm sağlık çalışanlarının ulusal gelirden aldığı pay küçüldü. Hekimlerin, bir yandan ulusal gelirden aldığı pay küçülürken, öte yandan iş yükü arttı ve iş güvencesi azaldı, İş yükü arttı, çünkü; ulusal gelirden azalan oranlarda pay alan toplum kesimlerinin sağlık sorunları dolayısıyla ile de hizmet talebi büyüdü.

Poliklinik kapısı önünde saatlerce bekleyen ve iki - üç dakikalık bir görüşme ile alacağı reçetenin bedelini düşünen hasta sorunlarla yüklü. Kapının arkasında, akşama kadar 80 - 100 hastaya bakan, mesleki doyum sağlayamadığı gibi, emeğinin karşılığına uygun bir geçime de kavuşamayan hekim sorunlarla yüklü. Özet bir anlatımla, sağlık hizmeti alanlar açısından da, verenler açısından da sorunlarla yüklü bir dönemde yaşıyoruz.

Bunlardan daha da önemlisi, tüm bu sorunları çözüm yoluna sokacak olan, "demokratik katılımın kanalları tıkalı. Hizmeti alanlar örgütsüz ve her türlü demokratik katılım mekanizmalarından yoksun. Tabip Odaları'nın sağladığı olanaklar ölçüsünde, demokratik katılım hakkını kullanmak isteyen hekimler ise, müfettiş sorgulaması ve mahkeme kapılarında.

Genelde tüm hekimlerin ağır sorunlarla karşı karşıya olduğu bu dönemde, bu sorunlardan en büyük payı alan kesimin pratisyen hekimler olduğu tartışma götürmez bir gerçek. Genel sorunlara ek olarak, zorunlu hizmetle ülkenin bir yanından ötesine savrulurken, bir hekim olarak algılanmaz hale geldi. Hekimden daha çok, bir ara kademe, uzmanlık için bir alt eğitim olarak algılanır oldu. Buna karşılık, hekim statüsü kazanabilmenin bir ön koşulu haline gelen, uzmanlaşma son derece zorlaştı, adeta olanaksızlaştı.

PRATİSYENLİĞİN ANLAMI VE SINIRLARI

Batı dillerindeki karşılığı ile, general practitioner, genel uygulayıcı demek olup,

(*) Sağlık Müdürlüğü - ANKARA.

uygulamalarının sınırı bilgi, beceri ve olanakları ile sınırlıdır, en özet anlatımı ile, "ben biliyorum ve becerebilirim, olanaklarım da buna elveriyor" diyebilen pratisyen her türlü tıbbi girişimi yapar. Tek sınırlayıcısı hastaya zarar vermemektir.

Gelişmiş ülkelerde pratisyenlik böyle algılanmakta ve uygulanmaktadır. Bu ülkelerin bir çoğunda, fakülte eğitiminden sonra, 1-3 yıllık süreyle çalışma yapan (eğitim alan / staj yapan) pratisyene, kendi başına çalışma yetkisi verilir. Bu yetkiyi alan hekimin yapacağı tıbbi işlemlerde hiç bir sınırlama yoktur. Bu anlayışın bir sonucu olarak, bu ülkelerde doktor denilince ilk alda gelen pratisyenlerdir. Nitekim, bu ülkelerin birçoğunda, uzmanlaşmak formal bir eğitim süreci ile değildir. Herhangi bir konu ya da alanda yetkinleşmek isteyen hekim, belli sürelerle bu alanda çalışır. Bu çalışmaları Tabipler Birliği'nce de onaylanan hekim, geri kalan meslek hayatını bu alanda çalışarak tamamlar. Yani uzmanlaşmak, hekimin belli bir alanda yetkinleşme tercihidir. Yoksa, bizde olduğu gibi, hekimlik unvanı kazanmanın bir ön koşulu değildir.

Sovyetler Birliği ve benzeri bazı ülkelerde daha değişik bir uygulama vardır. Hekim adayı, fakültenin son iki yılında, dahiliye, çocuk, genel cerrahi veya kadın hastalıkları ve doyum dallarından birini ya da pratisyenliği seçer. Son iki yılını bu alanlarda yoğunlaşmış eğitimle tamamladıktan sonra üzerine iki yıl daha çalışma yaparak, seçtiği dala ilgili birimlerde, meslek yaşamına devam eder. Bu dallar arasında, hekimin kişisel tercihinden başka, hiç bir statü farkı yoktur.

Japonya'da okuldan mezun olan pratisyen, 2-3 yıllık bir çalışma yaptıktan sonra bağımsız çalışma yetkisini alır. Bunların çalıştırdığı muayenehanelerin adı kliniklerdir ve tıbbi uygulamalarında en küçük bir sınırlayıcılık yoktur. Özetle, bu ülkelerde pratisyen hekim bilgi, beceri ve olanaklarının elverdiği her türlü tıbbi girişimi yapabilen hem de yetkin bir şekilde yapabilen temel personeldir.

TÜRKİYE'DE PRATİSYEN HEKİMLİĞE YANLIŞ YAKLAŞIMLAR (Statü Kaybının Düşünsel Nedenleri)

Sağlık hizmetlerinde tedaviye öncelik veren yaklaşımlar, hizmetleri uzmanlık esasına oturturlar. Buna bir de, hizmetlerin serbest piyasa koşullarında yürütülmesi eklenirse, uzmanlar, pratisyenleri kendilerinin bir rakibi ve pazarlarını daraltan bir unsur olarak görürler. Bu nedenle de, pratisyenlerin mümkün olduğunca sığ bilgilerle yetiştirilmesinden yana olurlar. Eğitim süreçlerinde ve hizmetlerin organizasyonunda uzmanların hakim ve etkin oldukları düşünüldüğünde, böyle bir ortamda, pratisyenlerin iyi yetiştirilmesi ve de iyi fonksiyone olmaları oldukça güçtür.

Sağlık hizmetlerinde koruyuculuğa öncelik veren yaklaşımlarda ise; özellikle pratisyen hekimlerin, koruyucu hizmetler dolayısı ile de sağlığa bütünsel yaklaşabilme konusunda yetkin olması düşüncesi ön plana çıkar. Bu düşünce, ilkesel olarak doğru olmakla birlikte, genellikle birçoklarınınca yanlış anlaşılmakta ve koruyucu hizmetler giderek çevre sağlığına indirgenmektedir. Bu ise, pratisyen hekimin saniteriyen olarak görülmesine ve öyle işlevlendirilmesine yol açmaktadır.

Pratisyen hekimin, çevre sağlığı konusunda yetkin bilgilerle donatılması ve kişileri çevresi ile bir bütünlük içinde değerlendirmesi gerekir. Ancak bu durum, çev-

re ile ilgili işlevlerinin, hekimlik işlevinin önüne geçmesi anlamına gelmemelidir. Her pratisyen, Öncelikle çevre sağlığı konularında önlemler üretebilecek ve ilgili personeli/kuruluşu yönlendirebilecek derinlikle bilgi ve beceriye sahip olmak zordur. Oysa pratisyenler, bu konularda da sığ bilgi ve becerilerle donatılmakta, ilgili personel ve kuruluşu yönlendirmek bir yana, kendisi bir saniteriyen düzeyine düşürülmektedir.

Pratisyen hekimlerin bilgi ve becerilerinin, o ülke toplumunun, öncelikli ve önemli sorunlar ile sınırlandırılması ilkesi doğrudur. Ancak bu ilke de Türkiye'de yanlış uygulanarak pratisyenin bilgi ve becerilerinin sığlaştırılması yoluna gidilmektedir. Her konuda bilgi, ama sığ bilgi. Oysa buradaki sınırlamadan kasıt; aynı zamanda, yoğunlaşmaktır. Yani bilgi yaygınlığı (konular) sınırlanmalı buna karşılık bilgi derinliği olabildiğince genişletilmelidir. Pratisyen hekimin işlevi, o toplum için önem ve öncelikli olan, 30-40 ya da her ne kadar ise, konularla sınırlı olmalı, ancak bu konularda da her türlü işlemi yapabilecek derinlik ve nitelikte bilgi ve beceriye sahip olmalıdır. Bu konulardaki, her türlü teknolojiyi kullanabilmelidir.

Bunu bir iki örnekle de açıklamak gerekirse; Türkiye'de doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakım önemli ve öncelikli bir sorundur. Öyleyse, pratisyen hekim bu konuda çok yetkin birisi olmalıdır. Gereğinde, sorunlu doğumların birçoğuna müdahale yapabilecek denli iyi eğitilmelidir. Ülkemizde yaygın olan bulaşıcı hastalıkların, her biri için, tanı ve sağıtımı konusunda derinlemesine bilgi ve beceri sahibi olmalıdır. Bir tifoyu, bir şigellozu tanı veya sağıtım için merkeze / hastaneye sevk etmek zorunda kalmamalıdır. Her erkek çocuğa uygulanan sünneti, gereğinde trakeostomiye, kanayan damarı ligature etmeyi beceribilmelidir. Bu örnekler çoğaltılabilir.

Türkiye'de pratisyenlik tartışılırken, genellikle "batılı hekim", "yerli hekim" benzetmesi yapılır. Oysa tek başına, bunun her ikisi de yanlıştır. Bu konuda önemli ve doğru olan, ülkemiz için öncelikli konularda, batılı hekimin yapabildiği her şeyi yapabilmektir. Yani, pratisyenin bilgi ve beceri düzeyi batılı ama konuları yerli olmalıdır.

Yukarıda kısaca özetlenen her iki yaklaşımın sonuçları aynı noktada birleşmektedir. Bu nokta ise, pratisyenin sığ bilgilerle ve pratikten yoksun olarak yetiştirilmesidir. Türkiye'de bu yanlış yaklaşımların her ikisi de varlığını sürdürmektedir. Sonuçta ise, pratisyen hekim hem sığ bilgi ve becerilerle yetiştirilmekte, hem de öyle algılanmaktadır. Bu şekilde algılamanın en özgün örneğini ise; kırsal sağlık ocaklarında pratisyenlerin; kentlerde ise, uzmanların çalıştırılması öneri ve düşüncesi oluşturmaktadır. Yani sığ bilgili pratisyen hekim köylüye; giderek pratisyenleşen uzmanlar ise kentliye uygun görülmektedir.

İşte, bu yanlış yaklaşım ve algılamalar sonucunda, Türkiye'de, pratisyenlik tıp eğitiminin (uzmanlaşma) bir alt aşaması haline gelmiştir. Tıpkı üniversiteye girebilmek için nasıl liseyi bitirmek gerekli ise, uzmanlaşmak için de tıp fakültesini bitirmek gereklidir. Lise bitirenler de birtakım yerlerde istihdam ediliyor, tıp fakültesini bitirenler de, ancak kalifiye olmayan sıradan bir personel olarak.

Sıg bilgilerden ibaret bir alt eğitim aldığı kabul edilen pratisyenin, uygulama ve çalışma alanları, yönetimler ve hatta kendi (uzman) meslektaşlarınca, son derece sınırlanmaktadır. Hastanelerde çalışan pratisyenler, uzman onayı olmadan, bazı tetkikleri isteyemezler. Özel çalışma yapan pratisyenin birtakım modern tıbbi araç ve gereci, örneğin skopiye kullanması ayıp, ayıptan da öte yasaktır, özetle, pratisyenin tıbbi uygulamaları stetoskop ve kalemle sınırlıdır.

PRATİSYENÜKTE STATÜ KAYBININ YAPISAL NEDENLERİ

1- Mezuniyet Öncesi Eğilimin Olumsuzluğu

Türkiye'deki mezuniyet öncesi eğitim hem nicel hem de nitel yoksunluk içindedir. Birçok tıp fakültesi "taşra tıp fakültesi" unvanı ile anılmakta, öğretim üyesi, araç gereç ve hasta yatağı yönünden yetersizlikler içinde kıvrılmaktadır. Burarda verilen eğitim üniversiteler bir eğitim olmaktan çıkmış, adeta lise eğitimlerine dönmüştür. Buna ek olarak, toplumumuzun öncelikli ve önemli sorunlarına ve pratiğe yönelik olmayan ders programları uygulanmaktadır. Özetle, fakültelerden, her konuda ama sıg, kuramsal bilgilerle yüklü ancak uygulama yeti ve becerileri oldukça kısıtlı pratisyenler yetişmektedir.

2- Mezuniyetten Sonra Uygun Koşullardan Yoksunluk

Fakülteden mezun olan hekim, en iyi eğitimden geçerek yeterli bilgi ve becerilerle donanmış olsa bile, çalışma koşullarının olumsuzluğu nedeniyle, bu bilgi ve becerilerini uygulama ve geliştirme olanaklarından yoksundur.

Pratisyen hekimlerin çalıştırıldığı birçok yerde tam bir fizik muayene yapabilecek koşullar yoktur. Genel tıbbi uygulamaların vazgeçilmez ön koşulları olan, temel radyoloji, biyokimya, hematoloji ve mikrobiyoloji laboratuvarlarının desteğinden yoksundur. EKG, basit cerrahi girişim araç gereci ve benzeri birçok olanağa sahip değildir. Bu liste daha da uzatılabilir. Sonuçta, hastasını stetoskopla dinlemek ve reçete yazmaktan öte bir işlev göremez.

3- Mezuniyet Sonrası Eğitim ve Denetim Olanaklarından Yoksunluk

Pratisyen hekim ne kendi isteği ile ne de isteği dışında bir eğitim almaz, almaz. Yaptığı işin, yazdığı reçetenin doğru ya da yanlış olduğunu söyleyecek biri veya bir yer yoktur. Tamamen hafızası ve olanakları ile baş başadır.

4- İdari Yapıdaki Yanlışlık

Pratisyen hekimin amiri genellikle, meslek dışı ve genel idareye bağlı kişilerdir. Bu yerine göre herhangi bir yüksek okulu bitirmiş kişi olabileceği gibi, yerine göre ilköğretim mezunu biri de olabilmektedir. Bundan daha da kötüsü, pratisyen hekim politik müdahalelerden en çok etkilenen kişidir. Adeta muhtarlarca yönetilmektedir.

5- Özlük Haklarındaki Yoksunluk

Pratisyen hekim, hem maddi hem de manevi, özlük hakları açısından 657'ye tabi sıradan bir memurdur. Uzmanlaşmadığı sürece, toplumda ve kurumlarda bir

yer edinmesi olası değildir. Bunun yanında sosyal statüsüne uygun bir gelir yani yaşam düzeyi elde etmesi de olası değildir.

6- Özellikle Uzman Hekimlerin Deontoloji Dışı Davranışları

Birçok uzman hekim pratisyenleri bir hekim olarak görme ve ona göre davranma tutumundan uzaklaşmıştır.

Tüm bu olumsuzluk ve yoksunlukların bir bileşkesi olarak, travmalı bir hastası olan pratisyen, kırık var mı yok mu bilemez. Hastaya, sen en iyisi bir uzmana git demek zorunda kalır. Sıkıntılı bir gebe gelse, kızak üstünde, şehre gönderir. Kardiyak sıkıntılı bir hasta karşısında çaresizlik duyar. Gereğinde, peritonsiller apse açmaz. Ehliyetsiz insanlar sünnet yapar ona kutlamak düşer. Özetle, okulunda özel gayret ve ilgi göstererek birçok konuyu iyi öğrense bile, bu bilgi ve becerisini uygulama olanağı bulamaz ve hastalarının önemlice bir kısmına sen iyi bir doktora (uzman) git demek zorunda kalır.

Sonuçta, gerek toplum, gerekse yönetim tarafından ve hatta hekimlerin bizzat kendilerince, pratisyen hekim, bir ilk yardım elemanı ve sevk noktası olarak algılanır ve kullanılır. Yani, Türkiye'de, pratisyen hekim, birçok ülkede "doktor yardımcısı" (asistant doctor) denilen personelin yerini almış ve bir ara personel haline gelmiştir. Sayın Prof. Dr. Rahmi DİRİCAN'ın yorumu ile *"Bir zamanlar Çıplak Ayaklı Doktor uygulamasına karşı çıktık, şimdi ise doktorlarımızı çıplak ayaklı yaptık."* Sayın DİRİCAN bu tespitini yedi yıl önce yapmıştı ve çok haklıydı. Ne acıdır ki, bu tespitten yedi yıl sonra, pratisyenlik, Çıplak Ayaklı Doktor statüsünden daha da geriye düşmüştür. Yine ne acıdır ki, pratisyenlik bu hale gelirken, süreçten, uzmanlar da nasibini almakta ve pratisyenleşmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Özellikle son on yıldaki iktidarların siyasal tercihlerinin bir sonucu olarak genelde hekimler, Özeldede ise, pratisyen hekimler çok hızlı bir statü kaybı yaşamaktadır. Bu sürecin devam etmesi halinde, pratisyen hekimlerin sağlık hizmetlerinde, temel ve belirleyici insangücü olma özelliği tamamen kaybolacak ve bir ara insangücü haline geleceklerdir. Bu gidişin durdurulması ve geriye döndürülmesi bir zorunluluktur. Bu zorunluluk, pratisyen hekimler için bir zorunluluk olduğu gibi, uzman hekimler için de bir zorunluluktur. Çünkü; pratisyenlerin bir ara insangücü haline dönüşmesi, uzmanların da pratisyenleşmesi sonucunu doğuracaktır.

Gelişim nasıl geriye çevrilebilir diye sorulduğunda ise, sorunun en kestirme yanıtı yukarıda özetlenen olguların ters yüz edilmesidir. Yani, pratisyen hekimliğe yanlış yaklaşımlar terk edilerek, ona, batıdaki anlam ve işlev yüklenmelidir. Buna ek olarak, bu anlam ve işleve engel olan tüm yapısal sorunlar giderilmelidir. Bu dizden olmak üzere;

1- Mezuniyet öncesi eğitimin tüm maddi olumsuzlukları giderilmelidir. Fakültelerin maddi koşullarını zorlayan en temel yanlış olan "hekim sayılarını hızla arttırma" anlayışı terk edilmelidir. Her konuda ve sığ bilgi vermeye dayalı eğitim prog-

ramları yerine, belirli konularda ve yoğunlaşmış bilgi ve beceriye dayalı eğitim programlarına geçilmelidir.

2- Pratisyen hekimin çalışma koşulları düzeltilmeli yani, birinci basamak ya da ilk başvuru hekimliği yapılan sağlık ocağı ve benzeri birimler gerçekten hekimlik yapılabilecek koşullara kavuşturulmalıdır (araç-gereç, laboratuvar desteği vb.).

3- Mezuniyet sonrası sürekli eğitim yapacak yapılar oluşturulmalıdır. Hekime uygulamaları ve bilgisini test edebilecek, geliştirecek oto kontrol mekanizmaları oluşturulmalıdır.

4- İdari yapılanmadaki olumsuzluklar giderilerek hekimin mesleğini özgürce uygulayabileceği bir idari yapı oluşturulmalıdır.

5- Pratisyen hekimlik, özlük hakları ve statü anlamında, bir dezavantaj olmaktan çıkarılmalı ve hatta bir avantaj haline dönüştürülmelidir.

Sıralanan bu önerilere yenileri eklenebilir veya her biri daha da detaylandırılabilir. Bunların birçoğu bilinen şeylerdir. Bu nedenle de önemli olan, önerileri sıralamak değil, bu önerileri gerçekleştirecek gücü oluşturmaktır. Bu güç ise, genelde hekimlerin özelde pratisyen hekimlerin örgütlenmesidir. Bu örgütlenmeye giderken pratisyen ve uzman hekim sun'i ayırımına da düşülmemelidir. Çünkü; yazının baş kısımlarında da ifade edildiği gibi, pratisyenliğini kurtaramayan hekimlik uzmanlığını da kurtaramayacaktır.