

SAĞLIKTA 30 YIL

Dr. Özen Aşut



SAĞLIKTA 30 YIL



*Birinci Baskı, Kasım 2007, Ankara
Türk Tabipleri Birliği Yayınları*



ISBN 978-975-6984-97-0



Kapak - Sayfa Düzeni

Sinan Solmaz

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ MERKEZ KONSEYİ

GMK Bulvarı Şehit Daniş Tunalıgil Sok.

No: 2 Kat:4, 06570 Maltepe / ANKARA

Tel: (0 312) 231 31 79 ● Faks: (0 312) 231 19 52-53

e-posta: ttb@ttb.org.tr ● <http://www.ttb.org.tr>

İÇİNDEKİLER

| | |
|---|-----------|
| İÇİNDEKİLER..... | 3 |
| SUNUŞ | 7 |
| ÖNSÖZ | 9 |
| BÖLÜM 1..... | 11 |
| ÇEVRE SAĞLIĞI | 11 |
| TOPLUM HEKİMLİĞİ VE ÇEVRE SAĞLIĞI | 13 |
| ANKARA HALKININ SAĞLIK SORUNLARI..... | 16 |
| BAŞKENTİN ÜZERİNE ÇÖKEN KARA BULUT (1)..... | 21 |
| RADYASYON GÜNLÜĞÜ..... | 23 |
| RADYASYONLU ÇAY VE HALK SAĞLIĞINI HİÇE SAYANLAR | 26 |
| ÇERNOBİL'İN DÜŞÜNDÜRDÜKLERİ | 28 |
| SAĞLIKLI ÇEVRE AMACININ NERESİNDEYİZ? | 30 |
| TRAFİK KAZALARI | 35 |
| BAŞKENTİN ÜZERİNE ÇÖKEN KARA BULUT (2)..... | 41 |
| BÖLÜM 2..... | 43 |
| GENEL HALK SAĞLIĞI | 43 |
| BEBEK ÖLÜMLERİ..... | 45 |
| KRONİK HASTALIKLAR..... | 47 |
| BAZI ÜLKELERDE KRONİK HASTALIKLARIN DURUMU..... | 58 |
| BEBEKLER NEDEN ÖLÜRLER? | 67 |
| ÇOCUK YILI VE EMEKÇİ ÇOCUKLARI | 69 |
| KORONER KALP HASTALIĞI VE KORUYUCU ÖNLEMLER | 72 |
| ÇUBUK SAĞLIK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA BÖLGESİNDE OCAK-HASTANE İLİŞKİLERİ | 85 |
| BULAŞICI HASTALIKLAR KİTABINA ÖNSÖZ | 93 |
| SICAĞIN ETKİLERİ | 94 |
| İLACIN İKİ YÜZÜ..... | 96 |
| BÖLÜM 3..... | 99 |
| SAĞLIK POLİTİKALARI..... | 99 |
| TÜRKİYE'DE HEKİM DAĞILIMI | 101 |
| YURTDIŞINDAKİ HEKİMLERİN SORUNU | 104 |
| GELİŞMEKTE OLAN ÜLKELERDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖRGÜTLENMESİ | 107 |
| SAĞLIK BAKANI VE KOLERAYA İLİŞKİN GERÇEKLER | 114 |
| ZORUNLU HİZMET ÖNERİSİNİN ARDINDAKİ GERÇEKLER..... | 116 |
| SOSYALLEŞTİRMEİNİN YAYGINLAŞTIRILMASI ÜZERİNE..... | 118 |
| ZORUNLU HİZMETİ NASIL DEĞERLENDİRMELİYİZ?..... | 120 |
| GENEL SAĞLIK SİGORTASINA GENE HAYIR!..... | 123 |
| DEVLET HASTANELERİNİN ÖZELLEŞTİRİLMESİ VE TAMGÜN | 126 |
| SAĞLIK YASA TASARISI..... | 128 |

| | |
|---|------------|
| “SAĞLIK HİZMETLERİ TEMEL YASA TASARISI” NELER GETİRİYOR? | 129 |
| ULUSAL SAĞLIK POLİTİKASI | 131 |
| HALK SAĞLIĞI ALANINDAKİ DARBOĞAZ VE ÇIKIŞ YOLLARI | 136 |
| NASIL BİR ULUSAL SAĞLIK POLİTİKASI | 138 |
| ULUSAL SAĞLIK POLİTİKASI, ULUSAL UZLAŞMAYA DAYANMALIDIR..... | 141 |
| SOSYAL SİGORTALAR KURUMU'NDA KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİ | 143 |
| SEÇMENİN SOLA EĞİLİMİ AZALMADI | 147 |
| AVRUPA'DA SAĞLIK REFORMLARI (2001-2002) | 152 |
| BÖLÜM 4..... | 155 |
| TIP EĞİTİMİ | 155 |
| PRATİSYEN HEKİM EĞİTİMİ | 157 |
| HEKİMLİKTE SÜREKLİ EĞİTİM (1)..... | 159 |
| TOPLUM HEKİMLİĞİ BÖLÜMÜNDE EĞİTİM AMAÇLARI | 178 |
| TOPLUM SAĞLIĞI ALANINDA SÜREKLİ EĞİTİM..... | 183 |
| TÜRKİYE'DE HEKİMLERE YÖNELİK YAYINLARIN DURUMUNA İLİŞKİN BİR ARAŞTIRMA | 186 |
| TÜRKİYE'DE SAĞLIK PERSONELİNİN SÜREKLİ EĞİTİMİ VE MODEL GELİŞTİRME ÖNERİLERİ (1) | 192 |
| TÜRKİYE'DE SAĞLIK PERSONELİNİN SÜREKLİ EĞİTİMİ VE MODEL GELİŞTİRME ÖNERİLERİ(2) | 198 |
| “TIPTA EĞİTİM SORUNLARI - ATO GÖRÜŞÜ” ÜZERİNE | 204 |
| HEKİMLİKTE SÜREKLİ EĞİTİM (2)..... | 207 |
| HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALLARININ ÖNLENEBİLİR ERİYİŞİ | 209 |
| TIP EĞİTİMİ VE NUSRET FİŞEK | 212 |
| BÖLÜM 5..... | 215 |
| TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ VE ÖRGÜTSEL ÇALIŞMALAR | 215 |
| ÇAĞDAŞ TOPLUMDA TABİP ODALARININ İŞLEVLERİ | 217 |
| SAĞLIK KURULTAYI '78'İN ARDINDAN | 223 |
| “TOPLUM VE HEKİM” DERGISİNİN ELEŞTİRİSİ | 226 |
| YENİ YAYIN DÖNEMİNDE “TOPLUM VE HEKİM”E İLİŞKİN GÖRÜŞLER | 233 |
| HEKİMLİK SORUNLARI VE TTB'NİN GÖREVLERİ | 236 |
| DAHA GÜÇLÜ BİR TTB İÇİN..... | 240 |
| TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ 40. BÜYÜK KONGRESİ ÜZERİNE | 243 |
| TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ'NİN ÖRGÜTSEL İŞLEYİŞİNDE SORUNLAR VE ARAYIŞLAR | 245 |
| “TTB'NİN ÖRGÜTSEL PERSPEKTİFLERİ” TARTIŞMASI | 247 |
| SOSYALLEŞTİRMEYİ SAVUNMAK TUTUCULUK MU?..... | 250 |
| TTB'DE KURUMLAŞMA VE HALK SAĞLIĞI KOLU | 252 |
| TABİP BİRLİKLERİ VE DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ AVRUPA FORUMU İZLENİMLERİ | 255 |
| TTB DEĞERLERİ VE TABİP ODAMIZ..... | 265 |
| “ORDA KİMSE VAR MI?” | 267 |
| “İNSANIN İNSANLAŞMA SAVAŞI” | 271 |
| DEMOKRATİKLEŞME SÜRECİNDE SİVİL TOPLUM ÖRGÜTLERİNİN İŞLEVLERİ | 273 |
| “İŞ HEKİMLİĞİ DERS NOTLARI”NA ÖNSÖZ | 276 |
| ÖLÜMÜNÜN 6. YILDÖNÜMÜNDE PROF. DR. NUSRET FİŞEK | 278 |

| | |
|---|-----|
| “TIP DÜNYASI” YENİDEN ÇIKARKEN | 284 |
| ANKARA TABİP ODASI 1975-1979 DEĞERLENDİRMESİ..... | 286 |

BÖLÜM 6..... 299

GENEL PRATİSYENLİK VE GENEL PRATİSYENLİK ENSTİTÜSÜ 299

| | |
|---|-----|
| ORDA BİR HEKİM VAR UZAKTA | 301 |
| TÜRKİYE’DE GENEL PRATİSYENLİK ENSTİTÜSÜ KURULUŞ ÇALIŞMALARI | 312 |
| GENEL PRATİSYENLİK ENSTİTÜSÜ KURULURKEN | 314 |
| TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ GENEL PRATİSYENLİK ENSTİTÜSÜ ÇALIŞMALARI (1998-2000) | 317 |
| GENEL PRATİSYENLİK EĞİTİM GÜNLERİ ÖZET KİTABI ÖNSÖZÜ | 322 |
| TÜRKİYE’DE PRATİSYEN HEKİMLİĞİN GELECEĞİNDE GENEL PRATİSYENLİK ENSTİTÜSÜ’NÜN ROLÜ | 323 |
| GENEL PRATİSYENLİK MESLEK EĞİTİMİ | 326 |
| PRATİSYEN HEKİMLİK EĞİTİMİNDE ÖZGÜN BİR MODEL: TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ GENEL PRATİSYENLİK ENSTİTÜSÜ | 329 |
| SÖYLEŞİ: GENEL PRATİSYENLİK ENSTİTÜSÜ’NÜN MESLEK EĞİTİMİ PROGRAMI ÜZERİNE | 352 |
| GENEL PRATİSYENLİK ENSTİTÜSÜ’NÜN GEÇİŞ DÖNEMİ EĞİTİMİ | 355 |
| YENİ BİR YILA GİRERKEN | 357 |
| GENEL PRATİSYENLİK GEÇİŞ DÖNEMİ EĞİTİM PROGRAMI | 359 |

GENEL PRATİSYENLİK KONUŞMALARI 365

| | |
|---|-----|
| GENEL PRATİSYEN HEKİMLİK KURULTAYI AÇIŞ KONUŞMASI | 367 |
| ALTINCI PRATİSYEN HEKİMLİK KONGRESİ AÇILIŞ KONUŞMASI | 369 |
| YEDİNCİ PRATİSYEN HEKİMLİK KONGRESİ AÇILIŞ KONUŞMASI | 371 |
| SEKİZİNCİ PRATİSYEN HEKİMLİK KONGRESİ AÇILIŞ KONUŞMASI | 373 |
| TTB GENEL PRATİSYENLİK ENSTİTÜSÜ BİRİNCİ GENEL KURULU AÇIŞ KONUŞMASI | 375 |
| ONUNCU PRATİSYEN HEKİMLİK KONGRESİ AÇILIŞ KONUŞMASI..... | 378 |
| TTB GENEL PRATİSYENLİK ENSTİTÜSÜ İKİNCİ GENEL KURULU AÇIŞ KONUŞMASI | 380 |

SUNUŞ

1970’li yılların sonu bugün halen içerisinde bulunduğumuz ekonomik, sosyal, siyasal krizlerin başlangıcına sahne oldu. Krizi aşabilmek için seçilen yöntem ise neoliberal politikalar denilen, özetle her şeyin piyasalaşması anlayışı idi. Sağlık bu dönüşümden en çok etkilenen alanlar arasında yer aldı.

Sağlık alanında geçmiş dönemden kalma tüm izler silinmeye çalışıldı. Sağlıklı yaşam hakkı kişilerin gelirlerine, sosyal statülerine endekslendi. Sağlık hizmetine indirgenen “sağlık hakkı” ihtiyaç olduğunda ücreti ödenerek alınması gereken bir hizmet olarak tariflendi ve bu anlayış yaygınlaştırıldı. İşin felsefesine bu denli etkili müdahaleler yapılırken pratik olaraksa kamucu sağlık anlayışının tüm sağlık kurumlarını yok etmeye dönük kampanyalar düzenlendi. Sanki bu ülkenin sağlık ocakları yokmuş, onlarca bulaşıcı hastalıkla bu organizasyon kullanılarak başa çıkılmamış gibi davranıldı. Sağlıkın piyasalaşması sürecinden en çok etkilenen birinci basamak sağlık hizmetleri ve pratisyen hekimler oldular.

Sağlıkta piyasacı tahribatın son halkası olan AKP Hükümeti son beş yılda öncülerine göre işi daha da ileri boyutlara taşıdı. Toplumcu bir anlayışla hizmet sunması beklenen “Genel Pratisyenlik” destekleneceği yerde, tümüyle özel muayenehanelerde bireysel hizmet sunan aile hekimliği öne çıkarıldı.

TTB bu dönem boyunca temel olarak sosyal devletin kazanımlarına sahip çıkmaya çalışan, hekimleri ve kamu sağlık kurumlarını piyasacı tahribattan korumaya çalışan, vatandaş içinse “sağlık hakkını” öne çıkaran bir anlayışla davrandı. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin ayrı bir tıp disiplini olduğundan hareket eden TTB, bu alanda görev yapacak olan pratisyen hekimlerin sürekli mesleki gelişimlerini sağlamak ve bu alanın ayrı bir uzmanlık olarak tarif edilmesi için “Genel Pratisyenlik Enstitüsü’nü (GPE)” kurdu. Aradan geçen yaklaşık on yıllık sürede GPE kendi eğitimcilerini yetiştirdi, alan eğitimlerine başladı. Kamusal bir destek görmemesine ve temel felsefesine Sağlık Bakanlığı’nın cepheden karşı olmasına rağmen Türkiye tıp ortamının en özgün, en çok emek akıtılan, bilimsel projelerinden biri olarak mücadelesini sürdürüyor GPE.

Geçtiğimiz otuz yıllık sürede bu değişime TTB’de taraf olarak tanıklık eden Dr. Özen Aşut (Özen abla) bu birikimini bizlerle ve gelecek kuşaklarla paylaşma çabasında. Onun bu çalışması ülkemiz sağlık ortamının son otuz yılda uğradığı dönüşümü anlamamız açısından oldukça değerli. Her anı mücadele ile bilimsel bilginin yeniden üretimi ve paylaşılması için verilen yoğun emekle geçen otuz yılı bizlerle paylaştığı için Özen abla’ya teşekkürü borç biliyoruz.

Türk Tabipleri Birliği
Merkez Konseyi

ÖNSÖZ

İlk kez Ankara Tabip Odası (ATO) ile tanıştığımda yıl 1975 idi. Bir grup ilerici, sol görüşlü hekim, yaklaşmakta olan Oda Genel Kurulu'nda etkin olmaya ve seçimde aday listesi çıkarmaya karar vermişti. Aralarına katıldığımda çalışmalar oldukça ilerlemişti. Zaten benim beş yılım henüz dolmadığından, adaylığım söz konusu değildi. Ama meslek odasının etkin ve verimli bir çalışma içine girmesini, halkın sağlık sorunlarına eğilmesini, toplumsal bir bakışı hekimlere yansıtmasını istiyordum. Bu nedenlerle, Tabip Odası Genel Kurulu sürecinde Dr. Ergin Atasü önderliğindeki grubu destekledim.

Genel Kurul'da meslektaşlarımızın güvenini kazanarak yönetime gelen bu hekimler, pek çok ilke imza attılar. Ankara Tabip Odası, artık hekimlerin ve toplumun yararını gözeten politikalara yönelecekti. Sorunların gerçek nedenlerini ortaya koymayı amaçlayan çalışmalar başlatıldı. İlk Halk Sağlığı Kurultayı, ilk meslek örgütü çalışma büroları, halkı aydınlatıcı ilk etkinlikler bu dönemde gerçekleşti. O yıllarda toplumu saran ilerici dalga, hekim örgütünü de kucaklamıştı.

Ankara Tabip Odası'nda çalışmaya başladığım 1975'ten beri yazdığım yazıların toplandığı bu kitap, bir anlamda son otuz yılın sağlık serüvenini, o dönemin öyküsünü içeriyor. Otuz yıllık süre içinde sağlıkla ilgili çok çeşitli konularda bilgi toplamaya ve edindiğim bilgileri toplumla paylaşmaya çalıştım. Deyim yerindeyse, sağlık alanında yapılan çalışmaları toplumun yararına sunmaya önem verdim, özen gösterdim. Çünkü genelde bilimsel bilginin, özelde halk sağlığı alanında yapılan çalışmaların ve elde edilen sonuçların halka yeterince yansımadığını gözlüyordum. Özellikle akademik yaşamım sürecinde, üniversitelerin toplumdaki kopuk çalıştığına, üniversite eğitiminin topluma dayalı olmadığına tanık olmuştum. Tıp eğitimi de çok farklı bir konumda değildi. Halk sağlığı alanında çalışmaya başladığım ilk günlerden bu yana, akademik birikimle toplumsal sorunları ve meslek örgütünü birleştirmeye, buluşturmaya çaba gösterdim. Meslek örgütünde çalışmaya başladığım tarih, aynı zamanda toplum hekimliği felsefesi ile tanışmama denk düşmüştü. Bir anlamda, Prof. Dr. Nusret Fişek ve çevresi ile Tabip Odası ve Tabipler Birliği arasında köprü işlevi görmeye çalıştık bir grup halk sağlıkçısı ile.

Zaman zaman kendimi "halk sağlığının itfaiyecisi" olarak hissetmişimdir. Sağlık alanında çok önemli, çok yönlü sorunlar vardı. Çernobil olayında ya da kolera salgınlarında olduğu gibi, bazen bu sorunlar yakıcı boyutlara ulaşabiliyor, resmi çevrelerle gerçek bir savaş gerektiren siyasal nitelikler kazanıyordu. Karşımıza çıkan her sorun, bizden bir yanıt ve çözüm bekliyordu. Kısacası, bir cankurtaran yaklaşımı gerekiyordu. Bu durumda, Tabip Odası'nda ya da Tabipler Birliği'nde sorunun çözümüne yönelik ivedi bir çalışmayı örgütlemek zorunlu oluyordu. Böyle başlayan ve süren bir serüven, zamanla TTB içinde pek çok etkinlik ve örgütlenmenin de kaynağını oluşturdu.

Daha önce değişik yayın organlarında yer almış bu yazıları kitap kapsamında yeniden yayına hazırlarken, gözden geçirip gerekli düzeltme ve güncelleştirmeleri yaptım. Geriye doğru bakıp değerlendirdiğimde, yazdıklarımın toplam olarak önemli bir birikimi yansıttığını fark ettim. Bu birikimin, bir yandan Tabip Odası ve TTB'nin gelişim ve güçlenme sürecini yansıtırken, öte yandan bir dönemin halk sağlığı ve sağlık politikası haritasını çizdiğini, aynı zamanda da toplumun genel panoramasını ortaya koyduğunu gördüm. Ben bu yazıları yazarken, aslında o yazıların içinde pek çok başka çabayı, emeği, insangücünü de yansıtmıştım. Yaşantıları, olguları ve olayları yalnızca kaleme alan kişiydim. Ama yazıların ardında uzunca bir dönem ve bir savaşım vardı: Adım adım örülen, bazen başarı, bazen güçlükler ve acılarla sonuçlanan uzun, yorucu, yıpratıcı ama onurlu bir savaşım; iyi hekimlikten, eşitlikten, emekten, insandan yana bir savaşım. Bu süreçte örneğin, yıllardan beri sağ siyasal iktidarlarca sürekli olarak gündemde tutulan "Genel Sağlık Sigortası"nın, TTB'nin kararlı karşı çıkışıyla nasıl gerçekleştirilemediğinin öyküsü yazılı. Bu, aynı zamanda TTB'nin bir meslek örgütü olarak adım adım gelişip ülkenin güçlü bir kurumu durumuna ulaşmasının da öğretici deneyimini içeriyor.

İşte elinizdeki kitap, bu otuz yıllık çabanın bir ürünü, bir sonucu. Arkasındaki - kimileri aramızdan ayrılmış- pek çok meslektaşımıza, yol arkadaşlarımıza, adsız kahramana selam olsun.

Kitabın yayımlanmasını sağlayan TTB Merkez Konseyi'ne, bilgisayar öncesi dönemden yansıyan yazıların elektronik ortama aktarılmasındaki katkıları ve özendirici değerlendirmeleri için sevgili Hülya Yüksel ve İkbal Solmaz'a, teknik desteği için Sinan Solmaz'a sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Dr. Özen Aşut

Ankara, Haziran 2007

BÖLÜM 1

ÇEVRE SAĞLIĞI

TOPLUM HEKİMLİĞİ VE ÇEVRE SAĞLIĞI

Bir toplumun sorunları çok yönlü ve birbirleriyle ilişkilidir. Her sorun karmaşıktır, birçok başka konu ile ilgisi vardır. Bir sorunu diğer olaylardan soyutlayarak çözüm aramak başarılı sonuç vermez. Bu nedenle sağlık sorunu da toplumun başka yönlerinden etkilenen ve onları etkileyen bir ögedir. Sağlık sorunlarını çözümlenebilmek için olayları her yönüyle ele almak, tüm öğeleri birlikte değerlendirmek gerekir.

1945'ten sonra önem kazanmaya başlayan toplum hekimliği görüşü, daha önceki koruyucu hekimlik ve sosyal hekimlik ilkelerini birleştirmiştir. Toplum hekimliği görüşü kişileri tüm çevresi ile değerlendirip, bütün yaşamı boyunca sağlık yönünden izlemeyi öngörür. Hasta olmayan kişilerin sağlıklarının korunması, sağlığa olumsuz etkileri olan bozuk çevre öğelerinin değiştirilmesi, hasta olanların erken tanısı ve tedavisi toplum hekimliği hizmetlerinin kapsamına girer.

Bugünkü toplum hekimliğinin ana ilkeleri şunlardır:

1. Kişi, hastalık ve sağlık devreleri diye bölünemeyecek bir bütündür. Sağlık hizmetleri hasta kişilerle olduğu gibi sağlam kişilerle de ilgilenmeyi öngörmelidir.
2. Kişi ve çevresi birbirinden ayrılamaz. Hekim ve diğer sağlık personeli, kişileri çevreleri ile birlikte değerlendirmeli, kişileri hastalıktan korumak amacıyla çevre koşullarını olumlu yönde değiştirmek için çalışmalıdır.
3. Tıp uygulamalı bir ekip hizmetidir. Kişisel çabalarla sonuç alma dönemi artık geçmiştir. Hekim ve diğer sağlık personeli toplum içinde örgütlenecek çalışmak zorundadır (1).

Ülkemizde toplum hekimliği görüşünün uygulaması Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası ile başlatılmıştır. 1963 yılından beri 25 ilimizde sağlık hizmetleri sosyalleştirilmiştir. Fakat hizmet yalnız hekim düzeyinde götürüldüğü ve ekip çalışması gerçekleştirilemediği için uygulama başarılı olamamıştır. Toplum hekimliği ilkelerine uygun bir sağlık hizmeti sağlanamamış, hekim gene tedavi edici hekimlik yapmak zorunda kalmıştır.

Bugün sosyalleştirme alanındaki 872 sağlık ocağından ancak %21.5'inde hekim vardır. Hekim dışı sağlık personeli eksiktir (2). Tedavi edici hizmetler yetersizdir. Daha önemli olarak, çevre koşulları son derece geridir. Diğer öğeler gerçekten yeterli olsa bile, çevreye yönelik hizmetler sağlanmadan sağlık sorununun çözümlenmesi beklenemez. Sağlığa uygun çevre koşulları sağlanmadıkça, kişiye yönelik koruyucu hekimlik hizmetlerinin (aşı, sağlık eğitimi, nüfus planlaması) ve tedavi edici hizmetlerin yetersiz, giderek başarısız kalması kaçınılmazdır.

Çevre koşullarının düzeltilmesi sorunu hekimin boyutlarını aşan ve toplum hekimliğinin ana ilkelerinden olan ekip çalışmasını gerektiren bir konudur. Bu ilkenin gerçekleştirilmemiş olması sosyalleştirme uygulamasının yetersiz kalmasının nedeni olmuştur. Çevre koşullarının sağlığa uygun bir düzeye ulaşabilmesi büyük ekonomik güç ve ekip çalışması gerektiren bir sorundur. Oysa bu koşulların durumu doğrudan doğruya kişilerin ekonomik güçleri ile ilişkilidir. Çevre öğeleri en yetersiz durumda olan ortamlar, ekonomik güçleri en düşük düzeydeki kişilerin yerleştikleri yerlerdir. Böyle çevrelerde (devletin desteğiyle bile olsa) halkın kendi olanaklarıyla çevre koşullarını düzeltmesi söz konusu edilemez. Sağlığa uygun çevre büyük ekonomik güç gerektirdiğinden, ancak devlet eliyle gerçekleştirilebilir.

Kişilerin ve toplumun sağlığı, çevre sağlığı koşulları ile bağlantılıdır. Sağlıklı kişiler, ancak sağlıklı bir çevrede yaşayan kişiler olabilir. Çünkü kişi çevresinden soyutlanarak tek bir varlık olarak değerlendirilemez. İnsanla çevresi arasında sürekli bir etkileşim vardır. Kişi çevresini etkileyip değiştirdiği gibi, değişen çevre koşulları da kişiyi etkiler.

İnsanın çevresini oluşturan öğeler üç ana gruba ayrılır: Fizik çevre, biyolojik çevre, sosyal çevre. Fizik çevre öğeleri arasında su, yol, konut, kanalizasyon sayılabilir. Biyolojik çevreyi hastalık yapan mikroplar ve mikrop taşıyıcılar, besinler ve beslenme durumu oluşturur. Sosyal çevre ise sosyal yapı birimleri (aile, kurumlar, sosyal sınıflar, toplum) ile kültürel öğeleri kapsar. Örneğin sanayileşme, kentleşme, iç ve dış göçler gibi toplum olayları kendilerine özgü sağlık sorunları getirirler. İnsan ile çevresini oluşturan öğeler arasında etkileşim olduğu gibi, bu öğelerin kendileri arasında da karşılıklı etki ve denge vardır. Örneğin, fizik çevreyi oluşturan öğelerden su ve kanalizasyon altyapısının yetersiz olması durumunda, biyolojik çevrede olumsuz yönde değişiklikler olur, mikroplar ve mikrop taşıyıcılar gelişir. Toplumda hastalıklar artar, salgınlar görülebilir. Sosyal yapıda olumsuz yönde değişiklikler ortaya çıkar.

Bulaşıcı hastalıklardan tifo ve basilli dizanteri yıllardan beri tüm illerimizde saptanmaktadır (3). Bu hastalıkların varlığı doğrudan doğruya su ve lağım altyapısının, besin kontrolü ve diğer çevre öğelerinin yetersiz olmasının kanıtıdır. Çünkü bu hastalıklar, insan dışkıyla bulaşmış suların ya da yiyeceklerin ağızdan alınmasıyla bulaşır. Bu demektir ki lağımlar artırılmadan akarsulara verilmekte, içme ve kullanma suları yeterli derecede artırılmadan kullanılmakta, sulara ve besinlere lağım suları karışmaktadır. Ek olarak, bu biçimde bulaşan tüm hastalıklar ülkemizin hemen her yerinde görülmektedir (4).

İnsan yüzyıllar boyunca doğa ile savaşmış ve kendi yararına değişiklikler sağlamıştır. Tüm çevre koşullarının durumu orada yaşayan kişilerin kültürel düzeyi ve daha önemli olarak ekonomik güçleri ile ilişkilidir. Gelir dağılımı eşitsizliği ve ekonomik güç dengesizliği, kişilerin yaşadıkları çevre koşullarına yansımakta, bu koşulları belirlemektedir. Gelir düzeyleri düşük olan ve toplumun çoğunluğunu oluşturan kişilerin sağlıksız çevreleri aslında yetersiz ekonomik güçlerinin sonucu olduğuna göre, kişilerin çevre koşullarını sağlığa uygun bir biçimde geliştirmeleri

olanak dışıdır. Çevreyi sağlığa uygun düzeye eristirebilecek ekonomik güç ancak devlet eliyle sağlanabilir, sağlığa uygun çevre ancak kamu kaynaklarıyla gerçekleşir.

İşte bütün bu ve benzeri sorunlar toplum hekimliğinin ilgi alanına girer. Toplum hekimliği, belirtilen çevre öğelerinin gerçek durumunu bilimsel yöntemlerle saptayarak toplum sağlığıyla ilgilerini ortaya koyar. Bu bilgilerin çoğunda, ilgili sağlık örgütü ve diğer yetkili kamu kuruluşlarına uyarı vardır. Sorunun çözümü için gerekli önerilerde bulunulur. İyi işleyen, ülke çapında yaygın ve ödün vermeyen toplum hekimliği çalışmaları, bu yöntemlerle toplum sorunlarının kökenlerine inerek nedenlere ışık tutar.

Kaynaklar

- (1) Hobson W. Theory and Practice of Public Health. Oxford University Press; 1965.
- (2) Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Sağlık Propagandası ve Tıbbi İstatistik Genel Müdürlüğü; 1973. s.241, s. 317-327.
- (3) Bildirimi Zorunlu Seçilmiş Bulaşıcı Hastalıklar Bültenleri, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Sağlık Propagandası ve Tıbbi İstatistik Genel Müdürlüğü 1950-1974.
- (4) Türkiye İstatistik Yıllığı. Devlet İstatistik Enstitüsü; 1971. s.105.

*(TRT II'de yapılan konuşma metni, Mayıs 1975,
Yeni Ulus, 1975)*

ANKARA HALKININ SAĞLIK SORUNLARI

Sağlıklı bir yaşam ve sağlık hizmetinden yararlanma, her insanın temel ve doğuştan kazanılmış haklarından. Dünya Sağlık Örgütü'nün Anayasası'nda yer alan bu ilkeyi hemen tüm dünya ülkeleri gibi Türkiye Büyük Millet Meclisi de onaylamıştır. Doğuştan kazanılmış bir hakkı herkese sağlamak devletin görevidir. TC Anayasası da bu görevi devlete vermiştir. Anayasa'nın 49. maddesi "*Devlet herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla görevlidir*" der.

Oysa günümüzde sağlık hizmetlerinin durumu ve geniş emekçi kesimlerinin sağlık düzeyi devletin görevini yapmadığının açık bir kanıtıdır. Sağlıklı yaşamak ve temel insan haklarından olan sağlık hizmetinden yararlanmak ancak ayrıcalıklı bir azınlık kesime tanınan bir haktır. Çünkü devlet egemen sınıfların devletidir. Böyle bir devletin tüm konularda olduğu gibi, sağlık sorunlarını da toplumsal bir yaklaşımla ele alması beklenemez.

Ülkemizin içinde bulunduğu kapitalist üretim ilişkileri içinde sağlık hizmeti, yeterli ekonomik gücü olanların alımına sunulmuş bir metadır. Hizmeti satın alma gücü olanlar hizmet alabilmekte, gücü olmayan geniş kesimler ise hizmetten büyük güçlükler sonucu çok sınırlı olarak yararlanmakta ya da tümüyle yoksun bırakılmaktadır. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı yetkilileri ülkemizde nüfusun ancak yarısının sağlık hizmetinden yararlanabildiğini, diğer yarının ise sağlık personeline ve örgütüne ulaşabilme olanağı olmadığını belirtmektedirler. Hizmetten yararlandığı söylenen yarının geniş kesimleri, yani işçi, köylü ve diğer dar gelirli emekçi sınıflar, sağlık hizmetine ulaşabilmek için büyük özverilerde bulunmaktadır. Hizmeti satın alabilmek için diğer temel gereksinmelerinden kısıntı yapmak zorunda kalmaktadırlar. Devletin sağlık kuruluşları ise, kesinlikle gereksinimleri karşılayacak kapsam ve özellikte değildir.

Sağlık hizmetinin bu nitelikleri belirli kesimlere büyük kazançlar sağlar. Sağlığın sömürsü üzerinden büyük hekimler, özel hastane sahipleri, ilaç şirketleri anapalarını sürekli artırır. Sonuç olarak denebilir ki, az gelişmiş kapitalist üretim ilişkilerinin tüm özellikleri sağlık alanına yansımakta, toplumun sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir.

Bir toplumun sağlık sorunları, diğer sorunlarıyla bağlantılıdır, bu nedenle sağlık sorunu soyut olarak değerlendirilemez. Bireylerin ve toplumun sağlık durumunu birçok başka etken etkiler ve belirler. Fakat tüm sorunların altında yatan temel neden sosyal ve ekonomik koşullardır.

Sağlığı Belirleyen Etmenler

İnsan sağlığını belirleyen birçok etmenin başında çevre koşulları gelir. Çevre koşulları, sular, kanalizasyon, konut, çöp, beslenme durumu gibi konuları kapsar. Bunlar ve diğer birçok çevre öğeleri sağlığı doğrudan doğruya etkiler. Örneğin, suların ve kanalizasyonun sağlığa aykırı durumda olması bulaşıcı barsak hastalıklarının ortaya çıkmasında ve yayılmasında en önemli etkidir. Bu koşullar sağlığa uygun duruma getirilmedikçe, bu hastalıkların tümüyle ortadan kalkması beklenemez. Çünkü bu hastalığın mikropları lağım suları karışmış ve artılmamış suların kullanılmasıyla bulaşır. Ülkemizde birçok yerde, üç büyük kentte bile kanalizasyon durumu sağlığa uygun değildir. Büyük kentlerimizde konutların %21.3'ünde hela yoktur. Kırsal bölgede ise helası olmayan konut oranı %75.9'dur. Tüm çevre koşullarının sağlık durumuna etkileri benzer örneklerle açıklanabilir. Örneğin sağlığa aykırı konut durumu ve oda başına düşen kişi sayısının artması hava yolu ile bulaşan hastalıkların daha sık görülmesine yol açar (nezle, grip, zatürree, verem gibi).

Çöplerin sağlığa uygun koşullarda toplanıp ortadan kaldırılmaması, oturulan yerlerde birikmesi mikropların ve bunları taşıyan sineklerin üremesi için çok elverişli bir ortam oluşturur. Böylece karasineklerin besinlere mikropları bulaştırması sonucu oluşan hastalıklar o bölgede yaşayan kişilerde daha çok görülür.

Yeterli ve dengeli beslenme, hastalıklara karşı direnci artıran önemli öğelerden biridir. İyi beslenmeyen kişilerde, özellikle çocuklarda hastalığa yakalanma oranları yükselir, hastalıklar daha kötü seyredir. Öldürücü olmayan ve iyileştirilmesi olanağı bulunan hastalıklar önemli sayılarda ölümlere yol açar. Örneğin Türkiye'de çocuklarda en çok öldüren hastalık zatürreedir. Çünkü çocuklarımız yeterli ve dengeli beslenememekte, hastalıklara karşı direnç geliştirememektedirler. Bu nedenle iyileştirilebilecek hastalıklardan ölmektedirler. Bunun göstergesi olan bebek ölüm hızı ülkemizde çok yüksektir. İleri ülkelerde binde 12'ye değin düşen bu hız, ülkemizde binde 153'tür.

Tüm çevre koşullarının sağlığa olan olumsuz etkileri ülkemizin az gelişmiş bölgelerinde ve kentlerimizin de özellikle gecekondu bölgelerinde gözlenmektedir. Bulaşıcı hastalıklar özellikle böyle bölgelerde ortaya çıkmakta ve önemini korumaktadır. Ankara kentinin durumuna özel olarak değinmek gerekirse: Yapılan bir araştırmada Ankara kentinde konutların %7'sinde hela olmadığı, %24'ünde ise musluk suyu bulunmadığı, yani bu konutlarda yaşayan kişilerin şebeke suyundan yararlanamadığı saptanmıştır. Bu rakamlar konut oranları olduğundan ve bu konutlarda daha kalabalık yaşandığından, böyle konutlarda yaşayanların genel nüfusa oranları daha yüksektir. Ayrıca helası olan evlerde de helalar büyük oranda sağlığa aykırı koşullardadır.

Çevre koşullarının yanında sağlığı olumsuz yönde etkileyen önemli bir neden sağlık hizmetlerinin durumudur. Sağlık hizmetlerinin yeterli ve etkili olabilmesi için geniş halk kitleleri yararına bir örgütlenme yapılması gerekir. Herkes eşit olarak sağlık hizmetinden yararlanabilmelidir. Oysa ülkemizde böyle bir eşitlik

söz konusu değildir. Hizmetten yeterince yararlanabilmek belirli bir ekonomik güç gerektirir. Bu gücü olmayan dar gelirli emekçi kesimler ise iki seçenektan birini seçmek zorundadırlar: Ya ucuz olan devlete bağlı kuruluşlarda büyük güçlükler sonucu hastalarına baktıracaklardır (bu da talebin çok olması nedeniyle, son derece yetersiz bir bakımdır); yahut da diğer temel gereksinmelerinden özveride bulunarak özel hekime başvuracaklardır. Her iki durumda da ilaç masrafı ayrı bir sorundur. Geriye kalan üçüncü seçenek ise masrafsız olan hastanın kadriyle baş başa bırakılmasıdır.

Kırsal bölgelerde hizmetin ve sağlık personelinin eksik ve yetersiz olmasına karşılık büyük kentlerde, özellikle üç büyük kentte sağlık kuruluşları ve personeli ileri ülke düzeyindedir. Örneğin Ankara kentinde 524 kişiye bir hekim düşmektedir. Bu rakam birçok ileri ülke ortalamasından daha iyi bir değerdir. En çok hekimi olan ülkelerde bile hekim başına 600-700 kişi düşmektedir. (Ülkemizdeki eşitsiz hekim dağılımına örnek olarak Adıyaman'da 18207 kişiye bir hekim düştüğü belirtilir). Ankara kentinde yataklı kuruluşların durumu da benzer düzeydedir. 10 bin kişiye düşen yatak sayısı 70'in üstündedir. İleri ülkeler ortalaması ise 10 bin kişiye 45 yataktır.

Bu duruma, yani yeterli sağlık kuruluşu ve personeline karşın, Ankara kentinde halkımızın çoğunluğu niçin hizmetten yeterince yararlanamamaktadır?

Bu sorunun yanıtı karmaşık olup birçok konunun incelenmesini gerektirir. Fakat temel nedenlere ve ilkelere değinmek gerekirse: Sağlık alanına az gelişmiş kapitalist düzenin çelişkileri yansımakta, her alanda olduğu gibi sağlık hizmetleri toplum yararına bir yaklaşımla değil, azınlık grupların çıkarı ve kazançlarına yönelik bir biçimde ele alınmaktadır. Böylece ücretsiz olan devletin sağlık kuruluşlarından yararlanmak için bile muayenelerden geçmek gerekmektedir. Ya da talebin yoğunluğu nedeniyle son derece yetersiz bir hizmet sağlanabilmektedir (devlet hastaneleri, sosyal sigorta kuruluşları gibi).

İlaç fiyatlarının pahalılığı çoğu zaman tedavinin reçete üzerinde kalmasıyla sonuçlanmaktadır. Özet olarak söylemek gerekirse, ülkemizde sağlık hizmetinden yararlanabilmek yeterli bir ekonomik güce sahip olmaya bağlıdır.

Yapılan bir araştırmaya göre Ankara kentinde her yıl 248 000 kişi hasta olduğunu bildiği halde sağlık kuruluşlarına ya da hekime gidememektedir. Hasta olduğu halde hastalığının farkında olmayan, fakat aslında sağlık hizmeti görmesi gereken kişileri de eklersek 3 milyonun üzerinde bir sayı elde edilmektedir (Ankara kenti nüfusu 1.7 milyon olduğu halde, bir kişi yılda birden çok kez hastalandığı için bu sayı kent nüfusunun üzerindedir). Yani bu başkentte her yıl 3 milyonun üzerinde sağlık hizmeti gerektiren hasta, hiçbir hizmet verilmeden ortada bırakılmaktadır.

Bu değerlendirmeler yalnızca hastalanan kişilerin bakımı ve iyileştirilmeleri konusunu kapsamaktadır. Oysa daha önemli olan, hastalıkların önlenmesi için sağlam kişilere verilmesi gereken koruyucu sağlık hizmetleridir. Bu konuda sağlık

hizmetlerinin durumu daha başarısızdır. Bu hizmetler açısından Ankara kentinde %94 hizmet açığı vardır.

Demek ki Ankara kentinde yeterli sağlık kaynakları ve insangücü olmasına karşın, topluma etkili sağlık hizmeti verilememektedir. Çünkü çoğunluğu oluşturan emekçi sınıfların yararına, çağdaş ilkelere uygun bir sağlık hizmeti örgütlenmesi yapılmamıştır.

Çözüm

Bugün sosyalist ülkeler, birçok sağlık sorununun kesin çözümlerine ulaşma yolundadırlar. Çünkü devlet sağlık hizmetinden herkesin eşit biçimde yararlanmasını devletin bir görevi olarak onaylamış, bu amaçla örgütlenme yapılmıştır. Bireyin ve toplumun sağlığının korunması, sürdürülmesi, geliştirilmesi için çaba harcanmakta, yani öncelik koruyucu sağlık hizmetlerine verilmektedir. Çünkü koruyucu hizmetler daha kolay ve ucuz, kişinin ve toplumun sağlığı yönünden daha etkili ve yararlıdır. Bu önlemlere karşın hastalananlar ise gerekli bakımdan yararlanmaktadırlar. Sosyalist ülkelerde tüm sağlık hizmetleri devletçe sağlanır ve ücretsizdir. Hizmet tüm ülkeye yaygın ve eşit biçimde sağlanır. Bu uygulamalar sonunda sosyalist ülkeler sağlık alanında önemli ilerlemeler ve başarılar sağlamışlardır. İleri kapitalist ülkeler bile artık bu uygulamalardan yararlanmakta, sağlık hizmetini büyük ölçüde devlet eliyle gerçekleştirmektedirler. Dünya Sağlık Örgütü az gelişmiş ülkelere sosyalist ülkelerdeki sağlık hizmeti uygulamalarını önermektedir.

Ülkemizde çağdaş ilkelere uygun olarak geliştirilen sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi programı, içinde bulunduğumuz kapitalist üretim ilişkileriyle çelişen bir düzen getirdiğinden, doğal olarak birçok engellemelere uğramıştır. Sağlığın sömürüsü üzerinden büyük kârlar sağlayan büyük serbest hekimler, özel hastane sahipleri, uluslararası tekelere bağımlı yerli ilaç şirketleri sosyalleştirme uygulamasına şiddetle karşıdırlar. Çünkü bu uygulama toplumun geniş kesimlerine yönelik bir girişimdir. Birçok eksiklik ve aksaklıklara karşın, önceki sisteme göre, uygulandığı bölgelerde daha başarılı sonuçlar sağlamıştır. Bu nedenle çıkarları tehlikeye giren gruplar sistemi tümüyle engellemek ve yozlaştırmak, daha çok yayılmasını önlemek amacıyla genel sağlık sigortası kavramını ortaya atmışlardır. Meclislerde ele alınması beklenen bu konuyla ilgili “Genel Sağlık Sigortası Yasa Tasarısı” sağlık hizmetlerinin durumunu büsbütün içinden çıkılmaz duruma getirecek bir uygulamaya neden olacaktır.

Bu nedenle, tüm ilerici yurtsever sağlık personeli ve örgütleri sigorta uygulamasına karşı çıkmış, bunun nedenlerini kanıtlarıyla açıklamıştır. İçinde bulunduğumuz düzen içinde, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi uygulamasının halkımızın sağlık sorunlarının bir ölçüde çözümüne yönelik bir girişim olarak savunulması, ülke çapında yaygınlaştırılması ve bu arada büyük kentlerimizi ve başkenti de kapsamayı için çaba harcanması gerekir. Sağlıklı bir yaşam için sağlık hizmetinden yararlanmak hakkını elde etmek herkesi ilgilendiren bir konu olduğundan, tüm örgüt ve kuruluşların emekçi kesimler yararına girişimlerin bilincinde olması, bunları desteklemesi görevleridir.

Tüm konularda olduğu gibi, sağlık sorunlarının kesin çözümleri ancak üretim ilişkilerinin değişmesi, daha ileri bir toplum düzenine geçişle sağlanabilir. Toplum yararına bir sağlık hizmeti örgütlenmesini ancak emekçi sınıfların devleti gerçekleştirebilir.

(Ankara ve İzmir Tabip Odaları Bülteni-TOB, Nisan 1977)

BAŞKENTİN ÜZERİNE ÇÖKEN KARA BULUT (1)

Hiç soğuk bir günde Oran'dan Ankara kentinin nasıl görüldüğüne tanık oldunuz mu? İnsana sıkıntı, ürküntü ve korku veren bir görüntü oluşturuyor Ankara'nın Oran'dan görünüşü. Gri-lacivert-kara bir bulut çöreklenmiş başkentini üzerine. Sanki lanetlenmiş ve kendi yazgısına bırakılmış bir kent izlenimi veriyor. Salt bu görüntü bile insanda ruhsal gerginlik ve sıkıntı yaratıyor. Oysa rakamlarla ortaya konmuş olan bilimsel gerçekler çok daha korkutucu, ürkütücü.

Ya o kara bulutun içinde yaşayanlar, yaşama savaşı verenler? İnsanın en doğal gereksinmesi olan soluk alma bile çok pahalı artık başkentliler için. Onlarsa kendilerine nelere mal olduğundan habersiz bu kara bulutu soluyorlar. Sıhhiye'de, Kızılay'da ve bu bölgelerin yakın çevresinde tüm gün boyunca açık havada çalışmak zorunda olan temizlik işçisi, seyyar satıcı, trafik polisi yurttaşımız solduğu havanın sağlığına yaptığı tahribatın bilincinde mi acaba? Bilir mi ki o kara bulut her geçen gün biraz daha akciğerlerine yerleşiyor? Sağlığını her gün biraz daha bozuyor, kendisine yavaş yavaş zehirliyor ve yaşamından kimi bilir kaç yılı alıyor. Alışverişe çıkan başkentliler, insanın en doğal gereksinmesi olan, onsuza olunamayacak olan hava sizleri de zehirliyor yavaş yavaş.

Başkent halkı temiz havaya ve güneşe hasrettir. Nedir insanın en temel gereksinimleri? İlkokullarda çocuklarımıza öğretiyoruz: Su, hava, güneş. Çocuklarımız sormaz mı bize, hani su, hani hava, hani güneş? Sorarlar elbet. Bir gün mutlak sorarlar. Hesap da sorarlar.

Ankara'nın hava kirliliği çoktan tehlikeli boyutlara ulaşmıştır. Göz yumulabilecek sınırları kat be kat aşmıştır. Kirlilik düzeyi gittikçe daha da artmaktadır. Ve başkentliler yavaş yavaş zehirlenmektedirler. Ne demiş çok yetkili bir kişi? "Bir sabah yataktan kalktığımızda on binlerce Ankaralı'yı yataklarında ölü bulursak, hiç şaşmayalım." Bu çok yetkili yetkili, ayrıca söylediklerinin kamuoyuna duyurulmaması için özellikle ricada bulunmuş.

İşte sorunun çözümü: Gerçekleri halktan gizlemek. Yukarıda değindiğimiz gerçekleri belki sizler bilmezsiniz, belki Ankara'da yaşayanlar bilmez, ama onlar bilirler. Bilirler ama bildiklerini gizlerler. Çünkü çözüm yolları aramak, bunları gerçekleştirmek işlerine gelmez, ya da yapamazlar, yapacak güçleri yoktur. Bir çözüm daha var kuşkusuz: Olanakları olanların, varlıklarının temiz bölgelerde yaşamaları, böyle bölgelere taşınmaları. Böylece her zaman olduğu gibi, hava kirliliğinden de en büyük pay dar gelirli emekçi halka düşer. Bildiği ve bilmediği bin bir sorununa bir de kirli hava eklenir ve kara bulutlar içinde yaşar durur, yaşayabildiği kadar.

Nedeni nedir bu kara bulutların? Kötü yazgı mıdır? Başkent halkı, üzerine çöken bu kara buluttan ne zaman kurtulur? Nedenler hava kirlenmesinin ötesinde, tüm emekçi halkımız üzerine çöreklenmiş daha büyük, daha kar bulutlarda yatmaktadır. Başkentte yerleşen ve tüm ülkeye dağılan asıl kara bulutun adını ise tüm halkımız gibi başkentliler de çok iyi bilmektedirler artık.

(Politika, 26 Kasım 1977)

RADYASYON GÜNLÜĞÜ

“Türkiye kaynaklı çayda yüksek radyasyon” haberi, ilk kez 22 Kasım 1986 tarihli gazetelerde yer aldı. Daha sonra arka arkaya, Avrupa’da yapılan ölçümlere ve alınan önlemlere ilişkin bilgiler gelmeye başladı; işte basında son haftalarda yer alan haber özetleri:

- Hollanda Sağlık Bakanlığı Türk çayında 35 bin bekerle kadar radyasyon olduğunu, kabul edilebilir miktarın 600 bekerel olduğunu bildirdi.
- Federal Almanya Sağlık Bakanlığı Türk çayında 40 bin bekerel radyasyon saptandığını belirten bir raporla, Ankara’daki Büyükelçiliğini uyardı.
- İsviçre Televizyonu, Türk çayı içeren çayların içilmemesi uyarısına, birinci haber olarak yer verdi.
- KKTC, Türkiye’den çay alımını yasakladı. (Daha sonra, KKTC Sağlık Bakanı, Türk çayının zararsız olduğunu açıkladı ve Türk çayına konan ambargo kaldırıldı.)
- Federal Almanya Sağlık Bakanlığı, Türkiye kaynaklı çayda 6 bin – 42 bin bekerel radyasyona rastlandığını belirterek çay satışını durdurma ve çayı toplattırma kararı aldırdı.
- Avrupa’daki çeşitli ölçüm merkezlerinde gerçekleştirilen değerlendirmeler, Çernobil sonrası Türkiye çaylarının hemen tümünde yüksek düzeyde ve izin verilen sınırın binlerce katı değerlerde radyasyon olduğunu gösterdi.
- Berlin Radyasyon Ölçüm Merkezi’nin en son ölçümlerinde, Çay-Kur markalı çayların tümünde 16 bin -50 bin bekerel radyasyon saptandı. Çay çiçeği, Nur-Sel marka çayda ise 56 bin bekerel radyasyon belirlendi. Sonuçlar geniş bir liste halinde kamuoyuna duyuruldu.
- Değişik ölçümlerin hepsinde, bir bardak demli çaydaki radyasyonun, 300 bekerelin üzerinde olduğu saptandı.

Türkiye’deki değerlendirmeler ise, bambaşka bir doğrultuydu.

- Sanayi Bakanı, Radyasyon Güvenlik Komitesi Başkanı Cahit Aral, “birinci sürgün çayda 23 bin bekerel radyasyon saptandığını” kabul etti; ancak, birinci sürgün çayın diğer sürgünlerle karıştırılması sonucu, piyasadaki çayın zararsız olduğunu öne sürdü.

- Atom Enerjisi Kurumu uzmanlarının, 10 bin ton birinci sürgün çayın imha edilmesini istedikleri haberi, ertesi gün Bakan Aral tarafından yalanlandı. “İmha söz konusu değil...Radyasyonun azı yararlıdır.”

Son haftalarda Türkiye’de akıl almaz olaylar oluyor. En yetkili kişiler, yaşamsal bir konuda tedirgin edici bir kesinlikle konuşuyorlar. “Tehlike yok.” Bu kesinlik – ne yazık ki- halka güven veriyor. Yetkililere duyulan güvenin, kişilerin eğitim düzeyi ile ters orantılı olması dikkat çekicidir. Her şeye karşın, büyük bir çoğunluğun, biraz ürkek de olsa, eskisi kadar olmasa da, çay içtiği gözlenmektedir. Doğrusu, halkımızın önemli bir bölümü bu radyasyonun ne olduğunu anlayabilmiş de değildir. Kimi yıkama ile, kimi kaynatma ile radyasyondan kurtulmaya çalışıyor. Ama, özellikle belirli bir eğitim düzeyinin üstündeki kesimde, bir güven bunalımı söz konusudur. Toplumca yürekler acısı, aynı zamanda korkutucu bir görünümdeyiz. İnsanlar hiç bilmedikleri bir konuda karanlıkta kalmışlardır, sorulara yanıt alınamamaktadır. Öte yandan, ne Sağlık Bakanlığı’ndan, ne bilim-araştırma, ne de kamu kuruluşlarından bir ses gelmektedir. Kimi uzmanlar ise, radyasyonun yararlarından söz eden demeçler vermektedir.

İşte böyle bir ortamda resmi görüş açıklanıyor.:

“Günde 20 bardak çay içerseniz, bir yıl sonunda alacağınız radyasyon, bir akciğer grafisi çekimi sırasında alacağınız radyasyonun yarısı kadardır.”

İlk bakışta şaşkınlık yaratan bu açıklama, daha sonra Sanayi Bakanı’nın katkıları ile açıklık kazanıyor. Sayın Bakan’ın Bütçe konuşmasından öğrenildiğine göre, çay suyuna radyasyonun en çok yüzde 1,66’sı geçtiği için, bir bardak çayda ancak 0,8 bekerel radyasyon oluyormuş.

Oysa, bizdeki uzmanların görüşüne göre, çaydaki radyasyonun yüzde 40’ı çay suyuna geçmektedir. Avrupa’daki uzmanlar ise, bu oranın yüzde 50 olduğunu vurgulamaktadırlar. Son haftalarda Türkiye çayında yapılmış olan ölçümler, uzmanların tezlerini doğrulamakta, bir bardak çayda 300 bekerel üstünde radyasyon saptanmaktadır. Böylece, değil günde 20 bardak, yalnızca iki bardak çay içen bir insan, AET ülkelerinin bir kg çay için izin verdiği, yedi bardak çay için bir kişi ise Dünya Sağlık Örgütü’nün bir kg için izin verdiği sınırı aşmaktadır. Buna karşılık, bir akciğer grafisi çekirmekle alınan radyasyon, izin verilen haftalık dozun 15-30’da biridir. Resmi açıklamadaki karşılaştırma, her açıdan son derece yanlış, aynı ölçüde de sakıncalıdır.

Çay, halkımızın alıştığı, vazgeçemediği ve sürekli tükettiği bir maddedir. Görece ucuz da olduğundan, ne fındığa, ne de ete, süte benzer. Bugünkü koşullarda, insanların günde ne kadar radyasyon aldığını denetlemek olanaklı değildir. Her gün sürekli alınan radyoaktivitenin vücutta birikmesi ise kaçınılmazdır. Durum halk sağlığı açısından ciddi bir tehdittir.

Gerekli önlemler alınmazsa, önümüzdeki yıllarda kanser olgularında büyük bir artış görüleceği bilinmelidir. Ayrıca, yaşamın radyasyona en duyarlı olduğu doğum öncesi-özellikle gebeliğin ilk dört haftası-dönemde radyasyonla karşılaşma, ölü doğuma, düşüklere ve doğuştan anomali çocuklara yol açabilir. Ne yazık,

akciğer filmi çektirmekten kaçındığımız gebe kadınlarımız resmi açıklamalara güvenerek çaylarını içmekte, henüz doğmamış bebeklerimiz yüksek radyasyon almaktadırlar.

Toplumun beklentisi çok geç olmadan, yetkililerin gerçekleri açıklamasıdır. Bu konuda umut verici bir gelişme görülmemesine karşın, gene de yineleyelim. İnsanlar “kendi yazgıları ile baş başa bırakılmışlık” konumundan kurtarılmalı; ‘gerçekleri öğrenme hakkı’na saygı gösterilmelidir. Bu konuda uyarı görevi Sağlık Bakanlığı’na düşer.

Hekimlerin beklentisi ise insan sağlığı için tehlikeli boyutlarda radyasyon içeren 1986 ürünü çayın derhal piyasadan toplatılması ve tüketicinin elinde bulunan çayın kullanılmaması için kesin bir uyarı yapılmasıdır. Halkın gereksinimini karşılamak üzere gerekirse çay dışalımını düşünülmalıdır.

Hekimlerin başka bir beklentisi, tabip odalarının halk sağlığını ilgilendiren sorunlara ilişkin uyarı görevini yerine getirmesidir. Çaydaki radyasyon konusunda bilimsel kuruluşların, üniversitelerin, tabip odalarının, en azından basın kadar duyarlı olmasını beklemek hakkımızdır. Hiçbir gerekçe halk sağlığından daha önemli olamaz.

(Ankara Tabip Odası Bülteni, Ocak 1987)

RADYASYONLU ÇAY VE HALK SAĞLIĞINI HIÇE SAYANLAR

Bir yanda Avrupa kaynaklı bilimsel raporlar, öte yanda üst düzeyde yetkililerin akıllara durgunluk veren açıklamaları, ülkemiz insanını büyük bir şaşkınlığa ve umarsızlığa düşürdü. Tartışma, “Çayda radyasyon var mı, yok mu?” çerçevesinden, neredeyse “Radyasyon yararlı mı, zararlı mı?” gibi gülünç bir ikileme kaydırıldı. Öyle ki, kimi kişiler artık, “Bu bağlamda tartışmanın bir yararı yok” diye düşünmeye başladılar. Sonuç olarak, insanların kafaları karıştırıldı, ilgileri dağıtıldı. Kime inanacağını şaşırان halkın çoğunluğu, biraz ürkek ve tedirgin de olsa, çayını yudumlamaktan kendini alamıyor...

Radyasyon ve özellikle de çayda radyasyon konusunda yetkililerin tutumu, tam bir sorumsuzluk ve ciddiyetsizlik örneği...Bu sorumsuzluğun, bir süre sonra yamsal sonuçları da olabileceğini düşünmek, insanı ürkütüyor ve de öfkeliendiriyor. Çünkü, çay gibi sürekli tüketilen bir maddede “izin verilen sınır”ın çok üstünde radyasyon bulunması, halk sağlığı açısından ciddi bir tehdittir. Düşük dozlarda uzun süreli radyasyon, insanlarda yıllar sonra kimi tümöral hastalıklara yol açabilir. Doğum öncesinde, özellikle gebeliğin ilk dört haftasında radyasyonla karşılaşmış çocuklarda, doğuştan anormallikler görülebilir. Üstelik, radyasyondan koruyucu ya da tedavi edici bir ilaç ve yöntem, bugüne değin bulunabilmiş değildir.

Bütün bu gerçeklerin bilincinde olan Avrupa ülkeleri, toplumlarını radyasyonun yıkıcı etkilerinden koruyabilmek için gerekli önlemleri almışlar, bu konuda hiçbir özveriden kaçınmamışlardır.

Bizde ise, çay olayında görüldüğü gibi, tam bir ilgisizlik söz konusudur. Dış kaynaklı bilimsel raporlar, Türkiye açısından alarm zilleri çalmaktadır (1). Biz şimdi bu raporların sonuçlarını bir yana bırakarak, Türkiye’deki resmi açıklamalar üzerinde duralım.

Çayda, sağlığı tehdit edici oranda radyasyon olduğunu, “Sanayi ve Ticaret Bakanı, Radyasyon Güvenlik Komitesi Başkanı” Cahit Aral’ın kendisi kabul etmiştir. Nasıl mı? Birinci sürgün çayda 23 bin bekerel radyasyon saptandığını açıklarak... (Çay suyuna radyasyon geçmediği savı, bilimsel verilerle çelişmektedir. Bu verilere göre, çaydaki radyasyonun yüzde 50’si suya geçmektedir. Öte yandan, kaynatma ve yakma gibi bilinen yöntemler de radyasyonu kesinlikle etkilememektedir. Radyasyon, yalnızca yarı ömrüne uyan bir süre içinde kendi kendine yok olmaktadır.)

Söz konusu 23 bin bekerel’li çay – başka bir deyişle, sürekli kullanıldığı için insanda radyasyon birikimine yol açması kaçınılmaz olan bir madde-, halkın tüke-

timine sunulmuştur. Ve bu konuda ne bir önlem alınmış, ne bir uyarı yapılmıştır. Tam tersine, Başbakan'ın* ağzından, "radyasyonlu çayın daha lezzetli olduğu" bile söylenebilmiştir.

Bırakınız Avrupa radyoaktivite ölçüm merkezlerinden alınan raporları, yalnızca Sanayi ve Ticaret Bakanı'nın açıklaması bile, halk sağlığı alanında çalışan tüm kişi ve kuruluşları ayağa kaldıracak nitelikteydi. Oysa utangaç bir-iki kişisel görüş belirtme dışında, bu konuda hiç ses çıkmadı. Kimi uzmanlar ise –inanılır gibi değil ama- rahat rahat çay içtiklerini açıklamaktan çekinmediler. Böylece insanlarımız, üniversitelerin, Sağlık Bakanlığı'nın, kamu sağlık kurumlarının, hekim kuruluşlarının ve muhalefet partilerinin konuya ilişkin görüşlerini boş yere bekle-diler. Sonunda herkes kendi kararını kendisi vermek zorunda bırakıldı. Bu arada, kimi yetkililerin özel görüşmelerde, "İçilen çayda yüksek radyasyon olduğu" gerçeğini kabul ettiklerini de belirttim.

Hükümet, bütün bu gelişmeleri yalnızca seyretmiştir. Oysa, halkını düşünen bir yönetimden beklenen, radyasyonlu ürünü piyasadan ivedilikle toplamak ve kamuoyunu uyararak, eldeki çayın kullanılmasını engellemektir. Ama, insana değer vermeyen bir siyasal iktidardan böylesi etkin girişimler beklemek, elbette boşunaydı...

Konu, toplumun sağlığı, çocuklarımızın geleceğidir.

Çocuklarımız 23 bin bekerel'li çayları içerken, yetkililer hiç mi yürek burkuntusu duymuyorlar? Bütün bu olup bitenler karşısında suskun kalanlar, yarın bu büyük sorumluluğun altından nasıl kalkacaklar? Merak ediyoruz.

(¹) Çaylarımıza ilişkin Avrupa kaynaklı kimi veriler şöyle:

-F.Almanya Sağlık Bakanlığı Raporu: 40 bin bekerel.

-Berlin Senatosu Radyoaktivite Ölçüm Merkezi: 23 bin bekerel.

-Frankfurt Battelle Enstitüsü: Çernobil öncesi 1-19 bekerel, Çernobil sonrası tüm çaylarda 8 bin 27-31 bin 582 bekerel. Bir bardak demli çayda 308 bekerel.

-İzin verilen üst sınır: Kuru çayda 600 bekerel /kg.

(Çağdaş, 19 Ocak 1987)

* Turgut Özal

ÇERNOBİL'İN DÜŞÜNDÜRDÜKLERİ

Nükleer tehlikenin büyüklüğüne tüm dünyanın dikkatini çekmiş olan Çernobil'in üzerinden, dört yıl geçti. 26 Nisan 1986 tarihli kaza sırasında, kendilerini bile bile tehlikeye atarak kazayı önlemeye ya da zararı azaltmaya çalışan insanlar, artık yaşamıyorlar... Çernobil ve çevresi, bir ölü kent görünümü almış. İnsanlar başka yerlere göçmüş, doğa ölmüş...

Nükleer savaşın minyatürü sayılabilecek bu nükleer santral kazasının sonuçları, insanlığı dört yıldır uğraştırıyor ve daha da uzun süre uğraştıracağı benziyor. Çünkü radyasyonun insan üzerindeki uzun dönemli etkileri, yıllar sonra ortaya çıkıyor. Radyasyona bağlı lösemiler, Japonya'da 5-7 yıl sonra doruğa ulaşmıştır. Uluslararası Atom Enerjisi Komisyonu, Sovyetler Birliği'nde Çernobil kazası sonucu, 50 bine yakın ek kanser olgusu ortaya çıkacağını açıklamıştır.

Bugün Sovyetler Birliği, tüm dünyaya Çernobil kurbanlarına yardım için çağrı yapmaktadır. Çernobil bölgesindeki radyoaktif bulaşmadan yüz binlerce insan etkilenmiştir; bu insanların, özel tedavilere gereksinimleri vardır. Konuya ilişkin açıklamalar yapan yabancı uzmanlar, Türkiye'nin Çernobil olayından en çok etkilenmiş ülkelerden biri olduğunu ileri sürmektedirler.

Ülkemizdeki radyoaktif kirlenmeye ilişkin gerçekler, genellikle dış kaynaklardan basınıma yansımaktadır. Ülkemizdeki çeşitli bilim kuruluşları, uzmanlar, konuyla ilgili devlet kuruluşları, üniversiteler (kimi bireysel çabalar dışında) suskun kalmaktadırlar. Ülkemizin Çernobil sonrası ne denli etkilendiğine ilişkin resmi bir açıklama hiçbir zaman yapılmamıştır. Tam tersine, daha sonra Çernobil'e kurban edilen Türkiye Atom Enerjisi Kurumu başkanı, o dönemde (Ocak 1987) yaptığı televizyon açıklamasında, "her şeyi açıklamak zorunda olmadığını, ancak halka intikal etmeyen durumlar olduğunu" kabul etmiştir.

Sonuç olarak, 1986-1987'de "rahatlıkla içilebileceği" öne sürülen çaylara, sonraki yıllarda yer bulunamamış; fırınlarda yakmanın pahalı olduğu öne sürülerek çayların bir bölümü açık havada yakılmış ve bir kez daha halk sağlığı hiçe sayılmıştır. Yerleşim yerlerine çok yakın olarak yakılan çayların külleri ortada bırakılmıştır. Ankara'ya 30 km ötedeki Sarayköy'de yakılan çayların küllerinde, "Nükleer Savaşın Önlenmesi İçin Hekimler Derneği" uzmanlarının yaptıkları incelemelerde, yüksek oranda radyasyon saptanmıştır.

Bu konuda yaptığı açıklamada Türkiye Atom Enerjisi Kurumu başkanı Atilla Özmen, çaylardaki radyasyonun 41 bin bekerel bulunduğunu, bu değerın izin verilen dozun altında olduğunu belirterek, bu nedenle radyasyonlu çaylara normal çöp muamelesi yapıldığını belirtmiştir. Oysa, bugün tüm dünyada "radyasyonun izin verilen dozu" kavramı ortadan kalkmıştır. Dünya Sağlık Örgütü artık,

“olabildiğince az doz” ilkesini benimsemektedir. Böylesine sorumsuz davranan yetkililer hakkında hiçbir işlem yapılmamıştır.

Ülkemizde geçerli olan bilimsel geri kalmışlık ortamında, kurulması planlanan termik ve nükleer santrallerin oluşturacağı riskleri öngörmek, bilimselliği temel sayanlar için hiç de zor değildir. Radyoaktif kirlenme, önemli bir çevre ve halk sağlığı sorunudur. Radyoaktif kirlenme, öteki çevre kirliliklerinden farklı olarak, etkisi yıllarca ve kuşaklarca sürecek izler bırakabilmektedir. Başka bir deyişle yalnızca bugünü değil, aynı zamanda insanlığın geleceğini de ilgilendirmektedir. Genetik etkilenmelerin sonuçları, gelecek kuşaklarda ortaya çıkacaktır.

Bugün dünyayı sarmış olan demokrasi ve açıklık politikaları; artık Türkiye’de de geçerli olmalıdır. Halkımızın çevre bilinci gelişirken, bilim adamları, çevre uzmanları, aydınlar, üniversiteliler, meslek kuruluşları daha sorumlu davranmalı, halkı aydınlatma ve uyarma görevlerini yerine getirmelidirler. Yeni Çernobil’ler, ancak böylesi bilinçli ve topyekûn karşı çıkışlarla engellenebilir. Ülkemizde Çernobil adayları yaratmamalıyız. Nükleer santraller bir deprem kuşağı olan ülkemiz için büyük risktir, karşı çıkılmalıdır.

Yetkililerce, Çernobil kazasının ülkemizdeki sonuçları açıklanmalı, gerekli önlemler alınmalıdır.

(İskenderun Çevre Bülteni, Yaz 1990)

SAĞLIKLI ÇEVRE AMACININ NERESİNDEYİZ?

Uluslararası ve Sektörler Arası İşbirliğinin Önemi

Çevre kirlenmesi yıllardır araştırmacıların ve düşünürlerin gündeminde yer alan sorunların başında geliyor. Otuz yılı aşkın bir süredir özellikle dikkat çekilen, yaşamsal kaynakların bozulması, azalması ve giderek yok olması sorunu, 1970'lerde hükümetlerce de kabul edilmek zorunda kalındı. 22 Nisan 1970'de ABD'de yüz binlerce kişinin Dünya Günü adı altında gösteriler düzenlemesinden sonra, 5 Haziran 1972'de Birleşmiş Milletler Çevre Konferansı toplandı ve bu günün her yıl Dünya Çevre Günü olarak kutlanması karara bağlandı. 1972'den beri, Dünya Çevre Günü her geçen yıl daha çok önemsenerek, dünya çapında etkinlik ve eylemlerle kamuoyunu uyarıcı bir işlev görüyor.

Ancak, dünya halklarının artan ilgi ve desteğine karşın, sorunlar çığ gibi büyüyor. Çevre kirliliği ve dünyanın geri dönmeyecek biçimde bozulma süreci, gittikçe daha karmaşık bir durum alıyor. Her geçen gün sorunlara yeni boyutlar ekleniyor. Çözümler, artan kirlilik ve bozulma ile birlikte, daha güç, daha pahalı, daha çok sektörün işbirliğini zorunlu kılan yöntemler gerektiriyor.

Çevre Kirlenmesinin Küresel Boyutu

Çevre sorunları, dünyayı ve insanlığı tehdit eden küresel (global) bir tehlike boyutlarındadır. Bu gerçek, Birleşmiş Milletler Çevre ve Kalkınma Konferansı'nda dile getirilmiş ve küresel kirlenmenin nedenleri şöyle açıklanmıştır:

“Küresel çevre bozulmasının nedeni, özellikle sanayileşmiş ülkelerin, sürekli ve dengesiz tüketim kalıplarıdır. Bu tüketim kalıpları, çevre bozulmasına, yoksulluğun giderek artmasına ve ülkelerin gelişme düzeyleri arasındaki dengesizliğin büyümesine yol açarak, bugün dünyanın karşı karşıya olduğu en ciddi sorunlardan birini ortaya çıkarmaktadır. Dünyanın kimi yerlerinde tüketicinin çok yüksek olmasına karşılık, insanlığın büyük bölümü temel gereksinimlerini karşılamaktan yoksundur.”

Başka bir deyişle, gelişmiş sanayi ülkelerinin, az gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkelere göre dünyanın kaynaklarını aşırı tüketmesi, hem Kuzey/Güney eşitsizliğinin, hem de çevrenin bozulmasının kökenini oluşturuyor. Gelişmiş ülkeler, insanlığın yüzde 26'sını oluşturan nüfuslarına karşılık, dünyada üretilen enerjinin yüzde 80'ini harcıyor.

Bu gerçeğe karşın, Kuzey ülkeleri gerekli önlemler konusunda üzerlerine düşen görev ve sorumluluğu yerine getirmekten kaçınıyorlar. 1992'de 185 ülkenin ve 30 bin kişinin katılımıyla gerçekleştirilen Rio Zirvesi, umut kırıcı biçimde sonuçlandı; çünkü gelişmiş Kuzey, ekonomik ve siyasal çıkarlarına öncelik vererek

bağlayıcı sorumluluklar altına girmedir. Böylece, toplantının sonunda yayımlanan Rio Deklarasyonu, 27 temel ilke içeren, ancak yaptırım ve bağlayıcılık niteliği taşımayan bir belge olarak kaldı.

Sorunlar

Günümüzde dünyayı ve insanlığı tehdit eden ve tümünden insan etkinliklerinin sorumlu olduğu küresel çevre sorunlarından kimileri şöyle özetlenebilir:

Küresel Isınma (Sera Etkisi): Sera etkisi, atmosferdeki karbondioksitin aşırı artması sonucu, yeryüzünün gittikçe ısınmasıdır. Atmosferdeki karbondioksit yoğunluğu son yüzyılda yüzde 33 artmıştır. İnsan etkinlikleri sonucu yılda beş milyar ton karbon atmosfere verilmektedir. Artan ısı sonucu, denizlerin yükselmesi, kimi hayvanların yok olması, kimi zararlı canlıların dağılımının hızlanması söz konusudur.

Ozon Tabakasında Azalma: Atmosferin stratosfer tabakasında bulunan ozon oranı, son 10 yılda yüzde 6-8 azalmıştır. 2000 yılına dek ozon tabakasının üçte bir oranında azalacağı hesaplanmaktadır.

Ozon yıkımı, tümüyle insan eliyle oluyor. Sanayide itici ve uçucu olarak kullanılan klorlu florlu karbon bileşikleri ile fosil yakıt kullanımı sonucu ortaya çıkan azot oksitler, ozon molekülünü parçalıyor. Kuşkusuz, bu maddeler ısı artışına da yol açıyor.

Temiz Su Kaynaklarında Kirlenme: Sular, katı ve sıvı atıklar, çeşitli kirlenmeler vb. çeşitli nedenlerle kullanılamaz duruma geliyor. 1989'da Çin'de yapılan bir araştırma, nehir, göl ve kaynakların beşte birinin kirlenmiş olduğunu gösterdi. Dünyanın birçok ülkesinde lağım ve kanalizasyonlar doğrudan denize açılıyor. En gelişmiş ve varıl ülkelerden biri olan Japonya'da, nüfusun ancak yüzde 40'ının uygun kanalizasyon hizmeti gördüğü belirlenmiştir. (Bu oran, Almanya'da yüzde 90'dır.) Son yıllarda katı atık üretiminde görülen büyük artışlar da, su kirlenmesinin önemli başka bir nedenini oluşturuyor.

Ülkemizde su kaynaklarının korunması doğrultusunda, yasalar, yönetmelikler, yerel yönetimler ve bakanlıklar bulunmasına karşılık; ne yazık ki sularımız korunmamakta ve sürekli kirlenmektedir. Yönetmelikte kuralların açıkça konmuş olmasına karşılık, koruma alanlarında yapılaşmaya izin verilmekte; su havzalarında kentler oluşturulmaktadır. Kaçak yapılar ve fabrikalar, atıkları ile suları kirlenmektedir. Örnek vermek gerekirse, İstanbul'un önemli su kaynaklarından olan Elmalı Barajı, kirlilik nedeniyle yakın dönemde devreden çıkarılmıştır. Başka bir kaynak olan Ömerli Barajı Havzası'nda, 27 yerleşim yeri bulunmaktadır ve bunlar, Baraj'ı besleyen dereleri kirlenmektedir. Yakın zamanda, bu barajın da devre dışı bırakılması söz konusu olabilir.

Ormanların Yok Edilmesi ve Çölleşme: Dünyamızın akciğeri diye nitelendirilen bitki örtüsü; ormanlar ve yeşil alanlar çeşitli nedenlerle hızla yok edilmektedir. Bitki örtüsü azalmasının dünyadaki kirliliğe katkısı önemli boyutlardadır.

Zehirli Atıkların Canlılar Üzerindeki Etkileri: Bugün bilinen 10 milyon kimyasal madde vardır. Her yıl yaklaşık 1000 kimyasal madde pazara girmektedir. Bir yıl içinde, 300 bin kimyasal madde düzenli kullanımdadır.

Birleşmiş Milletler Çevre Programı araştırmalarına göre, dünyadaki 30 milyon canlı türü tehdit altında olup, bunların birçoğu gelecek 30 yıl içinde yok olma tehlikesi ile karşı karşıyadır.

Başlıca kirleticiler arasında karbonmonoksit, karbondioksit, azotoksitler, kükürt bileşikleri, nükleer atıklar, petrol kirliliği, kurşun sayılabilir. Bir örnek vermek gerekirse, Grönland'da buz katmanları arasındaki kurşun yoğunluğunun ilk çağlardan bu yana, 200 kat arttığı; bunun kurşunlu benzinden kaynaklandığı bildirilmektedir. Buna karşılık, 1972-85 arasında Kanada'da, kurşunsuz benzine bağlı olarak havadaki kurşunun yüzde 76 azaldığı açıklanmıştır.

Türkiye'de önemli kirlilik kaynakları arasında, sanayi sektöründe kağıt, tekstil, petrokimya, deri sanayileri; tarım sektöründe aşırı ve yanlış gübreleme, tarımsal mücadele ilaçları kullanımı; enerji sektöründe termik santraller ve ulaşım sektöründe tarım alanlarından geçen yollar ile motorlu araç egzoz gazları sayılabilir.

Yaşam Biçimi İle İlgili Çevresel Etmenler: Diyet, sigara, alkol gibi çevresel etmenler, insan kaynaklı risklerin başka bir alanını oluşturmaktadır. Öbür çevresel etmenlerden farklı olarak bu grup, toplumsal boyutla birlikte tek tek bireylerin daha etkin çabalarını gerektirmektedir.

Çevre Değerlendirmeleri ve İnsan Sağlığı

Çevre değerlendirmelerine, insan sağlığına yönelik etkilerin de alınması için bu alanda yol almış ülkelerde çalışmalar yapılmaktadır. Yakın dönemde, çevre koşulları ile insan sağlığı arasındaki ilişkiye yönelik kamuoyu ilgisi artmıştır. İnsanlar bu konuda daha üst düzeyde bilgi istemektedirler. Ancak çelişkili açıklamalar kamuoyunu şaşkınlıklandırmaktadır. Bu nedenle, çevre sağlığı bilgi toplama (enformasyon) sistemleri geliştirilmesi önerilmektedir.

Çevre koşullarının etkilerinin, daha iyi ölçülmesi ve incelenmesi gereklidir. Bu amaçla, çevrenin halk sağlığına etkilerini izleyecek ve değerlendirecek yöntem, teknik ve araştırmalara gereksinim vardır.

Riskin Değerlendirilmesi: Çevresel risklerin değerlendirilmesinde uygulanan iki yöntem "epidemioloji" ve "toksikoloji"dir. Epidemiyolojide bu bağlamda en sık kullanılan sağlık durumu istatistiği, "ölüm nedeni"dir. Toksikolojik olarak ise, zararlıların karsinogenlik ve mutajenlik etkileri araştırılmaktadır.

Türkiye'de Çevreye Yönelik Çalışmalar

Ülkemizde çevre sorunlarına yönelik kamuoyu ilgisi, gelişmiş dünyaya göre daha geç başlamakla birlikte, son 10 yılda hızlı bir yükseliş göstermiştir. Kamuoyunun çevreye yönelik kaygıları, 1986 yılında Çernobil kazası ile büyük ivme kazanmıştır. Çernobil olayı sonrasında siyasal iktidar temsilcileri ve yetkililerin, gerçekler konusunda eksik ve yanlış bilgi vermeleri, toplumdaki kaygı ve güven-

sizliği doruk noktasına ulaştırdı. Çernobil olayının aynı zamanda, çevre duyarlılığını artırıcı bir etkisi oldu. Sonuçta, yeni gönüllü çevre grup ve kuruluşları ortaya çıktı. Ülkenin pek çok yerinde yerel çalışmalar başlatıldı.

Sivil toplum kuruluşlarının eylemliliği, süreç içinde, resmi kuruluşlara da yansdı. 1991 yılında Çevre Bakanlığı kuruldu ve kimi mevzuatla da desteklendi. Son günlerde tartışmaya açılan “Çevre Yasa Tasarısı” da bu çabaların son halkasını oluşturmaktadır ve olumlu bir adımdır.

Güncel Durum Değerlendirmesi

Bugün ülkemizde çevreyle ilgili yasalarda ve öbür mevzuatta çeşitli yetersizlikler bulunmakla birlikte, asıl sorun, mevzuata uyulmaması ya da bu mevzuatı uygulamak için gerekli koşullar ve örgütlenmenin sağlanmamış olmasıdır. Ülkemizde çevre koruma ile ilgili 40’a yakın yasa, çeşitli tüzük, yönetmelik ve karamameler ile 11 uluslararası anlaşma halen yürürlükte. Ancak bu mevzuatın tam olarak uygulanabildiğini söylemenin olanağı yoktur. Bir örnek vermek gerekirse, 1991 yılında kabul edilmiş olan *Katı Atıkların Kontrolü Yönetmeliği*, Prof. Dr. Kriton Curi’nin daha o tarihte öngördüğü gibi, uygulanamamıştır. Çünkü bu yönetmelik, katı atıkları geriye kazanmada zorunluluk ve ceza yaptırımını yerine, sanayicilerin baskısıyla, gönüllülüğe dayalı kota uygulaması getirmiştir. Oysa, toplumsal bilincin gelişmesi aşamasında, ceza yaptırımları ve zorunlu uygulamalar gerekli olmaktadır.

Günümüzde ülkemizin çevre sorunlarına genel bir bakış, hemen her alanda kargaşa ve denetimsizlik olgularını ortaya koyacaktır. İnsanlar saf hava, temiz su, güvenilir yiyecekler, sağlıklı ve yeşil bir çevre istiyorlar. İnsanımızın beklentisi, devletin ve yetkili kuruluşların böylesi bir çevreyi sağlamasıdır. Ancak, bugün ülkemizin hiçbir yerinde bu koşulları sağlamanın güvencesi yoktur. İnsan sağlığını ilgilendiren her alanda denetimler yetersizdir; denetim yapılırsa bile yaptırımlar yetersiz kalmakta, yaptırım kararları alındığında ise uygulanabilirliği sınırlı olmakta ve sonuç alınmamaktadır.

Her geçen gün yeni göl, nehir, körfezlerin ölmekte olduğu haberleri basına yansıyor; ancak önlemler yetersiz kalıyor. Kimi önlemlerin alınmaması için direnilmekte olduğu bile söylenebilir. Örneğin, desülfürizasyon ünitesi olmayan Yatağan ve Orhaneli termik santrallerinin çalışmasını durdurmaya yönelik kimi mahkeme kararları bile uygulanmamaktadır. Çevreyle ilgili her alanda, sorumluların yasalara uymaması ve bu duruma göz yumulması bir alışkanlık ve olağan davranış olmuştur.

“Kuzey”de Neler Öneriliyor?

Gelişmiş sanayi ülkelerinde artık bir çevre endüstrisinden söz edilmektedir. Giderrek, çevrebilimsel ilkelere dayalı sanayi ürünlerinin daha çok kâr sağladığı bile öne sürülmektedir. Çevre endüstrisi örnekleri, Almanya’nın kimi bölgelerinde başlatılmıştır. Bu işletmeler ekoteknik yöntemlerle teknoloji üretmekte ve ürün adlarının başına “eko” terimini koyma hakkına sahip bulunmaktadırlar.

Kuzey ülkelerinde bilim insanlarının önerdiği başka önlemler arasında, çevrenin doğaya ve insana etkilerinin daha iyi ölçülmesi ve öncelikler sırası oluşturulması yer almaktadır. Bu amaçla, sağlık tanımı, kullanılması gereken sağlık göstergeleri (endikatörler) ve bu göstergeleri ölçecek uygun yöntemlerin çevre sağlığı mesleklerince gözden geçirilmesi ya da belirlenmesi önerilmektedir.

Çevrebilimciler, çevre sorunlarının çok geniş ve çok boyutlu olması nedeniyle, yalnızca hükümetlerin çabalarıyla sonuca ulaşamayacağına dikkat çekiyorlar. Çevreye yönelik resmi işlevlerin bir bölümünün sivil toplum kuruluşlarına devredilmesi isteniyor. Bu amaca yönelik olarak, toplumsal eylem gruplarının, çevre örgütlerinin, çevrebilimcilerin, yöneticilerin, politikacıların, özel sektör temsilcilerinin, sıradan insanların işbirliğinin sağlanması için çalışmalar yapılıyor. Çevre koruma görevleri açısından, yurttaşlarla hükümetler arasında bir denge oluşturulması öneriliyor; çünkü, hükümetler ancak toplum onlara yol gösterirse yönetim işlevini gereğince yerine getirebiliyorlar.

Çevre sorunlarında etkin tutum gereklidir. Hükümetler çoğunlukla böylesi etkin tutumlar alamıyorlar. Bu nedenle, halk artık hükümet dışı kuruluşlara daha çok güveniyor. Sonuç olarak, sivil toplum kuruluşlarına, özellikle de bağımsız halk sağlığı kuruluşlarına önemli görev ve sorumluluklar düşüyor. Çevre sorunlarının küresel niteliği, uluslararası iletişim ve işbirliğini de zorunlu kılıyor.

Ülkemiz İçin Temel Gereksinim

Türkiye'nin çevre sorunlarına yaklaşımda gereksindiği en temel eksikliklerden birisi, resmi ve sivil toplum kuruluşlarını bir araya getiren, sürekliliği olan ve uluslararası ilişkiler geliştiren bir ulusal örgütlenmedir. Çevre konusunda herkesin, her kesimin söyleyeceği sözler ve yapabileceği önemli işler vardır. Özellikle bağımsız ve gönüllü gruplar, yaşamın her alanına müdahale ederek, çevre korumaya önemli katkıda bulunabilir, güç kazandırabilirler. Bu güç değerlendirilmelidir.

*(Nusret Fişek Halk Sağlığı Değerlendirme Günleri'nde sunulan bildiri,
Kasım 1993)*

TRAFİK KAZALARI

Bugün sizlere bir trafik kazası öyküsü anlatmak istiyorum. 4 Temmuz 1994 günü, yani bundan iki hafta kadar önce, tanınmış bir gazeteci-yazarımız olan Teoman Erel'i bir trafik kazasında yitirdik. Teoman Erel çok değerli ve dürüst bir gazeteciydi. Ölümünden büyük üzüntü duyduk. Onu saygıyla anıyoruz.

Bu kazada Teoman Erel, arabanın arka koltuğunda oturuyordu. Arabada bulunan ve ön koltukta oturan Erel'in oğlu ile, arabayı kullanan eşi, kazadan hafif sıyrıklarla kurtuldular. Arkada oturan bir insanın öldürücü darbe almasına karşılık, ön koltuktakilerin önemli yara almadan kurtulmalarının nedeni neydi sizce, sevgili dinleyiciler?

Neden, çok basit bir önlemdi. Ön koltukta oturanlar emniyet kemerlerini bağlamışlardı. Ancak Türkiye'de henüz arkada oturanlar için emniyet kemeri takma zorunluluğu ve alışkanlığı olmadığından, zaten arabaların birçoğunda arkada emniyet kemeri bulunmadığından, Teoman Erel'de de emniyet kemeri yoktu kaza sırasında. Erel, araba takla atınca, dışarı fırlamış, beyin travması ve boynunun kırılması sonucu yaşamını yitirmişti.

Bu olayda, yalnızca bir trafik kuralının uygulanışı ile ne önemli sonuçlar sağlanabileceği ortaya çıkıyor. Emniyet kemeri, hiçbir bedeli olmayan, çok basit bir yaşam sigortasıdır. Birkaç saniyelik bir işlem olan emniyet kemerinizi bağlamak yoluyla, yaşamınızı büyük ölçüde güvence altına almış oluyorsunuz.

Giriş

1993 Şeker Bayramı, önceki bayramlar gibi, gene belleklerde derin acılar bırakarak noktalandı. Canından çok sevdiği, ancak ölümünden sorumlu olduğu yavrusunun ölü vücudunu kucağında taşıyan ve onu bırakamayan babanın üzüntüsü tanımlanabilir mi?

Ya binlerce öğrenci yetiştirmiş Ankaralı ilkokul müdürünün, eşi ve hekim olan oğluyla birlikte "trafik canavarı" diye adlandırılan felakete yenik düşüşünü nasıl yorumlamalıyız?

Gün geçmiyor ki, ülkemizin genç bir evladını, yetişmiş bir insanını trafiğe kurban vermeyelim. Oysa canavar olan trafik değil, insanın kendisi.

Trafik sorunu, ülkemizin çözüm bekleyen yaşamsal sorunları arasında yerini korumaktadır. İnsanlarımızın yaşamını hedef alan bu sorun, çok yönlü olarak ele alınmayı beklemektedir. Sorunun çözümü, toplumsal yaşamın pek çok alanına müdahaleyi, tek tek bireylere değil, tüm toplum kesimlerinin etkin savaşımını

gerektirmektedir ve bu nedenle de çok zordur. Başarıya ulaşmak, ancak kararlı ve sürekli girişimlerle herkesin katkılarıyla olanaklıdır.

Durum

Sorunun boyutlarını ortaya koyabilmek açısından, ülkemizdeki sayısal verileri gözden geçirmekte yarar vardır.

Yalnızca 1992 yılında yurt düzeyinde 174 bin trafik kazası olmuş, bu kazalar 9300 kişinin ölümüyle sonuçlanmıştır. Bir saat içinde 20 kaza olmakta, 11 kişi yaralanmakta, bir kişi ölmektedir. Son bir yılda 212 bin trafik kazası olmuş, bu kazalarda 6440 kişi ölmüştür.

Emniyet Genel Müdürlüğü Trafik Daire Başkanlığı'nın 1993 yılının ilk altı ayına ilişkin verilerine göre, bu süre içinde 94721 trafik kazası olmuş; bu kazalarda 2693 kişi ölmüş, 42982 kişi de yaralanmıştır. Ölümler ilk kez kent içindeki kazalarda daha yüksek oranda saptanmış olup, kent içi ölüm sayısı 1353, kent dışı ölüm sayısı ise 1340 olarak belirlenmiştir. Söz konusu süre içinde, 310 bin yeni araç trafiğe girmiş, 312 bin sürücü belgesi verilmiştir. Trafik kazalarına bağlı ölümlerin, geçen yılın ilk altı ayına göre yüzde 5.4, yaralanmaların ise yüzde 8.4 oranında artış gösterdiği belirtilmektedir.

Ülkemizde tüm kazaların %40'ını trafik kazaları oluşturmaktadır. Her yıl çeşitli araç kazalarında binlerce yurtaşımız yaşamını yitirmektedir. Çoğu en verimli çağında aramızdan ayrılan bu insanların ölümü, %97 oranında insan faktörüne bağlıdır. Şöyle ki, trafik kazalarının %82.2'sinde sürücü, %14.6'sında yaya, %0.4'ünde yolcu sorumluluğu saptanmaktadır. Ülkemizde trafik kazası ölümleri gelişmiş ülkelere göre 10-15 kat daha fazladır.

Taşıt kusurlarının kazalardaki payı %2.1, yolla ilgili sorunların payı ise ancak %0.7'dir. Özetle, trafik kazalarının ve insan kaybının ezici bir çoğunluğu, sürücü hatalarından kaynaklanmaktadır (%82.2). Bu durum, alınacak önlemlere de ışık tutmaktadır.

Günde yaklaşık 25 trafik kazası ölümünün %50'sine kamyon ve otobüsler yol açıyor. Ölümlerin %10'u ilk 5 dakikada, %50'si ise ilk 30 dakikada görülüyor.

Sorunlar

Ülkemizde ulaşım, ağırlıklı olarak karayolu taşımacılığına dayanmaktadır: İnsan taşımacılığının %75'i, eşya taşımacılığının %94'ü karayoluyla yapılmaktadır. 60 bin kilometrelik yolda 5 milyon araç hareket durumundadır. Araçların tümünün takografli olma zorunluluğuna karşılık, ancak %15'i takograf bulundurmaktadır.

Emniyet kemeri, trafik kazalarında yaşam kurtarıcı bir araçtır: Kazalarda ücretsiz ve zahmetsiz bir sigorta işlevi gören emniyet kemeri, ölüm, yaralanma ve sakatlıkları %40 oranında önlemektedir. Ülkemizde 1992 başından beri yürürlükte olan emniyet kemeri takma zorunluluğu, başlangıçta çok etkili olmuş, özel araç sürücülerinin %97'sinin kemer taktığı denetimlerde saptanmıştır. Daha sonra

denetimin gevşetilmesiyle, özel araç sürücülerinde kemer takma hızı çok gerilemiştir.

Ayrıca, ülkemizde bu açıdan getirilmiş bulunan yükümlülükler yetersizdir. Halen geçerli olan mevzuata göre, ülkemizde taksi sürücülerinin; arka koltukta oturanların; minübüs ve şehirlerarası otobüs yolcularının, okul araçlarındaki öğrencilerin kemer takma zorunluluğu yoktur. Oysa trafik kazası ölümlerinin yarından fazlası sürücülerde, %20'si arka koltuklarda oturanlarda görülmektedir. Bu nedenle, emniyet kemeri uygulamasının yaygınlaştırılması gerekmektedir.

Kurallardaki bu yetersizlikler önemli olmakla birlikte, trafik kazalarında en önemli neden, var olan kurallara uyulmamasıdır. Özellikle sürücü kusurları, trafik kazalarının %82.2'sine yol açarak başta gelen kaza nedenini oluşturmaktadır. Sürücü kusurlarının çoğunluğu; acelecilik, kurallara uyma gereği duymama, hata yapmayacağı yanılgısı, dalgınlık, alkollü ve/ya da uzun süre araç kullanma gibi nedenlere bağlıdır. Özellikle alkolün, öldürücü ve sakat bırakan kazaların %35-40'ında payı olduğu saptanmaktadır. İnsan etmeninin bu denli belirgin olmasında, caydırıcı olmayan cezaların, yetersiz denetimin ve yetersiz eğitimin önemli rolü vardır.

Kent İçi Trafik

İnsanlar, günlük yaşamlarında en çok kent içi trafikten etkilenmektedirler. Yukarıda genel olarak dikkat çekilen hemen tüm sorunlar kent içinde de geçerlidir. Çünkü sürücüler, kent içinde de aynı kural tanımaz tutum içindedir.

Bir caddede kısa bir süre yapılan gözlem, sürücülerin çoğunun, sık sık hatalı sollama ve hatalı şerit değiştirme yaptıklarını, aşırı hızla araba kullandıklarını, minibüs ve otobüslerin aşırı sayıda yolcu aldıklarını gözler önüne serer. Bu nedenle, şehir içi kazalar da sıklıkla ölümcül olmaktadır. Araçların büyük çoğunluğundan sağlığa zarar verecek düzeyde egzoz gazı çıkması olağan bir durumdur ve ne yazık ki, böyle zehirli gaz saçan araçların başında, belediye otobüsleri ve kimi resmi araçlar gelmektedir. Hiçbir yaptırım uygulanmaması nedeniyle, pek çok resmi ya da özel araç havayı kirletmekte; çeşitli biçimlerde gürültü üreterek halkın ruh sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir.

Gerekli Önlemler

İnsanlarımızın en verimli çağlarında, çocuklarımızın ve gençlerimizin yaşamlarının baharında aramızdan ayrılmasına artık bir son vermek istiyorsak, gelişmiş dünyada etkinliği kanıtlanmış koşul ve kuralları bir an önce yürürlüğe koymalıyız.

Alınması gereken önlemleri ulaşım ve insan etmeni olmak üzere iki başlık altında özetleyeceğiz:

1-Ulaşım ile ilgili önlemler: Yıllardır ülkemizde yanlış bir seçim sonucu geçerli olan karayoluna dayalı ulaşım politikasından vazgeçmeli; demiryolu ve denizyolu taşımacılığı geliştirilmelidir. Özellikle büyük kentlerde raylı taşımacılığa ağırlık verilmelidir.

Kent merkezlerine giren özel araçlar, etkin biçimde sınırlandırılmalıdır. (Tek-çift plaka uygulaması ya da daha iyisi, kent merkezine özel araçların hiç sokulmaması önerilir.) Ayrıca toplum bisiklet gibi çevreyi kirletmeyen bireysel taşıma araçlarına özendirilmeli, bu doğrultuda propaganda ve eğitim yapılmalıdır.

Yol durumuyla bağlantılı kazaların en az düzeye indirilmesi için, karayolu yapım ve bakımına özen gösterilmeli; yaya geçidi, işaret, kaldırım ve banketler iyi düzenlenmelidir.

2- “İnsan etmeni”ne yönelik önlemler:

İnsan etmeninin, trafik kazalarında ve ölümlerde %97’ye ulaşan sorumluluğunun bilincinde olarak, insan kusurlarından kaynaklanan kazaların en alt düzeye indirilmesine yönelik önlemlerin ivedilikle alınması ve titizlikle uygulanması süreci başlatılmalıdır. Bu grup önlemleri üç gruba ayırmak gerekir.

- a) Kurallar ve yaptırımlar,
- b) Eğitsel önlemler,
- c) Gerekli örgütlenmenin sağlanması.

a) Kurallar ve yaptırımlar: Trafik sorununu büyük ölçüde çözmüş ülkelerin deneyimleri, başlangıçta kurallara uymanın ancak ceza yaptırımlarıyla gerçekleşebildiğini ortaya koymaktadır. Bu nedenle, trafik kuralları gözden geçirilerek çağdaştırılmalı ve kuralların uygulanışı titizlikle denetlenmelidir. Örneğin, emniyet kemeri zorunluluğu, araçtaki herkesi kapsayacak biçimde genişletilmeli, ayrıca baş desteği (enselik) koşulu getirilmelidir (Taksi sürücülere, okul araçlarındaki öğrenciler, minibüs ve şehirlerarası otobüs yolcuları, arabaların arka koltuklarında oturanlar, ivedilikle “zorunlu emniyet kemeri takma” kapsamına alınmalıdır).

Sürücü adaylarına “Sağlık Kurulu Raporu” koşulu getirilmeli, sürücü kursları etkin biçimde denetlenmeli ve değerlendirilmelidir. Özürlülerin sürücülük koşulları yeniden düzenlenmelidir. Ağır araç sürücülüğü için, ilkokul yerine, en az liseyi bitirmiş olma koşulu aranmalı; profesyonel sürücüler, gelişmiş ülkelerde olduğu gibi özel eğitimden geçirilmeli ve ancak bu eğitimde başarılı olanlara mesleği uygulama olanağı tanınmalıdır.

Sürücülerin yanı sıra, yayaların da trafik kurallarına uyması sağlanmalı, uymayanlara ceza yaptırımları uygulanmalıdır.

Trafik kurallarına uyulmaması durumunda etkili yaptırımların gerçekleşebilmesi için, trafik polisinin sayısı, araç-gereç, eğitim ve davranışı yeterli ve çağdaş bir düzeye ulaştırılmalıdır.

Kazaların %35-40’ının öldürücü ve sakat bırakıcı olmasından sorumlu olan alkol almış sürücülerin, yerinde ve anında saptanabilmesi için, kaza yerine giden bilirkişide alkolmetre bulunması sağlanmalıdır. (Halen kaza yapan, alkol muayenesi için Adli Tıp’a gönderilmekte, 3-4 saati alan bu işlem sırasında gerçeği saptama olasılığı azalmaktadır).

Trafik polisi tüm kurallara uyulmasını sağlamalı; sıklıkla görüldüğü gibi, yalnızca trafiği düzenleyici işlev üstlenmemeli, ek olarak araçlar çağdaş yöntemlerle izlenmelidir. Kurallara uymayan herkese, etkili ve caydırıcı cezalar verilmesi sağlanmalıdır.

b) Eğitsel Önlemler: Çağdaş, etkili ve iyi denetlenen kurallar ve yaptırımlar, tüm eğitim-öğretim süreçlerini kapsayan bir eğitimle desteklenmelidir. Örgün ve yaygın eğitim kuruluş ve gereçlerinde, kitle iletişim araçlarında trafik eğitimine yeterli yer verilmelidir. Trafik dersleri, ortaöğretimde zorunlu dersler kapsamına alınmalıdır.

Gelişmiş ülkelerin deneyimleri gösteriyor ki, tüm bu önlemleri içeren bir yaklaşım, giderek toplumda trafik bilinç ve kültürünün oluşmasını sağlıyor. Böylece kuralların uygulanışını toplumun kendisi denetler duruma geliyor.

c) Gerekli örgütlenmenin sağlanması: Trafik sorununun çağdaş bir çözüme kavuşabilmesi ve kayıpların azaltılabilmesi için, resmi ve sivil kuruluşların katılımıyla gerçekleştirilecek bir örgütlenme gereklidir.

Öte yandan, pek çok başka önemli yasa gibi, TBMM’de beklemekte olan trafik önlemlerini ve cezalarını artırmaya yönelik yasa, bir an önce parlamentoda ele alınıp gerekli düzeltmeler yapılarak yasalaştırılmalıdır.

Emniyet Genel Müdürlüğü Trafik Daire Başkanlığı ise, açıkladığı verilerin ışığında, artık her biri bir cinayet niteliğini alan trafik ölümlerini azaltmak doğrultusunda gerekli tüm kararları almalı, denetimleri yoğunlaştırmalı ve yaptırımları uygulamalıdır. Bugünkü yasal çerçevede bile yapılabilecek çok şey vardır. Ayrıca, tırmanan sürücü cinayetlerini durdurmak için, tüm toplum kesimlerinin çaba harcaması ve üzerine düşen görevi yapması gerekmektedir.

Resmi trafik örgütü bugün nicel ve nitel açıdan çok yetersizdir. Trafikle ilgili sekiz bakanlık vardır ama aralarında eşgüdüm yoktur. Trafikten sorumlu “Trafik Dairesi”, Emniyet Genel Müdürlüğü’nün 22 dairesinden biridir. Uzmanlar, trafik örgütünün en tepede, bakanlık, müsteşarlık ya da, en azından güçlü bir genel müdürlük düzeyinde örgütlenmesini öneriyorlar. Ayrıca, trafik örgütü her düzeyde güçlendirilmelidir. Trafik polisleri sayıca artırılarak, çağdaş araç-gereçlerle donatılmalı, çağdaş bilgi ve yöntemlerle eğitilmelidir.

Trafik kurallarına uyulup uyulmadığını yalnızca polis önlemleri ile denetlemek çok zordur. Daha kısa sürede ve daha iyi sonuç alabilmek için, toplumun gönüllü katılımı ve katkısı gereklidir. Bu amaçla halk, kurallara uymayan ve trafik düzenini bozanlara karşı etkin bir tutum izlemeye çağrılmalı; bunun için tüm sivil örgütler çaba harcamalıdır. Aynı zamanda, yarı resmi bir “trafik gönüllüleri örgütü” oluşturularak denetimlerde etkin görev üstlenmeleri sağlanmalıdır. Resmi bir belgeyle yetkili kılınan bu gönüllüler, buldukları her yerde işlev görerek, trafik düzenine önemli katkıda bulunabilirler.

Bu kuralları ve TBMM'de beklemekte olan trafik yasasının yürürlüğe konmasını yetkililerden beklerken, ben burada daha çok yaya ya da sürücü olsun, halka düşen görevlerden söz etmek istiyorum.

Sıkça söylenen bir söz vardır. Her trafik kuralı, yaşanmış deneyimlerden sonuç çıkartılarak ortaya konmuştur ve her kurala uymak gerekir. Yaya ya da sürücü olalım, trafik kurallarına uymalıyız, uymayanları uyarmalıyız. Gözümüze çarpan her yanlışlığı ilgililere iletmeliyiz.

Kazalarda en önemli payı taşıyan sürücü hatalarının başında, aşırı hız, alkollü araç kullanımı ve hatalı sollama gelmektedir. Sürücülerin yürürlükte olan hız sınırlarına uyması, kazaları, özellikle de ölümcül yaralanmaları çok azaltacaktır. Alkollü ya da yorgun araç kullanmaktan özenle kaçınmak gereklidir. Çünkü alkol ve yorgunluk, insanın bilincini perdelemekte, kişiye istemediği şeyler yaptırabilmektedir. Sevgili sürücüler, "bir kadehle bir şey olmaz" diye düşünerek alacağınız alkollü içkinin bir ya da birçok insanın ölümüne yol açabileceğini unutmayın.

Yayalar olarak da kurallara uymalı; bu konuda çocuklarımızı, gençleri eğitmeliyiz. Ayrıca kendimiz kurallara uyararak, onlara örnek olmalıyız.

Hepinize sağlıklı, kazasız günler diliyorum.

(TRT 1'de yapılan konuşma metni, 28 Temmuz 1994)

BAŞKENTİN ÜZERİNE ÇÖKEN KARA BULUT (2)

Yıllar önce *Politika* gazetesinde, aynı başlıkla bir yazım yayımlanmıştı. 1970’li yıllardaki yoğun hava kirliliğine değinen bu yazıda, asıl kirliliğin “siyasal” olduğuna dikkat çekiliyordu. Çünkü çevre ile ilgili pek çok başka sorun gibi, hava kirliliği de önlenemez olmasına karşın, siyasal çıkar hesapları yüzünden engellenemeyen bir sorun olarak karşımızda duruyordu. Kirli hava soluyarak sağlığını bozulması, tümüyle kötü ve beceriksiz yönetimlerin uygulamalarının sonucuydu.

Aradan geçen yıllar içinde, özellikle 90’lı yılların başında, Ankara’nın hava kirliliğine ilişkin önemli adımlar atıldı; bu konuda küçümsenmemesi gereken bir başarı elde edildi. O yıllarda, İstanbul’un ve başka büyük kentlerin “hava kirliliği” gündemde iken, Ankara, Türkiye’nin en temiz kentleri arasına girmişti. 1989-1994 yılları arasında Anakent ve ilçe belediye yönetimlerinin kömür politikalarıyla ilgili kararlı tutumları sonuç vermişti.

Umursamazlığın boyutları

Bir süredir Ankara kentinin üzerine, 1970’lerden tanıdığımız o “kara bulut” yeneden çökmeye başladı. Bu kara bulut, hava kirliliğinin halk sağlığı açısından ulaştığı tehlikeli boyutun somut bir göstergesi olarak üzerimizde duruyor. Hava kirliliğini izlemek ve gerekli uyarıları zamanında yapmakla görevli kurumların, kirlilik bu boyuta ulaşmadan, yani gözle görülür duruma gelmeden, yetkilileri ve kamuoyunu bilgilendirmesi gerekirdi. Zaten düzenli ölçümler yapılmasının amacı, tehlike henüz küçükken gerekli önlemlerin alınmasını sağlamaktır. Ne var ki, geride bıraktığımız günlerde Ankara’nın hava kirliliği “ikinci ve üçüncü derece uyarı” düzeylerine ulaşmasına karşın, yetkili kişi ve kurumlardan bu konuda hiç ses çıkmamıştır. Ankara Anakent Belediyesi ve Belediye Meclisi, konuyla ilgileri yokmuş gibi bir umursamazlık içindedir. Düzenli hava kirliliği ölçümleri yapan Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi de, basında kirliliğe dikkat çeken haberler çıkıncaya dek hiçbir açıklama yapmamıştır. İl Hıfzısıhha Kurulu, İl Sağlık Müdürlüğü ve Ankara kentinde bulunan Sağlık Bakanlığı, halkın sağlığını doğrudan ilgilendiren böylesi önemli bir sorun karşısında sessizliği yeğlemişlerdir.

Ankara’nın hava kirliliğinin nedenleri çok yönlüdür. Başta gelen nedenler arasında, ölçsüz ve denetimsiz ulaşım aracı yoğunluğu, kent içi trafiğe hiçbir düzen ve kısıtlama getirilmemesi, plansız ve denetimsiz yapılaşma, kaçak kömür kullanımını, konut ısınma mekanizmalarının sorunları, enerji üretim kaynaklarının ve sanayi kuruluşlarının arıtma sistemlerinin yetersizliği vb. etmenler sayılabilir. Ancak, şu sıralarda çıplak gözle görülen durumla ilgili olarak kömür dağıtımını ve kullanımının başta gelen etken olduğunu söylemek, kesinlikle abartma olmay-

caktır. Konuyla ilgili çeşitli söylentiler, basında ve kamuoyunda tartışma konusu yapılmaktadır. Kuşkular, özellikle kaçak kömür girişine göz yumulması, yakalanan kaçak kömürün Refah Partisi'ne yakın vakıflara ve benzer kuruluşlara dağıtılması üzerinde yoğunlaşmaktadır. (Son günlerde, bu konuyla ilgili kimi belgeler basında yer almıştır.)

Boşa giden emekler

Başkent'in temiz havasının oldukça kısa bir süre içinde böylesine kirlenmesi, Ankaralılarda derin üzüntü ve kaygı yaratmaktadır. Onca emek boşa gitmiş, Ankaralılar, ithal kömüre fazladan para ödedikleriyle kalmışlardır. İşin ilginç yanı, geçmişte büyük emek vererek Ankara'yı temiz havaya kavuşturanlardan da hiç ses çıkmamaktadır. Ankara'nın bir Belediye Meclisi olup olmadığı bile fark edilememektedir.

Başkentimizin üzerine çöreklenen ve halkın sağlığını tehdit eden boyutlara ulaşmış olan kara bulutlardan bir an önce arındırılması için gerekli önlemler ivedilikle alınmalıdır. İlgili tüm kamu kurum ve kuruluşları, üzerlerine düşen görevleri yerine getirmelidir. Hava kirliliği düzeyleri ve alınacak önlemler, düzenli olarak kitle iletişim araçlarıyla kamuoyuna duyurulmalıdır. Aslında, Dünya Sağlık Örgütü'nün kabul ettiği sınır değerler, ülkemizde geçerli sayılan değerlerin çok altındadır. Bu gerçek, durumun ciddiyetini daha da artırmaktadır.

İvedi önlemler

İvedi önlemler olarak, kalorifer ve taşıt denetimleri artırılmalı, kural dışı olanlara gerekli yaptırımlar mutlaka uygulanmalıdır. Denetimlere, kamuya ve özellikle de belediyelere ait taşıt ve binalardan başlamak çok yerinde olacaktır. Kaçak kömür kullanımı açısından gerekli araştırmalar yapılmalı; en başta özelleştirilen depolarla ilgili kuşkular açıklığa kavuşturulmalıdır. Ulaşım araçlarının hava kirliliğindeki önemli payı göz önünde tutularak, toplu taşımacılığa önem verilmeli; resmi ve özel taşıtların havayı daha fazla kirletmelerini önlemek için ivedi önlemler alınmalıdır.

Görüldüğü gibi, alınacak önlemlerin çoğu, özellikle Anakent Belediyesi'nin etkin, doğru ve bilimsel çabalarını gerektirmektedir. Kuşkusuz aslanan, Başkent'in siyasi kirlilikten ve beceriksiz yöneticilerden kurtarılmasıdır. Ne yazık ki, bu konuda umutlu olmak için ufukta henüz yeterli bir ışık görülmektedir.

(Siyah Beyaz, 26 Aralık 1996)

BÖLÜM 2

GENEL HALK SAĞLIĞI

BEBEK ÖLÜMLERİ

Bebek ölümü, bir yaşına kadar ölen çocukların, bin canlı doğuma oranıdır. Bebek ölüm hızı, bir ülkenin sağlık koşulları ile toplumun sosyoekonomik ve eğitim düzeyinin bir göstergesidir. Az gelişmiş ülkelerde bu oran yüksek, gelişmiş ülkelerde ise düşüktür. Demek ki yüksek bebek ölümü oranı, az gelişmişliğin bir simgesidir.

1966-1967 yıllarında yapılmış bir araştırmanın sonuçlarına göre, ülkemizde bebek ölüm hızı ‰ 153'tür. Yani canlı doğan bin bebekten 153'ü, bir yaşına gelmeden ölmektedir. Bu oran kırsal bölgelerimizde ‰ 168, kentsel bölgelerimizde ‰113'tür ve bazı kırsal bölgelerde ‰215'e dek yükselmektedir. Karşılaştırma olanağı sağlayabilmek için gelişmiş ülkelerden örnekler vermek gerekirse; bebek ölüm hızı ABD'de ‰22, Fransa'da ‰15, SSCB'de ‰26, Bulgaristan'da ‰31, Yunanistan'da ‰32'dir. Yani Türkiye'de bebek ölümleri bu ülkelerden 6-10 kat daha fazladır.

Yüksek bebek ölümlerinin, çevre sağlığı koşulları ve sosyoekonomik düzeyle ilişkisi nedir? Bu soruya yanıt verebilmek için, bebek ölümlerin en çok neden olan hastalıkları incelemekte yarar var. Bebek ölümlerine neden olan hastalıklar incelemesinde zatürreenin birinci sırada olduğu görülür. İl ve ilçelerimizde 1969 ve 1970 yıllarında birinci ve ikinci sırada yer alan bebek ölümü nedeni hastalıklar tabloda görülmektedir. Üçüncü sırada diğer bulaşıcı hastalıklar yer almaktadır ve iki yıl boyunca 9000 üstünde bebek diğer bulaşıcı hastalıklardan ölmüştür. İl ve ilçelerimizde 1970 yılında ölen toplam bebek sayısı 29150'dir. Bu veriler il ve ilçeler için bildirilmiş olup, kırsal bölgelerimiz için bebek ölüm nedenlerini bildiren yeterli veriler yoktur.

Türkiye'de il ve ilçe merkezlerinde bebek ölümleri

| Ölüm Nedeni | Bebek Ölüm Sayısı 1969 | Bebek Ölüm Sayısı 1970 |
|-------------------------|---------------------------|---------------------------|
| Zatürree | 8594 | 9135 |
| Bağırsak enfeksiyonları | 5035 | 5238 |
| Toplam bebek ölümü | | 29150 |

Bu sayıların ortaya koyduğu gerçek, bebeklerimizin bulaşıcı hastalıklar sonucu öldüğüdür. Bu hastalıklar, su, kanalizasyon, konut ve öbür çevre koşullarının sağlığa uygun olmadığı yerlerde görülür. Elverişsiz çevre koşulları bebeğin mikroplarla karşılaşma olasılığını artırmaktadır. Ayrıca eğitim yetersizliği ve ekono-

mik güçsüzlük nedeniyle gerektiği gibi beslenmeyen çocuğun mikroplara karşı direnci azdır. Normal kişilerde hastalık yapmayan mikroplar, çocuğun hastalanmasına neden olabilir. Hasta çocuğun sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi de ayrı bir konudur. Hekime ulaşabilmek birçok kırsal bölgelerimiz için önemli bir sorundur. Böylece, tedavi edici sağlık hizmetlerinden de yoksun kalan ana-baba, çocuğu ölüme terk etmek zorunda kalır.

Kırsal bölgelerde hekim, sağlık personeli, sağlık kuruluşları eksik ve yetersizdir. Sağlık hizmeti gerektiği gibi ulaştırılamamaktadır. Gerçek durumu gösteren veriler elde edilememektedir. Bilinmeyen bir sorunun çözümü de son derece güçtür.

Sorunun çözümlenebilmesi için ekonomik gücü yetersiz olan geniş halk yığınlarının koruyucu ve iyileştirici sağlık hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanması zorunludur. Bütün bölgelere eşit oranda hekim, yardımcı sağlık personeli ve sağlık altyapısının götürülmesi gerekir. Sağlık hizmetleri, ebeler ya da halk sağlığı hemşireleri ve hekimler eliyle evlere götürülmelidir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin bebek doğmadan başlaması gerekir. Gebelerin belirli aralıklarla ana ve çocuk sağlığı yönünden izlenmesi zorunludur. Beslenme eğitimi, aşılar, bebeklerin belirli aralıklarla gelişmesinin izlenmesi, genel sağlık eğitimi gibi koruyucu hizmetler tüm ülke düzeyinde yaygınlaştırılmalıdır. Hasta bekleyen değil, sağlam kişilerin sağlıklarını sürdürebilmesini sağlayan, hasta kişileri erken olarak tanıyan sağlık personeli, sağlık örgütlenmesi gerçekleştirilmelidir. Bunu sağlayabilmek için, sağlık personelinin uygun eğitim almış olması ve yazgısıyla baş başa bırakılmaması gerekir. İlgili sağlık kuruluşları denetleyici görevlerini yerine getirmelidirler. Denetimler suçlayıcı değil, destekleyici, özendirici, yardım edici bir anlayış ve yaklaşımla yapılmalıdır. Bu kuruluşlar, sağlık personeli ile sürekli ilişki içinde olmalı, sağlık hizmetlerinin yürütülebilmesi için gerekli araç, gereç, malzeme (aşılar, ilaçlar vb. gibi) zamanında ve yeterince, etkili bir biçimde sağlanmalıdır.

Ancak böylesi sağlık hizmet uygulamaları, genel olarak halk sağlığı, özel olarak da bebek sağlığına olumlu bir katkıda bulunabilir. Bu biçimde bir çalışma ile en azından sorunların derinliğine anlaşılabilmesi olanağı vardır. Sorunların iyi tanınması da çözüm yollarını saptamayı kolaylaştırır.

Örneğin, sosyalleşme kapsamında olan Etimesgut Sağlık Eğitim ve Araştırma bölgesinde, sağlık hizmetleri sekiz yıldır bu biçimde yürütülmektedir. Türkiye bebek ölümü ortalama hızı ‰153'e karşılık, bu bölgenin kırsal nitelikte olmasına karşın bebek ölüm hızının ‰103 olması, sağlık hizmet niteliğinin olumlu rolünü ortaya koymaktadır.

(Konuşma metni, TRT, Mayıs 1975)

KRONİK HASTALIKLAR

GENEL BİLGİ, ÖRGÜTLENME, İNSANGÜCÜ VE FİNANSMAN SORUNLARI

- I. Genel Bilgiler
 - A. Tanımlar
 - B. Sorunun Boyutları
 - C. Kronik Hastalıklar Kontrolünün Yöntemleri
 - 1. Morbidite istatistikleri
 - 2. Mortalite istatistikleri
 - 3. Epidemiyolojik taramalar
 - 4. Yüksek risk grupları
- II. Kronik Hastalıklarda Örgütlenme
 - A. Giriş
 - B. Koruyucu Hizmetler
 - 1. Beslenme
 - 2. Çevre Sağlığı ve Bağışıklama
 - 3. Ana-Çocuk Sağlığı
 - 4. Sağlık Eğitimi
 - C. Erken Tanı (Sekonder Koruma)
 - 1. Kitle Taramaları
 - 2. Periyodik Muayene
 - D. İyileştirme Hizmetleri
 - 1. Ayaktan Tedavi
 - 2. Hastane Tedavisi
 - E. Esenlendirme (Rehabilitasyon) Hizmetleri
 - F. İzleme Programları
- III. İnsangücü Sorunları
- IV. Finansman Sorunları
- V. Sonuç

GENEL BİLGİLER

Kronik hastalıklar ve yaşlılık sorunlarına verilen önem yüzyılımızın ikinci yarısında yeni boyutlara ulaşmıştır. Bu ilginin nedeni çeşitli etkiler sonucunda bu hastalıkların tüm dünyada artmasıdır. Bu artışın en önemli nedenleri arasında nüfus yapısındaki değişiklikler, sağlık hizmetlerinin gelişmesi ve tedavi olanağı olan bazı hastalıkların –özellikle bulaşıcı hastalıkların- kontrolü, tanı yöntemleri-

nin gelişmesi sonucu bu hastalıkların daha kolay ve yaygın olarak ortaya çıkması sayılabilir.

Tanımlar

Kronik hastalıklar sorununa değinirken, yaşlanma ve yaşlılık sorunlarıyla kronik hastalık kavramlarının farklı kavramlar olduklarını belirtmek gerekir. Kronik hastalıklarının yaşlılıkla ilişkisi, bu hastalıkların 40 yaş ve üzerinde daha sık görülmesinden kaynaklanmaktadır. Fakat çocuklarda da kronik bir hastalık olabileceği gibi, her yaşlı kişide kronik bir hastalık olmayabilir.

Kronik hastalıklar, bir kişide yerleştikten sonra bugünkü tıp bilimleri olanakları ile kesin iyileştirilmesi olasılığı olmayan ya da çok sınırlı olan, fakat tanı, tedavi ve sürekli izleme ile hastanın yaşam sürelerinin uzatılabildiği hastalıklardır. Bu hastalıkların birkaç özelliğini şöyle sıralayabiliriz.

- (1) Yavaş gelişirler ve sürekli dirler,
- (2) Enfeksiyöz ya da non-enfeksiyöz olabilirler,
- (3) Kalıcı düşkünlük, sakatlık, işgücü kaybına neden olabilirler.
- (4) Kalıcı patolojik değişikliklere yol açabilirler,
- (5) Oluşmalarında sosyoekonomik etkenler, kişiye ait yapısal ve genetik özellikler rol oynar,
- (6) Bazı kronik hastalıklardan, hastalık yerleşmeden önce kesin korunma olanağı vardır (Örneğin, akut romatizmal ateş ve romatizmal kalp hastalığı).

Gerontoloji, yaşlanmanın her yönüyle ilgili bilimsel bir yaklaşımdır (sağlık, sosyolojik, ekonomik, davranışsal, çevresel yönler gibi).

Geriatrici ise, gerontoloji ve tıbbın, yaşlıların sağlığının her yönü ile ilgili dalıdır.

Bu tanımlardan anlaşılabilceği gibi kronik hastalıklar ve yaşlılık sorunları çok yakından ilişkili olmakla birlikte farklı kavramlardır. Fakat kronik hastalıkların sıklığı ve önemi ileri yaş gruplarında arttığından, bu hastalıkların toplumsal açıdan önem kazanmasında nüfus yapısındaki daha ileri yaş grupları lehine değişikliklerin rol oynadığını vurgulamak gerekir.

Sorunun Boyutları

Özellikle ileri sanayi ülkeleri başta olmak üzere kronik hastalıkların tüm dünyada arttığı gözlenmektedir. Bu gözlemlerin istatistiksel verileri daha çok morbidite hızlarına dayandığından artışlar gerçek ya da tanı yöntemlerindeki gelişmelere bağlı olabilir. Bu konuda yaşa özel ölüm hızları daha anlamlı sonuçlar vermektedir. Örneğin ABD’de 1911-1945 yılları arasındaki kalp ve böbrek hastalıklarından ölümlerdeki %29’luk artışa karşılık kanser ölümleri %8 artmıştır. Burada birinci grup gerçek artışı, ikincisi ise tanı yöntemlerindeki gelişmeye bağlı artışı simgelemektedir.

Kronik hastalıklarda gerçek artışların nedenleri şöyle sıralanabilir:

1. Toplumların nüfus yapılarındaki değişiklikler

Kronik hastalıkların sıklığı özellikle 40 yaş ve üstü nüfusta arttığından, bu nüfus gruplarının büyümesi, kronik hastalıkların da artışına neden olacaktır. DSÖ verilerine göre, tüm dünyada nüfus yapısı değişmekte ve yaşlanmaktadır. Bu değişiklikler önümüzdeki yıllarda daha da belirgin bir duruma gelecektir. Bu konuyla ilgili veriler ve tahminler şöyledir:

| 60 Yaş ve Üstü Nüfus | | | |
|----------------------|------|-------------|-------|
| | Yıl | Olgu Sayısı | Yüzde |
| Tüm Dünya | 1970 | 291 milyon | %8 |
| | 2000 | 585 milyon | %9 |
| Az Gelişmiş Ülkeler | 1970 | 137 milyon | %5.4 |
| | 2000 | 354 milyon | %7 |

Bu veriler kronik hastalıklarla ilgili sorunların yalnız ileri ülkeler için değil, gelişme sürecinde olan tüm toplumlar için de geçerli olduğunu kanıtlamaktadır. İleri ülkelerde yaşam umutları artmakta, fakat yarattığı sorunlarla yeterince ilgilenilmemektedir. Örneğin ABD’de 1900 yılında 49.2 olan doğuştan yaşam umudu 1970’de 71.1 yıla yükselmiştir. Doğuştan yaşam umudu İsveç’te 75, SSCB’de 70, Bulgaristan’da 71 yıldır.

Az gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkelerde ise doğuştan yaşam umudu oldukça düşüktür. Örneğin, ülkemizde 54 yıldır. Bu düşüklükte bebek ve çocuk ölümlerinin etkisi olmakla birlikte, kronik hastalıkların erken yaşlarda neden olduğu ölümlerin de payı vardır. Ülkemizde beş yaşına kadar ölümlerin ileri ülkelere göre çok yüksek olmasına karşın, 5-45 yaş arası nüfusta yaşam umudu değerleri ileri ülkeler değerlerine benzemektedir. 45 yaş üzerinde ise diğer ülkelere göre ölümler daha yüksektir. Bunun önemli nedeni kronik hastalıkların tanı, tedavi ve izlenmesindeki yetersizliktir.

Özetlemek gerekirse, ileri ülkeler için sorun, nüfusun yaşlanması ile birlikte artan kronik hastalıkların kontrolüdür. Daha az gelişmiş ülkelerde de, görece yavaş olmakla birlikte, toplumların genel gelişimine koşul olarak yaşlı nüfus grupları artmaktadır. Az gelişmiş ülkelerin sorunu hem bu artışı hızlandırmak, yani erken yaşta ölümleri önlemek, hem de bu hastalıkları etkili bir biçimde kontrol edebilmek için gerekli önlemleri önceden gerçekleştirmektir.

2. Bulaşıcı hastalıkların kontrolü

Bulaşıcı hastalıkların kontrolü kronik hastalıkların artışında önemli bir etken olmuştur. İleri ülkelerde yüzyılımızın başında ölüm nedenlerinin birinci sıralarını alan bulaşıcı hastalıklar en düşük düzeylere indirilmiştir. Artık bu ülkelerde en önemli ölüm nedenleri büyük ölçüde kronik hastalıklardır. Tüm ölümlerin de en önemli bölümünü oluşturmaktadır.

3. Sağlık alanında bilimsel ve teknik gelişmeler

Yeterli sağlık örgütlenmesi, tıp alanında kronik hastalıklarla ilgili bilgilerin gelişmesi, kronik hastaların daha uzun süre yaşamalarına ve toplam hasta sayısının artmasına neden olmaktadır.

Kronik Hastalık Kontrolünün Yöntemleri

Kronik hastalıkların kontrolüyle, veri toplama, planlama ve uygulama ile ilgili olarak DSÖ'nün yöntemleri şöyle sıralanabilir:

1. Mortalite istatistikleri: Bunlardan yararlanabilmek için kayıtların güvenilir olması, klinik ve patolojik tanıların karşılaştırılması, ölüm nedenleri kodlamalarının doğru olması gerekir.

2. Morbidite istatistikleri: DSÖ'nün yayınlarında epidemiyolojik tekniklerin kronik hastalıklar alanında çok az uygulandığı vurgulanmaktadır. DSÖ'nün morbidite hızlarının saptanması ile ilgili önerileri şunlardır:

- i. Hastalıkların tanımları ve klinik tanımlar standartlaştırılmalı,
- ii. Daha büyük çapta taramalara kaynak sağlayabilmek için, temsilci örnekler daha ayrıntılı olarak incelenmeli,
- iii. Rutin sağlık hizmetlerinin verileri ile özel araştırma verileri birleştirilmeli,
- iv. Hastalıkların uluslararası sınıflandırmasına uyulmalı,
- v. Değişik kuruluşlardaki aynı kişi ya da aileye ait kayıtlar birleştirilmelidir.

3. Epidemiyolojik taramalar, kitle taramaları: Büyük gruplarda hastalığı olanları ya da geliştirebilecek olanları araştırmak amacı ile yapılır. Önceleri salt epidemiyolojik araştırma için uygulanan bir yöntemdi. Şimdi toplum sağlığı yetkilileri hastalıkları saptamak, tedavi etmek, risk gruplarını korumak amacıyla önermektedir. Örneğin Norveç'te 70 bin kişinin standart biçimde kan basınçları ölçülmüş ve tüberküloz yönünden filmeleri çekilmiştir. Aynı grup prospektif olarak mortalite yönünden izlenmektedir.

Taramalarda kullanılacak tanı araçları ve yöntemleri konusunda da standart ölçütler geliştirilmek zorunludur. Bazı hastalıklarla ilgili olarak standart belirti soruları ve anketler geliştirilmiştir. Bunların değerlendirilmesinde değişik ülkelerin ve kültürlerin örnekleri karşılaştırılmalıdır.

Taramalarda uygulanacak bir tanı yönteminde şu özellikler olmalıdır:

- i. Duyarlılık (*Sensitivity*): İncelenen nüfusta hastalığı olanları büyük oranda ortaya çıkarmalıdır.
- ii. Seçicilik (*Specificity*): Hasta olmayanların çok azını hasta gibi değerlendirmelidir.
- iii. Tutarlılık (*Consistency*): Yinelenen uygulamalarda aynı sonucu vermelidir.

- iv. Uygulanabilirlik: Sahada çalışanların kolaylıkla ve ucuz olarak uygulayabilecekleri bir yöntem olmalıdır.
- v. Araştırılan nüfus için kabul edilebilir olmalıdır.

Tüm yöntemlerin geçerliliği kesin tanı yöntemleri ile karşılaştırılmalıdır. Geçerliliğin tam olması için duyarlılık ve seçicilik maksimal olmalıdır. Uygulamada genellikle maksimal düzeyler olanaklı olmadığından, taramalarda tanı yöntemlerinin duyarlılık ve seçiciliği özel olarak belirtilmelidir.

4. Yüksek risk gruplarının belirlenmesi: Kronik hastalıkların önemli olduğu risk gruplarının tanımlanması birçok nedenle yararlıdır. Bunlar arasında koruyucu hizmetlerin planlanması, hastalık nedenlerinin araştırılması ve sağlık hizmeti gereksinimlerinin saptanması sayılabilir.

Riskin derecesinin ve öneminin saptanmasında risk altındaki toplumun genişliği önemlidir. Örneğin, akciğer kanserinde önemli bir artışa göre, iskemik kalp hastalığındaki hafif bir artış daha önem kazanır.

Bazı meslekler yüksek riskli olarak değerlendirilir. Bu işlerde çalışmış kişiler, o işten ayrılırsa bile izlenmeleri gerekir.

5. Diğer sağlıkla ilgili istatistikler: Kronik hastalıklarla ilgili veri toplama, planlama ve uygulamada sağlıkla ilgili diğer rutin istatistiklerden de yararlanılmalıdır. Bunlar arasında demografik, ekonomik, jeolojik, coğrafik, meteorolojik, tarımsal istatistikler sayılabilir.

KRONİK HASTALIKLAR İÇİN HİZMETİN ÖRGÜTLENMESİ

Giriş

Kronik hastalıkların kontrolüne yönelik hizmetlerin örgütlenmesi tüm sağlık hizmetlerinin ayrılmaz bir parçası olarak değerlendirilmelidir. Belirli bir nüfusun tüm sağlık gereksinimlerini karşılayacak olan bir uç birim ve ilk basamak sağlık hizmeti temel ilkesinden hareket edilirse, kronik hastalıklara yönelik örgütlenme temelinin de uç birimde olması gerektiği ortaya çıkar. Erişkin dönem için böyle bir örgütlenme tüm dünyada yok denecek kadar azdır. Kuşkusuz bu örgütlenmenin korumaya öncelik vermesi gerektiğinden, tüm nüfusu kapsamı ve bu arada kronik hastalıkları olanlara da sağlık hizmeti sağlaması beklenir. Kronik hastalıklar programının kapsamı şöyle özetlenebilir:

1. Sağlığın sürdürülmesi,
2. Kaza ve hastalıkların önlenmesi,
3. Hastalıkların olanakların elverdiği en erken dönemde tanı ve tedavileri,
4. İş göremezliğin ve sakatlığın önlenmesi,

5. Hasta kişilerin en yüksek düzeyde bağımsız çalışabilme ve yaşamlarını sürdürebilmeleri amacıyla kapasitelerinin geri döndürülmesi.

Kronik hastalıkların kontrolü için tam bir program primer ve sekonder koruma kavramlarına dayanmalı ve şu çalışmaları kapsamalıdır.

1. Araştırma
2. Erken Tanı
3. Hastane bakımı
4. İzleme
5. Esenlendirme (Rehabilitasyon)
6. Eğitim
7. Destekleme

Araştırma hastalık nedenleri, tanı ve tedavi yöntemleri, insidans, prevalans, mortalite, örgütlenme ve yöntem geliştirme gibi ölçüt ve alanları kapsamalıdır.

Kronik Hastalıklarda Koruyucu Hizmetler

Kronik hastalıklara karşı temel yaklaşım koruyucu olmalıdır. Yoksa, kronik hastalıkların yarattığı sorunlar zamanla büyüyecek ve kontrolü güçleşecektir. Koruyucu hizmetler üç bölümde incelenebilir.

1. Önlenabilir akut bulaşıcı ve eksiklik hastalıklarından biyolojik koruma (primer koruma)
2. Korunulabilir ya da iyileşebilir kronik hastalıkların sonuçlarından koruma (sifiliz, tüberküloz, kanser, diyabet) (sekonder koruma)
3. Önlenmesi ve iyileştirilmesi olanağı olmayan hastalıkların sonuçlarını önleme ya da geciktirme (birçok kalp hastalıkları) (tersiyer koruma)

Birçok hastalıktan primer koruma olanağı vardır. Bu konuda, yaşamın her döneminde beslenmenin özel önemi vardır. Gebe kadının iyi beslenmesi sonraki yaşamda fizyolojik ve mental sağlığı her şeyden çok etkiler. Kronik hastalıklardan eksiklik (karans) hastalıkları doğrudan, diyabet ve kardiyovasküler hastalıklar dolaylı olarak beslenme ile ilgilidir. Beslenmenin yetersiz, dengesiz ya da aşırı olması eşit derecede önemlidir. Yaşlanmayı başlatan ve şiddetini belirleyen etkenler şöyle sıralanabilir;

1. Heredite,
2. Konsepsiyon sırasında ana-babanın sağlık ve beslenme durumu,
3. Gebelik ve laktasyon sırasında annenin sağlık ve beslenme durumu,
4. Yaşamın her döneminde beslenmenin nicelik ve niteliği ve bunun kişisel gereksinmelere uyumu,

5. Kişinin yaşamının herhangi bir döneminde geçirilmiş herhangi bir hastalık,
6. Kişinin geçmişte, işinde alışkanlıkları ve günlük yaşamı içindeki çevresi,
7. Kişinin maruz kaldığı çeşitli etkenler (gaz, toz, kimyasal bileşikler, ilaçlar).

Deneysel aşamada olan bazı biyokimyasal ve fizyolojik araştırmalar sonucunda bazı dejeneratif olayları inhibe eden, yaşlanma hızını değiştiren maddeler saptanmıştır. Bu maddeler arasında protein sentez inhibitörleri, immünoşüpresifler, anabolizanlar, hormonlar sayılabilir. Deney hayvanlarında kalori alımının azaltılması ve çevre ısısının düşürülmesi yaşlanma olayını geciktirmektedir. Bu araştırmalar deneysel aşamadır. Fakat gelecekte kronik hastalıklar ve yaşlanma ile ilgili olaylardan primer korumada benzer yaklaşımların önem kazanabileceğini düşündürmektedir.

Primer korumada önemli başka bir etken bulaşıcı hastalıkların kontrolü, önleme ya da zamanında tedavisidir. Bulaşıcı hastalıkların kontrolü erken ölümlerde olduğu kadar ileri yaşlarda bazı kronik hastalıkların önlenmesinde de rol oynar. Bu hastalıklar arasında romatizmal kalp hastalığı, kronik nefrit, sifiliz, tüberküloz gibi bulaşıcı ya da bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar sayılabilir. Görüldüğü gibi aşılama, çevre sağlığı gibi koruyucu hizmetlerin de kronik hastalıkların önlenmesinde rolü vardır.

Ana-çocuk sağlığı hizmetlerinin de kronik hastalıkların kontrolünde önemi bulunmaktadır. Bir örnek vermek gerekirse, ana sağlığı ile ilgili etkili sağlık hizmeti, analığın erken risklerini olduğu kadar, sonraki dönemdeki komplikasyonları da önler. Örneğin, yetersiz ana-çocuk sağlığı hizmeti sonucu ortaya çıkabilen servikal yırtıklar, servikal kanser olasılığını artırır.

Primer koruyucu hizmetler arasında yaygın sağlık eğitiminin yeri vardır. Toplumun sağlık eğitimi her alanda olduğu gibi kronik hastalıkların kontrolü yönünden de önemlidir.

Erken Tanı (Sekonder Koruma)

Kronik hastalıklarda başlayan hastalığın erken dönemde saptanması, hastalığın ilerlemesinin önlenmesi ve sonuçlarından korumanın büyük önemi vardır. Burada anahtar erken tanıdır. Önemli bir güçlük, kronik hastalıkların sinsi başlaması ve yavaş gelişmesidir. Başlangıç siliktir ve çok az belirti vererek ilerler. Oysa bu dönemde saptanan hastalığın sıklıkla kesin tedavisi ya da durdurulması olasılığı vardır. Örneğin, birçok kanser, diyabetes mellitus vb. erken dönemde saptanıp gerekli önlemler alındığında hasta normal yaşamını sürdürebilir. Bu nedenle erken tanının hem bireysel, hem de toplumsal açıdan yaşamsal değeri bulunmaktadır.

Erken tanı için iki önemli yöntem, kitlesel taramalar ve periyodik muayenedir. Bu çalışmaların etkili olabilmesinin önkoşulu yeterli sağlık örgütüdür. Etkili sağlık

eğitimi ile birlikte yürütülürse taramalar ve periodik muayene birçok hastanın erken dönemde bulunmasında yardımcı olur. Yapılan araştırmalar kitlesel taramalardan saptananlarla, kendiliğinden başvuran hastalar arasında önemli farklar olduğunu göstermiştir.

Kronik hastalıkların erken dönemde saptanıp gerekli tedavi ve izleme programı uygulanırsa, yaşam sürelerinde önemli gelişmeler sağlanır. Örneğin, 1970 yılında ABD'de eğer herkese tıbbın elverdiği her türlü hizmet yapılırsa, 600 bin kişinin ölümden kurtarılacağı saptanmıştır. Bunun sonucunda kaba ölüm hızının %9.4'den %6.5'e düşeceği belirtilmektedir. Bazı hastalıklarda eğer her türlü hizmet verilirse, ölümlerde beklenebilecek azalma şöyledir,

| | |
|---------------------------|------|
| Romatizmal Kalp Hastalığı | %95 |
| Diyabetes Mellitus | %60 |
| Tiroid Hastalıkları | %100 |
| Peptik Ülser | %50 |

Kronik hastalıklarda erken tanı, etkili eğitim ve sekonder koruma önlemlerinin olumlu sonuçları tabloda görülmektedir (Tablo 1).

İyileştirme Hizmetleri

Saptanan hastalıkların kesin tanı ve tedavileri için hastane bakımı gerekebilir. Erken dönemde saptanan hastalar için ayaktan tedavi yapılabilir. Hastane bakımı en pahalı hizmet biçimi olduğundan erken tanı bu yönden de önemlidir.

Kronik hastaların bir bölümü kesin hastane bakımı gerektiren hastalar olacağından bu hastalıklar için yeterli hastane yatağı bulunmalıdır. Kamu kuruluşlarının bu gereksinmeyi karşılaması zorunluluğu vardır.

Esenlendirme (Rehabilitasyon)

Kronik hastalar için esenlendirme programı, programın diğer yönleri ile birlikte yürütülmelidir. Hastanın durumuna göre, kendi işlerini yapabilmesi, işine dönebilmesi ya da başka bir işe hazırlanması gibi çalışmalarını kapsar. Önemli bir yönünü hastanın ruhsal açıdan yeni duruma hazırlanması oluşturur.

Esenlendirme hizmetleri toplum sağlığı hemşireleri, sosyal hizmet uzmanlarının sorumluluğunda gerçekleştirilmelidir.

Tablo 1. Kronik hastalıklarda erken tanı, etkili eğitim ve sekonder korumanın sonuçları

| Hastalık ve Riskler | 45 yaşında bir erkek hastada 10 yıl içinde beklenen ölüm riski % |
|--|--|
| Arteriyosklerotik Kalp Hastalığı | 35.07 |
| -Sigara, şişmanlık öyküsü | 350 |
| -Egzersiz, zayıflama, sigara bırakma | 70 |
| Akciğer kanseri | 4.86 |
| -İki paket sigara | 50 |
| -Sigarayı bırakma | 25 |
| Karaciğer Sirozu | 3.7 |
| -Fazla alkol öyküsü | 15 |
| -Alkolü azaltma | 4 |
| Hipertansif Kalp Hastalığı | 1.5 |
| -Kan basıncı 160/110,şişmanlık,koroner kalp h. | 15 |
| -Hipertansiyonun tedavisi | 7 |

İzleme Programları

Kronik hastaların büyük bir bölümü ayaktan tedavi edilebilir ve evde izlenebilir. Hastaneye yatan hastaların yaklaşık %70'inin yeterli sağlık hizmeti olursa evde bakılabileceği hesaplanmıştır. Evde izlemeden toplum sağlığı hemşirelerinin sorumlu olması, belirli aralıklarla birinci basamak hekimlerinin de ev gezileri yapmaları önerilmektedir.

İNSANGÜCÜ SORUNLARI

DSÖ'nün önerilerine göre kronik hastalıklar programının yürütülmesinde temel, ilk basamak sağlık birimi ve sağlık personelidir. İlk basamak hekiminin sorumluluğunda diğer sağlık personeli, özellikle toplum sağlığı hemşiresi görev yapmalıdır. Programın değişik bölümlerinin uygulanışından ilk basamak sağlık ekibi sorumlu olmalı, fakat daha üst kuruluşlar (hastane, uzmanlar) tarafından desteklenmelidir. Geniş çaplı taramalar için hekim, hemşire kullanmak pahalıdır. Bunlar için özel yetiştirilmiş personel kullanılmalıdır.

Pratisyen hekimlerin ve diğer sağlık personelinin eğitim programları erişkin sağlık hizmetleri, geriatri ve kronik hastalıklar konularını kapsamalıdır. Tıp eğitimi ve sürekli eğitim programlarında bu kavramlar öğretilmelidir. Bunu gerçekleştirebilmek için eğitim, araştırma ve planlamayı yapacak uzmanlar yetiştirilmesi gerekir.

FİNANSMAN SORUNLARI

Etkili ve yeterli bakım ve izleme sağlanmaz ise kronik hastalıklar topluma çok pahalıya mal olmaktadır. On sekiz yaşına gelmiş bir kişi için toplumun yaptığı yatırım 60 bin dolardır. Bir bebek doğduğunda o ana kadar yapılmış yatırım 1070 dolardır. Üretken çağda toplumun kişiden bekleyebileceği katkı 110 bin dolardır. Üretken çağda herhangi bir hastalık, sakatlık, işgöremezlik durumu toplumu belirli ölçüde zarara sokacaktır. ABD’de 1970 yılında yapılan bir araştırmaya göre, eğer herkese en üst düzeyde sağlık hizmeti uygulansa idi, 600 bin kişi ölümden kurtulacak ve toplum 120 milyar dolar kar edecekti.

Koruyucu hizmetler en ucuz sağlık hizmeti biçimidir. Bu nedenle kronik hastalıkların kontrolünde de primer korumaya önem verilmesi, hem bireyin ve toplumun sağlığı açısından, hem de ekonomik yararlar açısından çok etkilidir.

Ayaktan bakım hastane bakımından daha ucuzdur. Bunun için hastane bakımı yerine, tedavi ve izleme hizmetlerinin ayaktan ve evde yürütülmesinde büyük yararlar vardır. İlk basamak sağlık hizmetinin masrafları ile hastane hizmetlerinin masrafları karşılaştırıldığında büyük farklar ortaya çıkmaktadır. Bin kişiye ilk basamak hizmeti yılda 1100 dolara mal olmaktadır bu 1.3 hastane yatağının yıllık masrafına eşittir. (Bu da 100 kişinin hastanede bakımdan yararlanması demektir).

SONUÇ

Son yıllarda kronik hastalıklar konusuna gösterilen ilginin haklı nedenleri vardır. Şimdiki aşamada, atılan adımlar sorunu çözümlenmekten uzaktır. Kronik hastalıkların kontrolü geç görünmekle birlikte, 50 yıl önce bulaşıcı hastalıklar için de benzer güçlükler söz konusu idi. Bugün ileri ülkelerde bulaşıcı hastalıklar sorunu hemen hemen çözülmüştür.

Az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelere gelince, sağlığın ve sağlık hizmetinin bütünlüğü ilkesi temel alınarak erişkin sağlığına ve kronik hastalıkların kontrolüne gereken önem verilmelidir. Sorun bugün ele alınmazsa yakın bir gelecekte çok daha büyük boyutlarda belirginleşecektir. Çünkü, tüm toplumlar değişmekte ve her şeye karşı gelişmektedirler. Az gelişmiş ülkelerin nüfus yapıları da değişmektedir. Bu ülkelerin ileri ülkelerin sonuçlarını beklemeden kendi koşullarına uygun yöntemler geliştirmesi gerekir. Kuşkusuz öncelik taşıyan sorunlar vardır. Fakat bunların arasında öncelik taşıyan kronik hastalıklar olduğu da unutulmamalıdır. Planlama ve uygulamada toplum için en önemli olan kronik hastalıklara ve sorunlara öncelik verilmelidir. Böyle bir uygulama ilk basamak sağlık birimi ve ekibi için ek bir yük olmayacak, aksine yaptıkları bir işi daha planlı, örgütlü ve etkili biçimde yapmalarını sağlayacaktır.

İngiliz Townsend sorunun insanlıc yönlerini şöyle dile getirmiş:

“Gelecek kuşaklar bizi, yaşlı, yoksul, kronik hasta, kimsesizlere karşı umursamaz ve zalim olmakla suçlayacaklardır. Biz 1860’daki bazı olayları nasıl dehşetle anıyorsak, onlar da bizim davranışımızı böyle anacaklardır. Belki de özgür, de-

mokratik ve ileri toplumun son ölçütü, en güçsüz üyelerinin özgürlük, demokrasi ve refah düzeyi olacaktır.”

Kaynaklar

1. Epidemiological Methods in the Study of Chronic Disenses. WHO Technical Report Series, No:365, 1965.
2. Hanlon, John J.:Public Health Administration and Practice. CV Mosby Co., Saint Louis, 1974.
3. King, Maurice: Medical Care in Developing Countries. Nairobi, Oxfort University Press, 1966.
4. Kronik Hastalıklar, Mimograf. Toplum Hekimliği Bilim Dalı, Hacettepe ÜTF.
5. Planning and Organization of Geriatric Services. WHO Technical Report Series, No:548.Ceneva, 1974.
6. Politika, 18.3.1977.
7. Türkiye Sağlık İstatistik Yıllığı 1973-1974. SSYB Yayınları No:456. Ankara, 1977.
8. Zhuc, A.P.: Public Health Planning in the USSR. US Department of Health, Education and Welfare Public Health Service. 1976.
9. An Account of the activities of the Etimesgut Rural Health District, 1970-1974.

(Toplum ve Hekim, Ocak ve Şubat 1978)

BAZI ÜLKELERDE KRONİK HASTALIKLARIN DURUMU

Sağlık alanındaki gelişmeler ve birçok başka nedenle, özellikle gelişmiş ülkelerde yaşlılık sorunları ve hastalıkları ile kronik hastalıklar büyük önem kazanmıştır. İleri ülkeler sorunu tüm boyutlarıyla araştırıp incelemeye, bu hastalıklarla ilgili koruma, tanı, iyileştirme, esenlendirme, izlemeye ilişkin örgütlenmeye özel önem vermektedirler. Fakat konuyla ilgili yeterli veriler ya da yeterli örgütlenme konusunda kesinleşmiş bir görüş yoktur. Çalışmaların en çok yapıldığı iki ileri ülke örnek olarak gözden geçirilecektir.

Amerika Birleşik Devletleri

ABD'de kronik hastalıklara ilişkin veriler yüzyılımızın başından beri büyük değişikliğe uğramıştır. Özellikle bulaşıcı hastalıkların önlenmesi ölüm nedeni olarak kronik hastalıkların ilk sıralara geçmesine neden olmuştur. ABD'de 1900 yılı verileri 1970 yılı ile karşılaştırıldığında, ilk 12 ölüm nedeninde büyük farklar görülmektedir. ABD'de 1900'de yüz binde 194 olan tüberküloz ölüm hızı 1970'de yüz binde 2.7'ye düşmüştür. 1900'e göre kurtarılan yaşam sayısı 388440'tır. Tifo ölüm hızı yüz binde 31.3'den sıfıra düşmüştür. Kurtarılan yaşam sayısı 63500'dür.

Bulaşıcı hastalıkların kontrolü yanında kronik hastalıkların önem kazanmasında önemli bir etken de nüfus yapısındaki değişikliktir. (Bunun nedenlerinden birisi de şüphesiz bulaşıcı hastalıkların kontrolüdür.) Özellikle 40 yaş ve üstü nüfusta kronik hastalıkların öneminin artmasının bir nedeni de bu yaş gruplarının oranlarının artmasıdır. ABD'de 1860'da 45 yaş ve üstü nüfus grubu toplam nüfusun %13'ünü oluştururken, 2000 yılında bu oranın %40 olması beklenmektedir. 1900'de 65 yaş ve üstü toplam nüfusun %4.1'i iken, 1974'te bu oran %10'a ulaşmıştır.

Kronik hastalıkların artması ve önem kazanmasında rolü olan diğer bazı etkenler, tanı yöntemlerinin gelişmesi, sağlık alanındaki bilimsel gelişmeler sonucu daha uzun süre yaşayan kronik hasta sayısının artması, sosyoekonomik gelişme düzeyiyle ilgili nedenler olarak sıralanabilir. Tüm bu gelişmeler sonucu ABD'de ortaya çıkan değişiklikleri en önemli ölüm nedenleri listesinde gözlemek olanağı vardır.

ABD’de 1900 ve 1970 yıllarında ölüm nedenleri

| Yüzbinde ölüm hızı 1990 | | Yüzbinde ölüm hızı 1970 | |
|----------------------------|-------|----------------------------|-------|
| 1.İnfluenza, Pnömoni | 202.2 | Kalp hastalıkları | 360.3 |
| 2.Tüberküloz | 194.4 | Malin urlar | 162.0 |
| 3.Diare ve enterit | 139.9 | Serebral Kanama | 101.7 |
| Kalp hastalıkları | 137.4 | Diyabetes Mellitus | 18.5 |
| Malin urlar | 64 | Ateroskleroz | 15.9 |
| | | Bronşit, Anfizem, Astma | 14.9 |

1900’de enfeksiyöz hastalıklardan ölümlerin tüm ölümlere oranı %61 iken 1970’de kronik ve metabolik hastalıklardan ölümlerin tüm ölümlere oranı %80’dir. 1966’da örnekleme ile yapılan bir araştırmada nüfusun %49’unda bir ya da birden fazla kronik hastalık saptanmış ve bunların %2’sinden çoğunda hastalık kişinin normal işini engelliyormuş.

Taramalar ve Erken Tanı

ABD’de kronik hastalıklarla ilgili çalışmalara son yıllarda hız verilmiştir. Özel hastalıklar için gönüllü sağlık kuruluşları kurulmuştur. Resmi olarak sorunun ele alınışı ve toplum sağlığı programında yer alması kanser programları ile başlamıştır. Şu anda ABD’de ana odak kanserdir. Araştırma, erken tanı ve tedavi izleme programları kanser merkezlerince sürdürülmektedir. Toplum sağlığı programı içinde konunun ele alınışı sınırlıdır. Kanser taramaları için daha çok ilk basamak hekimlerinin periyodik muayene yapmaları istenmektedir. Kanser olgularının %60’ını deri, meme, rektum, serviks kanserleri oluşturduğundan, bunlar basit ve ucuz yöntemlerle ortaya çıkarılabilir. 6-12 ayda bir periyodik muayene önerilmektedir. 1950 yılına kadar her eyalet ayrı bir kanser programı geliştirmiştir. Bu programların çoğu bugün de Amerikan Kanser Birliği ve eyalet tıp birliklerince yürütülmektedir.

Diğer kronik hastalıklarla ilgili gelişmeler son derece yavaştır. Her hastalık için ayrı merkez kurmak pahalı bir yöntemdir. Çok amaçlı tarama programları geliştirilmektedir fakat bunların sayısı çok az ve sınırlıdır. Yerel sağlık örgütleri genel hizmet içinde kronik hastalara hizmet vermekte ise de bunlar kronik hastalık programı olarak nitelendirilebilecek düzeyden uzaktır. Yalnızca kronik hastalıklarla ilgili örgütlenmiş birimleri olanlar çok azdır.

Yataklı Kuruluşlarda Tedavi ve Bakım – İzleme

Kronik hastalık tanısı alanların kesin tanı ve tedavi için hastanede yatmaları gerekebilir. Bu durumda, yeterli sağlık kuruluşu ve masrafları sorunu ortaya çıkar. Bu hizmeti kamu kuruluşlarının sağlaması gerekir. Bu nedenle, bulaşıcı hastalık yataklarının bulaşıcı olmayan kronik hastalık yataklarına dönüştürülmesi düşünülmektedir.

Kronik hastalıkların kontrolü için iki tür yaklaşım vardır:

1. Total toplumsal yaklaşım,
2. Bireysel yaklaşım.

Yetkililer total toplumsal yaklaşımın ABD’de olanaksız olduğunu belirtmektedirler. Bireysel yaklaşım ise kişiye çok pahalıya mal olmaktadır. Yaşlı kişilerin çoğu ancak birinci başvurunun masrafını karşılayabilmektedirler. Çünkü ABD’de yaşlılar için sağlık hizmeti masrafı gençlere göre çok daha pahalıdır. 65 yaş ve üstü nüfusun geliri, 65 yaş altı nüfus grubunun gelirinin yarısı olduğu halde, sağlık hizmeti için iki kattan daha çok harcama yapmak zorundadırlar (Medicare ve Medicaid ile bile).

Hastanede tedavi ve bakım en pahalı sağlık hizmeti biçimlerinden biridir. ABD’de hastane bakım ücretlerinin sürekli arttığı en yetkili kişilerce belirtilmektedir. ABD Başkan Yardımcısı çok yakın bir geçmişte yaptığı bir konuşmada 1950 yılından beri hastane bakım ücretlerinin %1000 arttığını, yıllık artışların %15 olduğunu söylemiştir. Buna karşılık, hastaneye yatırılan hastaların %70’inin, yeterli sağlık hizmeti ve örgütlenmesi olursa evde bakılabileceği saptanmıştır. Yani özellikle kronik hastalıkla ilgili olarak hastaneye yatırılan birçok hasta, gereksiz yere para harcamak zorunda bırakılmaktadır.

Bu nedenle, toplum sağlığı yetkilileri ayaktan tedavi, bakım ve izleme programlarına önem verilmesini önermektedirler. İzleme konusunda en başarılı çalışma kanser alanında yapılmış, Amerikan Kanser Birliği bir milyondan fazla kişi üzerinden ölümleri ve yaşam sürelerini araştırmıştır. ABD’de evde bakım ve izleme için gezici hemşire birlikleri vardır. Bunların toplum sağlığı programları ile birleştirilmesi için çalışılmaktadır. Şimdiki uygulamada izleme ve ayaktan bakımda özel hemşire ile özel hekim görev yapmaktadır. Ayrıca hastanede yatıp da tam iyileşmeden çıkanlar için nekahat evleri vardır, bunların işleyişi de hemşirelere bırakılmıştır.

Esenlendirme (Rehabilitasyon) ve Sürekli Bakım Hizmetleri

ABD’de kronik hastalıkların esenlendirme yönünün yeterince ele alınmadığı vurgulanmakta, bu hizmetin de tüm programın önemli ve tamamlayıcı bir parçası olarak gerçekleştirilmesi önerilmektedir.

Sürekli bakım gereken kişiler için kamu kuruluşları yetersizdir. Kronik hastalıklar programının son bölümünü oluşturan huzur evleri gibi kuruluşların az sayıda ve yetersiz olduğu belirtilmektedir.

Sonuç

Son yıllarda ABD’de yaşlılık sorunları ve kronik hastalıklar konularına özel ilgi gösterilmekte, sorun ulusal düzeyde ele alınmakta, konunun araştırma, inceleme, programlanması için yasalar onaylanmaktadır. Sorunun yeterli ve etkili bir düzeye ulaşabilmesi için birçok değişik kuruluşun işbirliği önerilmektedir (kamu, özel, gönüllü kuruluşlar, yerel kuruluşlar gibi).

Yapılan bir araştırmada kronik hastalıklar ile gelir durumunun ilişkisi araştırılmış ve aile geliri 4 bin \$ altında olanlarda kronik hastalıkların neden olduğu işgücü kaybının, geliri 4 bin \$ üstünde olanlara göre belirgin derecede daha fazla olduğu ortaya çıkmıştır. Bu, kronik hastalıklara eğilimin ve yarattığı kötü sonuçların sosyoekonomik düzeyle yakından ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Bu nedenle kronik hastalık sorununun bir kamu görevi olarak ele alınması gerektiği vurgulanmaktadır.

Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği (SSCB)

SSCB'de kronik hastalıklar sorunu diğer sağlık hizmetleri gibi bir kamu görevi olarak ele alınmakta ve yürütülmektedir. Özellikle kardiyovasküler hastalıkların ölüm ve işgöremezlik nedenleri arasında birinci sırayı alması nedeniyle, 1960 yılında 12 ve 13. parti kongreleri tıp bilimlerine en önemli görevler arasında kardiyovasküler hastalıkların kontrolünü görev olarak vermiştir.

SSCB kaynaklı yayınlarda kronik hastalıklarla ilgili morbidite hızlarının değişik nedenlerle güvenilir olmadığı ve gerçek durumu yansıtmayabileceği belirtilmektedir. Bu nedenle, hastalıkların kontrolünün etkinliğine karar verebilmek için morbidite hızları ile birlikte başka ölçütler geliştirilmelidir. Daha güvenilir olduğu belirtilen ölçütler şunlardır:

1. Mortalite hızları: SSCB'de standardize mortalite indeksleri 1939 ile 1958 arasında dolaşım sistemi hastalıkları ile ilgili olarak %12 düşmüştür. 1958'de bu hastalıklarla ilgili mortalite hızları, ABD ve İngiltere'ye göre daha düşüktür.
2. Hastalıkların en tehlikeli biçimlerinin mortalitesinde azalma: Örneğin; özel ilk yardım örgütlenmesi ve antikogulan tedavi sonucu son yıllarda Leningrad'da miyokart enfarktüsünden ölümler üç kat azalmıştır.
3. Geçici işgörmezlik morbiditesinin düşmesi, eksazerbasyon insidansının düşmesi, sürekli işgöremezlik ve sakatlık olaylarının azalması.

1940 – 1960 yılları arasında SSCB'de kardiyoloji, onkoloji, gastroenteroloji uzmanlıkları gelişmiştir. Yakın zamanlarda da romatizma, influenza, poliomiyelit, kardiyoloji araştırma enstitüleri kurulmuş, gene her konuyla ilgili olarak yaygın bir dispanser ağı gerçekleştirilmiştir. Ayrıca yerel örgüt ve hekimlerin bu kuruluşlarla ilişkileri ve işbirliği sağlanmıştır.

Kronik hastalıkların insidansının düşürülmesi planlanırken, yeni olgularda düşme hızı ile hasta kişilerin sayısındaki düşme hızını ayırt etmek gerekir. Toplumun nüfus yapısındaki değişmeler morbiditedeki düşmeyi maskeleyebilir. Bu nedenle, özel yaş gruplarındaki düşme hızlarını saptamak gerekir. Bu tür veriler, SSCB'de kronik hastalıklar ile ilgili hizmet ve örgütlenmenin başarılı olduğunu göstermektedir.

Planlama özel bilimsel araştırmalara dayandırılarak yapılmaktadır. Planlayıcı, araştırıcı ve uygulayıcılar işbirliği içinde çalışmaktadırlar. Ancak bu işbirliği sonucu etkili ve yaygın bir örgütlenme sağlanabilmiştir.

Örgütlenme

Örgütlenmede temel, yerel sağlık birimine ve poliklinik hekimine dayanmaktadır. Taramalarda ya da polikliniğe başvuran hastalar arasından saptanan hastaları hekimler ilgili özel dispanserlere bildirirler. SSCB’de kardiyovasküler, mental ve onkolojik hastalıkları bildirme zorunluluğu vardır. İç hastalıkları uzmanları ve pediyatristler kendi nüfuslarını en az yılda bir kez muayene ederler, üç yıla kadar çocuklar daha sık periyodik muayeneden geçirilir.

Poliklinik muayeneleri, periyodik muayeneler ya da taramalar sonucu ortaya çıkarılan kronik hastalıklar özel bakım ve izleme için polikliniklerde kayda geçirilir. Bunlar düzenli olarak kontrole çağırılır ve gerekirse tedavi edilir. İzleme programının önemli bir bölümü ev gezileridir. Ev gezilerini poliklinik hekimi yapar. Bu geziler hastalık saptanmış evlere olduğu kadar koruyucu hizmetler amacıyla diğer evlere de yapılır. SSCB’de kentsel bölgede başvuran her poliklinik hastasına 2,7 ev gezisi düşmektedir.

Poliklinik hekimleri bu hizmetleri ilgili dispanser ve uzman hekimle yakın işbirliği içinde gerçekleştirmektedir. Hasta aynı zamanda dispanserde de kayıtlıdır. Dispanserler önemli olan her hastalık için ayrı kurulmuş ve ülke çapında yaygın bir dispanser ağı gerçekleştirilmiştir. Örneğin kardiyoloji, kardiyoromatoloji, onkoloji, nöropsikiatri dispanserleri ve bunların bağlı bulunduğu araştırma enstitüleri vardır. Hastalar belirli aralıklarla dispanser kontrolünden geçmekte, ayrıca dispanser uzmanları da ev gezileri yapmaktadırlar. Dispanserler, o dalla ya da hastalıklarla ilgili araştırma, tarama çalışmaları yapmaktadırlar. Sorunun koruyucu yönüne ağırlık verilerek sağlam kişilere yönelik erken tanı için çalışmalar, sağlık eğitimi yapılmaktadır. Zamanla dispanser hizmetinin ve gezilerinin araştırılması düşünölmektedir.

Dispanser hizmetine örnek olarak kardiyoromatoloji ve onkoloji dispanserlerinin çalışmaları gözden geçirilecektir.

Kardiyoromatoloji dispanserleri

SSCB’de romatizmal kalp hastalıklarının kontrolü toplum sağlığının önemli görevlerinden biri olarak değerlendirilmektedir. Bu amaçla planlı olarak kardiyoromatolojik kuruluşlar yaygınlaştırılmıştır. Bunun sonucu romatizmal kalp hastalıkları insidansı ve mortalitesi azalmıştır. Fakat sonuçların yeterli olmadığı belirtilmektedir. Bu hastalığın etiyoloji ve patogenezi bilindiğine göre, insidansın daha çok düşürölmesi gerekmektedir. Kitle taramaları sonucu ortaya çıkarılan hastaların, kendileri başvuranlara göre 2,5-4 kat daha çok olduğu saptanmıştır. Bu nedenle, erken tanı için taramalar yaygınlaştırılmıştır.

Tıp biliminin bugünkü aşamasında streptokok enfeksiyonlarının kesin eradikasyonu olanağı yoktur. Fakat romatizma ve romatizmal kalp hastalıkları

insidansının düşürülmesine ilişkin önlemler geliştirilmiş, bu yönde yapılan planlı, sistematik ve sürekli çalışmalarla bu hastalıkların kontrolünde başarılı sonuçlar elde edilmiştir.

İnsidansın düşürülmesine ilişkin çalışmalar ve önlemler şöyle saptanmıştır:

1. Yeni kuşakların genel fizik durumunu yükselterek doğal bağışıklılığı arttırmak
2. Streptokok enfeksiyonu insidansını düşürmek
3. Erken dönemde hastalığı saptamak, hemen ve sürekli tedavi ve izlemek, tekrarları ve komplikasyonları önlemek, yeterli hastane bakımı sağlamak
4. Romatizma ve kontrolü hakkında yaygın sağlık eğitimi.

Onkoloji Dispanserleri

SSCB'de en yaygın ve örgütlü olarak çalışan dispanserlerdir. Yirminin üstünde onkolojik ve radyolojik bilimsel araştırma enstitüsü kanser kontrolü alanında planlı bilimsel araştırmalar yapmaktadır. Hepsinin merkezi Moskova'daki De-neysel ve Klinik Onkoloji Enstitüsü'dür.

En yeni tarama yöntemlerinin kullanılmasıyla kanser hakkındaki bilgiler genişletilmiştir. Kitle taramaları ve daha iyi toplum standartları sonucu, prekanseröz durumlar ve kanserin erken biçimlerinin sayısında artma olmuştur. Yani hastalar tedavinin daha etkili olduğu bir dönemde yakalanabilmektedirler. İleri devre kanserlerin primer olarak saptanması daha az gözlenmektedir. Hemen cerrahi girişim uygulanan hastalar onkoloji dispanserlerinde izlenmektedir. Böyle kişilerin %60'ında üç yıllık izlemede metastaz ya da rekürrens görülmemektedir.

Tüm çalışmalara karşın kanser insidansının yüksek olduğu belirtilmektedir. Primer tanı alanlar her yıl artmaktadır. Bu artışın nedenleri onkologlarca şöyle sıralanmaktadır:

1. Yaygın kitle taramaları
2. Tanı yöntemlerinin gelişmesi
3. Toplumun yaş yapısının değişmesi, yaşam umudunun artması
4. Çevresel etkenler nedeniyle kanser insidansında gerçek artış.

Timofeyevski adlı araştırmacının verilerine göre, bir endüstride mesleki kanser gelişimi için 17 yıl geçmesi gereklidir. Bu nedenle, yeni maddelerin karsinogenliği hemen anlaşılabilir. Bu nedenle, yeni maddelerin karsinogenliği hemen anlaşılabilir.

Kanser dispanserleri kentsel bölgelerde kırsal kesimlerden daha iyi örgütlenmiştir.

Türkiye’de Durum

Ülkemizde ve diğer az gelişmiş ülkelerde tüm verilerde ve hizmetlerde görülen eksiklik ve aksamalar kronik hastalıklar alanında da görülmektedir. Türkiye’de kronik hastalıkların durumu hakkında veri hemen yok gibidir.

Oysa sorun az gelişmiş ülkelerde de gittikçe artan bir önem kazanmaktadır. Yaşlılık ve kronik hastalık konularının önemle ele alınması Dünya Sağlık Örgütü’nce önerilmektedir. Çünkü şu anda sorun önemli değil gibi görünüyorsa da, çok yakın bir gelecekte büyük boyutlara ulaşacak ve çözümü son derece güçleşecektir. DSÖ önerilerine göre, bu hizmetleri sağlamanın temel birimi ilk basamak hekimi ve toplum sağlığı hemşiresi olmalıdır.

Ülkemizde kronik hastalıklarla ilgili araştırma çok sınırlı ve örnek niteliğinde değildir. Ülke çapında geçerli veri olarak ancak hastaneye yatan hastaların dağılımı ve il, ilçe merkezlerindeki ölüm nedenleri verilebilir. Bunlar da yanlış ya da eksik olabilir. Ayrıca ülke için geçerli veriler oldukları söylenemez. Çünkü yalnız hastanelere yatan hastalar ya da il ve ilçe merkezlerine dayanan verilerdir.

Bir örnek vermek amacıyla bazı kronik hastalıkların dağılımı gözden geçirilecektir. 1974 yılında hastanelere toplam 1.252.084 hasta yatırılmıştır. Bu hastaların arasında bazı kronik hastaların sayıları şöyledir:

| | | |
|---------------------------|----------|--------|
| Habis urlar | Yaklaşık | 30 000 |
| Diyabetes mellitus | | 10 350 |
| Anemiler | | 10 322 |
| Romatizmal kalp hast. | | 9 452 |
| Aterosklerotik kalp hast. | | 14 089 |
| Hipertansiyon | | 19 261 |
| KOAH | | 21 689 |

1974 yılında il ve ilçe merkezlerinde ölüm nedenleri arasında bazı kronik hastalıkların yeri ise şöyledir:

| Hastalık | Mortalite Hızı (yüz binde) | Letalite Hızı (binde) |
|----------------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| Solunum aygıtı tbc | 11.30 | 15.88 |
| Midenin habis urları | 7.67 | 10.78 |
| Trakea, bronş, akciğer habis uru | 13.39 | 18.81 |
| Diyabetes mellitus | 4.64 | 6.53 |
| Anemiler | 3.52 | 4.95 |
| MSS damar lezyonları | 48.83 | 68.60 |
| Kalp hast., diğer | 203.55 | 285.95 |
| Karaciğer sirozu | 4.96 | 6.98 |

Burada pnömoni, lobar pnömoni ve gastroenterit ölüm hızlarını belirtmekte, karşılaştırma yönünden yarar vardır:

| | Mortalite Hızı (yüz binde) | Letalite Hızı (binde) |
|------------------------|-----------------------------------|------------------------------|
| Lobar pnömoni | 27.94 | 39.25 |
| Bronkopnömoni | 56.67 | 79.61 |
| Gastroenterit ve kolit | 49.48 | 69.51 |

Ölüm nedeni olarak senilite yüzbinde 28,88 olarak belirtilmektedir. Bu hastaların çoğu büyük olasılıkla bir ya da daha çok kronik hastalığı olan kişilerdir. Ölüm nedeni olarak birinci sırayı diğer kalp hastalıkları almaktadır. Bunun içine kronik ya da olmayan pek çok hastalık girdiği için kronik hastaların payını söylemek olasılığı yoktur.

Etimesgut Sağlık Eğitim ve Araştırma bölgesinde 1974 yılı verilerine göre, kronik hastalıklardan hipertansiyonun görülüş sıklığı 45-64 yaş grubunda üçüncü, 65 ve üstü yaş grubunda birinci sırayı almaktadır. 65 yaş ve üstü yaş grubunda üçüncü sırayı kronik obstrüktif akciğer hastalığı almaktadır.

Etimesgut bölgesinde en önemli 10 ölüm nedeni arasına giren kronik hastalıklar ise şöyledir (tüm yaş gruplarında):

| | | |
|---------------|-----------|---------------|
| KOAH | 2. sırada | yüzbinde 66.1 |
| Habis ular | 3. sırada | yüzbinde 49.9 |
| Hipertansiyon | 6. sırada | yüzbinde 36.7 |

Birinci sırada olan pnömoni mortalite hızı ise yüzbinde 110,2'dir.

Etimesgut bölgesinde yaş gruplarına göre en önemli beş ölüm nedeni arasında kronik hastalıkların yeri şöyledir:

| Yaş grubu | Sıralama | Hastalık |
|------------------|-----------------|-----------------------|
| 25-39 | 3. sırada | Peptik ülser |
| | 4. sırada | Romatizmal kalp hast. |
| | 5. sırada | Hipertansiyon |
| 40-49 | 1. sırada | Habis urlar |
| | 3. sırada | İskemik kalp hast. |
| | 4. sırada | KOAH |
| 50-64 | 1. sırada | Habis urlar |
| | 2. sırada | KOAH |
| | 3. sırada | İskemik kalp hast. |
| | 4. sırada | Hipertansiyon |
| 65 ve + | 1. sırada | KOAH |
| | 3. sırada | Hipertansiyon |
| | 4. sırada | Habis urlar |

Özetlemek gerekirse ülkemizde bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar konusunda ülke çapında geçerli bir tarama yapılmamıştır. Bu konuda özel bir örgütlenme yoktur. Ve ülkemizde bu hastalıkların gerçek durumun bilinmediği söylenebilir.

Kronik hastalıklarla ilgili özel bir örgütlenme yoktur. Yalnız son yıllarda kansere karşı bir ilgi başlamıştır. Bu çalışmaların da toplumsal bir yaklaşımla ele alındığı söylenemez. Bu alanda Kanser Savaş ve Araştırma Kurumu çalışmaktadır. 1947'den beri çalışmakta olan bu kurum 1963'te Kanser Hastanesi'ni kurmuştur. Kurumun çalışmaları daha çok eğitimle ilgilidir. Halk eğitimi amacıyla yayınlar (broşür, afiş, kitle haberleşme araç etkinlikleri) yapmaktadır. Ayrıca hekimlerin eğitimi için yayınları vardır.

(Toplum ve Hekim, Mart 1978)

BEBEKLER NEDEN ÖLÜRLER?

“Ülkemizde bebek ölüm hızı binde 153’tür,” ne demektir, bilir misiniz? Her yıl canlı doğan 1000 bebekten 153’ü bir yaşına gelmeden ölüyor, demektir. Daha somut bir anlatımla, son nüfus sayımına göre her yıl canlı doğan 975 195 bebekten 149 204’ü bir yaşına ulaşmadan ölüyor demektir. Bir yaşına gelmeden ölen 149 204 bebek...

Bir yaşına gelmeden, daha yaşadığının bilincine varamadan ölen binlerce bebek neden ölüyor? Tıbbın çaresini bulamadığı hastalıklardan mı? Hayır. Bebekler genellikle önlenmesi çok kolay, tedavisi çok basit hastalıklardan ölürlere, kızamık gibi, pnömoni (zatürree) gibi, ishal gibi. Pnömoni ölümleri ülkemizde tüm ölümler arasında birinci sıradadır, bebek ölümleri arasında da. Kışın pnömoni, yazın ishaller bebekleri kırar, geçirir.

Bir bebeğin pnömoniden ölmesini önlemek için onun dirençli olması, bunun için de iyi beslenmiş olması gerekir. Beslenme yetersizliği olan bir bebek pnömoniden ölmeye adaydır. Etkili girişimler ve tedavi ile ölümü önlemek olanaklıdır, fakat nerede etkili tedavi? Ülkemizde sağlık hizmeti bir kâr aracı olduğundan, yetersiz beslenmeye neden olan sosyoekonomik koşullar sağlık hizmetinden yararlanmayı da belirler. Ve 36,5 liralık pnömoni tedavisinden de yoksun kalan bebek – bir insan – ölmeye bırakılır.

Özellikle kırsal bölgelerimizde insan yaşamının sürdürülmesinde doğa yasaları geçerlidir. Güçlü olan yaşar, güçlü olmayan ölür. Bebek bir yaşına ulaşabilirse, yaşamının ilk savaşımını kazanmış demektir. Fakat beş yaşına kadar olan dönemde de onu birçok tehlike beklemektedir. Yaşayabilmek için bu dönemi de aşması, bir savaş daha kazanması gereklidir, bilmediği düşmanlara karşı. Onun içindir ki, kırsal bölge halkımız beş yaşına gelmeden çocuğu yaşıyor saymazlar. Bazen nüfusa bile geçirmezler. Önce yaşayıp yaşamayacağı belli olsun, tehlikeli dönemleri atlatsın, gücünü kanıtlasın, biz de onu insan olarak tanıyalım derler sanki. Çünkü acımasız yaşam koşulları insanları kendi çocuklarına karşı bile acımasız yapmıştır.

Bebeklerin de insan olduğunu anımsatmaya gerek duymak ne acı. Yetkililer kanser hastaneleri, böbrek değiştirme merkezi planlarıyla uğraşadursunlar. Sağlık hizmetlerine bütçeden ayrılan pay yüzde 2.9’u geçmesin. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi işletilmesin, yaygınlaştırılmasın. Koruyucu sağlık hizmetleri unutulsun ki ilaç tekelleri, özel muayenehane ve hastane sahipleri kârlarına kâr katsınlar. Tekelci kazançları ortalama gelirin 80 bin katı olsun. Uluslararası tekel-lerin kasaları dolsun. Sağlığını ve yaşamını satın alma gücünden yoksun ana-

babalar öküzlerini, tarlalarını satmaya zorlansın. Ya da can verdikleri çocuklarının can çekişmesini seyretsinler.

Evet, tekeller, işbirlikçiler, onların hizmetindekiler daha çok kazansınlar diye bebekler ölsünler. Emekçi halkın bebekleri ölsünler ki diğerlerinininkiler tıbbın elverdiği tüm olanaklardan, en üst düzeyde sağlık hizmetinden yararlansınlar.

Ülkemizde bir insan yaşamı 36,5 lira bile etmiyor. Ve yılda 149 204 bebek bir yaşına gelmeden ölüyor.

(Politika, 4 Temmuz 1978)

ÇOCUK YILI VE EMEKÇİ ÇOCUKLARI

Birleşmiş Milletler 31. Genel Kurulu'nun kararıyla "Uluslararası Çocuk Yılı" olarak ilan edilen 1979 yılı, yeryüzünün 148 ülkesince "Çocuk Yılı" olarak onaylandı. Her yerde olduğu gibi ülkemizde de Çocuk Yılı'nda çocuklarla ilgili çok şey söylendi, çok şey yazıldı ve yapıldı. Konuya sınıfsal açıdan yaklaşan demokrasi güçleri, çocuk konusundaki gerçeklere ilişkin emekçi halkımızı aydınlatıcı ve köklü çözümlere ışık tutucu çalışmalar yaptılar. Buna karşılık çocuk sorunlarını sınıfsal boyutlarından ve düzenden soyutlayarak ele alanlar da oldu. Onlar, sınıflar arası farklılıkları, çocukların da düzenin tüm eşitsizliklerini yansıttığını göz ardı etmeye çalıştılar.

Tüm çabalara karşın, ülkemizin örgütsüz emekçi kesimleri ve onların çocukları, Çocuk Yılı'nın altıncı ayında, belki de Çocuk Yılı'nın adını bile duymadılar. Çünkü emekçi çocukları günümüzde ana – babaları gibi umutsuz bir yaşama savaşı sürdürüyorlar. Çünkü artık savaş, yaşam savaşımı değil, açlıktan ölmeme savaşımıdır. Bir kilogram etin ortalama 120-150 lira, bir kilogram meyvenin ortalama 50-70 lira olduğu günümüz Türkiye'sinde asgari ücretin günlük tutarı 107-117 liradır. İşçi, köylü, memur ve diğer dar gelirli emekçi kesimlerin gerçek gelirleri, 1978 başından beri hiçbir dönemde görülmeyen ölçüde geriledi.

Beslenme uzmanlarının saptadığına göre, altı aylık bir bebeğin yalnızca beslenme gereksinmesinin en düşük düzeyde tutulsa bile, tutarı günde 40-50 liradır. (Son devalüasyondan sonra bu değer daha da yükseleceği açık bir gerçektir.) Başka bir deyişle, altı aylık bir bebeği olan bir emekçi ailesi asgari ücretin yaklaşık yarısını bebeğin yalnızca beslenme gereksinmesi için harcamak zorundadır; eğer bebeğin sağlıklı olmasının ve gelişmesinin asgari koşullarını sağlamak öngörülüyorsa. Ancak böyle bir harcamayı ne bebeğin ailesi, ne de eldeki verilerle, biz öngörebiliriz. Günümüzde, çoğunluğu oluşturan emekçi kitlelerin gelir düzeyleriyle ve bugünkü yaşam pahalılığı ile çocuklarımızın sağlıklı beslenmelerini ve gelişmelerini sağlamak olanaklı değildir. Kötü beslenmiş çocukların direnci düşük olduğundan hastalıklara yakalanmaları çok kolaydır. Onun içindir ki çevre koşullarına en duyarlı dönem olan beş yaş ve altındaki ve özellikle de bir yaş altındaki çocuklarımız, en basit, iyileştirilmesi en kolay hastalıklardan fırtınaya tutulmuş taze fidanlar gibi kırılıp dökülüyor, toprağa düşüyorlar. Onun içindir ki ülkemizde her yıl canlı doğan bin bebekten 153'ü bir yaşına gelmeden ölüyor. Onun içindir ki tüm ölümlerin yarısını beş yaş ve altındaki çocukların ölümü oluşturuyor. Doğayı yenip yaşayabilenler ise tüm yaşamları boyunca çocuklukta kötü beslenmenin izlerini taşıyorlar. Çünkü çocukluk çağındaki kötü beslenmenin beden ve zihin yeteneklerinin gelişimine olumsuz etkileri, pek çok bilimsel araştırma ile kanıtlanmıştır artık.

Düşük gelir düzeylerinin doğal sonucu, emekçi çocuklarının daha gelişme çağlarını tamamlamadan, daha çocukluktan çıkmadan yaşama savaşına katkıda bulunmak üzere hiç de yaşlarına ve güçlerine uygun olmayan işlerde çalışmaya başlamalarıdır. Çalışan çocuklar daha çocuk olduklarını anlayamadan, küçük elleri ve bedenleriyle ucuz işgücü ordusuna katılıyorlar. Üretime katılıyor, toplumsal emeğin oluşmasına katkıda bulunuyorlar. Küçük yaşları ve bedenlerine hiç de uygun olmayan büyük bir sorumluluk altına giriyorlar. Oysa çocukluk büyüme, gelişme, öğrenme, eğitim, oyun çağıdır. Burjuva ideologları böyle söyler, böyle yazarlar, okullarda böyle öğretirler. Ama onlar, en insanlık dışı koşullarda çalışan işçi çocukları; köprülerde, parklarda yatan kimsesiz çocukları; toplumsal koşulların ve olayların kurbanı suçlu çocukları görmezlikten gelirler.

Acımasız yaşam koşulları, emekçi çocuklarının yeteneklerinin gelişmesine, düşünmelerine, duymalarına ve “çocuk gibi” yaşamalarına izin vermiyor. Çünkü onların beyin gelişimleri tamamlamadan ve düşünsel yetenekleri gelişmeden elleri ve bedenleri çalışmaya başlıyor. Ama onlar çoğunlukta, ayrıcalıklı çocuklar azınlıktadır. Sömürü düzeninin yasakladıklarını, onlar kendileri gerçekleştiriyorlar. Düşünmeyi öğreniyorlar. Bilinçleniyor, örgütleniyorlar. Gelecek mutlu dünya onların küçük elleri üzerinde kurulacak:

“Çocuklar dünyayı alacak elimizden

Ölümsüz ağaçlar dikecekler”

Uluslararası Çocuk Yılı'nda çocuklarımıza yasal haklarını ve uluslararası nitelik kazanmış olan çocuk haklarını sağlamak, çocuklarımızın haklarını korumak ve genişletmek için çaba harcamak, iktidarları zorlamak, Çocuk Yılı'nda olduğu kadar daha sonra da, tüm ilericilere düşen önemli bir görevdir. Evrensel Çocuk Hakları Bildirisi, “Çocuğu bedence, kafaca ve ruhça geliştirecek tüm olanaklar çocuğa sağlanacaktır. Çocuk toplumsal güvenceden payını alacaktır. Doğduğu anda sağlık içinde büyüme ve gelişmeye hak kazanacaktır” diyeli 20 yıl olmuştur. 1979 yılında bizim çocuklarımızın durumu ise ortadadır.

Daha iyi beslenme, konut, sağlık hizmeti, daha adil bir gelir dağılımı, tüm çalışanların gelirlerinin ve asgari ücretin insanca bir yaşamın en az koşullarını sağlayacak düzeye getirilmesi için savaşım, çocuk sorunlarıyla yakından ilişkili ve çocuk hakları için savaşımın ayrılmaz parçasıdır. Çocuklarımızın önemli bir bölümünün yaşamlarının baharında ölmemesi için, sömürsüz bir dünya savaşımına daha güçlü, daha bilinçli emekçi yığınlar kazandırabilmek için çocuk sömürsüne karşı çocuk hakları savaşımını yükseltmek gerekiyor. (Düşük gelir düzeyinin yarattığı sorunlar, pahalılık, işsizlik ve sonuçta insanca yaşamaya olanak bırakmayan yaşam koşulları geniş emekçi yığınların şu anda en ivedi, en yakıcı sorunlarıdır.) İşçi sınıfının sınıf ve kitle sendikalarının her alanda olduğu gibi, çocuk hakları konusunda da yükselttiği sese sahip çıkmak ve katkıda bulunmak tüm ilerici kişi, örgüt ve kuruluşlara düşen güncel görevdir.

Tüm insanlığın olduğu gibi çocukların da mutlu geleceği savaşız, sömürsüz bir dünyadadır. İşçi sınıfının ve emekçi halkın savaşı ve erkiyle yükselecek ekmek, barış, özgürlük günlerindedir.

Türkiye emekçilerinin çocukları da ancak o günlerde gerçekten sağlıklı, mutlu ve geleceği aydınlık bir yaşama kavuşacaklar. Sömürünün ortadan kalktığı toplumlarda, toplumun tek ayrıcalıklı kesimi olan çocukların tüm haklarının yaşama geçirilmiş olması, bu gerçeğin somut kanıtıdır.

“İnanın

*güzel günler göreceğiz çocuklar
güneşli günler göreceğiz.”*

(Politika, 11 Temmuz 1979)

KORONER KALP HASTALIĞI VE KORUYUCU ÖNLEMLER

Sunuş

İnsanoğlu çağlar boyunca her alanda karşısına çıkan çelişkileri çözdükçe, yeni çelişkilerle karşılaştı. Çağımız, bu çelişkilerin doruklarını yaşıyor. Çelişkinin, somut örneklerini görmek ve yaşamak, her alanda olduğu gibi, tıpta da olanaklı. Örneğin, toplumların “bulaşıcı hastalıklar” sorununu çözdükten sonra, şimdi kalp-damar hastalıkları ve kanser karşısındaki durumları, bu çelişkinin çarpıcı örneklerinden. İnsanı en verimli çağına ulaştırdıktan sonra, 30’larında, 40’larında, 50’lerinde “kalp krizi” ile bir anda yitirivermek, kolay kabul edilebilir bir sonuç olmasa gerek.

Son 40 yıldır, kalp-damar hastalıkları ve bu arada koroner kalp hastalığı, gelişmiş ülkelerdeki ölüm nedenleri arasında, hep ön sıralarda yer aldı. Bu ülkelerde gerçekleştirilen etkin koruyucu çalışmaların sonuçları ise ancak son yıllarda alınmaya başlandı.

Ne var ki, tehlike çanları şimdi de gelişmekte olan ülkeler için çalıyor. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), gelişmiş ülkelerde yaşanmış deneyimlerin ışığında, gelişmekte olan ülkelere bu konuda kimi öneriler sunuyor. Bu yazının amacı, yakın zamanlarda koroner kalp hastalığı alanında, özellikle “risk etmenleri” açısından elde edilen sonuçlar ve yapılan değerlendirmeler üzerinde durmak; bu arada gelişmekte olan ülkelere DSÖ’nün sunduğu öneriler paketine dikkat çekmektir.

Giriş

Koroner (arteryosklerotik) kalp hastalığı, günümüzde erişkin yaşların en önemli hastalıklarından biri olma özelliğini koruyor. Öte yandan DSÖ yetkilileri, yakın zamanlara değin gelişmiş ülkelerin bir sorunu olarak bilinen bu hastalığın, önümüzdeki yıllarda, gelişmekte olan ülkeler için de önde gelen sağlık sorunlarından biri olacağını belirtiyorlar.

Daha önceleri, koroner kalp hastalığının da içinde bulunduğu “kalp –damar hastalıkları kaba ölüm hızı” ile “kişi başına ulusal gelir” arasında doğrusal bağıntı (*linear correlation*) saptanmıştı (1). Ancak, gelişmiş ülkeler için bu saptama artık geçerli değil. Yakın zamanlarda yapılan araştırmalar, gelişmiş sanayi ülkelerinde koroner kalp hastalığı ölüm hızında azalmalar olduğunu ortaya çıkarmıştır (2,3). Örneğin Amerika Birleşik Devletleri’nde 1940’tan sonra gittikçe yükselen koroner kalp hastalığı ölüm hızı, 1968-1979 arasında doruğa ulaştıktan sonra düşmeye başladı. Yaşa göre ayarlanmış koroner kalp hastalığı hızlarında, genel olarak yüzde 25 azalma saptandı. Avustralya, Kanada, Finlandiya gibi koroner kalp hastalığı ölüm hızının yüksek olduğu ülkelerde de, bu hastalıktan ölümlerde

düşüş gözlemlendi. Oysa İngiltere’de, diyet ve hipertansiyon denetimi gibi koruyucu önlemlere toplumun ilgisizliği nedeniyle ölüm hızları değişmedi (2).

Ölüm hızlarında görülen bu çarpıcı azalmalar, insanları sağlıklı davranışlara özendiren toplumsal mekanizmaları değiştirme yönünde, önümüze ivedi görevler koymaktadır. Çünkü elde edilen sonuçlar, koroner kalp hastalığında tehlikeyi artıran etmenleri denetim altına almanın önemini ortaya çıkarmıştır. Gelişmiş ülkelerde, toplumların dikkatini çekmek için sürekli çalışmalar yapılmıştır ve de yapılmaktadır.

Koroner Kalp Hastalığı Nedir?

Koroner kalp hastalığı, kalp damarlarında oluşan ateroskleroz sonucu, bu damarların daralması ve giderek tıkanmasıyla sonuçlanabilen bir hastalıktır. Bu durum, hastada “angina pectoris” denen göğüs ağrılarını ortaya çıkarabilir ya da (damarlardan birinde tam tıkanma olursa) “miyokard enfarktüsü” ile sonuçlanabilir. Koroner kalp hastalığı, hiç belirtisiz gelişebileceği gibi, kalpte atım düzensizliğine ve kalp yetmezliğine de yol açabilir. Ve en kötüsü, bu hastalığın, ani ölümlerin önde gelen nedenlerinden biri olmasıdır.

Koroner kalp hastalığı, genel olarak erkeklerde “4:1” oranında daha sık görülür; ancak 40 yaşın altında bu oran, “8:1” dir. 70 yaşın üstünde ise oran, “1:1” dir. Başka bir deyişle, hastalık, kadınlarda yaşla doğru orantılı olarak artar ve 60-70 yaşlarında hastalığın sıklığı doruğa ulaşır. Doruğa ulaşma, erkeklerde daha erken, 50-60 yaşları arasında olur (4).

Bu hastalık, özellikle 50 yaş altında ortaya çıktığında tehlikeli olmakta, en önemlisi de ani ölümlere yol açabilmektedir. Örneğin, DSÖ Avrupa Bürosu’nun yaptığı çalışmalarda, miyokard enfarktüsü geçiren tüm hastaların yüzde 45-50’sinin, krizden sonraki bir yıl içinde öldüğü saptanmıştır (1,5). Başka araştırmalar da – bu denli olmamakla birlikte- erken ölümlerin yüksek olduğunu doğrulamaktadır. Bu çalışmaların sonuçlarına göre, hastanelerdeki erken ölüm hızı yüzde 12-18, hastaneden çıkanlarda bir yıl içinde ölüm hızı ise yüzde 10-15’tir (6). Koroner kalp hastalığı böylece, toplumsal ve ekonomik açıdan önemli kayıplar yaratmakta, yetişmiş kişilerin en verimli çağlarında yitirilmesine yol açmaktadır.

Arteriosklerozun –çok genç yaşlarda başlamakla birlikte- özellikle 40 yaşın üstünde, koronerlerde şu ya da bu ölçüde, ama mutlaka var olduğu bilinmektedir (1). “Risk etmenleri” denen ve tek başına hastalık nedeni olmamasına karşın, hastalığın ortaya çıkışını kolaylaştıran etmenlerin birlikte oluşu, koroner kalp hastalığı tehlikesini artırmaktadır. Bu etmenlerin denetim altına alınması ya da tümüyle ortadan kaldırılması hastalığın görülüş sıklığını önemli ölçüde etkilemektedir. Bu nedenle, koroner kalp hastalığının denetim altına alınmasında risk etmenlerinin payı yaşamsal önemdedir.

Koroner Kalp Hastalığının Risk Etmenleri

Koroner kalp hastalığının oluşumunda rolü olan “risk etmenleri” şöyle sıralanabilir (1,4,6,7,8):

- 1) Yaş,

- 2) Kalıtsal yatkınlık (genetik predispozisyon),
 - 3) Beslenme ve yemek alışkanlıkları,
 - 4) Hareketsizlik ve şişmanlık,
 - 5) Sigara kullanımı,
 - 6) Hipertansiyon,
 - 7) Şeker hastalığı (diyabetes mellitus).
- 1) Yaş: Koroner kalp hastalığının kimi risk etmenleri ile aterosklerotik sürecin gençlikte başladığı, artık kanıtlanmıştır. Bu nedenle, risk etmenlerinden korunmanın gençlikte başlaması gerekir. 40 yaşın üstündeki her insanda, az ya da çok görülen “damar sertliği”, yaşla doğru orantılı olarak ilerler. Daha önce de değinildiği gibi, koroner kalp hastalığı, erkeklerde 50-60, kadınlarda 60-70 yaşlar arasında en üst düzeye ulaşır.
 - 2) Kalıtsal yatkınlık: Yakınlarında koroner kalp hastalığı olanlar, doğuştan önemli bir risk etmeni taşımaktadırlar. Bu risk, yakınlığın derecesine göre artar.
 - 3) Beslenme ve yemek alışkanlıkları: Koroner kalp hastalığı yönünden önemli risk etmenleri olan kandaki kolesterol ve trigliserid yüksekliği (hiperkolesterolemi ve hipertrigliseridemi), büyük ölçüde geleneksel beslenme ile ilgilidir. Gerek kan yağlarını yükselterek, gerek şişmanlığa ve hipertansiyona yol açarak koroner kalp hastalığı riskini artıran besinler arasında, doymuş yağ ve kolestrol yönünden zengin besinler ile yüksek enerjili besinler önemli yer tutmaktadır. Somutlamak gerekirse, hastalık tehlikesini artıran başlıca besinler şöyle sıralanabilir:
 - Yağlı et,
 - Tam yağlı mandıra ürünleri,
 - Hazır yiyecekler,
 - Yumurta,
 - Alkollü içkiler (3,7).
 - 4) Hareketsizlik ve şişmanlık: Şişmanlık, hem hipertansiyonun, hem de doğrudan koroner kalp hastalığının risk etmenidir. “Framingham Araştırması”, şişmanlığın, özellikle gençlerde, kalp-damar hastalıkları yönünden başlı başına bir tehlike oluşturduğunu ortaya çıkarmıştır. Bu tehlike, hipertansiyondan bağımsız bir biçimde oluşmaktadır (8). Ancak şişmanlık, ayrıca hipertansiyon tehlikesini artırarak da koroner kalp hastalığı üzerinde ek bir risk yaratmaktadır.
 - 5) Sigara alışkanlığı: Sigaranın kalp-damar hastalıkları üzerindeki olumsuz etkilerine ilişkin yeterli veri vardır. Bu gerçek, ileriye dönük (prospektif) araştırmalarla kesin olarak saptanmıştır ve DSÖ'nün hemen her yayı-

nında dile getirilmektedir. (*) Sigaranın, kalp hızı ve düzeni, kan basıncı, oksijen taşınması ve trombosit yapışkanlığı üzerine olumsuz etkileri vardır. Edilgin sigara içme (sigara içen birinin yanında bulunma) bile, koroner kalp hastalığı olan bir insan açısından tehlikelidir. ABD’de yapılan bir araştırmaya göre, 40-60 yaş grubundaki ölümlerin üçte biri, sigara alışkanlığının yol açtığı kanser ve kalp krizi olaylarıdır (9). Sigarayı bırakma; enfarktüs geçirenlerde ani ölümü ya da öldürücü re-enfarktüsü (enfarktüs geçirildikten sonraki beş yıl içinde yinelenen enfarktüs), sigarayı bırakmayanlara göre yüzde 20-25 oranında azaltmakta; ayrıca, öldürücü olmayan re-enfarktüs oranını da düşürmektedir (4,7).

- 6) Hipertansiyon: Sürekli kan basıncı yüksekliği, kalpte büyüme (hipertrofi) oluşturur. Framingham Araştırması (1970), sol ventrikül hipertrofisine ilişkin elektrokardiyografi bulguları olan hipertansiyon hastalarında, damarlarla ilgili komplikasyonların 10 kat daha fazla görüldüğünü” ortaya çıkarmıştır (8).

Yüksek kan basıncı, koroner kalp hastalığının oluşumuna önemli katkıda bulunduğu gibi, felç ve böbrek yetmezliğini kolaylaştırıcı bir etken de olmaktadır. Hipertansiyondan birincil (primer) koruma yolu, şişmanlıktan kaçınmak ve tuz alımını azaltmaktır.

Hipertansiyonla tuz alımı arasında önemli bir koşutluk gözlenmektedir: Ortalama diyastolik kan basıncı, bir gram tuz alınmasıyla, 0,8 mm Hg artmaktadır. Ortalama günlük tuz alımı beş gramın altında ise, hipertansiyon görece olarak daha az görülmektedir. Buna karşılık potasyum, kan basıncı üzerine tuzun (sodyumun) karşıtı bir etkiye sahiptir. Az sodyum ve görece çok potasyum tüketen toplumlarda, hipertansiyonun yaygınlığı daha düşüktür (3,7,10).

- 7) Şeker hastalığı (Diyabetes mellitus): Şeker hastalığı, genel olarak ateroskleroza eğilimi ve bu arada koroner kalp hastalığı riskini artırır. Örneğin, diabetik kadınlarda koroner kalp hastalığı oranı, erkeklerle eşitlenmektedir.

Risk etmenlerinin birden fazla oluşu, koroner kalp hastalığı tehlikesini daha da artırmaktadır. Koroner kalp hastalığına belirgin etkileri nedeniyle, son yıllarda ileri sanayi ülkelerinde, risk etmenlerini toplumsal olarak en alt düzeye indirmek amacıyla büyük çaba harcanmaktadır. Oysa, gelişmekte olan ülkelerde, durumun ciddiyeti henüz yeterince kavranmış değildir. Örneğin, ülkemizdeki kimi ciddi yayın organlarında bile, risk etmenlerinin olumsuz etkilerini hafife alan bilim dışı değerlendirmeler yer alabilmektedir (11).

Gelişmekte Olan Ülkelerde Durum

Gelişmekte olan ülkelerde, yakın zamanlara değin temel ağırlık, bulaşıcı hastalıklarla savaşım konusuna verilmiştir. Bulaşıcı olmayan hastalıklarla ilgili olarak ise, sağlık hizmeti kaynakları, yalnızca tedavi edici yönde kullanılmıştır (1). Sonuç

olarak bu ülkelerde, “doğuşta beklenen yaşam süresi” 1950’de 42 iken, 1975’te 55’e çıkmıştır. Göstergeler, gelişmekte olan

*DSÖ’nün “sigara içme tiryakiliği”ne ilişkin ölçütü, “her gün düzenli olarak en az bir sigara içmek” tir.

ülkelerde, “doğuşta beklenen yaşam süresi”nin, 2000 yılında 65-70’i bulacağını ve nüfusun yüzde 70’inin 65 yaşa ulaşacağını göstermektedir (3).

Epidemiyolojik çalışmalar, bulaşıcı olmayan kronik hastalıkların ve bu arada kalp-damar hastalıklarının, gelişmekte olan birçok ülkede son yıllarda önemli derecede arttığı gözlemini doğrulamaktadır (1,10,12). Kronik hastalıklarda görülen bu artışın başka nedenleri de olmakla birlikte, en önemli neden, tüm ülkelerde, çeşitli etmenlere bağlı olarak yaşlı nüfusun artmasıdır. Yakın gelecekte, yaşlı nüfusun tüm nüfusa oranının daha da artması, örneğin, 1970’te yüzde sekiz olan 60 yaş ve üstü nüfusun, 2000 yılında yüzde dokuza çıkması beklenmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde ise bu oran, yüzde 5,4’ten, yüzde yediye çıkacaktır (12,14).

Kalp-damar hastalıkları ve bunların en önemlisi sayılabilecek koroner kalp hastalığı; geleneksel toplumun çağdaşlaşması sonucu, çevre koşullarının, halkın yaşam biçiminin ve sosyoekonomik yapının hızla değiştiği ülkelerde, bu değişime uygun bir hızla artarak, temel bir sağlık sorunu yaratmaktadır (1). Doğuşta beklenen yaşam süresi 60’a yükselen ülkelerde, koroner kalp hastalığı, şimdiden önem kazanmıştır. Örneğin Singapur’da, doğuşta beklenen yaşam süresi, 1948’de 50’nin altındayken, bugün 71’dir ve kalp-damar hastalıkları, bu ülkede en önde gelen ölüm nedenidir (3).

Gelişmekte olan ülkelerde, erişkin nüfusta ölüm oranları, artık şu açılardan gelişmiş ülkelere benzemektedir.

-Erkek –kadın oranı,

-Kalp-damar hastalıklarının etkilediği nüfus dilimi (Yalnız yaşlı nüfusu değil, orta yaş da etkilemektedir).

-Kalp-damar hastalıkları grubunda, koroner kalp hastalığının en önemli tek neden olması.

Türkiye’de Koroner Kalp Hastalığının Görünümü

Türkiye’de bu hastalıkla ilgili olarak yapılmış çalışmalar; gerek kapsadıkları nüfus, gerek bölge olarak çok sınırlıdır. Nevres Baykan’a göre (15), arteriyosklerotik kalp hastalığı, kalp hastalıkları arasında ikinci sırayı almakta ve tüm kalp hastalarının yüzde 24,5’ini oluşturmaktadır. (Birinci sırada romatizmal kalp hastalığı, üçüncü sırada ise hipertansiyon yer almıştır.) Ankara, Abidinpaşa’da 15.250 kişiyi kapsayan bir taramada, kalple ilgili tüm hastalıkların oranı, taranan nüfusta yüzde 15,5 bulunmuştur.

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği Bilim Dalı’na bağlı Etimesgut ve Çubuk Sağlık Eğitim ve Araştırma Bölgelerinde yapılan çalışmalar-

da da kalp-damar hastalıkları, ölüm nedenleri arasında ön sıralarda yer almaktadır. Örneğin, 15-44 yaş grubunda, “en önemli 10 ölüm nedeni” arasında kalp – damar hastalıkları (hem Etimesgut, hem de Çubuk’ta) ikinci sıradadır. Aynı olarak değerlendirilmiş olan hipertansiyon ise, Etimesgut’ta 15-44 yaş grubunda altıncı sırada bulunmaktadır. 45 ve üstü yaş grubunda, kalp-damar hastalıkları, her iki bölgede birinci ölüm nedenidir. Hipertansiyon ise bu yaş grubunda, Etimesgut’ta üçüncü, Çubuk’ta beşinci sırada yer alan ölüm nedeni olarak saptanmıştır (Tablo 1 ve 2).

Kalp-damar hastalıklarının bu bölgelerdeki görülen sıklığına gelince, sağlık ocaklarına başvuran hastalar üzerinden yapılan değerlendirmelere göre, Etimesgut’ta 45 yaş ve üstü nüfusta en çok görülen 10 hastalık arasında hipertansiyon, ikinci sıradadır. Hipertansiyon dışındaki kalp-damar hastalıkları ise, ilk 10 hastalık arasında değildir. Çubuk’ta 15-44 yaş grubunda en sık görülen 10 hastalık arasında, hipertansiyon yine ikinci sırada yer almaktadır. Öteki kalp – damar hastalıkları ise il 10 hastalık arasında değildir. Aynı bölgede, 45 yaş ve üstü yaş grubunda hipertansiyon birinci, koroner kalp hastalığı 10. sırada yer almıştır (16,17).

(Hastalık sıklığı ile ilgili sonuçların, sağlık ocaklarına başvuran hastalar üzerinden elde edildikleri için, toplumdaki gerçek durumu yansıtmadıkları açıktır.)

Kuşkusuz sınırlı çalışmalar, Türkiye geneli için geçerli olamaz. Ne koroner kalp hastalığı, ne kalp-damar hastalıkları, ne de bulaşıcı olmayan öteki kronik hastalıklar konusunda Türkiye çapında yapılmış etkin tarama çalışmaları vardır. Bu hastalıkların yaygınlık (prevalans) ve sıklık (insidans) hızları bilinmemektedir (13). Ancak, belirtilmiş olan sınırlı çalışmalar ve başka gözlemler, gelişmekte olan ülkeler için DSÖ’nün dikkat çektiği gerçeklerin, ülkemiz için de geçerli olduğunu düşündürmektedir. Devlet İstatistik Enstitüsü’nün yayınlarına göre, ülkemizde genel olarak kalp hastalıkları, birinci ölüm nedenidir.

Bir toplum için en önemli hastalıklar, en sık görülen, en çok öldüren ve sakat bırakan hastalıklar olduğuna göre, koroner kalp hastalığının toplumsal açıdan önemi ortadadır. Bu nedenle, genç yaşlarda başlayan ateroskleroz sürecinin yavaşlatılması için gerekli koruyucu önlemlerin alınması, koroner kalp hastalığının denetimi bakımından çok önemlidir.

Koroner Kalp Hastalığından Korunmada İlkeler ve Öneriler

36. Dünya Sağlık Toplantısı, DSÖ’nün koroner kalp hastalığından korunma programının, 1984-1985 döneminde her zamankinden daha etkin olmasını öngörmüştür. Bu istek, konuyla ilgili Uzmanlar Komitesi’nin, “yalnızca bireylerin değil, toplumların da değişmesi gerektiğini” vurgulayan raporundan kaynaklanmıştır.

Gelişmiş ülkelerde sorun, risk etmenlerinin dağılımını ve ortalamalarını olağan ölçülere indirmektir. Oysa, gelişmekte olan ülkelerde, daha ilkten (primordial) koruma olanakları vardır ve bunun için daha değişik bir toplumsal yaklaşım gereklidir (3).

Koroner kalp hastalığına uygun ortam hazırlayan yaşam biçimleri, gelişmekte olan ülkelerde henüz yaygın değildir ve genel olarak, toplumsal kritik risk etmenlerinin ortalama düzeyi, hala olumludur. Bu nedenle, mantıklı olan yaklaşım, sağlıklı yaşam koşullarının ortaya çıkışını engellemek ve geleneksel yaşam biçiminin sağlıklı yönlerini korumaktır.

Primordial Koruma

Hastalığın sık görülmediği toplumlarda temel koruyucu yaklaşım, “primordial koruma” olmalıdır. Bu tür korumanın ana amacı, gelişmiş sanayi toplumlarında yüksek koroner kalp hastalığı insidansına yol açan ekonomik, toplumsal ve kültürel yaşam biçimlerinden kaçınmaktır.

“Primordial koruma”, iki düzeyde etkinlik gerektirir:

- (1) Ulusal düzeyde: Kalp – damar hastalıkları sorununa toplumsal ve siyasal olarak ilgili uyandırmak, gerektiğinde yasal destekli, uzun dönemli ulusal sağlık siyasaları geliştirmek.
- (2) Teknik ve bilimsel düzeyde: Nüfustaki risk etmenlerinin gelişme eğilimini izlemek, bunların toplum içinde yayılışının nedenlerini saptamak ve nüfusa dayalı koruyucu yöntemler denemek. (*)

(*) Gelişmiş ya da gelişmekte olan tüm ülkeler için kalp-damar hastalıklarının değişen insidansını saptamak ve bu değişimlerle ilgili fizyolojik, diyetetik ve başka etmenleri göstermek yaşamsal önemdedir. Rutin sağlık istatistikleri bu bilgileri tam olarak karşılayamamaktadır. Bu nedenle, kalp-damar hastalıklarının gelişme eğilimini araştırmak ve gerekli verileri toplamak amacıyla DSÖ’nün eşgüdümünde çokuluslu bir çalışma yürütülmektedir. Kısaca “Monica Projesi” denilen bu proje, 24 ülkenin 36 merkezinde başlatılmış olup her merkez 360 bin kişiyi kapsamaktadır. Proje 10 yıl sürdürülecek, kalp-damar hastalıkları insidansı ve bu hastalıkların çeşitli etmenlerle ilişkisi saptanacaktır.

Birincil (Primer) Koruma

“Birincil Koruma” denilen başka bir yaklaşım, hem bireylerde, hem toplumlarda var olan risk etmenlerini azaltmak ya da değiştirmek, böylece hastalığın ortaya çıkmasını engellemek amacını taşıyor. Pratikte hiçbir ülke, risk etmenlerinden tümüyle arınmış olmadığından, “primordial” ve “primer” koruma, birbirini bütünlüğü yaklaşım olarak değerlendirilmelidir.

Bu bütünlük içinde ele alındığında, uzun dönemli ulusal sağlık siyasalarının, dört kilit alanda, her iki yaklaşımı da kapsayan özgül programlarla desteklenmesi gereklidir (7):

- 1) Beslenme alışkanlıklarıyla ilgili olarak, tarım sektörü, besin endüstrisi ve besin dışalım sorumlularının, nüfusun değişik yaş grupları için sağlıklı diyet sağlayacak biçimde yönlendirilmeleri,
- 2) Sigara içiminin denetimi ve ilgili stratejilerin belirlenmesi,

- 3) Hipertansiyonun önlenmesi ve denetim altına alınması,
- 4) Fiziksel etkinliğin artırılması, şişmanlığın önlenmesi.

Koroner kalp hastalığına karşı koruyucu önlemler, bulaşıcı olmayan kronik hastalıklara karşı daha genel bir programın parçası olarak düşünülmelidir. Kronik hastalıkların önlenmesinde, hemen tüm koruyucu sağlık hizmetlerinin payı olabilir. Bu hastalıkları önlemenin; beslenme, bağışıklama, ana-çocuk sağlığı ve çevre sağlığı hizmetleri gibi koruyucu önlemlerle ilişkisi belirlenmiştir (18). Koroner kalp hastalığı risk etmenlerinin denetimi, aynı zamanda solunum sistemi hastalıkları, kimi kanserler, şeker hastalığı ve felçlerin azalmasına da yol açacaktır.

Kuramsal olarak, koroner kalp hastalığı insidansı, en düşük ülkeler, “primordial koruma” için en uygun olmakla birlikte, uygulamada başka etmenler de işe karışmaktadır. Bu ülkelerde, doğuştan beklenen yaşam süresi, genellikle 50 yılın altındadır. Bebek ölüm hızı ise binde 100’ün üstündedir ve kişi başına düşen ulusal gelir, 500 doların altında bulunmaktadır. Bu koşullarda koroner kalp hastalığından “primordial koruma” stratejileri, doğal olarak, uygulama güçlükleriyle karşılaşacaktır. Nitekim bu ülkelerde koruyucu önlemler, şimdilik yalnızca sigara içiminin denetimi ve genç insanlara yönelik kimi etkinliklerle sınırlı kalmaktadır (31).

1. Sigara içmenin denetimi:

DSÖ Uzmanlar Komitesi, “sigara içme vergisi”nin denetimi için, tüm ülkelerde, genel olarak şu yöntemlerden yararlanılmasını öngörmektedir:

-Sigara içmeme, olağan bir toplumsal davranış olarak değerlendirilmeli ve bu davranışı kazandırabilmek için yoğun çaba gösterilmelidir.

-Her çeşit tütün üretiminin tümüyle yasaklanması yoluna gidilmelidir.

-Tütün ve tütün ürünleri dışatımı özendirilmemelidir.

-Hükümetler, kimi meslek sahipleri bakımından sigara içiminin taşıdığı ciddi tehlikeleri dikkate alarak, caydırıcı özel programlar geliştirmeli, gerekirse yasal önlemler almalıdır.

-Sigaradan yayılan zararlı maddeler için (nikotin, katran, karbon monoksit, vb) üst sınırlar konmalı, bu sınırlar gittikçe ve hızla düşürülmelidir.

“Somut öneriler paketi”ne gelince, DSÖ’nün gelişmiş ülkelere yönelttiği öneriler şöyle sıralanabilir:

-Üretildiği ülkedeki markadan daha çok zehirli madde içeren tütün dışatımı hemen durdurulmalıdır.

-Başka ülkelere satılan paketlenmiş tütün, üretildiği ülkede geçerli sağlık uyarılarını taşımalıdır.

Gelişmekte olan ülkelere yönelik öneriler de şöyle:

-Sigaraya karşı sağlık eğitimi, yasal önlemler ve veri toplama yöntemleri geliştirilmelidir.

-Hiçbir ülke, tütün yetiştirmeye ya da tütün endüstrisini geliştirmeye izin vermemelidir.

2. Gençliğe yönelik koruyucu önlemler:

Aterosklerotik süreç ve risk etmenlerine ortam hazırlayan davranış bozuklukları genç yaşlarda ortaya çıktığından, koroner kalp hastalığından koruma önlemlerinde gençliğin konumu, özel bir önem taşımaktadır. Sigara alışkanlığına yol açan ilk denemelerin, birçok ülkede 6-11 yaşlarında başladığı bilinmektedir. Şişmanlık ve yüksek kan kolesterolüne kaynaklık eden beslenme alışkanlıkları da, yine yaşamın erken dönemlerinde edinilmektedir.

İlkesel olarak koruyucu çabalar, örgün eğitim sistemiyle sınırlı kalmayarak, tüm genç insanları kapsamalıdır. Ancak uygulama, daha çok "okul sağlık eğitimi" programlarına dayanmalı ve şu adımları içermelidir:

- Kalp-damar sağlığı yönünden ders programlarının incelenmesi,
- Amaçları açıkça belli, uygun bir program yapılması,
- Yeni programın denetimli pilot çalışmalarda denenmesi ve değerlendirilmesi,
- Denenmiş programın ülke çapında yaygınlaştırılması.

3. Beslenme alışkanlıkları:

Sağlıklı beslenme, şişmanlığın önlenmesi ve kan yağları düzeyinin denetimi yönünden gereklidir. DSÖ, sağlıklı beslenme konusunda, şu temel ilkelerin önemini vurgulamaktadır:

(1) Sağlıklı bir diyet; yağlar, özellikle de doymuş yağlar, kolestrol, sodyum, rafine şeker ve enerji yönünden düşük besinler ile nitelikli protein, bol miktarda kompleks karbonhidrat, mineral, vitamin ve posa bırakan yiyecekleri içermelidir. Bu bağlamda, sağlıklı beslenmek için, genellikle şu besinler ve pişirme yöntemleri seçilmelidir:

- Uygun biçimde bir araya getirilmiş bitkisel besinler (fasulye, tahıl, sebze-çiğ ve pişmiş – ve meyve);

-Balık, tavuk, yağsız et (küçük porsiyonlar halinde yenmeli, öğünün ana yemeği olarak tüketilmemeli);

- Erişkinler için yağı azaltılmış süt ürünleri;

-Yemek pişirmede az yağ kullanılmalı ve daha çok sıvı bitkisel yağlar yeğlenmeli.

(2) Yüksek miktarda doymuş yağ ve kolestrol içeren, fazla enerji veren besinlerden uzak durulmalıdır. Bu önerileri somutlamak gerekirse, beslenme yönünden sakıncalı sayılan durumlar ve ürünler şunlar:

-Fazla yağlı etlerin ana protein kaynağı olarak kullanılması;

-Tam yağlı süt ürünleri: Süt, kaymak ve peynirler;

-Yumurta (ana protein kaynağı olması dışında);

- Ticari olarak pişirilmiş ürünler;
- Alkollü içkiler.

4. Hipertansiyon:

Kan basıncı yüksekliğinden birincil koruma, kilo denetimi ve tuz alımının azaltılmasını gerektirir. Gelişmekte olan birçok ülkede, şişmanlık henüz yaygın bir sorun değildir. Şişmanlığı önlemenin yolu, sağlıklı beslenme ve fiziksel etkinliğin yaygınlaştırılmasıdır.

Daha önce de değinildiği gibi, tuz alımı günde beş gramı geçmezse, hipertansiyon çok az görülür. Bu nedenle, günlük tuz tüketiminin beş gramın altında olması önerilmektedir. Potasyumun tansiyon denetiminde olumlu etkileri saptandığından, taze meyve ve sebzeler yoluyla yeterli potasyum alınması da koruyucu önlemler arasındadır.

İkincil Koruma

“İkincil koruma”ya gelince; yukarıda belirtilmiş olan “Birincil koruma” ilkeleri, koroner kalp hastalığının üç ana klinik biçimini önlemeye yöneliktir (primer kardiyak arrest, akut miyokard enfarktüsü ve angina pectoris). “İkincil (sekonder) koruma” ise, koroner kalp hastalığının bu biçimleri ortaya çıktıktan sonra, ilerlemelerini önlemeyi amaçlar. “Birincil koruma”da ana risk etmenleri olan hiperkolesterolemi, hipertansiyon ve sigara; paradoksal olarak, “ikincil koruma”da eşit derecede önem taşıyabilir (6). (Sigaranın koroner kalp hastalığı üzerindeki kötü etkileri, yazımızın “Risk Etmenleri” bölümünde ayrıntılı olarak açıklandığından, burada yinelenmemiştir.)

“İkincil koruma”da diyet ve kilo denetimi de önemlidir. Uygun diyet, hem kiloyu, hem de şeker hastalığı, hiperkolesterolemi ve hipertansiyon gibi metabolik sorunları denetim altına alır. Ancak, kilo azalmasının, ani ölüm ve re-enfarktüs riskini azalttığına ilişkin yeterli kanıt yoktur.

Hastalar, fiziksel etkinliklerini artırmaya özendirilmeli, ancak izometrik stresten kaçınmalıdır. (Örneğin, ağır kaldırılmamalıdır.)

Farmakolojik önlemlere gelince; hastada aritmi varsa antiaritmik ilaçlar, hipertansiyon varsa antihipertansif tedavi yöntemleri uygulanır. Hipolipidemik ilaçlar ve antikoagülan tedavi de bu önlemler arasında sayılabilir. Antihipertansif tedavi, öncelikle “beta blokerler”le yeterli dozda ve düzenli biçimde uygulanmalıdır. Kimi çalışmalarda hipolipidemik ilaçların serum kolesterolünü yüzde 6,5 -20 azaltmasına karşın, hastalıktan ölüm hızını etkilemediği saptanmıştır.

Antikoagülan tedavi, ölümleri azaltmaz. Ancak kimi araştırmalar, antikoagülan tedavinin re-enfarktüsü önlediğini göstermektedir. Tromboemboli riski artmış hastalarda (konjestif kalp yetmezliği, kardiyak anevrizma, kimi aritmiler), antikoagülan tedavi gereklidir. Yakın zamanlarda çok araştırılan ilaç gruplarına kısaca değinmek, “ikincil koruma”nın sonuçlarını vurgulamak yönünden yararlı olacaktır.

Beta blokerler: Çeşitli çalışmalar, enfarktüs geçirenlerde “beta bloker” uygulamasının, ölüm hızını önemli ölçüde azalttığını göstermiştir. Bu nedenle, kontrendikasyon yoksa, miyokard enfarktüsü geçirenlere üç yıl süreyle “beta bloker” verilmesi önerilmektedir.

Trombositlere etkili ilaçlar: Bu ilaçlarla ilgili pek çok çalışma yapılmış; ancak çalışma sonuçlarının hiçbirisi, ölüm hızı yönünden, “denekler”le “kontrol grupları” arasında istatistiksel olarak önemli bir ayrım ortaya çıkarmamıştır. Bununla birlikte, kimi çalışmalar, öldürücü olmayan re-enfarktüste hafif bir düşüş göstermiştir.

Sonuç olarak, “ikincil koruma”da ilaç dışı önlemlere daha çok önem verilmelidir. (Sigarayı bırakma, uygun diyetle kilo verme, uygun düzeylerde spor yapma, vb.) Farmakolojik önlemler, hipertansiyon, aritmi ve angina tedavisidir. Kontrendikasyon yoksa “beta blokerler” verilmelidir (6).

SONUÇ

Koroner kalp hastalığı sorununa kolay bir çözüm getirmek olanaklı değildir. Gelişmekte olan ülkelerde “primordial koruma”ya yönelik adımlar, çeşitli güçlüklerle karşılaşabilir. Koroner kalp hastalığının “halk sağlığı” açısından önemli olmadığı düşünülebilir. Siyasal ilgi; uzun dönemli sağlık yatırımları yerine, kısa dönemli ekonomik kazançlara yönelik olabilir. Böylesi büyük güçlüklerle karşın, gelişmekte olan birçok ülkenin, şu anda koroner kalp hastalığını önleme ya da yaygınlaşmasını durdurma fırsatı vardır. DSÖ Uzmanlar Komitesi’nin önerileri dikkate alınrsa, bu fırsat kaçırılmamış olacaktır (3).

Kaynaklar

1. Tuomilehto, J. et al. Cardiovascular diseases and diabetes mellitus in Fiji: analysis of mortality, morbidity and risk factor. Bulletin of the World Health Organization, 62 (1): 133-143 (1984)
2. Analysis in coronary heart disease. Medicine Digest, May-June 1984, p.42.
3. Dodu, Silas R. A. Coronary heart disease in developing countries: the threst can be averted. World Health Organization Chonicle, 38 (1): 3-7 (1984).
4. Krupp, Marcus A, and Chatton Milton J. J Current Medical Diagnosis and Treatment 1982. Los Altos – California, Lange Medical publications, 1982, pp.192-211.
5. Ischaemic Heart Disease Registers: Report of the Fourth Working Group (Inclouing a revised operating prtocol). Copenhagen, 29 June- 1 July 1970. (Regional Office for Europe WHO).
6. Emara, M. Kamel. Secondary prevention of acute myocardial infarction. Medicine Digest, May – June 1984, pp.20-24
7. WHO Technical Report Series, No.678, 1982. (Prevention of coronary heart disease: Report of a WHO Expert Committee.)
8. Hipertansiyon ve sol ventrikül hipertrofisi. Literatür, Sayı:2 (Temmuz 1984), s.12-12.

9. Milliyet Gazetesi, 4.9.1985.
10. Liu, L.S. et al. Relationship between salt excretion and blood pressure in various regions of China. Bulletin of the World Health Organization, 62 (2): 255-260 (1984).
11. Yağlı Gıdalar ve Kalp. NOKTA. Sayı:23, (30 Temmuz – 5 Ağustos 1984).
12. Arat (Aşut), Özen. Kronik Hastalıklar : Genel Bilgi, Örgütlenme, İnsangücü ve Finansman Sorunları. Toplum ve Hekim, Sayı: 1,2 (Ocak – Şubat 1978).
13. Arat (Aşut), Özen. Bazı ülkelerde Kronik Hastalıkların Örgütlenmesi, Türkiye’de Durum. Toplum ve Hekim, Sayı 3 (Mart 1978).
14. WHO Technical Report Series, No. 548, 1974. (Planning and Organization of Geriatric Services.)
15. Akyol, Türkan ve Yanat, Filiz. Kronik Romatizmal Kalp Hastalığı. Türkiye Klinikleri, Cilt:3, Sayı:3, s.293-299 (Aralık 1984).
16. Hacettepe Üniversitesi’nde Toplum Hekimliği’nin ilk 15 yılı. Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Enstitüsü, Yayın No.16. Ankara, Çağ Matbaası, 1981).
17. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği Bilim Dalı, Çubuk Bölgesi 1977 Çalışma Raporu.
18. HANLON, John J. Public Health Administration and Practice. CV Mosby Co., Saint Louis, 1974.

Tablo 1. Etimesgut Sağlık Eğitim ve Araştırma Bölgesi’nde 45 Yaş ve Üzeri Nüfusta En Önemli 10 Ölüm Nedeni (1969-1980)

| Hastalıklar | Yıllık ölüm ortalaması (1) | Ölüm sayısı- Sınırlar (2) | Orantılı ölüm hızı-yüzde (3) | Ölüm hızı-yüz binde (4) |
|--|----------------------------|---------------------------|------------------------------|-------------------------|
| Kalp-damar hastalıkları | 38,6 | 25-58 | 19,0 | 368 |
| Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı | 34,0 | 6-51 | 16,8 | 324 |
| Hipertansiyon | 28,8 | 11-57 | 14,2 | 274 |
| Habis Ürlar | 22,5 | 7-34 | 11,1 | 215 |
| İhtiyarlık | 10,3 | 1-34 | 6,1 | 98 |
| Pnömoni ve diğer solunum yolu hast.ları | 6,4 | 0-21 | 3,2 | 61 |
| Serebrovasküler hastalık | 5,7 | 0-21 | 2,8 | 55 |
| Kazalar | 5,7 | 1-12 | 2,8 | 54 |
| Enfeksiyon Hastalıkları | 4,5 | 1-8 | 2,2 | 43 |
| Diabetes Mellitus | 2,8 | 0-7 | 1,4 | 27 |
| Diğer | 43,5 | - | 21,4 | 416 |
| Toplam | 202,8 | 166-313 | 100,0 | 1935 |

- (1) – 1969-1980 yılları ölüm sayısı ortalaması.
- (2) – Bir yılda saptanan en çok ve en az ölüm sayısı
- (3) – Tüm ölümler bazına göre bu hastalıktan ölen yüzdesi
- (4) – 12 yıllık “yıl ortası nüfus” ortalaması bazına göre

Kaynak: **Hacettepe Üniversitesi’nde Toplum Hekimliği’nin İlk 15 Yılı**, s. 60.

Tablo 2. Çubuk Sağlık Eğitim ve Araştırma Bölgesi'nde 45 Yaş ve Üzeri Nüfusta En Önemli Ölüm Nedenleri (1977-1980)

| Hastalıklar | Yıllık ortalama (1) | Ölüm sayısı-Sınırlar (2) | Orantılı ölüm hızı -yüzde (3) | Ölüm hızı-yüz binde (4) |
|--|---------------------|--------------------------|-------------------------------|-------------------------|
| Kalp-Damar Hastalıkları | 34,0 | 28-38 | 16,4 | 381 |
| Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı | 28,5 | 22-40 | 13,7 | 320 |
| İhtiyarlık | 28,0 | 19-34 | 13,5 | 314 |
| Habis Ürlar | 24,3 | 22-28 | 11,7 | 272 |
| Hipertansiyon | 18,7 | 16-20 | 8,0 | 210 |
| Kazalar | 7,3 | 5-9 | 3,5 | 82 |
| Pnömoni | 4,0 | 2-6 | 1,9 | 45 |
| Diyabetes Mellitus | 3,3 | 3-4 | 1,6 | 37 |
| Diğer | 59,2 | - | 28,7 | 663 |
| Toplam | 207,3 | 186-218 | 100,0 | 2324 |

- (1) 1977-1980 yılları ölüm sayısı ortalaması
(2) – Bir yılda saptanan en çok ve en az ölüm sayısı
(3) – Tüm ölüm bazına göre bu hastalıktan ölüm yüzdesi
(4) – Dört yıllık “yıl ortası nüfus” ortalaması bazına göre

Kaynak: *Hacettepe Üniversitesi'nde Toplum Hekimliği'nin İlk 15 Yılı*, s. 79.

(Bilim ve Sanat, Temmuz 1988 / Özetlenerek yayımlandı)

ÇUBUK SAĞLIK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA BÖLGESİ'NDE OCAK-HASTANE İLİŞKİLERİ

Çubuk Sağlık Eğitim ve Araştırma Bölgesi'nde, Bölge Hastanesi-sağlık ocağı ve uzman-ocak hekimi ilişkilerinin verimli ve amaca uygun biçimde yürütülmesi için 1970'li yılların sonlarında çeşitli çalışmalar yapıldı; kimi deneyimler ve önemli birikimler elde edildi. Bu yazıda, Bölge'deki birinci-ikinci basamak ve ocak hekimi-uzman hekim ilişkilerinin düzenlenmesi çabaları, kronik hastalıkların kontrolüne yönelik çalışmalar bağlamında aktarılacaktır.

Çubuk Sağlık Eğitim ve Araştırma (SEA) Bölgesi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin eğitim alanı olarak, Sağlık Bakanlığı ile işbirliği içinde 1975 yılında kuruldu. İlk günden başlayarak, sağlık ocaklarının ve Bölge Hastanesi'nin, "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Uygulaması"na uygun biçimde işlemesi için çaba gösterildi. Bu amaçla, birinci basamak örgütünün (sağlık ocaklarının) temel başvuru yeri olması, sevk sisteminin işletilmesi, Bölge Hastanesi ve burada çalışan uzman hekimlerin alan çalışmalarını desteklemesi ana ilkeler oldu.

İç Hastalıkları Birimi'nin benimsediği asıl alan çalışması "kronik hastalıkların kontrolü" olarak saptanmıştı. Bu amaca yönelik olarak, kronik hastalıkların ortaya çıkarılması, kontrol altına alınması ve izlenmesi gibi çalışma alanları belirlendi. Öbür ana dallar olarak Bölge Hastanesi'nde bulunan, "Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları", "Cerrahi Hastalıkları", "Kadın Hastalıkları-Doğum ve Aile Planlaması" birimleri de kendi uzmanlık alanlarında benzer çalışmalar örgütlediler.

ÇUBUK BÖLGESİ'NDE KRONİK HASTALIKLARIN KONTROLÜNE YÖNELİK ÇALIŞMALAR (1977-1979)

Çubuk Sağlık Eğitim ve Araştırma Bölgesi'nde, 1977-1979 yılları arasında, kronik hastalıklar kontrolünün değişik aşamalarına ilişkin çalışmalar yapıldı. Bu çalışmalar kesin verilerle belirtilebilecek düzeye ulaşmamış olmakla birlikte; kronik hastaların ilk basamak (temel) sağlık örgütü düzeyinde ele alınması ve hastane hizmetinin dışına çıkılması, ayrıca erken tanı ve izleme programları geliştirilmiş olması açısından önemli ön çalışmalar olarak değerlendirilebilir.

Sağlık hizmetlerinin 1975 yılından beri sosyalleştirilmiş olduğu Çubuk Bölgesi'nde, 1977-79 döneminde, bölgedeki tüm sağlık ocaklarında kronik hastalıkların izlenmesine ilişkin çalışmalar yapıldı. Yapılan çalışmalarda genel olarak, kronik hastaların saptanması, iyileştirilmesi ve izlenmesi işlemlerinin aşağıda belirtilen konularla yakın ilişkisi saptandı:

- A. Ocak hekiminin temel gereksinmelerinin karşılanmış olması,

- B. Ocak hekiminin ilgi, bilgi ve becerisi,
- C. Uzmanın destek, denetim ve ilgisi,
- D. Toplumun sosyoekonomik ve eğitim düzeyi,
- E. Düzenli ve sürekli uzman gezileri.

İki yıllık çalışma içinde bu ilişkilere bağımlı olarak, çalışmalar bazı ocaklarda daha düzenli, bazılarında ise yetersiz düzeylerde yürüdü.

Çubuk Bölgesi'nde, kronik hastalıkların denetimi için yapılan çalışmaların ilkeleri ve uygulama biçimi aşağıda özetlenmiştir.

A. Erken Tanı (Sekonder Koruma)

Kronik hastalıkların önemli bölümünde başlangıç belirtileri yoktur ya da siliktir. Bu nedenle, erken tanı önem kazanır. Sağlık kuruluşuna başvuran kronik hastalar, genellikle ileri dönem hastalarıdır. Oysa, hastaların daha büyük bir bölümü toplum içindedir. Erken tanı için iki belirleyici yöntem, kitle taramaları ve periyodik muayenedir. Bu etkin (aktif) yöntemlere karşılık, sağlık ocağına ilk kez başvuran tüm hastalara tam fizik muayene yapılması gibi edilgin (pasif) yöntemlerin de mutlaka uygulanması gerekir. Çubuk Bölgesi'nde, ocağa ilk kez gelen hastalara tam fizik muayene yapılması, tüm ocaklarda uygulanan, yerleşmiş bir yöntemdi.

B. Kesin Tanı ve Saptanan Hastaların İyileştirilmeleri

Saptanan kronik hastalara ocakta kesin tanı konamıyorsa ya da ileri inceleme gerektiği düşünülüyorsa, bu hastaların hastaneye sevkleri gerekir. Ocakta kesin tanısı konabilen hastalar ise, uzmanla işbirliği içinde izlemeye alınabilirler. Kronik hastaların en az bir kez uzman tarafından görülmesi uygundur. Hastanede ileri inceleme yapılarak ya da yatarak, kesin tanı konan ve iyileştirilen hastalar hakkında, ocak hekimine ayrıntılı bilgi verilmesi gereklidir. Bu, hastanın yeterli bakım görmesi kadar, sürekli eğitimin de bir koşuludur.

Çubuk Bölgesi çalışmalarında kronik hastalıklarla ilgili uygulamaların bu bölümü, oldukça yeterli sayılabilecek düzeyde gerçekleşmiştir. Edilgin (pasif) yöntemle poliklinik hastaları arasında saptanan kronik hastalar ya uzman gezilerinde uzmana gösterilmiş, ya da hastaneye gönderilmiştir. Hastanede kesin tanı konan hastaların sevk sonuçları, epikriz biçiminde yazılarak ocağa bilgi verilmiştir. Sevk sonuçlarında, uzmanın saptadığı ilk fizik muayene bulguları, yapılan laboratuvar incelemeleri, uygulanan iyileştirme yöntemleri, belirti ve bulgulardaki değişimler, verilen son tedavi, verilen kontrol günü ve kontrolde yapılacak işlemlerin, ayrıntılı olarak yer almasına özen gösterilmiştir.

Ocaklarda ise, hastaneden gelen sevk sonuçları kişisel kartlara işlenmiş ve ayrıca dosyalanmıştır. Sevk sonuçlarını ocak hekimleri kendileri incelemeli, bu iş başka görevlilere bırakılmamalıdır. Bazı ocaklarda bu işin başka bir görevliye verilmesi denenmiş, ancak ocak hekiminin hastaları hakkında bilgi eksikliği ve kendini denetleyememesi gibi olumsuz sonuçları olmuştur.

C. Kesin Tanısı Konmuş Kronik Hastaların İzlenmesi

Saptanmış kronik hastaların sürekli izlemeye alınması gerekir. Çubuk Bölgesi uygulamaları, izlemenin çeşitli yönlerden güçlükler gösterdiğini ortaya koymuştur. Bu güçlükler, hasta, ocak hekimi, yöre, ocağın özelliklerinden kaynaklanabilmektedir.

Gözlemler, ocak hekimi sorunu ciddi olarak ele alırsa, saptanan hastaların yaklaşık yüzde 50'sinin düzenli izlemeye geldikleri doğrultusundadır. Bu durum kuşkusuz, yöreye göre değişmektedir.

Düzenli izlemeyi artırıcı önlemler arasında, hastaya hastalığı konusunda yeterli ve inandırıcı bilgi verilmesi, izlemenin öneminin anlatılması, eline kontrol gününü belirten kart verilmesi sayılabilir. Düzenli izlemeyi ocak açısından sağlamak, ancak kronik hastalara özel bir kart (kronik hasta izleme kartı) düzenlemekle olasıdır. Çubuk Bölgesi'nde bu uygulama başlatılmış, ancak tamamlanamamıştır.

Kronik hasta izleme kartları, başlangıç aşamasında, saptanmış olan ve düzenli kontrole gelen hastalara çıkarılmalıdır. Kontrole gelmeyen saptanmış hastalar ise kontrole çağrılmalıdır. Bu amaçla, her ocakta şu aşamaların gerçekleştirilmesi gerekir:

1. Her ocak tüm kişisel sağlık fişlerini gözden geçirerek, köy ya da mahallelere göre, daha önce saptanmış kronik hastaların listesini çıkarılmalıdır.
2. Hastaneden gelen sevk sonuçları gözden geçirilerek, kişisel sağlık fişlerindeki eksik bilgiler tamamlanmalıdır.
3. Saptanmış fakat kontrole gelmeyen hastalar, ocağa çağrılmalı ve gelenlerin kontrolü yapılmalıdır.
4. İzlemeye gelen ya da yeni saptanan tüm hastalara kontrol günü verilmelidir. Her ocak, haftanın belirli bir ya da yarım gününü, kontrol günü olarak saptamalıdır.
5. En az üç kez, istenen zamanda ya da istenene yakın bir zamanda kontrole gelen hastalara, kronik hasta izleme kartı çıkarılmalı ve sonraki izlemeler bu kart üzerinde yapılmalıdır.
6. Kronik hasta izleme kartında istenen bilgilerin tümü doldurulmalıdır. İlk bilgi olarak, hastanın kronik hastalığıyla ilgili tüm bilgilerin geniş bir özeti yazılmalıdır. Sonraki kontrol tarihi kartta belirtilmelidir.
7. Her ocağın saptanan kontrol gününde, sekreter o gün gelmesi gereken hastaların kartlarını çıkarmalı, gelen hastaların kontrolü ocak hekimi tarafından yapıldıktan sonra, gelmeyenlere ilgili personelle haber yollanmalıdır.
8. Daha sonraki aşamada tüm 40 yaş ve üstü nüfusa kart çıkarılması ve yılda bir periyodik kontrole alınması düşünülmelidir.

Tüm bunların gerçekleştirilmesi, çok iyi işleyen bir birinci-ikinci basamak sisteminin var oluşuyla olanaklıdır.

ÇUBUK MERKEZ SAĞLIK OCAĞI UYGULAMALARI

Çubuk Merkez Sağlık Ocağı'nda, kronik hastalıkların ele alınması ve izlenmesi, diğer Çubuk Bölgesi ocaklarına göre daha başarılı olmuştur. Bu başarıda, daha önce belirtilmiş olan tüm etmenlerin payı vardır.

A. Uygulama

1977-1979 yılları arasında yürütülmüş olan uygulamaya göre, bu ocakta Pazartesi günleri öğleden sonra kronik hastaların kontrolü yapılmaktaydı. Çubuk Merkez Sağlık Ocağı'na bağlı iki mahalleye ait "hasta" ve "düzenli izlemeye olan hasta" verileri Tablo 1'de görülmektedir. Görüldüğü gibi, değerlendirilen iki mahallede saptanmış olan kronik hastaların ancak yüzde 29.4'ü düzenli izlemededir. Düzenli izleme ölçütü, istenen günde olmasa bile, belirli aralıklarla düzenli kontrole geliş olarak belirlenmiştir.

Tablo 2'deki toplam nüfusa ait veriler, sağlık ocağının 1978 yıl ortası (Haziran ayı) nüfus kayıtlarından alınmıştır. Aynı tablodaki 40 yaş ve üstü nüfus verileri ise, Kasım 1978-Şubat 1979 arasında, kişisel sağlık fişlerinin tek tek elden geçirilmesiyle saptanmıştır.

TABLO 1. Çubuk Merkez Sağlık Ocağı İki Mahallesinde, Düzenli İzlemeye Olan Kronik Hastaların, Saptanmış Olan Toplam Kronik Hasta İle Karşılaştırılması

| Yer | Saptanmış Kronik Hasta | Düzenli İzlemeye Olan Kronik Hasta | |
|----------------|------------------------|------------------------------------|---------|
| | Sayı | Sayı | Yüzde * |
| Yukarı Mahalle | 272 | 73 | 26.8 |
| Karşı Mahalle | 354 | 111 | 31.4 |
| Toplam | 626 | 184 | 29.4 |

*Yüzdeler satır yüzdesidir.

TABLO 2. Çubuk Merkez Sağlık Ocağı İki Mahallesinde, 40 Yaş ve Üstü Nüfusun Toplam Nüfusla Karşılaştırılması

| Yer | Toplam Nüfus | 40 Yaş ve Üstü Nüfus | |
|----------------|--------------|----------------------|---------|
| | Sayı | Sayı | Yüzde * |
| Yukarı Mahalle | 2620 | 691 | 26.4 |
| Karşı Mahalle | 4750 | 1003 | 21.1 |
| Toplam | 7330 | 1694 | 23.1 |

*Yüzdeler satır yüzdesidir.

Çubuk Merkez Sağlık Ocağı'na bağlı iki mahallenin 40 yaş ve üstü nüfuslarının, “ocakta hiç görülmemiş” ve “bir ya da daha çok kez görülmüş” olmaya göre dağılımı Tablo 3'te gösterilmiştir. İki mahallenin 40 yaş ve üstü nüfuslarının toplam yüzde 38'i ocak tarafından hiç muayene edilmemiştir.

Ocak tarafından en az bir kez görülmüş olanlardan kronik hastalık saptananlar, Tablo 4'te görülmektedir. Görüldüğü gibi, muayene olanların yüzde 59.6'sında kronik hastalık bulunmuştur.

Düzenli izlemeye alan hastaların bir bölümüne kronik izleme kartı çıkarılmış, izlemeler bu kartlar üzerinden yapılmıştır. Ancak, Ocak çalışmalarının yoğunluğu nedeniyle, tüm düzenli izlemeye olanlara kronik hasta kartı çıkarılması işlemi tamamlanamamış, bu hastaların büyük bölümünün izlemlerinin, kişisel sağlık fişleri üzerinden yapılması durumunda kalınmıştır.

TABLO 3. Çubuk Merkez Sağlık Ocağı İki Mahallesinde, 40 Yaş ve Üstü Nüfusun, Ocağa Hiç Muayene Olmayan ve En Az Bir Kez Muayene Olanlara Göre Dağılımı

| Yer | Ocağa Hiç Muayene Olmayan 40 Yaş ve Üstü Nüfus | | Ocağa En Az Bir Kez Muayene Olan 40 Yaş ve Üstü Nüfus | | Toplam 40 Yaş ve Üstü Nüfus | |
|----------------|--|--------|---|--------|-----------------------------|--------|
| | Sayı | Yüzde* | Sayı | Yüzde* | Sayı | Yüzde* |
| Yukarı Mahalle | 243 | 35.2 | 448 | 64.8 | 691 | 100 |
| Karşı Mahalle | 401 | 40.0 | 602 | 60.0 | 1003 | 100 |
| Toplam | 644 | 38.0 | 1050 | 62.0 | 1694 | 100 |

*Yüzdeler satır yüzdesidir.

TABLO 4. Merkez Sağlık Ocağı İki Mahallesinde Ocağa Muayene Olan 40 Yaş ve Üstü Nüfus İçinde, Kronik Hastalık Saptananların Sayı ve Yüzdeleri

| Yer | Toplam Muayene Olan 40 Yaş ve Üstü Nüfus | Muayene Olup Kronik Hastalık Bulunan 40 Yaş ve Üstü Nüfus | |
|----------------|--|---|---------|
| | Sayı | Sayı | Yüzde * |
| Yukarı Mahalle | 448 | 272 | 60.7 |
| Karşı Mahalle | 602 | 354 | 58.8 |
| Toplam | 1050 | 626 | 59.6 |

*Yüzdeler satır yüzdesidir.

Merkez Sağlık Ocağı'nın genel çalışmalarına ek olarak, kronik hastalıklar alanındaki çalışmalar, toplumun 40 yaş ve üstü kesiminde istemi artırmıştır. 1979 yıla

linda yapılan bir stajyer araştırmasına göre, 45-64 ve 65 yaş üstü yaş gruplarında ocağa başvuru durumu yıllara göre Tablo 5'te verilmiştir.

TABLO 5. Merkez Sağlık Ocağı'nda 45 ve Üstü Yaş Gruplarında Ocağa Başvuru Durumu (1976-1978)

| Yaş Grubu | Yaş Grubundaki Başvuru Sayı ve Yüzdeleri* | | | | | |
|----------------------|---|-------|------|-------|------|-------|
| | 1976 | | 1977 | | 1978 | |
| | Sayı | Yüzde | Sayı | Yüzde | Sayı | Yüzde |
| 45-64 Yaş Grubu | 107 | 26.7 | 134 | 33.3 | 176 | 49.3 |
| 65 ve üstü yaş grubu | 21 | 20.4 | 35 | 51.5 | 32 | 57.1 |

(*) Yüzdeler, o yaş grubundaki başvuruların, tüm yaş grubuna oranıdır

B. Merkez Sağlık Ocağı Uygulamalarında Saptanan Aksaklıklar

1. Hastane- Ocak İlişkileri

Kronik hastalıkların izlenmesi genel olarak ocak tarafından yürütüldüğünden, hastaneye gönderilen hastalar, ilk kez gelen ya da uzmanca değerlendirilmesine gerek görülen hastalar ile, izlemede olup durumu bozulan hastalar olmaktadır. Hastane, ocaktaki kontrol durumunu bilmediğinden, bu hastaların sevk kağıtlarının ocakça ayrıntılı olarak doldurulması gereklidir. Bu konu genellikle unutulmaktadır. Ayrıca, hastanenin de ayrıntılı bilgi vermesi gereklidir. Uygulamanın bu yönü de eski hastalar için zaman zaman aksatılmıştır.

2. Ocak-Uzman İlişkileri

Merkez Sağlık Ocağı'nda bir süre için iç hastalıkları uzmanı sürekli olarak çalışmıştır. Bu süre içinde, ocak hekiminin iç hastalıkları ve kronik hastalıklar ile ilişkisi azalmıştır. Oysa yönetici durumunda olan ocak hekiminin, ocağın tüm çalışmalarından bilgisi olması ve tüm çalışmalara etkin olarak katılması gerekir.

İç hastalıkları uzmanı ayrıldıktan sonra ise, kronik hastalıklar sorunu, Merkez Sağlık Ocağı hekimlerince giderek uzmanın sorumluluğu gibi değerlendirilmeye başlamıştır. Oysa kronik hastalıkları ocakta ele almak ve izlemek, farklı bir anlam ve amaç taşımaktadır. Şöyle ki, söz konusu olan, tüm sağlık hizmetleri gibi kronik hastalıklar denetiminin de ilk basamak (temel) sağlık hizmeti ile bütünleştirilmesidir. Ve bu görev de uzman destek ve denetiminde, ilk basamak hekimince yürütülmelidir.

3. İzleme

Hastalara kontrol günleri pek çok kanaldan verildiğinden (Hastane, Verem-Savaş Dispanseri, ocak hekimleri, internler), bir güne rastlayan hasta sayısı ba-

zen çok fazla olmaktaydı. Hasta yığılımı, eğitim olanaklarını kısıtlamıştır. Bu durumu düzeltmek için, bir kişinin kontrol günü kayıtlarından sorumlu olması düşünülebilir.

EK BİLGİLER

- A. 1977-1979 Döneminde Çubuk Sağlık Eğitim ve Araştırma Bölgesi'nde İç Hastalıkları Uzman Gezilerinde Yapılan Çalışmaların Ana Başlıkları
1. Ocak sorunları hakkında bilgi alma.
 2. Ocak hekimiyle birlikte normal poliklinik ve seçilmiş hastaların bakılması ve tartışılması.
 3. Her ocakta en sık görülen erişkin hastalıklarının saptanması ve tartışılması.
 4. Her ocakta en çok öldüren hastalıkların saptanması, ölüm nedenleri arasında kronik hastalıkların yerinin belirlenmesi.
 5. Ölen kronik hastaların kişisel sağlık fişlerinin incelenmesi ve ölümden önceki sağlık bakımının değerlendirilmesi.
 6. Ocak hizmetindeki eksik uygulamaların saptanması.
 7. Sevk sonuçlarının denetimi.
 8. Ocak hekimlerinin uzman gezileri konusundaki görüşlerinin saptanması.
 9. Kronik hastalık örgütlenmesinin denetimi (tarama, tanı, izleme açısından).
 10. Bir süre yürütülmüş olan tarama çalışmasının denetimi ve değerlendirilmesine katkı.
 11. Öğrenci eğitimi.
 12. Toplum sağlığı görüşü ve uygulaması hakkında diğer sağlık personelinin eğitimine katkı.
- B. 1977-1979 Döneminde İç Hastalıkları Uzman Gezilerinde Görev Başlı Eğitimi Olumsuz Yönde Etkilediği Saptanan Sorunlar
1. Ocağın personel, araç-gereç sorunlarının karşılanmamış olması.
 2. Poliklinik hizmetlerinin yetersizliği.
 3. Uzmanın ve ocak hekiminin görev başı eğitim konusunda ilgi, bilgi ve deneyiminin yetersizliği.
 4. Hizmet verilen toplumun sosyoekonomik ve eğitim düzeyinin yetersizliği.
 5. Bölge yöneticilerinin, öteki temel sorunlara öncelik verme eğilimleri.

SONUÇ

“Kronik Hastalıkların Kontrolü” bağlamında aktarmaya çalıştığımız Çubuk deneyimi, birinci ve ikinci basamak ilişkilerinin düzenlenmesinde yaşanabilecek olumlu ve olumsuz yönler içeren bir örnek oluşturmaktadır. Çubuk Sağlık Eğitim ve Araştırma Bölge Hastanesi, gerek kendi çalışmaları, gerek sağlık ocaklarıyla yakın işbirliği, gerekse sevk sistemini işletmesi açısından; daha önce ve sonra pek rastlanmayan bir çalışma düzeni gerçekleştirmiştir. Çubuk deneyimi, hastanedeki yığılmayı önleyerek, ikinci basamakta doğru bir işleyiş sağlamanın; böylece uzman hekimlerin birinci basamakta çalışanlara destek ve eğitim çalışmaları yapabilmesinin olanaklı olduğunu göstermesi açısından önemlidir.

Kuşkusuz, bu deneyim, yaşanmış ve geçmişte kalmıştır. Ancak, bu deneyimi bir anı olarak değil, yararlanılması gereken bir birikim olarak değerlendirmek, sağlık alanındaki arayışlara ışık tutabilir. Özellikle, pratisyen hekimlik eğitimi üzerindeki tartışmalarda, Çubuk ve benzeri örneklerden kimi sonuçlar çıkarmak yararlı olabilir.

(Toplum ve Hekim, Eylül- Aralık 1995)

“BULAŞICI HASTALIKLAR” KİTABINA ÖNSÖZ

Türkiye’de veri eksikliği, öbür alanlarda olduğu gibi, sağlık sektörünün de sürenleşmiş sorunlarından. Oysa sağlık ve hastalık bilgilerinin doğru toplanması ve güvenilir olması, sorunların çözümüne yönelik en önemli adımlardan biridir. Nitelikli sağlık hizmetini gerçekleştirmek, öncelikle durumu doğru saptamakla olanaklıdır.

Dr. Muzaffer Akyol, yaşamı boyunca ülkemiz insanının sağlık sorunlarına bireysel çabalarıyla ışık tutmaya çalışmış değerli bir araştırmacı hekimimizdir. O, bulaşıcı hastalıkları “alan”da incelemeyi ve özellikle salgın olasılığı durumlarında gerçekleri yerinde saptamayı görev saymıştır. Dr. Akyol’un böylesi bir yaklaşımla yaptığı salgın araştırmalarının sayısız örnekleri belleklerde. Her çalışmasından sonra, verilerini ve izlenimlerini özenle not eder; ünlü not defterini yanından hiç eksik etmezdi.

Dr. Akyol, bilimsel titizliği gereği ve hep daha iyiye ulaşmak kaygısıyla, çalışmalarını “yayınlaştıramadan” aramızdan ayrıldı. Bugün, halk sağlığı alanında çalışan birçok uzmanımızın yetişmesine katkıda bulunmuş olan Dr. Akyol’un verilerinin, halk sağlığı eğitimi alanında çalışan iki değerli meslektaşımızın çabalarıyla kitaplaştırılmış olması kıvanç vericidir. Yayını, daha sonraki dönemi de kapsayacak biçimde genişleten ve ülkemiz bulaşıcı hastalık verilerini toplu olarak içeren bir kaynak ürünü bize kazandıran Dr. Nevzat Eren ve Dr. Onur Hamzaoğlu’na teşekkürü bir borç biliyorum.

Dr. Akyol’un halk sağlığına ve halk sağlıklarına katkılarını, Türk Tabipleri Birliği’nin (TTB) bu yayını aracılığıyla sürdüreceğine inanıyorum.

Dr. Akyol, TTB’yi ve tabip odalarını çok önemser; olanakları ölçüsünde örgütsel çalışmalara katılmaya çalışırdı. “TTB Nusret Fişek Halk Sağlığı Hizmet Ödülü” sahibi olan Dr. Akyol’un çalışmalarının örgütümüzce yayımlanmasının ayrı bir anlamı olduğunu ve kendisinin de böyle bir sonuçtan mutluluk duyacağını düşünüyorum.

Doç.Dr. Özen Aşut
TTB Merkez Konseyi Başkanı

**(Bulaşıcı Hastalıklar [Communicable Diseases]-1925-1993,
Ocak, 1996)**

SICAĞIN ETKİLERİ

Sıcak hava ve güneş ışınları vücut için ek bir stres oluşturur. Uzun süre bu strese maruz kalanlarda istenmeyen durumlar ve bazı hastalıklar ortaya çıkar.

Yaşamı tehdit eden bir durum olan sıcak çarpması, güneş yanığı gibi doğrudan etkileri yanı sıra, sıcak havanın dolaylı olarak yol açtığı çeşitli hastalıklar da vardır. Yaz hastalıkları dediğimiz bu hastalıkların başında ishaller gelir. Bunun yanında, derinin alerjik ve enfeksiyon hastalıkları, boğulma tehlikesi yazın sık görülen durumlardır.

Ben bu konuların ayrıntılarını başka programlara bırakarak, yaz hastalıklarının önlemeye yönelik genel ilkelerden söz etmek istiyorum.

Yaz aylarında özellikle kişisel temizliğe çok dikkat edilmeli; derinin mikrobik ve mantar hastalıklarını önlemek için her gün vücut temizliği yapılmalıdır. Özellikle ayakların ve vücudun kapalı yerlerinde nemli ortamda yerleşip gelişen mantar hastalıklarını önlemek için bu çok önemlidir. Sıcak havalarda, ısı kaybını kolaylaştıran ince, bol ve açık renk giysiler yeğlenmelidir. Güneş ışınlarına karşı koruyucu kremler kullanılmalıdır. Sıcak havada mikroorganizmaların daha kolay üremesi sonucu, sebze ve meyvelerle ishal yapan hastalıkların bulaşması kolaylaşır. Bu nedenle, sebze ve meyveler uzun süre ve bol suyla yıkanmalı; olanak varsa, bir süre suda bekletilmelidir. İçme suyu ile ilgili bir kuşku varsa, sular kaynatılmalıdır. Yiyecekler buzdolabında saklanmalı; açıkta satılan hazır yiyeceklerden kaçınılmalıdır.

Başta kalp hastaları olmak üzere, süreğen ya da kronik hastalıkları olanlar, örneğin şeker hastaları, tansiyon hastaları, uzun süre güneşte kalmaktan kaçınılmalı, günün en sıcak saatleri olan 10:00-16:00 arasında güneşe hiç çıkmamalıdır. Bu hastalar ayrıca bol su ve sıvı alarak, su kaybına bağlı durumların ortaya çıkmasını önlemelidirler.

Sıcak hava vücutta su ve tuz kaybına yol açar. Çok fazla ısı stresinden sonra insanlarda su ve tuz eksikliğine bağlı ısı bitkinliği ortaya çıkabilir.

Su kaybına bağlı bitkinlik belirtileri; şiddetli susuzluk duygusu, yorgunluk, uyuşmalar, güçsüzlük, kaygı ve ruhsal bozukluklardır. Vücut ısısı artabilir ve sıcak çarpması denen duruma dönüşebilir. Bu durumda hekim tedavisi gereklidir.

Sıcak çarpması, yaşamı tehdit eder ve acil tedavi gerektiren çok ciddi bir hastalıktır. Sıcak çarpması, daha çok yaşlılarda, bebeklerde, kronik hastalığı olanlarda görülür. Bu durum özellikle sıcak ve nemli havada ortaya çıkar. Sıcak, kalp için ek bir yük oluşturduğundan, kalp hastalığına bağlı ölümler sıcak hava dalgaları sırasında büyük artış gösterir.

Sıcak çarpmasında terleme durur ve ateş 40 derece üstüne çıkar; deri sıcak, kuru ve kırmızıdır. Tansiyon düşük, davranışlar tuhaftır. Koma ile sonuçlanabilir. Hastayı ivedilikle soğutmak gereklidir. Derhal bir hekime başvurulmalıdır. Bu arada, hasta hemen güneşten uzaklaştırılmalı, soyulmalı, tüm vücut yüzeyi ıslatılmalı ve vantilatörle deriden ısı kaybı sağlanmalıdır. Hastaların bir bölümü bu önlemlerle açılabilir, ancak çoğu hastane tedavisi gerektirir.

(Flash TV'de konuşma, 1996)

İLACIN İKİ YÜZÜ

İlaç, insan ve toplum sağlığı açısından vazgeçilmez önemde olan bir üründür. Ancak ilacın yararı kadar, sağlığı olumsuz etkileyen önemli yan etkileri de olabilir. Bu nedenle, ilaçlar konusunda yeterli bilgisi olmayanların kendiliklerinden ilaç kullanmaları son derece sakıncalıdır.

Tüketici ya da hasta açısından izlenmesi gereken ilaçla ilgili ilke ve kuralları şöyle özetleyebiliriz:

1-Her ilaç insan vücudu için yabancı bir maddedir ve istenmeyen ya da zararlı etkiler ortaya çıkarabilir. Bu nedenle, zorunlu olmadıkça ilaç kullanılmaması en akılcı yoldur.

2-İlaçlar, özellikle alerjik yapısı olanlarda, ölümcül durumlara varan ciddi belirtiler ortaya çıkarabilirler. Her ilacın, duyarlı kişilerde alerji yapma riski vardır.

3-Kullanılan ilaç sayısı arttıkça, yan etki tehlikesi de artar. Aynı anda “üç”ün üstünde ilaç alınması, ilaçla ilgili yan etki riskini çok yükseltir.

4-Bir ilacın “yeni” olması, mutlaka benzerlerinden daha iyi olduğunu göstermez. Ayrıca, ilaç yeni olduğunda, yan etkilerinin hepsi belirlenmemiş olabilir.

5-Tıp çok hızlı gelişen bir bilim alanıdır. Günümüzde kullanıma sunulan ilaçlar çok hızlı bir artış göstermektedir. Bu nedenle değişimi izlemek, hekimler için bile çok güç olmaktadır.

Sayısını daha da arttırabileceğimiz ve ayrıntılandırabileceğimiz bu ilke ve kuralların ışığında, tüketicilerin ya da hastaların ilaç kullanımında çok dikkatli olmaları gerektiği sonucu ortaya çıkmaktadır. İlkesel olarak, hekim önerisi dışında ilaç almamak gerekir. Oysa ülkemizde, gereksininin üstünde bir ilaç harcaması ve kullanımı söz konusudur.

Sağlık harcamalarının yüzde 40’ı ilaçla ilgilidir. Tüketilen ilaçların başında ise, çok pahalı olan antibiyotikler gelmektedir. Antibiyotiklerle ilgili harcama, tüm ilaç harcamalarının %20-40’ını oluşturmaktadır. Bu ilaçların önemli bir bölümünün gereksiz yere kullanıldığı yönünde, ciddi işaretler vardır. Özellikle hekim önerisi olmaksızın tüketilen, -başta antibiyotikler olmak üzere- ilaçların büyük çoğunluğunun yanlış ya da gereksiz kullanım sınıfına girdiği anlaşılmaktadır.

Ülkemizde geçerli olan ilaçla ilgili mevzuatın yeterince uygulanmamasının, ilaç savurganlığında önemli payı vardır. İlaçların yüzde 98’inin prospektüsüne göre reçete ile satılma zorunluluğu olmasına karşın, “yeşil ve kırmızı reçete” kapsamı dışında kalan tüm ilaçlar, tüketiciler tarafından rahatlıkla reçetesiz olarak satın alınabilmektedir. Hastaların önemli bir bölümünde, pahalı olan ya da parenteral

(enjeksiyon yoluyla) verilen ilaçların daha iyi olduğu gibi yanlış bir kanı vardır. Kimi hastalar, bu kanıları nedeniyle hekimi etkilemeye çalışmakta, sonuçta hekimin tutumunu değiştirebilmektedirler.

İlacın en etkili ve akılcı biçimde kullanılması için, herkesin iyiliği ve sağlığı için, tüketicilere önerilerimiz şöyle:

1-Her ilacın bir zehir olabileceğini unutmayın. Hekim önerisi dışında ilaç kullanmayın. Eczacıdan ilaç önermesini istemeyin.

2-Komşularınıza ya da yakınlarınıza, size iyi gelen ilaçları öğütlemeyin. Onların yapısı ve hastalığı, sizinkinden çok farklı olabilir.

3-Geçen kez çocuğunuza iyi gelen ilacı, izleyen hastalığında da kullanmaktan kaçının. Hekime başvurun.

4-Gebelikte hiç ilaç kullanılmaması temel ilkedir. Bebeğin ya da annenin sağlığını etkileyecek önemli bir durum varsa, hekim size en doğru ilacı verecektir.

5-Her hastalıkta ilaç tedavisi gerekli değildir. Örneğin, “soğuk algınlığı” durumunda hemen antibiyotik kullanmaya kalkışmayın. Antibiyotikler, bu hastalıkta etkili değildirler, zararlı olabilirler.

6-Sürekli ilaç kullanmanızı gerektiren süreğen bir hastalığınız varsa, hem hastalığınız, hem de ilacın yan etkileri açısından düzenli hekim denetiminde olun. Kontrol muayenelerinizi aksatmayın.

7-Unutmayın: Çok sayıda ilaç almak, hastalığınızı iyileştirmek bir yana, sizde yeni hastalıklar ortaya çıkarabilir. En çok ilacı veren hekim de, en iyi hekim değildir.

8-Temel ilke, ilacı yerinde, zamanında, yeterli dozda, yeterli sürede, kısacası akılcı biçimde kullanmaktır. İlacın iki yüzü olduğunu; akılcı kullanıldığında kurtarıcı, kötü kullanıldığında ise bir zehir olabileceğini akıldan çıkarmayın.

(Tüketici Hakları Derneği Bülteni)

BÖLÜM 3

SAĞLIK POLİTİKALARI

TÜRKİYE'DE HEKİM DAĞILIMI

Bir ülkenin hekim gereksinmesinin ölçütü bir hekim düşen ortalama nüfustur. Türkiye'de bugün 2140 kişiye bir hekim düşmektedir (1). Gelişmiş ülkelerden İngiltere'de bu değer 1210 kişiye bir hekimdir (2). Bu karşılaştırmaya göre, ülkemizde sağlık koşullarının hekim sayısı yönünden yeterli denebilecek bir düzeyde olduğu kanısına varılabilir mi? Bu sorunun yanıtını verebilmek için ülkemizdeki hekimlerin bölgelere, kentsel ve kırsal yörelere dağılımını incelemek gerekir.

Bugün ülkemizde 17365 hekim vardır. Yurt dışındaki hekim sayısı 1868'dir. Yurt içinde bulunan 17365 hekimden %62,9'u en çok gelişmiş üç büyük il olan Ankara, İstanbul ve İzmir'de çalışmaktadır. Hekimlerin illere dağılım şöyledir (1):

Türkiye'de Hekim Dağılımı

| İlin Adı | Hekim sayısı | % |
|--------------|--------------|-------|
| Ankara | 3321 | 19,2 |
| İstanbul | 5999 | 34,5 |
| İzmir | 1609 | 9,2 |
| 3 il toplamı | 10929 | 62,9 |
| Diğer iller | 6436 | 37,1 |
| Toplam | 17365 | 100,0 |

İstanbul'da yaklaşık olarak 570 kişiye bir hekim düşmektedir (3). Bu en ileri ülkelere yakın bir düzeydir. Örneğin, nüfusa oranla en çok hekimi olan ülke Avusturya'da 510 kişiye bir hekim, Amerika Birleşik Devletleri'nde 715 kişiye, Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği'nde ise 520 kişiye bir hekim düşmektedir (2). Oysa Doğu illerimizde hekim başına nüfus 10 binin üstündedir. Gümüşhane'de hekim başına nüfus yaklaşık 16660 kişidir (3). Ayrıca bu durum kırsal bölgelerde daha da eşitsiz bir dağılım göstermektedir. Nüfusu 100 binin altında olan yerleşim bölgelerinde hekim başına düşen nüfus 23 bine dek yükselmektedir (2). Hekim dağılımındaki bu dengesizlik kırsal bölgelerde yaşayan kişilerin hekimden yararlanma olanağını ileri derecede kısıtlamaktadır. Bu konuda hekime olan uzaklık en önemli etken olup, hekime başvurma oranı uzaklıkla ters orantılıdır. Köy, hekime 5-10 km'den daha uzaksa hekime başvurma, hekimden yararlanma oranı önemli derecede azalmaktadır (4).

Hekimlerin eşitsiz dağılımı yanında hekimden yararlanmada önemli bir konu uzman hekim oranıdır. Uzman hekim oranının yüksek oluşu hekim gücünün yersiz kullanılmasına neden olur. Ülkemizdeki durum bu açıdan incelendiğinde, uzman hekim sayısının çok yüksek olduğu gözlenmektedir. Hekimlerimizin %64,1'i belirli bir dalda uzmanlaşmıştır. Uzman hekim sayısı 11139'dur, ayrıca uzman olmak için asistanlık yapan 1075 hekim vardır. Geri kalan 5151 hekim pratisyen hekim olarak çalışmaktadır ki bu, toplam hekimlerin ancak %29,6'sını kapsamaktadır. Uzman hekimlerin çoğu gene üç büyük ilde yerleşmiş olup bu hekimlerin %69,8'i bu illerimizdedir. Bu veriler uzmanlaşmanın geniş halk yığınlarına yarar sağlamadığını açıkça göstermektedir. Ek olarak, pratisyen hekimlerin %50,7'si de üç büyük ilde çalışmaktadır (1). Uzman ve pratisyen hekim oranları aşağıda görülmektedir:

Türkiye’de Uzman-Pratisyen Hekim Dağılımı

| | Hekim Sayısı | % |
|-----------|---------------------|----------|
| Uzman | 11139 | 64,1 |
| Pratisyen | 5151 | 29,6 |
| Asistan | 1075 | 6,3 |
| Toplam | 17365 | 100,0 |

Oysa halkın hekimden yararlanabilmesi için gerekli olan pratisyen hekimdir. Gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetlerini büyük ölçüde pratisyen hekim çalışmaları yürütmektedir. Örneğin, İngiltere’de hekimlerin ancak %14’ü uzmandır (2).

Özet olarak, ülkemizde bölgeler arası dengeli bir hekim dağılımı olması durumunda yeterli sayılabilecek sayıda hekim vardır. Fakat bu sayısal yeterliliğe karşılık eşitsiz hekim dağılımı, geniş halk yığınlarının hekimden yararlanmasını kısıtlamakta, halkın bir bölümünün hekime erişebilme olasılığını ortadan kaldırmaktadır. Uzmanlaşma oranının çok yüksek olması hekim gücünün yersiz kullanılmasına neden olmaktadır. Hekimlerin yarısından çoğu üç büyük ilde çalışmaktadır. Bu illerimizde hekim sayısı en ileri ülkelere uygunluk gösteren düzeylerde. Oysa kırsal bölgelerde yaşayan halkın hekimden yararlanma olanakları, diğer nedenler göz önüne alınmasa bile, hekime olan uzaklık nedeniyle ileri derecede sınırlıdır.

Ülkemizde hekim sayısı yeterli sayılabilecek düzeyde, fakat hekim dağılımı dengesizdir. Hekimlerin tüm ülkeye eşit bir biçimde dağılımının sağlanması sorunu, çok yönlü bir konudur. Bu sorun ancak değişen iktidarlarla değişmeyen, kararlı, tutarlı, ödün vermeyen bir genel sağlık politikası ile çözümlenebilir.

Kaynaklar

1. Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Sağlık Propagandası ve Tıbbi İstatistik Genel Müdürlüğü; 1973. s.317-327.
2. Fişek N. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği Bilim Dalı Yayınları.
3. Türkiye İstatistik Yıllığı. Devlet İstatistik Enstitüsü; 1971. s.73-102.
4. Toprak K. Köylük Bölgelerde Tedavi Hizmetlerini Etkileyen Faktörler. Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Bilim Dalı Yayınları; 1969.

(Tartışma metni, 1975)

YURTDIŞINDAKİ HEKİMLER

1. Yurtdışından geri dönecek hekimlerin karşılaşılabilecek sorunlarla ilgili bilgi verebilir misiniz?

Dönecek hekimler sorununa değinmeden önce, Türkiye'deki hekimlerin bugünkü durumu ve dağılımı üzerinde kısaca durmak istiyorum. Bir ülkenin hekim gereksinmesinin ölçütü, hekim başına ortalama nüfustur. Türkiye'de yaklaşık 2140 kişiye bir hekim düşmektedir. Fakat önemli olan hekimlerin ülke içindeki dağılımıdır. Konu bu yönden incelendiğinde, bölgeler arasında büyük eşitsizlikler gözlenmektedir. Ülkemizde hekimlerin %62.9'u en çok gelişmiş üç il olan Ankara, İstanbul, İzmir'de yerleşmiştir. İstanbul'da bir hekim başına nüfusun 554 kişi olmasına karşılık, Gümüşhane ilinde hekim başına 27873 kişi düşmektedir. Dünyada nüfusa oranla en çok hekimi olan Avusturya'da 510 kişiye bir hekim, ileri ülkelerden Amerika Birleşik Devletleri'nde 715 kişiye, Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği'nde ise 520 kişiye bir hekim düşer. İleri ülkeler ile yapılan bu karşılaştırma, büyük kentlerimizde hekim sayısının yeterli olduğunu açıkça göstermektedir. Durumu daha genel olarak değerlendirmek gerekirse, nüfusu 100 binin üstünde olan yerleşme yerlerinde hekim başına ortalama nüfus 642'dir. Buna karşılık, nüfusu 10 bine kadar olan yerlerde hekim başına 23 bin kişi düşer.

Dış ülkelerden gelecek hekimlerimiz, öne sürdükleri koşullar göz önüne alınırsa, büyük bir olasılıkla nüfusu 100 bin üstünde olan kentlerimizde yerleşeceklerdir. Büyük çoğunluğun üç büyük ilde çalışmak isteyeceğini öngörmek gerçekçi bir yaklaşım olur. Oysa bu yerleşme yerlerinde, daha önce de belirttiğim gibi hekim sayısı yeterli ve gelişmiş ülkelere uygunluk gösteren düzeydedir.

Bir başka önemli nokta, geri dönecek hekimlerin büyük çoğunluğunun uzman olmasıdır. Bugün Türkiye'deki uzman hekim sayısı gerekli olanın çok üstündedir. Hekimlerimizin %64.1'i belirli bir dalda uzmanlaşmıştır. Oysa bu oran İngiltere'de %14'tür. Uzman hekim oranının yüksek oluşu, hekim başına düşen kişi sayısının değerini azaltır, hekim gücünün yersiz kullanılmasına neden olur. Ayrıca uzman hekimlerimizin %69.8'i üç büyük ilde yerleşmiştir. Bu, uzmanlaşmanın geniş halk yığınlarına yararını kısıtlamaktadır.

Tüm bu nedenlerle, görülüyor ki dış ülkelerden geri dönecek hekimlerin günümüz koşullarında ülkemizin sağlık sorunlarına olumlu yönde katkıda bulunmaları zordur. Çünkü büyük kentlerimizde hekim sayısı ve sağlık hizmetleri ülkenin diğer yerlerine göre yeterlidir. Büyük kentlerimize daha çok sayıda hekimin yerleşmesinden bir yarar umulamayacağı kanısındayız.

Türkiye’de halkın hekimden yararlanabilmesi için devletin, tüm sağlık hizmetlerini sosyalleştirmesi, bunu tek kamu düzeni olarak bütün ülkeye yayması gerekir. Bu yapılmadan, yalnızca hekim insangücünün sayısını artırarak sağlık sistemine ek bir yarar sağlanamayacaktır.

2. Yurtdışında olan hekimlerimiz, bazı koşulların sağlanması durumunda geri döneceklerini belirtmişlerdir. İsteklerinden biri de getirecekleri cihazlar için gümrük muafiyeti sağlanmasıdır. Bu konudaki düşünceleriniz nelerdir?

1961 Anayasası ile her çeşit sağlık hizmetinin bir devlet hizmeti olduğu onaylanmıştır. Gene 1961’de Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası kabul edilmiştir. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde, koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin herkes için ücretsiz olması, hekimlerin tamgün çalışmaları öngörülmüştür. 1963’te başlatılan sosyalleştirme uygulaması, ilk beş yıllık plana göre 15 yılda bütün Türkiye’yi kapsayacaktı. Oysa şimdiye değin, yani 12 yılda, ancak 25 ilde bu uygulama gerçekleştirilebilmiş ve bu illerde yaklaşık 900 sağlık ocağı kurulmuştur. Fakat bu ocakların ancak %20 kadarında hekim bulunmaktadır. Hekim bulunan sosyalleştirme bölgelerinde bile halkın beslenme, yol, su, konut, hela, ekonomik durum gibi temel gereksinmelerini düzeltmeyi öngören çalışmalar yapılmadığı için, sağlık hizmetleri aksamaktadır.

Sosyalleştirme dışındaki kamu görevlisi hekimler, tamgün çalışma kapsamı dışında olduklarından, asıl görevleri dışında özel hasta bakımı yapmaktadırlar. Bu durum hizmetlerin gelişmesini olumsuz yönde etkilemekte, hekimlerin kazanç amacına yönelmelerine neden olmaktadır. Kamu kesiminde çalışan tüm hekimlerin tamgün çalışmaları sağlanmadıkça, bu durum sürecektir.

Başka ülkelerden gelecek meslektaşlarımıza gümrük kolaylığı sağlanması, ancak hastane hekimliği ile özel hekimlik kesinlikle ayrıldıktan sonra düşünülebilir. Çünkü getirilecek araçların, hekimlerin özel hastaları için hastanelerden yararlanma aracı olarak kullanılmalrı olasıdır.

3. Doktorlar Bankası kurulması hususunda düşünceleriniz nelerdir?

Ülkemizde banka kurma olanakları olan herkes banka kurabilir. Yurt dışından gelecek hekim arkadaşlar da dilerse bu haktan yararlanabilirler. Fakat kesinlikle belirtelim ki Ankara Tabip Odası olarak biz bu ad altında bir banka kurulmasına karşıyız. Bankalar kazanç sağlamak amacıyla kurulan işletmelerdir. Ekonomik düzeyi yüksek olanın, daha varsılın daha çok kazanmasını sağlarlar. Odamız halka dönük, halk yararına çalışmalar yapmayı amaçlamaktadır; bu, temel ilkelerimizden biridir. Bu nedenle, hekimlerimiz adı altında böyle bir kuruluşu odamızın desteklemesi söz konusu değildir.

4. Başka bir istek Tababet Uzmanlık Tüzüğü’nde değişiklik yapılması. Bu konuda önerileriniz var mı? Ülke dışındaki hekimlerimiz tasarruflarının devlet kanalı ile sağlık konusundaki yatırımlara aktarılmasını istiyorlar. Bu konuda görüşünüz nedir?

-İhtisastan sonra yapılan sınavın kaldırılması yurt dışındaki hekimlerimizin başka bir istekleri. Böyle bir girişim konusunda odanızın görüşü nedir?

-Hekimler, Türkçe bilmeyen çocuklarına, yabancı dille öğrenim yapan okullara girişte öncelik tanınmasını istiyorlar. Bu olanak sağlanabilir mi?

Anayasamız tüm yurttaşlarımızın eşitliği ilkesini benimsemiştir. Ankara Tabip Odası bu ilkeyi sonuna dek savunacaktır. Kimseye ayrıcalık tanınması istenemez ve bu istem hoşgörülemez. Yurt dışında olan hekimlerimizin böylesi koşullar öne sürmelerini odamız doğru bulmamaktadır. Hekimlerimizin çocuklarına kendi dillerini öğretmemiş, ya da böyle bir çabada bulunmamış olmaları da dikkat çekicidir. Çocukların eğitimlerini yabancı dilde sürdürmek yerine devlet okullarında okumaları, giderek, yoksun kaldıkları nitelikleri elde etmeleri yönünden daha yararlı olabilir kanısındayız.

(TRT II'de yapılan konuşma metni, Mayıs 1975)

GELİŞMEKTE OLAN ÜLKELERDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖRGÜTLENMESİ

İLKELER¹

Gelişmekte olan ülkelerde hastalıkların azaltılabilmesi, aşağıda belirtilen on iki ilkenin uygulanmasına bağlıdır. Bu ilkeler büyük politik kararlardan günlük çalışmaların ayrıntılarına değin sağlık hizmetinin her yönünde uygulanmalıdır.

Sağlık hizmetinin on iki ilkesi

1. Herkesin sağlığı son derece değerlidir.
2. Sağlık hizmeti gerçekçi bir yaklaşımla ele alınmalıdır, endüstriyel ülkelerden ithal edilmiş kavramlardan uzak kalınmalıdır.
3. Eldeki sınırlı para ve eleman ile en iyi sonucun alınması sağlanmalıdır.
 - a. Araçlarla amaçlar karıştırılmamalıdır.
 - b. Sağlık hizmeti orta derecede bir teknolojinin gereksinmelerine göre ayarlanmalıdır.
4. Sağlık hizmeti, hizmetin nicelik ve niteliğinde sürekli bir gelişme sağlayacak biçimde örgütlenmelidir.
5. Hastalar evlerine en yakın, en az elemanla, en basit araçlarla çalışan birimlerde, en ucuz bir biçimde bakılmalı, izlenmelidir.
6. a. Her çeşit sağlık hizmeti herkese ve sürekli olarak sağlanmalıdır.
 - b. Sağlık ünitesinin büyüklüğü ve masraflarının çokluğu ile topluma yararlılığı arasında çok az ilişki vardır.
 - c. Sağlık hizmeti çok geniş kapsamlı olmadan da etkili olabilir.
7. a. Sağlık hizmetleri yukarıdan aşağı değil, aşağıdan yukarıya doğru örgütlenmelidir.
 - b. Bir toplumun sağlık gereksinimleri ile istekleri arasında ilişki kurulmalıdır.
8. Gelişmekte olan bir ülkede hekimin rolü gelişmiş bir ülkedekinden çok farklıdır.

¹ M. King'in **Medical Care in Developing Countries** adlı kitabından çevirdiğim bu bölümü, yayımlandığı dönemde halk sağlığına yol gösterici katkıları nedeniyle kitaba aynen almayı yararlı gördüm.

9. Yardımcı sağlık personelinin rolü gelişmekte olan ülkelerde farklı ve daha önemlidir.

10. Tüm sağlık personelinin, tedavi edici işlevleri ile sıkı bağlantısı olan eğitici bir işlevleri vardır.

a. Daha az bilen ekip üyelerini eğitmek beceri kazanmış ekip üyelerinin görevidir.

b. Tüm sağlık personeli hizmet ettiği toplumu eğitmek zorundadır.

11. Gelişmekte olan ülkelerde sağlık örgütü kendi özel yöntemlerini geliştirmek zorundadır.

12. Sağlık hizmeti ve yöresel kültür birbirlerine yakından bağlıdır.

a. Yöresel kültürde sağlık hizmetlerini kolaylaştıracak inanç ve davranışlardan yararlanmalı, ters düşünceleri de saptayarak halkın tepkisini gidermeyi planlamalıdır.

b. Olanak olursa sağlık personeli kültürün tıp dışı yönlerini düzeltmek için uğraşmalıdır.

Koruma ve İyileştirme

Kırsal alanlarda en önemli koruyucu önlemler, özellikle çevre sağlığına yönelik sağlık eğitimi, kişisel alışkanlıkları düzeltme, başışıklama ve ana-çocuk sağlığı çalışmalarıdır. Fakat özel enfeksiyonlarla savaş gibi başka koruyucu hizmetler de vardır.

Tedavi hizmetleri de değişik biçimlerde uygulanabilir. Aslında koruyucu ve tedavi edici hizmetler sıkı olarak ilişkilidir. Bu nedenle sağlık merkezinin, asıl görevi koruma olan bir birim olarak vurgulanmasında yarar vardır. Sağlık eğitimi, sağlık merkezlerinin olduğu gibi hastanelerin de görevlerindedir.

Az gelişmiş ülkelerde asıl sorun, özellikle kırsal bölgelerde eldeki sınırlı para ve beceri ile insan sağlığına en fazla yararı sağlayacak koruyucu ve iyileştirici hizmetlerin nasıl planlanması gerektiğidir.

Sağlık hizmetini etkileyen dört ana öge uzaklık, nüfus, finansman ve personeldir. Bunların önemine değinmeden önce, şimdiye değin uygulanan sağlık birimi biçimlerini incelemekte yarar vardır.

Sağlık Hizmeti Birimleri

Sağlık hizmetinin birinci ve en basit birimi, her köyde az da olsa tıbbi becerisi olan bir kişinin bulunmasıdır. Bu kişi sağlık örgütünün yöresel temsilcisi olarak toplumun içinde çalışmalıdır. Bu kişilerin tam zamanlık çalışmaları da zorunlu değildir, bunlar yerli ebeler ya da geleneksel hekimler olabilir. Fakat belirli aralıklarla bu kişilere sağlık merkezinden gezici ekipler gitmeli, gerekli yardım ve denetimi yapmalıdır. Köydeki sağlıkçıların bazı ilaçlara ve malzemeye gereksinimleri olacaktır. Fakat unutulmaması gereken nokta, bunların asıl görevlerinin köyde sağlık bilgisi yaymak olduğudur.

Birçok ülkede bu yöresel temsilciler genellikle kağıt üzerinde vardır. Uygulamada sağlık örgütlerinin çoğunda köyde sağlık görevlisi bulunmamaktadır. Genel olarak gelişmekte olan ülkelere en alt basamak sağlık istasyonudur. Daha üst düzeyde dispanser vardır.* Daha sonra bir hekimli hastane gelir. Yardım istasyonuna haftada bir kez bir dispanser, sağlık merkezi ya da hastaneden hekim yardımcısı gider. İlaç götürür, bir hemşire enjeksiyonları yapmak üzere kendisine yardım eder. Her gidişte yüzden çok hasta görebilirler, fakat verebilecekleri tedavi en düşük düzeydedir. Sağlık eğitimi hizmeti de yetersizdir.

Dispanserde bir hekim yardımcısı, bir hemşire ve bir ebe bulunur. Dispanserin çalışması tedavi edici hizmete dayanır. Günde 300 hasta görülebilir. Basit ve kısa süreli hastalıklar dispansere yatırılarak tedavi edilebilir. Hastaneye de hasta gönderilebilir.

Buna karşılık, bir sağlık örgütünün çevredeki ideal birimi sağlık merkezidir.* Bu birim bir bölgenin hastane hizmeti dışındaki tüm sağlık gereksinimlerini karşılar. Her sağlık merkezi belirli bir alandan sorumludur. Kırsal ve kentsel tüm ülke sağlık merkezleri arasında pay edilmiştir. Sağlık merkezleri hem koruyucu, hem de tedavi edici hizmetlerin ana birimleri olmalıdır.

Birimler Arası İlişki ve Sevk Sistemi

Sağlık merkezi kavramı sevk sistemi ile bağlantılıdır. Sistem hastaların evlerine en yakın yerde, en basit araçlarla, en az personelle ve en ucuz biçimde tedavisi ilkesine dayanmaktadır. Zincirde daha yüksek bir birime gönderme, ancak yeterli hizmet verilemeyecekse düşünülmalıdır. Zinciri sağlık merkezi, bölge hastanesi, il hastanesi ve tip merkezleri oluşturur.

Bir örgütün toplum içindeki birimlerinde tedavi, hastanedekinden çok daha ucuzdur. Sevk sisteminin en üstün yönü, hizmetin ağırlığını çevrede tutup yalnızca zorunlu durumlarda hastaneyi kullanmasıdır. Bununla birlikte sistem sıklıkla aksamaktadır. Çünkü hastanelerin çevresinde yeterince sağlık merkezi yoktur. Ulaşım güçlükleri de sistemin işlemlerini güçleştirmekte ve kaçınılmaz olarak büyük hastaneler, küçük bölge hastaneleri ya da sağlık merkezleri gibi çalışmak zorunda kalmaktadırlar.

Hizmetin Boyutları ve Düzeyleri

Sağlık hizmeti çok boyutludur. Ölçme kolaylığı olduğu için bunlardan yalnızca ikisi tartışılacaktır: Toplam ayaktan bakım sayısı ve hastane yatakları.

Yapay olmakla birlikte gerçekçi bir yaklaşımla ayaktan bakım için erişkinlere yılda kişi başına iki, çocuklara üç kez bakım önerilmektedir. Bu sayılar planlama için uygun bir temel sağlayabilir. Bu düzeye nadiren ulaşılmakta ise de koruyucu hizmetler de göz önüne alınırsa, önerilen sayılar planlama için yüksek değildir.

Hastane yatakları yönünden, 1000 kişiye düşen toplam sayı seçilmiştir. Bu sayı İngiltere için 10.6, Nepal için 0.12'dir.

* Türkiye'deki karşılığı sağlık ocağıdır, sağlık merkezleri değildir. Dispanser ve sağlık merkezi, ayaktan tedavi yapan birim anlamında kullanılmıştır.

Ayaktan Bakımda Eşitsizlik

Gelişmekte olan bir ülkede uzaklık, sağlık hizmetinin kullanılmasının belirleyici bir ögesidir. Yalnızca sağlık birimine yakın olanlar hizmetten tam olarak yararlanmaktadır. Örneğin Kenya'da bir sağlık merkezine gelenlerden %40'ının 5 mil, %30'unun 5-10 mil ve kalan %30'unun 10 milden uzakta oturdukları saptanmıştır.

Uzaklık ve ulaşım güçlüğü sağlık hizmetini bu denli etkilediği için gezici hizmet sağlanması son derece önemlidir.

Ayaktan Bakımda Farklılıklar

Sağlık birimine başvurma her mil uzaklık ile belirli bir yüzde ile düşüş gösterir. Nedenler karmaşık olmakla birlikte, asıl belirleyici etmen hastanın yürümek zorunda olduğu uzaklıktır. Ulaşım güçlüğü ve masrafı da önemli öğelerdir. Diğer öğeler arasında hastalığın şiddeti ve sağlanan hizmetin niteliği sayılabilir.

Nüfus Yoğunluğu

Kilometre kareye düşen kişi sayısı, sağlık hizmetinden yararlanma olasılığını uzaklık kadar etkilemektedir. Bu bulgu, bir sağlık Merkezinin en yüksek verimi için optimum büyüklüğünün ne olması sorununu ortaya çıkarır.

Bir sağlık Merkezinin verimini ölçmek için yararlı bir yaklaşım, personelin zamanının yarısını başvuran hastalarla uğraşarak, diğer yarısını da Merkezin diğer işleriyle geçirdiğini öngörmektir. Merkezde dört kişi çalışıyor ve günde 50 hasta bakıyorsa, 250 günde yıllık verim 50.000 hasta bakımındır. Kişi başına yılda 2,5 başvurma sayısını kullanarak Merkezin 20.000 kişiye hizmet verebileceği saptanabilir. Bazıları optimum büyüklüğün 10.000 olduğunu düşünmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde geniş alanlarda nüfus yoğunluğu kilometre kareye 4-10'a değin düşer.

Sağlık merkezleri, ekonomik olmak için yeterli bir nüfusa hizmet vermek zorundadır. Bu nedenle nüfus yoğunluğunun az olduğu yerlerde Merkezin geniş bir alanı kapsaması gerekir. Merkeze olan uzaklık arttıkça, hastaların yararlanması azalacağına göre merkez gezici hizmet götürmelidir.

Bazen hastane kendi popülasyonunu yaratmaktadır. Örneğin, nüfusu eşit dağılmış bir bölgede kurulan bir hastane 30 yıl sonra, beş millik bir yarıçap içindeki alanda daha yoğun nüfuslu bir bölge geliştirebilmektedir. Bunun nedeni halkın hastane çevresine göçmesi ve sağlık hizmetinin uzun dönemli etkileridir.

Ekonomi

Uganda'da Mityana hastanesinde yapılan bir araştırmada, her gün 300 hastanın kolektif olarak 3000 km yol almak zorunda kaldıkları saptanmıştır. Hasta başına düşen ortalama uzaklık 10 km.'dir. Sağlık hizmetinden yararlanmak için yüzlerce hastanın binlerce kilometre yol gitmesi yerine, birkaç sağlık personelinin hastaların yaşadığı köylere gitmesi daha ekonomiktir.

Durum, harcanan para yönünden de açıkça gösterilmiştir. Hastalar 0.11 dolarlık hizmetten yararlanabilmek amacıyla, ulaşım için ortalama 0.35 dolar harcamışlardır. Bir diğer araştırma, hastaların hep birlikte ulaşım için hastane bütçesinin yarısından çoğunu harcadıklarını göstermiştir.

Fakat ulaşım masrafından daha önemli olan bir öge, zamanın değeridir. Çalışan erişkin kişiler yönünden bu gizli masraftır. Hizmeti hastaya götürerek, ücret alınması düşünülebilir. Bazı az gelişmiş ülkelerde kişi başına sağlık harcaması bir dolar kadardır. Bu ülkelerde kişi başına yıllık gelirin 70 dolar olduğu düşünülürse, bazı kişilerin 0.14 dolarlık sağlık merkezi harcamasını ödeyebilecekleri düşünülebilir.

Ücretin birçok politik, yönetim ve eğitime bağlı güçlükleri vardır. Ücret alınmıyorsa başka seçenekler düşünülebilir. (Örneğin, yerel örgütlerin, işverenlerin katkıları istenebilir.)

Gezici Hizmet

Genel olarak gezici hizmet iki çeşittir. Birincisi tam gezici sağlık ekibidir. Motorlu taşıtlara bindirilen bu ekipler seyrek aralıklarla geniş bir bölgenin köylerine giderler. Bu pahalı ve önemli bir yararı olmayan bir hizmettir.*

İkinci tip gezici hizmet, sağlık merkezi ya da hastane personelinin yakın çevresindeki köylere belirli zamanlarda giderek sağladığı hizmettir. Sağlık merkezinin tüm hizmeti çevreye bu biçimde götürülebilir.

Gezici hizmet sağlık merkezine dayalı olmalıdır. Eğer çevrede sağlık merkezi yoksa, aynı görevi hastane yapmalıdır.

Gezici ekipte yalnız yardımcı sağlık personeli bulunmalıdır. Ekibi becerileri değişik kişiler oluşturmalı bunlar kendi aralarında örgütlenmeyi bilmelidirler. Başka bir önemli nokta her gezide ekibin çok amaçlı hizmet sağlamak zorunda olmasıdır. Genellikle her köye haftada bir gidebilecekleri için çok yönlü hizmet verebilecek biçimde donanmış olmaları gerekir (tedavi hizmetleri, ana-çocuk sağlığı, tüberküloz tedavisi gibi). İstek çok fazla olabilir, bu nedenle bazı hizmetlere öncelik tanımak gerekebilir. Geziler düzenli olmalıdır. En iyisi belirli istasyonlar olması ve her istasyonun yerel sağlık temsilcisi bulunmasıdır.

Gezici hizmet kırsal bölgede sağlık hizmetinin temel ilkesidir. Hizmetin biçimi ve ayrıntıları değişebilmekle birlikte birçok ülkede, başka yöntemlerle hiç hizmet verilemeyecek kişilere hizmet götürmek yönünden, gezici hizmetin önemi tartışılmaz.

Hastane Hizmetlerinin Yoğunlaştırılması

Uganda'da yapılan bir çalışmada hastaların hastaneden uzaklığı arttıkça hastane yataklarının kullanımının azaldığı saptanmıştır. Fakat ayaktan bakım ile karşılaştırıldığında uzaklık ile ilgili fark daha azdır. Hastaneden yararlanma her beş kilometrede bir yarı yarıya azalırken, ayaktan başvurma her üç kilometrede bir

* Türkiye'de bu tip hizmete örnek, Kızılay Sağlık Kervanı'dır.

yarı yarıya azalmaktadır. Bunda, yatırılan hastaların başvurular arasında seçilmesinin payı olabilir.

Hastane hizmetlerinin yoğunlaştırılması, yani birçok küçük hastane yerine birkaç büyük hastane sağlanması önerilerinin temel nedeni budur. Ayaktan bakım hizmetlerini çevreye yayarken hastane hizmetlerini büyük birimlerde toplamanın başka nedenleri de vardır. Birisi sağlık merkezlerinin sağladığı destektir. Yeterli bir sağlık merkezi ağının bulunması, hastanelerin daha büyük, daha az sayıda ve daha verimli olmasını sağlar. Çünkü ancak hastane bakımı gerekenler hastaneye gönderilir.

En küçük hastane iki hekimli olmalıdır. Norm, 250 yataklı üç ya da dört hekimli hastanedir. Hastanede en azından acil cerrahi girişimler yapılabilmesi, ameliyathane, laboratuvar ve röntgen olmalıdır.

Küçük bölge hastaneleri böyle olmalı ve daha büyük il hastanelerince desteklenmelidir. Bunlar da başkentteki ulusal eğitim hastanesine dayanmalıdır.

BAZI ÖNEMLİ YÖNETİM SORUNLARI

Hastane ve Sağlık Merkezi Masraflarının Karşılaştırılması

Bir sağlık merkezinin binasının yapılmasının 22.000 dolara, yıllık çalışmasının 11.000 dolara mal olacağı öngörülmektedir. Bir hastane yatağı ise 8.500 dolara mal olmakta, hastane kurulduktan sonra bir yatak için yılda 850 dolar harcanmaktadır. Bir yataktan yılda 68 hasta yararlanmaktadır. Sağlık merkezi ise 10.000 kişiye hizmet vermektedir.

İki üniteyi ve masraflarını karşılaştırınca, 1000 kişiye sağlık merkezi hizmeti sağlamak için 2.200 dolar gerektiği görülmektedir. Bu, bir hastane yatağı maliyetinin dörtte birine, yani yılda 17 hastanın yararlanabileceği hastane hizmetine eşittir.

Yıllık masraflar göz önüne alınırsa, sağlık merkezi hizmeti 1.000 kişiye ortalama 1.100 dolara sağlanabilmektedir. Bu ancak 1,3 hastane yatağı ve 100 hastanın hastanede tedavisinin masrafını karşılayabilir.

Karşılaştırma ulusal düzeyde yapıldığında masraflar arasındaki farklar çok daha büyük oranlara çıkmaktadır.

Hastane ve Sağlık Merkezi Hizmetlerinin Yönetimi

Hastane ve sağlık merkezleri, sağlık örgütünün tamamlayıcı parçalarıdır ve birlikte çalışmak zorundadırlar. Her düzeyde personel zaman zaman örgütün diğer bölümüne gitmelidir. Hastane, sağlık merkezlerine ilaç ve araç-gereç sağlayabilir. Yakın entegrasyon bu denli gerekli olduğuna göre nasıl sağlanmalı, örgütün iki birimi nasıl yönetilmelidir?

En iyi çözümü ararken akılda tutulması gereken nokta hastane hizmetlerine her yerde öncelik verildiğidir. Bunun açık nedenleri vardır. Koruyucu hizmetlerin sonuçları, tedavi kadar dramatik değildir ve kolayca ölçülemez. Ayrıca politik

nedenler ve hekimlerin tedavi edici hekimliği, hastanede çalışmayı yeğlemeleri gibi öğeler vardır. Kalkınma planları hazırlanırken büyük yatırım projelerine önem verilir. Birçok küçük sağlık merkezi yerine iki-üç büyük hastane kurmak için uğraşılır. Bütün bunlar sağlık merkezlerine karşı birleşirler. Sonuç olarak, az gelişmiş ülkelerin pek azı etkili biçimde sağlık merkezleri kurabilmişlerdir, Kenya en büyük istisnadır.

İlk yönetim ilkesi, sağlık merkezini desteklemek olmalıdır. Bazıları bunun yönetimi ayırarak gerçekleştirebileceğini savunurken bazıları da tam zıt görüştedirler.

Belki de bölge düzeyinde ayrı, il düzeyinde birleşik yönetim düşünülebilir.

Özel Hastane ve Özel Pratisyenin Rolü

Anlatılmış olan sağlık örgütü, değişik sağlık birimlerinin kendilerini uyarlayabilecekleri bir örgüttür. Misyonerlerin, ya da bazılarının yeğlediği deyimle, gönüllü kuruluşların yalnız hastane sağlamış olmaları tarihsel bir yanlıştır.

Hükümetler bazen sağlık merkezleri örgütlemişlerdir. Sağlık örgütünde çalışanlar devletin ödediği ücret karşılığı çalışırlar. Gelişmekte olan ülkelerde hekim, eğitici, örgütleyici ve sağlık ekibinin önderi olarak görev yaptığında en etkilidir.

Hekimin görevi kendisine yardımcı personelce gönderilen hastaları görmek, becerilerini hastaların yatağına götürmek, yardımcılara yol göstermek, onları yönetmek, eğitmek, özendirme, desteklemek olmalıdır. Bu biçimde çalışan hekim üçüncü ilkeyi gerçekleştirmiş olur: “Eldeki sınırlı eleman ile en iyi sonucun alınması sağlanmaktadır.” Hekim ancak bir ekip ile çalışırsa becerilerini en iyi biçimde değerlendirebilir.

Kentlerde muayenehanesinde çalışan özel hekimler, yardımcılarının sağladığı ekip çalışmasından yoksundurlar. Becerilerini en etkin biçimde kullanmalarını sağlayacak yatak, araç ve gereçlerden yararlanamazlar. Genellikle, ücretini ödeyebilecek parası olan azınlığa pahalı semptomatik tedavi sağlarlar. Kent yaşamı sürdürebilmesine ve çok para kazanmasına karşılık, özel hekimin, eğitimini sağlayan topluma bir sağlık merkezi ya da bölge hastanesinde çalışarak çok daha yararlı olabileceği unutulmamalıdır.

Az gelişmiş ülkenin hekimi devlete bağlı sağlık örgütünden ayrıлып özel çalışmaya başlarsa, eğitimi için harcanan tüm bedeli topluma geri ödemelidir. Bu, bildirildiğine göre 8500 dolar ile 56.000 dolar arasında değişmektedir, daha yüksek de olabilmektedir. Böyle bir ödeme zorunluluğu konması yalnızca haklı değil, aynı zamanda devlet sağlık örgütünde çalışmayı destekleyici bir önlemdir.

Eğer devlet, hekimleri kırsal bölgelere göndermekte güçlük çekiyorsa, burs verdiklerine belirli bir süre zorunlu hizmet koyabilir. Ayrıca bölgelere göre değişen ek ücret ödeyebilir.

(Ankara ve İzmir Tabip Odaları Bülteni-TOB, Şubat 1976)

SAĞLIK BAKANI VE KOLERAYA İLİŞKİN GERÇEKLER

Sağlık Bakanı, haccın yasaklanması konusundaki düşüncesini ve Bakanlık görüşünü, kolera ile ilgili gerçekleri açıklamalıdır. Sağlık Bakanlığı gerçekleri kamuoyundan gizlemek yerine halkımızı aydınlatma ve uyarma görevini yerine getirmelidir. Şimdiye değin çeşitli kişi ve kuruluşlar, kolera hakkında bildiklerini kamuoyuna yansıtmaya çalışmışlardır. Artık koleranın Türkiye’de yaygın olarak var olduğu bilinen bir gerçek durumuna gelmiştir. Fakat kolera ile ilgili belgeler Sağlık Bakanlığı dolaplarında, kasalarında saklıdır, kilit altında tutulmaktadır. Koleranın varlığını bilen tabip odalarımız ve Ankara Tabip Odası, birçok kez Bakanlık yetkililerinin gerçekleri açıklamaları için uyarılarda bulunmuşlar, baskı unsuru görevini yerine getirmeye çalışmışlardır. Tabip odalarında doğal olarak koleranın varlığını kanıtlayacak belge yoktur. Belgeler Sağlık Bakanlığı’nda toplanır ve kolerayı açıklayacak yetkili kurum Bakanlık’tır. Ancak Bakanlık, bu konuda yapılmış olan çeşitli uyarılara ve baskıya karşın yadsıma politikasını sürdürmüş, sonunda bu durumu hacca gidişi engellemek için istismar konusu yapmıştır.

Böylece din sömürücülerinin gerçek yüzleri ortaya çıkmıştır. MHP’li Sağlık Bakanı, daha doğrusu MHP ve AP hacca gidişi engellemek istemektedir. Fakat bunun nedeni halkı, halkın sağlığını düşünmeleri değildir. Bugün ülkemiz, içinde bulunduğu kapitalizmin zorunlu bir sonucu olarak ekonomik çıkmaz içindedir. Bu çıkmazdan temsilcisi olduğu işbirlikçi teknelci sermaye sınıfına zarar vermeden nasıl çıkacaktır MC? Bu sorunun yanıtını son zamlar açık olarak vermiştir. Halkın kullandığı temel ürünlere yüksek oranlarda zam yapılırken, teknelci sermayeye girdi olan maddelere en alt düzeyde zam yapılmıştır. Hacca gidişi yasaklayarak döviz kaybının önlenmesi yeni bir umuttur. İşte AP ve MHP’nin asıl amacı budur. Yoksa kolera tehlikesi değil.

Gerçekler:

1. Türkiye’de kolera vardır. 22.9.1977 tarihi itibarıyla ülkemizde bu yıl kolera 75 kişi ölmüştür.
2. Aynı tarihe değin ülkemizde saptanan koleralı hasta sayısı 1000 üzerindedir. Bir o kadar da taşıyıcı saptanmıştır.
3. Kolera yalnızca 40 bin nüfuslu Çubuk Sosyalleştirme Bölgesi’nde değil, Türkiye’nin hemen her yerinde görülmektedir. Sağlık Bakanı eğer kolera ile ilişkin bilgileri yalnız bu bölgeden alıyorsa ve yalnızca bu bölgeyle ilgili bilgisi varsa, bu durum bir Bakan ve Bakanlık açısından kaygı veri-

cidir. (Oysa gerçek bu değildir. Bakan'ın Türkiye'nin her yerindeki kolera olayından bilgisi vardır. Çubuk adını maksatlı olarak kullanmaktadır.)

4. Sağlık Bakanı'nı ve MC'nin bir kanadını (AP ve MHP) hac konusunda yurttaşlarımızın inançları ilgilendirmemektedir. Gereğinde alabildiğine din sömürüsü yapabilenleri asıl ilgilendiren çeşitli çıkar hesaplarıdır. Şu anda AP ve MHP'nin hacca gidişi yasaklama planlarının ardında yatan gerçek gidecek döviz önlüyerek temsilcisi oldukları sermaye sınıfının çıkarlarını korumaktır. Bunu da "kolera tehlikesi" maskesi altında yapmaktadırlar.

(Ankara, Ekim 1977)

ZORUNLU HİZMET ÖNERİSİNİN ARDINDAKİ GERÇEKLER

Sağlık Bakanı tüm ülkede 1979 sonuna değin sosyalleştirmenin yaygınlaştırılacağını açıklamıştır. Sağlık Bakanı'nın buna benzer başka önerileri de vardır. Hangi güçleri temsil ettikleri artık geniş halk kesimlerince bilinen ikinci MC (Milliyetçi Cephe) iktidarı gibi bir iktidarın bunları nasıl yapacağı, daha doğrusu gerçekleştirmesinin önündeki engeller ayrı bir tartışma konusudur. Bugün hekimlerimizi ilgilendiren güncel bir konu Sağlık Bakanı'nın zorunlu hizmet konusunda verdiği demeçtir.

Sağlık Bakanı 20.8.1977 tarihinde verdiği demeçte, hekimlere uzmanlığa başlamadan önce zorunlu hizmet uygulanacağını, bunun bir yönetmelik değişikliğiyle yürürlüğe girmesinin düşünüldüğünü belirtmiştir. MC böyle bir uygulamayı yürürlüğe sokabilir. Üstelik, yasal yol yerine yönetmelik değişikliği düşünüldüğünden uygulama kolaylıkla başlatılabilir. Çünkü böylece siyasal iktidar halkımızın hiçbir özlemini yerine getiremezken, hekimlere zorunlu hizmet uygulamakla halka sağlık hizmeti verir görünerek hekimlerin sırtından parsa toplayabilecektir. Böyle bir uygulama, egemen güçlerin temsilcisi MC iktidarının, bunalımların tüm yükünü halkımıza yüklemek politikasının başka bir yönüdür.

Yeterli sağlık örgütlenmesi, araç, gereç, finansman sağlanmadan, sağlık hizmeti bir ekip çalışması olarak gerçekleştirilmeden, eşit ve yaygın sağlık hizmeti sağlamanın tüm gerekleri yerine getirilmeden, soyut olarak hekimi sağlık hizmeti sağlamak üzere göndermeyi düşünmek çağdaş sağlık ilkeleriyle ve halkımızla alay etmektir. Tüm ülkede yaygın, eşit, yeterli sağlık hizmeti sağlamanın gerekli koşulları, sağlık sorunlarının doğru çözüm yolları tabip odaları, diğer demokratik örgütlerce birçok kez belirtilmiştir. İlerici, yurtsever hekimler halkımıza hizmet vermekten kaçmazlar. Bu gerçeği birçok olayda, birçok kez kanıtlamışlardır. Ancak hekimlerimiz, MC'nin ve MHP'li Bakan'ın politikasına da alet olmayacaklar, buna karşı en kararlı savaşımları vereceklerdir.

Sağlık Bakanı'nın zorunlu hizmet konusundaki demecinin ardında nelerin yattığı hekimlerimizce merak konusudur. Zorunlu hizmet acaba hangi hekimlere uygulanacaktır? Şu anda yeni hekimlerimizden, SSYB bünyesi içinde daha elverişli, daha önemli yörelere tayin için istenen belgeler (MHP'nin yan kuruluşlarına kayıt belgeleri) acaba zorunlu hizmet uygulaması için de geçerli olacak mıdır? Acaba öngörülen bu uygulama, MC'nin baskı, kıyım ve sürgün politikasının hekimlere yönelik bölümü müdür?

Hekimlerimiz bu soruların yanıtlarını bilmektedirler. Bu nedenle, Ankara Tabip Odası'nda bir araya gelen hekimler, birlikte Anayasa'nın temel ilkeleriyle çelişki-

ye düşen zorunlu hizmet uygulamasına karşı çıkmakta, bu konuda en kararlı savaşıma vermeye hazırlanmaktadırlar.

(Tartışma metni, 1977)

SOSYALLEŞTİRMENİN YAYGINLAŞTIRILMASI ÜZERİNE

Güncel MHP genel politikasının bir gereği olarak, MHP'li Sağlık Bakanı da iş başına geldiğinden beri her gün yeni bir demeçle halkımızın sağlık alanındaki istek ve özlemlerine yanıt vermeye çalışmaktadır. Yıllardan beri ilerici, yurtsever hekimler, tüm sağlık emekçileri, onların demokratik örgütleri ve diğer demokratik güç ve kuruluşlar "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Programı" nı halkımızın sağlık sorunlarının çözümüne yönelik bir girişim olarak savunmuşlar ve desteklemişlerdir. İşte MHP'li Sağlık Bakanı yeni bir buluş gibi bu programa sahip çıkmış ve 1979 sonuna değin sosyalleştirmenin tüm ülkeye yaygınlaştırılacağını açıklamıştır. Ancak Sağlık Bakanı, bunu nasıl gerçekleştireceklerini açıklamaktan özenle kaçınmaktadır. Çünkü Sağlık Bakanı çok iyi bilmektedir ki üyesi bulunduğu siyasal partinin temsilcisi olduğu güçler böyle bir uygulamaya izin vermeyeceklerdir.

Halktan ve halk sağlığından yana tüm kişi ve kuruluşlar sosyalleştirmenin yaygınlaştırılmasını ve gerçekten işlerliğe kavuşturulmasını yürekten istemektedirler. Fakat 1965'ten beri AP ve MC benzeri iktidarlarca sürdürülmekte olan uygulama göstermiştir ki sağlık hizmetinin bugünkü niteliği, yani kâr amacı güden bir meta oluşu, bunun aksi bir uygulama getiren sosyalleştirme sistemini engellemektedir. Bugün 32 il ve dört eğitim bölgesinde yürürlükte olan sosyalleştirme programı yüzde 35-40 arasında değişen hekim kadrolarıyla çalışmaktadır. Sağlık hizmeti ticari niteliğini sürdürdüğü de bu durumu değiştirmenin olanağı yoktur.

Sosyalleştirmenin tüm ülkeye yaygınlaştırılması ve işlerlik kazandırılması (personel, araç, gereç, finansmanın yeterli ve dengeli olması) birçok sorunun çözümünü gerektiren çok boyutlu bir konudur. Fakat konunun can alıcı noktası sağlık hizmetinin niteliğinin değişmesi, yani meta durumundan, doğuştan kazanılmış bir hak olarak herkese eşit ve ücretsiz sağlanan bir devlet hizmeti durumuna getirilmesidir. Eğer Sağlık Bakanlığı bunu gerçekten istiyorsa, kolaylıkla uygulamayı başlatabilir. Çünkü Bakanlık yürütmeyi temsil etmektedir ve parlamentoda çoğunluğu oluşturan bir desteğe sahiptir.

Sağlık Bakanı eğer gerçekten sosyalleştirmeyi tüm ülkeye yaygınlaştırmak istiyorsa, en kısa zamanda üç büyük kentte sağlık hizmetlerini sosyalleştirmelidir. Çünkü hekimlerimizin yüzde 70'i, pazar ekonomisinin kurallarına bağlı olarak İstanbul, Ankara ve İzmir'de çalışmaktadır. Bu kentlerde yeterli sağlık personeli ve sağlık kuruluşu vardır. Böylece hem sosyalleştirme uygulaması büyük metropollerde işlerlik kazanmış, hem de sağlık hizmetinin en büyük ticaret merkezleri sosyalleştirme kapsamına alınmış olur. Bunu gerçekleştirebilmek için yasa deği-

şikliğine bile gerek yoktur. Yalnızca 224 sayılı Sosyalleştirme Yasası'nın üç büyük kentte uygulanmasına ilişkin bir Bakanlık ya da Hükümet kararı yeterlidir.

Sağlık Bakanı gerçekten geniş halk kesimlerinin sağlık sorunlarını çözümlmeye yönelmek istiyorsa, iktidar olduğunu unutup öneriler sıralamak yerine önerilerini yürürlüğe sokmalıdır. Sağlık Bakanı, sanki bir muhalefet temsilcisiymiş gibi, en kısa zamanda ilaç hammaddesi ithal edilmezse önümüzdeki bir-iki ay içinde büyük ilaç sıkıntısı çekileceğini söylemektedir. İlaç yokluğunu gidermek için ilaç hammadde dışalımının devletçe yapılması gerektiğini belirtmektedir. Sayın Bakan'a sormak gerekir:

Engel nedir, sayın Bakan? Yürütmenin sağlık alanındaki temsilcisi olduğunuza göre, engel nedir?

Engel yurtseverlerce çok iyi bilinmektedir. Engel, ilaç hammadde dışalımının sermaye sınıfına sağladığı akıl almaz kârlardır. Engel, insan sağlığının sömürüsü üzerinden çıkar sağlayan hekimlerin, özel hastanelerin, ilaç tekellerinin elde ettikleri büyük kazançlardır. Engel, genel olarak MC'nin temsil ettiği egemen sınıfların çıkarlarıdır. MHP'li Sağlık Bakanı, bu çıkarlara karşıt olan, bunlarla çelişkiye düşen, bu çıkarlara en küçük zarar getiren hiçbir uygulamayı yürürlüğe sokmaz. Buna gücü yetmez. Gücü varsa yukarıda belirttiğimiz öneriyi hemen yürürlüğe koysun ve üç büyük kentte sağlık hizmetlerini sosyalleştirsin. Sağlık sömürüsüne karşı olan herkes buna ancak sevinir.

(Politika, 2 Ekim 1977)

ZORUNLU HİZMETİ NASIL DEĞERLENDİRMELİYİZ?

Tabip odalarındaki değişimin temel göstergesi, hekimlerin sömürülenlerin değil, sömürülenlerin yanında yer alması olmuştur. Soruna salt hekim hakları açısından baksaydık, önceki yönetimlerden farkımız olmazdı. İşte zorunlu hizmet konusunda kimi eleştiriler ve onlara karşı bizim yaklaşımlarımız:

1. “Hekimlere zorunlu hizmet konması eşitlik ilkesine aykırıdır” eleştirisi yapılıyor. Eşitlik tüm toplum için geçerli olması gerekli bir ilkedir. Hekimin de, üyesi olduğu ve kendisine büyük yatırım yapan topluma karşı bu eşitliğin sağlanmasında sorumluluğu vardır. Hekimlik böyle bir meslektir. Bu nedenle, hekim hakları ile toplumun çıkarlarını karşı karşıya getirmek doğru bir yaklaşım değildir.

2. “Reformist, popülist bir yaklaşımdır”:

Reformizm, revizyonizm, oportünizm temelde işçi sınıfını, burjuvazinin ideolojisine tabi kılmayı amaçlayan, reformlarla sosyalizme geçilebileceğini öne süren akımlardır. Bilimsel sosyalizme inanan hiç kimse böyle bir savı benimseyemez. Kimse sağlık alanında yapılacak reformların, zorunlu hizmetin sağlık sorunlarını çözümleneceğini öne sürmüyor, sosyalist düzene eşit bir sağlık düzeni getireceğini savunmuyor. Ancak, savunduğumuz tüm diğer ilke, değer ve yöntemlerin bir parçası, ama onusuz olunamaz bir parçası olarak zorunlu hizmeti savunuyoruz. Hekimleri işçi sınıfı, tabip odasını da onun politik örgütü gibi görmekten vazgeçmeliyiz.

3. “Hekim hakları zedeleneyecektir”:

Hekim hakları “Tamgün Yasası” ile gerçek bir kayba uğramıştır. Çünkü bu hakkı, yani aynı anda hem kamuda, hem muayenehanede çalışma hakkını yaşam boyu yitirmişlerdir. Ama ilke doğrudur. Çünkü tamgün çalışma, bir avuç sömürücü dışında geniş halk kitlelerinin yararına bir girişimdir. Biz, ilerici hekimlerin desteklediği yönetimler olarak, geniş halk kitlelerinin yararına girişimlerin yanında olmalıyız. Hekimler sınırlı bir süre zorunlu olarak çalışacak, sonra diledikleri yerlerde meslek yaşamlarını sürdüreceklerdir. Bir insanın yaşamında 1-2 yıl önemli değildir ama toplumsal açıdan, tüm hekimlerin ülke düzeyinde planlı ve örgütlü biçimde çalışmaları, toplumsal gelişmeye katkı açısından çok önemlidir.

4. “Sağlık hizmeti devletin görevidir (Anayasa 49. madde) Ne yapılacaksa devlet yapsın. Tek başına hekim ne yapabilir?”

Yönetime geldiğimizden beri hekim hakları ve sağlık hizmetleri açısından savunduğumuz ilkeler vardır. Sosyalleştirmenin yaygınlaştırılması, işletilmesi, merkezi planlama, hizmetlerin tek elde toplanması ve tek elden yürütülmesi, hekimlere yeterli ekonomik koşulların sağlanması, grevli ve toplu sözleşmeli sendika hakkı gibi.

Tüm bu ilkelerin geçerli, inandırıcı olabilmesinin bir koşuludur zorunlu hizmeti savunmak. Yoksa emekçi sınıflar ve örgütleri, savunduğumuz diğer ilkelerin içtenliğinden kuşkuya düşeceklerdir. Çünkü savunduğumuz ilkelerin bir ölçüde yaşama geçirilmesi bile hekimin varlığına bağlıdır. Ayrıca: zorunlu hizmet yalnızca doğuya gitmek ya da kırsal kesime gitmek değildir. Merkezi planlama içinde belirli bir süre, devletin göstereceği yerde çalışmaktır. Devlet burjuva devlettir diye emekçi halk yararına girişimlere karşı çıkamayız. Çünkü doğru ilkeleri savunmak görevimizdir. Ayrıca birlikte Yüksek Hekimler Kurulu'nu savunuyoruz, sendika hakkını savunuyoruz.

5. “Hekimlere karşı bir girişimdir, hekimleri karşımıza alamayız”:

Toplumsal yararı bireysel çıkarından üstün tutan hekimlerin temsilcileriyiz biz. Ve onlar hiç de zorunlu hizmete karşı değiller. Kitle karşı çıkar diye ilkedden vazgeçilemez. Ayrıca, zorunlu hizmet uygulaması hekimlere karşı bir girişim de değildir. Çünkü bireyin gerçek çıkarı toplumsal çıkarlarda yatar. Hekimler belirli bir süre toplum içinde çalışarak önemli deneyimler kazanacaklardır, toplumu tanımak açısından önemli kazanımları olacaktır. Uygulama, bazen en etkili eğitimden daha yararlı olabilir.

Genel Değerlendirme

Hekimlerin %70'i, üç büyük kentte çalışmaktadır. Bu hekimlerin yüzde 60'tan çoğu kamu sektöründe çalışmakta, gün geçtikçe bunların sayıları da artmaktadır (başka deyişle, muayenehaneler kapatılmaktadır). Hekimlerin % 62.1'i zaten devletin gösterdiği yerde çalışmaktadır. Yakın bir gelecekte bu durumun değişmeyeceği bilinmektedir, çünkü kamu sektöründe çalışanlar giderek artmaktadır.

Genelde kamu kuruluşlarında çalışan hekim sayı ve oranları (yüzdeleri) yıllara göre artış göstermektedir(Tablo 1).

TABLO: Yıllara göre kamu kuruluşlarında çalışan hekim sayı ve oranları

| Hekim sayısı | 1976 | | 1977 | |
|--------------------------|-------|-------|-------|-------|
| | Sayı | Yüzde | Sayı | Yüzde |
| Kamu kuruluşları toplamı | 14107 | 60.8 | 14898 | 62.1 |
| Özel sektör – serbest | 8836 | 39.2 | 9092 | 37.9 |
| Toplam | 22943 | 100 | 23990 | 100 |
| Ankara | | | | |
| Kamu kuruluşları | 3051 | 60 | 3354 | 64 |
| Serbest | 2013 | 40 | 1847 | 36 |
| Toplam | 5064 | 100 | 5201 | 100 |
| İstanbul | | | | |
| Kamu kuruluşları | 3483 | 43 | 4226 | 49 |
| Serbest | 4597 | 57 | 4407 | 51 |
| Toplam | 8030 | 100 | 8633 | 100 |

Yüksek Hekimler Kurulu ve daha ileri aşamada sendika hakkı ile birlikte zorunlu hizmet uygulaması, daha adil bir rotasyon ortamı oluşturacaktır. Bu %60 üstünde hekimi ilgilendirmektedir. Geri kalan %40 altındaki kesim içinse belirli bir süre kamu hizmeti görmek, çok büyük bir özveri olmamak gerekir.

Demokratik kitle örgütlerinin görevi zaten oluşmakta olan bir süreci kitlenin arkasında kalarak göz ardı etmek değil, kitleyi doğru ilkelere ve toplumsal gerek ve yasalara göre bilgilendirip bilinçlendirmektir.

Genelde zorunlu hizmet tüm ön yargılardan arınarak, toplumsal yarar ve toplumsal gelişmeye katkı açısından değerlendirilmelidir. İşçi sınıfının ve diğer emekçi halk kesim ve tabakalarının sağlık sorunlarına bir ölçüde yanıt verecek her türlü girişimi desteklemek, ilerici, yurtsever, halktan yana hekimlerin oylarıyla işbaşına gelmiş yöneticiler olarak görevimizdir. Her konuda olduğu gibi bu konuda da nesnel bir gerçek olduğu yadsınamaz. Nesnel gerçeği bulmanın yöntemi diyalektik yöntem ve işçi sınıfı biliminin gösterdiği yoldur. İşçi sınıfı ideolojisinde doğrular ezilenlerin yanında tavır almaya göre belirlenir. Sorun bu denli somut ve açıktır.

(Tabip Odası tartışma metni, 1978)

GENEL SAĞLIK SİGORTASINA GENE HAYIR!

1977 yılında, Ankara Tabip Odası bir broşür yayımladı: “*GENEL SAĞLIK SİGORTASINA HAYIR!*” (1). O zaman, kimi ilerici kişiler bile bu belgeye bir anlam veremediler. Zamanın iktidarınca gündeme getirilen ve “herkese sağlık sigortası” öngören bir yasa tasarısına, Ankara Tabip Odası niçin karşıydı? Gerçekten de, halktan yana kişi ve kuruluşlara durumu açıklamak kolay olmadı. Ama Ankara Tabip Odası, öteki tabip odaları ve Türk Tabipleri Birliği, yoğun bir çalışma sonucu, güç olanı başardılar. Demokrasi güçleri, tabip odalarının niçin sağlık sigortasına karşı olduğunu kavradılar ve gündemdeki “Genel Sağlık Sigortası Yasa Tasarısı”na karşı çıktılar. Çeşitli kuruluşlar, Ankara Tabip Odası’nı destekleyen görüşler belirterek, konunun daha geniş kamuoyunca anlaşılmasına yardımcı oldular. Bu gelişmeler, izleyen yıllarda CHP’nin programına da yansyarak, sağlık alanında programın olumlu çizgiler içermesini sağladı. Nitekim, CHP’nin 1973’te “*Ak Günlere*” adıyla yayımlanan Seçim Bildirgesi’nde açıkça “sağlık sigortası” savunulurken daha sonraki programda, “sigorta” yerine “sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi” ilkesine yer verildi. Tüm bu olumlu gelişmeler karşısında siyasal iktidar, söz konusu tasarımı yasalılaştıramadı.

1980’lere gelindiğinde, köprülerin altından çok sular aktı. Esen yeller, kişilerin ilkesel görüşlerini de yer yer alıp götürmüş, erozyona uğratmıştı. İnsanlar ve görüşler, olağanüstü dönemlerde değişmişti ama, “Genel Sağlık Sigortası” kavramı değişmemişti; daha önce olduğu gibi, şimdi de sağ iktidarların gündemindeydi. Son günlerde, Başbakanlık Başdanışmanı Adnan Kahveci’nin, sağlık sisteminde öngörülen önlemlerle ilgili olarak basında yer alan açıklamaları, bunun en yeni kanıtı. Kahveci, sözünü ettiği önlemleri, “genel sağlık sigortası”na bir ilk adım olarak nitelendiriyordu.

Genel Sağlık Sigortası, Ek Bir Vergi Yüküdür

Genel Sağlık Sigortası (GSS) nedir, ne değildir? Her şeyden önce GSS, bir finansman biçimidir, başka bir deyişle, dar gelirli halka ek bir vergi yüküdür. (Ve de, bugünkü siyasal iktidarın ekonomik siyasası ile son derece uygun düşmektedir.)

GSS, bir sağlık örgütlenmesi biçimi değildir. Bu kurum, halkın sağlığına katkıda bulunacak, sorunlara çözüm olacak hiçbir yenilik getirmemektedir. Tersine, zaten bozuk olan sağlık sistemini, büsbütün içinden çıkılmaz duruma sokabilecek özellikler içermektedir.

Şu anda, açıklanmış yeni bir yasa tasarısı bulunmadığından, konuyu ilkesel düzeyde ele almak gerekmektedir. Böyle bir değerlendirme, bizi genelde şu sonuçlara götürmektedir:

1. GSS, devletin görevi olan “herkese sağlık hizmeti” için, “sigorta” adı altında halktan ek para toplamak demektir. Bir başka deyişle, halkın sağlığını koruma yükümlülüğünden devletin kaçınmasıdır.
2. GSS düşüncesi, günümüz ekonomi siyasasının doğal bir gereği olarak değerlendirilebilir. “Her şeyin satılık” olduğu, kamu kaynaklarının özel sermayeye aktarıldığı, KİT’lerin özelleştirildiği, tütün tekelinin kaldırıldığı, topraklarımızın yabancılara satılabildiği bir dönemde, sağlık hizmetlerinin devlet eliyle yürütülmesi zaten beklenemezdi. Sermaye düzeninde sağlık da bir “meta”dır ve alınıp satılır. Siyasal iktidar da bu alışverişten payını alır.
3. Pazar ekonomisinin en belirgin özelliği, hizmetin, en çok kazanılan yerde verilmesidir. Herkesin sigortalı olacağını varsayarak gerçekleşecek bir GSS, sağlık insangücü ve öteki kaynakların büyük merkezlerde yoğunlaşmasını daha da artıracaktır. Sağlık hizmetine duyulan istem, gelişmiş yörelerde daha büyük olduğundan, GSS, bu bölgelerdeki istemi daha da artırarak kaynak savurganlığına yol açacaktır (insangücü, ilaç, araç-gereç vb.)
4. Sağlık hizmetinden yararlanamayanların durumunda bir değişiklik olmayacaktır. Kırsal kesimdeki ve kentlerdeki dar gelirli emekçi halkın – vergisini ödese bile- sağlık sigortasından yararlanması ya hiç söz konusu olmayacak ya da çok sınırlı kalacaktır. Yani GSS’nin “genel” olması, gerçekte olanaksızdır. Vergiyi tüm halk ödeyecek, hizmetten yararlanan ise bir azınlık kesim olacaktır.
5. “Hekim seçme hakkı”yla gelecek bir GSS, sağlık alanında tekelleşmeyi hızlandıracak, sağlık sömürsünü yoğunlaştıracak, ücretli hekimlerin artış hızı büyük bir ivme kazanacaktır. Bu arada, az sayıdaki “büyük” ve ünlü hekim, kârdan aslan payını alacaktır. (Bunların bir bölümü, bugün zaten sağlık alanındaki tekellerin patronu olma yolundadır. GSS, bu gelişime hız verecektir.) GSS, kimilerinin savunduğu gibi, hekimlerin çıkarını koruyan bir uygulama değildir. Bu model, özel hekimlerin küçük bir kesimi dışında, büyük hekim kitlesinin yoksullaşmasına yol açacak sonuçlar doğuracaktır.

Tuzağa Düşmeyelim

GSS kavramı, dünyadaki uygulamaları, ülkemizde daha önceki hükümetlerce hazırlanan yasa tasarıları ve konuya ilişkin tartışmalar, 1975-1977 yıllarında tabip odaları yayınlarında ayrıntılarıyla ele alınmıştır. Özetlemek gerekirse, bu belgelerde GSS’ye ilişkin olarak ortaya konulan görüş ve eleştiriler, günümüzde de tümüyle geçerlidir (2). Ülkemizde Sosyal Sigortalar Kurumu’nun durumu ve kimi ülkelerde sağlık sigortası uygulamaları (örneğin ABD, Federal Almanya), bu eleştirilerin haklılığını gösteren kanıtlardır. “Ülkelerin, var olan sigortaları tasfiye ettiği bir çağda” (3), 20. yüzyılın son 15 yılı içinde, ne yazık ki hala 19. yüzyıl sigortacılığına sarılma kolaylığına kaçınlar çıkabilmektedir. Gene ne yazık ki,

tabip odalarının üst örgütü Türk Tabipleri Birliği bile son yıllarda GSS tuzağına düşmekten kendini kurtaramamıştır. Şimdilik bir alıntıyla duruma değinip geçelim: "...bizim de düşündüğümüz tip bir Genel Sağlık Sigortası'nın pilot uygulaması olabileceği düşüncesi ile Konseyimiz, Bakanlığın bu kararını desteklediğini ve gerçekleşmesi için katkıda bulunmak dileğinde olduğunu bir mektupla Sayın Bakan'a iletmış, bu arada kendisi ile gerçekleşen görüşmemizde sözle de ifade edilmiştir" (4).

Sonuç

Hükümetler gelir geçer, iktidarlar değişir; ilkesel durumlar değişmez. 8-10 yıl önce geçerli olan görüşleri, bugün olsa olsa daha ileri görüşler, düşünceler ve önerilerle geliştirmek söz konusudur. İnsanın yaratıcı yetenekleri her gün yenilikler üretebilir. Bu yenilenme sürecinde zaman, hep ileriye doğru akar, insan düşüncesi de...8-10 yıl önce ilerici kamuoyunun mahkum ettiği önerileri bugün yeniden piyasaya sürmenin ise ne yeni bir yanı vardır, ne de böylesi yaklaşımları ilericilikle bağdaştırmak olanaklıdır. Temel ilkeler, koşullara ve dönemlere göre değişmez. Kimi ilkelerden ve doğrulardan ise, - koşullar ne olursa olsun - vazgeçilemez. Her alanda çağdaşlığı savunan hekimler ve hekim örgütleri, dün olduğu gibi bugün de "Genel Sağlık Sigortası'na Hayır!" demek zorundadırlar.

Kaynaklar:

1. *Genel Sağlık Sigortasına Hayır*. Ankara Tabip Odası Yayını; 1977.
2. Bu konuda geniş bilgi için Ankara Tabip Odası'nın 1975-1977 yılları arasında yayımlanmış aylık bültenlerine bakılabilir.
3. Fişek N. Genel Sağlık Sigortasına Niçin Hayır? *Ankara Tabip Odası Bülteni (ATOÖ)* Ocak 1976; Sayı 4: s.30.
4. *Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi'nin 33. Büyük Kongre'ye Sunulan Çalışma ve Mali Raporları* (29.2.1984-29.6.1985): s. 33-4.

(Çağdaş, 1 Aralık 1986)

(Görüş, Ağustos 1987)

DEVLET HASTANELERİNİN ÖZELLEŞTİRİLMESİ VE TAMGÜN

Sağlık, Ticaret Aracı Olmamalıdır

KİT'lerin özelleştirilmesi konusu ile birlikte gündeme gelmiş bulunan kamu sağlık kuruluşlarının özleştirilmesi girişimleri eğer sonuç verirse, bu gelişme, liberal ekonomik modelin ve ülkemiz sağlık sisteminin yeni bir halkasını oluşturacaktır. 2000 yılına 13 yıl kala ve hemen hemen insanlığın tümünü temsil eden Dünya Sağlık Örgütü'nün, "2000 yılında herkese sağlık" stratejisini açıkladığı bir zamanda, ülkemiz yöneticilerinin insan sağlığını bütünüyle ticaret konusu yapmaları düşündürücüdür.

Sağlık alanında, Dünya Sağlık Örgütü'nün de benimsediği egemen görüş, sağlık hizmetinin toplumsal bir anlayışla ele alınmasıdır. Amaç, herkese, en uzak yerleşim birimlerindekilere bile karşılıksız sağlık hizmeti sunmaktır. *"İrk, din, siyasal inanç, ekonomik ve sosyal durum ayrımı gözetmeksizin, herkesin erişebileceği en yüksek sağlık düzeyine ulaşması, temel haklardan biridir."*

Sağlık, insanca bir yaşamın en önemli ögesidir. Bu nedenledir ki, sağlık hizmeti asla bir ticari meta olmamalıdır. Aynı nedenle, gelişmekte olan pek çok ülkede, toplumsal hizmet kavramına dayalı kamu sağlık örgütleri, giderek yaygınlık kazanmaktadır.

Herkese Sağlık

Kazakistan Cumhuriyeti'nin başkenti Alma-Ata'da 1978'de toplanan "Uluslararası Temel Sağlık Hizmeti Konferansı" tüm insanların sağlığını korumak ve yükseltmek için acil girişimler gerektiğini; hükümetlere, sağlık görevlilerine ve dünya kamuoyuna duyurmuştur. Bu konferansın "sonuç bildirgesi"nde; hükümetlerin, halklarının sağlığından sorumlu oldukları vurgulanmış, bir kamu görevi olarak temel sağlık hizmeti uygulamasının, herkese sağlık hedefine ulaşmanın anahtarı olduğu bildirilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü Genel Direktörü Mahler'in deyişiyle, "sağlıkta toplumsal eşitlik, ancak 'temel sağlık hizmeti' ilkesine dayalı sağlık sistemleriyle gerçekleştirilebilir."

Ülkemizde de, 1980 öncesinde bu anlayışa uygun sağlık hizmeti, sosyalleştirme ve tamgün çalışma uygulamaları gibi bir dizi önlemlerle yaşama geçirilmeye çalışılmıştır. Ancak, daha sonra bu uygulamalar birer birer hasıraltı edilmiştir. Tüm ülkeye yaygınlaştırıldığı ileri sürülen sosyalleştirme ise, "Tam-Süre Yasası" gibi, bütünüyle yürürlükten kaldırılmıştır. Sosyalleştirmenin ülke çapında yaygınlaştırılması, tabelalardaki "hükümet tabipliği" sözcüklerinin, "sağlık ocağı"na dönüşürülmesinden ibaret kalmıştır.

Bütçedeki sağlık payı, 1980'de yüzde 4.2'den, 1985'te yüzde 2.5'e düşmüştür. Ve, Türkiye'nin "IMF'nin en iyi öğrencisi" olduğunu öne süren IMF Grup Yöne-

ticisi Jacques de Groot, IMF reçetelerinin gerçekleştirilmesi için Türkiye’de sağlık ve eğitim gibi insana yönelik yatırımlardan kısıldığının anımsatılması üzerine, “*Bunun böyle olması lazımdı. Başka nereden kısacaksınız ki?*” diyebilmektedir.

Oyunun Son Perdesi

Tüm bu olumsuzluklar yetmiyormuş gibi, şimdi de sağlık alanındaki oyunun son perdesi sahnelenmek üzeredir. Sağlık piyasasına, tecimsel amaçlı yeni bir paket sunuluyor: “Kamu hastanelerinin özleştirilmesi”, sözde “tam-süre uygulaması” ve “genel sağlık sigortası.”

Özleştirme ve serbestleştirme, Öztin Akgüç’ün de belirttiği gibi, aslında ABD’nin desteklediği ve Batı’da ABD’ye yakın sağcı partilerin benimsedikleri bir politikadır. ABD’nin amacı, başka ülkelerdeki ekonomik gücün, ABD’ye bağımlı özel kesim elinde toplanmasıdır. Türkiye’deki sağcı yönetimler de özleştirme modasına uyararak, özellikle 1980 sonrasında, ABD kökenli uzmanların ülkemiz için öngördükleri modeli uygulamışlardır. Sonunda özleştirme felsefesi, KİT’leri ve kamu hastanelerini de kapsamına almıştır.

Söz konusu satış süreci, kimi kamu hastanelerinde, temizlik ve yemek işlerinin özel kuruluşlara devri ile daha şimdiden başlatılmış bulunuyor.

Hastanelerin özel sektöre devriyle, sürekli açık veren bütçeye yeni bir gelir kaynağı sağlanacak; ayrıca devlet, hastanelerin yüklediği giderlerden kurtulmuş olacaktır. Sonuçta, temel amacı daha çok kazanmak olan hastanelerin ücretleri, halkın sırtından alabildiğine yükselecektir.

Hastanelerin özelleşmesi ile, hekimler de doğal olarak serbestleşecektir. Hastadan alınan yüksek ücretten hekime pay verilerek, gün geçtikçe artan istemi karşılamak üzere hekim hastaneye bağlanacaktır.

Böylece, muayenehanesini kapayarak hastanede tam süre çalışacak olan hekim, kendisini özel ücretli hekim konumunda bulacaktır. Bir azınlık hekim kesimi ise, hastane sahipleri arasına katılarak sağlık tekellerine katkıda bulunacaktır.

Kuşku yok ki, bu uygulamanın, kamu sağlık kuruluşlarında hekimlerin tam süre çalışması anlamına gelen, çağdaş tamgün kavramıyla hiçbir ilgisi, benzerliği yoktur. Gerçek tamgünde amaç, kimi hekimlerin, devlet kuruluşlarını kişisel çıkarlarına araç etmelerini önlemektir.

Sonuç

Çağdaş tıp ilkelerine göre, bir kamu görevi olması gereken sağlık hizmeti, öngörülen yeni sistemle, özel sektöre devredilecektir. Bugün nicel ve nitel açıdan yetersiz de olsa var olan kamu sağlık hizmeti, tümüyle ortadan kalkacaktır. Sağlık hizmeti, gereksinimi olanın değil, yalnız parası olanın yararlanabileceği bir ticaret aracı durumuna gelecektir. Ve böylece, ülkemizdeki can pazarı büyüyecek, bu pazarda alabildiğine sağlık ve yaşam alışverişi yapılacaktır.

(Milliyet, 22 Ocak 1987)

SAĞLIK YASA TASARISI

Gündemde olan yeni sağlık yasa tasarısı ile ilgili değerlendirmelerimi, ayrıntılara girmeden, yalnızca ilkesel düzeyde açıklamaya çalışacağım.

Bu tasarı, ekonomik anlamda özelleştirme, yönetsel açıdan ise tam bir baskı yasası niteliğindedir. Sağlık Bakanlığı her konuda tek seçici, yönetici, cezalandırıcı konumdadır. Bakanlık'ın, sağlık alanının tümü üzerinde, bu arada hekim ve diğer sağlık personelinin hakları üzerinde de mutlak egemenliği söz konusudur. Yönetimde hiçbir demokratik işleyişe olanak tanınmamıştır. Örneğin, madde 3h, madde 6, geçici madde 1, bu amaca yönelik maddelerdir. Hekim hakları yönünden en önemli madde, Bakanlık'ın hekimlere ve diğer sağlık personeline meslekten sürekli çıkarma cezası verebilmesini öngören 3h maddesidir. Böyle bir önlem, Cumhuriyet tarihinde görülmemiş, hatta düşünülmemiştir; hekimlik adına onur kırıcıdır ve kabul edilemez. Siyasal iktidarlarca bu yetkinin nasıl kullanılacağı ise kolaylıkla tahmin edilebilir. Ayrıca, bu tür bir uygulama hukuk kurallarına aykırı olup yasama, yürütme ve yargı güçleri birbirine karıştırılmaktadır.

Halk sağlığı açısından değerlendirildiğinde, yasa tasarısının hiçbir yenilik getirmediği saptanmaktadır. Tasarının halk sağlığından götüreceği ise, sağlık alanının tümüyle özelleşmesinden doğacak sonuçlardır. Başka bir deyişle, bu yasa sağlık hizmetini süreç içinde tümüyle paralı ve pahalı hizmet durumuna getirecektir. Zaten asıl amaç fiyatları artırarak bütçeye ek fon sağlamaktır. Örneğin madde 3d, madde 5, geçici madde 4 bu amaçları gerçekleştirmek üzere düzenlenmiş maddelerdir.

Tasarıda yer alan başka önemli bir nokta, belirsiz olan pek çok konunun, 8. madde ile yönetmelikleri bırakılmış olmasıdır. Böylece, yaşamsal önemde olan konularda Bakanlık tek başına, istediği yönde kararlar alabilecektir.

Sonuç olarak; eğer gerçekleşirse bu tasarı, hekimlerin büyük çoğunluğunu, tüm hakları elinden alınmış özel ücretli hekim konumuna getirecektir. Süreç içinde sağlık hizmeti tümüyle özelleşecek, halk ancak satın alma gücü oranında hizmetten yararlanabilecektir.

Hekimler, tüm sağlıkçılar ve insana değer veren herkes bu tasarıya karşı çıkmalıdır. Tabip odaları ve diğer meslek kuruluşları bu konuda etkin bir tutum içinde olmalı, uyarı görevini yerine getirmelidir. Bu amaçla, tasarının içyüzü çeşitli yöntemlerle kamuoyuna duyurulmalıdır. Tasarının yasallaşmaması için eldeki tüm araçlar seferber edilmelidir. "Nasıl olsa bu yasa çıkacak ama gene de karşı çıkmak görevimizdir" görüşüne katılmıyorum. Etkin çabalarla bu yasanın çıkması engellenebilir.

(Türk Dış Hekimleri Birliği Dergisi, Ocak-Mart 1987)

“SAĞLIK HİZMETLERİ TEMEL YASA TASARISI” NELER GETİRİYOR?

Hekimlerin Denetimi ve Özelleştirme Amaçlanıyor

Geride bıraktığımız aylarda radyasyon, kuduz, bulaşıcı hastalıklar, zehirli kömür, DDB’li deterjan ve şampuanlar gibi halk sağlığını ciddi biçimde tehdit eden konular, kamuoyunda büyük bir tedirginlik yarattı. Sağlık sorunları hemen her gün birbirini üzerine eklenip çoğalırken, hükümet, büyük reform diye “Sağlık Hizmetleri Temel Yasası Tasarısı”nı, adeta bir kurtarıcı olarak öne sürdü. Oysa bu yasa, ne bir sağlık reformu yasası, hattâ ne de bir sağlık yasası idi. TBMM’ye gönderilen tasarı, gerçekte bir finansman sağlama, özelleştirme ve hekimleri denetim altına alma yasasıdır.

Baskı Yasası

Genel olarak ele alındığında, yasa tasarısının hastaneleri ve öteki sağlık kuruluşlarını özelleştirmeyi, yönetsel olarak ise çalışanları baskı altında tutmayı amaçladığı anlaşılmaktadır. Tasarıya göre, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’nın, sağlık alanının tümü üzerinde (bu arada hekim ve öteki çalışanları hakları üzerinde de) mutlak egemenliği söz konusudur. Yönetimde hiçbir demokratik işleyişe olanak tanınmamıştır. Örneğin, tasarının 3/h, 6 ve geçici 1. maddeleri bütünüyle bu amaca yöneliktir.

3/h maddesi, sağlıkçılar açısından tasarının can alıcı maddelerinden biridir. Bu maddeye göre, serbest ya da kamu sağlık personelinde aranacak genel ve özel koşulları, tek başına Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı saptayacak; sonradan bu koşullardan birine uymayan, o koşulu yitiren ya da o koşulu taşımadığı anlaşılan personele uygulanacak önlemleri de gene Bakanlık belirleyecektir. Uygulanacak önlemler arasında meslekten geçici ve sürekli çıkarma gibi çok ağır yaptırımlar da yer almaktadır. Sağlık Bakanlığı’nın hekimlere meslekten sürekli çıkarma cezası vermesi, Cumhuriyet tarihinde görülmemiş bir uygulamadır. Günümüzde bu yetki tabip odalarına ve belli durumlarda yargıya aittir. Böylece, görece demokratik olan bir işleyiş, tümüyle antidemokratik bir uygulamayla yer değiştirmektedir.

Tasarının 6.maddesi ile geçici, 1.maddesi, hekimler de içinde olmak üzere, tüm sağlık personelinin sözleşmeli statüye geçmeye zorlanmaktadır. Ancak, sözleşmeli olabilmek, özelleştirilen kurumun isteğine bağlıdır. İstemeyen ya da istenmeyen personelin uygun bir kadroya nakledilmesi öngörülmektedir. (Uygun görülen kadroyu beğenmeyenler için yapılabilecek tek şey görevden ayrılmasıdır.) Sözleşmeli personelin ücretlerini Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı belirleyecek,

isteyenlerin –Emekli Sandığı’na bedelini kendileri ödemek koşuluyla- emeklilik hakları sürecektir. Görülüyor ki, bir anlamda işçileştirilmelerine karşın, hekimlerin ve öteki sağlık personelinin toplu sözleşme hakları olmayacak, ücretlerini Bakanlık saptayacaktır. Ayrıca 6.maddede, “657 ve diğer yasalardaki sözleşmeli personel hakkındaki hükümlerin sağlık personeline uygulanmayacağı” belirtilmektedir. Böyle bir hüküm, eşitlik ilkesine aykırıdır.

Halk Sağlığına Katkısı Yok

Sağlık alanında yeni bir umut diye sunulan yeni tasarı, halk sağlığı açısından değerlendirildiğinde, sağlık sisteminin iyileştirilmesine yönelik hiçbir önlem içermediği görülmektedir. Çünkü, tasarının asıl amacı, sağlık hizmetlerini tümüyle özelleştirerek fiyatını yükseltmek ve hizmetin bedelini halkın sırtına yüklemek, böylelikle bütçeye kaynak sağlamaktır. Nitekim, bu modelin ipuçlarını, 28 Ekim 1986 günlü Resmi Gazete’nin mükerrer sayısında yayımlanan 1987 yılı Programında bulmak olanaklıdır. Burada, sağlık evleri dışında kalan tüm birimlerin paralı olacak vurgulanmakta, hastanelerde otelcilik hizmetleri için ayrı ücret alınacağı belirtilmektedir. Yasa tasarısının 3/d maddesi ise, hizmet zincirine uymayanlardan ek ücret alınmasını öngörmektedir. Yani, bir sosyal güvenlik kuruluşuna bağlı işçi ve memurlar bile bu farkı kendileri ödeyeceklerdir.

Açıktır ki, çağdaş anlamda birinci basamak örgütlenmesi gerçekleştirilmeden, halkın bu zincire uyması beklenemez. Bu nedenle, hemen herkes, gücü oranında hizmet satın alma yolunu seçecektir. Sonuçta, bundan böyle gazetelerde sık sık, şöyle başlıklar okumaya alışacağız: “100 bin lira depozit yatırmayan hasta öldü” (Milliyet, 14.2.1987).

Bu tasarının yasalaşması durumunda, hekimlerin büyük çoğunluğu, hiçbir hakları olmayan, her türlü güvenceden yoksun özel ücretliler konumuna gelecektir. Bu durum öteki sağlık çalışanları için de aynen geçerlidir.

Sonuç

Sonuç olarak söylemek gerekirse, Özal Hükümeti’nce TBMM’ye sunulan “Sağlık Hizmetleri Temel Yasası Tasarısı”, bir sağlık reformu değil, sağlıkta tekelleşme programıdır. Amaç, halk sağlığına katkı değil, parası olana daha nitelikli sağlık hizmeti sunmaktır.

Tabip odaları ve öteki meslek kuruluşları, bu tasarı karşısında baskı grubu olarak kendilerine düşeni yapmalıdırlar.

(Düşünenlerin Düşünceleri, **Milliyet**, 7 Mart 1987)

ULUSAL SAĞLIK POLİTİKASI

Bir ülkenin sağlık politikası, genel toplumsal ve ekonomik politikasından ayrı olarak belirlenemez. Ülkenin sağlık politikasını oluşturan süreçler, genel politikayı belirleyen nesnel koşullardan bağımsız değildir ve ülkelerin genel sağlık politikaları, egemen resmi ideolojilerin ana çizgilerini taşırlar. Bu nedenle, bir ülkede oluşturularak yaşama geçirilecek sağlık politikası, toplumsal-ekonomik sistemle ve iktidarı destekleyen toplumsal kesimlerin çıkarları ile yakından ilgilidir. Ancak sağlık konusunun özgünlüğü ve bu alanda atılmış uluslararası adımların etkisi ile, demokratik güçlerin muhalefet konumunda bulunsalar bile, siyasal iktidarın karar alma süreçlerini etkileyebildiği, halkın çıkarlarına daha uygun sağlık politikalarına yöneltebildiği görülmektedir.

Halkın/işçilerin, emekçilerin, memurların, aydınların, yoksul köylülerin çıkarlarına uygun sağlık politikası, 'sağlığın doğuştan kazanılmış bir hak olduğu' ve bu hakkın yaşama uygulanmasının mutlaklığı görüşünü temel alır. Sağlık hizmetinin sunumu, egemen geleneksel ideolojinin/burjuvazinin güdüm ve denetiminde olduğu sürece sağlık, doğuştan kazanılmış bir hak olarak tek tek kişilere ve bir bütün olarak topluma verilemez. Burjuvazinin sağlık politikası, genel dünya görüşüne uygun olarak, herkesin ekonomik gücüne ve toplumsal statüsüne karşılık gelen nicelik ve nitelikte sağlık hizmetinden yararlanması ilkesi temelinde gelişmiştir. Sağlık politikaları belirlenirken çok çeşitli etkiler altında, bu iki temel politikardan birine ya da diğerine daha yakın politikalar ortaya çıksa da, esas olarak yukarıdaki iki yaklaşımın dışında bir siyasa geliştirilemez.

Ulusal sağlık politikası (USP), yol ayrımında işçi sınıfının ve destekçisi toplumsal katmanların sınıfsal çözümlenmelerine uygun olan yolu, sağlığın doğuştan kazanılmış bir hak olarak kabul edildiği yolu benimser. Eğer, sağlık kazanılmış bir hak ise, ona ulaşmak için ayrıca bir önkoşulun bulunmaması gerekir. Böylelikle, ulusal sağlık politikasının özü olan, toplumun sağlık giderlerinin devlet tarafından karşılanması gerektiği belirlenir.

Sağlık giderlerinin devlet tarafından karşılanmasının olmazsa olmaz koşulu, devlet bütçesinden sağlığa ayrılan payın bu giderleri karşılayabilecek bir düzeye çıkarılmasıdır. Kapitalist egemen sınıf ve temsilcileri/yandaşları ise, sağlığa devletin ayırdığı payı genel bütçe üzerinde yük olarak görür ve sürekli azaltılmasını sağlamaya çalışır. Bu politikalarda, sağlık giderlerinin, tüm bireylerin doğrudan ya da dolaylı olarak para ödemesiyle karşılanması temel ilke olarak benimsenir. Burjuvazinin sağlık politikasında, ekonomik gücü yetersiz olanların sağlık hizmeti gereksiniminin nasıl karşılanacağı genellikle belirsizdir.

USP'nin Ulusal Niteliği

Bir politikanın en önemli yanı kimliğidir. Bir politika hangi sınıfın/toplumsal kesimlerin yararına olduğunu en başa koymalı, berrak ve net biçimde ifade etmelidir. Ulusallık, sağlık politikasının kimliğini göstermektedir.

Tarihte ulusların bütünlüğünün sağlanmasında burjuvazi önder olmuştur. Ulusal devletlerin –belirli bir süre- burjuvazinin çıkarlarına hizmet ettiği de bilinmektedir. Ancak bu durum, burjuva sınıfının antifeodal yapısından ve tarihsel koşullardan ileri gelmiştir. Bugün yaşadığımız ulusal toplumlar çağında, ulusal çıkarların savunulması, burjuvazinin değil, işçi sınıfının tarihsel görevidir. Ulusallık ve evrensellik kavramlarını gerçek anlamları ile kullanmak bir ideoloji sorunu olmakla birlikte, bugün ulusal değerlere sahip çıkan ve buradan evrenselliğe geçen sınıf, işçi sınıfıdır.

Ulusal bilinç, antiemperyalist bilinçle özdeştir. Ulusal değerler ve çıkarlar, tekel-antitekel ayrımında antitekel program ve politikalarından yanadır. Ulusallık kavramını belirleyen, ulusal çıkarlara bağlılık derecesidir. Ulusal olunmadan evrensel olunamaz. Gerçek ulusallık evrenselliğin karşısı değildir, çelişği hiç değildir. Tersine evrensellekle gerçek bağlantı ulusal olmayla kurulabilir. Ulusallık ile evrensellik arasındaki bağlantı zorunlu olarak enternasyonalizm ile de vardır. Enternasyonalizmin / uluslararasılığın temeli ulusallıktır.

Ulusallığın karşısı, kozmopolitlik'tir. Kozmopolitlik, yurduna, halkına, ulusal çıkarlara karşı kayıtsız bir tavır savunan gerici bir burjuva ideolojisidir. Kozmopolitlik, emperyalizmin ideolojik silahlarından. Bu nedenle gericiler, her alanda ulusal politikalara karşı çıkarlar. Çünkü ulusal politikalar hem kendi çıkarlarına uygun değildir, hem de ulusallaşma bir süreç olarak enternasyonalizmin asgari koşuludur.

Ulusal sağlık politikasının karşısı, kozmopolit/dışa bağımlı ya da kapitalist /anamacı sağlık politikasıdır. USP karşısı politikaların uygulanması kaçınılmaz olarak ilaç ve sağlık tekellerinin oluşumu ile sonlanır.

Ülkemizde ulusal sağlık politikasının uygulanması yolunda en önemli adım, 1961'de 'Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi'nin benimsenmesi ile atılmıştır. Sosyalleştirme ile amaçlanan Ulusal Sağlık Sistemi (USS), sermayeden yana güçlerin işçi sınıfı ve emekçilere tanıyabileceği sağlık hizmeti sınırlarının en üst düzeyini içermektedir ve gerçekte kendi sınıfsal çıkarlarına uygun değildir. Burjuvazi, sınıf çıkarlarını gözetebilmek için özümü, sosyalleştirme uygulamasının işlerliğini yok etmekte bulunmuştur. Türkiye'de hiçbir zaman köklü bir sağlık politikasının oluşmadığı saptaması, nesnel-tarihsel verilerle uygunluk gösterse de, sağlık gibi temel bir konuda politika belirsizliği, son çözümlemede belirli bir sınıfın yararına bir politika işlevini görmektedir.

Koruyucu hekimliğe öncelik veren çağdaş görüşün yaygınlaşp benimsenmesi uzun mücadeleler sonucu olmuştur. Bugün gelişmiş kapitalist ülkelerin koruyucu hekimliğe öncelik tanınmaları, demokratik bir toplumsal muhalefetin baskıları ve

bilimsel–teknik devrim etkisi ile toplumsal yaşamın her alanında görülen gelişmelerle ilgilidir. Ülkemizde bile, burjuva hükümetlerin ve tekelci politikalara sıkı sıkıya bağlı yönetimlerin koruyucu hekimliğe, sözde de olsa, öncelik tanımaları, toplumsal gelişmenin geldiği noktada tersinin yapılmasının mümkün olmamasındandır.

Ülkemizde, sağlıklı yaşama hakkı yıllardır anayasal güvence altında ise de, 1965’lerden başlayarak sağlık hizmeti–üretim ilişkilerinde görülen temel eğilim, pratikte bu hakkı kağıt üzerinde bırakacak bir gelişim göstermiştir. Sağlık pazar ekonomisi koşullarına göre yönlendirilmiş, hizmet büyük ölçüde özelleştirilmiştir. Özelleşen sağlık hizmeti, sağlık alanında sermayenin merkezileşmesine yol açmış ve özellikle metropollerde tekelci eğilimleri beslemiştir. Böylece, ülke sağlık sisteminin önemli bir parçası haline gelen serbest sağlık piyasası, kamu sağlık hizmetinin alanını her geçen gün biraz daha daraltmaktadır. Bu noktada, tekelci siyasal programlar, alanı daraltılmış ve etkinliği azaltılmış da olsa, sağlık sisteminin temelini oluşturan kamu sağlık hizmetini bütün birimlerde özelleştirerek, sağlığı ülkenin tümünde metalaştırma yolunda girişimlerde bulunmaya başlamıştır. Bu girişimlerin başarıya ulaşma derecelerinin, karşılaştığı toplumsal muhalefetin gücüne sıkı sıkıya bağlı olduğu açık bir biçimde gözlenmektedir.

Ulusal Sağlık Politikasına Temel Olan İlkeler

Ulusal sağlık politikasının (USP) yaşama geçireceği ulusal sağlık sistemi (USS), temel bir ilke olarak, yalnızca hastalardan değil, tüm toplumdan sorumludur. USP, sağlık hizmetini tüm topluma götürülecek bir hizmet olarak benimser. Bu durum, sağlık ile hastalığı diyalektik bir bütünlük içinde gören “Çağdaş Sağlık Hizmeti” kavramının doğal bir sonucudur.

USP’nin tüm topluma sunulmasını kesin bir devlet yükümlülüğü olarak gördüğü ‘asgari ya da temel sağlık hizmetleri’ şu başlıklardan oluşur:

- Sağlık sorunlarının çözümü için sağlık eğitimi.
- Dengeli beslenme.
- Yeterli ve temiz içme ve kullanma suyu sağlamak.
- Aile planlaması, ana çocuk sağlığı hizmetleri.
- Bulaşıcı hastalıklara karşı bağışıklık sağlanması.
- Yerel salgınlardan korunma.
- Hastalıkların teşhis ve doğru tedavisi. (Alma Ata Bildirgesi, 1978)

Ulusal sağlık hizmetinde, sağlık hizmetleri şu şekilde ele alınır:

1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri:
 - Nüfus saptaması
 - Periyodik denetimler

- Bulaşıcı hastalıklarla mücadele
- Çevre sağlığı koşullarının düzeltilmesi
- Beslenmenin iyileştirilmesi
- Kronik dejeneratif hastalıklarda erken tanı
- Yaşlı bakımı ve rehabilitasyon hizmetleri
- Toplumda sağlık araştırmaları
- Sağlık eğitimi.

2. İyileştirici Sağlık Hizmetleri:

- Muayene ve tedavi
- Hastaneye sevk
- Evde hasta izlenmesi.

3. Sosyal Yardım Hizmetleri.

Yukarıda üç grupta toplanan tüm sağlık hizmetleri, ülkemizde hizmetin nüfus birimlerine göre düzenlendiği, hizmetlerin tek elde toplandığı, kademeli hizmetin esas olduğu ve koruyucu ve iyileştirici hizmetin bir bütün olarak değerlendirildiği *sosyalleştirilmiş sağlık hizmeti modeli* ile uygulanır.

USP, var olan sağlık elemanı, araç-gereç, hastane kapasitelerini en akılcı biçimde kullanılmasını temel bir hedef olarak belirler. Bunun için merkezi plan yapılarak, yakın ve uzak sonuçların denetlenebilmesini sağlar. USP, yeni hastane, sağlık merkezi, sağlık ünitesi vb. yapımında, uluslararası sağlık teknolojisi üreten firmaların ya da ülke içindeki azınlık çıkar gruplarının baskısı yerine merkezi plan ilkelerine bağlı kalır.

USP, sağlık alanındaki gelişmeleri izleyerek, ülkenin ve toplumun çıkarlarına uygun yeni ve modern teknolojinin sağlık sistemine kazandırılmasını hedefleyerek sağlık hizmetinin düzeyinin artırılmasını sağlamaya çalışır.

USP, eşitlik ilkelerine uygun bir sağlık sistemini kurar. USP'nin yaşama geçireceği USS'de herkesin gereksinimi olduğu kadar sağlık hizmetinden yararlanacağı, sağlıklı yaşama hak ve özgürlüğünün bulunduğu ve hizmetin sunumunda kardeşlik ilkelerinin geçerli olduğu koşullar yaratılması hedeflenir. USP'de yalnızca çocukların, gebe kadınların ve yaşlıların ayrıcalığı olabilir. USP'de, tüm sağlık hizmetinin uygulanmasına, öncelikle sosyoekonomik ve kültürel düzeyi en düşük toplum gruplarından başlanır.

USP'nin uygulanması ile kurulacak USS'de, sağlık hizmetleri satılan bir hizmet olmaktan çıkarılır. Her çeşit sağlık hizmeti, halkın hizmet yapana para ödemededen yararlandığı hizmet durumuna gelir. USS'de amaç, bir azınlığa yüksek düzeyde hizmet götürme değil, herkese gereksinimi olduğu kadar hizmet götürmedir.

Toplumun tüm kesimlerinin sağlık giderleri, ulusal bütçeden – 1987 hesaplamalarına göre %11 ayrılması ile- karşılanır.

USP, sağlık emekçilerinin haklarının korunup geliştirilmesini güvence altına alır. Bu yolla, hekim, hemşire, sağlık memuru, ebe, laborant vb. personelin yaptıkları işe yabancılaştıkları koşullarda değil, en yüksek verimliliklerinin sağlandığı ortamlarda çalışmaları gerçekleştirilmiş olur. Sağlık emekçilerinin genel toplumsal çıkarlarının işçi sınıfının çıkarları ile gösterdiği uyum, USP'nin sağlık alanında çalışanlarca da savunulmasını açıklar. Sağlık gibi özelliği olan (çalışma koşulları, iş süresi, iş riskleri) bir alanda çalışan personelin ekonomik ve mesleki koşullarının iyileştirilmesi, son tahlilde toplumun çıkarıdır.

USP, bağımsızdır. Egemen sınıfın çıkarlarından ve tekelci siyasal programlardan bağımsızlığı, onun dışı bağımlı program ve politikalardan nitelik olarak farklı yönünü ortaya koyar.

USP, demokratiktir. Çünkü, ancak demokratik toplumsal geleneklere uygun politikaların yaygın biçimde uygulanması olanaklıdır. USP'nin yaşama geçirilmesinde merkezi planın ve genel devlet politikasının etkisi olduğu kadar, hizmeti kullanacak kesimlerin görüş ve istemleri de önemlidir. Özellikle koruyucu hizmetler, bir yanıyla iyileştirici hizmetler de, halkın etkin ve bilinçli katılımı olmadan gerçekleştirilemez. Toplumcu istemlerin kısmen kabul edilebildiği demokratik eğilimleri olan yönetimlerin belli ölçülerde uygulamaya koyabildiği USP'nin kalıcılığı ve sürekli halktan yana doğrultuda genişlemesi, geniş toplumsal kesimlerin USP'ye sahip çıkması ile yakından ilişkilidir.

USP'de sağlık ve ilaç tekellerinin devletleştirilmesi temel adımlardan birisidir. İyileştirici hizmette ilacın parasız olarak kamu sağlık kurumlarınca karşılanması, hem ilaç savurganlığını ve tüketimini azaltacak, hem de halkın alım gücünün düşmesi olgusunun sağlık alanını etkilemesi önlenecektir.

İlaç endüstrisinin devletleştirilmesi ile tüm ilaçların üretilmesi mümkündür. Kâra yönelik olmayan ilaç üretimi, maliyet yönünden çok daha ekonomik olduğundan, devletin genel bütçeden sağlık için ayırdığı para ile karşılanabilecektir.

USP'nin yaşama geçireceği ulusal sağlık sisteminde özel hekimlik işlevsizleşecektir. Böylelikle belirli bir süre içinde muayenehane hekimi olarak çalışan hekimlerin önemli bir çoğunluğu, kamu kesimine geçecektir. Bu geçiş, serbest sağlık piyasasında, halkın düşen alım gücü nedeniyle ortalama gelirleri her geçen gün düşen özel hekimlerin büyük çoğunluğunun günlük talepleri ile de uygundur. USP'nin bir devlet politikası olarak uygulanması ile yüksek hızda gerçekleşecek bir evrimle, bilimsel olmayan iş koşulları ve süresi nedeniyle hekimlerin yararına olmaktan çok, kamu sağlık hizmetine alternatif olarak sunulan özel hekimlik, süreç içinde bir kurum olarak ortadan kalkacaktır.

(Tartışma metni, 1987)

HALK SAĞLIĞI ALANINDAKİ DARBOĞAZ VE ÇIKIŞ YOLLARI

Yıllardır sürdürülmüş olan yanlış sağlık politikaları, Türkiye’de bugün yaşanmakta olan “sağlık sektörü ve halk sağlığı bunalımı”na yol açmıştır. Oysa, toplumun sağlık ve eğitim durumu, bir ülkenin gelişmişlik göstergeleridir. Bu nedenle, siyasal iktidarların sağlık alanındaki çağdaş gelişmelere ve bilimin sesine kulak vermeleri, ülkenin ilerlemesinin vazgeçilmez koşullarından biridir.

Türkiye çeşitli ölçütlere göre, orta derecede gelir ve gelişmişlik düzeyinde bir ülke olarak değerlendirilmektedir. Ancak, sağlık hizmetlerine verilen önem, sağlık harcamaları ve sağlık düzeyini gösteren ölçütler yönünden daha geri olup, yer yer düşük gelir düzeyli ülkelerle aynı sıraları paylaşmaktadır.

Türkiye’de Sağlık Harcamaları

Bir ülkede sağlığa hükümet bütçesinden ayrılan pay ve ulusal gelir içinde sağlık harcamalarının oranı ile, hekim ve öteki sağlıkçıların ücretleri, yöneticilerin sağlığa verdiği önemin göstergeleridir. Sağlık harcamalarının (SH) ulusal gelire oranı (SH/GSMH), gelişmiş ülkelerde yüzde 13’e değin yükselebilmekte, genelde yüzde 6 ile 13 arasında değişmektedir ve bunun yüzde 64 ile 96’sını kamu harcamaları oluşturmaktadır. SH/GSMH oranı orta gelir düzeyindeki ülkelerde yüzde 2.6-5.4, düşük gelir düzeyindeki ülkelerde yüzde 2.0-4.2 arasında bulunmaktadır. Türkiye, yüzde 2.98’lik oranı ile, orta gelir düzeyindeki ülkeler arasında, Endonezya hariç, son sırada yer almaktadır. Bu oranın ancak yarısı kamuya aittir. Geri kalanı özel sağlık harcamalarıdır.

Genel bütçeden sağlığa ayrılan pay (Sağlık Bakanlığı Bütçesi) ise, 1980’deki yüzde 4.2’lik orandan sürekli aşağı düşerek, 1980’lerde yüzde 2.7’lerde seyretmiştir. Benzer ülkeler arasında Türkiye, bu oran yönünden de, Endonezya ile son sırayı paylaşmaktadır. Kişi başına ulusal geliri çok daha düşük olan kimi ülkeler, sağlığa bizden daha çok pay ayırmakta, böylece halk sağlığını daha iyi düzeylere yükseltmektedirler. Bu durum, sağlık ölçütlerine yansımaktadır. Örneğin, “Beş Yaş Altı Çocuklarda Ölüm Hızı” bu tanıma uyan, Zimbabve, Ekvador, Filipinler gibi ülkelerde, bizdekinden daha düşüktür.

Sağlık Sektöründe Örgütlenme Sorunları

Temel (birinci basamak) sağlık hizmetindeki yetersizlik, ikinci basamak (hastane) hizmetlerinde bunalım yaratmaktadır. Bugün dünyada, herkese sağlık hizmeti sağlamanın en geçerli yönteminin, “devlet eliyle temel sağlık hizmetini güçlendirmek” olduğu kabul edilmektedir. Ülkemizdeki sosyalleştirme uygulaması, temel sağlık hizmeti anlayışına dayalı bir örgütlenme getirmişken, 30 yıla yakın bir süredir, iktidarlarca yeterli destek görmediğinden, bugün işlememekte, ancak yerine ne konacağına da karar verilememektedir.

Sağlık Bakanlığı'nın, ülkenin uzmanlarına ve bilim kurumlarına güvenmeyip, İngiliz Price-Waterhouse firmasına yaptırdığı sağlık araştırmasında da belirtildiği gibi, sağlık ocaklarının araç-gereç donanımı yoktur ya da eskimiştir; yukarıdan destek ve denetim çok azdır; süreklilik gösteren mali yatırım yoktur; hekimler ocaklarda yazgılarıyla baş başa bırakılmışlardır. Kısacası, sağlık ocakları, birinci basamak sağlık hizmeti işlevini yerine getirmekten çok uzaktırlar.

Temel sağlık hizmetindeki başarısızlık, olduğu gibi hastanelere yansımakta, büyük bir yük altında kalan hastaneler ne birinci, ne de ikinci basamak işlevini yerine getirebilmektedirler. Böylece, temel sağlık hizmetine göre çok daha pahalı bir yatırım olan ikinci, hatta üçüncü basamak kuruluşlarının kaynakları boşa harcanmaktadır.

Sonuç ve Çıkış Yolları

Bugün halk sağlığı ve hekimlik sorunları, özellikle sağlığını yitirmiş insanlarımızın durumu, toplumsal bir yara niteliğine ulaşmıştır. İktidarlarca yıllardır üzerinde durulmakta olan genel ya da özel sağlık sigortasının, (finansmanını sağlamanın olanaksızlığı anlaşıldığından) yalnızca sözüyle yetinilir olmuştur. Oysa çözümün anahtarı bellidir: Price-Waterhouse firmasının belirttiği gibi, *“Tüm tedavi hizmetlerinin etkili yürütülebilmesi için, temel sağlık hizmetinde gözle görülür bir gelişme, en önemli koşuldur.”*

Yeni siyasi iktidarı ve Sağlık Bakanlığı'nı güç ve karmaşık sorunlar, bilimsel yöntemlerle ve sabırla ele alınması gereken görevler bekliyor. Her iktidar değişikliği ile değişmeyecek, günlük politikaların üstünde, bilime ve ulusal uzlaşmaya dayalı bir sağlık politikası ortaya koymak gerekiyor.

Sağlık sektöründeki bunalımı gidermeye yönelik en önemli ilk adım, sağlığa ayrılan kamu harcamalarının artırılmasıdır. Dünyanın tüm gelişmiş ve gelişmekte olan pek çok ülkesinde, sağlık hizmetinin en büyük yükünü, kamu sağlık sektörü çekmektedir. Başka yollarla halkın sağlık durumunu, eşitlik ilkelerine uygun olarak iyileştirmenin örneği dünyada yoktur. Bu nedenle, kamu sağlık harcamalarının çağdaş düzeylere getirilmesi gereklidir. Ölçüt olarak, Dünya Sağlık Örgütü'nün önerisi olan “GSMH'nin yüzde 5'i” oranı alınmalı; bir ilk adım olarak da Sağlık Bakanlığı bütçesi, tabip odalarının önerdiği yüzde 10 oranına çıkarılmalıdır.

Kaynaklar

- C. Price-Waterhouse Sağlık Master Planı.
- D. Sağlık Hizmetlerinde Finansman Sorunu ve Genel Sağlık Sigortası Yasa Tasarısı. Türk Tabipleri Birliği Yayını, Mayıs 1991.
- E. World Health Statistics. 37, 1984.
- F. Grant JP. Dünya Çocuklarının Durumu. 1991, UNICEF yayını.
- G. 2000 yılında Herkese Sağlık -Türkiye Milli Sağlık Politikası. Sağlık Bakanlığı.

NASIL BİR ULUSAL SAĞLIK POLİTİKASI?

Toplumun sağlık durumu, yıllardır siyasal iktidarların gündeminde yer almış, ancak hiçbir dönemde geçerli bir işleyişe kavuşamamış sorunlar arasındadır. Bu durumun çeşitli nedenleri vardır. Nedenlerin en önemlisi, değişen iktidarlara değişmeyen ulusal bir sağlık politikasının uygulanamayışdır. Dünyanın gelişmiş ya da daha az gelişmiş pek çok ülkesi, benimsedikleri evrensel doğrulara dayalı ulusal sağlık politikaları sonucunda, önemli başarılar elde etmişlerdir. Bu ülkeler arasında, sosyoekonomik gelişmişlik düzeyi ülkemizden daha aşağılarda olanlar da vardır.

Bir ülkede sağlığa hükümet bütçesinden ayrılan pay ile, ulusal gelir içinde sağlık harcamalarının oranı, toplumun sağlığına verilen önemin belirleyici göstergeleridir. Sağlığa hükümet bütçesinden ayrılan pay ya da Sağlık Bakanlığı bütçesi, ülkemizde (1960'lı yıllar dışında) hep yüzde 5'in altında olmuş, son 10 yılın en yüksek değeri ise, yüzde 4.72 ile 1992 yılı bütçesinde gerçekleşmiştir. Orta gelir düzeyindeki ülkeler arasında Türkiye, bu oran yönünden Endonezya ile son sırayı paylaşmaktadır. Sağlık harcamalarının ulusal gelire oranı açısından da aynı durum söz konusudur. Bu oran, gelişmiş ülkelerde yüzde 13'e değin yükseltilmekte, bunun yüzde 64-96'sını kamu harcamaları oluşturmaktadır. Oysa Türkiye'de bu oran, yüzde 2.98 olup, bunun da ancak yarısının kamu harcaması olduğu saptanmaktadır.

Sağlık alanındaki bunalımın giderilmesinin başlangıç noktası, sağlığa ayrılan payın çağdaş düzeylere yükseltilmesi, Dünya Sağlık Örgütü'nün önerisi olan, "ulusal gelirin yüzde beşi oranına çıkarılması"dır. Kamu sağlık payındaki artışla birlikte, temel (birinci basamak) sağlık hizmeti ilkelerine dayalı sağlık örgütlenmesinin geliştirilip güçlendirilmesi gerekmektedir. Bugün, ülkemizde temel sağlık hizmetleri tümüyle göz ardı edilmektedir. Var olan sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesine dayalı sistem, özverili pratisyen hekimlerin çabalarıyla ayakta durmakta, ancak her tür destekten yoksun bırakılan sağlık ocaklarında hizmet vermek, giderek olanaksızlaşmaktadır.

Sağlık Bakanlığı'nın 23-27 Mart 1992'de, 500'e yakın uzmanın katılımıyla düzenlediği Birinci Ulusal Sağlık Kongresi kapsamında, "Temel Sağlık Hizmetleri Çalışma Grubu"nun hazırladığı raporda, "*Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetinin başarısız oluşu, teorik yapısının eksikliği veya yanlışlığından değil, uygulamadaki hatalardan kaynaklanmaktadır*" denilmekte ve sosyalleştirme yasasının günümüz koşullarına uyarlanarak, temel sağlık hizmeti ilkelerine dayalı kamu hizmetinin işletilmesi önerilmektedir. Oysa, Sağlık Bakanlığı'nın Türkiye Büyük Millet Meclisi'ne sunulmak üzere hazırladığı "Ulusal Sağlık Politikası Taslak Dokümanı"nda, temel sağlık hizmeti, özel muayenehane hekimlerinin yürüteceği "aile hekimliği"

sistemine dayandırılmaktadır. Bu sistemin finansmanı ise, halkın ödeyeceği primlerden oluşacak “Genel Sağlık Sigortası Sistemi”nden sağlanacaktır. Önerilen model, hastanelerin de özelleştirilmesini öngörmektedir.

Sağlık Bakanlığı’nın önerdiği bu modelin, var olan örgüt ve işleyişi görmezden gelen yaklaşımı, ne yazık ki, başarı olasılığını ortadan kaldıran nedenlerin başında gelmektedir. Tümüyle yeni olduğu öne sürülen sistem ise sanayileşmiş ülkelerde çok denenmiş ve bu ülkelerde bile, kaynak savurganlığına yol açtığı, çok pahalı olduğu gerekçeleriyle kimi ülkelerde terk edilmiştir. Kaldı ki, sigortanın egemen olduğu ülkelerde bile, harcamaların belirleyici oranı, devletçe karşılanmaktadır. Kimi ülkelerde ise, sistemin adının “kamu sigortası” olmasına karşın, halktan prim toplanmakta, tüm hizmetler devletçe finanse edilmektedir.

Çağdaş sağlık kavramı, herkese eşit, ulaşılabilir sağlık hizmeti sunulmasını öngörmektedir. Herkesin, olanakların elverdiği en üstü düzeyde sağlık hizmetinden yararlanma hakkı, tüm dünyanın onayladığı ve savunduğu bir insan hakkıdır. Bu hak çok yönlü olup, sağlığı etkileyen pek çok başka etmenle, öteki insan haklarıyla yakından ilişkilidir. Sağlıkta eşitlik kavramı, toplumun her bireyinin, tıbbın tüm olanaklarından temel bir düzeyde yararlanabilmesini gerektirir. Bu temel ya da asgari düzey, sıklıkla anlaşıldığı gibi, yalnızca en basit hizmet anlamına gelmemekte, bireyin gereksindiği en üst teknolojik olanaklara değin uzanmaktadır. Öte yandan, birinci basamakta yeterli hizmet alabileceği düşünülen, ancak bununla yetinmek istemeyen bireylerin de, daha üst düzeyde hizmet satın alma hakkı, kuşkusuz geçerlidir.

Sağlık Bakanlığı’nın, uzman gruplarının raporlarına dayalı olarak hazırlanmış olduğu taslak doküman, pek çok olumlu görüş,değerlendirme ve tasarı içermektedir. Ancak, bu politikaların gerçekleştirilebilmesi, öngörülen ayrıntılı uzman programlarının yaşama geçirilebilmesi, doğru ve olanaklı bir örgütlenme modeli gerektirir. Sağlık Bakanlığı “taslak dokümanı”nda yer alan “aile hekimliği”, genel sağlık sigortası ve devlet hastanelerinin özelleştirilmesine dayalı model, ne yazık ki verimli, uygulanabilir ve gerçekçi bir model değildir. Genel sağlık sigortasının temellendiği ana dayanak olan sigorta primlerinin nasıl toplanacağı ve sigorta gibi kaynak savurganlığına yol açan bir sistem için toplanan primlerin nasıl yeterli olacağı, merak konusudur. Sosyal Sigortalar Kurumu’nun güncel durumu, bu konuda yeterli uyarıyı yapmakta, ancak bu uyarıdan yararlanılmamaktadır.

Günümüzde sağlık hizmeti kavramı, eldeki kaynakların en iyi biçimde değerlendirilmesini öngörmekte, bunu sağlamanın en geçerli yönteminin de, temel sağlık hizmetine dayalı sağlık örgütlenmesi olduğunu savunmaktadır. Sistemin temeli, kamu sektörü olmalıdır. Bugün ülkemizde geçerli, ancak desteksiz durumda bulunan, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesine dayalı sistem, yeni koşullara da uyarlanarak işletilmelidir.

Her alanda olduğu gibi, sağlık alanında da sistemi işletecek temel etmen insandır. Bu nedenle, gerek hizmeti sunan sağlık çalışanlarının, gerek hizmeti alan halkın, sistemin her düzeyinde karar süreçlerine katılımı, yaşamsaldır. Katılımı

sağlamanın özgün ve yaratıcı biçimleri geliştirilebilir. Özellikle şu anda umutsuz ve mesleğine yabancılaşmış olan hekimlerin, yeniden sağlık sistemine kazandırılması önemli bir ilk adım olacaktır.

Sağlık Bakanlığı'nın, ne zaman çıkabileceği bilinmeyen ve sonuçları belirsiz yeni yasal düzenlemeler yerine, var olan yasaları uygulaması, çok daha akılcı bir yaklaşımdır. Çünkü, 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine İlişkin Yasa" ve ilgili öbür mevzuat şu anda yürürlükte olup, söz konusu düzenlemeler, çağdaş ölçülerde ve ülke gerçeklerine uygundur. Bu mevzuatın uygulanması ve destekleyici önlemlerin alınması, tüm sağlık sisteminde önemli bir canlanma ve ivme sağlayacaktır. Başta sağlık ocağı personeli olmak üzere, tüm sağlık çalışanları, toplumun en uç kesimlerinde, özveriyle hizmet verme çabası içindedirler. Sağlık personelinin, daha iyi bir çalışma ortamına gereksinimi vardır. Özellikle pratisyen hekimlerin, hakları olan saygınlığa ve olanaklara kavuşturulması gerekiyor. Pratisyen hekimliğin, temel sağlık hizmetinin önkoşulu olarak kurumlaştırılması, "aile hekimliği" ve benzeri başka arayışları da geçersiz kılacaktır.

(Aydınlık, 29 Ağustos 1993)

ULUSAL SAĞLIK POLİTİKASI, ULUSAL UZLAŞMAYA DAYANMALIDIR

Sağlık Bakanlığı, sağlıkta reform olduğunu öne sürdüğü bir dizi yasa tasarısını, önümüzdeki günlerde TBMM'ye sunuyor. Ulusal nitelikte olduğu belirtilen bu tasarının hazırlanışında, öncelikle vurgulanması gereken konu, demokratik kamuoyunun görüşlerinin dikkate alınmamış olmasıdır. Oysa, ilgili tüm sivil toplum kuruluşları, Sağlık Bakanlığı'nın çağrularına yanıt vermiş, toplantılara katılmış, görüş açıklamışlardır.

Bu yasa tasarısı, özetle genel sağlık sigortası, aile hekimliği uygulaması ve devlet hastanelerinin özelleştirilmesini getirirken, şu anda yürürlükte olan sağlıkla ilgili pek çok yasayı da kaldırıyor. Bu yasalar arasında, herkese eşit, ücretsiz ve yaşadığı yerde hizmet vermeyi getiren; ancak 30 yıldır, hiçbir hükümet döneminde yeterince desteklenmeyen ve işletilmeyen Sosyalleştirme Yasası da bulunuyor.

Tasarıda, yeni ya da reform olarak öne sürülen nedir?

1-Tasarıya göre, Emekli Sandığı ya da Sosyal Sigorta gibi bir güvencesi olmayan yurttaşlar, prim ödemeleri karşılığında sigortalı yapılacaktır.

2-Her yurttaşın, kendi seçtiği bir aile hekimi olacaktır; bu hekim, muayenehanesinde çalışan bir özel hekimdir. Aile hekimini belirleyen birey, sigortadan yararlanabilmek için bu hekimii gitmek zorundadır.

3-Devlet hastaneleri, süreç içinde sosyal sağlık işletmesi adı altında özelleştirilecek; hastane çalışanları sözleşmeli statüye geçecektir.

Hedeflenebilecek pek çok iyileştirme girişimi/önlemi bulunmasına karşın, Sağlık Bakanlığı bir süredir yasa tasarısı hazırlamakla uğraşmaktadır. Bu arada ülkenin birinci basamak sağlık hizmeti ve sağlık personeli, kendi yazgısına terk edilmiş durumdadır. Bugün ülkemizin sağlık sorunları, kamuya ya da özel sektöre ait oluşuyla değil; yönetim ve örgütlenme sorunlarıyla ilişkilidir. Sorunlarımız, yıllardır sağlığa yeterli kaynak aktarılmaması ve demokratik katılım mekanizmalarının işletilmemesiyle bağlantılıdır.

Sağlık sorunlarını çözmek savıyla getirilen bu tasarı, ne yazık ki, ne yeni, ne çağdaş, ne de ülke gerçeklerine uygundur. Çünkü bu tasarı;

1-Tüm dünyada on yıllardır uygulanmış ve sakıncaları görülmüş sigorta sistemini getirmektedir. Ülkemizde, SSK ve Bağ-Kur uygulamalarının durumu ortadadır. Toplanan primler sağlık harcamalarına yetmemekte, bu da sigorta

kurumunu darboğaza sokarak, pek çok sağlık hizmetinin sigorta kapsamı dışında bırakılmasıyla sonuçlanmaktadır.

2-Sağlık Bakanlığı'nı tümüyle devre dışı bırakan bir hastane özelleştirilmesi getirilmektedir. Hastaneler arası rekabet, hizmetin niteliğini olumsuz yönde etkileyecektir; çünkü kazanmak kaygısı sağlık yararlarını göz ardı edebilecektir. Bu durum, hastane maliyetlerini çok yükseltecektir.

3-Aile hekimliği sistemi de benzer sakıncalar içermektedir. Hasta yitirmek kaygısı ve rekabet, hekimi bağımsız uygulamadan alıkoyabilecektir. Ayrıca, bugünkü ölçülere göre, yalnızca fizik muayeneye dayalı bir sistem çağdaş sağlık hizmetinden çok uzaktır.

Kısacası, bu tasarı ile halkın sağlığı, piyasa ekonomisi ortamına terk edilmekte; devlet sağlık alanından çekilmektedir. Ayrıca, bu tasarı yasalassa bile, ülke çapında yaygınlaştırılması için üç yıl beklemek gerekecektir. Bu süre içinde sağlık alanındaki kargaşa sürecektir; bebekler, analar, kronik hastalar yaşamlarını yitirecektir. Kaldı ki, belirttiğimiz gerekçelerle, uygulanma olasılığı çok sınırlı olan bu yasa önerisi, TBMM'den geçse bile toplum içinde kadük olmaya hükümlüdür.

Türkiye hekimleri, halkın içinde çalışmakta, bu çalışmanın ürünlerine ve bilimsel gerçeklere uygun çözümler ortaya koymaktadırlar. Bu nedenle, görüşlerimiz nesnel, bilimsel ve gerçekçidir. Gerçekten ulusal bir sağlık politikası, toplumdan gelen veriler dikkate alınarak ve uzlaşma yolları aranarak oluşturulabilir, bu yapılmamıştır.

Bu yasa önerisi içinde, Türk Tabipleri Birliği'nin, toplum içinde çalışan hekimlerin görüşleri yoktur. TTB bu yasa tasarısına tümüyle karşı çıkmaktadır. Bu nedenle, boşa yitirilen zamanı ve yasanın getireceği olumsuzlukları, bugünün Sağlık Bakanlığı yetkilileri taşımak durumundadırlar.

Halkımızın ve hekimlerimizin daha iyi bir sağlık sistemine hakkı olduğuna inanıyoruz. Ulusal bir politika, toplumun belli-başlı kesimlerinin, özellikle toplumun resmi ve sivil örgütlü güçlerinin hep birlikte kabul edebileceği bir uzlaşma zemininde gerçekleşebilir. Bu zemin için her kesimin belirli ödünler vermesi söz konusu olabilir. Ancak, varılan sonuç, herkesin destekleyeceği ve sahip çıkacağı bir nokta olacak; bu nedenle de; yaşama şansı artacaktır. Sağlık Bakanlığı'nın böyle bir arayış içinde olmasını bekliyoruz.

Doç. Dr. Özen Aşut
TTB Merkez Konseyi II. Başkanı
(ADD Bülteni, Nisan 1995)

SOSYAL SİGORTALAR KURUMU'NDA KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİ

Meslektaşlarımızla bir araya geldiğimiz ve görüşlerimizi sunduğumuz böylesi toplantılarla, genel olarak konuşmacıların ve katılımcıların benzer görüşleri dile getirdiklerini gözlüyoruz. Aklın yolu belli olduğu için, her alanda olduğu gibi, sağlık alanında düşünce üretenler de, nesnel ve bilimsel doğruları ilgililere ve kamuoyuna sunmaktadır. Ancak genel geçerli mantıklı çözüm önerileri sunmak, ne yazık ki sonuç almada yeterli olmuyor. Gerçeklerin bilinmesi ve söylenmesi, sorunların çözümüne yönelik adımlar atılmasını sağlayamıyor.

SSK'de çalışmakta olan ve sayıları 10 bine yaklaşmış hekim meslektaşlarımızdan birçoğunun, bugün sözünü ettiğimiz gerçeklerin ve yapılması gerekenlerin bilincinde olduğu kanısındayım. Geride bıraktığımız günlerde, SSK'nin büyük hastanelerinden birinde yönetici konumunda çalışan bir hekim arkadaşımız, içtenlikle umutsuzluğunu dile getirdi:

“Sistem böyle kurulmuş. Herkes, bir hekimin günde 100 hasta bakmasıyla iyi bir sağlık hizmeti verilemeyeceğini biliyor. Ama bu sistemi değiştirmeye kimsenin gücü yetmez. Ayrıca bu durumdan çıkar sağlayanlar, durumun değiştirilmesine izin vermez. Gerek hekim, gerek işçi olsun, sıradan insanlar duruma karşı çıkmadan değişme olmaz”.

Durum bu denli umutsuz mu? Bilmiyorum, ama yapılabilecek ve yapılması gereken çok şey olduğuna inanıyorum.

SSK'nin bugün içinde bulunduğu darboğazın başta gelen nedeninin, yıllardır sürdürülmüş ve süregelenmiş “yönetim ve örgütlenme sorunları” olduğu görüyordum. SSK'nin sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi yanlış temele oturtulmuş; kaynakları ise, gerek finansal, gerek insangücü olsun, kötü kullanılmıştır. Siyasal iktidarların bilinçli seçimiyle, başka alanlara aktarılan SSK kaynakları, bugünkü mali darboğazın kökeninde yatan en önemli nedendir.

SSK'nin asıl gelir kaynağı, işçi ücretlerinden işçi ve işveren payı olarak kesilen primlerdir. Prim oranları Batı Avrupa ülkelerinin çok üstünde; buna karşılık devletin katkısı bu ülke uygulamalarının çok altındadır (Avrupa'da devlet katkısı %14-78, Türkiye'de yok denecek kadar az). Devlet katkısının olmamasına karşın, siyasal iktidarların girişimleri sonucu; SSK kaynaklarına devlet tahvilleri, sosyal yardım zammı, yedek gelirlerinin devlet bankalarında tutulma zorunluluğu gibi yollarla el konmuştur.

Siyasal iktidarların kötü yönetimine ek olarak, SSK'nin kendi yönetimindeki aksaklık ve yanlışlıklar, SSK sağlık hizmetlerinin güncel sorunlarının önde gelen

nedenidir. Bugün insanlarımızın %38'ine hizmet vermekle yükümlü olan SSK'nin sağlık hizmetlerinden, ne yazık ki, kimse hoşnut değildir. Çünkü SSK sağlık örgütlenmesi yanlış temele oturtulmuş, buna karşılık, geçerli mevzuata göre, hizmeti alanların ve sunanların hiç dikkate alınmadığı, antidemokratik bir kurum yönetimi biçimi benimsenmiştir.

Sağlık Bakanlığı (SB) ve Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) verilerine göre, ülke nüfusunun üçte birine sağlık hizmeti vermekle yükümlü olan SSK'nin birinci basamak sağlık kuruluşları, toplamın ancak yüzde 2.5'ini oluşturmaktadır. Oysa, çağdaş sağlık ilke ve uygulama sonuçlarına göre, sağlık sorunlarının yüzde 90'ı birinci basamak kuruluşlarında ele alınıp çözümlenebilecek niteliktedir. Öte yandan, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin önemli bölümü, gene birinci basamak kuruluşlarının görevidir. Ancak, SSK'de birinci basamak hizmeti vermesi öngörülen SSK dispanserleri ve işyeri hekimliği birimleri; bu amacı gerçekleştirmekten çok uzakta bulunmaktadır. 1993 yılı verilerine göre, SSK kuruluşlarının gerçekleştirdiği poliklinik hizmetlerinin yüzde 66'sı hastanelere ve yalnızca yüzde 34'ü SSK dispanser ve istasyonlarına aittir.

Ülkemizde, 1994 verilerine göre işyeri hekimi çalıştırma yükümlülüğü olan yaklaşık 10 bin işyeri ile 350 SSK dispanseri ve SSK sağlık istasyonu, birinci basamak sağlık hizmetlerini verecek biçimde örgütlenmiş ve donatılmış olsalar, hem koruyucu hizmetleri gerçekleştirebilir, hem de ilk basamak tedavi hizmetlerini sağlayarak, SSK hastanelerinin yükünü olması gereken düzeylere indirebilirlerdi. Ayrıca, SSK'li olan nüfusa yeterli koruyucu hizmet sağlanmasının hastalıkları azaltıcı rolü de, birinci ve ikinci basamağa ek katkı yaratacaktır. Bir örnek vermek gerekirse, 1993'te toplam sağlık harcamaları içinde %33 olan ilaç harcamaları, yeterli koruyucu hizmetin verildiği birinci basamak sağlık örgütlenmesi sonucunda, çok daha düşük bir düzeye indirilebilir.

Koruyucu, iyileştirici, ve esenlendirici (rehabilite edici) sağlık hizmetleri bir bütünlük içinde ele alınmak zorundadır. SSK; hem daha iyi ve insancıl hizmetin, hem de maliyetleri düşürmenin bir gereği olan bu bütünsel yaklaşımı benimsemelidir. Eğer çağdaş, eşitlikçi ve nitelikli sağlık hizmeti vermesi öngörülüyorsa, SSK'nin temel sağlık hizmetleri, işyerlerini kapsayacak biçimde genişletilmeli, işyeri sağlık birimleri oluşturulmalıdır. İşçi sağlığının bilinen ilkeleri işyerlerinde yaşama geçirilmelidir. SSK'nin tedavi kurumları (hastaneler ya da ikinci basamak sağlık kuruluşları) ile işyeri sağlık birimleri arasında etkin bir iletişim kurulması ve sevk zincirinin işletilmesi, özellikle çalışma yaşamında bulunan sigortalıların hizmetten yararlanması önündeki engelleri kaldıracaktır.* Özellikle kişiye yönelik koruyucu hizmetler, iş kazaları ve meslek hastalıkları riskleri açısından, iş hekimliği ilke ve ölçülerine uygun bir yapılanma büyük önem taşımaktadır. Sayıları dört milyonu aşan etkin sigortalıların, bakmakla yükümlü oldukları yakınlarının da aynı birimde bakılabilmek hakkı olması –kendi yerel sağlık örgütüne başvurma hakkı saklı kalmak koşuluyla- doğaldır.

* TTB SSK Raporu, 1994-1995.

Böyle bir model, tüm kamu sağlık sektöründe önemli bir rahatlama yaratacaktır. Bu modelde, bugün var olan SSK dispanser ve istasyonlarından da işyeri hekimliği eğitim kuruluşları ve ileri inceleme merkezlerine dönüştürülerek yararlanılabılır.

İşyeri hekimliği birimlerinin yapısı ve işlevleri ayrı bir tartışma konusudur. Bu konuda merkezi olarak SSK ve TTB, yerel olarak SSK yönetimleri ve tabip odaları işbirliği içinde olmalıdır. Öncelikli olarak, SSK yerel yönetimleri, kendi bölgelerindeki işyeri hekimlerini kendi hizmetlerinin uç birimleri olarak benimsemelidir. İşyeri hekimliği birimlerinin altyapısı ve çalışma koşulları belirlenmelidir. Bu alanda gerekli mevzuat değişiklikleri yapılarak, işyeri hekiminin görev ve yetkileri artırılmalıdır. Daha uzun bir dönemde, işyeri hekimi çalıştırma zorunluluğunun 50 işçi altına çekilmesi gereklidir.

SSK'nin değişik düzeylerde gerçekleştirmesi gereken koruyucu sağlık hizmetleri ana başlıklar olarak şöyle özetlenebilir:

1. Birinci basamak:

a) Meslek hastalıklarında erken tanı için işe giriş muayenesi ve periyodik muayeneler

b) Bağışıklama ve bulaşıcı hastalıklarla savaşım

c) İş kazalarını azaltıcı önlemler

d) Ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetleri

e) Sağlığı geliştirici önlemler ve sağlık eğitimi

f) İş ortamının sağlıklı duruma getirilmesine yönelik girişimler

2. İkinci Basamak:

a) Erken tanı için gerekli ileri incelemeler

b) Tedavi edici önlemler (sekonder koruma)

TTB'nin çalışmaları

TTB Kanunu (Kanun No: 6023)

Madde:4-Birlik, aşağıda yazılı hizmetleri yapmakla mükelleftir.

c)Halkın sağlığını korumaya, azalarını muayyen refah seviyesine ulaştıracak iş sahaları bulmaya, İş Kanunu ile sosyal kanunların ve bunlara bağlı nizamname ve talimatname hükümlerinin tatbikatında meslek ve meslektaşlarının hak ve menfaatlerini korumaya ve her türlü iş tevziinin adilane bir surette düzenlenmesine çalışmak,...

Madde:5-(6069) (3324 sayılı Kanunla değişik fıkra) Özel kurum ve işyeri tabipleri, çalıştıkları yerlerin sağlık hizmetlerinin başka bir yerde ikinci bir görev yapmalarına elverişli bulunduğu, tabip odaları idare heyetince kabul edilmedikçe, her ne suretle olursa olsun, diğer bir kurum ve işyerinin tabipliğini alamazlar.

TTB sekiz yıldır, yasa ile tanınmış görevini daha iyi yerine getirmek üzere, “İşyeri Hekimliği Sertifika Kursları” düzenlemektedir. Bu kurslarda 13000 hekim sertifika almıştır. Ayrıca, sertifika alan hekimler hakkaniyet ölçülerine uygun olarak işe yerleştirilmiştir.

Kuşkusuz, gelişmiş dünyada bir uzmanlık dalı olan işyeri hekimliğinin, ülkemizde de benzer nitelikte bir eğitime kavuşturulması, asıl beklenen ve özlenen gelişmedir.

*(Sosyal Güvenlikte 50. Yıl
Kutlama ve Tanıtım Etkinlikleri,
konuşma metni, 10 Mayıs 1996)*

SEÇMENİN SOLA EĞİLİMİ AZALMADI

On sekiz Nisan 1999 genel ve yerel seçim sonuçları, toplumun en azından bir kesiminde büyük şaşkınlık yarattı. Sonuçların sürpriz olarak değerlendirilmesinin başta gelen nedenleri, hiç kuşkusuz, MHP'nin yüzde 18'lik bir oy alması ve CHP'nin baraja takılmasıydı. Seçim sonuçları genel olarak, radikal sağın oy patlaması yaptığı ve sosyal demokrasinin hezimete uğradığı yönünde değerlendirildi.

Toplumun sola gönül vermiş, hatta yaşamını sol ilkeler uğruna tüketmiş kesiminde, seçimlerin büyük düş kırıklığı yarattığı yadsınamaz. Özellikle Ankara Büyükşehir Belediyesi seçimleri, önde giden iki aday arasında kıran kırana bir savaşıma yol açtı. Sonuçlar gerçekten çarpıcıydı: Sandıktan, 512 bin Murat Karayalçın oyuna karşılık, 541 bin Melih Gökçek oyu çıkmıştı. Fark yalnızca 29 bindi ve Karayalçın'ın, tek başına aldığı oy CHP'nin milletvekili seçimindeki toplam oyunun yüzde 20'sine denkti. Ankara Büyükşehir Belediyesi seçimlerinde yurttaşlarımız bilinçli bir yönelişle, iki turlu sistemi uyguladı. Bu seçimde sağ ve sol görüşlü seçmenlerin aynı bilinci göstermesi, ilginç bir saptamadır. Sonuçta, İstanbul'da Ali Müfit Gürtuna'nın yüzde 27'lik bir oranla başkan olmasına karşılık; Ankara'da Karayalçın yüzde 32 ile seçilemedi. Gökçek ise yüzde 1.7'lik bir farkla belediye başkanı oldu.

Genel Seçimler

Seçim sonuçları alındığından bu yana, milletvekili seçimleri ve yeni parlamentonun oluşumuna ilişkin çeşitli değerlendirmeler yapılıyor. Milliyetçi sağ ile milliyetçi solun kazandığı, MHP'nin patlama yaptığı, merkezin sağa kaydığı gibi görüşler öne sürülüyor. Serinkanlı ve nesnel bir değerlendirme ise, Türkiye seçmeninin böylesine büyük bir değişim içinde olmadığını gösteriyor. Türkiye genelinde bir irdeleme yapıldığında, yurttaşlarımızın ideolojik ve siyasal tercihlerinde önemli değişiklikler olmadığı; ancak yakın görülen siyasal partiler arasında kaymalar olduğu saptanmaktadır (Tablo 1).

Tablo 1- Türkiye Seçmeninin Siyasal Parti Tercihleri

| Siyasal Parti | Yıl | | Değişim |
|------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| | 1995 | 1999 | |
| DSP | 14.6 | 22.2 | +7.6 |
| CHP | 10.7 | 8.7 | -2.0 |
| RP-FP | 21.4 | 15.4 | -6.0 |
| ANAP | 19.6 | 13.2 | -6.4 |
| DYP | 19.2 | 12.0 | -7.2 |
| MHP | 8.2 | 18.0 | +9.8 |
| Sol (DSP+CHP) | 25.3 | 30.9 | +5.6 |
| Sağ (FP+ANAP+DYP+MHP) | 68.4 | 58.6 | -9.8 |

Toplumsal süreçte, iki seçim arasındaki üç yıllık süre çok kısa bir zaman dilimini oluşturuyor. Sürenin kısa olmasına karşın, toplam sol oylarda açık bir yükseliş olmuştur. Yüzde 5.6'lık bu artışın, sosyalist partilerin oyları dikkate alındığında, daha da büyüyeceği görülmektedir.

Büyük illerde sola yönelişin, Türkiye ortalamasından daha yüksek olduğu saptanmaktadır. Örneğin, üç büyük ilde 1995'e göre DSP+CHP oylarındaki artış oranları şöyledir:

| | |
|-------------------|------|
| Ankara 1. Bölge | 10.1 |
| Ankara 2. Bölge | 3.0 |
| İstanbul 1. Bölge | 11.6 |
| İstanbul 2. Bölge | 9.3 |
| İstanbul 3. Bölge | 9.9 |
| İzmir 1. Bölge | 12.0 |
| İzmir 2. Bölge | 10.9 |

Böylece, 1995 genel seçimlerinden beri yurttaşlarımızın tercihinde sağa doğru değil, sola doğru bir kaymanın söz konusu olduğu ortaya çıkmaktadır. DSP'nin ne denli sol olduğu tartışmaları ise, CHP ve DSP seçmen tabanları açısından fazla bir önem taşımamaktadır.

Öte yandan, MHP oylarındaki artışın, öbür sağ partilerden kaymalara bağlı olduğu anlaşılmaktadır. Tüm sağ partilerde görülen düşüş, bir ölçüde MHP'nin yükselişine yansımış; ancak büyük sağ partiler toplamındaki yüzde 9.8'lik azalmayı engelleyememiştir.

MHP'nin Yükselişi

Sağ partilerdeki kaymanın MHP'ye akmasının çeşitli öznel ve nesnel nedenleri bulunmaktadır. MHP oylarının 1995'e göre nereden geldiği araştırıldığında, oyların yüzde 29'unun ilk kez oy veren seçmenlere ait olduğu saptanmıştır. Bu sonuç önemlidir; genç seçmenin yüzde 29'unun MHP'yi seçmesi, irdelenmeye değer bir konudur. Ancak genelde olduğu gibi, genç seçmenin de -kabaca bir değerlendirme ile- terör kaygısıyla oy verdiği gözlenmektedir.

AG şirketinin basına yansıyan araştırma sonuçlarına göre, 1999'da MHP'ye yönelen eski seçmenin 1995'te oy verdiği partiler şöyle sıralanıyor:

| | |
|----------------|-------|
| MHP | %41.4 |
| ANAP | %10.4 |
| DYP | %8.1 |
| FP | %6.1 |
| Diğer partiler | %5.1 |
| Yeni seçmen | %29.0 |

Doğal olarak, öbür partilerden gelen MHP oylarının ana bölümünü, sağ partilerin oyları oluşturmaktadır ve bu partilerin başında da ANAP gelmektedir.

DSP'nin Yükselişi

Benzer bir değerlendirme DSP için yapıldığında, DSP oylarının yüzde 20'sini ilk kez oy verenlerin oluşturduğu görülmüştür. 1999'da DSP'ye yönelen eski seçmenin, 1995'te oy verdiği partilere göre dağılımı ise şöyledir:

| | |
|----------------|-------|
| DSP | %41.6 |
| ANAP | %15.4 |
| DYP | %11.6 |
| CHP | %10.3 |
| Diğer partiler | %4.0 |
| Yeni Seçmen | %20.0 |

Görüldüğü gibi, FP dışındaki tüm büyük partilerden DSP'ye önemli kaymalar olmuştur. Sol görüşlü seçmenin, büyük ölçüde oyları DSP'de toplamaya çalıştığı gözlenmektedir. DSP oylarındaki artış, Ankara, İstanbul, İzmir gibi büyük illerde rekor düzeydedir. Örneğin, 1995'e göre DSP'nin büyüme oranı Ankara 1. Bölge'de yüzde 15; İzmir 1. Bölge'de yüzde 16.2, İzmir 2. Bölge'de yüzde 15; İstanbul 1. Bölge'de yüzde 13.7'dir.

Yüzde 10 Barajının Sonuçları

Parlamentonun yeni dönem bileşimindeki çarpıklık büyük ölçüde seçim sisteminin çarpıklığının sonucudur. Yüzde 10 barajı nedeniyle, oy veren yurttaşlarımızın yüzde 19.2'si (yaklaşık 6 milyon kişi) TBMM'de temsil edilemeyecektir. Bu oran, ikinci sıradaki partinin oy oranından daha yüksektir. Temsil edilmeyenler yüzde 14.6 oranında (yaklaşık 4.5 milyon kişi), sol eğilimli partilere oy verenlerdir. Bu çelişki nedeniyle, kimi illerde yüzde 50'yi bulan oranlarda oy alan HADEP, milletvekili çıkaramazken;

| | | | |
|------|-------|-----|----------------------|
| DSP | %4.7 | ile | Diyarbakır'da |
| MHP | %7.1 | ile | Van'da |
| | %7.3 | ile | Ağrı'da |
| | %8.7 | ile | Şanlıurfa'da |
| FP | %8.6 | ile | Manisa'da |
| ANAP | % 7.2 | ile | Malatya'da |
| | %7.4 | ile | Batman'da |
| | %7.6 | ile | Konya'da |
| DYP | %5.2 | ile | İstanbul 1. Bölge'de |
| | %5.5 | ile | İstanbul 2. Bölge'de |

birer milletvekili çıkardılar. Benzer biçimde DYP %6.9 ile İstanbul 3. Bölge'de iki milletvekili sahibi oldu. Toplamda, yüzde 10 barajı nedeniyle CHP'nin 35, HADEP'in 28 milletvekili öbür partilere gitti. Bu partilerin fazladan kazandıkları milletvekilleri, Tablo 2'de görülmektedir.

Tablo 2- Partilerin Yüzde 10 Baraj Nedeniyle Fazladan Kazandıkları Milletvekilleri

| Siyasal Parti | Milletvekili Sayısı | | Fark |
|---------------|---------------------|-------------|-----------|
| | Baraj Olmasaydı | Gerçek Sayı | |
| DSP | 123 | 136 | 13 |
| MHP | 118 | 129 | 11 |
| FP | 100 | 111 | 11 |
| ANAP | 76 | 86 | 10 |
| DYP | 67 | 85 | 18 |
| CHP | 35 | - | - |
| HADEP | 28 | - | - |
| Bağımsız | 3 | 3 | - |
| Toplam | 550 | 550 | 63 |

Bu sonucun bilincinde olan seçmen, büyük ölçüde oyunun boşa gitmemesi doğrultusunda oy vermiş; CHP'nin baraj tehdidi altında olması tehlikesi de eklenince sosyalist partilerin oy oranları, beklenen düzeyin altında kalmıştır.

Sonuç

Özetlemek gerekirse, seçim sistemi 1999 genel seçimlerinde de belirleyici bir rol oynamış; yurttaşlarımızın özgür seçiminin önünde bir "baraj" oluşturmuştur. Kamuoyu araştırma sonuçlarının açıklanmasına koyulan yasak, kamuoyunun bilgilendirme hakkını kısıtlamış, özgür istencin ortaya konmasına başka bir engel yaratmıştır. İnsanlarımız karanlıkta el yordamıyla gerçeği bulmaya çalışmak zorunda kalmıştır.

Seçim sonuçları, kamuoyunda bırakılan izlenimin tersine, toplumun önceki seçimlere göre sağa kaydığını değil, sola eğiliminin arttığını göstermektedir. Bu durum, ülkemiz insanının genelde ve çoğunlukla sağ partilere eğilimli olduğu gerçeğini değiştirmemektedir. Sağ görüşlü partiler bu seçimde de, birkaç bölge dışında, her yerde toplam oyların yüzde 50'sini aşan ölçüde oy almışlardır.

Bu seçimlerin gösterdiği başka bir sonuç, solda birliğin önemini bir kez daha ortaya koymasındır. Eğer CHP ile sosyalist partiler arasında bir bağlaşıklık sağlanabilseydi, barajlar aşılabilecek ve Meclis'te en az 35-40 milletvekili ile temsiliyet gerçekleştirilebilirdi.

Başka bir önemli nokta, MHP'ye yönelen oyların doğru değerlendirilmesidir. Gözlemler, özellikle merkez sağ partilere duyulan hoşnutsuzluğun ve deneme-deneme düşüncesinin, yükselen milliyetçilik dalgasının yanı sıra MHP'ye oy kazandırdığını göstermektedir. Tepki oylarının bir önceki seçimde Refah Partisi'ne, 1989 yerel seçimlerinde ise SHP'ye yöneldiği unutulmamalıdır. Sosyal demokrasi, ne yazık ki, halkın 1989'da yaptığı bu tercihi iyi değerlendirememiş; yerel yönetimlerde büyük yanlışlar yaparak, sonraki dönemlerde halkın kendisinden ve genel olarak soldan uzaklaşmasına yol açmıştır. Son seçimlerde de,

CHP yönetiminin yanlışları sandığa yansiyarak, geçen seçimde yaşanan baraj tehdidinin bu kez gerçek olmasıyla sonuçlanmıştır. Oy yitiren partiler, halkı suçlamak yerine, kendilerini nesnel olarak değerlendirmelidir.

(24 Nisan 1999, Ankara)

AVRUPA'DA SAĞLIK REFORMLARI (2001-2002)

“Dr Özen Aşut, Kasım 2001-Eylül 2002 arasında Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi danışmanı olarak çalıştı ve Avrupa’da yapılan sağlık reformlarını bağımsız olarak değerlendirmek üzere oluşturulan bir uluslararası ekipte görev aldı. Aşağıdaki değerlendirme, Dr. Aşut’un bu görev sırasında değişik ülkelerde sağlık reformu adı altında yürütülmekte olan çalışmalarla ilgili edindiği izlenimlerini yansıtmaktadır.” (Tıp Dünyası)

Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi’nde 1990’larda başlatılan ve hemen tüm eski sosyalist ve Sovyetler Birliği ülkelerinde değişik biçimlerde yürütülen sağlık reformları, Avrupa sağlık ortamı gündemindeki yerini korumaktadır. On yılı aşkın bir uygulama ya da deneme süreci sonunda, kimi deneyimler elde edilmiş ve toplum sağlığı alanında kimi sonuçlar saptanmıştır. Bu değerlendirme yazısında, sağlık reformlarının uygulamaya konulduğu genel ortam, uygulanmakta olan reformların niteliği ve güncel durumu üzerinde durulacaktır.

Avrupa bölgesi son 15-20 yıl içinde çalkantılı bir süreç yaşadı. Siyasal, toplumsal ve ekonomik değişikliklerin yer aldığı ülkelerde değişim doğrudan halk sağlığına yansdı. Sağlık göstergelerinde, örneğin doğuştan yaşam umudu, bulaşıcı hastalıklar, sigara ve alkol tüketimi, vb. halk sağlığı alanlarında önemli gerilemelere tanık olundu. Ülkeler sağlık alanındaki gereksinimlere sağlık reformu adı altında önerilen paketle yanıt vermeye çalıştılar. Oysa ne ülkelerin sağlık koşulları ve sağlık gereksinimleri, ne sağlık altyapıları, ne de sağlık reformundan anlamları aynıydı.

Sisteme sosyal sigortaya dayalı finansman sistemi getirmeye çalışan ülkeler, büyük sorunlarla karşı karşıya kaldılar. Hemen tüm eski sosyalist ülkelerin, sağlık sigortasına dayalı sisteme geçme hedefi belirlemelerine ve bu doğrultuda yasal düzenlemeler yapmalarına karşın, ülkelerin çoğunda sağlık hizmetinin kaynağı halen genel bütçedir. Yakın gelecekte bu durumun değişmesi de zor görünmektedir. Bu ülkelerin hiçbiri özel sigortaya dayalı bir finans sistemini benimsemiştir. Örneğin Polonya’da, üç yıllık bir yerel (desantralize) sigorta örgütlenme deneyimi, sigorta kurumunun merkezileştirilmesiyle terk edilmiştir ve halen sigorta kurumunun ana finans kaynağı da genel bütçedir. Kazakistan’da sağlık finansmanının yeniden devlet bütçesinden karşılanmaya başlaması geri dönüşe başka bir örnektir.

Daha önce var olan sağlık örgütlenmesinin yer yer işlemez duruma getirilmesi, hizmetten yararlanma konusundaki eşitsizliklerin artmasına yol açmıştır. Örneğin, kırsal bölgelerdeki küçük yataklı kliniklerin kapatılması, bu bölgelerdeki

insanların hizmete ulaşmasını büyük ölçüde engellerken, kimi “yerinden yönetim” önlemlerinin de eşitsizlikleri artırdığı uzmanlarca vurgulanmaktadır. Söz konusu ülkelerin bazılarında başlatılan kamu hizmetine katkı payı ödeme uygulamalarının da benzer etkileri kaçınılmazdır.

Yeni ortaya çıkan sorunlar (HIV/AIDS) ya da yeniden ortaya çıkan eski hastalıklar (tüberküloz), ülkeler için önemli sorun olmaya başlayınca, Dünya Sağlık Örgütü çözümü dikey sağlık programlarında bulmuştur. Halen tüberküloz ve HIV/AIDS programları özellikle Rusya ve Orta Asya ülkelerinde yürütülmekte ve bu hastalıkların denetiminde başarılı olmaktadır. Ancak sağlık alanındaki ilerleme dikkate alındığında, günümüzde hâlâ dikey programlara gereksinim duyulması düşündürücüdür.

Söz konusu ülkelere hekim ve tüm sağlık çalışanlarının ücretlerinin aşırı düşük olması, başlı başına önemli ve sağlığı doğrudan etkileyen bir sorundur. 2002 yılında Arnavutluk'ta hekim ücreti 100 US\$, Kazakistan'da 10 US\$ idi. Bu durum, kamu sektöründe hekimlere cepten ek ödeme yapma gibi bir sonuca yol açmakta ve eşitsizliği artırıcı rol oynamaktadır.

Orta ve Doğu Avrupa ülkeleri ile Orta Asya ülkelerinde, uluslararası finans kuruluşlarının belirgin etkinliği açıkça görülmekte, sağlık hizmeti sektörü bu kuruluşların ilgi alanlarının başında gelmektedir. Bu ülkelerin çoğunda bulunan değişik uluslararası ya da kimi gelişmiş kapitalist ülkelerin finans kuruluşları (örneğin, Dünya Bankası, ABD, İngiltere, Almanya) uygun gördükleri kimi projeleri desteklemekte, zaman zaman sağlık alanındaki programlar bu eğilimlere göre düzenlenmektedir. Bu kuruluşlarda, yabancı uzmanların yanı sıra, ülkenin kendi yetkin ve uzman kadroları da çalışmaktadır. Sonuçta, bu duruma koşut olarak; genel, kapsamlı ve eşit hizmete yönelik ülke sağlık programları yerine, hükümet programlarını yerel, dikey ve dar kapsamlı programların oluşturduğu görülmektedir.

Sonuç olarak, Avrupa'nın ve Orta Asya'nın eski sosyalist ülkelerinde, genel sigorta, özelleştirme ve birinci basamağın güçlendirilmesini hedefleyen sağlık reformu girişimlerinin başarıya ulaşamadığını, sağlık hizmeti finansmanının büyük ölçüde genel bütçeden karşılandığını, birinci basamak sağlık hizmetinin yeterli bir etkinlik kazanmadığını, özelleştirme çabalarının sonuçsuz kaldığını, ancak kimi yeni uygulamaların (katkı payı ödemek, özellikle hekimlere yapılan cepten ek ödemeler, yerinden yönetim girişimleri, sigorta uygulamaları) eşitsizlikleri daha da derinleştirdiğini değerlendirmek olanaklıdır.

(*Tıp Dünyası*, 15 Nisan 2003)

BÖLÜM 4

TIP EĞİTİMİ

PRATİSYEN HEKİM EĞİTİMİ

Son zamanlarda pratisyen hekimlerin eğitimi konusu üzerinde önemle durulmaktadır. Uzmanlar zaman zaman bu konuda öneriler içeren yayınlar yapmaktadır. Fakat ileri (kapitalist) ülkelerde bile bu alanda uygulamaya dayanan, inandırıcı yayınlar bulunmamaktadır. Ancak SSCB'de yürürlükte olan bir eğitim vardır.

Aslında pratisyen hekim eğitiminin temeli, tıp eğitimiyle atılmaktadır. Pratisyen hekimin yeterli bir verim sağlayabilmesi için tıp eğitimi nasıl olmalıdır? Sorunun temelinde yine hekimlik öncesi eğitim yatmaktadır. Özellikle az gelişmiş ülkelerde tıp eğitiminin ülke koşullarına uygun, ülkenin sağlık sorunlarına yönelik olması gerekir. Toplumun güncel sağlık sorunları nelerdir? Yöresel sorunlar nelerdir? Ülkede en sık rastlanan hastalıklar hangileridir? Bu hastalıkların genel ve ülkeye özgü özellikleri nelerdir? Ülkedeki sağlık örgütlenmesi nasıldır? Bu örgütlenmenin işlerliği nasıldır? Çeşitli toplum kesimlerinin sağlık hizmetlerinden yararlanma olasılıkları nedir? Ve doğal sonuç olarak, bu sorunların, ülkenin diğer sorunlarıyla ilgisi, ilişkisi nelerdir?

Bir tıp öğrencisinin bu ve buna benzer soruların yanıtlarına yönelik bir eğitim görmek hakkıdır. Böyle bir eğitim, içtenlikle sorunların çözümünü isteyen her kişi için bir zorunluluktur. Yoksa, ülkemizde olduğu gibi, kendi halkının sağlık durumu ve ülkenin sağlık sorunlarından habersiz hekimler tıp fakültelerinden çıkarak ülkeye dağılır. Toplum hekimliği görüşünü bilmeyen ya da benimsemeyen böyle hekimler doğal olarak ya kentlerde yığılırlar ya da en küçük fırsattan yararlanarak başka ülkelere göçerler. Sözün kısası, ithal malı fakültelerden yetişen hekimler, teknik olarak bilgili beyin olarak ihraç edilirler.

Çünkü az gelişmiş ülkelerde üniversiteler, belirli bir kapitalist ülkenin sistemini ve yöntemini benimserler. O ülkenin durumuna uygun olarak planlanmış yöntemler doğaldır ki diğer ülkenin koşullarına uymayacaktır. Her konuda olduğu gibi, sağlık sorunları ve tıp eğitimi konusunda da bu kural doğrudur. Sonuç olarak fakülteyi bitiren hekimler, eğitimi gördükleri ülkenin özlemini duyacaklardır. Bu nedenle ya o ülkelere göçecekler ya da koşulların görelisi olarak daha iyi olduğu kentlere yığılacaklardır. Doğal sonuç, hekimin düzenle bütünleşmek durumunda kalmasıdır.

Pratisyen hekimin eğitimi tıp fakültelerinden başlamalıdır. Az gelişmiş ülkelerde tıp eğitimi ülkenin sağlık sorunlarına yönelik olmalı, bilinen gerçeklere ışık tutmalı, bilinmeyen konuların aydınlatılabilmesi için yapılması gereken çalışmaları ortaya koymalıdır. Toplum hekimliği görüşü içinde, koruyucu ve tedavi edici hekimliğin durumu ve nasıl olması gerektiği yönünden tıp öğrencisi bilgilendiril-

melidir. Ülkedeki sağlık örgütlenmesi ve örnek örgütlenme modelleri, araştırmalara ve başka ülkelerdeki örneklere dayanarak aktarılmalıdır.

Daha önce belirtilmiş olan durumun ışığında, az gelişmiş ülkelerde tıp sonrası eğitiminin de yetersiz olacağı ya da hiç olmayacağı açıktır. Ülkemizde tıp sonrası eğitim, belirli dalda uzmanlaşma dışında yoktur demek abartma olmayacaktır. Eğitim, hekimin kendi kişisel çabasına bırakılmıştır. Hekimlerin büyük çoğunluğu tıp eğitiminin yetersiz olması nedeniyle uzmanlaşma eğilimindedirler. Uzmanlaşma sırasındaki eğitim ayrı bir tartışma konusudur. Uzmanlaşma olanağını bulamayanlar için ya da uzmanlık sonrası için eğitim pratik olarak yoktur. Sonuçta, üniversiteler dışında çalışan hekimler genel olarak eğitim, araştırma olanaklarından yoksundur.

Pratisyen hekimin tıp sonrası eğitimi özellikle az gelişmiş ülkelerde nasıl olmalıdır? Bu sorunun yanıtının birçok başka sorunu içerdiğini gözden uzak tutmamak gerekir (pratisyen sayısı, pratisyen-uzman oranı, ülkedeki hekim sayısı, dağılımı, diğer sağlık personelinin durumu, sağlık örgütlenmesi, vb.). Diğer sorunların hepsi ayrı ayrı tartışma konusu yapılabilir. Bu noktayı akıldan çıkarmaksızın, pratisyen hekimin eğitimi konusunda şu ana noktalar belirtilebilir:

1. Serbest ya da kamu sektöründe çalışan tüm hekimler, belirli aralıklarla eğitim programına alınmalıdır. Bu eğitim 3-6 aylık bir süre olabilir. Eğitim üniversitelerde ve diğer sağlık kuruluşlarında yapılabilir. Eğitim süresince hekime, ülke için önem taşıyan hastalıklar ve diğer sorunlar konusundaki yeni gelişmeler ile ilgili bilgi verilir. Hekime araştırma olanağı elde eder. Ya da hekim çalışmaları sırasında edindiği gözlemler, inceleme ve araştırmaları değerlendirme olanağı sağlanır. Karşılaştığı sorunları belirtme, tartışma, yayımlama yönünden desteklenir. Hekimin pasif değil, aktif olarak eğitim programına katılması sağlanmalıdır.
2. Eğitim, belirli bir örgütlenme biçiminde sağlanmalıdır. Her hekimin bağlı bulunduğu bir sağlık kuruluşu olmalıdır. Bu biçimde, hekim eğitim süresi dışında da bağlı olduğu kuruluşla ilişkisini sürdürür.
3. Belirli bir sağlık kuruluşu (üniversite, bakanlık, tabip odaları vs.), belirli aralıklarla yayın yapmalı, tüm hekimlere dağıtılmalıdır. Yayın organı halk sağlığı, ülkenin sağlık sorunları ve tıptaki son gelişmelere yönelik inceleme ve araştırmaları kapsamalıdır. Hekimlerin bu yayına katkıları sağlanmalıdır.
4. Tüm çalışmalar, hekimin toplum hekimliği ilkelerini benimsemesi ve yöntemlerini uygulamasına yönelmelidir. Koruyucu hekimliğin önemi ve değeri vurgulanmalıdır.

(Tartışma metni, 1977)

HEKİMLİKTE SÜREKLİ EĞİTİM (1)

- I. Giriş, Tanım, İlkeler
 - A. Giriş
 - B. Eğitimde süreklilik kavramı
 - 1. Özellikleri
 - 2. Kapsamı
- II. Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi
 - A. Topluma yönelik eğitim
 - B. Toplum sağlığı bölümlerinin görevleri
 - C. Eğiticilerin eğitimi
 - D. Genel pratisyenlik eğitimi
 - E. Az gelişmiş ülkelerde tıp eğitimi
- III. Mezuniyet Sonrası Tıp Eğitimi
- IV. Sürekli Eğitim
 - A. Amaçlar
 - B. Yöntemler
- V. Uygulama Örnekleri
 - A. Az gelişmiş ülkeler
 - B. İleri Kapitalist Ülkeler
 - 1. Norveç
 - 2. İngiltere
 - 3. Almanya
 - 4. ABD
 - C. Sosyalist Ülkeler (SSCB)
- VI. Türkiye’de Durum ve Öneriler
- VII. Toplum Hekimliği Bölümünün Görevleri
 - A. Bölüm içi eğitim ve öğrenci eğitimi
 - B. Diğer bölümler ve üniversiteler ile ilişki
 - C. Diğer örgüt ve kuruluşlarla ilişki
 - D. Toplumun eğitimi

HEKİMLİKTE SÜREKLİ EĞİTİM

GİRİŞ, TANIM VE İLKELER

Tıp eğitiminin üç temel ilkesi eğitim, hizmet ve araştırmadır. Bu üç ilke birbirinden ayrı olarak ele alınamaz. Eğitim ile hizmet arasında sürekli etkileşim ve değişken bir denge olması gerekir. Oysa yakın zamanlara değin ileri sanayi ülkele-

rinde bile tıp eğitimi ve sağlık alanındaki uygulamalar birbirinden kopuk olarak yürütülmüştür. Mezuniyet öncesi dönemde eğitimin hizmet yönü aksatılmış, giderek tümüyle unutulmuştur. Mezuniyetten sonraki dönemde ise hekimler, hizmetin yoğunluğu ve diğer etkenler nedeniyle eğitim ve araştırmaya olanak bulamamışlardır. Böylece tıp eğitimi, asıl amacı olan topluma en iyi sağlık hizmeti götürmek ilkesinden, hizmet vereceği toplumdaki ve hizmeti götüren sağlık personelinin soyutlanmıştır.

Tıp bilimleri sürekli bir değişme ve gelişme içindedirler. Biyomedikal bilginin her 8-10 yılda bir iki kat arttığı belirtilmektedir.(1) Fakat tıp alanındaki yenilikler ve gelişmeler uygulamaya geçememekte, geniş halk kitlelerine verilen hizmetle tıbbın verebileceği en iyi hizmet arasındaki çelişki büyümektedir. Bu duruma karşı her yerde toplumların daha iyi, daha yoğun, daha ucuz sağlık hizmeti istekleri yükselmektedir.

Tüm bu gelişmeler nedeniyle son 20 yıldır sağlık görevlilerinin sürekli eğitimi konusuna ilgi gittikçe artmış, birçok yeni görüş ortaya atılmıştır. Bu birikim sonucu sürekli eğitim kavramı son 10 yılda yeni boyutlara ulaşmıştır.

Hekimlerin sürekli eğitimine geçmeden önce sağlık alanında çalışanların sürekli eğitimine bir bütün olarak değinmek gerekir. Eğitim bir bütündür, değişik süreçleri vardır fakat bunlar birbirini tamamlayıcı, bir öncekini geliştirici, bilimsel yenilikleri yansıtıcı nitelikte olmalıdır. Bu nedenle tıpta sürekli eğitim kavramı mezuniyet öncesinden başlayarak yaşam boyu süren bir eğitimi içermektedir. Ayrıca tıp bir ekip hizmeti olduğuna göre, bu kavram yalnız hekimlerin değil, tüm sağlık personelinin görev başı ve görev dışı eğitimini kapsamaktadır. Son amaç olan topluma en iyi sağlık hizmetini götüreceği sürekli hizmet ancak böyle bir uygulama ile gerçekleştirilebilir. Sürekli eğitim ve sürekli hizmet kavramı, hizmet verilen toplumun da sürekli eğitimini içerir. Toplumun eğitimi sağlık örgütünün ve sağlık personelinin en önemli görevlerinden biridir. Karşılıklı etkileşim toplumun da onları eğitmesini ve böylece toplumun eğitime katkısını sağlar.

Bu bütünlüğü unutmaksızın, sağlık ekibindeki yönetici ve denetici işlevi nedeniyle hekimlerin sürekli eğitimi ayrıntılı olarak ele alınacaktır. asıl konumuz hekimlerin mezuniyet sonrası ve hizmet dönemindeki eğitimidir. Fakat mezuniyet sonrası sürekli eğitimin başarısının önkoşulu ve anahtarı mezuniyet öncesi tıp eğitimidir. Bu nedenle kısaca tıp eğitiminden, özellikle hizmete ve mezuniyet sonrası eğitime ilişkin yönlerinden söz edilecektir.

MEZUNİYET ÖNCESİ EĞİTİM

Son 5-6 yıllık yayınlar gözden geçirildiğinde, mezuniyet öncesi tıp eğitimiyle ilgili tüm yayınlarda tıp eğitimiyle sağlık hizmeti arasındaki yakın bağ vurgulanmaktadır. Hizmetten ve toplumdaki soyutlanmış eğitim anlayışı ve uygulaması artık şiddetle eleştirilmektedir. Eleştirilen durum az gelişmiş ülkeler için olduğu kadar, gelişmiş kapitalist ülkeler için de geçerlidir. Amerikalı ve Batı Avrupalı araştırmacılar ve yetkililer tıp merkezlerinin toplumsal sorunlara eğilmelerini, tıp eğitiminin toplum içine çıkıp hizmet götürmesini önermektedirler. Çünkü hekim kendi ülke-

sinin sağlık sorunlarına ve hizmete ancak böyle bir uygulamayla hazırlanabilir (2,3,4,5). Thomas Meyer adlı Amerikalı araştırmacı, bu konuda tıp fakültelerine düşen görevleri şöyle sıralamıştır (6):

1. Toplumun gereksinmelerini karşılayacak beceri ve anlayışta tıp mezunları sağlanmalıdır. Bu temel, etkili bir sürekli eğitim programı için zorunludur.

2. Tıp fakülteleri, mezunlarını 30-40 yıllık hizmetleri sırasında gerekli olacak sürekli eğitim için hazırlamalıdır.

3. Değişikliklere kendini uyarlayabilecek hekimler yetiştirilmeli, tıp öğrencilerine “kendi kendine eğitim” öğretilmelidir.

4. Tıp fakültelerinin toplumun sürekli eğitimi gibi bir sorumluluğu vardır.

Prywes ise eğitim, hizmet ve araştırma işlevlerini birleştiren bir tıp merkezinin kapsamını şöyle belirtmiştir(4):

1. Eğitim, hizmet, araştırma;

2. Koruyucu, iyileştirici ve esenlendirici (rehabilitasyon) tıp;

3. Tüm sağlık bilimleri fakülteleri;

4. Mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim;

5. Hastane içinde ve toplum içinde örgütlenmiş temel tıp bilimleri ve klinik tıp;

6. Yeni eğitim yöntemlerini ve uygulamalarını araştırıp değerlendirecek tıp eğitimi bölümü.

Konuyla ilgili olarak, toplum sağlığı bölümlerine düşen görevler vurgulanmaktadır. Bu bölümlerin, tıp öğrencilerine toplumcu bir görüşle eğitim vermek yanında, tüm öğretim üyelerini toplum gerçeklerine uygun eğitim konusunda eğitmek gibi sorumlulukları vardır (7).

Eğitmcilerin eğitimi başlı başına önemli bir konudur. Eğitim bir bilim dalıdır. Bu nedenle, eğiticilerin eğitim konusunda ve toplum bilimleri konularında eğitilmesi önerilmektedir. İsveç'te öğretim üyesi olabilmek için eğitim sertifikası almak zorunluluğu vardır (5).

ABD ve Batı Avrupa ülkelerinde son yıllarda, tıp fakültelerinde genel pratisyenlik programları uygulanmaya başlamıştır. Bu uygulamalar yaygın değildir, ancak bazı fakültelerde sürdürülmektedir. Böyle bir uygulamaya gerek duyulmasının iki nedeni vardır:

1. Tüm dünyada pratisyen oranının gittikçe azalması,

2. Genel tıp eğitiminin tıp öğrencilerini hizmete hazırlamaması (8,9,10,11,12,13).

Az gelişmiş ülkelerde tıp fakülteleri ileri kapitalist ülkelerin sistemlerini benimsemişlerdir. Leeson adlı İngiliz Hekimi az gelişmiş ülkelerdeki tıp eğitimini şöyle değerlendirmektedir (14):

“Az gelişmiş ülkelerde tıp eğitimi neokolonializmin örneklerindedir. Bu ülkeler batı standardında tıp merkezleri kurmaya ve hekim yetiştirmeye özendirilmektedir. Böyle tıp merkezleri, gelişmiş ülkelerin tıp araç-gereç ve ilaç sanayisine iyi bir pazar olmakta, yetişen hekimler de gelişmiş ülkeler için ucuz hekim gücü kaynağı oluşturmaktadırlar”.

Az gelişmiş ülkelerde tıp fakültelerinden kendi ülkesinin sağlık sorunlarından uzak, ülke gerçeklerine yabancı hekimler mezun olmaktadır. Sonuç olarak bu eğitimin tüm aksaklıkları hizmet dönemine yansımaktadır (15).

MEZUNİYET SONRASI EĞİTİM

Mezuniyet sonrası tıp eğitimi, hekimin mezuniyetten sonra uzmanlık ya da bir akademik derece için gördüğü eğitimdir. Bu eğitim sürekli eğitim kavramından farklıdır. Sürekli eğitimin bir aşamasını oluşturur.

SÜREKLİ EĞİTİM

Daha önce de belirtildiği gibi, hekimlerin sürekli eğitimine karşı ilgi son 10 yıldır artmış, bu konuda çok sayıda inceleme, araştırma ve uygulama örnekleri yayımlanmıştır. Ancak bu konuda SSCB ve Doğu Avrupa ülkeleri dışında yerleşmiş bir sistem yoktur. ABD ve Batı Avrupa ülkelerinde uygulamalar ön çalışmalar biçiminde bazı fakültelerce, hekim derneklerince sürdürülmektedir ve isteyen hekimler eğitim programlarından yararlanmaktadır. Sosyalist ülkelerde ise hekimlerin sürekli eğitimi devlet kontrolünde kuruluşlarca yönetilir.

Sürekli eğitim niçin gereklidir? Dünya Sağlık Örgütü'nün yayınlarında bu sorunun yanıtı şöyle açıklanmaktadır (16,17):

1. Tıp bilimindeki hızlı ilerlemelerin günlük uygulamalara aktarılması toplum sağlığı yönünden zorunludur. Amaç, topluma olanaklar ölçüsünde en iyi sağlık hizmetini götürmektir.

2. Tıbbın kapsamının her gün biraz daha genişlemesi mezuniyet öncesi dönemde tüm bilgilerin verilmesini olanaksız kılmaktadır. Bazı bilgilerin mezuniyetten sonra verilmesi gerekmektedir.

3. İnsan sağlığı ile ilgili hizmet veren tüm görevliler için öğrenilip unutulmuş bilgilerin belirli aralıklarla tazelenmesi bir zorunluluktur.

4. Amaç yalnızca yeni buluşları ve yanlış olduğu saptanan bilgi ve uygulamaları hekimlere aktarmak değildir. Aynı zamanda toplumun sağlık sorunlarını ve meslekte yapılan yanlışları sürekli olarak araştırarak bunlara çözüm bulmaktır.

Sürekli eğitim, hizmet veren tüm hekimleri, yani genel pratisyenleri, uzmanları, eğitimcileri, öğretim üyelerini ve araştırmacıları kapsamına alır.

Amerikalı bir sağlık yetkilisi sürekli eğitimi şöyle tanımlamıştır:

“Sürekli eğitim inançları, davranışları, sağlık görevlilerinin değer yargılarını ve sağlık örgütlerinin yapılarını değiştirmeyi amaçlayan bir eğitim stratejisidir. Amaç bunların yeni teknolojiye ve toplumun değişen isteklerine uyarlanmasıdır”. Sürekli eğitimin özelliklerini aynı yetkili şöyle belirtmiştir:

1. Sürekli eğitim değer yargıları, davranışlar ve ilişkiler ile ilgilendir.
2. İsteklere göre gerekli değişiklikler araştırılır.
3. Katılanlar deneyimlerini birbirlerine aktarırlar.
4. Gezici konsültanlar katkıda bulunurlar (değişiklik ajanı).
5. Konsültan ile hekimler arasında anlayış ve güven gelişmeli, aralarında ortak bir sosyal felsefe olmalıdır (6).

Sürekli eğitimde değişik eğitim yöntemleri uygulanmaktadır (18). Klasik eğitimden kaçınmak, çağdaş eğitim ilkelerinden, yöntemlerinden yararlanmak gerekir. ABD’de yapılan bir araştırmada hekimlerin 2/3 oranında görme-duyma (odyovizüel) yoluyla daha iyi öğrendikleri ya da uygulama yapmadan öğrenemedikleri saptanmıştır (6). Değişik eğitim yöntemleri şöyle sıralanabilir:

1. Dergi ve kitaplar: Sürekli eğitimde değerli olan yayınlar, tıptaki değişme ve gelişmeleri hekimlere duyurmak ya da unutulmuş bilgileri hatırlatmak amacıyla düzenlenenlerdir.

2. Programlanmış öğretim araçları: Soru-yanıt biçiminde hazırlanmış yayınlar ya da odyovizüel araçlardır. Kişiye öğrenmek istediği konuda sorular sorulur ve verdiği yanıtları doğru yanıtla karşılaştırması sağlanır.

3. Görme-duymaya dayalı eğitim araçları: Teybe alınmış dersler, sesle senkronize slayt ve film şeritleri, kısa metrajlı filmler gibi araçlardır.

4. Mesleksi toplantılar: Kongre, konferans, olgu sunumu toplantıları, dergi kulüpleri, kurslar bu bölüme girer (18,19).

Tüm bu yöntemlerin başarısı, sürekli eğitimin ilkelerine uygunluğuna bağlıdır.

Konuya genel olarak değindikten sonra değişik ülkelerdeki uygulamalar gözden geçirilecektir.

DEĞİŞİK ÜLKELERDEKİ UYGULAMALAR

Azgelişmiş Ülkeler

Mezuniyet öncesi tıp eğitimindeki aksaklıkların ışığında az gelişmiş ülkelerde sürekli eğitim uygulaması olmayacağı açıktır. Tıp fakültelerinden ülkesinin sağlık sorunlarını bilmeyen, ileri ülke standartlarına göre yetişmiş hekimler mezun olmakta, hizmet alanında karşılaştıkları güçlükler karşısında bocalamaktadırlar. Sağlık hizmetinin alınıp satılan bir ticari meta olması ve yetersiz tıp eğitimi hekimlerin talebin daha çok olduğu uzmanlık dallarına ve kentlere yığılmasına yol açmaktadır. Küçümsenemeyecek bir oran ise eğitimini gördükleri ülkelere göçmektedirler. Dünya Sağlık Örgütü’nün yayımladığı bir incelemeye göre, azgeliş-

miş ülkelerde yetişmiş 140 bini aşkın hekim ileri sanayi ülkelerinde çalışmaktadır (20).

Sağlık konularındaki tüm uygulamalar ileri ülkelerden geldiğinden ve o ülkelerde sürekli eğitim konusu deneme aşamasında olduğundan, ülkemizde ve diğer az gelişmiş-gelişmekte olan ülkelerde hizmet içi eğitim hekimlerin kişisel çabasına bırakılmıştır. Hekimlerin çoğu da böyle bir gereksinim duymamaktadır. Çünkü bildikleri kadarıyla yeterli kazanç sağlamaktadırlar. Özet olarak ülkemiz gibi ülkelerde, uzmanlık eğitimi ve üniversitelerde çalışanlar dışında, hekimler için eğitim ve araştırma olanağı yoktur denebilir.

İleri Kapitalist Ülkeler

Bu ülkelerdeki uygulamalar az sayıda fakültenin yürüttüğü araştırma çalışmaları biçiminde sürdürülmektedir. Onaylanmış standart bir eğitim sistemi ve hekimler için bir zorunluluk yoktur. Bazı ülkelerde hekim birlikleri konuyla ilgilenmektedir (Norveç, ABD). Bazı ülkelerde ise yalnızca sürekli eğitim için dernekler kurulmuştur (Kanada, İngiltere).

Norveç: Norveç'te Tabipler Birliği pratisyen hekimlere özel unvan verir. Pratisyen hekimin beş yıl içinde 40 bilimsel hastane toplantısına katılması, üç ay hastanede gözlemci olarak çalışması zorunludur. Bu gerekleri yerine getirmezse unvanı geri alınır (18).

İngiltere: İngiltere'de mezuniyet öncesi eğitim sırasında hekimleri ilk basamak hekimliğine hazırlamak amacıyla girişimler vardır. 22 fakültede pratisyen eğitimi programları uygulamaya konmuştur (8). Mezuniyet sonrası sürekli eğitim konusunda yerleşmiş bir sistem yoktur. Fakat konuyla ilgili olarak kurulan bazı dernekler çalışmalar yapmaktadır (18,21,22).

Almanya: Yakın zamanlara değin hekimlerin sürekli eğitimi konusu ele alınmamıştır. Ancak 1974 yılı sonunda genel pratisyenlerin eğitimi için dört yıllık bir program hazırlanmıştır (23).

Amerika Birleşik Devletleri (ABD): Hekimlerin sürekli eğitiminin diğer ileri ülkelere göre daha yaygın ve kapsamlı olarak ele alındığı ülke ABD'dir. Birçok Amerikalı hekim, tıp eğitiminin toplumun gereksinimlerine yönelik olmamasından, mezuniyet sonrası eğitimin belirli standart bir programdan yoksun oluşundan, üniversitelerin bu konudaki ilgisizliklerinden yakınmaktadır. Değişik yayınlarda tüm sağlık hizmetleri gibi, tıp eğitimi ve mezuniyetten sonraki eğitim de eleştirilmektedir (4,15,24,25,26).

ABD'de uzmanlaşma eğiliminin artması sonucu pratisyen hekimler gittikçe azalmaktadır (27,28) Pratisyen hekim gereksinmesinin karşılanması amacıyla genel pratisyenlik uzmanlığı konması ve sürekli eğitimin önemle ele alınması önerilmektedir. Bazı fakülteler pratisyenlik uzmanlığı için eğitim programları düzenlemişlerdir (29,30).

Başka bir uygulama, üniversitelerle bölge hastaneleri arasında bilgi alış verişidir. Bu uygulamada, üniversiteler bölge hastanelerine eğitim amacıyla öğretim üye-

leri göndermektedir. Ayrıca bu hastanelerde görevli hekimler eğitim programları için üniversiteye giderler. Eğitim sırasında eski bilgiler gözden geçirilir ve yeni gelişmelerle ilgili bilgiler verilir (31).

Bu uygulamalar ön çalışmalar niteliğinde olup değişik tıp fakültelerinin raporları olarak yayımlanmıştır. Eğitim programlarına, isteyen hekimler katılmaktadır. ABD'de sürekli eğitim uygulamasının eleştirilen yönleri, ülke çapında yaygın olmaması, standart ilke ve yöntemlerden yoksun olması, hekimin isteğine bırakılması, böylece bireysel isteğin toplumsal yararın önünde tutulmuş olmasıdır.

Sosyalist Ülkeler

Sovyetler Birliği (SSCB) ve Doğu Avrupa ülkelerinde tüm sağlık hizmetleri devlete bağlı kuruluşlarca merkezi olarak yönetilir (32). Bu ilke sağlık alanında çalışanların sürekli eğitimi için de geçerlidir. Merkezi kontrol standart ilkelere dayanan programların tüm ülkeye eşit olarak uygulanmasını olanaklı kılar. Örgüte bağlı tüm kuruluşların ilişkisini, iletişimini sağlar (4). Sosyalist ülkeler uygulamasına örnek olarak SSCB'de hekimlerin sürekli eğitimi incelenecektir.

SSCB'de Hekimlerin Sürekli Eğitimi:

- I. İlkeler
- II. İleri Tıp Eğitimi Enstitüleri
 - A. Moskova Merkez İleri Tıp Eğitimi Enstitüsü
 - B. Taşkent Enstitüsü
- III. Eğitim Biçimleri
 - A. İki Bölümlü Kurslar
 - B. Çevresel (Ekstramural) Kurslar
 - C. Uzmanlar için Tam-Zamanlı Kurslar
 - D. Özel Eğitim Kursları
 - E. Aralıklı Kurslar
- IV. Bilgi Servisleri
- V. Özel Grupların Sürekli Eğitimi
 - A. Tıp Eğitimi Kadrolarının Eğitimi
 1. Genel hatırlatma (tazeleme) eğitimi
 2. Öğretim becerilerini geliştirici seminerler
 3. Yöntem sorunları konulu seminerler
 - B. Toplum Sağlığı Yönetimi Kadrolarının Eğitimi
 1. Genel Kurslar
 2. Uluslararası Programlar
- VI. Hekim Dışı Sağlık Personelinin Eğitimi
 - A. Hatırlatma (tazeleme) Kursları
 - B. Uzmanlık Eğitimi
 - C. Tıp Eğitimi

Sovyetler Birliği'nde Hekimlerin Sürekli Eğitimi

SSCB'de hekimlerin sürekli eğitiminin temeli mezuniyet öncesi dönemde atılmaktadır. Tüm tıp fakültelerinde standart eğitim programları uygulanır. Tıp öğ-

rencileri öğrenimleri süresince, her yıl belirli bir süre toplum içinde çalışarak görev başı eğitim görürler (33,34,35).

İlkeler

Hekimlerin mezuniyet sonrası ileri eğitiminin ilkeleri devletçe şöyle saptanmıştır (17):

1.Toplumsal sorumluluk: Devlet hekimlerin ve diğer tüm sağlık personelinin kuramsal bilgi düzeyi ve çalışma yeteneğinin ulusal önemi olduğunu onaylamıştır. Bu nedenle sağlık personelinin sürekli eğitimi toplumsal bir sorumluluk olarak ele alınmış, büyük bir örgütlenme yapılmıştır. Bu eğitimin tüm harcamaları devletçe karşılanır.

2.Bireyin sürekli gelişimi: Sağlık alanında çalışanların işlerinden hoşnut olması, işlerine karşı ilgilerinin sürekliliği için çaba harcanır.

3.Ulusal sağlık planlaması ile ilişki: Planlama, öngörülen hizmetin gerçekleştirilebilmesi için gerekli insangücünü sağlar. Kişinin seçtiği bölüm ve yeni iş kadroları göz önüne alınarak planlama yapılır.

4.Yaygınlık: Sağlık alanında çalışan herkese ileri tıp eğitimi uygulanır. Eğitim zorunludur. Kırsal bölgede çalışan sağlık personelinin üç yılda bir, kentsel bölgede çalışanların ise beş yılda bir eğitim kurslarına katılması gereklidir. Eğitimde olanlar işlerinden ayrı kaldıkları sürece aylıklarını alırlar. Masraflar devletçe ödenir.

5.Entegrasyon: 13 ileri tıp eğitimi enstitüsü eğitimin örgütlenme yönünü yürütmektedir. Bu enstitüler birçok hastane ve sağlık kuruluşunu eğitim amacıyla bir araya getirir. Eğitim bölümleri kurar, eğitileceklerin seçimini örgütler.

6.Örgütlenme: Tıp eğitimi sürekli olmalı, mezuniyet öncesi eğitimle başlamalı, uzmanlaşma ile ilerlemeli ve yaşam boyu sistematik biçimde sürmelidir. Bu nedenle, sürekli eğitimin planlama ve örgütlenmesi üzerinde önemle durulmaktadır.

Beş yıllık olan tüm hekimler sürekli eğitime girmek zorundadırlar. Kırsal bölgede çalışan hekimler için üç yılda bir, kentlerde çalışanlar için ise beş yılda eğitim zorunludur ve bu eğitim en az istenendir. Fakat sistem değişken ve esnekler. Eğitim kişinin ve sağlık hizmetinin gereksinmelerine göre ayarlanabilir (17,33,34,35).

SSCB'de hekimlerin ileri eğitimi 13 ileri tıp enstitüsü, tıp enstitülerindeki 14 ileri tıp eğitimi fakültesi ve eczacılar için üç ileri eğitim fakültesinde yürütülmektedir. Ayrıca büyük hastanelerde ve sanepid istasyonlarında ülke çapında yaygın yöresel eğitim merkezleri vardır. Her yıl 50 bin hekim eğitim görür. Bunların %75'i ileri eğitim enstitü ve fakültelerinde, %25'i ise diğer sağlık kuruluşlarında eğitim programlarına katılmaktadır.

İleri Tıp Eğitimi Enstitüleri

Merkez Enstitüsü

İleri Tıp Eğitimi Merkez Enstitüsü Moskova'dadır ve 1930'da kurulmuştur. Beş fakültesi ve 65 bölümü vardır. Tıp enstitüleri ve büyük hastanelerle ilişkilidir. Kıdemli sağlık personeli bu enstitüde eğitim görür:

1. Toplum sağlığı bölüm başkanları,
2. Tıp eğitimi kuruluşlarında çalışan profesör ve doçentler (tıp enstitüleri, ileri tıp enstitüleri),
3. Bölüm şefi olan uzmanlar,
4. Büyük hastane başhekimleri ve bölüm şefleri,
5. Sanepid istasyonları başhekimleri.

Merkez Enstitü aspirantura kursları ile araştırmacı eğitimi, ordinatura programları ile de uzmanlık eğitimi yapmaktadır.

1965 yılında yalnız bu Enstitü'de eğitim gören hekim sayısı 10 bindir. 1968'de Enstitü 20 bin ileri eğitim diploması vermiştir.

Enstitü'nün bölümleri Sağlık Bakanlığı'nın isteği üzerine model ders programları hazırlarlar. İleri eğitim kursları için ve diğer ileri eğitim enstitülerindeki uzmanlık kursları için eğitim yöntemleri geliştirirler.

Merkez Enstitü'ye yabancı hekimler de kabul edilir. Bunlar Dünya Sağlık Örgütü ya da kendi hükümetlerince gönderilirler ve eğitim programlarına katılırlar. Dünya Sağlık Örgütü ile işbirliği içinde her yıl toplum sağlığı yöneticileri için dokuz aylık bir kurs düzenlenir. Bu kursa SSCB ve Doğu Avrupa ülkelerinden 18-20 kişi katılır. Ayrıca Enstitü, Dünya Sağlık Örgütü adına değişik toplum sağlığı konularında uluslararası sempozyum ve seminerler düzenler.

Enstitü'nün araştırma çalışmaları, eğitim çalışmaları ile yakından ilişkilidir. Araştırma çalışmaları Devlet Tıp Araştırma Programı'nın bir bölümünü oluşturur. Araştırma konuları arasında birçok koruyucu ve iyileştirici hizmetle ilgili konular yanında, hekimlerin sürekli eğitimi konusu da vardır. Enstitü'nün araştırma laboratuvarları bilimsel eğitim programlarında önemli rol oynar. Tüm sağlık personeli çalıştıkları özel konular ile ilgili olarak Enstitü'ye başvurabilir. Gerektiğinde matematik, istatistik, fizik ve sibernetik kursları alabilirler.

Merkez Enstitü, eğitilmiş insangücünün hizmeti yürütmesini geliştirmek için ulusal planlama konusunda Sağlık Bakanlığı'na yardımcı olur. Ayrıca diğer eğitim enstitülerini destekler ve gerekirse onların personelini de eğitir.

Cerrahi Fakültesi: Enstitü'ye bağlı fakültelerin çalışmalarına örnek olarak cerrahi fakültesinin yapısı ve çalışmaları gözden geçirilecektir. Cerrahi fakültesinin 15 bölümü vardır. Klinik temeli Moskova'nın 12 en büyük klinik hastanesi, altı araş-

tırma enstitüsü ve diğer bazı tıp merkezleri ile hastanelerdir. Fakültede 25 profesör, 25 doçent, 25 öğretim görevlisi çalışmaktadır.

Fakültenin büyük ve küçük cerrahi dalları, genel cerrahi, anesteziyoloji, radyoloji gibi bölümleri vardır. Toplam yatak kapasitesi üç bindir. Tüm bölümler cerrahi ile ilgilidir. Bu fakültede her yıl iki binden çok hekim eğitim görür.

Taşkent Enstitüsü:

Bu enstitünün 38 bölümü vardır. Uzmanlık ve ileri eğitim kursları vermektedir. Her yıl 2500-2700 hekim eğitim görür. Bu enstitünün düzenlediği kurs biçimleri şunlardır:

1. Uzmanlık kursları,
2. Genel kurslar,
3. Özel konularda ileri eğitim kursları,
4. Ekstramural kurslar,
5. Yerel hastanelerde ya da sanayi merkezlerinde özel kurslar (bir dokuma fabrikası gibi).

Eğitim programlarında uygulamalı ve kuramsal yönlere eşit ağırlık verilmesine, kişisel gereksinmelere göre programın ayarlanmasına önem verilir.

Ekstramural kurslar, çeşitli bölümlerden görevlilerin (*oblast*) bir aylık bir süre için eğitim amacıyla diğer illere gitmeleri biçiminde olur. Bölge (*rayon*) hastanelerine giderek yerel hekimler ve toplumla ilişki kurarlar. Enstitü personeli teorik ve pratik eğitimi birlikte yürütür. Örneğin ameliyat yapar, konferanslar ve radyo konuşmaları düzenler.

Eğitim Biçimleri

İki Bölümlü Kurslar

Moskova Merkez Enstitüsü iki bölümden oluşan bir eğitim uygulamaktadır. Kursun birinci bölümü mektupla eğitimidir. Bu bölüm hekim görev yerindeyken uygulanır. Enstitü okunacak kitaplar ve ek yayınlar önerir. Hekim yazılı ödevler yapar ve bunları Enstitü'ye gönderir.

Kursun ikinci bölümünde Enstitü'de yoğun bir kısa eğitim programı uygulanır. Yaklaşık iki bin hekimin eğitimi için bu tip eğitim uygulanmış olup klasik eğitime göre daha başarılı olduğu düşünülmektedir. Gelecek yıllarda ileri eğitimin %50-60'ının bu yöntemle yapılacağı planlanmaktadır. Hekime mektup yoluyla etkili kuramsal eğitim verilebilir. Bu, Enstitü'de kalış süresini 4-6 haftaya indirmekte, böylece masraf azalmakta, eğitim görenlerin sayısı artmaktadır.

Kursun mektup bölümünde Enstitü üyeleri eğitim görenlerle ilişki kurarlar ve Enstitü'ye geldiklerinde onları ilgilendiren sorunlara yönelik programlar uygularlar.

Mektupla eğitim haftada 6-8 saat çalışma gerektirir. Enstitü'nün ilgili bölümü eğitim gören hekime ödevler gönderir. Aynı zamanda yol gösterici yazılar iletir. Seçilen konular genellikle özel dallarla ilgili kuramsal konulardır. Bir ödevin yapılması ortalama 1-1.5 ay sürer ve eğitim boyunca 3-4 ödev yapılır. Kursun mektupla eğitim bölümü 4-6 aydır.

Bitirilen çalışmalar ilgili bölüme gönderilir ve incelenir. Her çalışma 20-30 daktilo sayfası kadar olmaktadır. Gözlemler, hekimlerin bu bölümde başarılı olduklarını düşündürmektedir. Bu çalışmaları bitiren kişi Enstitü'ye gider. Enstitü'deki ders programı mektup bölümünde kapsanan konuların ışığında hazırlanır. Bu program mektupla eğitimde üzerinde durulan konunun pratik uygulamasına yöneliktir. Ayrıca eğitim gören hekimin çalışmaları ve gönderdiği raporlar tartışılır.

Teknik yönü az olan tıp tarihi, toplum sağlığının örgütlenmesi gibi uzmanlıklar için eğitimin ana bölümü mektupla eğitimdir. Bu dallar için kısa süreli Enstitü eğitimi yeterli olmaktadır. Klinik dallarda ise Enstitü eğitimi 4-6 hafta sürer.

Kursun sonunda sınav yapılır. Bu eğitimden geçen hekimlerin bilgi düzeyi, mektupla eğitim kursu olmayıp Enstitü'de daha uzun süre eğitim gören hekimlerininkiyle karşılaştırılmış, sonuçların aynı olduğu saptanmıştır.

Bu tür eğitimin sakıncaları şunlardır:

1. Hekimlerin eğitimi bırakma oranı fazladır.

Bırakmanın ana nedenleri hekimlerin günlük işlerinin yoğunluğu, sağlıkla ilgili nedenler, görev ya da yer değişiklikleridir.

2. Enstitü personeline çok yüklü iş düşmektedir.

Ekstramural Kurslar (Çevrede düzenlenen kurslar)

Bu kursları Merkez İleri Tıp Eğitimi Enstitüsü 1952'de başlatmıştır. Ancak, sistematik bir temele oturtulması 1961'den beri gerçekleştirilmiştir. 1968'e değin 50 kentte 178 kurs yapılmış, kurslara yedi bin hekim katılmıştır. Bu kurslar daha önceleri bölge ya da kentlerin isteklerine göre düzenlenirken, artık Merkez Enstitü'nün ve Sağlık Bakanlığı'nın programı kapsamına alınmıştır.

Bu tür eğitim ucuz bir eğitim biçimidir. Küçük bir gezici ekiple yerel çalışma koşulları içinde eğitim yapılabilir. Fakat yerel olanakların daha sınırlı oluşu nedeniyle ileri uzmanlaşma dallarında uygulanamamaktadır. Bu eğitimin etkili düzeyde olması, aşağıdaki koşullarla sağlanmaktadır:

1. En uygun süre bir aydır. Eğitime girecekler iyi seçilmeli, kurs hakkında bilgileri olmalıdır. Grup ilgi, bilgi ve uzmanlık dalı yönünden homojen olmalıdır.

2. Gezici ekibe ilgili bölüm şefi ya da profesör başkanlık yapmalı, ekibi yüksek deneyimi olan öğretmenler oluşturmalıdır. Ön eğitim verildikten sonra

yerel tıp enstitüleri, ileri eğitim enstitüleri ve yerel sağlık kuruluşlarının uzmanları da eğitim görevi yapabilirler.

3. Kursun verildiği merkezin iyi eğitilmiş hekimleri ve sağlık personeli, modern araçları olmalıdır.

4. Konferans ve tartışma konuları seçilirken tüm katılanların ilgisini çekecek konulara öncelik verilmelidir. Konferansların bir bölümü gece düzenlenmelidir.

5. Eğitim yöntemleri, görsel-işitsel yöntemler, pratik dersler, soru-yanıt toplantıları ve tartışma toplantılarını kapsamalıdır.

Klinik bölümlerin gezici ekipleri merkezin günlük çalışmalarında da yer almaktadır. Uzman ekiplerin gezileri yalnız eğitim için değil, yerel sağlık kuruluşlarının örgütlenmesi, hastaların tanı ve iyileştirilmeleri, araştırma konularının seçimi ve yöntemleri alanlarında yardım amaçlarına yöneliktir. Bu kurslar Merkez Enstitü ile sağlık kuruluşları arasında yakın ilişkiler ve işbirliği sağlamıştır.

Kurslar elde edilen sonuçların tartışıldığı bir toplantıyla sona erer. Kursların ek bir yararı eğitimcilerin de eğitilmesidir. Eğiticiler çevre hastanelerinin çalışma koşullarını görürler. Çalışmanın değişik yönlerini tartışarak görüş açılarını genişletirler ve öğretim yeteneklerini ve becerilerini geliştirirler.

Uzmanlar İçin Tam Zamanlı Kurslar

Uzmanların, çalıştıkları işlerinden tümüyle ayrılıp bir enstitüde çalıştıkları ve eğitim gördükleri kurslardır. Bu kurslar ya bir uzmanlık dalını geniş olarak kapsayacak biçimde genel ya da uzmanlığın belirli bir yönünde uzmanlaşma biçiminde özel olabilir.

Genel kurslar 5-7 yıllık uzmanlar için olup süresi 4-5 aydır. Özel kurslar ise o uzmanlıkta önemli olan seçilmiş konularla ilgilidir. Bu kurslara daha çok deneyimi olan ve en az 10 yıllık uzmanlar katılabilir.

Bu tür eğitime katılanların sayısı fazla olmakla birlikte yavaş yavaş bu kursların yerini iki bölümlü kurslar almaktadır.

Özel Eğitim Kursları

Bazı konularda daha çok bilgi edinmek isteyen bir hekim istediği bir enstitüde bireysel eğitim kursu alabilir. Bu çalışmalar genellikle dar bir alanla ilgilidir. Hekim enstitünün bir bölümünde 1-2 ay çalışır, çalışmalara katılır ve yeni teknikler öğrenir.

Aralıklı Kurslar

Bu kurslar ileri eğitim enstitülerine yakın yerlerde çalışan hekimler için düzenlenir. Haftada 1-2 gün bu hekimler enstitüde konferanslara katılırlar. Kliniklerde çalışabilirler. Bu kurs boyunca işlerini de sürdürürler.

Bilgi Servisleri

Bu servisler hekimlere yeni gelişmelerle ilgili bilgi vermek için kurulmuştur. Bu amaçla 1963'te Tıbbi ve Mediko-Teknik Bilgi Bilimsel Araştırma Enstitüsü açılmıştır. Moskova ve Leningrad bilimsel araştırma kuruluşlarından uzmanların öncülüğünde bu Enstitü, yayınlardan bilimsel özetler ve sistemli yayınlar yapar. Yabancı tıp dergilerinde yer alan yayınların aylık listelerini yayımlar. Ayrıca aylık olarak 10 tıp dalını kapsayan "Ekpress Information" diye bir yayını vardır. Enstitü her yıl 82 tıp dalıyla ilgili 90 bin yazıyı bibliyografik amaçlarla hazırlar. Bu yazılar yabancı dergilerden derlenir. Ayrıca Sovyet tıp literatüründen özetler yayımlanır. Tüm yayınlar ülkedeki sağlık kuruluşlarının hepsine gönderilir.

Özel Grupların İleri Eğitimi

Tıp Eğitimi Kadroları

Tıp enstitülerinin eğitim kadrolarının ileri eğitimi, Merkezi İleri Tıp Eğitimi Enstitüsü'nün önemli çalışmalarından biri durumuna gelmiştir. Bu konuda ilk çalışmalar 1937'de başlamıştır. O tarihte, Sanitasyon ve Hijyen Fakültesi, sanitasyon ve hijyen enstitülerindeki 113 öğretim üyesi için 10 günlük kurslar düzenledi. 1941'de İkinci Dünya Savaşı, askeri epidemiyoloji, sanitasyon ve kimyasal silahlara karşı savunma konularında eğitimcilerin eğitimini gerektirdi. Savaş boyunca 188 öğretim üyesi eğitildi. Savaş sonrasında da tıp enstitülerindeki eğitimcilerin eğitimine verilen önem sürdürüldü.

1965'e değin 3400 profesör ve öğretim üyesi Merkez Enstitüsü'nün düzenlediği eğitim kurslarına katılmıştır. 1965-1966 döneminde iki bin öğretim üyesi kurs görmüş, 1967'de ise 1434 bölüm başkanı, tıp enstitüsü öğretim üyesi, araştırma enstitüsü üyeleri eğitim görmüştür. Bu kurslar sonunda geniş bir bilgi ve deneyim birikimi ve alışverişi olmaktadır.

Öğretim üyeleri eğitiminin üç biçimi vardır:

1. Genel hatırlatma (tazeleme) eğitimi

Bu kurslar eğitimin genel düzeyini yükseltmeyi amaçlayan kurslardır. Öğretim üyeleri kendi konularında olduğu kadar eğitim yöntemleri, eğitim felsefesi ve siyasal felsefe konularında eğitim görürler. Kurslar 1-2 ay sürer ve genellikle bölüm başkanlarını da kapsar.

2. Eğitim becerilerini geliştirici seminerler

Merkez Enstitüsü'nün son yıllarda geliştirdiği bir programdır. Asıl amaç eğitim yöntemlerini öğretmektir. Ayrıca özel dallarla ilgili kuramsal bilgiler verilir. Kurs süresi bir aydır. Bir bölümü önde gelen tıp merkezlerinin gezilmesidir.

3. Yöntem sorunlarının incelenmesi konulu seminerler

Bu seminerler 1965'te başlatılmıştır. Bu seminerlerde öğretim programları, deneysel ve kuramsal eğitiminin birleştirilmesi, öğretilecek pratik becerilerin biçimi ve miktarı, konferans ve pratik derslerin yöntemleri tartışılır. Tüm öğretim üyelerinin üç yılda bir bu seminerlere katılması öngörülmektedir.

Toplum Sağlığı Yönetimi Kadroları

SSCB'de "Toplum Sağlığı Yönetimi" bir uzmanlık dalıdır. Bu dalda ileri eğitim şu konuları kapsar:

1. Sosyal bilimler ve toplum sağlığı hizmetlerinin tarihçesi,
2. Toplum sağlığı hizmetlerinin kuramsal ve örgütsel ilkeleri (sosyal hijyen, toplum sağlığı hizmetlerinin kuramı, adli tıp, yönetim ilke ve yöntemleri, toplum sağlığı hizmetlerinin planlama ve finansmanı),
3. Koruyucu ve iyileştirici hizmetlerin örgütlenmesi (bu hizmetlerin kent- sel ve kırsal yörelerde incelenmesi, sanayi işletmelerinde sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi, iş göremezlik sorunlarının incelenmesi),
4. Sanitasyon ve epidemiyoloji çalışmalarının örgütlenmesi, sağlık eği- timinin örgütlenmesi.

Kursların genel ya da bir konuda özel oluşuna göre ağırlık verilen konular deği- şir.

İleri Tıp Eğitimi Merkez Enstitüsü yalnız SSCB için değil, diğer ülkelerin toplum sağlığı yöneticileri için de eğitim yapmaktadır. Örneğin, "Moskova-Dünya Sağlık Örgütü Toplum Sağlığı Yöneticileri Uluslararası Kursları" bu programlardan biridir. Dünya Sağlık Örgütü katılanların bir bölümüne burs vermektedir.

Bu kurslara SSCB'den katılanlar eğitilmiş toplum sağlığı görevlileridir: Toplum sağlığı bölüm başkanları, il ve bölge sağlık kuruluş başkanları, hastane başhe- kimleri, sosyal hijyen bölümleri ve toplum sağlığı örgütleri temsilcileri katılırlar. Bu kursların amaçları şunlardır:

1. Yönetim sorunlarının ayrıntılı kuramsal incelemesi için temel sağla- mak,
2. İstatistiksel analizin nicel ve nitel yönlerini öğretmek,
3. Değişik ülkelerdeki sağlık hizmetlerinin teori ve pratiğini incelemek.

Kurs süresi 9 aydır. Programın kapsadığı konular şunlardır:

1. Toplum için mediko sosyal hizmetler,
2. Tıbbi istatistik,
3. Sağlık kuruluşlarının mimarisi ve yapımı,
4. Sanitasyon ve hijyen hizmetleri,
5. Sağlık personelinin öğretim ve eğitimi,
6. Tıp bilimlerinde yeni gelişmeler,
7. Doğu Avrupa'daki iki ülkeye inceleme gezisi.

Çalışma sonuçları programın sonunda özetlenir. Kursun başlangıcında katılanların hangi konuları hazırlayacağı saptanır. Bu konuların hazırlanması sürekli ve düzenli çalışma gerektirir (17,33,34,35) .

Diğer Sağlık Personelinin Sürekli Eğitimi

Hekimler dışında kalan sağlık personelinin sürekli eğitimi üzerinde de SSCB'de önemle durulmaktadır. Burada, bu eğitime çok kısaca değinilecektir.

Ebe, hemşire ve feldşerler için hatırlatma (tazeleme) kursları düzenlenmektedir. Bu kurslar yerel tıp merkezlerinde kısa kurslar biçimindedir. Sağlık Bakanlığı tüm personelin her 3-5 yılda bir böyle bir kursa katılmasını öngörmüştür.

Ayrıca isteyenler kendi alanlarında daha ileri uzmanlaşabilirler. Hekim dışı sağlık personelinin eğitim görebileceği 30 uzmanlık dalı vardır. Bu eğitim bir yıllık deneyimi olan personele kentsel ve kırsal alanlarda verilmektedir. Uzmanlık eğitiminin süresi 5 ay ile 2 yıl arasında değişmektedir.

Bu programın önemli bir yönü tüm personele hekim olma fırsatı verilmesidir. Kurslarda başarılı olanlar tıp eğitimine hemen başlayabilirler. Diğerleri ise üç yıl alanda çalıştıktan sonra isterlerse tıp eğitimine geçebilirler. Sağlık personelinin %5 kadarı eğitimini sürdürerek hekim olmaktadır (17).

TÜRKİYE'DE DURUM VE ÜLKE KOŞULLARINDA ÖNERİLER

Ülkemizde hekimlerin eğitimine yönelik girişimler dergi ve kitaplar, kongre, konferans, seminerler ve az sayıda kurslardır. Fakat bunlar eğitimden çok sunucuların bilimsel erkini göstermek ya da kazanç sağlamak için düzenlendiğinden hekimlerin ilgisini çekmemekte, katılanlara da uygulanabilir yararlar sağlamamaktadır. Hekimler için eğitim ve araştırma olanakları ancak üniversitelerde vardır fakat bunlar toplumdan soyutlanmış olarak yürütüldüğünden hizmete ilişkin etkinlikleri çok sınırlıdır. Hekimlerin sürekli eğitiminde en yaygın olarak çalışan kesim ilaç şirketleridir denebilir.

Ülkemizde hekimlerin ve diğer sağlık personelinin eğitimi konusunda en önemli adım sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi programıdır. Bu program sağlık hizmetleri ile sürekli eğitimin bir arada örgütlenmesini, düzenli hastane toplantılarını, sağlık ocaklarına uzman gezilerini öngörmüştür. Sosyalleştirilmiş bölgelerde hizmetin başarılı olarak yürütülmesini engelleyen etkenler doğal olarak öngörülen eğitimi de engellemiştir. Sosyalleştirilmiş bölgelerdeki aksaklıklar ve nedenleri birçok ayrı tartışma konusunu içerir ve konumuzun dışındadır.

Topluma etkili sağlık hizmeti, götürülmesine ve sağlık sorunlarının çözümüne yönelik girişimler ve örgütlenme sürekli eğitimi de birlikte getirecektir. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası'nın gerekleri yerine getirilirse, yani programın ülke çapında yaygınlığı ve sosyalleştirilmiş bölgelerde uygulamanın gerekli koşulları sağlanırsa ülke çapında yaygın sürekli eğitimin koşulları da hazırlanmış olur.

Böyle bir örgütlenme içinde sürekli eğitim nasıl olmalıdır? Bu soru Dünya Sağlık Örgütü Sürekli Eğitim Ekspertler Komitesi'nin şu önerileriyle yanıtlanabilir (16).

1. Ulusal bir merkez kurulması,
2. Ulusal bir plan hazırlanması,
3. Personel yetiştirilmesi,
4. Araç-gereç geliştirilmesi,
5. Hizmetin etkinliğini sürekli olarak değerlendirme.

TOPLUM HEKİMLİĞİ BÖLÜMÜNÜN GÖREVLERİ

Yeterli sağlık örgütlenmesi sağlanmadıkça sürekli eğitim programlarının başarılı sonuçlara ulaşması beklenemez. Konu bu açıdan ele alınırsa, toplum hekimliği bölümüne önemli görevler düşmektedir. Başarılı sürekli eğitim, toplum hekimliği bölümünün sosyalleştirmenin işlerliğini göstermek görevinin bir bölümüdür. Bu örgütlenme içinde sürekli eğitimin nasıl olması gerektiği gösterilmelidir. Bu nedenle, örnek bir çalışma geliştirmek gerekir. Ve sonunda bu model sosyalleştirme programı içinde ülke çapında geçerli bir model olarak önerilebilir.

Etmesgut Eğitim ve Araştırma Bölgesi'nde sürdürülen uygulama içinde hizmet yanında eğitim de önemle ele alınmış ve başarılı sonuç sağlanmıştır. Birçok eksikliklerine karşın bu uygulama önemli bir ileri adım olarak değerlidir. Fakat aksayan yönlerinin düzeltilmesi ve geliştirilmesi gereklidir.

Örnek uygulamayı gerçekleştirmek yolunda toplum hekimliği bölümüne düşen görevler şöyle sıralanabilir:

1. Bölüm üyelerinin ve tıp öğrencilerinin eğitimi,
2. Diğer bölümlerle ve üniversitelerle ilişki ve işbirliği,
3. Diğer örgüt ve kuruluşlarla ilişki ve işbirliği, toplumun eğitimi.

Bölüm İçi Eğitim

Toplum hekimliği bölümü içinde örnek bir sürekli eğitim uygulamasının önkoşulu hizmet, eğitim ve araştırmanın bütünlüğünü unutmadan bölümün tüm üyeleri arasında sürekli iletişim sağlamaktır. Hizmetin eğitime katkısı olacağı gibi, eğitim ve araştırmanın da hizmeti geliştireceği kesindir. Aslında bu üç öge arasında sürekli bir ilişki olmalıdır. Bu nedenle hizmet içinde yapılan tüm çalışmalardan ve bölümün düzenlediği ya da ilgili olduğu tüm araştırmalardan bölümün tüm üyelerinin ve öğrencilerin bilgileri olması gerekir. Hizmet ve araştırmanın eğitime katkısı böyle bir uygulama ile sağlanabilir. Ayrıca yapılan tüm çalışma ve araştırmalar yayımlanmalıdır.

Programlanmış eğitim

Sürekli eğitim kavramı tüm personelin eğitimini içerdiğine göre her grup personel için ayrı eğitim programları düzenlemek gerekir. Bu programların düzenlenmesi için tüm grupların temsilcilerinden oluşan bir komite görevlendirilmelidir. Programların düzenlenmesinde, deneyimi olanların ve eğitimi görecek kişilerin sürekli katkıları sağlanmalıdır. Tüm bölüm üyeleri belirli aralıklarla eğitimde görev almalıdır.

Programlı eğitim toplantıları kuramsal bilgi düzeyinin geliştirilmesi yönünden zorunludur. Toplantılarda değişik konular tartışılabilir: Mesleki konular, toplum sağlığı konuları, Türkiye'nin sağlık sorunları ve sosyoekonomik sorunları gibi. Tıbbın kapsamının her geçen gün biraz daha genişlemesi nedeniyle mesleki eğitimde özellikle hizmet için gerekli ve yararlı konular üzerinde durulmalı, gereksiz ayrıntılardan kaçınılmalıdır.

Eğitim toplantılarında geleneksel yöntemler (konferans, seminer) yerine sürekli ilgiyi sağlayacak çağdaş yöntemler seçilmelidir. Grup çalışmalarına önem verilmesi, tartışmalara yeterli zaman ayrılmalıdır.

Görev başı eğitim

Eğitimin en yararlı olanı hizmet içi, görev-başı eğitimdir. Tüm personelin karşılıklı etkileşimi birbirlerinin bilgi ve becerilerinin geliştirilmesine katkıda bulunur. Bölüm içi, görev başı eğitim tüm bölüm üyelerini kapsar. Tüm öğretim üyeleri ve uzmanlar sağlık ocaklarını belirli aralıklarla gezmeli, hizmete ve tüm ocak personelinin eğitimine katkıda bulunmalıdırlar. Ocak hekimleri diğer sağlık personelinin görev başı eğitimi için her fırsattan yararlanmalıdır. Ocak hekimleri ve diğer sağlık personeli belirli aralıklarla, belirli süreler için bölge hastanesinde çalışmalıdır.

Üniversitenin diğer bölümleri ve diğer üniversitelerle ilişki ve işbirliği

Toplum hekimliği bölümü üyeleri üniversitedeki diğer bölümler ile sürekli ilişki içinde olmalı, toplum sağlığı görüşüyle öğrenci ve asistan eğitimi konusunda diğer bölüm üyelerini uyarmalıdır. Bu konuda toplum hekimliği bölümü üyeleri diğer bölümlerin eğitim programlarına katılmalı, onları da kendi eğitim toplantılarına çağırmalıdır. Bazı bölümlerin, asistanlarını belirli süreler için bölge hastanelerine göndermeleri önemli bir adımdır. Bu hem o bölümlerin asistanları ve bölümler için, hem de bölge hastanesi ve ocak hekimleri yönünden yararlı bir girişimdir. Ayrıca, hastane uzman hekimlerinin her yıl belirli bir süre için ilgili oldukları bölümlerde çalışmalarını yeni gelişmeler yönünden yararlı olacaktır.

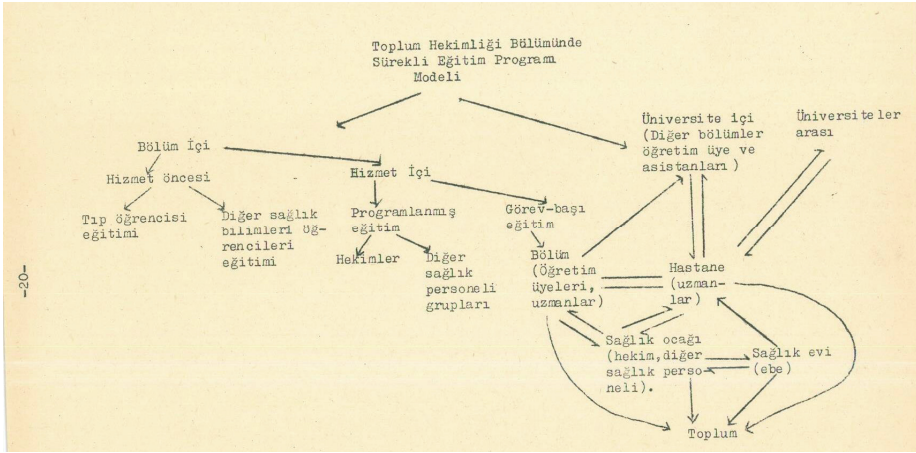
Toplum hekimliği bölümü diğer üniversitelerle, tıp fakülteleriyle, özellikle diğer toplum hekimliği bölümleriyle ilişkilere önem vermelidir. Bilgi alışverişi yapmak, onların eğitim ve araştırma programlarına katkıda bulunmak, onların çalışmalarından yararlanmak, ortak çalışmalar düzenlemek gibi girişimler önerilebilir.

Diğer örgüt ve kuruluşlarla ilişki ve işbirliği

Tüm bu çalışmalara ek olarak toplum hekimliği bölümünün toplumun eğitimi konusunda sorumluluğu vardır. Bu nedenle, hizmet bölgesindeki toplumun dışında, toplumun değişik kesimlerine sesini duyurmalı, bu amaçla etkili ve yetkili örgüt ve kuruluşlarla ilişki kurmalı, işbirliği yapmalıdır. Ayrıca yayın, toplantı, konferans gibi araçlardan yararlanılmalıdır.

Sonuç

Tüm bu çalışmaların sonuçlarının değerlendirilmesi için araştırmalar düzenlenmeli, uygulama ve çalışmaların sürekli gelişimi için çaba harcanmalıdır.



KAYNAKLAR

1. Garrard J. Weber R.G.: Comparison of Three and Four-Year Medical School Graduates. The Journal of Medical Education, 49:547-553. 1974.
2. Pauli, H.G.: Undergraduate Medical Education and Health Care. The Journal of Medical Education, 48:51-56, 1973.
3. Portos, J.L.: Medical Education Reform in France. Ibid:57-59, 1973.
4. Prywes, M.: Medical Education-Comparative International Characteristics. Ibid:11-27, 1973.
5. Zinai, M.: Medical Education in Developing Countries.
6. Meyer, T.C.: Toward a Continuum in Medical Education. The Journal of Medical Education, 48:67-70, 1973.
7. Preparation of the Physician for General Practice. WHO Public Health Papers No:20, Geneva, 1963.
8. Barber, J.H.: A Teaching Course in General Practice. The British Journal of Medical Education, 7:165-173, 1973.
9. Barber J.H., Haroldsson, E.T.: Development and Evaluation of Teaching Course in General Practice. Ibid:9:42-48, 1975.
10. Harvey, E.: The Vanishing Practitioner. The British Journal of Medical Education, 48:718-724, 1973.

11. Kaplan D., Plotz C.:A Controlled Analysis of Medical Students in a Family Practice Program. The Journal of Medical Education, 49:154-157,1974.
12. Radford, A.:The Use of Allied Health Workers by General Practitioners in Various Situations. The Medical Journal of Asutralia, 2:860-862, 1973.
13. Vandervoort, H.E., Ransom, D.C.:Undergraduate Education in Family Medicine. The Journal of Medical Education, 48:158-165,1973.
14. Lesson, J.:Social Science Health Policy in Preindustrial Society. International Journal of Health Services, 4(3):437,1974.
15. Fry,J.:Medical Care Systems-Comparative International Characteristics. The Journal of Medical Education,48:31-35,1973.
16. Continuing Medical Education for Physicians. WHO Tech.Rep.Ser.No:534,1973.
17. Post Graduate Education for Medical Personnel in the USSR. WHO Public Health Papers No:39, Geneva,1970.
18. Fişek,N.H.:Hekimlikte Sürekli Eğitim.Türkiye Tıp Akademisi Mecmuası,10:9-27, 1976.
19. Wart, A.:A Problem-Solving Oral Examination for Family Medicine. The Journal of Medical Education, 49:673-680,1974.
20. Cumhuriyet Gazetesi, 22 Ocak 1976.
21. Aitken,J.M.:Training for General Practice. The British Medical Journal, 2:275-276,1974.
22. Horder, J.:Discussion on Vocational Training in General Practice. Practitioner,210:685-689, 1973.
23. Livesey, P.G.:Medicine in Germany. Practitioner,213:851-857,1974.
24. Dickson, R.G.:Graduate Education of the Physician:Are We Meeting the Country's Needs? Bulletin of the New York Academy of Medicine, 50(11):1181-1185,1974.
25. Haynes, H.M.:Influence of Social Baoground in Medical Education. The Journal of Medical Education, 48:45-58,1973.
26. Krevans, J.K.:Post doctoral Education. The Journal of Medical Education, 48:60-64,1973.
27. Lauria, D., Kidwell, A.P.:Letters to the Editor, Primary Physicians and Internist-Pediatricians. Ibid:1038-1039, 1973.
28. Luckey, E.H.:Symposium on the Changing Scene in Graduate Medical Education. Bulletin of the New York Academy of Medicine, 50:1173-1180,1974.
29. Vuturo,A.F.:Career Choice Variability in a University Based Family Medicine Program, The Journal of Medical Education, 49:698-700,1974.
30. Taylor, J.M., Johnson, K.G.:A Residency Program in Primary Medical Care the Physician as Provider Manager. The Journal of Medical Education, 48:654-660,1973.
31. Rubenstein,E.:Continuing Medical Education at Stanford. The Back to Medical School Program. Ibid:911-918,1973.
32. Popov, G.A.:Principles of Health Planning in the USSR, WHO, Geneva,1971.
33. Butrov,V.N.:The Education of Medical Personnel in the USSR. Emerican Journal of Public Health, 64:149-154.1974.
34. Miller, J.E.,Faye, G.:The Soviet Health System. New England Journal of Medicine, 286:693-702, 1972.
35. Cooper, J.A.D.: Education for the Health Professions in the Soviet Union. The Journal of Medical Education, 46:412-418,1971.

TOPLUM HEKİMLİĞİ BÖLÜMÜNDE EĞİTİM AMAÇLARI

GİRİŞ

Toplum Hekimliği Bölümü'nde eğitimin amaçları; üniversitenin görevleri, çağdaş eğitim görüşü ve çağdaş sağlık ilkeleri göz önüne alınarak hazırlanmıştır.

1. Üniversitenin Görevleri

Üniversiteler Kanunu, üniversitelerin toplumsal görevlerini şöyle belirtmiştir:

- Çeşitli kademelerde bilimsel öğretim yapmak;
- Memleketin türlü yönden ilerleme ve gelişmesini ilgilendiren bütün sorunları hükümetle ve kurumlarla da el birliği etmek suretiyle öğretim ve araştırma konusu yaparak amaçlarını toplumun faydalanmasına sunmak;
- Türk toplumunun genel seviyesini yükseltmek ve kamuoyunu aydınlatıcı bilim verilerini sözle ve yazı ile halka yaymak.

2. Çağdaş Eğitim Görüşü

Çağdaş eğitim görüşü insanın karakterindeki mücadeleciliği, durumundan hoşnut olmayışı, sürekli olarak daha yüksek düzeye çıkmak ve yeni şeyler elde etmek isteğini hareket noktası alır. Eğitimi, kaynakların ve hizmetlerin yönetiminin halkın çoğunluğunun yararına yöneltilmesi için, değişen koşullara uyabilen dinamik ve planlı bir süreç olarak tanımlar. Eğitilenler bu anlayış içinde, yaşadıkları toplumun gelişmesine en geniş ölçüde katkıda bulunabilen kişiler olarak yetiştirilmelidir.

3. Çağdaş Sağlık İlkeleri

Sağlık sorunlarının çözümü için sağlık hizmetleri ve örgütlenmesinin toplumsal bir yaklaşımla ele alınması gerekir. Böyle bir örgütlenme için gerekli koşul, toplumun tüm bireylerinin sağlığının, toplumsal bir sorumluluk olarak değerlendirilmesidir. Doğal olarak bu ilke, devlet kontrolü gerektirir.

Dünya Sağlık Örgütü yetkilileri, sağlık hizmetleri ve bu hizmetlerin örgütlenmesi alanlarında bazı ilkeler saptamışlardır. Çağdaş sağlık hizmeti ilkeleri diye tanımlanan bu ilkeler şunlardır:

a. Genel Sağlık Konuları:

- (1) Sağlık yalnız hastalık ya da sakatlık olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik durumudur.

- (2) İnsan hastalık ve sağlık dönemleri diye ayırlamayacak bir bütündür.
- (3) İnsan ve çevresi birbirinden ayırlamaz. İnsan çevresiyle birlikte değerlendirilmelidir.
- (4) Tıp yalnız biyolojik değil, aynı zamanda sosyal bir bilimdir. Çünkü amacı toplumsaldır.
- (5) Bir toplumun en önemli hastalıkları en çok öldüren, en sık görülen ve en çok sakat bırakan hastalıklardır.
- (6) Sağlık hizmetlerinden yararlanmak doğuştan kazanılmış bir haktır. Sağlık hizmeti bir kamu görevi olarak ele alınmalı ve herkese ücretsiz sağlanmalıdır.
- (7) Bir kişinin ya da toplumun sağlık düzeyini belirleyen etkenleri oluşturan temel öge, sosyal ve ekonomik durum ve yapıdır.

b. Sağlık hizmetleri:

- (1) Tüm sağlık hizmetleri kamulaştırılmalıdır.
- (2) Her çeşit sağlık hizmeti herkese eşit biçimde ve sürekli olarak sağlanmalıdır.
- (3) Koruyucu, iyileştirici ve esenlendirici (rehabilitate edici) sağlık hizmetleri birlikte ele alınmalı, tek örgütte toplanmalıdır.
- (4) Koruyucu hizmetlere öncelik verilmelidir. Koruyucu hizmetler daha kolay ve ucuz, bireyin ve toplumun sağlığı açısından daha etkilidir. Tedavi hizmetleri, sağlığın korunması ve geliştirilmesinde başarısızlığa uğrandığında uygulanacak bir yöntemdir.

c. Örgütlenme:

- (1) Tüm sağlık hizmetleri tek elde ve tek örgütte toplanmalı, merkezi olarak planlanmalı ve tüm ülkede yaygın ve eşit biçimde yürütülmelidir. Örgütün yerel yönetiminde koşullara uygun yürütme konusunda gerekli esneklik gerçekleştirilmelidir.
- (2) Her ülke kendi koşullarına uygun ve kendi toplumunun sorunlarına yönelik yöntemler ve örgütlenme geliştirmeli, başka ülkelere göre planlanmış yöntemlerden ancak yararlanmalıdır.
- (3) Sağlık hizmetleri toplumun en uç kesimlerine ulaşacak biçimde toplum içinde örgütlenmelidir.
- (4) Uç birimler üst kuruluşlarca sürekli izlenmeli, denetlenmeli, desteklenmelidir. Örgütün tüm birimleri arasında ilişki ve işbirliği olmalıdır. Denetim örgütün tüm birimlerince yapılmalı, yani yukarıdan aşağıya olduğu kadar, aşağıdan yukarıya doğru da olmalıdır.

- (5) Sağlık örgütü, sağlıkla ilgili diğer örgüt ve kuruluşlarla işbirliği yapmalıdır.
- (6) Sağlık hizmetlerinin niteliğinde sürekli gelişme sağlayacak bir eğitim gerçekleştirilmelidir.
- (7) Sağlık örgütü, toplumun istekleriyle sağlık gereksinimleri arasında ilişki kurmalıdır.

d. Yönetim ve İnsangücü:

- (1) Tüm hekimler ve diğer sağlık personeli kamu görevlisi olarak çalıştırılmalıdır.
- (2) Etkili sağlık hizmeti ancak bir sağlık ekibiyle sağlanabilir. Sağlık hizmeti bir ekip hizmetidir.
- (3) Sağlık personeli, sağlık örgütünün yönetimine katılmalıdır.
- (4) Sağlık örgütünde toplumun temsilcilerinin ve örgütlerinin denetimi, yönetime katılımı sağlanmalıdır.

e. Eğitim ve Araştırma:

- (1) Eğitim ve araştırmanın, sağlık hizmetine katkısı olacak, hizmeti sürekli geliştirecek nitelikte olmasına önem verilmelidir.
- (2) Sağlık ekibindeki tüm görevlilerin bilgi ve becerilerini sürekli geliştirmeleri için sürekli eğitim yapılmalıdır.
- (3) Sağlık örgütü hizmet verdiği toplumu sürekli eğitmelidir.
- (4) Tüm tıp fakültelerinin ve sağlık bilimleri fakülte ve okullarının eğitimi, çağdaş sağlık ilkelerine ve toplumsal yarar amacına göre planlanmalı ve düzenlenmelidir. Eğitim bu doğrultuda standartlaştırılmalıdır.

TOPLUM HEKİMLİĞİ BÖLÜMÜNÜN İŞLEVLERİ

Üniversitelerin, özelde tıp fakültelerinin işlevleri üç ana bölüme ayrılır: Eğitim, araştırma, hizmet. Asıl ve son amaç topluma daha iyi hizmet vermek, daha çok katkı sağlamak olmakla birlikte, üniversite bu amaca ulaşmayı yalnız başına sağlayamaz; ancak bu amaca ulaşmanın yollarını saptar ve gösterir. Eğer tıp fakülteleri bu işlevlerini aksatıyorlarsa, bu yolları göstermek için toplum hekimliği bölümleri öncülük yapmalıdır.

Toplum hekimliği bölümünün ve eğitimin amaçları, belirtilen üç temel işlevin gerçekleştirilmesine yöneliktir.

1. Araştırmanın Amaçları

a. Durumun saptanması:

Toplumun sağlık sorunlarını, sağlık düzeyini ve gereksinimlerini saptamak;

Bunları değerlendirmek;

Durum saptamasının yöntemlerini geliştirmek.

b. Çözüm yollarının araştırılması:

Topluma yönelik hizmetin gerekli koşullarını araştırıp saptamak; bu koşulların sağlanması için gerekli kaynakları (insangücü, araç, gereç, finansman) belirlemek:

Bu kaynakları sağlamanın yöntemlerini göstermek.

c. Çözüm yollarının saptanması ve önerilmesi:

Sağlık sorunlarının doğru ve kesin çözüm yollarını saptamak;

Yetkili kuruluşları ve toplumu bu yollar konusunda aydınlatmak ve bu yolları önermek.

2. Hizmetin Amaçları

a. Topluma yönelik sağlık hizmetinin uygulanabilirliğini göstermek;

İlkeler ve planların doğruluğunu saptamak.

b. Sağlığın gelişmesini engelleyen toplumsal olayları saptamak;

Çözüm yolları arayıp denemek,

Bu yolları yetkili kuruluşlara önermek.

c. Daha ileri bir toplumsal düzende sağlık sorunlarının çözümünü sağlayacak uygulamaların ön çalışmalarını geliştirmek;

Bu konuda deneyim sağlamak, kaynak olmak.

3. Eğitimin Amaçları

Toplum hekimliği bölümünün, toplumun değişik kesimlerine yönelik eğitiminin amaçları şöyle saptanmıştır:

a. Üniversitenin diğer bölüm ve fakültelerini, diğer tıp fakültelerini ve üniversiteleri toplumsal düşünce ve görüşle kadro yetiştirmek için uyarmak;

Onlara bölümün amaç ve ilkelerini tanıtıp benimsetmek için sürekli etkileşimde bulunmak.

b. Toplumdaki diğer kurum, örgüt ve kuruluşları toplum sağlığı konularında aydınlatmak;

Onları bölümün amaç, ilke ve yöntemleri konularında bilgilendirmek ve bunları kendi alanlarında uygulamaları için yönlendirmek.

c. Toplum yararına girişimler ve toplum sağlığı konularında siyasal etkinliği olan gruplara ve karar vericilere bilgi vermek, onları uyarmak;

Sağlık politikalarının oluşmasında onlara yardım etmek, gerekirse baskı grubu görevini yapmak.

- d. Geniş toplum kesimlerine toplum sağlığı konuları ve ilgili diğer toplumsal konularda bilgi yaymak.
- e. Amaçları ve ilkeleri doğrultusunda görev yapacak kadrolar yetiştirmek.
- f. Toplum yararına girişimlere karşı olan engelleyici güçlerle kamuoyu yaratarak mücadele etmek.

4. Kadro Yetiştirmeye Yönelik Eğitim Amaçları

Bu eğitimin temel amacı toplum hekimliği bölümünün amaç ve ilkelerini tüm gereklerini yerine getirecek biçimde benimseyen, bilimsel düşünce ve yöntemi bilen, kavrayan ve uygulayabilen kadrolar yetiştirmektir. Eğitimin başlangıcında bu benimseme, az ya da çok olabilir. Eğitimin sonunda oldukça yüksek düzeyde bir benimseme, bir yakınlaşma sağlanmalıdır. Bu amaç, bölümde çalışan ve eğitim gören herkes için geçerlidir. Bu amaca yönelik eğitim bireyde şu nitelikleri geliştirmeyi amaçlar:

- a. Toplumdaki temel çelişkileri bilmek.
- b. Toplumu tanıyıp anlayabilmek.
- c. Toplumsal sorunların ve sağlık sorunlarının nedenlerini, ortamını, sonuçlarını, ilişkilerini bilmek.
- d. Sorunların temel çözüm yollarının bilincinde olmak.
- e. Sorunların nedenleri ve çözümleri konusunda çevresini ve toplumu eğitmeyi görev saymak.
- f. Ülkenin olanak ve koşullarını, sosyoekonomik yapısını bilmek.
- g. Topluma yönelik hizmetin planlama, yöntem ve uygulamasının bilgi ve becerilerini kazanmak.
- h. Belirli kişisel özellikleri geliştirmek:
 - o İş sorumluluğu, işinden hoşnutluk,
 - o Kendi kendini eğitime ve değiştirebilme,
 - o Eleştiri, özeleştiri, yanlışlardan öğrenme,
 - o Ekip çalışmasına uyum.

Eğitimin amacı bireyin dünya görüşü, bilgi, beceri ve davranışlarını olumlu yönde değiştirmek ve sürekli geliştirmektir.

(Mimograf, HÜTF Toplum Hekimliği Bilim Dalı, 1977)

TOPLUM SAĞLIĞI ALANINDA SÜREKLİ EĞİTİM

Toplum sağlığı öğrenci ve uzmanlık eğitiminin genel amaçları yönetim, eğitim ve araştırma alanlarında bilgi ve beceri kazandırmak olduğuna göre, toplum sağlığı alanında sürekli eğitimin temel amaçları da önceki amaçların uzantısı olacaktır. Başka bir deyişle, tıp eğitimi ve uzmanlık eğitimi süresince kazanılan bilgi ve becerilerin tazelenmesi, eksik bilgilerin tamamlanması, değişikliklerin ve yeni bilgilerin aktarılması toplum sağlığı sürekli eğitiminin ana konuları olacaktır.

Eğitim planlamasının üç aşaması şunlardır:

- 1- Eğitim amaçlarının saptanması,
- 2- Eğitim uygulama planı,
- 3- Değerlendirme.

Amaç Saptama

Birinci aşama eğitim planlamasının en güç fakat en önemli bölümüdür. Çünkü uygulamayı eğitim amaçları belirler. Eğitimin genel, ara ve özel amaçlarının saptanmasında eğitimle ilgili değişik kesimlerin görüşlerinden, çeşitli verilerden yararlanmak gerekir. Toplum sağlığı sürekli eğitiminde de amaç saptamada aynı yöntem uygulanmalıdır. Eğitim görececek kişilerin (sağlık ocağı hekimleri, toplum sağlığı uzmanları, hekim dışı sağlık personeli), eğitimcilerin (toplum sağlığı öğretim üye ve görevlileri), toplumun temsilcilerinin görüşleri uygun yöntemle toplanmalı ve değerlendirilmelidir. Toplanan veriler, eğitimin genel, ara ve özel amaçlarını belirleyecektir. Ayrıca amaç saptamada sağlık istatistikleri gibi çeşitli kaynaklardan yararlanılmalıdır.

Amaçlar saptandıktan sonra, uygulama planı ve uygulama biçimi, içeriği, yöntemleri bu amaçların ışığında hazırlanmalıdır. Uygulama planı şu ana konulara yönelik kuramsal ve uygulamalı eğitimi kapsamalıdır:

1. Sağlık yönetimi,
2. Eğitim bilim ve teknolojisi,
3. Araştırma yöntemleri,
4. Toplum sağlığı temel konuları,
5. Toplum bilimleri temel konuları.

Uygulama için, toplum sağlığının değişik alanlarında çalışan değişik düzeylerdeki hekimler için ve ayrıca diğer sağlık personeli için, farklı eğitim programları planlanmalıdır. Değişik hekim kesimleri şöyle gruplandırılabilir:

1. Toplum sağlığı eğitici kadrolarının sürekli eğitimi (fakülte öğretim üye ve görevlileri)
2. Yönetici kadroların eğitimi
 - a. SSYB: Yukarıdan aşağı tüm yöneticiler
SSYB: Ocak hekimleri
 - b. Diğer kuruluşlara bağlı yöneticiler

Eğitim planlamasının üçüncü aşaması değerlendirmedir. Değerlendirme, uygulamanın ve amaçların değerlendirilmesini kapsamalı, sonuçlara göre amaçlar ve uygulamada gerekli değişiklikler yapılmalıdır. Eğitimin değerlendirilmesinde kaynak, eğiticiler ve eğitilenlerdir.

Uygulama

İlk aşamada “Toplum Sağlığı Bölümleri” ortak bir kurul oluşturmalı, bu kurul toplum sağlığı eğitiminin çeşitli düzeyleri ve bu arada toplum sağlığı sürekli eğitimi için ortak bir program yapmalıdır. Uygulamanın ilk aşamasında planlama, fakültelerin toplum sağlığı bölümlerinin kadroları için yapılmalıdır. Bölümler arasında eşgüdüm sağlanmalı, her düzeyde toplum sağlığı eğitimi standartlaştırılmalıdır.

Toplum sağlığı bölümlerinde elde edilen veri ve deneyimlerin ışığında, SSYB’ye diğer kesimlerin eğitimi için öneriler götürülmelidir.

Toplum Sağlığı Bölümlerinde Sürekli Eğitim

Amaçlar, uygulama planı ve değerlendirme konularında daha önce belirtilen ilkeler geçerli olmak üzere uygulama kapsamı ve yöntemleri şöyle belirlenmelidir:

1. Kapsam

- a. Toplum sağlığı temel konuları
- b. Toplum bilimleri
- c. Eğitim bilim ve teknolojisi
- d. Araştırma yöntemleri
- e. Genel pratisyenlik eğitimi
- f. Güncel konular ve bölge sorunları.

2. Yöntemler

- a. Sürekli ve düzenli kurumsal eğitim programları (bölüm içi ve bölümler arası)
- b. Görev başı eğitim (hastane ve ocaklarda).

Sürekli eğitim, bölümlerin tüm üyelerini kapsamalıdır (öğretim üye ve görevlileri, asistanlar, diğer sağlık personeli). Diğer sağlık personeli için ayrı bir eğitim planı ve programlaması gereklidir. Kadroları daha geniş ve daha gelişmiş bölümler diğer fakültelerin bölümlerine yol gösterici, destekleyici ve yardımcı olmalıdır. Belirli aralıklarla bölümler arası ortak toplantılar yapılmalıdır.

(Mimograf, HÜTF Toplum Hekimliği Bilim Dalı, 1977)

TÜRKİYE'DE HEKİMLERE YÖNELİK YAYINLARIN DURUMUNA İLİŞKİN BİR ARAŞTIRMA

GİRİŞ VE GENEL BİLGİLER

Hekimlerin ve diğer sağlık görevlilerinin sürekli eğitimine ilişkin gelişmeler son yıllarda yeni boyutlara ulaşmıştır. Türkiye'de de, özellikle hekimlerin sürekli eğitimi, son birkaç yıl içinde önemli bir tartışma konusu durumuna gelmiştir.

Hekimlerin sürekli eğitiminde en önemli araçlardan biri yayınlardır, belki de daha önemlisi hangi yayınların hekimlere ulaştırılması gerektiğidir. Çünkü çağımız yeni bilgiler kazanılışının son derece hızla artışına tanık olmakta, bilgi kaynakları da buna koşut olarak geometrik oranda genişlemektedir. Avrupa ülkelerinde 1950 yılında basılan kitap sayısı 120 bin iken, bu sayı 1960'da 200 bini, 1970'de ise 400 bini aşmıştır. İleri Batı ülkelerinde bilim dergileri ve makalelerin sayısı her 15 yılda bir iki katına çıkmakta, 1970 yılı sayılarına göre dünyada bir yılda yayımlanan bilimsel ve teknik yazı 60 milyon sayfayı bulmaktadır (1). 1969'da her 26 saniyede bir, tıpla ilgili yeni bir yazı yayımlandığı saptanmıştır (2).

Tıp alanına da yansıyan bu görkemli yayın birikimini toplum içinde çalışan hekimlerin izleyebilmesi olanaksızdır. Ayrıca birçok yayının hekime ve sonuçta sağlık hizmetine ve topluma katkısı kuşkuludur. Kapitalist ülkelerde uygulama içindeki pek çok hekim için, bu nedenle, tek yeni bilgi kaynağı meslek örgütlerinin yayınları olmaktadır (3). Gerekli yayınları tüm hekimlere yaygın olarak ulaştırabilen bir sistem geliştiren Sovyetler Birliği (SSCB) uygulamasına kısaca değinmek bu konuya ışık tutacaktır.

SSCB'de hekimlere yeni gelişmelerle ilgili bilgi vermek amacıyla 1963'te Tıbbi ve Mediko -Teknik Bilgi Bilimsel Araştırma Enstitüsü kurulmuştur. Bu Enstitü Moskova ve Leningrad'daki bilimsel araştırma kuruluşlarının uzmanlarınca yönetilir. Enstitü her yıl 82 tıp dalıyla ilgili 90 bin yazıyı bibliyografik amaçla hazırlar. Yayınlardan bilimsel özetler düzenleyerek sistemli yayınlar yapar. Yabancı tıp dergilerinde yer alan yayınların aylık listesini yayımlar. Ayrıca Sovyet Tıp Literatürü'nden özet yayınları vardır. Enstitü'nün her ay yayımlanan sürekli bir tıp dergisi vardır. Tüm yayınlar ülkedeki sağlık kuruluşlarının hepsine ücretsiz olarak gönderilir (4).

Bugün ülkemizde tıpla ilgili birçok kitap ve dergi yayımlanmaktadır. Ancak, gözlemler bu yayınların uygulama içindeki hekimlere yararlarının sınırlı ve toplumun sağlık gereksinimlerine yanıt verebilmekten uzak olduğunu göstermektedir (5,6,7).

ARAŞTIRMANIN AMACI, GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın amacı, Türkiye’de yayımlanan tıpla ilgili bazı yayınların niteliğini, koruyucu sağlık hizmetleri ve toplumsal açıdan önemli hastalıklar yönünden araştırmak olarak saptanmıştır. Bu amaçla Mayıs 1978’de bir yayın taraması yapılmıştır. Elde edilen veriler Etimesgut Sosyalleştirme Bölgesi’nde en sık görülen 13 ve en çok ölüm nedeni olan 10 hastalık ile karşılaştırılmıştır (8). Koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılan yazı oranları ayrıca değerlendirilmiştir. Etimesgut verilerini belirten en sık 16 hastalık tablosundaki üç hastalık grubu, belirsiz ve çok geniş hastalık grupları olduklarından, değerlendirmeye alınmamıştır. Bunlar, genito-uriner sistemin diğer hastalıkları, sinir sistemi ve duyu organlarının diğer hastalıkları ve sindirim sisteminin diğer hastalıklarıdır. Bu üç grup, Dünya Sağlık Örgütü’nün 150 başlıklı listesinde (A Listesi, 1968 Revizyonu) belirtilen hastalıkların dışında kalan ve diğer hastalıklar olarak belirtilenlerdir. İlk 10 ölüm nedeni tablosunda yer alan hastalıkların tümü değerlendirmeye alınmıştır. Bu hastalıklar arasında üçüncü sırayı alan “neoplazmlar” oldukça geniş bir hastalık grubunu içermektedir. Ülkemizde bu konuya duyulan geniş ilgi, değerlendirme sonuçlarını olumlu yönde etkilemiştir.

Bu araştırmada iki ayrı tarama yapılmıştır: Dergi taraması ve bibliyografya taraması. Dergi taramasında ülkemizde Türkçe olarak yayımlanan sekiz derginin bir yıllık yayını taranmıştır. Her derginin koruyucu sağlık hizmetlerine ve en sık görülen 13, en çok öldüren 10 hastalığa ayırdığı sayfa sayısı saptanarak toplam sayfa sayısına oranları çıkarılmıştır.

Bibliyografya taramasında ise Türkiye Bilimsel ve Teknik Araştırma Kurumu Aylık Duyuru Bültenleri, konu başlıkları açısından taranmış ve bir önceki aşamada belirtilen aynı ölçütlerle değerlendirilmiştir. Ancak bu çalışmada sayfa sayısına değil, konu sayısı ve bunların toplam konu sayısına oranlarına göre değerlendirme yapılmıştır. 1977 yılı ilk 10 ayına ait 10 adet aylık duyuru bülteninin tarandığı çalışmaya “Tıp” başlığı altında yer alan yazılar alınmıştır (9). Belirtilen bu bültenler Türkiye’de yayımlanan 47 tıp ve sağlık dergisinin bibliyografyasını kapsamaktadır. Bu dergilerin listesi ekte sunulmuştur. Bu çalışmada teksirler, uzmanlık dalı kongreleri, deneysel kanser çalışmaları değerlendirme dışı bırakılmıştır.

SONUÇLAR

Araştırmanın sonuçları Tablo 1 ve Tablo 2’de görülmektedir.

Dergi taramasında, koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılan sayfa yüzdesi sıfır ile 8,6 arasında değişmektedir. En sık görülen ve en çok öldüren hastalıklara ayrılan sayfa yüzdesi ise 7,6 ile 13,8 arasındadır. (*Haseki Tıp Bülteni*’nde yer alan “Digestif Kanal Kanseri Paneli” nedeniyle, saptanmış olan yüzde 25,9 değerinin yanıltıcı olduğu düşünülmüştür.)

Bu çalışmada yalnız konular üzerinde durulmuş, konuların içeriği dikkate alınmamıştır. Ancak, toplum için önemli sağlık konularıyla ilgili yazıların büyük bir bölümünün de, uygulama içindeki hekimlere yarar sağlayacak nitelikte olmadığı

gözlenmiştir. Başka bir deyişle, konu toplumsal açıdan önemli olsa bile, o konunun toplumsal açıdan önemli olmayan ve hekime uygulamaya yönelik yarar sağlamayan yönleri ele alınmaktadır.

Bibliyografya taramasında, koruyucu sağlık hizmetlerini konu edinen yazı yüzdesinin ortalama 4,3 olduğu saptanmıştır. En sık görülen 13 ve en çok öldüren 10 hastalığı konu edinen yazı yüzdesi ise ortalama 9,1'dir. İki grubun toplamının toplam yazı sayısına oranı ise yüzde 13,4'tür. Yani tüm yazıların (1734 yazı) ancak yüzde 13,4'ü toplumsal açıdan önemli olan konuları ele almıştır. Bu çalışmada da önceki taramada dikkati çeken aksaklık gözlenmiş, toplumsal açıdan önemli olan konuların bile gereksiz ya da önemsiz yönlerine ağırlık verildiği saptanmıştır.

Bültenlerin ancak bir sayısında (No. 4, Nisan 1977) yer alan ve bazı sayıları taranmış olan *Ankara ve İzmir Tabip Odaları Bülteni (TOB)*, bu aylık duyuru bülteninde yer alan koruyucu hekimlikle ilgili yazıların yüzde 58,1'ini kapsamaktadır. Ayrıca, sağlık yönetimi, sağlık örgütlenmesi, tıp eğitimi, sürekli eğitim gibi konuların yalnızca bu dergide ağırlıklı olarak ele alındığı gözlenmiştir.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Bir toplumun en önemli sağlık sorunları en sık görülen, en çok öldüren ve en çok sakat bırakan hastalıklardır. Türkiye'de yayımlanan tıpla ilgili yayınların en sık görülen ve en çok öldüren hastalıklar ile koruyucu sağlık hizmetlerini konu edinen yayınlar açısından değerlendirildiği bu çalışma, belirtilen konuları ele alan yazı yüzdelерinin diğer konulara göre çok düşük olduğunu ortaya çıkarmıştır. Bu çalışmanın sonuçlarına göre, sürekli yayımlanan pek çok kaynak olmasına karşın, bu kaynakların uygulama içindeki hekimlere yararları sınırlıdır. Başka bir deyişle, toplumsal açıdan önemli olan ve toplum içinde çalışan hekimlere ve hizmete katkıda bulunarak geliştirecek konular genellikle ele alınmamakta, daha çok nadir görülen durumlar incelenmekte, araştırılmakta ve yayımlanmaktadır.

Sonuç olarak, hekimlerin sürekli eğitimi için bugün ülkemizde tek kaynak sayılabilecek olan yayınlar, hekimlerin gereksinmelerine ve sonuçta toplumun sağlık sorunlarına yanıt verebilmekten uzaktır. Bu durum ülkemizde kendi kendine eğitim için, güdülenmiş hekimlerin bile eğitim olanaklarının büyük ölçüde sınırlı olduğunu göstermektedir.

KAYNAKLAR

- C. Ertem, Güngör. "Önsöz", İstanbul Tıp Kurultayı. İstanbul, Sermet Matbaası, 1977. SXIII.
- D. Maddison, D.C. "What's Wrong with Medical Education?" **Medical Education**. 12, 2: 97=106, (March 1978).
- E. Harlem, O.K. **Continuing Medical Education and the Medical Associations**. WHO Working Group on Continuing Education of Health Personnel. Dublin 18-21 October, 1976.
- F. **Post Graduate Education for Medical Personnel in the USSR**. Who Public Health Papers No. 39, Geneva, 1970.
- G. Fişek, Nusret. "Hekimlikte Sürekli Eğitim," Açık Oturum, Sağlık Kurultayı '78. Ankara, 19 Mart 1978.

- H. Mentеш, Ali. "Hekimlikte Sürekli Eğitim," Açık Oturum, Sağlık Kurultayı '78. Ankara, 19 Mart 1978.
- İ. Paykoç, Zafer. "Hekimlikte Sürekli Eğitim," Açık Oturum, Sağlık Kurultayı '78. Ankara, 19 Mart 1978.
- J. **An Account of the Activities of the Etimesgut Rural Health District 1970-1974.** Hacettepe University School of Medicine Institute of Community Medicine. Ankara, Ayyıldız Matbaası, 1975. p.17, p.21.
- K. **Aylık Duyuru Bülteni.** Bilimsel ve Teknik Yayınlar, Türkiye Bilimsel ve Teknik Araştırma Kurumu, Cilt 4, No. 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10, Ankara, 1977.

Tablo 1. Türkiye’de 8 Dergide Bir Yılda Koruyucu Sağlık Hizmetlerine ve Önemli Sağlık Sorunlarına Ayrılan Sayfa Sayısı ve Yüzdeleri

| Dergi Adı | Koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılan sayfa | | En sık görülen 13, en çok öldüren 10 hastalığa ayrılan sayfa | | Toplam | |
|--|--|-------|--|-------|--------|-------|
| | Sayı | Yüzde | Sayı | Yüzde | Sayı | Yüzde |
| Ankara Hastanesi dergisi -1976 yılı (Toplam syf: 246) | 7 | 2,8 | 22 | 8,9 | 29 | 11,8 |
| Ank. Üni. Tıp Fak. Mecmuası 1976 Yılı (T 1.syf.976) | 30 | 3,1 | 105 | 10,8 | 135 | 13,8 |
| Dirim-1976 yılı (Tp 1. syf. 870) | 21 | 4,1 | 37 | 7,3 | 58 | 11,4 |
| Ege Üni. Tıp Fak. Dergisi -1977 Yılı (Tp 1. syf.870) | 58 | 6,7 | 47 | 5,4 | 105 | 12,1 |
| Hacettepe Üni. Çocuk Sağlığı ve Hast. Dergisi 1974 Yılı (Tp 1:syf.350) | 0 | 0 | 37 | 10,6 | 37 | 10,6 |
| Haseki Tıp Bül. 1977 yılı (Tp 1.syf.336) | 0 | 0 | 87 | 25,9 | 87 | 25,9 |
| İst. Üni. İst. Tıp. Fak. Mecmuası 1976 Yılı (Tp.1. syf.893) | 77 | 8,6 | 28 | 3,1 | 105 | 11,8 |
| İzmir Devlet Hast. Mecmuası 1977 Yılı (Tp. 1. syf. 110) | 0 | 0 | 83 | 7,6 | 83 | 7,6 |

Tablo 2. Türkiye Bilimsel Ve Teknik Araştırma Kurumu Aylık Duyuru Bültenlerinde Yer Alan Bibliyografya İçinde, Koruyucu Sağlık Hizmetlerine ve Önemli Sağlık Sorunlarına Ayrılan Yazı Sayı ve Yüzdele-ri

| Bülten No. ve tarihi | Koruyucu sağlık hizmetlerini konu alan yazı (1) | | En sık görülen 13, en çok öldüren 10 hastalığı konu alan yazı (2) | | Toplam (1 + 2) | | Genel Toplam | |
|----------------------------|---|-------|---|-------|----------------|-------|--------------|-------|
| | Sayı | Yüzde | Sayı | Yüzde | Sayı | Yüzde | Sayı | Yüzde |
| No.1, Ocak 1977 | 4 | 2 | 11 | 5,4 | 15 | 7,4 | 202 | 100 |
| No.2, Şubat 1977 | 6 | 2,6 | 12 | 5,2 | 18 | 7,9 | 229 | 100 |
| No.3, Mart 1977 | 15 | 8,0 | 20 | 10,7 | 35 | 18,7 | 187 | 100 |
| No.4, Nisan 1977 | 31 | 7,5 | 38 | 9,3 | 69 | 16,8 | 411 | 100 |
| No.5, Mayıs 1977 | 2 | 1 | 28 | 13,4 | 30 | 14,4 | 209 | 100 |
| No.6, Haziran 77 | 7 | 4,7 | 25 | 16,8 | 32 | 21,5 | 149 | 100 |
| No.7-8 Temmuz Ağustos 1977 | 3 | 2 | 6 | 4,1 | 9 | 6,1 | 147 | 100 |
| No.9 Eylül 1977 | 3 | 3 | 7 | 7,3 | 10 | 10,4 | 96 | 100 |
| N.10 Ekim 1977 | 4 | 3,9 | 10 | 9,6 | 14 | 13,5 | 104 | 100 |
| TOPLAM | 75 | 4,3 | 157 | 9,1 | 232 | 13,4 | 1794 | 100 |

EK: 1

Türkiye Bilimsel Ve Teknik Araştırma Kurumu Aylık Duyuru Bültenlerinde (Cilt 4, No. 1-10) Tıp Başlığı Altında Yer Alan Yayınlar Listesi

Acta Oncologica Turcica
 Acta Orthopaedica et Traumatologica Turcica
 Ankara Hastanesi Dergisi
 Ankara Numune Hastanesi Bülteni
 Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası
 Ankara ve İzmir Tabip Odaları Bülteni
 Balıkesir Devlet Hastanesi Dergisi
 Beyoğlu İlk Yardım Hastanesi Tıp Bülteni
 Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dergisi
 Çocuk Hastanesi Dergisi
 Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi
 Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi
 Demiryol
 Diabet
 Dirim
 Diyarbakır Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi
 Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi
 Gülhane Askeri Tıp Akademisi Bülteni

Hacettepe Bülletin Medicine / Surgery
Hacettepe Tıp / Cerrahi Bülteni
Haseki Tıp Bülteni
Hastane Aylık Tıp Dergisi
Hava Kuvvetleri Dergisi
Haydarpaşa Numune Hastanesi Tıp Dergisi
İstanbul Çocuk Kliniği
İstanbul Tıp Fakültesi Mecmuası
İzmir Devlet Hastanesi Mecmuası
Kanser
Kızılay Dergisi
Lepra Mecmuası
Mikrobiyoloji Bülteni
Nöroloji
Nöropsikiatri Arşivi
Patoloji Bülteni
Sağlık Dergisi
Sağlık ve Yaşam
Sigorta Sağlık Dergisi
Spor Hekimliği Dergisi
Tıp Dünyası Dergisi
The Turkish Journal of Pediatrics
Tüberküloz ve Toraks
Türk Hemşireler Dergisi
Türk Oftalmoloji Gazetesi
Türk Otolarengoloji Arşivi
Türk Tıp Akademisi Mecmuası
Türk Tıp Derneği Dergisi
Yeşilay

(Sağlık Kurultayı ' 79'da sunulan bildiri, İzmir, 15 Mart 1979)

TÜRKİYE'DE SAĞLIK PERSONELİNİN SÜREKLİ EĞİTİMİ VE MODEL GELİŞTİRME ÖNERİLERİ (1)

I. GİRİŞ

Son yıllarda anlam ve önemi tüm dünyada gittikçe daha çok anlaşılan sağlık görevlilerinin sürekli eğitimi kavramı, özellikle son 10 yılda yeni boyutlara ulaşmıştır. Dünya Sağlık Örgütü'nün 1976 yılında yapılan 29. toplantısında onaylanan ve 1978-1983 yıllarını içeren 6. genel programda, temel ve sürekli eğitim ile ilgili yöntemlerin geliştirilmesi ve uygulanması, ana konulardan biri olarak bildirilmiştir. Bu amaçla her kategorideki sağlık görevlileri için temel ve sürekli eğitim programlarının planlama, metodoloji ve değerlendirme ilkelerinin geliştirilmesi önerilmiştir (1).

A. Sürekli Eğitimin Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü Sürekli Eğitim Uzmanlar Komitesi sürekli eğitimi şöyle tanımlamıştır: “Temel eğitimden ya da bir kariyer için ek eğitimden sonra, lisans ya da diploma amacı olmaksızın, uygulamadaki yeterliliği artırmak amacıyla düzenlenen her tür eğitim” (2).

B. Sürekli Eğitimin Amacı

Sağlık görevlilerinin sürekli eğitiminin amacı, daha iyi sağlık hizmeti verebilmek için mesleki yeteneği ve sonuçta sağlık alanındaki verimi artırmaktır. Asıl ve son amaç insan sağlığını daha iyiye götürmek için sağlık hizmetlerini geliştirmek, toplumun sağlık düzeyini yükseltmektir (1,3). Asıl amaç halkın sağlık hizmetinden ve tıbbın tüm gelişmelerinden en iyi biçimde yararlanmasını sağlamaktır. Bu nedenle sürekli eğitim meslekte ilerleme sorunu değil, toplumsal bir sorundur.

Dünya Sağlık Örgütü'nün 29. toplantısında onaylanan programda sürekli eğitimin amacı şöyle belirlenmiştir: “Tüm sağlık görevlilerini, çok yönlülük temeline dayanan, sorunlara yönelik, halkın sağlık gereksinimlerini karşılayacak, gerekirse sağlık alanında başka bir görev alabilecek biçimde hazırlamak ve kendi kendini yetiştirme yöntemlerini kullanmalarını sağlamak” (1).

II. TÜRKİYE'DE SÜREKLİ EĞİTİM ALANINDA BUGÜNE DEĞİN YAPILAN ÇALIŞMALAR

Türkiye'de şimdiye değin sağlık alanında sürekli eğitimle ilgili yapılmış çalışmalar hakkındaki veriler çok azdır. Bunun nedeni, yapılmış olan çalışmaların sınırlı oluşu kadar konuya önem verilmeşi de olabilir. Yetkililerle yapılan özel görüşmelerde, geçmişte yapılan birçok çalışmanın yayınlara, belgelere geçmediği anlaşılmıştır (4).

A. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı (SSYB) Hıfzıssıhha Okulu Çalışmaları

1935 yılında kurulmuş olan SSYB Hıfzıssıhha Okulu'na 1941 yılında sağlık personelinin sürekli eğitimi görev ve sorumluluğu yasal olarak verilmiştir. 2.1.1941 yayın tarihli ve 3959 sayılı Yasa, Hıfzıssıhha Okulu'na sağlık personelinin sürekli eğitimine ilişkin çağdaş görüşlere uygun görevler vermiştir. Yasa'nın ilgili maddesi şöyledir (maddenin dili günümüz diline uygun olarak değiştirilmiştir):

“Madde 7-Hıfzıssıhha Okulu, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın gerek göreceği ve düzenleyeceği program üzerine; tıp ve dalları üyeleri ile eczacı, kimyager ve sağlık memurlarına, genel ve kişisel koruyucu sağlığa ya da bu görevlerde olanların sağlıkla ilgili, bilimsel ve yönetsel görevlerine ait; kuramsal ve uygulamalı, geliştirici eğitim yapmak, genel olarak bilimsel konulara ait konferanslar düzenlemek ve yayın yapmakla yükümlüdür.”

Yasa maddesinin daha sonraki bölümünde, SSYB ile diğer ilgili bakanlıkların ortak olarak düzenleyecekleri geliştirme kurslarına; tüm belirtilen sağlık görevlilerinin, saptanacak zaman ve sıralarda katılmalarının zorunlu olduğu belirtilmiştir (5).

Görüldüğü gibi, yasa maddesi çağdaş sürekli eğitim ilkeleri içermektedir. Kamu kuruluşlarında çalışan tüm sağlık görevlilerinin sürekli eğitimi görevi yasal olarak Hıfzıssıhha Okulu'na verilmiş ve sürekli eğitim bu yasa ile zorunlu kılınmıştır. Eğer yasanın gerekleri tümüyle yerine getirilebilseydi, bugün ülkemizdeki sağlık personelinin sürekli eğitiminin durumu daha ileri bir düzeyde olurdu. Ancak yasanın gerekleri sınırlı bir düzeyde yerine getirilebilmiştir.

1935 yılında kurulan Hıfzıssıhha Okulu bu tarihten başlayarak değişik sağlık görevlisi gruplarına çeşitli kurslar düzenlemiştir. Okul, 1958 yılından sonra halk sağlığı uzmanlık eğitimi de vermeye başlamıştır. Ancak, sürekli eğitim niteliğinde olan kısa süreli kurslar da sürdürülmüştür.

1. Hıfzıssıhha Okulu'nun Hekimlere Yönelik Eğitim Çalışmaları

a. Kısa süreli, sürekli eğitim niteliğinde olan kurslar:

Hekimler için 1936 yılında başlayan halk sağlığı geliştirme kursları 3-4 aylık süreler için yapıyordu ve her kurs döneminde 15-20 hekim eğitiliyordu. 1936-1958 yılları arasında, 16 kurs döneminde toplam 329 hekim eğitildi (5). 1958'den başlayarak bu kurslar, “Hekimlere Özgü Halk Sağlığı Uzmanlık Eğitimi” olarak değiştirildi. Süre ise 3-4 aydan iki yıla çıkarıldı. Bunun yanı sıra kısa süreli, sürekli eğitim niteliğinde halk sağlığı geliştirme kursları da sürdürüldü.

Halk sağlığı geliştirme kursları dışında hekimlere yönelik, kısa süreli çeşitli kurslar düzenlenmiştir. Bu kısa süreli kursların konuları arasında; sıtma savaşı, halk sağlığı yönetimi, tüberkülozla savaş, sosyalleştirilmiş bölgelerde hizmete adaptasyon ve entegrasyon, göğüs hastalıkları, nüfus planlaması, ana-çocuk sağlığı ve beslenme, sağlık eğitimi, kolera ile savaş, iş sağlığı, çevre sağlığı, kamu sağlığı idaresi ve istatistik gibi toplumsal ve yönetsel içerikli konular yer almıştır.

1959-1979 yılları arasında kısa süreli kurs gören hekim sayısı 1012'dir (6,7,8). Bu sayıya, CENTO kanalı ile yurdumuza gelen CENTO'ya üye ülkelerin hekim ve diğer sağlık personeli için çevre sağlığı, iş sağlığı gibi konularda verilen kısa süreli çeşitli kurslar sırasında eğitim gören hekimler de dahildir.

b.Halk sağlığı uzmanlık eğitimi:

1958 yılında halk sağlığı uzmanlık eğitimi başlamış ve bunun için iki yıllık program hazırlanmıştır. Bu program; üç ay süreli temel kurs, sekiz ay süreli yabancı dil (İngilizce) kursu, altı ay süreli sertifika kursu ve halk sağlığı ihtisas stajı olmak üzere dört bölüm olarak düzenlenmiştir (6,7,8).

1979 yılında Kıbrıs'ta çalışan hekimlere "Sosyalleştirilmiş olan sağlık hizmetlerinin yürütülüşü ile ilgili gözlem ve uygulama kursu" konulu kısa süreli kurslar düzenlenmiş ve 1979 yılında sekiz Kıbrıslı hekim bu kurslarda eğitilmiştir. Ayrıca 1980 yılında üç kişilik son grup gelerek bu eğitimi tamamlamıştır.

2. Sağlık memuru, hemşire, ebe ve diğer sağlık personeli için düzenlenen sürekli eğitim kursları

1935-1979 yılları arasında, kısa süreli kurslara katılan sağlık memuru, hemşire, ebe ve diğer sağlık personelinin dağılımı yıllara göre Tablo'da gösterilmiştir (5,6,7,8). Bu verilere 1979 yılında kurs gören sekiz Kıbrıslı çevre sağlığı teknisyeni de dahildir.

Kısa süreli kurslar daha yoğun olarak, 1955-1979 yılları arasında çeşitli konularda sağlık memuru, hemşire, ebe ve diğer sağlık personeline verilmiştir. Buna karşılık, 1935-1954 yıllarına ait çalışmalar ihmal edilebilecek düzeydedir. Bu süre içinde yalnızca 49 sağlık memuru, halk sağlığı geliştirme kursu görmüştür (1939'da 14, 1940'da 20, 1953'de 15 kişi olmak üzere).

3. Hıfzıssıhha Okulu çalışmalarının genel değerlendirmesi

1935-1965 yıllarına ilişkin veriler, Okul'un çalışma raporlarından elde edilmiş olup 1958-1965 verileri sürekli eğitim niteliğinde olmayan halk sağlığı uzmanlık eğitimini de kapsamaktadır. 1966'dan sonraki veriler ise yalnızca sürekli eğitim niteliğindeki kursları içermektedir.

Hıfzıssıhha Okulu, sağlık personeline yönelik sürekli eğitim niteliğindeki kurslar ve halk sağlığı uzmanlık eğitimi dışında, tıp ve diğer sağlık okulları öğrencilerine, zabıta memurlarına, kız enstitüsü öğrencilerine, ilkokul öğretmenlerine çeşitli eğitim kursları düzenlemiştir. Ayrıca sağlık personeline değişik zamanlarda yabancı dil kursları verilmiştir.

Hıfzıssıhha Okulu'nda yapılan sürekli eğitim çalışmaları 1960-1970 yılları arasında, diğer dönemlere oranla oldukça yüksek düzeyde gerçekleştirilmiş, 1964 yılında bu düzey 1400 kurs gününü geçmiştir. Ancak Hıfzıssıhha Okulu'nun amaç ve işlevleri göz önüne alınırsa, bu sonuç bile yeterli olmaktan uzaktır. Yalnızca nicel açıdan değerlendirildiğinde bile eğitim gören sağlık personeli sayısı potansiyelin çok altındadır. Örneğin, 1936-1979 yılları arasında sürekli eğitim

niteliğinde kurs gören toplam hekim sayısı 1341, diğer sağlık personeli sayısı ise 1656'dır. Oysa SSBYB 1979 yılı Bütçe Raporu'na göre, 1978 sonunda ülkemizde hekim sayısı 26577, toplam sağlık personeli sayısı (hekim, eczacı, diş hekimi, sağlık memuru, hemşire, yardımcı hemşire, ebe toplamı) 99,890'dır.

Tüm bu gerçeklere karşın, Hıfzıssıhha Okulu çalışmaları ön çalışmalar olarak değerlidir. Günümüzde sürekli eğitimle ilgili planlama ve uygulamalarda bu kuruluşun verilerinin ve deneyimlerinin değerlendirilmesi gerekir.

B. Türkiye'de Sürekli Eğitim Alanında Yapılmış Diğer Çalışmalar

1. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası ve Uygulaması

1-Türkiye'de hekimlerin ve tüm diğer sağlık personelinin sürekli eğitimine ilişkin önemli bir adım Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası ve uygulaması olmuştur. Sosyalleştirme ile ilgili yönergede sürekli eğitimin nasıl yapılacağı yer almıştır. Yönergenin sürekli eğitimle ilgili bölümü şöyledir (9):

"Hastaneler sağlık ocaklarındaki hekimlerin meslek yönünden yetişmelerini sağlarlar..."

Hastane uzmanlarının her biri, kendi dalında sağlık ocağı hekimlerinin ve öteki ocak personelinin öğretmeni durumundadır.

Hastane uzmanları, denetim gezilerinde meslek yönünden yetersiz gördükleri sağlık ocağı hekimlerinin hastanelerde eğitilmeleri için sağlık grubu başkanlığına öneride bulunurlar. Önerinin gereğini yapmak, sağlık müdürlüğü danışma kurulu kararını aldıktan sonra sağlık müdürüne aittir...

Uzman hekimler bilimin ilerleyişini ve yeni buluşları izleyerek bunlardan yararlanırlar...

İlgili uzmanlar gerek hastane ve gerekse sağlık ocağı personeline ilk ve ivedili yardım konusunda özenli bir eğitim uygularlar."

Sosyalleştirme uygulamasının ilk yıllarında yasa ve yönergeye uygun olarak eğitim çalışmaları başlatılmıştır. Fakat eğitim çalışmaları, uzmanlarla ocak hekimleri arasında çelişki çıktığından düzenli ve sürekli bir biçime getirilememiş ve zamanla tümüyle bırakılmıştır (3). Bugün yasanın aksayan pek çok yönü gibi bu yönü de işlememektedir.

2. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği Bilim Dalı Çubuk ve Etimesgut Sosyalleştirme Bölgeleri Sürekli Eğitim Uygulamaları

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği Dalı'na Bağlı Çubuk ve Etimesgut Sosyalleştirme Bölgeleri'nde sürekli eğitimin planlı, düzenli uygulamasının pilot çalışmaları sayılabilecek eğitim programları sürdürülmektedir. Bu bilim dalında ve bölgelerinde tüm hekimlere yönelik haftalık eğitim programları

uygulanmaktadır. Bu, eğitimin kuramsal yönünü oluşturmaktadır. Kuramsal eğitime ek olarak öğretim üyeleri ve hastane uzmanları, sağlık ocaklarına düzenledikleri gezilerle ocak hekimi ve personelinin bilgi ve becerilerinin geliştirilmesine katkıda bulunurlar. Eğitim gezilerinin, eğitici ve uzmanların çalışma koşullarını görerek kendi hizmetlerini değerlendirmek gibi önemli bir yararı da vardır (10).

3. Diğer Çalışmalar

Belirtilmiş olan bu çalışmaların dışında yerel olarak bazı başka çalışmalar da yapılmıştır. Örneğin, hekimlere yönelik olarak, 1968'de SSBYB Ankara Yüksek İhtisas Hastanesi'nde, 30-40 kişilik hekim gruplarına kurslar düzenlenmeye başlanmış ve program yılda iki kez uygulanmıştır. Program dört yıl uygulanmış, bu süre içinde ilgi gittikçe azaldığından bırakılmıştır. İlginin azalmasının nedeni, eğitime gelen hekimlerin, harcamaları kendilerinin karşılamak zorunda kalmaları olmuştur (11).

Ayrıca hekim dışı sağlık personelinin hizmet içi eğitimiyle ilgili olarak SSBYB genel müdürlükleri düzeyinde ve sağlık müdürlükleri düzeyinde bazı çalışmalar yapılmıştır. Genel müdürlükler düzeyinde yapılan çalışmalar entegre olmayan, kısa süreli kursular biçiminde olmuştur. Bu tür eğitim düzenleyen genel müdürlükler arasında Ana-Çocuk Sağlığı, Aile Planlaması, Verem-Savaş, Sağlık İşleri, Sıtma-Savaş Genel Müdürlükleri sayılabilir. Sağlık müdürlükleri düzeyinde ise bazı sağlık müdürlerinin kendi girişimleriyle düzenledikleri eğitim programları dışında planlı ve yaygın bir eğitim gerçekleştirilememiştir.

Tablo- Hıfzıssıhha Okulu'nda 1935-1979 yılları arasında hekim-dışı sağlık personeli için düzenlenen sürekli eğitim kurslarına katılan personelin yıllara dağılımı

| Yıllar | Toplam sağlık personeli |
|-----------|-------------------------|
| 1935-1961 | 154 |
| 1962-1967 | 1144 |
| 1968-1973 | 115 |
| 1974-1979 | 243 |
| Toplam | 1656 |

Kaynaklar

- 1 Fülöp T. Sürekli Eğitimin Önemi ve Sağlık Hizmetlerinin Niteliğine Etkisi. *İstanbul Tıp Kurultayı*. Sermet Matbaası, 1977. s.83-103.
3. *Continuing Education for Physicians*. WHO Technical Report Series, No. 534. Geneva, 1973.
4. Fişek N. Hekimlikte Sürekli Eğitim. Açık Oturum, Sağlık Kurultayı 1978, Ankara, Mart 1978.
5. Fişek, N. HÜTF Toplum Hekimliği Bilim Dalı Başkanı özel görüşme, 1978.

6. Gören, S, Görsel, M. *SSYB Hıfzıssıhha Okulu 25. Yıldönümü Tarihçe ve Çalışmaları*. Ankara Basım ve Ciltevi, Ankara, 1961.
7. SSYB Hıfzıssıhha Okulu Çalışma Raporları: 1962-1963 ve 1964.
8. SSYB Hıfzıssıhha Okulu Çalışma Raporları: 1965, 1966, 1967, 1968.
9. TC Refik Saydam Merkez Hıfzıssıhha Müessesesi Hıfzıssıhha Okulu Kayıtları, 1967-1980.
10. *Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetlerin Yürütülmesi Hakkında Yönerge*. SSYB Yayın No. 154, Akın Matbaası, Ankara. S. 49-50.
11. Arat, Ö. *Hekimlikte Sürekli Eğitim ve Türkiye'de Hekimlerin Sürekli Eğitimi İçin Yöntem Geliştirme*. Uzmanlık Tezi, Ankara 1978.
12. Paykoç, Z. *Hekimlikte Sürekli Eğitim*. Açık Oturum, Sağlık Kurultayı 1978, Ankara, Mart 1978.

(**Toplum ve Hekim**, Nisan 1980,
Dr. Serpil Küçükalioglu ile ortak yayın)

TÜRKİYE'DE SAĞLIK PERSONELİNİN SÜREKLİ EĞİTİMİ VE MODEL GELİŞTİRME ÖNERİLERİ (2)

TÜRKİYE İÇİN MODEL ÖNERİSİ

A. Modele İlişkin Değişik Kişi, Grup ve Kurumların Görüş ve Önerileri

1- Bazı yetkili ve uzman kişilerin görüşleri

Ülkemizde sürekli eğitime ilişkin çalışmaları olan yetkili uzmanlar, konunun ilgili kesimlerince yeterince bilinmediği görüşündedirler. İlk aşamada yetkili kişi ve kuruluşların ilgili ve yetkilileri uyarması önerilmektedir. Hekimlerin sürekli eğitimine yönelik olarak daha sonraki aşama için merkezi bir sürekli eğitim fakültesi oluşturulması, planlamanın bu merkezde değişik kuruluşların temsilcilerinden oluşan bir merkezi kurulca yapılması öngörülmektedir. Merkez kurulunu, üniversite, SSYB, SSK, Türk Tabipleri Birliği, Sosyal Güvenlik Bakanlığı, toplumun örgütlü kesimleri temsilcilerinin oluşturması önerilmektedir (3,11,12,13,14,15). Yönetim ve uygulamanın SSYB ve üniversitelerin sorumluluğunda olması, önce kamu sektöründe çalışan hekimlerden başlatılması öneriler arasındadır. Serbest çalışan hekimlerin ise etkili denetimle eğitime başlayabilecekleri düşünülmektedir.

Sürekli eğitimin zorunlu olarak tüm hekimlere uygulanması, harcamalarının devletçe karşılanması konularında görüş birliği vardır. Yerel uygulamalar için bölgesel eğitim merkezleri kurulması, bu merkezlerin merkezdeki kuruma bağlı olarak çalışmaları önerilmektedir.

2- Seçilmiş üç hekim grubunun hekimlerin sürekli eğitimine ilişkin görüşlerini saptamak amacıyla düzenlenen bir araştırmanın sonuçları (1978)

Hekimlerin sürekli eğitimine ilişkin görüşlerini saptamak amacıyla, Haziran 1978'de üç grup hekime anket uygulanmıştır (10).

- Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kürsü Başkanları ile Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilim Dalı Başkanları,
- Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi üyeleri ile Ankara, İstanbul, İzmir Tabip Odaları Yönetim Kurulu üyeleri,
- Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği Bilim Dalı'na bağlı sosyalleştirme bölgelerinde çalışan uzman ve asistan hekimler.

Bu araştırmanın sonuçları Türkiye'de hekimlerin sürekli eğitimi için gerçekleştirecek yöntem ve uygulama hakkında önemli ipuçları vermiştir. Seçilmiş üç he-

kim grubunun görüşlerinin yoğunlaştığı ve birleştiği konular ve sonuçlar aşağıda belirtilmiştir. Sonuçlar kapsamına yalnız her üç grubun ayrı ayrı ve ortak olarak değerlendirildiğinde, yüzde 50 ya da üstünde yanıt verilen görüşler alınmıştır.

Sonuçlar:

- a. Sürekli eğitim gereklidir ve tüm hekimlere uygulanmalıdır.
 - b. Sürekli eğitim tüm hekimlere zorunlu olmalıdır.
 - c. Sürekli eğitim için en yararlı ve başarılı olacak eğitim biçimi, düzenli aralıklarla belirli süreler için yapılacak kurslardır. İkinci sırada önemli olan periyodik yayınlardır.
 - d. Sürekli eğitimi üniversiteler, SSYB, tabip odaları, Sosyal Güvenlik Bakanlığı ve toplumun temsilcilerinden oluşan bir kurul planlamalı ve yönetmelidir.
 - e. Sürekli eğitim programının kapsamını pratikte en sık görülen konularla ilgili yeni ve hatırlatıcı bilgiler oluşturmalıdır.
 - f. Eğiticiler, tıp eğitimini ve sürekli eğitimi planlayabilmek ve ülke koşullarına uygun düzenleyebilmek, kendi eğitimlerini sağlayabilmek için toplum içinde çalışan hekimlere ve sağlık kuruluşlarına geziler düzenlemelidir.
 - g. Sürekli eğitime yönelik yayınları SSYB, tabip odaları, üniversite temsilcilerinden oluşan bir kurul düzenlemelidir.
 - h. Yayınların dağıtımını tüm hekimlere ücretsiz olarak yapılmalıdır. (Yayınları kimin dağıtması konusunda yüzde 50 altında olmakla birlikte birinci sırada yer alan görüş SSYB'nin dağıtımını yapmasıdır.)
- 3- *SSYB Hıfzıssıhha Okulu Çalışma Planı'nın (1977) sağlık personelinin sürekli eğitimine ilişkin öngörülere (16)*

SSYB Hıfzıssıhha Okulu'nun 1977'de hazırladığı Hıfzıssıhha Okulu Çalışma Planı, Okul'un temel amacını şöyle belirlemiştir:

3959 sayılı Kuruluş Yasası'nın verdiği yetkiye dayanarak, Türkiye'de halk sağlığı hizmetlerinde karşılaşılan sorunları saptamak; nedenlerini incelemek, araştırmak ve sorunlara ülke ve bölge koşullarına göre uygulanabilir bilimsel çözümler önermek; önerilen ve uygulamaya konulan hizmet modelleri için gerekli mezu-niyet sonrası eğitim-öğretim ağını kurmak ve yürütmek.

Çalışma Planı, ilk aşamada İç Anadolu Bölgesi'ne yönelik olarak bu amacı gerçekleştirmeyi, bu bölgede elde edilen deneyimler doğrultusunda ülkenin diğer coğrafi bölgelerinde çalışmaların aşamalı olarak yaygınlaştırılmasını öngörmektedir.

Plan, sekiz bölgesel eğitim-araştırma alanı öngörmektedir. Her bölgenin Hıfzıssıhha Okulu'na bağlı bir bölgesel eğitim-araştırma merkezi (BEAM) olacak, bu

merkezler bölgedeki tüm sağlık personelinin eğitiminden sorumlu olacaktır. Planda, BEAM eğitici personelinin nitelikleri belirtilmiş, bu merkezlerin çalışmakta olan ve yeni gelen personeli, ayrıca “Sağlık Okulları” öğrencilerini eğitmeleri öngörülmüştür.

Önemli bir konu, Plan’da, hazırlanan eğitim modellerinin halk sağlığı ile ilgili kuruluş yetkilileri ile ortak düzenlenecek toplantılarda tartışılması ve son biçimine getirilmesi onaylanmıştır (SSYB Merkez Örgütü, Refik Saydam Hıfzıssıhha Enstitüsü, Hıfzıssıhha Okulu, Üniversiteler, Gevher Nesibe Sağlık Eğitim Enstitüsü, meslek kuruluşları gibi).

4. SSYB Sosyalleştirme Daire Başkanlığı’nın Görüşleri (17)

SSYB Sosyalleştirme Daire Başkanlığı’nın görüşleri Hıfzıssıhha Okulu Çalışma Planı’nın tamamlar niteliktedir. Sosyalleştirme Dairesi sosyalleştirilmiş illerde her ilin bir sağlık ocağını, eğitim sağlık ocağı olarak onaylamayı ve ildeki tüm diğer sağlık ocaklarının eğitiminden sorumlu olmasını öngörmektedir.

B. Türkiye’de Sağlık Personelinin Sürekli Eğitimine İlişkin Model (Yöntem) Geliştirme Önerileri

Bu bölümde önerilen model yukarıdaki bölümde özetlenen görüşlerin ışığında hazırlanmıştır. Önerilen modelin sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi örgütlenmesi içinde yer alacağı varsayılmıştır. Çünkü sağlık personelinin eğitimi ile sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi arasında ayrılmaz bir bağ vardır. Eğitimin niteliği ve yöntemi hekimin potansiyel yeterliliğini belirler. Bu potansiyelin etkili bir verime dönüşmesinin derecesi ise sağlık hizmeti örgütü ile belirlenir (18).

Ülkemizde, tüm sağlık personeline yönelik bir sürekli eğitim programının başarılı olabilmesi için sağlık örgütünün diğer açılardan yeterli bir düzeye getirilmesi zorunludur. Sürekli eğitime yönelik model, yaygın ve etkili örgütlenmeye yönelik girişimlerin de birlikte ele alınacağı önkoşuluyla geliştirilmiştir.

1. Sürekli eğitimin planlanması

a. Planlamanın örgütlenmesi:

Sürekli eğitimin yönetimine ve planlanmasına ilişkin uluslararası ve ulusal tüm görüşler, yönetim ve planlama için her ülkede ulusal bir “Sürekli Eğitim Merkezi” kurulması üzerinde birleşmektedir. Bu yetkilinin deyimiyile, sürekli eğitim ayrı bir enstitü biçiminde kurumsallaştırılmalıdır (1). Sürekli eğitim, sağlık hizmetlerinin ayrılmaz bir parçası olduğundan, tüm sağlık hizmetleri gibi devletin görev ve sorumluluğudur. Bu nedenle sürekli eğitimin sorumluluğu, yönetimi, eşgüdüm ve mali kaynağının sağlanması SSYB’ye ait olmalıdır.

SSYB, planlama ve örgütlenme için bir merkezi kurula görev vermelidir. Bu merkezi sürekli eğitim kurulunda SSYB Hıfzıssıhha Okulu, tıp fakülteleri, meslek kuruluşları (Türk Tabipleri Birliği ve diğer sağlık personelinin meslek kuruluşları), sağlık meslek liseleri, öğrenciler; toplumun örgütlü kesimleri temsil edilmelidir. Bu merkezi kurulun görevi eğitimi planlamak, çalışmaların eşgüdümünü sağla-

mak ve alınan kararların uygulanışını denetlemek olmalı, planın gerçekleştirilmesi konusunda yaptırım yetkisi olmalıdır.

Merkezde eğitim uygulayacak kuruluşlar, SSYB Hıfzıssıhha Okulu, bir büyük tıp fakültesi (Merkez Tıp Eğitimi Fakültesi) ve Gevher Nesibe Sağlık Enstitüsü (GNSEE) olmalıdır.

b. Planlamanın aşamaları:

Eğitim planlamanın üç aşaması eğitim amaçlarının saptanması, program yapımı ve değerlendirmedir.

Amaç saptanması: Amaç saptanması eğitim planlamanın en önemli aşamasıdır. Uzmanlar planlama zamanının yarısını amaçlar konusuna ayırmayı önermektedir, çünkü amaçlar saptandığı zaman program büyük ölçüde ortaya çıkmaktadır (19). 27. Dünya Sağlık Toplantısı, sürekli eğitimin birincil amacını, sağlık personelinin sağlık hizmetini götürmedeki yeterliliğini sürdürmek ve geliştirmek olarak saptanmıştır. Bu tanım olanakların elverdiği en üst düzeyde, en yüksek standartta sağlık hizmeti ilkesini içermektedir (20). Amaçlar daha özel olarak bu genel amacın ışığında belirlenmelidir.

Merkez eğitim kurulu ilk aşamada amaçların saptanması için araştırmalar planlamalı, bu araştırmalar Hıfzıssıhha Okulu ve seçilen eğitim fakültesince uygulanmalı ve değerlendirilmelidir. Eğitim amaçlarının kaynakları eğiticiler, öğrenciler, uygulama içindeki hekimler ve diğer sağlık personeli, deneyimi olan uzmanlar, meslek kuruluşları, toplumun sağlık durumu, gereksinimleri, sosyoekonomik özellikleri, sağlık ölçütleri ve diğer pek çok kaynaktır (19, 21).

Program yapımı: İlk aşamada saptanmış olan amaçlar, toplumun gereksinimlerini karşılayabilmek için sağlık personelinin ne gibi bilgi, tutum, becerilere sahip olması gerektiğini belirleyecektir. Eğitim programı amaçlardan geliştirilmeli, programda yer alacak konular toplumun en önemli sağlık sorunlarına ilişkin yeni ve hatırlatıcı bilgi ve becerileri kazandırmayı amaçlamalıdır (10).

Değerlendirme: Eğitim planlamanın üçüncü aşaması değerlendirmedir. Değerlendirme her amacın ne kadar gerçekleştirildiğinin ölçülmesidir ve sürekli bir işlemdir. Eğitilenlerin davranışlarındaki değişiklikleri değerlendiren ölçütlere dayanmalıdır (19). Değerlendirmenin ölçütleri konusunda uluslararası tartışmalar sürmektedir ve henüz görüş birliği yoktur.

2. *Sürekli eğitimin örgütlenmesi ve uygulanması*

Sürekli eğitimin ülke çapında yaygın örgütlenme ve uygulamasından merkezi düzeyde SSYB Hıfzıssıhha Okulu, merkezi eğitim tıp fakültesi ve Gevher Nesibe Sağlık Eğitim Enstitüsü (GNSEE) sorumlu olmalıdır.

Bölgesel düzeyde sürekli eğitimden bölgesel tıp fakültesi ve aynı ildeki, sağlık meslek lisesi ile sağlık müdürlüğü temsilcilerinden oluşan bir bölgesel kurul sorumlu olmalı, bu kurul merkez kurul ve merkezi uygulayıcı kuruluşlarla (Hıfzıssıhha Okulu, merkez eğitim tıp fakültesi ve GNSEE) sürekli ilişkide olmalıdır.

Hıfzıssıhha Okulu Çalışma Planı'na göre öngörülen ve Türkiye'yi sekiz bölgeye ayıran plana uygun olarak, sekiz bölgede bölgesel eğitim-araştırma merkezleri (BEAM) kurulmalıdır. Bu merkezler tıp fakültesinin bulunduğu il merkezlerindeki bir sağlık ocağında oluşturulmalı ve bölgesel sürekli eğitim kurulunun yönetim ve denetiminde çalışmalıdır.

Ayrıca her bölgenin tüm illerinde bir sağlık ocağı eğitim sağlık ocağı olarak saptanmalı ve bu ocağın personeli, bölgesel eğitim ve araştırma merkezinin eğitiminden geçtikten sonra o ilin tüm diğer ocaklarının eğitiminden sorumlu olmalıdır. İl düzeyinde planlama ve denetimden sorumlu olacak bir "il sürekli eğitim kurulu" oluşturulmalı, bu kurulda sağlık müdürlüğü, sağlık meslek lisesi, hastane temsilcileri bulunmalıdır.

Bölgesel olarak eğitim, değişik kategorilere göre tıp fakültesinde, devlet hastanelerinde, sağlık meslek liselerinde, bölgesel eğitim ve araştırma merkezlerinde uygulanmalıdır.

Eğitim uygulaması, hem eğitici personelin sağlık kuruluşlarına düzenleyecekleri gezilerde görev başı olarak, hem de eğitim merkezinde çevredeki personelin katılacağı kurslar biçiminde olmalıdır.

Sürekli eğitim, öğretim üyeleri ve eğiticileri de kapsamak üzere, tüm sağlık görevlileri için zorunlu olmalıdır. Sürekli eğitim değişik kategorilerdeki personel için değişik, fakat her kategori için standart olmalıdır.

Kaynaklar

3. 1 Fülöp T. Sürekli Eğitimin Önemi ve Sağlık Hizmetlerinin Niteliğine Etkisi. *İstanbul Tıp Kurultayı*. Sermet Matbaası, 1977. s.83-103.
3. *Continuing Education for Physicians*. WHO Technical Report Series, No. 534. Geneva, 1973.
4. Fişek Nusret. Hekimlikte Sürekli Eğitim. Açık Oturum, Sağlık Kurultayı 1978, Ankara, Mart 1978.
5. Fişek, Nusret. HÜTF Toplum Hekimliği Bilim Dalı Başkanı özel görüşme, 1978.
6. Gören, S, Görsel, M. *SSYB Hıfzıssıhha Okulu 25. Yıldönümü Tarihçe ve Çalışmaları*. Ankara Basım ve Ciltevi, Ankara, 1961.
7. SSYB Hıfzıssıhha Okulu Çalışma Raporları: 1962-1963 ve 1964.
8. SSYB Hıfzıssıhha Okulu Çalışma Raporları: 1965, 1966, 1967, 1968.
9. TC Refik Saydam Merkez Hıfzıssıhha Müessesesi Hıfzıssıhha Okulu Kayıtları, 1967-1980.
10. *Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetlerin Yürütülmesi Hakkında Yönerge*. SSYB Yayın No. 154, Akın Matbaası, Ankara. S. 49-50.
11. Arat, Özen. *Hekimlikte Sürekli Eğitim ve Türkiye'de Hekimlerin Sürekli Eğitimi İçin Yöntem Geliştirme*. Uzmanlık Tezi, Ankara 1978.
12. Paykoç, Zafer. Hekimlikte Sürekli Eğitim. Açık Oturum, Sağlık Kurultayı 1978, Ankara, Mart 1978.
13. Arat, Özen. Hekimlikte Sürekli Eğitim, Ankara ve İzmir Tabip Odaları Bülteni No:15-16: 41-55 (Ocak 1977).

14. Lök, Veli. Hekimlikte Sürekli Eğitim, Açık Oturum, Sağlık Kurultayı '78. Ankara, 19.3.1978.
15. Menteş, Ali. Hekimlikte Sürekli Eğitim, Açık Oturum Sağlık Kurultayı'78. Ankara, 19.3.1978.
16. Akyol, Muzaffer. SSYB Hıfzıssıhha Okulu Müdürü. Özel Görüşme, 1978.
17. SSYB Hıfzıssıhha Okulu Çalışma Planı, Hıfzıssıhha Okulu Yayın No: 48, Ankara 1977.
18. Benli, Doğan. SSYB Sosyalleştirme Dairesi Başkanı, Özel Görüşme, 1980.
19. Prywes, Moshe. Medical Education. Comparative International Characteristics. *The Journal of Medical Education* 48:11-27, (December 1973).
20. *Post-Graduate Education in Public Health*. WHO Technical Report Series No. 533, Geneva, 1973.
21. *WHO Working Group on Continuing Education of Health Personnel*. Continuing Education Systems: Organizational Characteristics, Evaluation Criteria, Constraints, Dublin, 18-21 October, 1976
22. Dedeoğlu, Necati. Hekimlikte Sürekli Eğitim, Açık Oturum, Sağlık Kurultayı '78. Ankara, 19.3.1978.

**(Toplum ve Hekim, Mayıs 1980,
Dr. Serpil Küçükalioğlu ile ortak yayın)**

“TIPTA EĞİTİM SORUNLARI - ATO GÖRÜŞÜ” ÜZERİNE

Önemli konularda Ankara Tabip Odası (ATO) görüşü oluşturularak tartışmaya açılması olumlu bir gelişmedir. Ancak; tıp eğitimi hakkındaki “ATO Görüşü”nün, yer yer ayrıntılara dek inmesine karşın, kimi ilkel yaklaşımlardan yoksun olması nedeniyle, çağdaş eğitim, tıp eğitimi ve sürekli tıp eğitimi konularındaki genel ilkelere değinmenin yararlı olacağını düşünerek bu eleştiri yazısını kaleme aldım.

Yöntem

Oda görüşü oluşturulmasında, öncelikle ilgili büronun görüş belirleyip rapor vermesinde yarar vardır. Yönetim Kurulu görüşünün tersine bir işleyiş, işi uzatmaktadır. Bu nedenle, önce eğitim bürosunun konuya ilişkin rapor vermesi, Yönetim Kurulu’nun bu rapor üzerinde gerekli değişiklikleri yapması daha verimli olurdu.

Amaç

Eğitim programlarının oluşturulmasında birinci aşama “eğitim amacı”nın saptanmasıdır. Bu nedenle, Oda görüşünde tıp eğitiminin amacının belirtilmesi gerekir. Amaç saptama uzmanlık eğitimi ve sürekli eğitim için de geçerlidir.

Daha önce “Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği Bilim Dalı” ve “SSYB Hıfzıssıhha Okulu”nda yapılan tartışmalar sonucu, Türkiye’de tıp eğitiminin amacının, “yeterli bilgi ve becerilerle donatılmış sağlık ocağı hekimi yetiştirmek” olması gerektiği görüşü benimsenmişti. Bu tanım şöyle geliştirilebilir:

“Tıp eğitiminin amacı; tıp öğrencisine, bir temel sağlık hizmeti birimini (ülkemizde sağlık ocağını), çağdaş tıp ilkelerine ve ülke gerçeklerine uygun olarak yönetebilmek için gerekli bilgi ve becerileri kazandırmaktır.”

Çağdaş eğitim ve tıp kavramları ise, hekimin, şu yetenekleri kazanmış olmasını gerektirir:

- 1) Temel sağlık biriminin sorumlu olduğu toplumun tüm sağlık gereksinimlerine büyük ölçüde yanıt verebilmek,
- 2) Kendini geliştirip yenileyebilmek, sağlık ekibini yönlendirip eğitebilmek,
- 3) Sağlığı ve insanı, yalnız biyolojik değil, aynı zamanda toplumsal olarak ele alabilmek,
- 4) Hastalıklardan korumaya öncelik vermek.

Belirtilen eğitim amacı, tıp eğitiminin bir uzantısı olan uzmanlık eğitimi ve sürekli eğitime de uyarlanabilir.

İlkeler

- 1) İlkel olarak, eğitim bir bütündür. Tıp eğitimindeki gelişim, uzmanlık eğitimi ve sürekli eğitime yansımazsa, kalıcı olamaz. Örneğin, “Görüş”te hastane ve sağlık ocağı stajı önerilmektedir. Böyle bir girişim, hastane ve sağlık ocağı hekimlerinin eğitimiyle birlikte ele alınmalıdır, en azından önerimiz böyle olmalıdır.
- 2) Eğitim ilkelerinden biri, kuram ve uygulamaya (teori ve pratik) yeterli ölçüde ağırlık verilmesidir. Hekimlik eğitiminde de, kuram ve uygulama, ülke gerçeklerine uygun biçimde birleştirilmelidir. “Görüş”teki şu tümce, bu açıdan ilkel bir yanlışlık taşımaktadır: “Uzmanlığa yönelik eğitim, tümüyle pratik kullanıma ve gereksinimlere ağırlık vermelidir.” Bugün tüm dünya ülkeleri, Dünya Sağlık Örgütü, “olanakların elverdiği en üst düzeyde sağlık hizmetinden yararlanmak, temel ve doğuştan kazanılmış bir insan hakkıdır” görüşünü benimsiyor. Kuramla beslenmemiş uygulama, yanlışla çok açıktır.
- 3) Sürekli eğitim, uzmanlık eğitimi değildir. Sürekli eğitim, uzmanları da kapsar. “ATO Görüşü”nde, sürekli eğitim olarak, uzmanlık eğitimi öneriliyormuş gibi bir izlenim edinilmektedir.

Sürekli eğitim, üniversite öğretim üyeleri de içinde, hizmet veren tüm hekimleri kapsamalıdır. Ancak eğitim programının sonunda sınav yerine “katılma yaptırımı” uygulanmalıdır.

- 4) Günümüzde ileri ülkelerde, hekimlik eğitiminin tüm aşamalarını (tıp, uzmanlık eğitimi ve sürekli eğitim) araştırmak, planlamak ve ülkenin tüm tıp fakültelerine yol gösterip eğitim programlarını standartlaştırmak üzere “tıp eğitimi” ya da “sürekli eğitim” fakülteleri, hatta üniversiteleri kurulmuş bulunmaktadır. ATO önerisi, tıp eğitimi bölüm ya da fakültelerini de içermelidir.

Diğer Konular

“ATO Görüş”ünde, zorunlu hizmetin bir yılının internlikte geçmesi önerilmektedir. Şu anda Sağlık Bakanı’nın da böyle bir görüşü vardır. Oysa biz zorunlu hizmetin kalkması gerektiğini savunuyoruz. Bu çelişki giderilmeli, internlik başka biçimde önerilmelidir. Ana uzmanlık dalları arasında Kadın Hastalıkları-Doğum, Radyoloji, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon yer almamıştır; bunların eklenmesi gerekir.

Sonuç

Hekimlik, eğitimin tüm aşamaları (tıp eğitimi, uzmanlık eğitimi ve sürekli eğitim), çağdaş eğitim ve sağlık ilkeleriyle ülke gerçeklerini bütünleştirilmesinden oluşacak bir sentezin ürünü olmalıdır. Her aşamanın, bu senteze göre planlanması, örgütlenmesi ve gerçekleştirilmesi gerekir. Bunu yaşama geçirebilmek için de, çağdaş eğitimde uygulanan belirli ön hazırlıklar, araştırmalar gereklidir. (amaç saptama çalışmaları, vb.)

İşte bu nedenle, ilk aşamada önerimiz, hekimlik eğitiminin planlanması için Tabipler Birliği ve tabip odaları öncülüğünde, çeşitli kurum temsilcilerinden oluşan özerk bir kuruluş olmalıdır. (SSYB, tıp fakülteleri, diğer kamu kuruluşları, öğrenci temsilcileri vb.)

Son bir not: Sağlık Bakanı, sürekli eğitimi “fakülte dekanlarıyla yapacağını”, eğitim sonrası “sınav ve çalışma kısıtlaması” getireceğini belirtiyor. Bunlar kötüye kullanılmaya son derece açık önerilerdir. Tabip odaları keyfi uygulamalara yol açabilecek, hekim haklarına yeni kısıtlamalar getirecek bu tür önerilere karşı çıkmalıdır.

(Tartışma metni, 1985)

HEKİMLİKTE SÜREKLİ EĞİTİM (2)

BİR ÇAĞDAŞLIK SORUNU

Bugün ülkemizde, ilgili ve yetkili çevrelerde egemen olan anlayışta, “hekimlerin sürekli eğitimi” diye bir soruna yer yoktur. Sürekli eğitim kavramı, egemen anlayışın doğasına aykırıdır. Tıpkı “Koruyucu Sağlık Hizmetleri” gibi... Tıp eğitimiyle başlayıp uzmanlık eğitimiyle süren (daha doğrusu, günümüz koşullarında sürmek zorunda olan) ve meslek yaşamının her anında var olması gereken hekim eğitimi, bugün tüm yönleriyle bir kargaşa içindedir. Bu kargaşanın başlangıç noktası yetersiz tıp eğitimidir. Böyle kötü bir başlangıç ise daha sonraki sürekli eğitimin en zayıf halkasıdır.

Tıp eğitiminin bugünkü durumuna kısa bir bakış, tıp fakültelerinde yıllar geçtikçe sağlanan bir ilerleme yerine, bir gerilemeyi gözler önüne sermektedir. Yeni açılan ve kimilerinin yalnızca adı olan tıp fakültelerinin durumu ortadadır. Eski tıp fakültelerinin günümüzdeki koşulları ise tıp eğitimine ve yeni hekimlerin sorunlarına ışık tutuyor. Yeni tıp fakültelerinin getirdiği ek yük, öğrenci sayısının olanaklar dikkate alınmaksızın artırılması, nicel ve nitel yönden yetersiz olan eğitici kadrolar, çağdaş koşullara uymayan eğitim araç ve gereçleri. Günümüzde yetersiz tıp eğitiminin yol açtığı kimi önemli sorunların yalnızca ana başlıkları bunlar... Ve tüm bunların başında YÖK var.

Böyle bir tıp eğitiminin yarattığı genç hekim, bugün her zamankinden daha çok uzmanlaşma eğilimi içindedir. Bundan başka, günümüzde uygulanan ekonomik siyasanın gerekleri de –nesnel olarak- hekimleri uzmanlaşmaya, giderek ileri uzmanlaşmaya itmektedir. Uzmanlık eğitimi girişten çıkışa başlı başına ve ayrı bir tartışma konusu olduğundan, burada üzerinde durmuyoruz. Tıp eğitiminde görülen tüm aksaklıkların uzmanlık eğitimine de yansıdığını belirtmekle yetinelim yalnızca.

Hekimlerin günlük mesleki çalışmaları sırasında gördüğü yaygın, etkin ve sistemli eğitim dar anlamda “sürekli eğitim”dir. “Sürekli eğitim” denince, genellikle bu tanım kapsamına giren ve öğretim üyeleri de içinde olmak üzere tüm hekimleri kapsayan eğitim anlaşılır. Oysa bugün ülkemizde hekimlere yönelik gerçek anlamda bir sürekli eğitimden söz etmek olanaksızdır. Hekimler, kendi kişisel girişimleriyle bir şeyler öğrenebiliyorlarsa öğreniyorlar. Kişisel çabalar ve ilaç firmalarının dışında, tıptaki yenilikleri hekimlere iletmeye yönelik elle tutulur bir çalışma görülmemektedir. Kimi ileri uzmanlık dallarında zaman zaman düzenlenen toplantıların, sınırlı da olsa, genelde hekimlerin sürekli eğitimine katkısı olduğu düşünülebilir. Ancak, bu toplantılar genellikle de dar kapsamlı olarak planlandığından, sunulan bilgiler, tartışılan konular ve varılan sonuçlar geniş hekim

kitlesine yansıtılmamaktadır. Bakanlıkça düzenlenen kimi kursların eğitim olup olmadıkları tartışabilirlerse de “sürekli” olmadıkları kesindir.

“Sürekli eğitim”in günümüzdeki durumuna bu kısa bakış bile, içler acısı görünümü gözler önüne sermeye yetiyor. Öyleyse ne yapılabilir? Aslında, hekimlerin sürekli eğitimi bir devlet görevi olmalıdır. Ama uygulanmakta olan ekonomik siyasa göz önüne alındığında bu görevi Bakanlık’tan beklemek bir “ham hayal”dir. Oysa, çağdaş hekimin dünyadaki gelişmeleri izlemesi, yaşamsal önemde bir zorunluluktur. Unutulmamalıdır ki, toplum hızla ilerliyor ve hekimin de bu gelişmeye ayak uydurması, çağdaş gereksinimleri karşılaması gerekiyor. Hekimin hizmet verdiği toplumun –hele sağlık alanında- gerisinde kalması, hoşgörüyü karşılanabilecek bir durum değildir. Günümüzde hekimin çağdaş bilgi ve becerilerle donatılmış olması her şeyden önce hastanın güvenini sağlamak açısından gereklidir. Bu durumda görev, tabip odaları ile Tabipler Birliği’ne düşmektedir.

Sürekli eğitime yönelik girişimlerin başında sürekli eğitim ilkelerine uygun olarak düzenlenmiş yayınlar gelir. Bu yayınların, en sık görülen, öldüren ve sakat bırakan -başka bir deyişle, toplumsal açıdan önemi olan- hastalıklarla ilgili yeni gelişmeler, tazeleyici bilgilere ağırlık vermesi gerekir. Böyle olursa, uygulama içindeki hekim, bu yayınlarla günlük gereksinimlerini karşılayabileceklerdir.

Sürekli eğitime yönelik yayınlar, Tabipler Birliği’nin yönlendiriciliği ve denetimi altında olmalı, ancak tüm odaların ve de olanaklar elverdiği ölçüde geniş bir hekim kitlesinin katkıları istenmeli, sağlanmalıdır. Özellikle büyük kentlerin dışında çalışan hekimlerin deneyim, bilgi ve görüşlerini, bu yayınlar aracılığı ile meslektaşlarına aktarmaları için çaba harcanmalıdır. Ayrıca, dünya literatüründen özetler, ülke gerçeklerine uyarlanarak derlenebilir. Son yıllarda, literatür özetlerinin “öncü” sayılabilecek örnekleri yayımlanmaktadır. Ne var ki, bu yayınların izlenmesi genellikle hekim kesiminin kişisel ilgisine bağlı olduğundan, ulaşılabilen hekim kesiminin oldukça sınırlı olduğu söylenebilir.

Yayınlardan başka, merkezi olarak sürekli eğitime yönelik periyodik toplantılar düzenlenebilir. Tabip odaları da böylelikle hekimlere yönelik eğitim toplantıları geliştirilebilir. Tüm bunlar yayınları da kapsayan merkezi bir program çerçevesinde ve Tabipler Birliği yönetiminde, oda temsilcilerinden oluşacak bir eğitim kurulunca planlanmalıdır.

Programların ve yayınların geneli ve ayrıntıları tartışılabilir. Ancak önemli olan bunun benimsenmesi ve ele alınmasıdır. Yasal kısıtlamaların egemen olduğu bir dönemde, Tabipler Birliği ve tabip odalarının sürekli eğitim gibi yaşamsal sorunlara eğilmeleri, odalarımızı güçlendirecek ve daha önemli başarılarla kaynaklık edeceklerdir.

(Türk Tabipleri Birliği Haber Bülteni, Nisan 1986)

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALLARININ ÖNLENEBİLİR ERİYİŞİ

Türk Tabipleri Birliği'nin, halk sağlığı asistanları için düzenlediği gezici eğitim seminerlerinin beşincisi, 3-11 Temmuz 1993 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Orta Anadolu illerini kapsayan bu gezi boyunca, sırasıyla Bilecek, Eskişehir, Kütahya, Afyon, Konya, Aksaray il merkezleri ve çevrelerinde incelemelerde bulunuldu. Sağlık örgütünün durumuna ilişkin acı gerçekleri başka bir yazıya bırakarak, bu yazıda tıp fakültelerinin halk sağlığı anabilim dallarına ilişkin izlenimlerimizi aktarmaya çalışacağız. Bu yazı, izlenim ve gözlemlere dayalı bilgi ve değerlendirmeleri içermektedir. Kuşkusuz, daha ayrıntılı inceleme ve araştırmalarla bu değerlendirmeyi somut verilere dayandırmak ve bilimsel sonuçlara ulaştırmak olanaklıdır.

Gezici eğitim seminerine, sekiz tıp fakültesinin halk sağlığı asistanları ve bir halk sağlığı anabilim dalı öğretim üyesi katıldı. Bu dokuz anabilim dalına ek olarak, iki tıp fakültesinin halk sağlığı anabilim dalı da gezi kapsamında ziyaret edildi. Böylece 11 halk sağlığı anabilim dalı (HSAD) hakkında doğrudan (ilk ağızdan), birçok HSAD ile ilgili de dolaylı izlenimler edinildi. Ülkemizde halk sağlığının kurucusu ve öncü halk sağlığı anabilim dalının yaratıcısı hocamız Prof. Dr. Nusret Fişek'in aramızdan ayrılışının üçüncü yıldönümünü anmaya hazırlandığımız şu günlerde, hekimlerimize ve hekim adaylarına halk sağlığı eğitimi vermekle yükümlü anabilim dallarının durumunu gözler önüne sermeyi, görev sayıyoruz.

HSAD'lerin Güncel Durumu

1980'lerin başlarında, toplumsal yaşamın her alanında gözlenen gerilemenin, üniversite düzeyindeki en çarpıcı sonuçları HSAD'lerde ortaya çıkmıştır. Önce, "Toplum Hekimliği" ya da "Toplum Sağlığı" olan anabilim dallarının adları değiştirildi. Daha sonra, tıp fakültelerinin halk sağlığı ders saatleri azaltıldı ve "Eğitim-Araştırma" bölgesi olan anabilim dallarının eğitim alanları ellerinden alındı ya da bölgeler üzerindeki denetim ve söz hakları ortadan kaldırıldı. Tüm bunlar olup biterken, HSAD'lerden önemli bir ses çıkmadı. Günümüzde HSAD'lerin, halk sağlığı uzmanlık eğitiminin, tıp öğrencileri ve genç hekimlerimizin halk sağlığı donanımlarının temelinde bu başlangıç yatıyor.

HSAD'ler bugün, tıp öğrencilerine halk sağlığı alanında belirli süre kuramsal eğitim veren, bunun dışındaki eğitim, hizmet ve araştırma gibi temel işlevlerinden kopmuş kurumlar niteliğindedirler. Tıp eğitiminin halk sağlığı kapsamı ve

halk sağlığı uzmanlık eğitimi, belirli bir standarttan yoksundur. Halk sağlığı eğitiminin asıl laboratuvarı olan toplum içinde çalışma yerine, hastanelerin klinik dallarında rotasyonlar söz konusudur. Oysa, eğitim ve araştırma bölgelerinden yoksun kalmış HSAD'ler, hastasız kliniklerle eşanlamlıdır ve hızla kan yitirerek ölüme ya da bitkisel yaşama girmeye hükümlüdürler. Günümüzde HSAD'lerin önemli bir çoğunluğu, ne yazık ki bu süreci yaşamaktadır.

Halk Sağlığı Uzmanlık Eğitimi

Son 10 yılda halk sağlığı uzmanlık eğitimi görmüş ya da halen asistan olan hekimlerin çoğu, pratikten yoksun yetiştiklerine dikkat çekmektedirler. Halk sağlığı alanındaki ilk deneyimlerini zorunlu hizmet sırasında yaşadıklarını anımsatan halk sağlıkçıları, "Halk Sağlığı Uzmanlık Eğitimi" sırasında edindikleri, sağlık yöneticiliği ve sağlık ocağı hekimliği birikiminin son derece yetersiz olduğunu belirtmektedirler.

Önemli HSAD'lerden birinde asistan olan genç bir hekim arkadaşımız, sağlık ocağı yönetimi ve denetimi ile ilgili bilgileri, iki yıldır katıldığı "TTB Gezici Eğitim Semineri"nde edindiğini söylemiştir. Başka bir asistan arkadaşımız ise, üyesi olduğu HSAD'nin bir "eğitim ve araştırma bölgesi" olup olmadığını sorduğumuzda, "eğitim ve araştırma bölgesi"nden neyi kastettiğimizi sormuştur. Halk sağlığı asistanlarının çoğu, Sağlık Bakanlığı'na bağlı hekimlerin sorumlu olduğu sağlık ocaklarında, poliklinik muayenelerine katılarak ya da intern eğitimiyle ilgilenir görünerek zaman doldurmaktadırlar. Kimi grup başkanlarının ve sorumlu eğitim sağlık ocağı hekimlerinin muayenehane açmış olması, eğitim koşullarını daha da güçleştirmektedir. Uzmanlık eğitiminin ocak çalışmaları aşamasında, ocağı gitmek istemeyen ya da gitmeyen asistanlar olduğunu biliyoruz.

Çoğu anabilim dalında öğretim üyeleri, intern ve asistanların bulunduğu sağlık ocaklarına hiç gitmemekte; öğretim üyelerinin sağlık ocaklarına sürekli olarak gittiği daha az sayıda HSAD'de ise, sağlık ocağında kuramsal eğitim yapılmakta, hizmet içi-görev başı eğitim ve denetim gerçekleştirilememektedir. Grup başkanlarının HSAD öğretim üyesi olduğu ve öğretim üyelerinin düzenli olarak hizmet yerinde eğitim ve denetim yaptığı birkaç HSAD'yi bu değerlendirmelerin dışında tutmak gerekiyor. İlkelerine bağlı kalarak gerekli özveriyi göstermiş ve savaşımı göze almış bu fakültelerdeki arkadaşları kutlamak gerektiğini düşünüyorum. Bu anabilim dallarının başında, İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi HSAD gelmektedir.

Görüştüğümüz halk sağlığı asistanları ve genç halk sağlığı uzman ya da yardımcı doçentleri, sağlık ocaklarında sorumlu hekim olarak çalışmanın, sağlık müdürlüğü ve benzeri yönetim düzeylerinde rotasyonların "Halk Sağlığı Uzmanlık Eğitimi" için zorunlu olduğu görüşünde birleşmişlerdir. Yalnızca bir uzman, sağlık ocaklarının yararına inanmadığını açıklayarak, gezici hizmet önermiştir.

HSAD'lerin Sorumlulukları

Bugün HSAD'lerdeki uzmanlık eğitimi, belirli bir standarttan yoksundur. Değişik tıp fakültelerinde birbirinden çok farklı uygulamalar söz konusudur. Tababet Uzmanlık Tüzüğü'nde yer almış bulunan klinik rotasyonlar düzenli olarak ger-

çekleştirilmekte; buna karşılık, değişik sağlık kuruluşlarındaki ve ocaklardaki eğitim, büyük ölçüde halk sağlığı asistanının kendisine bırakılmaktadır. HSAD'ler arasında yeterli ilişki ve iletişim sağlanamamaktadır. HSAD'lerdeki uzmanlık eğitiminin en kısa zamanda asgari bir standarda kavuşturulması, HSAD öğretim üyelerinin önünde duran ivedi ve zorunlu bir görevdir.

Öte yandan, HSAD'ler son yıllarda, halk sağlığı uygulamalarına ilişkin doğrudan toplumsal sorumluluklarını hemen hemen tümüyle göz ardı etmişlerdir. HSAD öğretim üyeleri, "Eğitim ve Araştırma Bölgeleri"ne bile sahip çıkamayarak, bu uğurda savaşımı göze alamayarak, günlük pratikten iyice kopmuşlardır. Öyle ki, "TTB Gezici Eğitim Semineri"ne katılan asistanlar, bu gezilerde halk sağlığı öğretim üyelerin de bulunmalarının son derece yararlı olacağını belirtmişlerdir. Oysa HSAD'ler, sağlık alanındaki tüm siyasalara etkin olarak müdahalede bulunması gereken ve bu anlamda tıp fakültelerine öncülük etmesi beklenen kurumlardır.

HSAD'lerin eriyişinin, her şeye karşın "önlenebilir" olduğunu düşünüyoruz. Ancak bunun için, eğitim, araştırma ve hizmet işlevlerini uyumlu ve dengeli biçimde birleştiren bir anlayış ve çalışma içine girmek gereklidir. Başka bir deyişle, HSAD'lerin, giderek uzaklaştıkları halka dönerek, toplum içinde eğitim, hizmet ve araştırma yapmaya başlamaları ve toplum hekimliği kavramını yeniden yaşama geçirmeleri zorunludur.

(Toplum ve Hekim, Kasım 1993)

TIP EĞİTİMİ VE NUSRET FİŞEK

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin kuruluşunun 30. yılı nedeniyle düzenlenen bilimsel program çerçevesinde, 15 Ekim 1993 günü "Tıp Eğitimi ve Tıp Fakültelerinin Sorunları" adlı bir sempozyum yapıldı. Bu sempozyuma katılan öğretim üyeleri, tıp eğitimini ve sağlık sistemini değerlendirmelerinde farklı görüşler taşımalarına karşın, paylaştıkları önemli ortak noktalar da vardır. Bunları şöyle özetleyebiliriz:

1-Tıp fakültesi öğretim üyeleri tamgün çalışmalıdır.

2-Var olan koşullarda, tıp eğitiminin niteliğini ve halk sağlığını olumsuz yönde etkileyen "aşırı tıp öğrencisi sayısı" ivedilikle azaltılmalıdır.

3-Tıp fakülteleri topluma açılmalı ve eğitim, ağırlıklı olarak toplum içinde yapılmalıdır.

Ülkemizde "toplum hekimliği"nin kurucusu, hocamız Prof. Dr. Nusret Fişek'in ölümünün üçüncü yıldönümüne (3 Kasım 1990) yaklaştığımız şu günlerde, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi (HÜTF) kökenli ya da halen Hacettepeli olan öğretim üyelerinin, onun yıllar önce savunduğu kimi görüşlerde bir araya gelmeleri sevindiricidir. Prof. Dr. Nusret Fişek, daha 1960'ların başında,ülke gerçeklerine ve bilimsel doğrulara uygun bir sağlık örgütlenmesi modelini, "sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi uygulaması" nı gerçekleştirmeyi başarmıştı. Dünya Sağlık Örgütü'nün 1978 Alma Ata Bildirgesi ile tüm dünyaya önerdiği temel sağlık hizmeti modeli, sosyalleştirme uygulamasının ana çizgilerini taşımaktaydı. Prof. Fişek, tıp eğitiminin toplumsal gerçek ve koşullara uygun olarak yapılmasının önemini bilinciyle, 1970'lerde kırsal bölgede uygulamalı tıp eğitiminin ilk örnekleri olan Etimesgut ve Çubuk Eğitim-Araştırma Bölgeleri'ni, HÜTF Toplum Hekimliği Bölümü eğitim kadrosuyla hazırlamış ve yıllarca sürecek bir örnek uygulamayı başlatmıştır. Prof. Dr. Nusret Fişek, 1980'lerde tıp öğrenci sayısının artırılmasına, o yıllarda başkanlığını yaptığı Türk Tabipleri Birliği bünyesi içinde karşı çıkmıştır. Hocamız, tüm bunların yanında, her bilim insanı gibi, öğretim üyelerinin tamgün çalışmaları gerektiğini savunmuştur.

Prof. Dr. Nusret Fişek'in, ülkemizin nüfus ve halk sağlığı sorunlarının her alanına sayısız katkılarının yanı sıra, eğitimci kişiliği de hiç kuşkusuz, sağlık insan gücümüzün niteliğine önemli yararlar sağlamıştır. Kendisinin yaşamı süresince, yeterince anlaşılamayan, değerlendirilemeyen görüş ve düşünceleri, umuyoruz ki, zaman için gerçek anlamlarını bulacak ve uygulama alanına girecektir. Ancak bugün, sözünü ettiğimiz sempozyumda görüş birliğine varılan ve pek çok tıp öğretim üyesinin paylaştığını düşündüğümüz görüş ve öneriler konusunda,

ivedi adımlar atma zorunluluğu vardır. Her üç konu da hekimin niteliği ve sonuçta halkın sağlığı ile yakından ilişkilidir.

Tıp fakülteleri öğretim üyelerinin tamgün çalışmaması, gerçekten tıp eğitimi ve giderek de halk sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Ülkemizde öğretim üyesi başına düşen öğrenci sayısı, Batı ölçülerine göre zaten çok yüksekken, tamgün çalışmayan öğretim üyelerinin varlığı, standardı daha da düşürmektedir. Tıp fakültelerindeki öğretim üyelerimiz, artık bir seçim yapmak durumundadırlar. Ya muayenehanelerinde çalışacak ya da tüm zamanlarını tıp ve uzmanlık öğrencilerinin eğitimine ayıracaklardır.

1980'lerde başlatılan tıp öğrenci sayısındaki olanakları aşan artışın öncelik ve ivedilikle azaltılması gerekmektedir. Yüksek Öğrenim Kurumu ve Devlet Planlama Teşkilatı, "Avrupa standartlarına uygun hekim sayısı" gerekçesiyle bu uygulamayı savunagelmışlerdir. Sağlık Bakanlığı, Türk Tabipleri Birliği ve tıp fakültelerinin aykırı görüşlerine karşın başlatılan uygulama, sonuçta fakültelerden yeterli bilgi ve becerisi olmayan hekimlerin mezun olmasıyla sonuçlanmaktadır. Halk sağlığı uzmanlarının ve tabip odalarının yıllardır saptadıkları ve açıkladıkları gerçek, ülkemizde hekim sayısının yeterli olduğu; ancak hekimlerin niteliğinin ülke gerçekleri açısından yeterli olmadığıdır.

Asıl önemli sorun ise, hekimlerin dağılımı ve istihdamındadır. Kentsel ve bölgesel yoğunlaşmalar, kimi bölgelerde hekim dağılımının çok dengesiz olması sonucunu doğuruyor. Öte yandan, Sağlık Bakanlığı ve öbür sağlık kurumlarının yönetici kadroları, hekimler açısından son derece kötü bir istihdam siyaseti izlemektedirler. Atama ve yer değiştirmelerde, bilgi, beceri, birikim, deneyim gibi önemli özellikler dikkate bile alınmamakta; hekimlerin istihdam politikalarını siyasal kaygılar belirlemektedir. Bu durum, sağlık sisteminin işleyişini ve niteliğini olumsuz yönde etkileyen etmenlerin başında gelmektedir. Görüldüğü gibi, sorunların hekim sayısının az oluşuyla hiçbir ilgisi yoktur. Bugün ülkemizde hekim başına yaklaşık 1000 kişi düşmektedir ve bu oran, iyi bir ücret-eğitim-istihdam-örgütlenme politikası ile yeterli sağlık hizmeti sağlayabilecek bir düzeydir. Özellikle sağlık yöneticilerinin, sorunları bilen uzman kişilerden seçilmesinin yararı büyüktür. Halk sağlığı uzmanları, bu alanda gerekli bilgi ve becerilerle donatılmış ve yönetici kadrolarda istihdamı gereken yetkin bir gruptur. Ancak, yukarıda sözünü ettiğimiz önemli sempozyumda bile öğretim üyeleri, sağlık yöneticisi olarak, halk sağlığı uzmanları yerine yeni meslek grupları önermişlerdir.

Sonuç olarak, hekimlerimize yeterli eğitim ve uygun istihdamı sağlayarak, daha iyi bir halk sağlığı hizmeti verebilmelerinin koşullarını hazırlamak, sağlık alanındaki yetkililerin önünde duran somut ve ivedi bir görevdir. Bugün için yeterli bir tıp eğitimi sağlamanın başlangıç yolu, tıp fakülteleri kontenjanını hemen azaltmaktan ve yeni tıp fakültesi açmamaktan geçiyor. Bu kararı şimdi versek, sonuçlarını altı yıl sonra alabileceğiz.

Hiçbir kusurları olmamasına karşın, yetersiz tıp fakültelerinde, toplumdan kopuk bir eğitim gördükleri ve öğretim üyelerinden gerektiği gibi yararlanamadıkları için, kendilerini yetersiz olarak değerlendiren genç hekimlerimizi yazgılarıyla baş

başta bırakamayız. Hekimlerimize ve şu anda hekim adayı olan tıp öğrencilerine, gerek mezuniyet öncesinde, gerek mesleki yaşamları süresince eğitim desteği sağlamalıyız.

Yakın geleceğe yönelik olarak, 1994-1995 öğretim döneminde başlamak üzere, tıp öğrenci sayısı, Türk Tabipleri Birliği'nin önerisi olan "2500"e indirilmelidir. Öğretim üyelerini tamgün çalışmaya özendirici koşullar sağlanmalıdır. Tıp eğitimi, toplum içinde uygulamalı eğitim biçiminde gerçekleştirmeye yönelik adımlar ivedilikle atılmalıdır. Bir başlangıç olarak, halen etkisizleştirilmiş olan "Tıp Fakülteleri Halk Sağlığı Anabilim Dallarının Eğitim ve Araştırma Bölgeleri" yeniden işletilmeye başlanmalıdır. Bu uygulamalar, süreç içinde tıp fakültelerinin tüm anabilim dallarına yaygınlaştırılmalıdır.

(Aydınlık, 7 Kasım 1993)

BÖLÜM 5

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ VE ÖRGÜTSEL ÇALIŞMALAR

ÇAĞDAŞ TOPLUMDA TABİP ODALARININ İŞLEVLERİ

Tabip odalarının toplumumuzdaki işlevlerini doğru olarak ortaya koyabilmek için kimi ilişkili konuların kısaca incelenmesi gerekmektedir. Gerçekçi bir sonuca ulaşabilmek için bu amaçla aşağıdaki başlıklara değinmek yararlı olacaktır:

1. Meslek kuruluşlarının ve tabip odalarının kökeni, tanımı ve geçmişi
2. Bugünkü durum
 - Kapitalist ülkeler
 - Sosyalist ülkeler
3. Türkiye
 - Gelişim
 - Bugünkü durum
 - Gelecek ve sendikalaşma
4. Ülkemizde tabip odalarının işlevleri ve öneriler

“Çağdaş Toplumda Tabip Odalarının İşlevleri” konu başlığı çok geniş kapsamlı bir çalışma gerektirir. Bu yazıda, konuyu ülkemizde ya da bizim toplumumuzda tabip odalarının işlevleri olarak sınırlandırmayı, ancak diğer ülkelerdeki durumu da kısa notlarla aktararak tartışmaya ışık tutmayı amaçlıyoruz.

Meslek Kuruluşlarının Kökeni

Zamanımızda meslek kuruluşları olarak tanımlanan örgütlerin kökeni loncalardır. Lonca, aynı meslekten kişilerin bir pirin yönetimi altında meydana getirdiği özel dernek olarak tanımlanmaktadır. Ortaçağda egemen olan ve zamanımızda da bazı ülkelerde varlığını sürdüren bu kuruluşlar ortaçağın değişmez kurallara bağlı iş ahlakını yansıtmaktadır. İş ahlakı kanaatkarlık, el işçiliğine özel bir değer verme, görenek ve otoriteye bağlılık, sanat kıskançlığı gözetmek, meslek sırrı saklamak gibi öğeleri kapsamaktadır. Loncanın genel inanç ilkelerine, ahlak kurallarına uymayanlar, yasak ve buyruklara karşı gelenler loncadan çıkarılır. Görüldüğü gibi, lonca sistemi gerici ve tutucu özellikler taşımaktadır. Her sanatkâr kendi mesleğinin loncasına yazılmak, ona belli bir ödenek vermek zorundadır. Loncaların, çıraklık, kalfalık gibi basamakları, hiyerarşik bir yapısı vardır. Loncaların bu özelliklerinin izleri günümüzde meslek kuruluşlarında ve bu arada tabip odaları ve hekimlerin diğer meslek kuruluşlarında gözlenmektedir.

Kapitalist ülkeler

Bugün ileri kapitalist ve bazı gelişmekte olan ülkelerde kamu görevlilerinin ve bu arada hekimlerin mesleki örgütleri yanında sendikaları vardır. Meslek kuruluşları, tabip odaları ve diğer hekim birlikleri değişik ülkelerde farklı özellikler göstermektedir.

İngiltere'de meslek birlikleri Birinci Dünya Savaşı öncesinde sendikalarla birleşmiş, fakat 1926'da memurların genel greve katılmaları nedeniyle memur birliklerinin başka örgütlere (sendikalara) katılmaları yasaklanmıştır. 1946'da tüm kamu görevlilerine yeniden sendika hakkı tanınmıştır. Bugün İngiltere'de polis memurları dışında tüm kamu görevlilerinin sendika hakkı vardır. 1946'dan beri memurların grev hakkı da bulunmaktadır.

İngiltere'de Tabipler Birliği (*British Medical Association*) hekimlerin meslek örgütü işlevini görmektedir. Federal Almanya'dakinin aksine, toplum yararına girişimleri vardır. Daha ilerici bir yapıya sahiptir. Örneğin, hastalardan belirli bir ücret alınmasıyla ilgili bir girişime karşı çıkmıştır.

Fransa'da kamu görevlilerinin örgütlenmesi geçen yüzyılın (19.yüzyıl) ortasında başlamıştır. Daha sonraki süreç, meslek birliklerinin ve memur kuruluşlarının güçlenmesini getirmiştir. Öyle ki 1892'de çıkarılan bir yasa ile hekimlere, dişiçi, ebe ve diğer serbest mesleklere sendika hakkı tanınmıştır. 1963'te de tüm kamu görevlilerine grev hakkı verilmiştir.

Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD), meslek kuruluşları devlet kuruluşları değildir, üye olmak yasal zorunluluk değildir. ABD'de iki büyük hekim kuruluşu vardır: American Medical Association (AMA) ve National Medical Association (NMA). Daha etkin olan ve hükümet üzerinde önemli derecede etkisi olan AMA'dır. NMA daha çok zencilerin oluşturduğu bir hekim birliğidir. Bu iki örgütün çalışmaları genellikle hekimlerin çıkarlarına yöneliktir. Halk sağlığıyla ilgilenen hekimler ise Amerikan Halk Sağlığı Birliği (American Public Health Association) adlı örgütte toplanmaktadırlar. Bu örgüte üye olanlar azınlıktadır. En güçlü olan AMA'dır. Bu örgütlere üye olmak yasal olarak zorunlu değildir. Fakat hekimlerin çoğunluğu sağladıkları yararlar açısından AMA ya da NMA'ya üye olmaktadır. Üye olanlara hastaneye sevk kolaylıkları, sürekli eğitim olanakları, sigorta programlarında yer alma gibi destekler sağlanmakta ve üye olma özendirilmektedir.

ABD'de bu örgütler dışında birçok başka hekim kuruluşu da vardır. Bunlar daha çok özel uzmanlık alanlarıyla ilgili birliklerdir. Meslek bilgileri yetersiz olanların üyeliğe kabul edilmemesi ya da kurallara uymayan üyelerin üyelikten atılması gibi yaptırımları vardır.

ABD'de tüm kamu görevlilerine 1960 yılında toplu sözleşmeli sendika hakkı tanınmıştır.

Federal Almanya'da Tabipler Birliği'ne üye olmak yasal zorunluluktur. Hiçbir hekim üye olmadan meslekte çalışamaz. Tabipler Birliği, Sağlık Bakanlığı ve ilgili

kuruluşlarının sağlık hizmet planlamasına katılırlar. Hekimlerin istihdamlarında rol oynarlar ve hekimleri denetlerler. Tabip odalarının, uzmanlık jürilerinin saptanması ve uzmanlık diplomalarının verilmesi gibi görevleri vardır. Tabipler Birliği yapısı içinde hekimlerin emekliliğini ve sigortalanmasını sağlayan örgütlenmeler vardır. Bu hizmetleri, “hekimler bankası” kanalıyla yerine getirir. Eğitim, denetim gibi görevleri de olmakla birlikte, F. Almanya Tabipler Birliği’nin asıl işlevi en üst gelir düzeyinde olan hekimlerin çıkarlarını savunmaktır. Öyle ki, Tabipler Birliği Mart 1977’de, hekimlerin halk yararına bir yasa tasarısını protesto için yaptıkları grevi desteklemiştir.

Almanya’da tüm kamu görevlilerine sendika hakkı 1953 yılında tanınmıştır. Hekimlerin de sendika hakkı vardır ve hekimler iki sendikada örgütlenmişlerdir. Sendikalar hekimlerin toplu çıkarlarını savunmaktadır. Büyük bir hekim kesiminin sendikalı olduğu belirtilmektedir. Çünkü sendika Tabipler Birliği’nin yetki kapsamına girmeyen bazı ek yararlar sağlamaktadır. Örneğin, ücretlerin saptanmasında devlet kuruluşları ve sendika yetkilileri rol oynarlar.

Değişik ülkelerin tabip odalarının katıldığı Dünya Tabipler Birliği’nin (World Medical Association) deontoloji, tıp eğitimi ve standartlar konularında çalışmaları olduğu belirtilmektedir. Etkinliğinin az olduğu gerekçesiyle ABD ve Kanada birlikten çekilmişlerdir. Ayrıca üye ülkeler SSCB, diğer sosyalist ülkeler ve Çin Halk Cumhuriyeti’nin üye olmamasını eleştirmektedirler.

Genel olarak belirtmek gerekirse, ileri kapitalist ülkelerde tabip odalarının yasal yetkileri fazladır. Tabip odaları daha çok üyelerinin ekonomik sorunları ve eğitim sorunlarıyla uğraşmakta, ülkelerin genel demokratik savaşımına ve topluma katkıları az olmaktadır. Çünkü bu ülkelerin büyük çoğunluğunda hekimlerin sendika hakkı ve bir bölümünde de grev hakkı vardır ve daha bilinçli aşamada olan hekimler sendikalarda örgütlenmeyi yeğlemektedirler

Sendika hakkı: 1948’de Birleşmiş Milletler’in kabul ve ilan ettiği İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’nin 23. maddesine göre herkes (kamu görevlileri dahil) sendika kurma hakkına sahiptir. Türkiye de bu bildirgeyi onaylamıştır.

Uluslararası Çalışma Örgütü, 1948’de sendika özgürlüğüne ilişkin 87 sayılı Uluslararası Çalışma Sözleşmesi’nin 2. maddesi ile tüm çalışanlara sendika kurma hakkı vermiş, buna Türkiye olumlu oy vermiş, fakat onaylamamıştır. Uluslararası Çalışma Örgütü’ne üye 150 ülkeden yalnız sekizinde memurlara sendika hakkı tanınmamıştır: Ürdün, İspanya, Liberya, Nikaragua, Ekvador, Peru, Brezilya, Türkiye.

Sendika hakkı ile birlikte grev hakkı ise ülkelerde daha yavaş ilerleme göstermektedir. Tüm kamu görevlilerine resmen grev hakkı tanıyan ülkeler şunlardır: Fransa, İsveç, Kanada, Meksika, Norveç, Dahomey, Fildişi Cumhuriyeti, Madagaskar, Nijerya, Senegal, Togo (sonuncular Fransız hukukundan esinlenen ülkelerdir). Kamu-özel ayırımı yapmadan genel olarak grev hakkı tanımış ülkelerde de dolaylı olarak memurların grev hakkı vardır: İtalya, İngiltere, İsrail, Gana, Nijer, Malezya ve diğerleri.

İleri kapitalist ülkelerde birçok aydın meslek üyesi, meslek örgütlerinde kalmak ya da sendikal örgütlenmeye geçmek konusunda kararsızdır. Birliklerin sendikaya dönüştürülmesi durumunda meslek statülerinin düşeceği görüşündedirler. Sendika tüm üyeleri adına toplu sözleşme yapar. Bu durum ücret ilişkisi içinde bulunan farklı kategorilerin ücretlerinin aynı olmasına yol açabilir. Bu nedenle, meslek üyeleri daha çok, çalışma koşullarının yönetim ile kendi aralarında saptanması gerektiği görüşündedirler. Aydınların çoğu sendikalardan uzaktır, fakat gelecek sendikalarıdır. Çünkü ufukta, yüksek düzeyde kalifiye uzmanların ücretli işçi durumuna dönüşmeleri gibi nesnel bir etmen vardır.

Sosyalist ülkeler

Sosyalist ülkelerde tüm toplumsal örgütler gibi meslek birlikleri ve sendikalar da emekçilerin çıkarlarını korumakla görevlidir. Birliklerin ana görevlerinden biri toplumun gelişmesine, emek üretkenliğinin artmasına ve ekonominin yönetilmesine doğrudan katılmadır. Örneğin, SSCB Anayasası'nın 7. maddesi toplumsal örgütlerin işlevlerini şöyle belirlemiştir:

Madde 7. Meslek birlikleri, Gençlik Birliği, kooperatif ve diğer toplumsal örgütler tüzüklerinde belirtilen görevler uyarınca, devlet ve toplum işlerinin yönetimine, politik, ekonomik ve sosyokültürel sorunların çözümüne katılırlar.

Hekim birlikleri de genel ilkeleri belirtilen bu işlevler doğrultusunda görev yaparlar. Hekim birliklerinin, üyelerin çok yönlü eğitimi (ideolojik eğitim dahil), bilimsel-teknik ilerlemeye katkı, uluslararası ilişkilerin geliştirilmesi gibi işlevleri vardır.

Türkiye

Osmanlı Devleti zamanında ilk meslek birlikleri loncalardır. Türk lonca kuruluşları Avrupa sanayisinin etkileri sonucunda işlevini yitirdi. 1913'te loncalar kapatıldı. 1924 Anayasası herkese dernek kurma hakkı veriyordu. Kısıtlayıcı hüküm yoktu. Fakat 1938'de bir yasayla kısıtlayıcı hükümler kondu. Memurlar yalnızca siyasi kimliği olmayan ve mesleksi amaç taşımayan dernekler kurabileceklerdi. Zaten bu süre içinde memurlar arasında etkili bir örgütlenme de olmamıştı.

1953 yılında 6023 sayılı yasayla Türk Tabipleri Birliği kuruldu. Tabipler Birliği'nin bu yasayla belirtilen işlevleri, üyelerinin çıkarlarını ve halk sağlığını korumaktır. Yasanın kapsamında dilekler ve özendirici öneriler yer almakta, fakat Tabipler Birliği'ne ve tabip odalarına yönetsel hiçbir yetki verilmemektedir.

Tabipler Birliği'nin ve tabip odalarının son yıllarda yaptığı atılım ve ulaştığı aşama, bu yasayı çok aşmıştır. Yapılanlar tam olarak yeterli düzeye gelmiş olmakla birlikte tabip odaları toplumumuza ve demokrasi savaşımına önemli katkıda bulunmuştur. Ülkemizde Tabipler Birliği ve tabip odaları topluma katkıları açısından ileri kapitalist ülkelere göre bile daha ileri düzeydedir.

Ülkemizde tüm meslek kuruluşları gibi tabip odalarının da geleceği sendikalardır. Tüm çalışanların gerçek çıkarları ancak sendikalarla savunulabilir. Artık dünyada sendika hakkı verilir verilmemesi tartışması bitmiştir. Şimdi kamu görevlilerine grev hakkı tanınır tanınmaması tartışılmaktadır.

Karşı görüşler olmakla birlikte, aslında grev sendikacılığın temeli; varlık nedenidir. Grevin toplumun demokratikleştirilmesi için bir etken olduğu ve grev hakından yoksunluğun kişi özgürlükleriyle bağdaşmayacağı belirtilmektedir. Barthelemy, “grevsiz sendika öyle mi? Ne vehim, ne hayal, hattâ ne safdillik,” demiştir. Memur grevine karşı olanların öne sürdükleri gibi eğer bu eylem devlet egemenliğine karşı bir tehlike yaratmış olsaydı, kamu görevlilerinin grevlerine sahne olan birçok ülkede, örneğin Fransa’da devlet egemenliği diye bir şey kalmazdı.

Ülkemizde 1961 Anayasası 46. maddesi ile, tüm çalışanlara ve bu arada kamu görevlilerine sendika hakkı tanınmıştır. Grev konusunda bir hüküm getirilmemiş, sendika hakkının sınırlarını yasa koyucunun saptayacağı, bunun yasa ile düzenleneceği belirtilmiştir. Buna uygun olarak düzenlenen 624 sayılı Kamu Personeli Sendikaları Yasası, memur sendikalarının bir çıkar ve baskı grubu olduklarını kabul etmiştir. Sendikanın mesleki, sosyal ve ekonomik işlevleri öngörülmüştür. Fakat siyasal faaliyet ve eylem yasaklanmış, toplu sözleşme ve grev hakkı verilmemiştir. Bu kısıtlı haklara karşın, 1971’de kamu görevlilerinin sendika hakkı geri alınmıştır. Anayasanın 119. maddesi ile memurların sendikalara girmemeleri açık bir anayasa hükmü durumuna getirilmiştir. Hukuksal olarak memurların sendika kurabilmeleri için bu maddenin değiştirilmesi (yani Anayasa değişikliği) gereklidir. Oysa altında imzamız bulunan anlaşmalar, tüm çalışanlara sendikal özgürlük hakkını onaylamıştır. Ülkemiz bu açıdan çağdaş gelişmelere ters düşmektedir.

Bugün ülkemizde sendika hakkını zorunlu kılan nedenler vardır. Bunların başında memurların mali güçsüzlüğü ve iş güvencesinin sağlanamaması gelmektedir. Tüm bu nedenlerle, tabip odalarının ve tüm demokratik kitle örgütlerinin güncel görevlerinin başında, üyelerinin grevli, toplu sözleşmeli sendika hakkına kavuşması için çalışmak bulunmaktadır.

Ülkemizde Tabip Odalarının İşlevleri ve Öneriler

Türk Tabipleri Birliği ve tabip odaları, demokratik kitle örgütleridir. Demokratik kitle örgütlerinde temel, ideolojik birliğin değil, ortak çıkarların varlığıdır. Demokratik kitle örgütü olarak tabip odalarının işlevi üyelerinin ekonomik-demokratik hak ve özgürlüklerini savunmak ve toplumun genel demokrasi savaşımında gereken yeri almak, bu amaçla diğer demokrasi güçleriyle işbirliği yapmaktır. Doğrudan insan sağlığıyla, insanla ilişkili bir mesleğin örgütü olarak tabip odalarının barış savaşımında, sömürüye karşı savaşımında özel bir yeri vardır. İnsan sağlığını korumak ve bilimin elverdiği en üst düzeye yükseltmekle görevli olan hekimler ve onların örgütleri doğal olarak savaşa, insanların kitle halinde öldürülmesine ve bunlara yol açabilecek her tür harcamaya, silahlanmaya karşıdır. Devlet bütçesinin %45’ine varan askeri harcamalara karşılık, sağlık harcamalarına %2.9 gibi bir payın ayrılmasına karşı çıkmak durumundadırlar. Barış savaşımında yer almak yanında hekimler ve onların örgütleri, her yönden (bedensel, ruhsal, toplumsal) sağlıklı bireylerin ve sağlıklı toplumun oluşturabilmesi için insanın insanı sömürmediği bir toplum düzeninin gerçekleşmesi gerek-

tiğinin bilincinde olmalıdırlar. Her tür sömürüye karşı savaşım, tüm demokrasi güçleri gibi tabip odalarının da en önemli işlevlerindedir.

Tabip odalarının üyelerine yönelik görevleri genel olarak, onların ekonomik-demokratik haklarını, çıkarlarını korumak, geliştirmek ve genişletmektir. Bu görevle ilgili olarak tabip odalarının en önemli işi, grevli, toplu sözleşmeli, sendikal hak savaşımında yerini almaktır. Tüm çalışmalarda gerektiğinde ve olanak olduğunda diğer demokratik kitle örgütleriyle ilişki ve işbirliğine, güçleri bütünleştirmeye önem verilmelidir. Tabipler Birliği ve tabip odaları, bir demokratik kitle örgütü olmanın gerektirdiği demokratiklik ilkesine önem vermeli, çalışmalarında ve kararlarında kitlesinin söz ve karar sahibi olmasını sağlamalıdır. Bu amaçla yönetimle taban arasında sürekli ilişki ve etkileşim sağlanmalı, en geniş kesimin örgüte kazanılması için çaba harcanmalıdır. Bunu sağlayabilmek, üyeleri demokrasi savaşımına katabilmek için üyelerin toplumsal konularda eğitimine önem verilmesi gerekir.

Tabip odalarının toplum sağlığına ilişkin sorumlulukları, diğer işlevleriyle yakından ilişkilidir. Daha sağlıklı bir toplumun oluşturulması çabaları toplumsal gelişmeye önemli katkıda bulunur. Bu amaca yönelik olarak tabip odaları, sağlık konularında sorunların saptanması, değerlendirilmesi ve doğru çözüm yollarının gösterilmesi için çalışmalar yapmalıdır. Sağlıkla ilgili konularda diğer örgüt ve kuruluşları, siyasal partileri ve siyasal iktidarı, kamuoyunu uyarmalı ve eğitmelidir. Toplum sağlığına ve üyelerin hak ve çıkarlarına ilişkin konularda, tabip odaları yönetimde her düzeyde söz ve karar sahibi olmalıdır (Sağlık Bakanlığı, üniversiteler, sağlık kuruluşları, bakanlık dışındaki sağlık örgütleri)

Tabipler Birliği ve tabip odaları toplumumuzda hekimlerle geniş toplum kesimleri arasında var olan ve çıkabilecek olan çelişkileri olanaklar ölçüsünde çözmek, bu çelişkilerin toplumun temel çelişkileriyle bağlantısını göstermek için üyelerine ve kamuoyuna yönelik çalışmalar yapmalıdır.

Tabipler Birliği ve tabip odaları güçlerin birleştirilmesi, çalışmaların etkinliğinin artması ve geniş kesimlere mal olması için diğer demokratik güç ve kuruluşlarla ilişkilere, tabip odalarının kendi aralarında sürekli iletişim ve güç birliğine, dayanışmasına özel önem verilmelidir. Güç ve etkinliğin en yüksek düzeye ulaşması ancak uluslararası ilişkiler ve dayanışmaya bağlıdır. Bu nedenle, uluslararası düzeyde hekim ve diğer sağlık kuruluşlarıyla sürekli ilişki ve işbirliği gerçekleştirilmelidir.

(Ankara Tabip Odası tartışma metni, Aralık 1977)

SAĞLIK KURULTAYI '78'İN ARDINDAN

14 Mart uzun yıllardan beri ülkemizde Tıp Bayramı olarak kutlanır. Tıp Bayramı'nın tarihçesine girmeye gerek yok. İlginç olan, ülkemizde Tıp Bayramı olarak kutlanacak bir durum olmadığı, hekimlerin buna hakkı bulunmadığının oldukça geç fark edilmiş olması. Yıllarca balolarla kutlanan 14 Mart bir gün geldi ki hekimlerce ve geleceğin hekimlerince yadırgandı. Hekimler ve tıp öğrencileri neyi kutladıklarını sordular, araştırdılar ve karar verdiler ki, emekçi halkımızın içinde bulunduğu sağlık düzeyi ve sağlık koşulları açısından bayram olarak kutlanacak bir durum yoktur. Ve seslerini yükselttiler. "14 Mart Tıp Bayramı olarak kutlanamaz". Tüm hekimlerin üst örgütü Türk Tabipleri Birliği'nin de kararıyla bu inançlarını yaşama geçirdiler. 14 Mart hekimler için bir bayram günü değil, halkımızın sağlık sorunlarının tartışılacağı, yapılanların değerlendirileceği, sorunların çözüm yollarının araştırılacağı gündür. 14 Mart artık her hekimin insanların sağlıklı, mutlu ve insanca yaşaması için bir yıl boyunca neler yaptığını değerlendirme günüdür.

Toplumsal yararları bireysel çıkarların üstünde tutan hekimlerin hızla artışının bir göstergesi olarak tabip odalarımız, 14-21 Mart haftasının "Sağlık Haftası" olmasını onaylamışlardır. Üç yıldır her tabip odası hafta boyunca hekimleri, tüm sağlık personelini ve kamuoyunu aydınlatıcı, yetkilileri uyarıcı çalışmalar düzenlemektedirler. Sağlık haftası boyunca ülkemizin çeşitli sağlık sorunları bilimsel olarak değerlendirilmekte, yerel ve genel sorunlar tartışılmakta, çözüm yolları araştırılmaktadır.

Türk Tabipleri Birliği daha sonraki bir kararıyla, yerel olarak yapılan çalışmaların her yıl bir kentte yoğunlaştırılmasını, bir kurultay biçiminde geliştirilmesini kararlaştırmıştır. Bu yıl Ankara'da Türk Tabipleri Birliği adına Ankara Tabip Odası'nın düzenlediği "Sağlık Kurultayı '78" bu kararın ürünüdür. Sağlık Kurultayı'nın amacı, sağlık emekçilerinin sorunlarına, halkın sağlık sorunlarına ve bu sorunların çözümüne ışık tutacak bilgilerin toplanması, demokratik olarak tartışılması, sorunların temel nedenlerinin ortaya konması ve varılan sonuçların halkımıza ve yöneticilere duyurulmasıdır. Bu amaçlar açısından 14 Mart 1978'de ülkemiz hekimleri temel bir görevlerini yerine getirmişler, Sağlık Kurultayı '78 tüm eksikliklerine karşın amacına ulaşmıştır.

Sağlık Kurultayı'na tüm ülke çapında 60 üzerinde uzman kişi, demokratik örgüt temsilcileri, toplum içinde çalışan hekimler ve sağlık emekçileri, öğrenciler, yöneticiler katılmış, seslerini kamuoyuna duyurmuşlardır. Tartışılan konularda, sorunların temelde ülkemizin içinde bulunduğu sosyoekonomik yapıdan, yani dış bağımlı kapitalist düzenden kaynaklandığı sonucuna varılmıştır. Bu temel gerçek gözden uzak tutulmaksızın kapitalist üretim ilişkileri içinde, işçi sınıfımız ve emek-

çi halkımız yararına, kazanım niteliğinde değişiklikler üzerinde de önemle durulmuş, bu doğrultuda birçok öneri getirilmiş, önlemler saptanmıştır. Varılan sonuçların yetkililere, siyasal iktidara yol gösterici nitelikte olmasına karşın, yetkililerin Sağlık Kurultayı'na ilgisi az olmuştur. Oysa CHP ağırlıklı hükümet yetkililerinin ülkemizin en önemli sorunları arasında sayılabilecek sağlık konularına daha çok ilgi duymaları beklenirdi. Çünkü söz konusu olan, tüm değerlerin yaratıcısı insan, insanın sağlığıdır. Bu ilgisizliğe karşın, Türk Tabipleri Birliği ve Tabip Odamız, Kurultay sonuçlarını yetkililere iletmeyi görev sayacak, gerekli önlemlerin alınması için ilgilileri uyacaktır.

“Sağlık Kurultayı ‘78”de sağlık emekçilerinin sorunları ve toplumumuzun belli başlı sağlık sorunları ele alınmıştır. Kurultay’da tartışılan temel konular şöyledir:

Siyasal partilerin sağlık politikaları,

Ülkemiz gerçeklerine göre sağlık politikası,

Ülke gerçeklerine göre hekim yetiştirme politikası, ilaç sorunu,

Türkiye’de işçi sağlığı sorunları,

Ülke gerçeklerine göre hekim dışı sağlık personeli yetiştirme politikası,

Tıpta uzmanlık eğitimi,

Tıpta sürekli eğitim,

Ruh sağlığı,

Yaşlılığa bağlı sağlık sorunları,

Kentleşmenin getirdiği sağlık sorunları,

Tabip odalarının halk sağlığı ve hekimlerin meslek uygulamaları açısından yetki ve sorumlulukları.

Ayrıca çeşitli kişi ve kuruluşlar kurultaya serbest bildirimler sunmuşlardır. Televizyonda yer alan bir açık oturumda “Sağlık Örgütlenmesi ve Genel Sağlık Sigortası” konusu tartışılmıştır. Kurultay programı içinde “Halk Sağlığı” konulu bir karikatür yarışması düzenlenmiş; ödül dağıtımı yapılmış ve karikatürler sergilenmiştir. Aynı zamanda “Tıp Eğitimi” konulu bir yarışma düzenlenmiştir. Sağlık haftası boyunca uzman kişilerin katkılarıyla değişik sağlık konularında halkı aydınlatıcı radyo konuşmaları yapılmıştır.

Kurultay boyunca, çeşitli oturumlarda dile getirilen ülkemizin sağlık gerçekleri şöyle özetlenebilir:

- Sağlık sorunları toplumun genel sorunlarıyla ve ülkenin sosyoekonomik yapısıyla iç içedir. Sağlık alanındaki temel çelişki, toplumsal bir hizmet olması gereken sağlık hizmetinin alınıp satılan bir ticaret metası olmasıdır. Sağlık sorunlarının çözümü için bu çelişkinin giderilmesi gerekir.

- Yasalar işlememektedir. Özellikle Anayasa'nın 49. maddesi, 224 sayılı Sosyalleştirme Yasası işlerliğe kavuşturulmalıdır. Tüm sağlık hizmetleri Anayasa'nın 49. maddesi uyarınca devletçe ele alınmalıdır. Ülkemiz gerçeklerine uygun sağlık örgütlenme modeli sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesidir. Sosyalleştirme ülke çapında yaygınlaştırılmalı, gerekli koşulları sağlanmalı, işlerliğe kavuşturulmalıdır. Kurultay'da verilen bilgilere göre, eğer Sosyalleştirme Yasası öngörülen biçimde gerçekleştirilmiş olsaydı, bugün kişi başına düşen milli gelir 2200 TL daha fazla olacaktı.*
- Tıp fakülteleri ve diğer sağlık bilimleri okulları ülkemiz gerçeklerine göre değil, ileri kapitalist ülkelerden aynen benimsenmiş yöntemlerle, düzene uygun hekimler ve sağlık personeli yetiştirmektedir. Geleceğin sağlık görevlilerine toplum gerçeklerine uygun, üretime yönelik eğitim verilmelidir. Öğrenciler yönetimde söz ve karar sahibi olmalıdır.
- İşçi sağlığı alanında, çağdaş sağlık ilkelerine göre öncelik verilmesi gereken koruyucu sağlık hizmetlerine hiç yer verilmemektedir. İş kazaları cinayet düzeyindedir. İşverenlerin Sosyal Sigortalar Kurumu'na beş milyar TL borçları vardır. İşverenler borçlarını hemen ödemeli ve bu para koruyucu hizmetlere yatırılmalıdır. İşçi sağlığı oturumunda, işçi sağlığı ve iş güvenliği konularının daha derinlemesine ele alınabilmesi için, yakın bir gelecekte bir İşçi Sağlığı Kurultayı düzenlenmesi kararına varılmıştır.
- Yaşamsal önemi olan ilaç, ticaret metası olmamalıdır. İlaç hammadde ithalatı, giderek ilaç sanayisi devletleştirilmelidir.
- 1953 yılında çıkarılmış olan ve günün koşullarına uymayan 6023 sayılı Türk Tabipleri Birliği Yasası yeniden düzenlenmeli, tabip odalarının yetkileri artırılmalıdır.
- Tüm sağlık kuruluşlarında çalışanların her düzeyde yönetime katılımı sağlanmalıdır.

14 Mart 1978'de emekçi halkımızın tüm sorunları gibi ve onlarla yakından ilişkili olarak, sağlık sorunları da önemli boyutlardadır. Ancak kapitalizmin çelişkileri gün geçtikçe artmakta ve daha ileri bir toplum düzeninin tohumları da her geçen gün biraz daha büyümekte, gelişmektedir. Sermayeden değil, emekten, sömürenden değil, sömürülenden yana olanların sayısı her gün biraz daha artmaktadır. 14 Mart 1978 ve Sağlık Kurultayı '78 hekimlerimizin, tüm demokrasi güçleriyle birlikte, emeğin yanında savaşımının güçlenişinin göstergesi olmuştur.

*Yazarın notu: O yıl kamuda çalışan uzman hekimin ücreti yaklaşık 15-20 bin TL idi.

(Politika, 10 Nisan 1978)

“TOPLUM VE HEKİM” DERGİSİNİN ELEŞTİRİSİ

Genel Değerlendirme

1978 yılı başından beri yayını sürdürmekte olan *Toplum ve Hekim* dergisi, başlangıçta onaylandığı biçimiyle, odalar arası bir dergi yayın kurulunca planlanacak, izlenecek ve denetlenecekti. Derginin genel ilkeleri ve politikası bu kurulca saptanacak, yürütme Merkez Konseyi'ne ait olacaktı. Bilindiği kadarıyla, bu kurul şimdiye değin bir kez toplanmıştır.

Şu ana kadar çıkan sayılar gözden geçirilirse genel olarak aşağıdaki aksaklıklar saptanacaktır:

1. Bir yayın olarak derginin temel işlevi eğitimidir. Eğitim planlamasının ilk aşaması genelde amaç saptanmasıdır. *Toplum ve Hekim* dergisinin genel amacının ne olduğu, hangi grup ya da kişilere yönelik olduğu belli değildir. Genel olarak hekimlerin bilgilerini artırmak dense bile, bu hekimlerde ne gibi değişiklikler oluşturması, ne gibi yeni davranışlar kazandırmak istediği belli değildir.
2. Amacı belli olmadığı için derginin genel bir planı da yoktur. Her sayı gelen yazıların edilgin (pasif) olarak bir araya getirilmesinden oluşmaktadır. Oysa saptanmış bir plan ve program olsa, etkin (aktif) olarak yazı toplamak ve belirli kişi ve grupları çalışmaya katmak olanağı olacaktır.
3. Ortak Yayın Kurulu çalışmadığı için derginin değerlendirilmesi yönü de işlememekte, kişilerin ya da odaların resmi olmayan uyarılarından ibaret kalmaktadır.

Sonuç olarak denebilir ki dergi bugünkü durumuyla çağdaş eğitim ilkelerine uygun olarak planlanan bir yayın olmaktan uzaktır. Ancak genel çizgileriyle, Tabipler Birliği yayınından çok, bugünkü koşullarda bir toplum sağlığı bölümünün dergisine benzer niteliktedir.

İçerik Yönünden Eleştiriler

Dergi, halen okunacak ve okuyan kişilere yeni özellikler kazandırarak onları katkı sağlayacak bir yayın niteliğinden çok, genel olarak bir referans yayın niteliğindedir. Başka bir deyişle, toplum sağlığı alanında bir konuya ilgi duyan bir kişi dergileri tarayarak başka bir yerde bulamayacağı bilgileri elde edebilecektir. Derginin bugünkü niteliği bir örgüt yayınından çok, bir toplum sağlığı dergisidir. Bir meslek kuruluşu dergisinin başka özellikleri de olması gerekir. Örneğin, örgütsel haberler vermeli, üyeleri toplumsal yaşamın değişik alanlarına yönelik bilgilendirme işlevi taşımalıdır.

İçerik yönünden eleştiriler şu başlıklar altında incelenebilir:

1. *Toplumsal konular*: Dergide çok az yer alıyor ve bir örgüt yayınının temel işlevlerinden biri yeterince yerine getirilmemiş oluyor.
2. *Örgüt haberleri*: Özellikle değişik odalardaki çalışmalarını, olayları yansıtan örgüt içi haberlere az yer veriliyor. Bu bölümün genişletilmesi ve odaların katkıda bulunmaya özendirilmesi gerekli. Bu bölümde yer alan yazılar, genel olarak Türk Tabipleri Birliği (bağlı odalar) çalışmalarını değil, Merkez Konseyi'nin çalışmalarını yansıtıyor.
3. *Genel (güncel) haberler*: Ülke çapında geçerli genel (güncel) haberler dergide yeterince yer almıyor. Böyle bir bölüm kesinlikle dergide yer almalıdır. Örneğin, işkence konusunda çok duyarlı olmak, basında yer alan ya da odalara ulaşan tüm haberleri ve yakınmaları değerlendirmek ve sergilemek gerekir.
4. *Toplum sağlığı konuları*:

Dergi genel olarak bir toplum sağlığı dergisi niteliğinde olmakla birlikte, bu alanda dergide yer alan yazılar belirli bir plan içinde sunulmamaktadır. Bu alandaki diğer aksaklıklar şöyle özetlenebilir:

Yetersizlikler

Yazılar hem bilimsel, hem de teknik açıdan yetersiz çıkıyor. Bu da yazıların redaksiyonunun sınırlı olduğunu düşündürüyor. Örnekler:

Sayı 13, Sayfa 11: Ana ölüm hızı binde olarak ve “ana ölüm oranı” diye belirtilmiş.

Sayı 18, Sayfa 19: Bebek ölüm hızı “bebek ölüm oranı” diye belirtilmiş.

Sayı 18, Sayfa 21: Ana ölüm hızı on binde 75 denmiş, oysa doğrusu on binde 15.

Sayı 25, Sayfa 26: Kaynakça belirtilmesi gerekirdi.

Sayı 24: UÇY (Uluslararası Çocuk Yılı) özel sayısı olarak çıkarılmış olmasına karşın, dergideki ana yazı 1976 yılına ait bir çeviridir. Yayının başlığı “son eğilimler” sözlerini içermektedir. Temel yazının, ya daha yeni bilgileri kapsayan bir yazı, ya da ülkemize ait özgün bir çalışma olması gerekirdi.

Sayı 24, Sayfa 52-64: Bu çalışmanın tabloları kesinlikle tablo tekniğine aykırıdır.

Örnekler çoğaltılabilir. Durum, toplum sağlığı uzmanlarından yararlanılmadığını düşündürmektedir.

- 4.1. Yinelemeler ve boş yazılar: Aynı konuları ele alan, kaç kez yazılmış konuları yineleyen çok yazı var. Örnek, Sayı 19, S. 40; Sayı 14, S. 37.
- 4.2. Grup çalışmaları: Kişi adıyla yayımlanan yazılar ağırlıkta. Grup çalışmalarını özendirmek gerekli.

- 4.3. Yanlış içerikli yazılar: Derginin genel çizgisine uymayan yazıların yer alması özellikle sakıncalıdır. Dergide zaman zaman gözlenen bu durumun önlenmesi için daha seçici olmak gerekir. Örnek; Sayı 22, S.60.

Toplum sağlığı alanında özel konulara yönelik eleştiriler

- 4.4. Genel pratisyenliğe yönelik yazılar: Birinci basamakta tedavi edici hekimlik toplumsal sağlık hizmetinin önemli bir yönüdür. *Toplum ve Hekim*'in şimdiye kadar çıkan sayılarında, toplum sağlığının bu yönü sistemli biçimde ele alınmamıştır. Bu alanda toplumsal açıdan önemli sağlık sorunlarıyla ilgili hatırlatıcı bilgiler ve yeni gelişmelere yer vermek ilgiyi artırılabilir. Bu konuda, planlı olarak klinik uzmanlardan yazı istenmeli, özellikle sosyalist ülkeler uygulamaları daha sık ve düzenli, çeviri ya da derlemeler biçiminde aktarılmalıdır (olumlu örnek, Sayı 20, Sayfa 68'deki Dr. Selçuk Alsan'ın yazısı).
- 4.5. Güncel sağlık konuları ve sorunları: Güncel olarak önem kazanan sağlık konularına zamanında yer verilmelidir. Böyle konuların değişik yönlerine değinen kapsamlı yazılar yayımlanmalıdır. Örneğin, yakın zamanlarda güncellik kazanan kuduz (uygulamada SSBY'nin yaptığı yanlışlar, doğru yaklaşım biçimleri), enfeksiyöz Hepatit salgını, vb.
- 4.6. İşçi sağlığı: Dergide sürekli bir işçi sağlığı bölümü olmalı, bu alana ilişkin sorunlar sürekli sıcak ve diri tutulmalıdır. Şimdiye değin, bu konu da, eğer yazı gelirse dergide yer almaktadır.
- 4.7. Sağlıkla ilgili yasalar: Hekimlerle, halk sağlığıyla ilgili yasalar hakkında bilgi verici, eleştirel yazılara yer verilmelidir. Yasaların uygulanmayan yönleri konusunda kamuoyu oluşturucu, eksik ve aksak yönlerini ele alan yayın yapılmalı, ilgili ve yetkililer uyarılmalıdır. Aynı konuda, insan sağlığı ile ilgili yargı kararları duyurulmalıdır.
- 4.8. Dünya Sağlık Örgütü yayınları: Dünya Sağlık Örgütü'nü tanıtıcı, çalışmalarını hakkında bilgilendirici, yeni uygulamaları ve önerilerini duyuran yazılar düzenli olarak yer almalıdır. Dergide çıkan bu alana ilişkin yazılar, genellikle uygulamada ülkemiz için çok fazla yararı olmayan çeviri yazılarını kapsamaktadır. Oysa örgütün pek çok yayını vardır ve bunların bir bölümü, ülkemiz sorunlarını da ilgilendiren, somut öneriler içermektedir.
- 4.9. Çeviriler: Çeviri, özel çalışma ve deneyim gerektirir. Bazı çeviriler doğrudan (sözcük anlamıyla) çeviri olduğundan ve deneyimsiz kişilerce yapıldığından anlaşılması güç oluyor. Genç arkadaşların ve öğrencilerin yaptığı çeviriler, daha deneyimli bir kişi ya da konunun uzmanınca, asıl metinden denetlenmelidir. Ayrıca içeriksel açıdan, çevirilerin bilinçli bir seçimden sonra yapılması, daha yararlı olabilir.

Yöntem ve Araçlara İlişkin Eleştiri ve Öneriler

Salt bilimsel inceleme – araştırma – derleme ağırlıklı bir yayının geniş kitlece okunabilirliği sınırlıdır. Bu tip yazılar derginin en çok yarısını kapsamalıdır. Değişik yöntem ve araçlarla (karikatür, öykü, ilginç olaylar, desen, şiir, fotoğraf, röportaj) derginin kuruluğu giderilmeye çalışılmalıdır. (ATOBA ve TOB’larda bu yöntemlerin başarılı örnekleri vardır.) Örneğin, zaman zaman Dr. İhsan Ünlüer’den yararlanılabilir.

Belirli bir birikim olunca, belirli aralıklarla “özel sayılar” çıkarılabilir.

Planlama ve Uygulamaya İlişkin Genel Öneriler

Eleştiriler bölümünde önerilerin bazılarını eleştiriyile birlikte değinildi. Dergiyi daha başarılı bir yayın durumuna getirebilmek için planlama ve uygulamaya ilişkin genel öneriler ve diğer özel öneriler şöyle sıralanabilir.

1. Planlama:

Odalar arası ortak yayın kurulu yeniden oluşturulmalı ve bu kurul işletilmelidir. Bu kurul, derginin genel ilkelerini saptamalı, genel planını yapmalıdır. Kurul, daha sonra planın denetim ve değerlendirme işlevini yerine getirmelidir.

Planlama:

- 1.1. Derginin genel amaçları saptanmalı, hangi gruplara yönelik olduğu ve bu kişilere ne gibi yeni nitelikler kazandırmayı amaçladığı kararlaştırılmalıdır.
- 1.2. Derginin yıllık programı yapılmalıdır.
- 1.3. Belirli aralıklarla (örneğin, üç ayda bir) değerlendirme toplantıları yapılmalıdır.
- 1.4. Örnek: Planlama ayrı bölümler için ayrı ayrı gerçekleştirilebilir. Siyasal yön, toplum sağlığı konuları, güncel konular, örgütsel haberler, kültür sanat konuları gibi.

2. Uygulama:

Plana göre uygulama Merkez Konseyi yayın kuruluna ait olmalı, odalara genel program konusunda bilgi verilerek, özellikle çalışma gruplarının katkıları istenmelidir. Belirli konularda odalara görev verilmelidir. Üç büyük odada yayın kurulları oluşturulmalı, bu kurullar dergiyeye kaynak sağlanması istenen konularda çalışma gruplarına görev verme, dergiyi değerlendirme, Merkez Konseyi’ne öneri götürme görevlerini üstlenmelidir. Odalara derginin belirli bölümlerinden sorumlu olma görevi de verilebilir.

Görüldüğü gibi, dergiyi daha ileriye götürebilmek için daha sistemli ve planlı bir ekip çalışması gereklidir.

2.1. Toplum sağlığı alanındaki bilimsel araştırma-inceleme-derleme yazıları derginin en çok yarısını kapsamalıdır. Bu alandaki yazıların değerlendirme ve düzeltme görevi Ankara Tabip Odası'na verilirse ATO bu görevi yerine getirebilir.

2.2. Derginin en az ¼'ü meslek dışı sosyoekonomik ve siyasal konulara ayrılmalıdır. Özellikle güncel olan konularda eğitici özellikte yazılar hazırlanmalı ve dergide yer almalıdır. (Örneğin, baskı yasaları, güç ve eylem birliği, cephe konusu, faşizm, kıyımaya uğrayanların izleyecekleri yol, işkenceye karşı tabip odalarının görevleri gibi).

2.3. Günlük olaylarla ilgili ve örgütsel olayları da kapsayan geniş bir haberler bölümü dergide yer almalıdır.

2.4. Kültür – sanat konularını içeren ayrı bir bölümün dergide yer alması düşünülebilir. Örneğin, sanatçı hekimlerin ürünlerine yer verilebilir; Ceyhun Atıf Kansu'yu anma ve ürünlerine yer verme düşünülebilir.

2.5. Derginin sonuna toplumsal içerikli sağlık literatürünü tanıtan bir “yayınlar” bölümü eklenebilir. Burada yerli ve yabancı yayınlar eleştirilip tanıtılabilir.

2.6. Özet olarak önerimiz, derginin dört ayrı bölümden oluşmasıdır:

- Toplum sağlığı
- Sosyoekonomik ve siyasal konular
- Güncel haberler ve örgüt haberleri
- Kültür – sanat konuları

Bu önerileri gerçekleştirebilmek için daha düzenli ve sistemli, tüm kaynakları toplayabilecek bir ekip çalışması ve profesyonel gazeteci çalıştırmak uygun olacaktır.

Derginin Teknik Yönden Değerlendirmesi Ve Öneriler

1. “Yazarlara Bilgi”:

Bu bölümün her sayıda tam sayfa yinelenmesi gereksizdir. Girmesi zorunlu ise, arka sayfalarda küçük punto ile bir çerçeveye alınabilir.

2. “Söyleşi”:

“Söyleşi”ler, “İçindekiler”in kuru ve gereksiz bir yinelemesinden öteye gitmiyor. Eğer her sayı için böyle bir sunuş yazısı gerekli görülüyorsa, o ayın toplumsal gelişimiyle örülü olmalı, bir başyazı ve yorum niteliği taşımalıdır. (Teknik olarak bir sayfayı aşmamalıdır.)

3. Kapaklar:

3.1. Dış kapaklar: İyi değerlendirilmiyor. Ön ve arka kapak mutlaka fotoğraf, desen ya da karikatürle değerlendirilerek daha ilgi çekici bir duruma getirilmelidir.

- 3.2. İç kapaklar: Hiç değerlendirilmiyor. Duyuru, belge, desen, karikatür gibi malzeme ile değerlendirilmesi gerekir. İç kapağa “İçindekiler” konabilir. (1. sayfa düzeni için başarılı örnek, ATOB, sayı 2.)
- 3.3. Kapak rengi: Son sayılarda tek renk kullanılıyor. Her sayı için değişik renk kullanılması dergiyi tek düzelik ve birbirine karışmaktan kurtarır.

4. Başlıklar

- 4.1. Başlık düzeni: Her yazının bir başlığı olmalı. Başlıksız yazı: Sayı 16, Sayfa 27. Haberin başlığı “Haber” olmaz (Sayı 16, Sayfa 67). Başlık düzeninde bir yenileme ve değişiklik gerekli. Başlıklar tekdüze, ilgi çekici değil.
- 4.2. Başlık uzunluğu: Başlıklar uzun ve gereksiz ayrıntıyı içermemeli. Yazının özünü yansıtacak birkaç sözcüğü geçmemeli (ilke olarak iki satır), slogana kaçmamalıdır.
- 4.3. Ara başlıklar: Özellikle uzun yazıları sıkıcı olmaktan kurtarmakta çok önemli bir araçtır.

Ara başlıklar hiçbir zaman başlıkla aynı karakterde olmamalıdır (Yanlış uygulama örneği: Sayı 3, Sayfa 59).

- Yazıda birkaç tür ara başlık kullanmak zorunlu olabilir. Bu durumda her kategori ara başlığın punto karakterinin ayrı olması gerekir. Yanlış uygulama örnekleri; Sayı 5, sayfa 26-37; sayı 5, sayfa 43-51; sayı 6, sayfa 13-17. Metin içindeki değişik düzeyde ara başlıklar; büyük-küçük harf, siyah-beyaz, değişik boy puntolarla yazılarak tek düzelikten ve karışıklıktan kurtarılmalıdır.
- Ara başlıkların alt ve üstünde yeterli boşluk olmalıdır.
- Ara başlıklar, değişik mizanpaj yöntemleriyle daha belirgin ve ilgi çekici, yani okumayı özendirici duruma getirilebilir. Örneğin, ara başlık alttan, üstten çift çizgi arasında verilebilir; altı çizili olabilir, ilk harfin başına siyah leke konabilir; dikdörtgen ya da kare içine alınabilir; ya da başlıklara uygun desenler gömülerek kompozisyon oluşturulabilir.

5. Boşluklar:

Sayfa düzenlemesinde önemli bir öğedir. Sayfa tıksık tıksık değil, rahat olmalı, bir bakıma “soluk almalıdır” (Özellikle, başlıklar, ara başlıklar paragraflar ve metin-resim arasında).

6. Dipnotlar ve Kaynakça:

Kesinlikle metin yazısından daha küçük punto ile dizilmelidir (İdeali 6 punto). Dipnotları ve kaynakçada geçen yapıt ya da yayın adları “italik” dizilmelidir (Başarılı örnek: Sayı 5, Sayfa 37).

7. Tablolar:

Değişik punto ve çerçevesi verilirse sayfa hareketlilik ve renk kazanır. Çıkan yazıların tabloları sıklıkla tablo tekniğine uygun değildir. Redaksiyon sırasında tablo tekniğine uygun duruma getirilmeleri gerekir. Yani, her tablonun bir başlığı olmalı, başlık kolayca anlaşılabilmesi, tablodaki verilerin neyi gösterdiğini belirten tanımlamalar kesin ve açık olmalıdır, vb.

8. Alıntılar:

Alıntılar değişik punto ile ve içerlek olarak verilmelidir.

9. Yazıların uzunluğu:

Yazıların uzunluğu belirli bir ölçüyü aştığında derginin broşüre dönüşme tehlikesi vardır. Böyle durumlarda, yazının mutlaka çıkması gerekiyorsa, broşür ya da dergi eki olarak yayımlanmalıdır (Örnek, sayı 24).

10. Dizin:

1978 -1979 için çıkarılmış olan dizin, dergilerde çıkmış "İçindekiler" bölümlerinin sıralanmasından ibarettir ve dizin tekniğine uygun değildir. Yazıların yazar soyadı ya da konu başlığına göre ya da her ikisi ayrı ayrı, alfabetik olarak dizilmesi gerekirdi.

*ATO*B ve *TO*B için ve *Toplum ve Hekim* için iki ayrı dizin, bir sayıda ek olarak çıkarılmalıdır. Her dizin, yazar soyadına ve konu başlığına göre alfabetik sıralanmış iki ayrı bölümden oluşmalıdır.

(*TTB toplantısına sunum için hazırlanan metin, Şubat 1980*)

YENİ YAYIN DÖNEMİNDE “TOPLUM VE HEKİM”E İLİŞKİN GÖRÜŞLER

Giriş

Toplum ve Hekim'in günümüz koşullarında yeniden yayımlanabiliyor olması, hiç kuşku yok, çok sevindirici bir gelişmedir. Bu nedenle, gerek Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi'ni, gerek dergiye tüm emeği geçenleri kutlamak boynumuzun borcudur.

Ancak bu borç, bize aynı zamanda, derginin yeniden çıkışı karşısında önemli bir sorumluluğu anımsatmaktadır. Bu sorumluluğun gereklerini yerine getirmek, toplum hekimliğine, *Toplum ve Hekim*'e gönül vermişlerin hem hakkı, hem de görevi olmalıdır. Eleştirimiz, genelde bu anlayışa dayanıyor. Amacımız, daha nitelikli, daha çok okunan bir *Toplum ve Hekim*'e katkıda bulunmaktır.

Genel Değerlendirme*

Derginin genel olarak değerlendirilmesinde, amacının ve kime yönelik olduğunun açık ve net olarak saptanmadığı anlaşılıyor. “Başlarken” ve “Okurlarımıza” yazılarında belirtildiği gibi, eğer amaç “sürekli eğitim” ise, eğer amaç “*hekim arkadaşlarımıza hastalık teşhis ve tedavisinde yararlı olacak kısa ve öz yazılar ile hekimliğin toplumsal yönlerini işleyen yazıları sunmak*” ise, dergi, yakın zamanlarda bu amaca yönelik olarak yayımlanan pek çok yayımla rekabet edebilecek nitelikte olmalıdır: Örneğin, *Literatür, Türkiye Klinikleri, Yeni Tıp Dergisi*, bazı ilaç firmalarının yayınları, vb. Ayrıca, amaç saptama ve bu amaca yönelik yayın yapma, yalnızca yayın kurulunun değil, Türk Tabipleri Birliği genel politikasının ve çalışmalarının bir parçası olarak ele alınmak durumundadır.

Eğitim planlamasının genel ilkeleri bellidir. Dergiye genel bir bakışla edinilen izlenim ise, en azından bu sayı için, etkin (aktif) bir planlamanın söz konusu olmadığıdır. Görüldüğü kadarıyla tıbbi yazılar, yayın kurulunun planlaması sonucu değil, edilgin biçimde, rastgele yazı toplayarak elde edilmiştir. Yazıların içeriği, ne halk sağlıkçı, ne de tıp eğitimi gereksinimi olan hekimler için doyurucu olabilecek düzeydedir. Bu sayıda genel olarak, amacı ve sonucu net olamayan derleme niteliğinde yazılar yer almış. Bu anlamda, en alçakgönüllü, ancak sürekli eğitim yönünden en yararlı olabilecek, amacı ve sonucu belli olan yazı “Pediatriye uzun süre antikonvülviz tedavi” başlıklı yazıdır.

Eğer amaç sürekli eğitimse, toplumsal açıdan önemli hastalıklarla ilgili bilgiler dergide birinci planda, ağırlıklı olarak yer almalıdır. Böylece pratik içindeki hekimlerin somut gereksinimlerine yanıt verilmiş olur. Oysa, dergide yer alan tıbbi

yazıların başlıklarına bakılarak bile, yazıların amaca uygun olmadığı görülebilir. Bir örnek olarak, bir yazının başlığını ve yazıdan bir tümce vermek isterim:

“Geç Distal Musküler Distrofi (Bir Olgu Bildirisi).”

“Ülkemizde çok ender görülmesi nedeniyle bu tek olgunun yayımlanmasını yararlı bulduk.”

Tıbbi yazıların yanında diğer bölümlerdeki yazıların daha başarılı olduğu ilk bakışta dikkat çekiyor. Örneğin, oda çalışanlarından haberler ve “basından seçmeler” bölümleri oldukça başarılı. Bu bölümler genişletilip geliştirilebilir. Oda çalışmaları bölümü olanaklar ölçüsünde çok sayıda tabip odasını kapsamalıdır. “Dünyada tıp ve sağlık sorunları” bölümü, ilkesel olarak çok uygun olmakla birlikte, daha geniş kapsamlı bir tarama ve seçme gerektirir.

Örnekler

Kısaca yaptığım genel değerlendirmeden sonra, özellikle tıbbi yazılardan bazı somut örnekler vereceğim. Değineceğim noktalar, yazıların geniş kapsamlı, ayrıntılı bir eleştirisi değil, yalnızca önemli gördüğüm bazı örnekler olacak.

Teknik olarak, dergideki tüm yazılarda noktalama ve yazım yanlışları çok fazla. Bu yanlışlıklar, iyi bir redaksiyonla kolaylıkla düzeltilebilecek basit aksaklıklardır. Örneğin, ‘prevolence’, ‘humeral’ (S. 4), ‘distrafi’ (S. 42), ‘erezyon’ (S. 93) gibi yanlışlıklar, derginin ciddiyetiyle bağdaşmıyor (özellikle de bunlar yazı başlığında yer alıyorsa). Bazı yazılarda yer alan tablolar da tekniğe uygun değil (S. 4, 5, 13).

Tıbbi yazıların içeriğine gelince, genel değerlendirmede de değindiğim gibi, yazıların genel olarak sürekli eğitime yönelik olmadığını söylemek olanaklı. Bazı yazılar, belki de araştırma dergilerinde yer alabilecek nitelikte (örneğin, “Türkiye’de Ağız Boşluğunda Meydana Gelen Tümörlerin Değerlendirmesi”).

Genel olarak Türkiye’deki veri eksikliğinden kaynaklanan ve sık rastlanan birtakım zorlamalar, dergideki yazılarda da yer yer görülmektedir. Örneğin, “Çocuklarda ve Genç Erişkinlerde Kalp Hastalıkları” başlıklı yazıda, Türkiye’de doğuştan kalp hastalıklarının niçin önemli bir sorun olması gerektiği sorusunun yanıtı ilginç biçimde veriliyor:

1. Kuzey Amerika ve Avrupa’da hastalık oranı binde 6-8’dir.
2. Tüm memeli hayvanlarda, doğuştan kalp hastalığı görülmektedir.

Benzer bir yanışa, “Dünya’da ve Türkiye’de Diyabetes Mellitus Epidemiyolojisi” başlıklı yazıda düşülmüştür. Yazıda, Türkiye’de bu alanda yapılmış araştırmalar derlenmiş, Türkiye ile ilgili sıklık hızı çıkarılmış, grafiklerle değerlendirmeler yapılmıştır. Oysa yapılan araştırmaların tümü, pasif sürveyansa dayalıdır, hiçbirisi uygun tekniklerle yapılmamıştır. Kaldı ki, salt glikozüri taraması diyabet tanısı için yeterli değildir. Yazıdan çıkarılabilecek tek sonuç, Türkiye’de şimdiki değin yapılmış araştırmalar içinde, diyabet epidemiyolojisi ile ilgili sonuç çıkarmaya elverişli bir araştırma olmadığıdır.

Aynı yazıdaki insidans – prevalans tanımlarının (S. 7), önemli bir yanlışlık sayılması gerekir. Ayrıca birkaç sayfa sonra prevalansa sıklık, insidansa yaygınlık denerek, yazının kendi içinde de çelişkiye düşülmüştür (S. 11).

Derginin ilk sayısı üzerine yukarıda özetle değindiğim aksaklıklar, daha kapsamlı bir inceleme çerçevesinde çeşitlendirilip derinleştirilebilir. Ancak yayın kurulunun dikkatini çekmek açısından, kısaca değindiğim örneklerle yetiniyorum.

Toplum ve Hekim'in gelecek sayılarında eksikliklerini gidererek daha nitelikli bir düzeye ulaşacağına inanıyorum.

* Değerlendirmeler, **Toplum ve Hekim**, Cilt 6, sayı 33 (Haziran 1984) ile ilgilidir.

(Tartışma metni, Eylül 1984)

HEKİMLİK SORUNLARI VE TTB'NİN GÖREVLERİ

Sayın Başkan ve delegeler, sayın meslektaşlarım, değerli konuklar,

Sizlere, hekimlerin güncel ve ivedi sorunları ile mesleğimizin varlık nedeni olan halk sağlığının bugünkü durumu karşısında, TTB-MK'nin ve odalarımızın görevlerine ilişkin görüşlerimi açıklamak istiyorum. Bugün TTB'yi MK'yle, odalarıyla, çok önemli görevler beklediği düşüncesindeyim. Gerek hekim hakları, gerek halkımızın sağlık sorunları TTB'ye önemli sorumluluklar yüklemektedir. Bu sorumluluğu tüm arkadaşlarımızın duyduğuna hiç kuşku yoktur. Sorun, bu sorumluluk karşısında çalışma biçimimize, yöntemlere karar vermektir. Bu nedenle önemi artan Kongremizin, seçilecek MK'nin “olabileceğin en iyisi” olması için çaba göstermenin yanı sıra; hekim hakları, halk sağlığı ve insan hakları için önemli kararları alarak yeni MK'ye yol göstermesinin yaşamsal önemde olduğuna inanıyor, bunun gerçekleşmesini diliyorum.

Bir toplum hekimi olarak, söze halk sağlığından başlamak istiyorum. Hepimizin bildiği içler acısı görünümüne, satır başlarıyla değineceğim. Bugün halk sağlığı sorunları her yönüyle içinden çıkılmaz boyutlara ulaşmıştır. Artık çağdaş sağlık kavramını bir yana bıraktık; gelişmiş ülkelerde binde 10 altına düşen ama bizde hala binde 92 olan bebek ölüm hızını bir yana bıraktık. Gelişigüzel koruyucu sağlık hizmetini, sağlıksız iş ve çevre koşullarını, çağdaş sağlık ilke ve yöntemlerini bir yana bıraktık. Yüzyılımızın değil, daha önceki yüzyılların tıp anlayışı olan, geleneksel tedavi edici hekimlik bile, bugün kimsenin içinden çıkamayacağı bir kargaşaya dönüştü. Çünkü “çağ atlarken” sağlığı unuttuk.

Bu sonuç doğaldır. Birinci basamağa dayanmayan, özelleştirmeye yönelmiş ikinci basamak hizmetinin, böyle sonuçlanması kaçınılmazdır. Artık bir kamu hastanesinde yatmak, bir servet gerektiriyor. Emeğiyle geçinen insanlardan her gün hoşnutsuzluk, giderek çöğlükler yükseliyor; insanlar paraları olmadığı için hastane kapılarında ölüyor ya da rehin tutuluyor! İlaç fiyatları akıl almaz boyutlara ulaştı.

Geçtiğimiz günlerde, bir büyük hastanenin klinik şeflerinden birine uğramıştım. Masasının üzerinde bir bactrim süspansiyon duruyordu. Dişi için antibiyotik gerektiğini, onun için ilaç temsilcisinden ilaç istediğini söyledi, o da eşantiyon çocuk ilacı getirmiş. Niçin hastanenin eczanesinden almadığını sordum: “O zaman %20 vermek gerek” dedi. İlaç fiyatlarını ve hekimlerin ekonomik durumunu yansıtan iyi bir örnek.

Hekimlerin durumu ortadayken, tüm sağlık sorunlarından, yanlış politikaların sonuçlarından hekimler sorumluymuş gibi gösterilmeye çalışılıyor. Oysa hekimlerin büyük çoğunluğu sağlık sorunlarının yükünü taşıırken, büyük üzüntü ve

sıkıntı içindedir. Sosyal güvencesi olmayan hastalara reçete yazarken, bir eziklik duymayacağımı sanıyorum. Meslektaşlarımızın sıkıntıları katmerlidir, hem kendileri, hem halk sağlığı, hem de mesleki yetersizlikler açısından hoşnutsuzdurlar.

Bugün ülkemizde hekimlerin büyük çoğunluğu da, diğer emeğiyle geçinen kesimler gibi geçim sıkıntısı içindedir. Son 8 yılda gerçek ücretler erimiştir. ATO'nun belirlemelerine göre, uzman ücretleri 1978'de 790.5 \$ iken, 1987'de 335.1'e düşmüştür – azalma oranı % 57.6'dır. Pratisyen hekim ücreti ise aynı süre içinde 414.4 \$'dan 220.3 \$'a düşmüştür – azalma oranı %46.8'dir. Yalnızca 1985-87 arasında hekimlerin satın alma gücünde %22 gerileme olmuştur.

Yalnız hekimlerden değil, geleceğin hekimlerinden de feryatlar yükseliyor. Tıp öğrencileri, yetersiz tıp eğitimi sonucu “gelecekte artacak teşhis ve tedavi hatalarına karşı savunma”larını, şimdiden açıklıyorlar. Öğretim üyesi meslektaşlarımız, onlara hak verip onları destekleyen açıklamalar yapıyorlar. Bu feryatlar, toplumun her bireyi için ama özellikle de çağdaş görüşlere inanmış hekim hareketi için üzüntü ve kaygı vericidir. Ama bu durumun nedeni, ne öğrenciler, ne de hekimlerdir. Bu sonuçlar yanlış eğitim ve sağlık politikalarının bilinen ve beklenen sonuçlarıdır; YÖK ve masa başında açtığı yeni tıp fakülteleridir. Tıp fakültesi sayısı 21'e ulaşmıştır ve bunların çoğu yeterli araç-gereç, elemandan yoksundur. Tamgün uygulamasının kaldırılmasından beri, öğretim üyelerinin birçoğu saat 12'de fakültelerden ayrılmaktadır. Kısacası bugün, hekim haklarına, halk sağlığına, insan hakları ve bilime bir saldırı söz konusudur.

Öte yandan, dünya üzerindeki gelişmeleri değerlendirdiğimizde, çok gerilerde kaldığımız bir kez daha ortaya çıkıyor. Bugün dünya, 2000 yılında herkese sağlığı tartışıyor; 2000 yılında herkese sağlık kavramının anlamı şu: 2000 yılına dek, dünya üzerinde yaşayan tüm insanları, toplumsal ve ekonomik açıdan üretken bir yaşam sürdürebilmelerini sağlayacak sağlık düzeyine ulaştırmak. Dünya yalnız herkese sağlığın önemli bir aracı olan temel sağlık hizmetini değil, multisektöryel işbirliğini, sağlığın uluslararası niteliğini tartışıyor. Ve deniyor ki; dünya üzerinde kimi insanlar önlenemez hastalıklardan acı çekiyor ya da ölüyor, hiç kimse tam sağlıklı değildir, olamaz da.

DSÖ, bu yıl 2000 yılında “herkese sağlık” belgisine ek olarak, “herkes sağlık için” belgisiyle tüm toplumu göreve çağırıyor.

Oysa biz tedavi edici hizmeti bile geriye götürdük. Son 8 yılda ne ileriye gitti ki, sağlık alanında gelişme olsun, diyeceksiniz. Çok haklısınız. Her alanda olduğu gibi sağlık alanında da, hekim haklarında da önemli gerileme oldu ve olacak. Niçin? Bu noktada, 1988 başında bir DSÖ yayınında yer alan bir yazıdan kısa bir alıntı yapmak istiyorum. Bakınız, DSÖ uzmanı nedeni nasıl açıklıyor?

1978 Alma-Ata Bildirgesi, insanların kendi sağlıklarıyla ilgili sorunlara katılma hakkını vurgular. Ancak, belli bir yerde ya da ülkedeki genel demokratik süreçlerden ayrı, özel bir sağlık demokrasisi gerçekleştirme olanağı yoktur. Feodal ya da otoriter modeller egemen oldukça, temel sağlık hizmeti süreci yavaşlar. Bu

yalnızca siyasal sistemler için değil, tıp ve sağlık meslekleri içindeki hiyerarşiler için de geçerlidir...Birbirini ciddiye almak ve her insanı toplumsal sağlığı için bir kaynak olarak değerlendirmeye açık olmak, demokratik süreçlere tam bir bağlılık gerektiriyor.”

“Herkesi Sağlık” ilkesini benimsemekle ülkeler, eşitlik, dayanışma ve adaletin egemen olduğu bir sürece söz vermiş oldular. Çünkü bunlar, sağlıklı bir toplumun omurgasını oluştururlar.

DSÖ uzmanının belirttiği gibi sağlık alanındaki ilerleyiş, demokrasiye, demokratik işleyişlere bağlıdır. Bu, kendi örgütümüz TTB için de geçerlidir.

TTB hekimlerin örgütüdür, gündemini hekimler belirlemelidir. Örgütümüz içinde demokratik yöntemleri tam anlamıyla egemen kılmalı, örgüt ağının üretken işleyişini yaşama geçirmeliyiz. Üst örgütün görevi örgütsel işleyişi sağlamaktır. Bunu gerçekleştirmenin en önemli aracı, karşılıklı iletişim ve işbirliğidir. Örneğin, sürekli bir MK yayınının tüm odalara ve hekimlere, düzenli olarak en geç ayda bir ulaşması gerekir. Düzenli oda temsilcileri toplantıları ve ortak çalışmalar planlanması başka bir yöntemdir. Odaların MK ile ilişki içinde bölgesel etkinlikler, araştırmalar, başka çalışmalar yapmaları gündeme alınmalıdır. Merkezi planlanacak bir sürekli eğitim programı odaların da katılımıyla ivedilikle gerçekleştirilmelidir.

Avrupa tabip birlikleri, sağlık politikalarının oluşturulmasına katılmayı, sürekli eğitimi, araştırmayı çalışma alanları içinde görmekte, bu doğrultuda çalışmalar yapmakta ve diğer tabip birliklerine de benzer çalışmalar önermektedirler. DSÖ ise tabip birlikleri arasında bilgi alışverişi ve işbirliği yapılmasını istemektedir. Bu önerileri dikkate almamız. Ülkemizde sağlık alanında pek çok veri eksikliği, bilgi açığı vardır. DSÖ ve üniversitelerle ilişki kurarak, örnek araştırmalara önyak olmanın yollarını aramalıyız. Böylesi çalışmalar, odalarımızın yerel etkinliklerini artıracak, aynı zamanda hak arama çabalarımızın başarısına katkıda bulunacaktır.

TTB MK, çağdaş hekimlerin benimsediği halk sağlığı ilkeleri ve hekim hakları doğrultusunda etkin bir çalışma içinde olmalı, hekimlerin yitirilmiş hakları için ve yeni haklar için büyük hekim kitlesinin istemlerine yönelik bir çalışma programını yaşama geçirmeye çalışmalıdır. TTB ulusal bir sağlık politikası için ve halk sağlığına aykırı politikalara karşı kamuoyunu uyarma işlevini yerine getirmelidir.

TTB, güçlü bir hekim hareketinin diğer sağlık mesleklerinde çalışanlarla yakın ilişkisinin bilincinde olarak, diğer sağlık meslek kuruluşlarıyla işbirliğini geliştirmeli, 34. Büyük Kongre kararı olan “sağlık meslek kuruluşları federasyonu”na yönelik ortak bir çalışma planlanmalıdır.

TTB, ülkemizde hala geçerliliğini koruyan insan hakları ihlalleri ve işkenceler konusunda kararlı ve ödünsüz bir tutum içinde olmalı; bunlara ve ölüm cezasına karşı tüm olanaklarını kullanmalıdır. Asıl olanın işkence görenlerin tedavisi değil, insan onuruna yönelik işkenceyi ve insan yaşamına yönelik ölüm cezasını ortadan kaldırmak olduğu unutulmamalıdır.

TTB MK tüm çalışmalarında kitlesine dayanmalı, hekim çoğunluğunun sesi olmalıdır. Tüm çalışmalar geniş katılımı ile gerçekleştirilmeli; temel alanlardaki etkinlikler tabip odalarından temsilcilerin bulunduğu kurullarla planlanmalıdır (yayın, sürekli eğitim, araştırma, vb.). Şu anda TTB bünyesinde çalışan İşçi Sağlığı Kolu böylesi bir ortak çalışmanın olanaklı olduğunu ortaya koymuştur.

Kısacası MK, Ankara'da oturan yedi kişiden oluşan bir kurul olmamalı, Türkiye çapında yaygın, canlı, dinamik, çok sesli, kısacası yaşayan bir varlık olmalıdır. Bunu sağlamanın yolları, yöntemleri, olanakları vardır. Ve kolektif düşünce ancak böyle oluşabilir.

İşte önümüzdeki dönemin MK'si, tabip odaları arasında böyle bir çalışmayı gerçekleştirebilecek özellikte olmalıdır. Hekim hareketinin en etkin kesimlerinin seçimiyle göreve gelmiş siz sayın delegelerin kolektif bilincinin, yani Kongre'nin, en doğru seçimi yapacağına inanıyorum.

(TTB 36. Büyük Kongresi konuşma metni, 1988)

DAHA GÜÇLÜ BİR TTB İÇİN

Bugün hepimiz, Türk Tabipleri Birliği'ni (TTB), Merkez Konseyi (MK) ile, odaları ile, tek tek üyeleriyle, çok önemli görevler beklediğinin bilincindeyiz. Sağlık alanında sorunlar çığ gibi büyürken, çabalarımız yetersiz kalıyor. Daha güçlü ve daha etkin olmak ise, hekimlerin en geniş birlikteliğini sağlamaktan geçiyor. Oysa, Büyük Kongre öncesinde ve Kongre boyunca, sorunlara aynı ya da benzer bakışları olduğunu bildiğimiz arkadaşlarımızın, ayrı gruplaşmalar içinde olduğunu saptıyoruz. Öyle ki, iki ay önce Ankara Tabip Odası Genel Kurulu'nda aynı listede yer almış delegeler, şimdi iki ayrı listeye dağılmış bulunuyor.

Çağdaş Hekim Hareketi içinde, farklı görüş ve düşünceler, değişik sesler olduğu bir gerçektir. Dolayısıyla, bu farklılıklar, yönetimler içinde de temsil edilebilmelidir. Tersi, TTB'yi daraltır. Oysa büyüme, genişlemek, daha geniş bir hekim kitlesini TTB çatısı altına çekmek zorundayız. En azından kuramsal olarak aynı tarafta bulunan, aynı doğruları savunan grupların, ayrı listelerle seçime katılıp, bir grubun yönetime gelmesi, bu amaca katkıda bulunacak bir yol mudur?

TTB içinde daha demokratik yol ve yöntemlerin geçerli olmasını, burada, Kongre'de başlatmalıyız. Merkez Konseyi'nin oluşturulmasında bana göre en doğru ve en demokratik yöntem, aday sınırlaması olmaması, Kongre istencinin listelere hapsedilmemesidir. Bugüne değin, daha iyi bir yöntem bulunamadı. Kongre'yi oluşturan her delege, temsilcilerini özgürce önerebilmeli ve seçebilmelidir. Böyle oluşan bir Merkez Konseyi'nin, dar tartışmalar sonucu ortaya çıkan listelerden daha sağlıklı, verimli ve başarılı olacağı inancındayım.

Açıklanmış olan iki listede de, hekim hareketini yönlendirebilecek yetenek ve birikimi olan arkadaşlarımız vardır. Bu arkadaşlarımız birlikte çalışabilirler, çalışmalıdırlar. Kimi konularda farklı bakışlar, hatta çelişkiler olması, çalışmalarını aktsatmamalıdır. Ben, yönetime gelecek arkadaşların aralarında ortak bir dil bularak, ülkemiz için son derece gerekli olan birlik sürecini yaşama geçirebileceklerini savunuyorum. Bu kolay bir iş değildir; ancak, zor olanı başarmak zorundayız.

Aday olan her arkadaşımızın, inançları doğrultusunda çalışması, Kongre'de de bu yönde hareket etmesi doğaldır. Hepsini saygıyla karşılıyorum. Ben de, inandığım ve savunduğum ilkeler doğrultusunda, bence doğru olanı yaşama geçirmeye çalışıyorum. Her seçim gibi, bu seçimde de, kazananlar ve yitirenler olacaktır. Ancak, önemli olan yalnızca kazanmak değildir; her koşulda ilkelerimizi koruyabilmek, seçim sonuçları ne olursa olsun, aynı doğrultuda çalışabilmektir.

Bugün dünya 2000 yılında herkese sağlığı tartışıyor. "2000 yılında herkese sağlık" kavramının anlamı şudur: 2000 yılına dek, dünya üzerinde yaşayan tüm insanları, toplumsal ve ekonomik açıdan üretken bir yaşam sürdürebilecek sağlık

düzyine ulaştırmak. Dünya, yalnızca herkese sağlık amacının en önemli aracı olan temel sağlık hizmetini değil, sağlığın uluslararası niteliğini tartışıyor. Ve deniyor ki: “Dünya üzerinde kimi insanlar önlenebilir hastalıklardan acı çekiyor ya da ölüyorsa, hiç kimse tam sağlıklı değildir.” Ülkemizde ise, çağdaş sağlık kavramını bir yana bırakalım, geleneksel tedavi edici hekimlik bile tam bir bunalım içindedir.

Bozuk sağlık düzeni içinde hekimlerin sorumluluğunun sınırlı olduğunun bilincindeyim. Ancak, hekimlerden kaynaklanan aksaklıklar olduğunu da kabul etmeliyiz. Bu aksaklıkların başında, yetersiz tıp eğitimi ve yetersiz ya da yok denecek düzeydeki sürekli eğitim geliyor. TTB'nin özellikle sürekli eğitim alanındaki boşluğu doldurabileceği, son yıllarda bu alanda yeterli çabanın gösterilmediği kanısındayım. Avrupa tabip birliklerinin üzerinde çalıştığı en önemli işlevler arasında, “2000 yılında herkese sağlık” için sağlık politikaları oluşturulmasına katkıda bulunmak ve “sürekli eğitim” yer almaktadır.

Ülkemizdeki sağlık bunalımından çıkış yolu, pratisyen hekimliğe dayalı temel sağlık hizmetinden geçmek zorundadır. Bu nedenle, öncelikli olarak pratisyen hekimlere yönelik sürekli eğitim programlarının, TTB örgütlenmesi içinde başlatılması gerektiği kanısındayım. Ayrıca, tüm hekimler bugün sürekli eğitim gereksinimi içindedirler. Hekimlerin mesleksel niteliğini yükselterek, halk sağlığının bizlerden kaynaklanan aksaklıklarını gidermek; ivedi görevlerimiz arasındadır. TTB bunu yapabilir. Sağlık politikalarını değiştirmeye bugün için TTB'nin gücü yetmeyebilir. Ama tabip odalarına uzanan bir örgütlenme ile, sürekli eğitimi başlatabilir, sürekli eğitime yönelik bir yayın çıkarabilir. Bunların koşulları, olanakları vardır. Geçtiğimiz dönemde bu amaca yönelik düzenli bir yayın çıkarılmamış olması, bence büyük bir eksiklikler. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) çeşitli alanlarda yaptığı çalışmaları ve yayınları, hekim kitlesine yansıtmak gerekirdi. DSÖ'nün ulusal tabip birliklerinden istemi doğrultusunda, bir DSÖ komisyonu oluşturulabilir, söz konusu çalışmalar gerçekleştirilebilirdi. Bunlar, geçen dönemin eksik kalan yönleridir. Açığı kapatmak ise, gün geçtikçe zorlaşıyor. Çünkü bilgi birikimi, ulaşılması zor bir hızla artıyor.

MK'nin önerdiği listede, nüfusumuzun ve hekimlerimizin yüzde ellisini oluşturan kadınlara hiç yer verilmemiş olması, bence önemli bir eksiklikler. Tüm dünyada ve ülkemizde, kadınların yönetime daha çok katılması için çaba harcanyor, yüzde 40'lara varan kadın kotaları tanınıyor. Böyle bir aşamada, MK listesinde kadın aday olmaması, en azından yeterince dikkatli ve duyarlı bir yaklaşım içinde olunmadığını gösteriyor.

Sonuç olarak; son yıllarda çeşitli çalışma programları yaptık. Özellikle son beş yıl içinde odalardaki önemli tartışmalar sonucunda, özgün çağdaş hekim programları yarattık. Artık öngördüğümüz ve önerdiğimiz programları, daha etkin ve somut biçimde nasıl yaşama geçireceğimizi tartışmalıyız. Yönetimlere aday olanlar, hangi somut gerekçelerle aday olduklarını ortaya koymalı, her şey açıkça tartışılmalıdır.

TTB'nin odalarıyla, MK'si ile, en geniş hekim kitlesini temsil eder nitelikte olması, en geniş birlikteliği yaşama geçirebilmesi dileğimi yinelemek istiyorum. Bunun yanında, MK adayı olmanın da, Büyük Kongre delegesi olmanın da çok büyük bir sorumluluk olduğu düşüncesiyle, Kongre'nin liste kaygılarını aşarak en doğru seçimi yapacağına inancımı belirtiyor, saygılar sunuyorum.

(TTB 38. Büyük Kongresi konuşma metni, Haziran 1990)

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ 40. BÜYÜK KONGRESİ ÜZERİNE

Son yirmi yılda, Türk Tabipleri Birliği içinde hızlı bir gelişme olmuş, birçok deneyim yaşanmış ve önemli bir birikim sağlanmıştır. Özellikle son altı yılda, önceki deneyimleri değerlendirerek hazırlanmış olan tabip odaları ve Merkez Konseyi çalışma programları tüm bu birikimlerin sonucudur. Bu programların ana çizgileri, hekimlerin özlük ve mesleki uygulama sorunları ile halkın sağlık sorunlarının birlikte ele alınarak iyileştirilmesine yönelik çalışmaları öngörmektedir. Son iki yılda da bu doğrultuda birçok etkinlik yapılmıştır.

Sağlık sorunlarının çözümünün anahtarı, temel sağlık hizmetlerine ve pratisyen hekimliğe dayalı bir örgütlenmedir. Bilimsel, ülke gerçeklerine uygun ve kamuya dayalı sağlık hizmeti, pratisyen hekimlerin mesleki mutluluğunu sağlayabilecek tek çözüm olduğu gibi, halkın çığ gibi büyüyen sağlık sorunlarına yaklaşımda da en geçerli yoldur. Bu bağlamda, hekim sorunları ile halk sağlığı sorunlarının ayrılmaz bir bütün olduğu gerçeği, tabip odalarında çok tartışılmış ve artık genel olarak onaylanmıştır.

Son yıllarda, hekim hakları ile ilgili sorunların çoğu ortada kalmış, sonuç alıcı çalışmalar gerçekleşememiş, somut kazanımlar elde edilememiştir. Önümüzdeki dönem, öncelikler sırası saptanarak, özellikle hekim haklarına yönelik sonuç alıcı çabalara gerek vardır. Hekimlerin özlük sorunlarına çözüm arayışlarının ön sıralarında, sendika çalışmaları yer almak zorundadır. Türk Tabipleri Birliği, sendika çalışmalarının etkin bir bileşeni olurken, öte yandan, yıllardır hekimlerin yaşam koşullarını güçleştiren ve sağlığını riske sokan, emeğinin karşılığını alamamasına yol açan; çalışma süresi, zorunlu hizmet, nöbet ücretleri, günlük hasta sayısı, iş riskleri, pratisyen hekimlerin istihdam ve eğitim sorunları, sağlıkta KDV'nin kaldırılması gibi konularda öncelikli ve ivedi çalışmalar yapmayı planlamalıdır. Bu doğrultuda somut bir program gereklidir. Geçtiğimiz iki yıl içinde, ne yazık ki bu gibi somut sorunlara öncelik veren bir çalışma içine girilememiştir.

Türk Tabipleri Birliği'nin (TTB) en önemli ilgi ve etki alanlarından biri olan yayınlar politikası ise bir istikrara kavuşturulamamış olup, hala deneysel düzeydedir. Ancak, pek çok eleştirilecek yanına karşın, pratisyen hekimlere yönelik bir yayının altı aydır düzenli biçimde gerçekleştiriliyor olması olumlu bir gelişmedir. Özellikle "Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi" ve "Toplum ve Hekim" gibi yayınların geliştirilerek yeni bir içerik ve programla sürdürülmesi gerekiyor. Ancak bunu yaparken, tüm TTB organlarının sesine kulak verilmesi, yayınların sürekliliği açısından önde gelen koşullardandır.

Demokratik Katılım

TTB içinde demokratik katılımın en geçerli yol olarak benimsenmesi süreci Büyük Kongre'de başlamalıdır. Bu bağlamda, yeni Merkez Konseyi belirlenmesine yönelik en doğru biçim, aday sınırlaması olmaması, tüm tabip odalarını ve dolayısıyla tüm hekimleri temsil eden Büyük Kongre delegelerinin istencinin listelerle sınırlandırılmamasıdır. Böyle oluşan bir Merkez Konseyi (MK), daha geniş bir hekim kitlesini kucaklayabilecek, daha çok sayıda hekim MK'nın kendisini temsil ettiğine inanacaktır. Böylece daha güçlü bir TTB'ye doğru bir katkı sağlanmış, bir adım atılmış olacaktır.

Kimi konularda farklı bakışlar, hatta çelişkiler olması, çalışmalarını aksatmamalıdır. Seçilecek MK üyelerinin, aralarında ortak bir dil bularak bugünkü koşullarda, başta pratisyen hekimler olmak üzere, emeği ile yaşayan, emeğinden başka güvencesi olmayan, özel çalışanlar da içinde olmak üzere tüm hekimlerin birlik sürecini yaşama geçirebileceklerine inanmak gerekir. Bu kolay bir iş değildir. Ancak zor olan başarılıdır.

Bu nedenle, Merkez Konseyi'ni oluşturan bir grup arkadaşın, ortak kongre çalışmalarının en başında, ayrı bir liste oluşturduklarını açıklayarak süreçten çekilmeleri, artık demokratik yöntemlerin tüm anlamıyla geçerli olmasını savunan TTB kol çalışanları ve Ankaralı hekimler için derin bir üzüntü kaynağı olmuştur. Öyle ki, iki yıldır TTB bünyesi içinde çalışıp MK'ye danışmanlık, destek ve katkı yapan, TTB üretimini gerçekleştiren TTB kollarının bile, bu listenin oluşumunda görüşleri alınmamıştır. Kollarda çalışan bazı arkadaşların bu grupçu oluşumun içinde yer alması, bu saptamayı değiştirmez. Bu nedenle, söz konusu gruptaki arkadaşların benimsediği programlarda ve grup adında yer almış olan, katılım ve demokratiklik ilkeleri sözde kalmış, yaşama geçirilememiş ve zedeleneştir. Bu son durum başka davranışları da simgeleyen çarpıcı bir örnektir.

Bu gelişmelerin doğal sonucu, bu yöntemi benimsemeyen, TTB'de demokrasi-nin her alanda ve her aşamada yerleşmesini isteyenlerin, Büyük Kongre'ye yönelik başlatılmış süreci sürdürmeleri idi. Ortaya çıkan alternatif liste, MK'nin daha birikimli, daha etkin, daha üretken olabilmesi amacıyla yönelikti. Son kararı, genel merkezin ya da bir grup hekimin değil, hekimlerin seçilmiş temsilcilerinin vermesi içindi. Böyle oluşacak bir MK, daha başarılı, daha güçlü bir yönetimin başlangıcı olabilirdi.

İlkelerimiz, açıklık, demokratiklik ve ilkesellik olmalıdır. TTB'de bu ilkelere dayalı bir çalışma biçimi, örgüte ve hekimlere güç kazandıracak, süreç içinde TTB'nin kurumlaşmasını sağlayacaktır. Ne yazık ki, 40. TTB Büyük Kongresi'nde bu doğrultuda önemli bir fırsat kaçırılmıştır. Dileğimiz, yeni seçilen Merkez Konseyi'nin, bundan böyle, "birlikte yola çıkılan arkadaşlar" adı altında ortaya konan tavrı bırakarak, çalışmaların her aşamasında, tüm hekimlerin temsilcisi olduğunu gösterir bir tutum içinde olmasıdır.

(*Toplum ve Hekim*, Eylül 1992)

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ’NİN ÖRGÜTSEL İŞLEYİŞİNDE SORUNLAR VE ARAYIŞLAR

Türk Tabipleri Birliği’nin (TTB) son bir yıl içinde sürdürdüğü yoğun çalışma, tüm toplumca izlenmektedir. Özellikle Genel Merkez düzeyinde, çeşitli alanlarda çok sayıda etkinlik sürdürülmektedir. Öte yandan, Türk Tabipleri Birliği’ne bağlı tabip odaları da, daha farklı düzey ve yoğunlukta çalışma yürütmekte, yapılan işlerin bir bölümünün merkeze yansımadağı izlenimi edinilmektedir.

Durum

Bugün TTB Merkez Konseyi (MK) bünyesinde yürütülmekte olan çalışmalar, hekim ve sağlık çalışanları kitlesine, kamuoyuna yeterli ölçüde duyurulamamaktadır. Bu nedenle, büyük emek ve çaba harcayarak yapılan kimi işler, çok sınırlı bir kesime ulaşabilmekte; hedef kitlenin önemli bir bölümüne yansıtılamamaktadır. Tabip odalarında da benzer sorunların yaşanmakta olduğı düşünölmektedir. Ancak, çalışma alanımız gereğince, daha yakın izleyebildiğimiz Merkez Konseyi ve bağılı organları üzerinde duracağız.

Var olan koşullarda TTB Merkez Konseyi ve kollar arasında, kolların kendi aralarında organik bir ilişki bulunmamaktadır. TTB kollarının görece bağımsız ve özerk çalışmaları, istenen ve özlenen bir çalışma biçimi olmakla birlikte, etkili bir sonuca ulaşmak için çalışma programlarının ve etkinliklerin eşgüdümünü sağlamak gerekmektedir. Bugüne değin, böylesi bir eşgüdüm yeterli ölçüde gerçekleştirilememiştir. Kuşkusuz bu durumun öznel ve nesnel nedenleri vardır. Ancak, sorunun ve eksikliğin kaynağı iki yönlüdür; iki “taraf”la da ilgilidir.

Örgütsel işleyişteki dağınıklık, benzer biçimde TTB yayınlarında da gözlenmektedir. Yayınların kendi aralarında, yayınlarla örgütün değışik düzeyleri arasında daha dinamik ve canlı ilişki ve eşgüdüm gerekmektedir.

Olanaklar ve Öncelikler

TTB’nin var olan olanaklarıyla daha üretken, verimli, güçlü ve etkili olabilmesi olanaklıdır. Bunun için, daha planlı, örgütlü ve kapsayıcı programlar ve politikalar gereklidir. Böylece, çok daha geniş bir kitlenin TTB’yi anlaması, benimsemesi ve desteklemesi sağlanabilir.

Kamuoyunda daha güçlü bir TTB imgesi, sorunların önünde giden, öncelikleri belirleyen, çalışanlar yararına sonuç alıcı girişimleri başlatabilen bir örgütsel yapı ile gerçekleştirilebilir. Böyle bir yapıyı bugünden yarına oluşturmak zor olabilir, ama bugün başlama yarın için umutlu olabilmeyi getirir. Daha güçlü bir TTB’yi yaratmak hiç de olanaksız değildir.

Somut Adımlar

Daha güçlü ve örgütlü bir örgütsel yapı için;

- 1- Genel Yönetim Kurulu (GYK) toplantılarının, daha verimli ve katılımlı gerçekleşmesi sağlanmalıdır. Bu amaçla değişik biçim ve yöntemler bulunabilir. GYK, TTB sağlık politikalarının belirlenmesinde daha etkin rol oynamalıdır.
- 2- Merkez Konseyi ile TTB Kolları ilişkisi geliştirilmeli, kolların kurumlaşması için çalışılmalıdır. Merkez Konseyi-kol ilişkilerinin eşgüdümünü sağlamak için Merkez Konseyi-kol temsilcileri düzenli olarak bir araya gelmeli; çalışmaların eşgüdümünü sağlamalı, kollar arasında işbirliği yapılmalıdır. Olanaklıysa, her kolda bir Merkez Konseyi üyesi çalışmalı ya da en azından bir Merkez Konseyi üyesi koldan sorumlu olmalıdır.
- 3- Merkez Konseyi, tüm tabip odalarından odalarda çalışan komisyonlarla ilgili bilgi isteyerek, bunların Merkez Konseyi kollarıyla bütünleşmesine yönelik bir çalışma başlatmalıdır.
- 4- TTB yayınlarının program ve yayın aşamalarında, görüş ve etkinliklerinin yansıtılabilmesi için yayın kurullarında kol temsilcileri yer almalı, ayrıca kendi alanlarına giren konu ve yazılar için danışmanlık yapmaları istenmelidir.
- 5- Zaman içinde, kimi etkin odaların belirli alanlarda uzmanlaşması, Merkez Konseyi çalışmaları açısından çok yararlı olacaktır. Böylesi bir yönelimin şimdiden başlayabileceği odalar belirlenerek, Merkez Konseyi çalışma alanının ülke çapında yaygınlaştırılması süreci başlatılabilir.

(TTB 41. Büyük Kongresi, Haziran 1993)

“TTB’NİN ÖRGÜTSEL PERSPEKTİFLERİ” TARTIŞMASI

Türk Tabipleri Birliği’nin 41. Büyük Kongresi’nde, “TTB’nin Örgütsel Perspektifleri” başlığı altında yapılan irdelemelerde, TTB yönetici, delege ve aktivistlerinin konuyu değişik bakış açılarından değerlendirdikleri izlenmiştir. Ancak, çok farklı içeriklerde olsa da, konuşma metinlerinin incelenmesi birçok ortak noktanın vurgulandığını ve görüşlerde çakışmalar olduğunu ortaya koymaktadır. Katılımcıların birçoğunun paylaştığı ortak yönler şöyle özetlenebilir:

- 1- TTB –en azından merkezi düzeyde- fark edilir bir eylemlilik içindedir.
- 2- Merkezdeki çalışmalar, gerek Merkez Konseyi, gerek tabip odaları düzeyinde, çevreye (perifere) /tabana yeterince yansıtılamamaktadır.
- 3- TTB pazarlık gücü olan, yasal engellerin aşılması için çalışan bir örgüt olacak mıdır? Katılımcıların çoğu böyle olmasını isterken, bir bölümü de bu işlevin sendikalara bırakılmasını önermektedir.
- 4- TTB çalışmalarına etkin katılım oranı düşüktür. Katılımı artırmak için sorunlar hekim kitlesi içinde tartışılmalı, örgütsel çözüm yolları aranması anımsatılmalı, özendirilmelidir.
- 5- Hekimlik sorunlarının genel yasal ve toplumsal sorunlarla ilişkisi kurulmalı, bu amaçla bağlaşıklar aranmalıdır (Anayasal ve yasal engeller, demokrasi ve insan hakları sorunları vb.).

Bu oturumun katılımcılarının görüşleri, TTB’nin örgütlülük düzeyi açısından önemli gerçeklere ışık tutmuştur. Özellikle büyük kentler dışındaki tabip odalarının, etkin üye açısından ciddi sıkıntılar içinde olduğu izlenimi edinilmektedir. Bu sıkıntıda, yöneticilerin önemli payı olduğu da, satır aralarından anlaşılmaktadır. Yöneticilerin her konuyu en geniş biçimde tartışarak, sonuçlar çıkarmaya çalışması; ancak sonunda sorumluluk alıp karar verebilmesi gereklidir. Oysa, sıklıkla, konular tartışılabilir, bir sonuç çıkarılıp etkin bir tutum içine girilemediğinden, sorunlar boşlukta kalmaktadır. Böylece tartışmalar da bir işe yaramamakta ve üyelerde düş kırıklığına neden olmaktadır.

Daha Güçlü Bir Örgütün Dayanakları

Herkes güçlü, etkin, etkili, pazarlık gücü olan ve sonuç alıcı bir örgüt istiyor. Ancak, bunun yolları konusunda değişik görüşler var. Herkes katılım diyor; ancak “ben ne denli katkıda bulunuyorum” sorusunun yanıtı nesnel ölçülerle pek verilemiyor. Güçlü, etkin, saygın ve sonuç alıcı TTB için, gerek hekim kitlesi içinde; gerek halkın içinde gücünü gösteren ve sesini duyuran bir örgütsel çalış-

ma gerekiyor. Ve bunu sağlayabilmek, en azından şu anki tüm etkin üyelerin, en üst düzeyde çabasına bağlıdır.

Güçlü bir örgüt imgesi yaratmada, kitleye yönelik ve genelde topluma yönelik etkinliğin birbirinden ayrılmaz bir bütün oluşturduğu açıktır. İyi hekimlik ortamı yaratmanın önündeki engeller, hiç kuşku yok ki, genelde halkın sorunlarının kaynakları arasındadır. İnsanların sağlık hakkını, sağlık hizmetinden en üst düzeyde yararlanma ve sağlıklı bir yaşam sürdürüp geliştirme hakkını savunmadan, pazarlık gücü olan bir örgüt yaratamayız. (Son günlerde daha çok yeğlenen “hasta hakları” kavramını, genel sağlık hakkının bir parçası olarak ele almanın daha kapsamlı ve doğru olduğu görüşümdedir.)

Kısaca belirtmek gerekirse, TTB, sağlık alanında bilimsel temellere dayalı çalışan, yetkin bir örgüt niteliğine kavuşarak, bu amaçla, toplum içinde gerekli etkinliği göstererek, halkın güven ve desteğini sağlayabilir. Bu güven ve desteğin, TTB'nin pazarlık gücüne önemli katkısı olacağı açıktır.

Öte yandan, hekim kitlesi içinde örgütlülük düzeyini nicel ve nitel olarak yükseltmek, kuşkusuz, güçlü örgütün önkoşuludur. Kitle içinde örgütlülüğü ve etkinliği artırmak için en büyük görev ve sorumluluğun, TTB'nin her düzeyde yönetici ve aktivistlerine düştüğünü unutmamak gerekir. Başlangıçta, bu amaçla bir tartışma ortamı yaratmak ve bir eğitim programı gerçekleştirmeyi hedeflemek yararlı olabilir.

Örgütlenmeyi Nicel ve Nitel Düzeyde Artırmaya Yönelik Öneriler

Örgütlenme düzeyini nitel ve nicel olarak artırabilmeyi hedefleyen bir örgütün, öncelikle amatörlükten ve dağınıklıktan kurtulması gerekiyor. Yarı profesyonel bir çalışma içine girmek, kurumlaşmanın vazgeçilmez bir önkoşuludur. Amatörlükten kurtulma eylemi çok yönlü bir süreçtir. Bunların başında, uzman kadrolar oluşturmak ve çalışmaların eşgüdümünü sağlayarak yaygınlaştırmak gelmektedir. Amatörlüğün, heyecanı artırıcı değil, artık daha çok umut kırıcı sonuçlara yol açan bir nitelik olduğu kanısındayım.

Gerek merkez, gerek çevrede kurumlaşmanın yanında ikinci önemli konu, çalışmaların çevreye ve hekim kitlesine, özellikle pratisyen hekimlere yansıtılması ve tartışma ortamının yaratılmasıdır. Bu noktada, TTB yayınlarının çok önemi vardır. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*'nin böyle bir ortam yaratmaya yönelik bir süreç başlattığını ve başarılı olduğunu düşünüyorum.

Yöneticilere Kimi Somut Öneriler

TTB'nin tüm seçilmiş organlarının yeterli işlevişi kavuşturulması ve cesur adımlar atabilmesi gerekiyor. Örneğin, özellikle yerel düzeyde önemli bir sorun olarak, onur kurullarının yetersiz kaldığı, tabip odaları yöneticilerince dile getiriliyor. Oysa, onur kurullarının işlevlerini yerine getirebilecek bir çalışma düzenine kavuşması, hekim ve hasta hakları açısından son derece önemlidir.

Öte yandan, Merkez Konseyi kollarının çalışmalarının da belirli bir düzene oturtulması ve çalışmaların eşgüdümünün sağlanması gerekiyor.

Yerel ilişkileri geliştirmek ve sorunları yerinde görmek açısından, TTB yöneticilerinin ve etkin üyelerinin zaman zaman geziler düzenlemesi ya da toplantıların değişik kentlerde yapılması düşünülebilir. Ayrıca, daha etkin tabip odalarının bazı konuları üstlenerek uzmanlaşması, Merkez'in yükünü hafifletmenin yanı sıra, konuların daha yeterli biçimde ele alınmasını sağlayabilir.

(Tartışma metni, Eylül 1993)

SOSYALLEŞTİRMEYİ SAVUNMAK TUTUCULUK MU?

Değerli hocalarım, sevgili halk sağlıkçıları, sayın basın mensupları,

TTB Halk Sağlığı Kolu adına hepinize hoş geldiniz diyorum. Sevgili hocamız Prof. Dr. Nusret Fişek'in adına düzenlediğimiz bu toplantının amacını, "Günümüz halk sağlığı sorunlarının ve bu sorunlardan çıkış yollarının tartışılabileceği bir ortam yaratmak" olarak belirlemiştik. Başka ve belki daha da önemli bir amacımız, bugün tıpkı pratisyen hekimlere benzer biçimde bir yalnızlık ortamına itilmiş olan halk sağlıkçılarını bir araya getirmek, halk sağlıkçılarının iletişimini ve dayanışmasını sağlamaktı. Toplantımıza gösterilen ilgi, katılımcıların nicelik ve niteliği, amacımızı doğru saptadığımızı gösteriyor. Bu ilgi, içinde bulunduğumuz halk sağlığı sorunlarının büyüklüğü yanında, halk sağlıkçılarının kararlılıklarının da bir göstergesidir.

Bugün, halk sağlıkçılarının dayanışmasının özel bir önemi vardır. Çünkü, toplumsal değerlerin alt üst edildiği bir dönem yaşıyoruz. Temel insan haklarından olan, sağlık hizmetinden herkesin yararlanmasını savunmak, tutuculuk olarak değerlendiriliyor. Herkese eşit sağlık hizmeti sağlamak amacına yönelik bir örgütlenme modelini daha 1960'larda başlatmış olan sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi uygulaması, işlememiş, iflas etmiş ve çağın gerisinde kalmış olmakla suçlanıyor. Kimi çevreler bize, "Sosyalleştirmeye takılıp kaldınız", "Sosyalleştirmeyi aşamadınız", gibi eleştiriler yöneltiyorlar. Bizi tutuculukla eleştirenlerin, yenilik ya da reform olarak sundukları "Sağlık Reform Paketi", aslında Batı'da 18.ve 19. yüzyıllarda uygulanmış, serbest piyasa egemenliğine ve sağlık sigortasına dayalı sistemdir. Değişim bu ise ve sosyalleştirmeyi savunmak tutuculuksa, evet, biz tutucuyuz! Ama, kavramları yerli yerinde kullanmak gerekirse, asıl tutuculuk, çağdaş sağlık ilkeleri yerine sağlıkta rekabeti ve özelleştirmeyi savunmaktır.

Çağdaş sağlık anlayışına göre, herkese eşit sağlık hizmeti sağlamanın vazgeçilmez koşulu, temel sağlık hizmeti uygulamasıdır. Bu uygulamanın temel insangücünü ise, iyi yetişmiş pratisyen hekimler oluşturur. Pratisyen hekimlerin topluma dönük mezuniyet öncesi ve sonrası sürekli tıp eğitimi ile donatılmış olması gerekiyor. Pratisyen hekimlerin, işte bu nedenle, halk sağlıkçılarına büyük gereksinimleri vardır. Özellikle sağlık yöneticisi kadrolarında halk sağlığı uzmanlarının istihdamı, büyük önem taşımaktadır.

Bugün ülkemizde sağlık yöneticisi boşluğu bulunmaktadır. Tıp fakültelerinin halk sağlığı anabilim dalları ve halk sağlıkçıları, bu sorunu tartışmalıdır. Hocamız Nusret Fişek'in şu sözlerini anımsayalım:

“Türkiye’de sağlık yönetimi, bir bilim ve meslek olarak yerleştirilmedikten sonra, sağlık hizmetleri gelişemez. Sağlık yöneticisi yetiştirilmeden bu hizmetler gelişemez. Görevinizin bu olması lazım.Yapacağınızdan hiç kuşku yok. Kötümser değilim. Şu bakımdan: Sosyal gelişmeler sinusoid bir eğilim takip ederler. Yani alçalır ve yükselirler. Şimdi alçalma döneminde. Bu yükselecektir.”

Hocamızın bu sözlerini artık eyleme geçirmeliyiz. Toplantımızın, halk sağlıkçıları'nın daha etkin eylemliliği için bir adım olmasını diliyorum.

Bu toplantının sonucunda, her gruptan bir eylem planı çıkmasının ve ülkemiz için sağlık politikaları üretebilecek sürekli çalışma grupları oluşturulmasının, önemli sonuçlar yaratabileceğine inanıyoruz.

Sözlerime son verirken, bu toplantının gerçekleşmesi için maddi destek sağlayan, arkadaşımız ve meslektaşımız Sayın Dr. Cengiz Yurtoğlu’na; Halk Sağlığı Kolu üyelerine; özellikle Düzenleme Kurulu’nda yer alan başta TTB Halk Sağlığı Kolu Sekreteri Dr. Bülent Kılıç olmak üzere, Dr. İncilay Kılıç, Dr. Derman Boztok, Dr. Nuray Yeşildal, Dr. Sibel Kalaça’ya; tüm isteklerimizi sabırla yerine getiren TTB çalışanlarına teşekkürü bir borç biliyorum. İyi çalışmalar diliyor, saygılar sunuyorum.

(“Nusret Fişek Halk Sağlığı Değerlendirme Günleri” Açış Konuşması,
5 Kasım 1993, Ankara)

TTB'DE KURUMLAŞMA VE HALK SAĞLIĞI KOLU

Sevgili hocamız Prof. Dr. Nusret Fişek'in adına düzenlediğimiz İkinci Halk Sağlığı Değerlendirme Günleri'ne hoş geldiniz. Nusret Fişek'in başlattığı "daha nitelikli sağlık hizmeti, daha sağlıklı toplum" hedefine doğru, tüm olumsuzluklara karşın ilerleyen siz halk sağlıkçıları, içten sevgi ve saygı ile selamlıyorum.

Günümüzde sağlık alanında, toplumun her bireyine eşit sağlık hizmeti sağlamayı öngören bir çaba göstermek, gerçek bir özveri, sabır ve yürek gerektiriyor. Toplumunu önceleyen bir anlayışla çalışan, halk sağlığından yana meslektaşlarımız, inanılmaz güçlüklerle boğuşmak zorunda kalıyor. Bu güçlükler çok değişik biçimlerde karşımıza çıkıyor. Saymakla bitmeyecek örnekler arasından, kimi çarpıcı satırbaşlarını sıralamakla yetineceğim.

Halkın sağlık sorunlarına toplumsal çözümler aramak yerine, sağlık alanından kamunun tümüyle çekilmesini öngören anlayış, özveriyle sağlık hizmeti vermeye çalışan sağlıkçıların karşısına her gün yeni engeller getiriyor. Bir gün 5 Nisan Kararları, ertesi gün "Özelleştirme", sonraki gün "Yeşil Kart" ya da "Genel Sağlık Sigortası" umut ve çözüm olarak sunulmaya çalışılıyor. Son günlerde, tüm bunların bileşimi olan sözde "Sağlık Reformu" yeniden toplumun gündemine sokulmaya uğraşılıyor.

Bugün yönetime egemen olan anlayış, bir gün "kolera yok" dedirtiyor, ertesi gün hekim kitlesi ve halkın sağlığı için uğraş veren Türk Tabipleri Birliği yöneticilerini DGM soruşturmalarına alıyor ya da geçici görevlendirmelerle Tabipler Birliği'nden uzaklaştırıyor. Bu anlayış, gecekondü üniversiteler ve tıp fakülteleri açarak, mesleğin saygınlığını ve niteliğini düşürüyor. Ülkemizde en yaygın hizmet ağını oluşturan sağlık ocaklarını donanımsız ve desteksiz bırakarak, halk sağlığını en akılcı örgütlenmeden yoksun bırakan da aynı anlayıştır.

Tüm bunlar ve benzeri sayısız güçlükler, sağlık alanında çalışanların karşısına dikilerek, onları hizmete ve mesleğe yabancılaştırıyor. Çünkü, bunca zorluğa karşı çıkarak çalışmakta direnmek hiç de kolay değildir. Üstelik tüm çalışanlar gibi, sağlık personeli de emeklerinin karşılığını elde etmenin ve insanca yaşama koşullarının çok uzağındadırlar.

Türk Tabipleri Birliği, böylesi bir ortamda halk sağlığı sorunlarına gerçekçi ve doğru çözümler üretmek, aynı zamanda hekimleri ve öbür sağlık çalışanlarını uygun bir çalışma ortamına kavuşturmak için yoğun uğraş veriyor. Bu çabaların başarıya ulaşabilmesinin başta gelen koşulu, Türk Tabipleri Birliği'nin (TTB) kurumlaşmasıdır. Prof. Dr. Nusret Fişek TTB'nin kurumlaşması doğrultusunda da çaba göstermişti. Ben bugün daha çok Hocamızın bu çabalarına değinmek istiyorum.

TTB'nin kurumlaşma çalışmalarının ilk adımları, Nusret Fişek döneminde atıldı. 1960'ların sonlarında ve 1970'lerde TTB'de amatör ruh egemendi, çalışmalar coşku içinde ve elbirliğiyle gerçekleştirilirdi. Kuşkusuz o dönemde de güçlü ve kurumlaşmış bir TTB'nin önemi vurgulanırdı. Ancak, bunun gerçekleşmesi için 1980'leri beklemek gerekti.

12 Eylül sonrasındaki hareketsizlik dönemini izleyen yıllarda, Nusret Fişek önderliğinde yeniden çalışmaya başlayan TTB'de, 1980 sonlarında "Kol" yapılanmaları ile daha örgütlü bir çalışmanın temelleri atıldı. Bu dönemde kurulan kol- lar arasında, TTB Halk Sağlığı Kolu da vardı. Özlenen etkinlikte olmasa da Kolumuzun ilk çalışmaları o dönemde gerçekleşti. O günlerden beri TTB yapısı içinde, Halk Sağlığı Kolu'na benzer biçimde birçok başka çalışma grubu oluşarak, sağlık alanındaki boşlukları doldurmaya çalıştı. Örneğin, geride bıraktığımız yıllarda TTB'nin en somut ve başarılı çalışma alanlarından birini, gene Nusret Fişek döneminde kurulmuş olan İşçi Sağlığı Kolu oluşturdu ve ülkemizde önemli bir boşluğu doldurdu.

Bugün TTB, sağlık alanında sağduyunun ve gerçeğin sesini topluma duyurma işlevini sürdürüyor. Kolera ve benzeri pek çok olayda olduğu gibi, basın ve kamuoyu TTB'nin görüşlerine, resmi açıklamalardan çok daha fazla değer biçiyor. Tüm bunlar, Nusret Fişek'in başlattığı kurumlaşmış TTB amacına yönelik çabaların ürünleridir.

TTB'ye emeği geçmiş herkesin, hiç kuşku yok ki, örgütümüzün bugün ulaştığı aşamaya önemli katkıları olmuştur. Tüm çabaları saygı ile anıyoruz. Ancak, Nusret Fişek'in TTB ve hekim örgütlenmesi için gösterdiği özverili çabaların bunlar arasında özel bir yeri ve önemi vardır.

Nusret Fişek Halk Sağlığı Değerlendirme Günleri '94'te, bir kez daha sağlığı, hekimleri, sağlık çalışanlarını ele alacağız. Geçen yıldan bu yana yaşananları değerlendirdiğimizde, ne yazık ki, pek az gelişmeye tanık oluyoruz. Geçen yılki Nusret Fişek Halk Sağlığı Değerlendirme Günleri'nde dikkat çektiğimiz sağlık sorunları sürüyor.

-Sağlık ocakları desteksiz...

-Eğitim-Araştırma Bölgeleri canlandırılmadı...

-Hıfzıssıhha Okulu açılmadı...

-Hekim ve genel olarak çalışanların ücretleri yetersiz...

-“Sağlık Reform Paketi” adı altında planlanan halk sağlığına yönelik tehdit, geçerliliğini koruyor...

-Güneydoğu'da başlı başına sağlıksızlık nedeni olan çatışma ve göç ortamı sürüyor...

Bizler halk sağlığı için daha planlı, daha örgütlü bir çaba içinde olmak zorundayız. Nusret Fişek'in amaçladığı, kurumlaşmış TTB kanalıyla, çağdaş halk sağlığı

ilkelerini yaşama geçirmek için çalışmak, kamuoyunu bu doğrultuda uyarmak hedefimiz olmalıdır.

Demokratik, eşitlikçi ve özgürlükçü bir toplum hedefinin, ancak demokratik toplum kuruluşlarının gücü ve örgütlülüğü ile başarılacağına inanıyoruz. Bu amaçla, herkesi olanakları ölçüsünde TTB'ye katkıda bulunmaya çağırıyoruz.

Sözlerime son verirken, Nusret Fişek Günleri'nin kamuoyuna ışık tutacak bir tartışma ortamı yaratmasını diliyorum.

*(“Nusret Fişek Halk Sağlığı Değerlendirme Günleri” Açış Konuşması,
4 Kasım 1994, Ankara)*

TABİP BİRLİKLERİ VE DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ AVRUPA FORUMU İZLENİMLERİ

Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi Temsilciliği ile Avrupa Ulusal Tabip Birlikleri'nin bu yıl 10. kez yapılan Forumu, 23-25 Mart 1995 tarihleri arasında 40 ülkenin temsilcileriyle toplandı. Toplantıda tabip birliklerinin temsilcileri dışında, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) Avrupa Bölgesi Direktörü, Avrupa Genel Pratisyenler Birliği (UEMO) Başkanı, Avrupa Uzmanlar Birliği (UEMS) Başkanı, Dünya Tabipler Birliği Genel Sekreteri, bu kuruluşların öbür yöneticileri, İngiliz Tabipler Birliği yönetici ve üyeleri bulunuyordu. Bosna-Hersek Tabipler Birliği Başkanı, ülkesinin içinde bulunduğu koşullar nedeniyle Forum'a katılımı için gerekli izni alamamış, bir mesajla durumu Forum'a bildirmişti. Bu mesaj, açılış oturumu sırasında katılımcılara okundu. Bir önceki yıl Budapeşte'de yapılan 9. Forum'da alınan kararlar uyarınca, Avrupa ülkelerinin tabip birlikleri bir yıl boyunca kimi projeler üzerinde çalışmışlardı. Toplantıda bu projelerdeki gelişmelerin yanı sıra, ana tema olarak, sağlık politikalarının oluşturulmasında tabip birliklerinin rolünün tartışılması amaçlanmıştı. Ayrıca, 21. yüzyılda tıp mesleğinin boyutlarına dikkat çekilmesi öngörülmüştü. Forum, İngiltere Tabipleri Birliği'nin (BMA) ev sahipliğinde Londra'da yapıldı.

Forum, 22 Mart 1995'te kayıt ve açılış resepsiyonu ile başladı. BMA'nın kütüphanesinde yapılan resepsiyonda, toplantı katılımcılarının birçoğu ve BMA yönetici ve üyeleri hazır bulundu.

BİRİNCİ GÜN (23 Mart 1995)

Açılış Oturumu

23 Mart 1995'te Londra Forte Crest Bloomsbury Otel'de yapılan açılış oturumunda, BMA Konsey Başkanı Dr. A.W. Macara ilk konuşmayı yaptı. "Değişen Tıp Mesleği" konulu konuşmasında Dr. Macara, tabip birliklerinin rolüne değinecek, "meslek yaşamının tek sabit ögesi değişimdir" dedi.

Dr. Macara, çağdaş meslek örgütünün işlevlerini şöyle tanımladı:

1. Üyelerinin görüş ve çıkarlarını temsil etmek ve onlar adına görüşmelerde bulunmak;
2. Meslek uygulamalarında niteliği (kalite) geliştirmek;
3. Meslek ilkelerine uymayanları disipline etmek;
4. Bilim, eğitim ve etik alanlarında önderlik sağlamak;
5. Uygun hizmetler sunmak (hukuksal danışmanlık ve destek gibi);

6. Dış ilişkiler geliştirmek (yerel, ulusal ve uluslararası düzeyde).

Dr. Macara bir meslek örgütünün başarısının, toplu sözleşme ya da sendikal işlevindeki başarısıyla ölçüldüğünü vurguladı. Macara'ya göre, bir örgüt ancak en zayıf/yetersiz üyesi kadar güçlü olabilirdi.

Dr. Macara ayrıca Gürcistan'a yaptığı geziden edindiği izlenimleri anlattı ve bu ülkede sağlık altyapısının çökmüş olduğunu gözlediğini belirtti.

Daha sonra İngiltere Sağlık Bakanı Virginia Bottomley, Forum katılımcılarını selamlayarak, Sağlık Bakanlığı'nın "Ulusun Sağlığı", konusundaki görevleri üzerinde durdu. Avrupa ülkelerinin benzer sorunlarla karşı karşıya olduğu belirten Bottomley, günümüzde yaşanan nüfusun sorunlarının çözüm beklediğini, ulusun sağlığı açısından temel stratejinin "sağlığı geliştirmek" olması gerektiğini vurguladı. Bottomley, sözlerini ünlü devlet adamı Disraeli'nin şu deyişle noktaladı:

"Bakanlar önce ulusun sağlığını düşünmelidir."

İzleyen konuşmacı, Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi Direktörü Dr. J. E. Asvall idi. Dr. Asvall, Avrupa Bölgesindeki sağlık durumuna ve göstergelerine dikkat çektiği konuşmasında, özellikle Orta ve Doğu Avrupa ülkelerinin konumu üzerinde durdu. Değerlendirmesini WHO Avrupa Bölgesi verileri ile destekleyen Dr. Asvall, özellikle Orta ve Doğu Avrupa ülkelerinde son yıllarda ortaya çıkan sosyal ve ekonomik çöküntü/çalkantı sonucu sağlık göstergelerindeki gerilemeye dikkat çekti. Örneğin, Rusya Federasyonu başta olmak üzere, bu ülkelerin birçoğunda difteri hastalığında artış saptanmıştı. Dr. Asvall, Rusya Federasyonu'nda son yıllarda doğustaki yaşam umudu süresinin 59'a gerilediğini belirtti. Bu gerilemiş süresi, 10 yılın üstündedir. Tüm Orta ve Doğu Avrupa ülkelerinin kaba ulusal gelirlerinde son yıllarda önemli oranlarda azalmalar görüldüğünü belirten Dr. Asvall, Batı Avrupa'da da nüfusun %15'inin yoksulluk sınırı altında yaşadığını sözlerine ekledi.

Dr. Asvall, sağlık politikaları ve genel toplum sağlığı konularında, tabip birliklerinin daha etkin ve tartışmanın eşit bir tarafı olması gerektiğini vurguladı. Daha sonra Dr. Asvall Avrupa Bölgesi ile ilgili şu verileri sundu:

Bebek ölüm hızı: Batı Avrupa'da binde 10 altında,

Orta Avrupa'da binde 10-20

Türkiye'de binde 20 üstünde

Poliomiyelit: Yalnız Türkiye'de yılda 10 olgu üstünde

Temiz suyu olmayan nüfus: 130 milyon

Yugoslavya'da: Ölü sayısı 200 bin

Sığınmacı sayısı 4 milyon

“Sağlık Politikaları ve Tabip Birlikleri’nin Rolü” Konulu Oturum

Bu oturumun ilk konuşmacısı Prof. J. F. Girard idi. “Avrupa Birliği’nde Sağlık” konulu konuşmasında Prof. Girard, Avrupa Bölgesi ülkelerinde üzerinde durulması gereken sağlık sorunlarına değindi. Daha sonra söz alan Dr. K. Calman “Ulusun Sağlığı” başlıklı konuşmasında, İngiltere Sağlık Sistemi’nin son yıllardaki sorunları ile yeni atılımları üzerinde durdu ve İngiltere’de “Herkesine Sağlık” hedefleri doğrultusunda yapılan çalışmaları anlattı. Dr. Calman, İngiltere’nin hükümetçe atanan, ancak oldukça özerk bir işlevi olan “Chief Officer” görevini üstlenmiş bir teknokrattı. Dr. Calman’ın açıklamalarına göre, Hükümet’in üç ayda bir toplanan bir “Sağlık Alt Komitesi” bulunmaktadır. Bu Komite’de, 12 Bakanlık temsil edilmektedir. “Herkesine Sağlık” hedeflerinden 24’ünün iyi gittiğini; örneğin, koroner kalp hastalığı mortalite hızının 60’dan 30’a düştüğünü belirten Calman, 3 hedefte sorunlar olduğunu vurguladı.

1. Sigara alışkanlığı,
2. Şişmanlık,
3. Genç erkeklerde intihar.

İngiltere’nin ulusal sağlık stratejilerini Dr. Calman şöyle özetledi:

1. Sağlıklı mekanlar (sağlıklı hastaneler, sağlıklı cezaevleri),
2. Sağlıklı bağlaşıklar (müttefikler) (sendikalar, eğitim sektörü, vb.),
3. Sağlıklı gruplar (etnik azınlıklar, vb.).

Dr. Calman konuşmasını şu sözle noktaladı: “Tıp eğitimi, değişimin anahtarıdır.”

Tartışma

Bu konuşmadan sonra, konular tartışmaya açıldı. Çek Tabipleri Birliği temsilcisi, ülkesinde dört Bakan değiştiğini ve her Bakan’ın kendi politikaları olduğunu, sigara içme hızının arttığını; Tabip Birliği’nin beş proje üzerinde çalıştığını belirtti.

Portekiz temsilcisi, çeşitli programlarda çalışan uzmanları olduğunu; tıp eğitimi, sağlık politikaları ve hizmetin niteliği konusunda çalışmaları bulunduğunu; Sağlık Bakanlığı’nın komitelerinde Tabip Birliği’nin temsil edildiğini; Tabip Birliği olarak özelleştirmeye karşı olduklarını açıkladı.

Norveç Tabipler Birliği Başkanı, “Herkesine Sağlık” yaklaşımının siyasal bir tercih olduğunu; hekimlerin herkese karşı sorumluluğu bulunduğunu; işsiz ve dilencilerin varlığının kabul edilemez olduğunu söyleyerek, hekimlerin rolünün öğretmenlik, danışmanlık ve teknisyenlik işlevlerini kapsadığını ekledi.

Gürcistan, Litvanya, Ukrayna, Polonya temsilcileri ülkelerindeki siyasal ve ekonomik bunalımı ve buna bağlı sağlık sorunlarını dile getirdiler. Ukrayna temsilcisi, Güney Ukrayna’da kolera salgını yaşandığını açıkladı.

Tartışmaların sonunda Dr. Asvall, özellikle Doğu'da sorunların büyük olduğunu belirterek, politika belirleme sürecinin, "Roma'ya giden değişik yollar olabileceği" biçiminde kabul edilmesi gerektiğini vurguladı. Değişik yollarla sonuç alınabileceğini ve ilerlemenin sonuçlarla ölçülmesi gerektiğini söyleyen Dr. Asvall, Avrupa'daki "çoğulcu ülkeler" in bunun örneklerini ortaya koyduğuna dikkat çekti.

Sağlık Politikaları Sorunları Çalışma Grupları Oturumu

Bu oturumda, Forum katılımcıları üç gruba ayrılarak "Sağlık Politikalarının Oluşturulmasında Tabip Birliklerinin Rolü" konusunu işlediler. Türk Tabipleri Birliği adına katıldığımız Fransızca – İngilizce Grubu'nda, sorunların Avrupa'nın batısı ile Orta ve Doğu Avrupa'da oldukça farklı olduğu vurgulandı. Batı Avrupa için dile getirilen kimi sorunların, öbür ülkeler için "lüks" sayılabileceğine dikkat çekilerek, konuya ilişkin Orta ve Doğu Avrupa ülkeleri temsilcilerinin görüşleri soruldu. Türkiye adına bu konuda yaptığım konuşmada, sorunların ve önceliklerin gerçekten farklı olduğunu; ancak, sağlık alanında çalışan resmi ve sivil kurum ve kuruluşların tüm sorunlarla ilgilenmek durumunda olduğunu belirttim. Türk Tabipleri Birliği'nin de, sağlığın her alanıyla ilgilendiğini, ancak, kendi olanakları ile gerçekleştirebileceği eğitim, etik, vb. konularda çalışmalarını somutlaştırma çabası içinde olduğunu açıkladım.

"Grup Çalışmaları"nın sonuç raporları 2. gün (24.3.1995) Forum katılımcılarına sunuldu:

- I. Çalışma Grubunun (Almanca – İngilizce Grubu) vardığı sonuçlar şöyle özetlendi:
 - Sağlık politikalarının oluşturulmasında, önerileri dikkate alınsa da, alınmasa da, tabip birliklerinin rolü olmalıdır.
 - Tıp mesleği içinde uzlaşma sağlanması zorunludur.
 - Ulusal tabip birlikleri; öbür meslek grupları ve hasta grupları (örneğin, kronik hastalık grupları) ile bağlantı kurarak, kamuoyu desteği sağlamalıdır.
 - Tabip birlikleri üyelerini, ikna yöntemiyle sağlık politikalarını uygulamaya sokmaya özendirmelidir.
- II. Çalışma Grubu (Rusça – İngilizce Grubu), daha çok Rusça bilen Orta ve Doğu Avrupa ülkeleri (Yeni Bağımsız Ülkeler) temsilcilerinden oluşuyordu. Bu nedenle, grup kararları kendi ülkelerinin özelliklerini yansıtıyordu:
 - Bu gruptaki tüm tabip birlikleri, olağanüstü durumlarla uğraşmaktadırlar.
 - Sağlık hizmeti sunumunda en önemli sorunlar, maliyet, öncelikler ve nitelik konusundaki tercihlerdir.
 - Tabip birliklerinin sağlık politikalarının oluşturulmasında rolü olmalıdır ve gerekirse kendi görüşlerinde direnmelidirler.

- Zor koşullarda bile, tabip birlikleri yalnızca reaksiyon göstermekle kalmamalı; aynı zamanda sağlık politikaları oluşturmalıdır.
 - Tabip birlikleri, siyasal sistemi kullanmayı öğrenmelidir.
 - Tabip birliklerinin görevi, üyelerini sağlık politikalarını uygulamaya sokmaya özendirme: Ödül sistemi, eğitim, kredilendirme, yarışmalar, sürekli tıp eğitimi ile ilişkilendirme.
- III. Çalışma Grubu (Fransızca –İngilizce) sonuçları ise şöyle özetlendi:
- Tabip Birliği içinde birlik sağlanmalıdır.
 - Hükümetler eleştirilmelidir.
 - Halk sağlığı öncelikleri ülkelere göre değişmektedir. Avrupa’da 130 milyon kişi sağlıklı su kaynağından yoksundur.
 - Tabip birliklerinin sağlık politikalarının oluşumunda belirleyici bir rolü olmalıdır.

Grup kararlarını özetleyen oturum başkanı, tüm grupların tabip birliklerinin sağlık politikalarının oluşturulması ve uygulanmasındaki rolü konusunda görüş birliği içinde olduklarını vurguladı ve bu işlevin karar vericilere ve politikacılara danışmanlık yapmayı da içerdiğini belirtti. Görüşlerin Forum kararı biçimine getirilmesi önerisi, katılımcılarca kabul edildi.

Liyezon Komitesi Raporu

Programın sonraki oturumunda “Avrupa Tabip Birlikleri ve Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Forumu Liyezon Komitesi”nin raporu sunuldu. Dr. A. J. Rowe’un sunduğu raporda, Komite’nin geçen yıl içinde üç kez toplandığı belirtildi ve bölgede yapılan çalışmalarla ilgili bilgi verildi. Rapor’da, Bosna’da hekimlere Ocak ayından beri maaş ödenmediği; Gürcistan’da da benzer durumun söz konusu olduğu; Afganistan’da bağışıklama yapılabilmesi için iki aylık bir ateşkes sağlandığı; Avrupa Konseyi’nin hasta ve azınlık hakları konusunda işbirliği isteminde olduğu bilgileri yer almaktadır.

Liyezon Komitesi Raporu’nda, Komite’nin önemli bir çalışma zamanınının, Londra Forumu’nun hazırlanmış ile geçtiği belirtilmiştir. Ayrıca, Forum’a katılmak isteyen çeşitli uluslararası kuruluşlarla ilgili bilgilere, Komite Raporu’nda yer verilmiştir.

Ulusal Tabip Birlikleri Raporları

Birinci günün son bölümünde, Norveç Tabipler Birliği, Avrupa’daki tabip birliklerinin çalışmalarına ilgili topladıkları verileri içeren raporu sundu. Bu raporda, Türk Tabipleri Birliği verileri ve çalışmaları da yer almıştır.

Aynı gün akşam, İngiltere Sağlık Bakanı Virginia Bottomley, katılımcılar onuruna “Lancaster House” da bir resepsiyon verdi.

İKİNCİ GÜN (24 Mart 1995)

Tıp Mesleğinin Geleceği ve Sorunları

Bu oturum, Dünya Sağlık Örgütü “Alkol, Uyuşturucu ve Sigara Birimi”nden Dr. P. Anderson’un “Alkol, Sağlık ve Toplum -1995 için bir Sorun” başlıklı konuşması ile başladı. Bu konuşmada, alkolün temel bir halk ve toplum sağlığı sorunu olduğu, ölümlerin yüzde 6’sının alkolle ilişkili görüldüğü ve alkolün yılda 800 bin önlenbilir ölüme yol açtığı belirtildi. Konuşmada ayrıca, sağlık hizmetinde verilecek eğitimin alkol tüketimini azaltmada önemli payı olduğuna dikkat çekildi.

Hizmetin Niteliği Eylem Grubu Raporu

Sağlık hizmetinin niteliğini geliştirmede ulusal tabip birliklerinin rolü üzerinde durulan bu Rapor, 1993’te Budapeşte’de yapılan Forum’da oluşturulan Eylem Grubu tarafından hazırlanmıştı. Rapor’da, hizmetin niteliğini geliştirmede tabip birliklerinin üyelerine ve hükümetlere yön verici çalışmalar yapabileceği dile getiriliyordu.

Tütün ya da Sağlık Eylem Grubu Raporu

Budapeşte Forumu’nda oluşturulan başka bir eylem grubu olan Tütün ya da Sağlık Grubu’nun Raporu’na göre, ulusal tabip birliklerinin sigara konusundaki çalışmalarının eşgüdümünü İngiliz Tabipler Birliği (BMA) üstlenmişti. BMA ayrıca, kaynak toplayacak ve yeni etkinlikler başlatacaktı. BMA bu süre içinde etkinlikler için finansman sağlamaya çalışmış, ayrıca Paris’te yapılan “Uluslararası Sigara Konferansı”nda 11 tabip birliğinin katılımı ile bir toplantı gerçekleştirmeyi başarmıştı. Bu toplantıya Türk Tabipleri Birliği’ni temsil eden iki meslektaşımız katılmıştı (Prof. Dr. Erol Sezer ve Doç. Dr. Elif Dağlı).

Rapor’da, tüm üye tabip birlikleri sigara sorunuyla ilgili kendi etkinliklerini düzenlemeye çağrılıyor ve finansman bulunduğu zaman yeni bir toplantı yapılacağı açıklanıyordu.

Rapor’un tartışılması sırasında katılımcılar, özellikle ve öncelikle tabip birliklerinin kendi ortamlarını sigarasız yapmalarının önemini vurguladılar. Batı Avrupa’da hekimlerin sigara içme oranlarının çok düştüğü, örneğin İngiltere’de bu oranın %6 olduğu bildirildi.

Tıp Mesleğinin Geleceği: Rol ve Kaynaklar- 21. Yüzyıl için Tahminler

Bu başlık altında Almanya’dan Dr. F. U. Montgomery, Fransa’dan Prof. M. Manciaux, Dünya Sağlık Örgütü’nden Prof. D. M. Macfadyen konuşular. Dr. Montgomery konuşmasında, Almanya’da pek çok sağlık hizmetinin sigorta kapsamı dışında bırakıldığını; yetersiz ücretler ve etik değerlere önem vermeme sonucu sağlık hizmetlerinin yıkıma uğradığını söyledi ve “artık, yaşamak için daha fazla ödemeniz gerekiyor” dedi.

Dr. Montgomery, Avrupa’da kimi ülkelerde hekim işsizliğinin baş gösterdiğine dikkat çekti ve hekimlerde işsizlik oranlarının İtalya’da %17, Avusturya’da %8, Almanya’da %7 olduğunu belirtti. Bu nedenle, tıp öğrencisi sayısının azaltıldığını

vurgulayan konuşmacı, 1990'ların ortalarında işsizlik değerlerinin en yüksek düzeylere ulaşacağını bildirdi.

Oturumun ikinci konuşmasını Nant Üniversitesi Pediatri ve Halk Sağlık Profesörü M. Manciaux yaptı. "Tıp Mesleğinin Geleceği: Rol ve Kaynaklar: 21. Yüzyıla Yönelik Tahminler" başlıklı konuşmasında Prof. Manciaux, üçüncü binyılın eşğinde geleceği tahmin etmenin çok zor ve karmaşık olduğunu söyledi. Tıp mesleğinin geleceğini yalnız hekimlerin değil, ilgili tüm meslek ve tarafların (hastalar, sağlıklı insanlar, politikacılar, toplum) biçimlendireceğini belirten Manciaux, tıp mesleğinin bugünü ve geleceği ile ilgili şu noktalara dikkat çekti:

"Asıl ve temel sorun, sağlık hizmetinin, en yoksullar da içinde olmak üzere, herkese eşit biçimde sağlanmasıdır. Avrupa Topluluğu'nun 12 ülkesinde tıp eğitimi süresi 5-8 yıldır. Tıp mesleğine giriş koşulları, uzmanlık eğitimi, genel pratisyen/uzman oranları çok değişiktir.

Avrupa Topluluğu'nun (AT) önerisi, tıp eğitiminin en az altı yıl ve de 5500 ders saati sürmesidir. AT'nin başka bir önerisi, hekimlerin sürekli eğitiminin yaşam boyu zorunlu olmasıdır; bu direktif, 1995'te yürürlüğe girecektir.

Ekim 1994'te Avrupa Genel Pratisyenler Birliği (UEMO) ile WHO Avrupa Bölgesi'nin genel pratisyenlik eğitimi konusundaki 'Uzlaş Konferansı'nda kabul edilen kararlar, eğer uygulanırsa, 21. yüzyılın genel pratisyenlerini yaratacaktır."

İzleyen konuşmacı WHO Avrupa Bölgesi Direktör Yardımcısı Dr. M. Macfadyen, 21. yüzyıla ilgili öngörülerinde, sağlıkta niteliği geliştirme çabalarının süreceğini; başarıya çeşitli yollardan gidilebileceğini ve seçimin ideolojik olmaması gerektiğini, etik konuların ön plana çıkacağını belirtti. Dr. Macfadyen, yüzyılımızda "yaşam umudu" süresinde dikkat çekici bir artış sağlandığını; 20. yüzyılın "daha uzun yaşama çağı" olduğunu; 21. yüzyılda ise uzun yaşamın sonuçlarının alınacağını söyledi ve şu açıklamayı yaptı:

"Yaşama yatırım yapıyoruz: Bunun bir bedeli olacaktır: Yaşam süresi arttıkça, bakımı gereken daha kırılğan insanlar artacaktır. WHO bu sorunları geniş biçimde ele almaktadır."

Liyezon Komitesi Üyelerinin Seçimi, Kararların Tartışılması ve Onaylanması

Bu oturumda, önce aday olarak önerilen İngiltere, İsviçre, İsveç, Polonya, Belçika ve Slovenya'nın Liyezon Komitesi'ni oluşturması önerisi kabul edildi.

Daha sonra "Forum Kararları"nın oluşturulması için tartışmaya geçildi. Tartışmalar sonucunda, ekte sunulan karar önerileri kabul edildi. Ayrıca, "Forum Kararları"nın hükümetlere gönderilmesi ve hükümetlere, tabip birliklerinin uzmanlık ve birikimlerinin anımsatılması kararlaştırıldı. Dünya Sağlık Örgütü temsilcileri, "Forum Kararları"nın hükümetlere gönderileceğini açıkladılar.

Forum Kararları

Forum kararları özet olarak şöyle:

1. **Sağlık Politikaları:** Avrupa Forumu, sağlık politikalarının oluşturulması ve uygulanmasından sorumlu olanlara, tabip birliklerinin danışmanlık yapma görev ve sorumluluğu olduğunu bir kez daha anımsatır. Bu konuda sorumluları, hükümetleri, sağlık otoritelerini ve öteki ilgili kuruluşları, tabip birliklerinin bu rolünü tanımaya çağırır.
2. **Savaşın Zarar Gören Topluluklar:** Avrupa Bölgesi'ndeki savaşlarla ilgili bu kararda, taraflar, sorunlarını barışçıl yöntemlerle çözmeye; yaygın ve önlenemez hastalık salgınları için gerekli önlemlerin alınabilmesi amacıyla "ateşkesler" düzenlemeye çağırılmaktadır.
3. **Hepatit B ve C:** Kaza sonucu Hepatit B ve C ile enfekte olma konusundaki bu kararda, hükümetler ve öbür sağlık hizmeti sorumluları, kan ve öteki biyolojik ürünlerin denetimini garanti etmeye, sağlık personelinin aşı ile korunmasını sağlamaya çağırılmaktadır. Bu kararda, WHO Avrupa Bölgesi'ndeki bir üye ülkede, Sağlık Bakanlığı ile tabip birliği arasında bu konuda ortak çalışmalar yapıldığı bildirilmektedir.
4. **Sigara ve Sağlık:** Bu kararda, hükümetler, doğrudan ve dolaylı sigara reklamlarını yasaklayan, tütün ürünlerini yüksek oranda vergileyen, sigara paketleri üzerine uygun sağlık uyarıları koymayı sağlayan ve kapalı kamu yerlerinde "sigarasız ortam" hakkını garanti eden sıkı yasal düzenlemeler gerçekleştirmeye; tabip birlikleri ise, kendi ortamlarını sigarasız yapmaya, üyeleri için sigarayı bırakma kursları düzenlemeye ve ulusal sigara kontrol programlarını etkin biçimde desteklemeye çağırılmaktadır.

Kapanış

İsveç temsilcilerinin, 1996 yılındaki Avrupa Forumu'nun 1-3 Şubat'ta Stockholm'de yapılması önerisi, Forum katılımcılarınca uygun görülerek kabul edildi.

Forum aynı gün akşam, Apothecaries Hall'de verilen Konferans Yemeği ile sona erdi.

ÜÇÜNCÜ GÜN (25 Mart 1995)

Post-Forum Toplantı

Avrupa Forumu'nun resmi toplantısının ertesi günü, "Post-Forum" adı altında düzenlenen toplantıda, tabip birliklerinin kitle iletişim araçları, parlamento, hükümet ve üniversitelerle ilişkileri tartışıldı.

Tabip birliklerinin basın, televizyon, radyo ve parlamento ile ilişkilerinin anlatıldığı birinci konuşmada, BMA deneyimi aktarıldı. Konuşmacılar, BMA yayın ekibinde görev alan profesyonel iletişim elemanlarıydı. Konuşmacılar özetle şu noktalara dikkat çektiler:

“BMA’nın medyada yer almadığı gün yoktur. Medyayı, Parlamento’yu etkilemek için kullanıyoruz. Üye sayımız artıyor. Şu anda BMA’nın 120 bin üyesi var. 1940’lardan beri, BMA’nın basın danışmanı vardır.

Etkili olmayı amaçlıyoruz. Yerel düzeyde üyelerimiz, gerek basına, gerek politikacılara karşı BMA’yı temsil ederler, ülke çapında yaklaşık 200 kadar basın sekreterimiz bulunmaktadır. BMA’nın yerel düzeyde etkisi yüksektir.”

Daha sonra konuşmacılar, parlamentoda tabip birliğinin etkili olabilmesi için şu eylem planını önerdiler:

- Ülke düzeyinde hekim muhabirler ağı gerçekleştirin ve bu kanalla yerel medya ile ilişki kurun.
- Kamuoyuna mesaj verebilmek için her fırsatı değerlendirin.
- Siyasal parti ayrımı yapmayın.
- Tüm partilerin kilit politikalarını hedefleyin.
- Parlamenterlerden gelen desteği kamuoyuna açıklayın.
- Parlamento oylamalarında kararsız milletvekilleri üzerinde odaklaşın.

Sağlık Muhabirleri ve Tabip Birlikleri

Bu bölümde konuşan G. Burn, *British Medical Journal* ile ilgili bilgiler verdi. BMA’nın tıp öğrencilerine yönelik *Student Medical Journal* adlı yayınından da söz eden konuşmacı, her iki derginin de kimi ülkelerde çevrilerek yayımlandığını belirtti.

Daha sonra “Sağlık Muhabirleri ve Tabip Birlikleri” konulu konuşmasını yapan W. Burkart, kendisinin profesyonel bir gazeteci ve Almanya Tabipler Birliği’nin yayınına editörü olduğunu belirtti ve şunları söyledi:

“Alman Tıp Dergisi’nin yayın kurulu 15 kişiden oluşmaktadır ve bunların yalnızca ikisi hekimdir, kadınların sayısı daha fazladır...Profesyonel gazetecilerin çıkardığı iki tabip birliği yayını daha vardır: İsviçre ve Avusturya.

Tabip birlikleri basınla iyi ilişkiler içinde olmalıdır. Bunun için her tabip birliğinin, mesleği ve meslektaşlarını iyi bilen ve tanıyan, deneyimli profesyonel bir gazeteci görevlendirmesi gerekir. Basın danışmanı tabip birliğinin tüm toplantılarına katılmalıdır. Basın danışmanının, hükümetle görüşmeler sertleştiğinde, ilişkiyi açık tutma gibi bir işlevi olabilir.

Basında çalışan sağlık muhabirleri ile tabip birliklerinin iyi ilişkileri olmalı, tabip birliği bu muhabirlerin görevlerini yapmalarına yardımcı olmalıdır. Aslında sağlık muhabirleri hekimlerin asistanı olabilirler.”

Hükümet /Meslek/Üniversite: Gerilim mi, Uyum mu?

Bu oturumda, Orta ve Doğu Avrupa ülkelerinde yeniden kurulmakta olan tabip birliklerinin sorunları, hükümetler ve üniversitelerle ilişkileri dile getirildi. Genel olarak tabip birliklerinin hükümet ve üniversitelerle güçlükler yaşadığı belirtildi.

SONUÇLAR

Forum sonucunda, şu konulara vurgu yapılmış ve görüş birliği oluşmuştur:

1. Avrupa ülkelerinde yoksulluğun ve toplumsal çelişkilerin arttığı bir dönem yaşanmaktadır.
2. “Herkese Sağlık” hedefine ulaşmanın anahtarı, birinci basamak (temel) sağlık hizmetinin yeterli düzeyde örgütlenmesidir. Bu konuda başarının yolu ve yöntemi ülkelere göre değişmektedir.
3. Tabip birliklerinin, “Herkese Sağlık” hedefine yönelik ve sağlıkla ilgili öbür politikaların oluşturulmasında önemli işlevi vardır. Hükümetler tabip birlikleriyle birlikte çalışmalı; onların bilgi, birikim ve deneyiminden yararlanmalıdır.
4. Tabip birlikleri, basınla olumlu ilişkiler geliştirilmeli; profesyonel gazeteciler görevlendirerek, topluma mesajlarını daha iyi iletmeye çalışmalıdır.

Forum boyunca, tartışmalarda yer alarak, görüşlerin oluşmasına katkıda bulduk. Katkılarımız, WHO yetkilileri ve katılımcılarca olumlu değerlendirmeler aldı. Ayrıca, özel ve kişisel görüşmelerde, çeşitli ülkelerin temsilcileriyle bilgi alışverişinde bulunduk.

Türkiye açısından bir değerlendirme yapılırsa, Avrupa Bölgesi içindeki en kötü sağlık göstergeleri olan ülke olmanın, toplumumuzun ulaştığı sosyoekonomik düzey ile uyumlu olmadığı kanısındayım.

Birinci basamak sağlık hizmetine yeterli destek, donanım ve eğitim sağlayarak, sağlık göstergelerinde olumlu gelişmelerin görüleceği, “Herkese Sağlık” doğrultusunda adımlar atılacağı açıktır. Bu ise, tıp eğitiminden başlayan ve sağlık sektörünün tüm alanlarını kapsaması gereken çok yönlü politikalarla olanaklıdır. Bu politikaların oluşturulmasında Sağlık Bakanlığı’nın, Türk Tabipleri Birliği’nin ve üniversitelerin birikimleri birleştirilmelidir.

(Toplum ve Hekim, Mayıs-Haziran 1995)

TTB DEĞERLERİ VE TABİP ODAMIZ

Sevgili ATO üyeleri, değerli meslektaşlarım,

Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi (TTB-MK) adına hepinizi saygıyla selamlıyor, Genel Kurulumuzun başarılar getirmesini umuyorum. Meslekte 40. ve 50. yılını doldurmuş meslektaşlarımıza daha nice başarılı yıllar diliyorum.

Ben kısaca TTB'nin bugün ulaştığı aşama ve bu aşamaya ulaşmada TTB'nin savunduğu değerler üzerinde durmak istiyorum.

20 yılı aşkın bir süredir gerek Merkez Konseyi, gerek tabip odaları, sağlık alanında söz ve karar sahibi olma çabası içinde olmuştur. Özellikle son 10 yıldır TTB, hekimlik ve sağlık alanıyla ilgili her konuda görüşüne başvuru alan bir kaynak kurum niteliğine ulaşmıştır. Toplumun her kesiminden gelen istemler, özellikle Merkez Konseyimiz ile büyük kent tabip odalarımızı yoğun bir iş yükü altında bırakmaktadır. Bugünkü Genel Kurulumuza basın ve kamuoyunun gösterdiği ilgi de, bu durumun bir göstergesidir.

TTB'nin (MK ve tabip odaları) bu konuma ulaşmasında, kuşkusuz özverili çabalarıyla bizleri destekleyen üyelerimizin büyük payı vardır. Öte yandan, hekimlerin ve örgütlerinin yalnızca hekim sorunlarıyla uğraşmayıp, etik değerlere, toplumun sağlık sorunlarına aynı ölçüde eğilmesinin ve sahip çıkmasının, TTB'nin kamuoyunca bu ölçüde benimsenmesinde önemli ölçüde rolü olmuştur.

TTB bugün, hekimlerin özlük, eğitim ve istihdam sorunları, hasta hakları, genel olarak toplumun sağlık sorunları, sağlıklı yaşam ve sağlığın geliştirilmesi gibi konularda bilimsel ve nesnel tutum almaktadır. Pusulamız, sağlıkta eşitliktir. Sağlıkta eşitliğin sağlanmasına yönelik adımlar, tüm diğer alanlarda çözüm üretmeyi gerektirir. Doğru çözümlerin birbiriyle çalışmadığı kanısındayız. Örneğin, hekim hakları ile hasta haklarının bütünleyici olduğunu düşünüyoruz. Temel insan haklarından olan sağlık hizmetinden yararlanma hakkının, sağlıkta eşitliğin önde gelen koşulu olduğunu, bu nedenle de bu haktan yararlanmanın önüne – başta para olmak üzere- hiçbir engelin girmemesi gerektiği inancındayız. Bunun doğal sonucu, kamu sağlık kuruluşlarının her düzeyde, topluma eşit hizmet vermesi, bunun için geliştirilip güçlendirilmesi gereğidir.

TTB tüm bunların yanı sıra, insan hakları, demokrasi, barış, kardeşlik için öbür toplumsal demokratik güçlerle işbirliği yapmanın, insan olmanın bir gereği ve bir aydın sorumluluğu olduğunun bilinciyle, bu alanda etkin bir tavır sürdürmeyi de görev saymaktadır.

Bu ilke ve değerlerden yola çıkan TTB Merkez Konseyi ve tabip odalarımız, özverili etkin üyelerimizin çabalarıyla önemli çalışmalar ortaya koymuş, çeşitli

ürünler vermiştir. TTB tıp eğitimin tüm süreçlerine müdahaleyi asıl görevlerinden sayarak, bu konuda çeşitli çalışma grupları oluşturmuş, toplantılar ve yayınlar yapmıştır. Yalnızca adını sayarak geçeceğim öbür çalışma alanları arasında işçi sağlığı, pratisyen hekimlik, halk sağlığı ve sağlık politikaları, tıp etiği, insan hakları, özgün yayınlar bulunmaktadır. Tıp eğitimi alanında, uzmanlık eğitimi ve kredilendirme gibi çalışmalarımız sonuç alıcı noktalara gelmiştir. Yayınlarımız arasında bulunan *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED)*, birinci basamakta çalışan hekimlerin eğitimine yönelik tek ve özgün yayın olarak, dört yıldır düzenli biçimde pratisyen hekimlere ulaştırılmaktadır.

Tüm çalışmalarımızda, özellikle büyük kentlerdeki odalarımızın önemli katılımı ve katkıları olmuştur. Ankara Tabip Odası'nın (ATO) tüm odalarımız arasında özel bir önemi vardır. ATO, başkentte, siyasanın merkezinde olan ve ayrıca TTB Merkez Konseyi ile aynı kentte bulunan odamızdır. Bu nedenle, ATO'nun tüm öbür odalardan daha farklı bir işlevi vardır; bu gerçek, tüm odalarımızca da benimsenmektedir. Odalarımız, ATO'ya farklı bir değer biçmektedir; ATO'dan beklentileri vardır. Çünkü tüm hekimlerimizin yetkililere sesini duyurmada Ankaralı meslektaşlarımıza görev düşmektedir. Çünkü tabip odalarının üst örgütü olan Merkez Konseyi üyeleri de ATO üyesidir. ATO yönetimleri ve genel kurulları tüm bu nedenlerle, yalnızca Ankaralı meslektaşlarımızın değil, tüm meslektaşlarımızın da ilgisini çekmektedir.

Ben tüm mesleki yaşamım boyunca ATO üyesi olduğumu belirtmekten mutluluk duyuyorum. ATO'nun önümüzdeki dönemde yeni başarılar kazanmasını diliyorum.

Tabip Odaları, meslektaşlarımızın ilgisiyle ve çalışmalarıyla varlık gösterebilir. ATO, tüm Ankaralı hekimlerindir. ATO'nun gücü ve başarısı, hepimizin katkılarıyla olanaklıdır. Yönetimlere düşen görev, tüm üyelere bir hoşgörü ve kendilerini ifade edebilme ortamı sağlamak, demokratik katılım için elverişli bir çalışma düzeni yaratmaktır.

Daha güçlü bir ATO gerçekleştirmek görevi hepimizin. "Tabip Odası benim için ne yaptı?" sorusu yerine, "ben Tabip Odası için ne yapıyorum?" sorusunu benimsemenin daha doğru bir yaklaşım olduğunu düşünüyorum.

Bu umut ve düşüncelerle, hepinize saygılar sunuyorum.

(Ankara Tabip Odası Genel Kurulu konuşma metni, 20 Nisan 1996)

“ORDA KİMSE VAR MI?”

Türk Tabipleri Birliği'nin sayın delegeleri, sevgili meslektaşlarım,

Hepinizi saygı ve sevgi ile selamlıyor, 44. TTB Büyük Kongresi'nin hekimlerimize ve ülkemize yararlı sonuçlar sağlamasını diliyorum.

Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi'nin son sayısında (Mayıs 1996), “Orda Kimse Var mı?” başlıklı bir yazı vardı. Bitlis'in Ovakışla Beldesi Sağlık Ocağı hekimi Dr. Ahmet Ersoy imzalı bu kısa yazının, günümüz hekiminin ve sağlık örgütünün koşullarını çok iyi yansıttığını düşünüyorum. Dr. Ersoy şunları yazmış:

“Ocak ilk geldiğimizde harabe gibiydi. Gerekli onarımlar yapıldı...Fakat arada köylüler borularımızı patlatınca susuz kalıyorduk. Çok sık elektrik kesintileri oluyor, ekmek bulamama, telefonların sık sık kesilmesi, zor hava koşulları gibi sıkıntılarla, yaşama savaşı da veriyorduk, hizmetin yanı sıra...Sorunlarımızla hiç ilgilenmeyen muhtarların ‘sizi şikayet ederim, sürdürürüm, yapacaksın, senin işin bu’ gibi sözleriyle hakaretlerine maruz kalıyorduk. Hastanede çalışan arkadaşlar gibi ne döner sermaye, ne de nöbet paramız vardı ama geceleri, hafta sonları gelenleri, acil olmasa bile geri gönderemiyorduk...”

Bu alıntının, bugün ülkemiz koşullarında hekim olmanın sorunlarını, çok özlü biçimde gözler önüne serdiği kanısındayım. Özellikle ülkenin dört bir yanında, yetersiz koşullarda sağlık hizmeti vermeye çaba gösteren, başta pratisyen hekimler olmak üzere tüm meslektaşlarımızı, bu Kongre'den selamlamak istiyorum.

Türk Tabipleri Birliği (TTB), yıllardır temel sağlık hizmetinin sağlık örgütlenmesindeki anahtar rolüne dikkat çekmiş; bu nedenle de pratisyen hekimliğin ve birinci basamak birimlerinin sorunlarını irdelemiş, görüş ve öneriler ortaya koymuştur. TTB, birinci basamağın bir uzantısı olarak değerlendirdiğimiz kamu hastanelerinin güçlendirilmesi konusunda da benzer çalışmalar yapmıştır. Ancak, tüm çabalarımıza karşın, geride bıraktığımız iki yıl boyunca, gerek birinci basamak sağlık kuruluşlarımız, gerek kamu hastanelerimiz, gene desteksiz, donanımsız ve umarsız bırakılmışlardır. Sağlık ocaklarından üniversite hastanelerine uzanan bir yelpazedeki kamu sağlık kuruluşları, kendi yazgılarıyla baş başa kalmışlardır. Bu koşullarda sağlık örgütünün ayakta kalabilmesini ve bilinen aksaklıklara karşın sağlık hizmetinin sürdürülebilmesini sağlayan özverili meslektaşlarımızın ve tüm sağlık çalışanlarının çabaları gerçekten övgüye değerdir.

Bu durum, ülkemizde ve dünyada egemen olan “Yeni Dünya Düzeni”nin, sosyal devleti ve kamu hizmetlerini en aza indirme politikalarının bir sonucudur. Ülkemizde siyasal erkin benimsediği ve her alanda uygulamaya koyduğu bu politikaların temel amacı, kaynakları olabildiğince sermaye hareketlerine aktara-

rak, çalışanların kazanımlarını azaltmak, haklarını kısıtlamaktır. Özelleştirilmele-
rinin insan haklarına ve eşitliğe aykırı sonuçlar getireceği açık olan, sağlık, eği-
tim, sosyal güvenlik hizmetleri çeşitli gerekçelerle devletin elden çıkarmak istediği
sektörlerin başında yer almaktadır.

Kendi alanımız olan sağlık özelinde, kamu kuruluşlarının çökertilmesinin ya da
özelleştirilmesinin sağlık alanındaki eşitsizlikleri alabildiğine artıracaklarını düşün-
yoruz. Kamu kuruluşlarının desteksiz bırakılmasının sonuçları bugünden ortaya
çıkmıştır. Sağlık sektöründeki çeşitli sıkıntıların ve yurttaşlarımızın karşılaştığı
sorunların sorumlusunun “kamu kuruluşları” olduğu izlenimi yaratılmak isten-
mektedir. Bir bölüm medya kuruluşu da, bu doğrultudaki propagandalara araç
olmaktadır. Oysa gerçek sorumlular, yıllardır “sağlık reformu” adı altında geçerli
olmayan seçenekler sunarak ve gündemi işgal ederek, var olan hizmeti ve örgüt-
lenmeyi donanımsız ve umarsız bırakanlardır.

İnsanın sağlıklı ve mutlu yaşamını amaç edinmiş, bu amaca yönelik engelleri
gidermekle yükümlü olan bir mesleğin üyeleriyiz. Hekimliğin gerçek üyeleri, bu
amaç ile kendileri arasına, hiçbir başka etkenin girmesine izin vermeyen, “iyi
hekim” olmayı temel sayan meslektaşlarımızdır. İşte bunun içindir ki, sağlık hiz-
meti sağlamanın kamu görevi olmasını savunuyoruz. Sağlık alanında eşitliğin en
temel göstergesi, hizmetin kamu niteliği olup olmadığıdır.

Halkımızın, sağlık hakkı kadar, tüm diğer hak ve özgürlüklere de özlem duydu-
ğunu; herkesin barış, demokrasi ve insan hakları ortamında yaşamasının birincil
önemde gereksinim olduğunu düşünüyoruz. Demokrasinin gereği olan tüm
ekonomik ve demokratik hakların ülkemizin her bireyine sağlanması gerektiğine
inanıyoruz. İnsanların düşünceleri yüzünden cezalandırılmalarına karşıyız. Her-
kesin kendisini özgürce anlatabilmesinden yanayız. Şiddetin şiddeti beslediği ve
körüklediği gerçeğinden yola çıkarak, ülkemizde ve dünyada, barışçı yöntemle-
rin geçerli olmasını özlüyoruz. En temel insan hakları arasında yer alan sağlık,
eğitim, sosyal güvenlik, barınma vb. gereksinimlerin, her yurttaşımıza eşit olarak
sağlanmasının savunucusuyuz. Bu doğrultudaki çabalar, Türk Tabipleri Birliği
çatısı altında şimdiye değin olduğu gibi, bundan böyle de sürecektir.

TTB, son 20 yılda olduğu gibi, geride bıraktığımız iki yılda da, ülkemizin sağlık
alanına damgasını vurmuş; ayrıca, barış, özgürlük ve demokrasi yolunda atılan
her adımın yanında yer almıştır. Son iki yıla baktığımızda, çok sayıda çalışma,
rapor, belge ve program gerçekleştirdiğimiz görülmektedir. Merkezde ve çevre-
de, meslektaşlarımızın yürüttüğü gönüllü çalışmalar, TTB adına pek çok ürünün
ve görüşün ortaya konmasını sağlamıştır. Huzurlarınızda, tabip odalarında ve
Tabipler Birliği’nde bu çabalar içinde emeği geçmiş herkese bir kez daha teşekkür
ediyorum.

TTB’nin, ülkemiz gündemine taşıdığı görüş ve öneriler dikkate alınsaydı, Türki-
ye’de sağlık ortamı bu durumda olmazdı.

TTB'nin sesine kulak verilseydi, hekimler daha iyi bir hekimlik ortamında, daha nitelikli sağlık hizmeti sunabilirlerdi. TTB'nin ürünleri değerlendirilseydi, sağlık sorunlarına doğru saptamalarla gerçekçi çözümler geliştirilebilirdi.

Çünkü, TTB'nin önerileri dikkate alınsaydı, hekimlerin ve tüm sağlık çalışanlarının ücretleri, insanca yaşamayı sağlayacak düzeylerde olurdu. Böylece, tüm diğer çalışanlar gibi, hekimler de ek işler aramak zorunda kalmaz, sundukları sağlık hizmetinin daha nitelikli olması için çaba harcarlardı.

TTB'nin özellikle son on yıl içinde ısrarla savunduğu, “yetersiz tıp fakültelerinin açılmaması ve tıp fakültesi kontenjanlarının azaltılması” uyarıları değerlendirilseydi; bugünün genç hekimleri ve geleceğin hekimleri olan tıp öğrencileri, daha iyi eğitim olanağı bulabilirler, daha donanımlı olarak hizmete başlayabilirlerdi. Unutulmamalıdır ki, tıp fakültesi kontenjanlarının azaltılmasına bugün karar verilse, sonuçları altı yıl sonra alınacaktır.

TTB'nin sürekli savunduğu, gönüllülük ilkesine ve çalışma koşullarına uygun ücretlendirmeye dayalı “adil atama ve yer değiştirme sistemi” yürürlüğe konsaydı, bugün hekimlerimiz ülkede daha dengeli bir biçimde dağılmış olurlardı.

TTB'nin, “hekimlerin meslek uygulamalarını bağımsız ve özgürce gerçekleştirmeleri” doğrultusundaki uyarılarına gereken önem verilseydi, adli tıp alanındaki sıkıntılar yaşanmazdı.

TTB'nin görüşleri dikkate alınsaydı, bilimin ve uzmanlığın yol göstericiliği temel alınır; özellikle yönetici konumundaki kadroların seçiminde politik kaygılar yerine, deneyim ve birikim başta gelen ölçüt olurdu. Böylece, sağlık sisteminin, bilimsel ve doğru yönetimi sağlanırdı.

Bu örnekleri çoğaltmak olanaklıdır. Bu dönem, sağlık hizmeti sunumu, halk sağlığının çeşitli sorunları, Sosyal Sigortalar Kurumu, tıp eğitimi ve sürekli tıp eğitimi üzerine çok sayıda rapor ve belge oluşturulmuştur. Eğer bu raporlarda yer alan görüşler yetkililerce değerlendirilebilseydi, kamu sağlık kurum ve kuruluşlarında kimi iyileştirme adımları atılabilir, halk sağlığı alanında gelişmeler sağlanabilirdi.

Ne yazık ki, TTB'nin çalışmaları ve önerileri, her zaman olduğu gibi, geride bıraktığımız dönemde de, yeterince dikkate alınmamıştır.

TTB, kendi örgütsel işleyişinde belli bir aşamaya ulaşmış; demokratik mekanizmaları ve kurumlaşmayı olanaklar ölçüsünde yaşama geçirme çabası içinde olmuştur. TTB'yi, demokratik işleyişi gerçekleştirme açısından ülkemizin önde gelen gönüllü kuruluşları arasında saymanın abartma olmadığını düşünüyorum.

Ancak, temelde gönüllü ve demokratik çalışmanın doğal bir sonucu olarak, kurumlaşma ve kitleselleşme çabalarımız özlenen düzeye yükseltilememektedir. Örneğin, tüm çabalarımıza karşın, merkezi üye kayıtlarının güncelleştirilmesi çalışmasına, hala 24 kadar odamız katılmamıştır. Tabip odalarında etkin biçimde çalışan üyelerimizin sayısı, bu dönemde de beklenen düzeylere ulaşmamıştır. Örgütsel iletişim konusunda da benzer değerlendirmeler yapmak olanaklıdır.

Önümüzdeki dönem, TTB'nin gerek merkezde, gerek odalarda etkin kadrolarının sayısını artırması; çalışmalara süreklilik kazandırması; bunun için profesyonel ve yarı profesyonel bir çalışma yöntemini yaşama geçirmesi bir zorunlu görev olarak karşımızdadır. Bunun için, öncelikle odalarımızın ve merkezimizin yönetici kadrolarına sorumluluk düşmektedir.

Oda yöneticilerinin önde gelen işlevinin, meslektaşlarımızın kendilerini özgürce anlatabildiği ve çalışabildiği koşulları yaratmak olduğuna inanıyorum.

Ayrıca, TTB yöneticilerinin –en azından bir bölümünün- profesyonel çalışmalarının da oda ve Merkez Konseyi çalışmalarını önemli ölçüde rahatlatacağı, örgütsel iletişimi olumlu yönde etkileyeceği kanısındayım.

Özetlemek gerekirse, son iki yılda TTB Merkez Konseyi ve tabip odalarında, güçlü, etkin, demokratik TTB doğrultusunda önemli adımlar atılmıştır. Toplumda, TTB'nin saygın ve etkili bir kurum olduğu kanısı yaygınlık kazanmıştır. Sağlık Bakanlığı'nın yetersizliği, TTB'yi toplumun Bakanlık'la ilgili istemlerinin bile yöneltildiği bir konuma getirmiştir. Ancak, varılan yerin yeterli olmadığı açıktır. Yarım kalan, hiç ele alınamayan, çözemediğimiz sorunlarımız vardır. Çünkü TTB erki elinde bulunduran bir güç değildir. TTB Sağlık Bakanlığı değildir.

TTB'nin çalışmaları bir süreçtir. Bugün, 1996 Haziran'ında hiçbir şey 1994'teki gibi değildir. 1998'de ise, TTB'nin bugünden daha ileri konumda olacağına hiç kuşku yoktur. Çünkü, üyelerimiz ve toplum TTB'ye sahip çıkmaktadır.

Konuşmama son verirken, 44. Büyük Kongremize, gelecek döneme ışık tutacak önemli kararlar alacağı inancıyla, başarılar diliyorum, saygılar sunuyorum.

(TTB 44. Büyük Kongresi Açış Konuşması, Haziran 1996)

“İNSANIN İNSANLAŞMA SAVAŞI”

Dr. Behçet Aysan, ölümünden sonra yayımlanan toplu şiirlerinin adı gibi, haksızlıklara karşı duran bir meslektaşımızdı. Gerek ozanlık, gerek hekimlik uğraşındaki yaşam kesitleri, onun bu özelliğini yansıtıyor. Ozan ve hekim olarak Behçet Aysan, dünyayı yalnızca gözlemlenmekle yetinmeyen, her durumda savaşımı gerekli gören bir düşünce ve eylem insanıydı.

Behçet, yüzyıllardır süren ve günümüzde doruklarda olan insanın insanla savaşını, “insanın insanlaşma süreci” olarak tanımlamıştı. İşte bu süreç nedeniyledir ki, Behçet Aysan’ları yetiştiren bir toplumun içinden, kendileri gibi düşünmeyen insanları yakıp yok etmeyi görev sayan bireyler ya da kesimler çıkabiliyor.

Sivas’ta Behçet Aysan ve onunla birlikte 36 insan öldü. Bu olaydan sonra, ülkemizde ve dünyada, kim bilir kaç kişi, düşünceleri uğruna can verdi. O insanları öldürenler ise yaşıyor ve belki de bugün aramızda dolaşıyorlar.

Ne var ki, Behçet’lerin düşünceleri öldürülemiyor. Behçet’in şiiri, yazıldığı günkü gibi diri ve gerçek. Çünkü onun şiiri insanı anlatıyor; insanın “insanlaşma savaşı”nı anlatıyor.

Behçet Aysan, yakın arkadaşımızdı, özellikle örgütlü hekim kesiminde çok dostu vardı. Onun, en verimli dönemde, daha nice ürünler verebilecek bir yaşta öldürülmesine yanmamak elde değil.

Türk Tabipleri Birliği bu yıl ikinci kez “Behçet Aysan Şiir Yarışması” ve “Behçet Aysan’ı Anma ve Şiir Gecesi” düzenliyor. Bu etkinlikler, ilk kez geçen yıl gerçekleştirilmişti.

Türk Tabipleri Birliği olarak, bu gece Behçet Aysan’ın kişiliğinde, insanlığın aydınlık geleceğinden yana çaba göstermiş, bu uğurda acı çekmiş, yaşamlarını feda etmiş tüm insanlarımızı anmak istiyoruz. Bu geceye katılarak, Behçet Aysan’ı anma etkinliğimizi daha anlamlı kılan herkesi, meslektaşlarımız ve örgütümüz adına selamlıyorum.

Bu anlamlı geceyi bizlerle paylaştığınız, desteklediğiniz için hepimize teşekkür ediyorum.

Aynı zamanda, geceye konuşmalarıyla, şiir ve müzikleriyle katılan sanatçı dostlarımıza, değerli katkıları için teşekkürü borç biliyorum. Ve, bu toplantının sessiz kahramanları olan TTB’nin “Sosyal Etkinlikler Komisyonu” üyelerini sizlere anımsatmayı görev sayıyorum.

Sözlerime, Behçet’in sesiyle son vermek istiyorum:

“hoşça kal ayak izim
serseri sokaklarda
hoşça kal
yarım kalmış
duvar yazıları
...
gidiyorum
bu şehri bu yağmuru
bu düşleri
bu aşkı bu kavgayı bu kederi
size bırakarak.”

...

“çünkü beyaz bir gemidir ölüm
siyah denizcilerin hep çağırdığı
batık bir gemi
sönmüş yıldızlar gibidir
yitik adreslere benzer
ölüm
yanık eller gibi
sen bu şiiri okurken
ben belki başka bir şehirde
ölürüm.”

(“Behçet Aysan’ı Anma ve Şiir Gecesi” konuşma metni,
20 Mayıs 1996, Ankara)

DEMOKRATİKLEŞME SÜRECİNDE SİVİL TOPLUM ÖRGÜTLERİNİN İŞLEVLERİ

Demokrasinin ve demokratik toplumun adım adım örülmesi için toplumun büyük emek vermesi ve çaba harcaması gerekiyor. Demokratik kazanımlar için insanlık zaman zaman ağır bedeller ödemiştir. Günümüzde gelişmiş ülkeler sınıflandırması içinde yer alan toplumların özellikle çalışanlar açısından tarihi, demokrasi uğruna savaşımın sayısız örnekleri ile doludur.

Demokrasiyi kurmak bir süreçtir. İvedi yaklaşımlarla, toplumda kalıcı izler bırakmak çok zordur. Bugün Avrupa’da ve öbür gelişmiş ülkelerde, çalışanların elde ettiği kazanımlar ile örgütlü ve demokratik toplumun yaratılabilmesi için yüzyıllar gerekmiştir.

Günümüzde çağdaş olmanın ölçütü, örgütlü olmaktır. Avrupa ülkeleri ile yapılan karşılaştırmalar, bu açıdan oldukça gerilerde olduğumuzu gösteriyor. Örneğin İsveçli Sendikacı Söderman,

“Günümüzde örgütsüz olmak ayıp gibi bir şeydir,” diyor.

İlhan Selçuk yanıtıyor:

“Onlarda örgütsüz olmak ‘ayıp’; bizde ise örgütlü olmak en büyük ‘suç’.”²

Gerçekten de İsveç bir “örgütler” ülkesidir. Sosyal devletin egemen olduğu bir demokratik toplum örneği olarak, İsveç’teki örgütlenme düzeyini kısaca aktarmak istiyorum.

İsveç Örneği

İsveç’te sınırsız denebilecek bir örgütlenme ve gösteri yapma özgürlüğü vardır. Bu ülkede örgütsüz insan yok gibidir. Siyasal partiler ve sendikalar dışında, her İsveçli, ayrıca birkaç derneğe üyedir. Hemen her ilgi alanında dernek vardır. Kiracılar Derneği en büyük dernekler arasındadır. Bu örgütlenmelerin hepsi, kendi alanlarında baskı grubu oluştururlar. Ve tüm devlet memurları sendikalıdır; 1966’dan beri grev hakları vardır.

Daha da önemlisi, İsveç’te insanlar örgütlü olmaya özendirilmektedir. Olof Palme, bir okulda öğrencilere yaptığı konuşmada şöyle demişti:

“Okula...bir örgütün üyesi olarak nasıl etkin olabileceğinizi öğrenmek için gidiyorsunuz.”

² Selçuk İ. *Cumhuriyet*, 8 Ocak 1987.

Devlet de tüm örgütlere ekonomik yardım yapmaktadır. Sonuç olarak, 8 milyon nüfuslu ülkede, toplumsal örgütlere aidat ödeyen üye sayısı 32 milyondur.³

Ülkemizde Durum ve Örgütlenme Yetersizliğinin Nedenleri

Yaşadığımız toplum açısından yapılan değerlendirmeler, demokratikleşme doğrultusundaki çabaların kalıcı, kitlesel, yaygın olamadığını gösteriyor. Çeşitli alanlarda toplum içinde filizlenen örgütlenmeler, büyüyüp gelişmeden, kitlesiyile bütünleşmeden etkisizleşiyor, ya da bölünüp parçalanıyor ve giderek işlevini yitiriyor. Bu durumun, en yerel düzeyden siyasal partilere uzanan bir yelpazede geçerli olduğunu gözlüyor, yaşıyoruz. Ayrıca siyasal partilerin bile belirli ortamlarda kapatılabilmesi, düşünce ve örgütlenme özgürlüğündeki kısıtlamanın boyutunun bir göstergesidir.

Bugün ülkemizde, meslek kuruluşları ve sendikaların yanında, 55 bin dernek, 2 bin 700 vakıf olduğu biliniyor. Bu durum, halkımızın örgütlenme arayışı içinde olduğunu düşündürmektedir. Ancak, işlevsel olan sivil kuruluşların, yeterli etkinlik, yaygınlık ve birbirleriyle işbirliği içinde olduklarını söylemek ne yazık ki, olanaklı değildir. Bu durumun çeşitli nedenleri vardır. Nedenler arasında;

- 1- Toplumun genelde örgütlü yaşamının önemini özümseyememiş olması; bu konuda bilgi ve bilinç yetersizliği,
- 2- Görüş farklılıklarını koruyarak, aynı örgütlenme içinde barınabilme konusundaki yetersizliklerimiz,
- 3- Ülke yönetiminin karşılaştığı antidemokratik kesintilerin yol açtığı birikim eksikliği ve birçok kez her şeye yeniden başlama zorunda kalmış olması,
- 4- Genelde, devletin baskıcı ve otoriter niteliğinin örgütlenmeyi engellemesi,

sayılabilir.

Aslında saydığımız, bu etmenler, birbirleriyle yakından ilişkilidir. Aynı zamanda bu etmenlerin, örgütlenmedeki yetersizliklerin nedeni olduğu kadar sonucu da olduğunu söylemek olanaklıdır. Bu açıdan, demokrasi için geçerli en önemli çözüm yolunun, engelleri aşarak örgütlenmeyi güçlendirmek olduğunu kabul etmek gerekiyor.

Örgütlenmeyi Nasıl Güçlendirebiliriz?

Demokratikleşmeyi gerçekleştirmenin anahtarı, örgütlenmedir. Başlangıçta sözünü ettiğimiz, toplumsal yaşamın her alanının, adım adım, bir duvarı örer gibi tek tek tuğlaları döşeyerek sivil kuruluşlarca kapsanması çok önemli.

³ Erol A, Gürsoy S. *İsveç'te Örgütlenme Özgürlüğü ve Sendikal Haklar*. Ankara, 1988.

Bireyden başlayarak, yerel birimlerden merkezlere uzanan bir yapılanma, canlı bir örgüt yapısı hedeflenmelidir. Her bireyin yaşadığı çevreyi ve toplumu izleyip denetlemesinden başlayarak, yerel olarak sorunlara sahip çıkan, eleştiren, resmi kuruluşları denetleyen örgütleri yaşama geçirmek gerekir.

Her örgüt, kendi üyelerinin sorunlarına eğilirken, aynı zamanda üyelerinin kendilerini özgürce ifade edebilecekleri bir ortam yaratmayı hedeflemelidir. Bu konuda, her düzeyde örgüt yöneticisine görev düşmektedir. Artık, farklı görüşleri bir arada yaşatabilecek bir hoşgörü ortamını geçerli kılmayı becermeliyiz.

Ne var ki, günümüz koşulları nesnel olarak insanlar arasında örgütlenmeyi değil, bireyciliği özendiren özellikler taşıyor. Bu nedenle, örgütlü güçlere ve özellikle de örgüt yöneticilerine daha büyük sorumluluklar düşüyor. Bizler, bir arada yaşamayı; birlikte iş yapmayı, sorunları karşımızdakiler açısından da algılamaya çalışmayı; kalıcı birliktelikler gerçekleştirmeyi, öncelikle yöneticiler düzeyinde başarmalıyız, diye düşünüyorum. Büyük ve kapsamlı programlar yerine, küçük adımlarla, somut işlerle başlamanın daha gerçekçi ve doğru olduğuna inanıyorum.

Özetle, ülkemizde demokrasiyi adım adım örmek, sivil toplum kuruluşlarının önünde bir görev olarak duruyor ve bu durum, bireylerin ve örgütlerin büyük sabır, özveri, hoşgörü ve beceri göstermesini gerektiriyor. Özgür bir toplum yaratabilmemizin en önemli koşulu, sivil toplum kuruluşlarının toplumun tüm alanlarında, tüm düzeylerinde etkili olması, sesini duyurabilmesidir. Boşluk olduğunda, toplum içindeki başka güçlerin egemenliği ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle, devletten bağımsız demokratik örgütlenmelerin, her düzeyde özendirilmesi ve desteklenmesi, büyük ve etkili hükümet dışı kuruluşların başta gelen görevleri arasında olmalıdır.

Çalışanların mesleki ve demokratik örgütleri, yalnızca kendi alanlarıyla ilgili olarak değil, toplumsal yaşamın her alanında etkin bir tutum içinde olmalıdırlar. Eğitim, sağlık, çevre, barış, tüketici hakları herkesin ilgi alanına giren ve toplumun genel olarak duyarlılaşmış olduğu alanlardır. Çalışanların örgütleri bu konularda işlev gören örgütlenmelerle ve birbirleriyle yakın işbirliği ve dayanışma içinde olmalı; günlük yaşama sürekli müdahale edebilme olanaklarını bulmaya çalışmalıdır.

(Sivil Toplum Kuruluşlarının İşlevleri toplantısı konuşma metni, 1996, Ankara)

“İŞ HEKİMLİĞİ DERS NOTLARI”NA ÖNSÖZ

Temel insan haklarından olan nitelikli sağlık hizmeti, herkese eşit olarak sağlanması gereken bir kamu görevidir. Son yıllarda, özellikle dünyamıza yeni bir düzen getirme savıyla yola çıkanlar, sağlık alanında vazgeçilmez olan toplumsal yükümlülüğü göz ardı etme çabası içindedirler. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de, sağlık sektöründe kamu etkinliğini azaltmak için, liberalleşme, rekabet, özelleştirme gibi gerekçeler öne sürülerek; insan yaşamı piyasa ekonomisinin acımasız koşullarına bırakılmak istenmektedir. Türk Tabipleri Birliği (TTB), ülkede estirilen bu rüzgarlara karşı, sağlıkta eşitliğin önkoşulu olan hizmetin kamu görevi niteliğini vurgulamakta; özellikle hekimlerin eğitimi konusunda da üzerine düşen işlevleri yerine getirmeye çalışmaktadır.

Toplumun nicelik ve nitelik olarak en etkin ve üretken kesimini oluşturan işçilere yönelik sağlık hizmetlerinin, sağlık sektörü içinde özel bir önemi vardır. “İşçi Sağlığı ve İşyeri Hekimliği”, tüm öbür sağlık hizmetlerine ek olarak, başka özellikler de taşımak durumundadır. Çalışanlar, tüm toplumu tehdit eden sağlık sorunlarının yanı sıra, çalışma ortamından ve koşullarından kaynaklanan sağlık riskleri, iş kazaları ve meslek hastalıkları ile karşı karşıya bulunmaktadır. Ülkemizde işyeri ve çalışma koşullarının sağlık açısından denetlenmesi son derece yetersizdir. Çalışma ortamının yol açtığı sağlık sorunları saptanamamakta, izlenmemektedir. Bilinen olgular bilinmeyenlerin çok küçük bir yüzdesini oluşturmaktadır. İş kazalarında ölüm hızları, Avrupa değerlerinin 10 katına yakındır. Saptanan meslek hastalıkları, beklenenin çok altındadır. Öte yandan, özellikle hekimlerin eğitimi ile ilgili olarak, işçi sağlığı alanında yıllardır bir boşluk süregelenmiştir.

Tüm bu gerçeklerden yola çıkan TTB, 1988 yılından beri “İşyeri Hekimliği Sertifika Kursları” düzenlemekte; başta Sosyal Sigortalar Kurumu konusundaki çalışmalar olmak üzere, işçi sağlığı alanının çeşitli düzeylerinde etkinlikler yürütmektedir. TTB’nin merkezdeki ve yerel olarak tabip odalarındaki meslektaşlarımızın çabalarıyla gerçekleştirdiği kurslar sonucunda, 13 bin üzerinde hekim eğitim göyerek sertifika almıştır. Ayrıca, tabip odalarımız işyerlerine işyeri hekimi yerleştirmede yasal görevlerini özenle yerine getirmektedirler. Böylece işçi sağlığı alanında önemli bir ilkeyi; işyeri hekiminin işverenden bağımsız olarak görev yapmasını yaşama geçirmede, meslek odalarımız önemli bir katkıda bulunmaktadır.

Sekiz yıldır uyguladığımız işçi sağlığı alanındaki çalışmalar ve kurslar, TTB yapısı içindeki önemli tartışmalar sonucunda giderek olgunluğa ulaşmıştır. Geliştirilmesi ve güçlendirilmesi gereken yönleri olmakla birlikte, bugün uyguladığımız kurslar, meslektaşlarımıza işyeri hekimliği uygulamalarında önemli bir destek sağla-

maktadır. Bu desteğin sürekli eğitimle pekiştirilmesi, bir gereksinim olarak önümüzde durmaktadır.

İş Hekimliği Ders Notları, işyeri hekimliği uygulamaları temel eğitim programı konularını içermektedir. Bu yayınıımız, kurslarımıza eğitici olarak katılıp, bilgi ve deneyimlerini TTB çatısı altında meslektaşlarımıza aktaran değerli öğretim üyelerinin ortak ürünüdür. Kitabın, ülkemiz işyeri hekimliği çalışmaları için iyi bir kaynak olacağı inancındayız.

Bu yayına emeği geçen ve başlangıçtan bu yana, işçi sağlığı ve işyeri hekimliği eğitim programlarında katkı, destek ve emeklerini esirgemeyen tüm öğretim üyelerine; ayrıca, İşçi Sağlığı ve İşyeri Hekimliği Kolu'nda özveriyle çalışmış ya da çalışmakta olan üyelerimize teşekkürü bir borç biliyoruz.

Doç.Dr. Özen Aşut
TTB Merkez Konseyi Başkanı
(İş Hekimliği Ders Notları, Nisan 1996)

ÖLÜMÜNÜN 6. YILDÖNÜMÜNDE PROF. DR. NUSRET FİŞEK

“HEKİMİN BAĞIMSIZLIĞI, HAKİMINKİ KADAR ÖNEMLİ”

- “Tedavi olabilmek, ekonomik güç sorunu olmamalı; yani herkese ücretsiz temel sağlık hizmeti sağlanmalı.”
- “Dünyanın hiçbir yerinde 100-150’den fazla öğrenci alan tıp fakültesi yoktur. Bizde şimdi 400-500 öğrenci alınıyor. Öncelikle bu sayı düşürülmelidir. Fakülteden çıkanlara, bilgi artırma programı gereklidir.”
- “Sağlık hizmetlerinin daha iyi yürütülebilmesi ve hastaların kamu sağlık hizmetinden hoşnut olmalarının önündeki en önemli engel, hükümetin, ‘tüm halkın sağlık hizmetinden yararlanabilmesi’ ilkesine önem vermemişidir. Bu ilgisizliğin birinci göstergesi, kamu kesiminin sağlık için yaptığı harcamadır.”
- “Hekim, işkence karşısında bağımsız tavır koyamıyor. Cezaevi müdürü, hekimin amiri oluyor ve sicilini etkileyebiliyor. Bu nedenle, hekimler çekingen oluyor. Kimi yerlerde, sağlık ocağı hekimi cezaevine de bakıyor; sicil amiri kaymakam. Oysa hekimin bağımsızlığı, hakiminki kadar önemli.”

Kimlik / Prof. Dr. Nusret Fişek

Türk Tabipleri Birliği’nin eski başkanlarından Prof. Dr. Nusret Fişek, 21 Kasım 1914 tarihinde İstanbul’da doğdu. 1932 yılında Kabataş Lisesi’nin Fen Kolu’ndan mezun oldu. 1938’de İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi’ni bitirdi. Halk sağlığı alanındaki sayısız hizmetleriyle tıp tarihimize geçen Prof. Fişek, 27 Mayıs’tan (1960) sonra bir süre Sağlık Bakanlığı Müsteşarlığı görevinde bulundu. Müsteşarlığı döneminde Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası’nın mimarı oldu. Halen yürürlükte olan, fakat uygulanmayan bu yasanın siyasal iktidarlara hasır altı edilmesine karşı savaşımlarını 1984-1990 yılları arasında TTB Merkez Konseyi Başkanlığı yaptı. 3 Kasım 1990 tarihinde aramızdan ayrıldığında, geride yurtsever, demokrat ve hümanist bir cumhuriyet aydınının onurlu kimliğini bıraktı.

Tüm yaşamını ülkemiz insanının sağlık sorunlarına adanmış olan Prof. Dr. Nusret Fişek aramızdan ayrılmış altı yıl oldu. Halkın sağlığı ve mutluluğu için çalışan biz sağlıkçılar, bu altı yıl boyunca hemen her gün, onun savunduğu ilkelerin ve halkımıza sağladığı kazanımların birer birer yok edildiğini gördük. Kamu sağlık hizmeti ve örgütü, ne yazık ki şimdi büyük bir saldırı ile karşı karşıya. Üstelik, bu

kesimdeki tüm olumsuzluklardan, kamu sağlık çalışanları ve kamu kuruluşları sorumlu tutuluyor.

Böyle bir ortamda, sevgili hocamızın sesini, ölümünden bir buçuk yıl kadar önce yaptığımız söyleşi ile, halkımıza ve hekimlerimize bir kez daha duyurmak istedik. Hasta yatağından kalkarak meslektaşlarının eylemlerini destekleyen Türk Tabipleri Birliği (TTB) Merkez Konseyi Başkanı Prof. Dr. Nusret Fişek'le 22 Mayıs 1989 tarihinde, hekim eylemleri ve çeşitli sağlık sorunları üzerine konuşmuştuk. Dosyalarımız arasında kalan bu söyleşiyi, Prof. Nusret Fişek'in ölümünün 6. yıldönümünde *SiyahBeyaz* okurlarıyla paylaşıyoruz. Nusret Fişek'in o zaman söyledikleri, sanki bugün söylenmiş gibi canlı, doğru ve gerçek. Hocamızın gösterdiği doğrultuda yürümek, boynumuzun borcu. İnanıyor ve biliyoruz ki, sonunda kazanan, halkın kaynaklarını satıp yağmalayan, kendi çıkarlarının tutsağı olan, ülkemizi bin yıl geriye götürmek isteyenler ve beceriksiz yöneticiler olmayacak. Sonunda kazanan, bilimin ve aklın gösterdiği ışığa doğru ilerleyen Prof. Fişek'in ardılları, öğrencileri olacak.

Dr. Özen Aşut

PROF. DR. NUSRET FİŞEK'LE SÖYLEŞİ

- *Sayın Hocam, daha önceleri oldukça sessiz bir kitleyken, 1980'lerin son yıllarında hekimlerin seslerini yükseltmeleri nedendir? Hekimler ne istiyorlar?*
- “Niçin bugün?” sorusunu yanıtlamak güç. Niçin daha önce olmadı diye düşünüyor insan...Türkiye'deki genel huzursuzluğun hekim topluluğuna yansımaması olanaksızdı. Hekim deyince, çoğu kimsenin aklına çok para kazanan ve mali sorunu olmayan insanlar gelir. Belki bir kesim hekim için bu doğru, ama bugün hekimlerin büyük çoğunluğu, orta sınıf halkın çektiği sıkıntıları çekiyor.
- *Kapı kapı dolaşıp iş arayan pek çok hekim var. Tüm bunlara yol açan yanlış politikalar nelerdir? 1980 sonrasında neler oldu?*
- Sağlık hizmetlerinin daha iyi yürütülebilmesi ve hastaların kamu sağlık hizmetinden hoşnut olmalarının önündeki en önemli engel, hükümetin, tüm halkın sağlık hizmetinden yararlanabilmesi ilkesine önem vermeyişidir. Bu ilgisizliğin birinci göstergesi, kamu kesiminin sağlık için yaptığı harcamadır. 1985'te yapılan bir araştırmaya göre, Türkiye'de kamu sağlık harcamaları, yılda kişi başına 12 dolardır. Oysa bu değer, Batı ülkelerinde 1000 dolardır. Başka bir gösterge, hekim istihdam politikasındaki yanlışlıktır. Bir hekim, aynı işi hem kamuda, hem özelde yapamamalı. Başka bir nokta, sağlık işletmeciliğindeki yetersizliktir. Aynı para ve insangücüyü daha iyi bir hizmet sağlayabilme olanağı vardır. Ama bunu yönlendirecek kişi gerekli.

- *Efendim, TTB'nin yasal, örgütsel güçlükleri olduğunu biliyoruz. Tüm güçlüklerle karşın TTB, hekimlerin ekonomik – toplumsal sorunlarına ilişkin neler yapabildi?*
- TTB olarak, 1984'ten bu yana hekimlere yapılan haksız uygulamaların ve çalışma koşullarının düzeltilmesi için, yasalar çerçevesinde her türlü girişimde bulduk. Ancak bu girişimlere ya yanıt verilmedi ya da kuru vaatlerde bulunuldu. Bizim yapabildiğimiz, yalnızca yanlışlıkları hükümete ve yetkililere iletmek.
- *Girişimlerinizi örnekler misiniz?*
- Nöbet ve öteki hekim sorunları için bir “memorandum” hazırladık. Adli tıp hizmetlerinin düzenlenmesini istedik, uzmanlık sınavının merkezileştirilmesi için başvurduk, bu kabul edildi. Ayrıca, zorunlu hizmetin doğru olmadığını da söyledik.
- *Zorunlu hizmet, 1980 öncesinde halk sağlıkçılarının olumlu baktığı bir ilkeydi. Burada bir çelişki var mı? Ya da o zaman savunulanla bugünkü uygulama arasında ne fark var?*
- Çelişki yok. Tek başına zorunlu hizmet hiçbir sorunu çözmez. Yeterli araç, gereç, ilaç ve yardımcı eleman olmadan, o hekimden yararlanılmaz. 1980 sonrası hükümetlerin, sağlığı geliştirmek gibi bir niyetleri olmadığından, zorunlu hizmetin hiçbir anlamı ve yararı yok. Hemen vazgeçilmesi gereken bir uygulamadır.
- *Tabip odalarının, hekimlerin sorunlarına çözüm aramada, ayrıca hekimlik ahlaki ve tıbbi normların dışına çıkan meslektaşlara yaptırım uygulamada ne gibi güçlükleri var?*
- Odalar, hekimlerin denetimi işinde başarılı değiller. Bunun iki nedeni var. Birincisi oda yönetimleri seçimle göreve geliyor ve hekimlerden oluşuyor. Bu arkadaşların asıl işleri de var. Bu koşullarda, oda yöneticilerinin bütün hizmetleri yapmalarını bekleyemeyiz.
- *Oda yöneticilerinin seçilmiş ve hekim olmaları, onların meslektaşlarına yaptırım uygulamalarında sıkıntı mı yaratıyor?*
- Hayır, meslek onurunu korumak için denetim ve yaptırım zorunlu. Sorun, zaman sorunu. Hekimlerin, sokak sokak denetim yapmak için yeterli zamanları yok. Batı ülkelerinde tabip odaları, ücretli ve sürekli bir profesyonel kadro çalıştırır. Örneğin Amerikan Tabipler Birliği, sürekli eğitimci olarak bir fakülte dekanını görevlendirmiştir. Yani, Tabipler Birliği, bir dekanın aylığı kadar ücret verebilecek güçtedir. Bizde ise odalar mali güçlük içinde olduğundan böyle bir şey olanaksız. Odaların hekim denetiminde yetersiz kalmalarının ikinci nedeni ise, halkımız gibi hekimlerimizin de bireyci olmaları. Örgüte katkıda bulunanlar çok az. Örneğin Amerikan Tabipler Birliği, meslek ahlak kuralları açısından yanlış gördüğü uygulamaları, hekimlerin yetkililere bildirmelerini öngörür. Bu,

meslektaşı küçük düşürmek amacı taşımaz, meslek onurunu korumaya yöneliktir. Bizim Tıp Meslek Ahlak Tüzüğü'nde de, hekimlerin, yanlış uygulamaları tabip odalarına bildirmek zorunluluğu getirilmiş, ama hekimlerimiz bu tür davranışlara giremiyor. Sanırım, hekimler henüz sorunu özümseyemediler.

- *Hocam, hekimlerin denetimi konusuna girmişken, işkence karşısında hekim sorumluluğuna ilişkin görüşünüzü de almak istiyorum. Örneğin, işkence karşısındaki tavırları nedeniyle, TTB'nin cezalandırdığı hekimler olduğunu biliyoruz. TTB'nin ve tabip odalarının bu konudaki girişimleri yeterli ve etkili oldu mu? İşkence görenlere rapor vermesi nedeniyle yönetsel önlemler ve baskılarla karşılaşan hekimlere, TTB yardımcı olabildi mi?*
- İşkence konusunda TTB'nin, İçişleri ve Adalet Bakanlıkları'na şikayette bulunmak dışında yapabileceği bir şey yok. Hekim, işkence karşısında bağımsız tavır koyamıyor. Cezaevi müdürü, hekimin amiri oluyor ve sicilini etkileyebiliyor. Bu nedenle, hekimler çekingen oluyor. Kimi yerlerde, sağlık ocağı hekimi, cezaevine de bakıyor; sicil amiri kaymakam. Oysa hekimin bağımsızlığı, hakiminki kadar önemli. Hakimin kaymakama bağımlı olması düşünülebilir mi? Ama hakim, bağımlı olan hekimin verdiği rapora göre karar veriyor.
- *TTB, işkenceye adı karışmış hekimlere yönelik neler yapabildi? Bu ve benzeri konularda verilen cezalar uygulanabiliyor mu?*
- Biz, bu hekimleri Onur Kurulu'na sevk ediyoruz. İşkence nedeniyle ceza alan 8-10 hekim var. Ancak, TTB cezayı veriyor, daha sonra bunu denetleme olanağı yok. Ve sonuçta ceza uygulanamıyor; bir hekim, meslekten men cezası aldığı halde çalışabiliyor.
- *İşkencenin önlenmesinin asgari koşulları sizce nedir?*
- Öncelikle, gözaltına alınır alınmaz, sanığın, avukatı ile görüşmesi sağlanmalı. İkincisi de, hekimler, polisin ve cezaevi yönetiminin görevlisi olmamalı...
- *Hocam, şimdi hekim-toplum ilişkilerinin en önemli cephesini oluşturan tedavi edici sağlık hizmetlerine geçmek istiyorum. Özellikle 1980'li yıllarda bu hizmetlerde yaşanan büyük bunalım, hasta kişiye yönelik hizmetin ivediliğine dikkat çekiyor. Sizce bu alanda, hekimleri ve hastaları kurtarmak için öncelikle ne yapılmalı?*
- Hastanın iyileştirilmesi acil durum. Hasta bakımını aksatmak olmaz. Her hasta kişiye hizmet verebilmek, birinci basamak (temel) sağlık hizmetinin yaygın ve ulaşılabilir olmasıyla olanaklı. İkinci nokta, tedavi olabilmek, ekonomik güç sorunu olmamalı; yani herkese ücretsiz temel sağlık hizmeti sağlanmalı.

- *Bugünün koşullarında, ivedilikle ne yapılabilir? Hastanelerin soluk alabilmesi, hastaların hastane kapılarında ölmemesi ya da içerde rehin kalmamaları için...*
- *Öncelikle bugünkü siyasal iktidarın egemen kılmaya çalıştığı anlayışın değişmesi gerekir. Hekimlerin her hastaya 15-20 dakika ayırmaya başlamaları çok anlamlı. Geç kalmış bir uygulamadır.*
- *Oysa Sağlık Bakanı, hekimlerin bu uygulamaya derhal son vermesini istemiş.*
- *Bakanın görevi, nitelikli sağlık hizmeti verdirmektir. Başka bir ülkede olsa, bu sözler nedeniyle bakanın sandalyesi altından kayardı. Çünkü hastaya yeterli zaman ayırmaya karşı çıkmak, "nitelikli hizmet veremeyin" demekle eşanlamlıdır.*
- *Hocam, böyle bir söyleşide YÖK'e değinmemek önemli bir eksiklik olur. Bugün hekimlerin ve sağlık sektörünün içinde bulunduğu bunalmışta YÖK'ün payı nedir?*
- *Deveye sormuşlar: Boynun neden eğri? YÖK nereye zarar getirmedik...Sağlık alanı da payını aldı kuşkusuz. YÖK sistemi, tıp fakültelerine alınan öğrenci sayısını gereksiz ölçüde artırdı. Buna karşılık, öğretim üyesi sayısı artmadı; tersine azaldı. Hekimlik sanattır. Sanat da bir usta gözetiminde ve yaparak öğrenilir. 1982'den beri tıp fakültelerindeki eğitim, büyük ölçüde teorik eğitime dönüştü. Hekimlerin bu biçimde eğitilmesi, hem halkımızın sağlığını, hem mesleğin geleceğini tehlikeye sokar.*
- *Durum, geleceğe yönelik umutlarımızı da karartıyor. Tıp fakültelerinden, yeterli eğitim görmemiş hekimler geliyor. Peki bu konuda öneriniz nedir? Niteliği yükseltmek için ne yapılabilir?*
- *Dünyanın hiçbir yerinde 100-150'den fazla öğrenci alan tıp fakültesi yoktur. Bizde şimdi 400-500 öğrenci alınıyor. Öncelikle bu sayı düşürülmelidir. Fakülteden çıkanlara, bilgi artırma programı gereklidir. İngiltere'de pratisyenlik esastır, ama hekim önce hastanede 2-3 yıl çalışır, sonra bağımsız çalışma hakkını kazanır. Bugün hekimliğin geleceği ve halkın sağlığı açısından en ivedi sorun, sürekli eğitimin planlanmasıdır. SSK ve Sağlık Bakanlığı hastanelerinin tümüne yeni mezun hekimler atanmalıdır. Hastane uzmanları, pratik eğitimle görevlendirilmelidir. Yeni mezunlar, ancak bu eğitimden sonra mesleğe başlayabilmelidir.*
- *Hekimlerin ve öteki sağlıkçıların, sorunlarına çözüm bulma ve daha ileri haklar elde edebilme yolunda ne tip örgütlenmelere gereksinimleri var? Bugünkü yasal çerçevede hekimler sendika kurabilir mi?*
- *Sendika kurabilirler. Ancak, kurulacak sendika, bugün TTB'den daha fazla bir şey yapamaz. Hiç olmazsa biz, anayasal bir kamu kuruluşuyuz.*

Grev ve toplu sözleşme hakkı olmayan bir sendika, sorunlara çözüm bulamaz.

- *Son olarak hekimlere ve tüm sağlıkçılara neler söylemek istersiniz?*
- Türkiye’de hekimler hastaya hizmet verecek güçtedir. Sağlıkçılar birlik olmalı, haklarını örgütlü yoldan aramalı, hükümeti rahatsız edecek eylemlerini yasalar çerçevesinde sürdürmelidirler. Başaracaklarına inanıyorum.
- *Her zamanki gibi çok eğitici olan bu söyleşi için teşekkür ediyorum...*

(Siyah Beyaz, 2 Kasım 1996)

“TIP DÜNYASI” YENİDEN ÇIKARKEN

Türk Tabipleri Birliği'nin (TTB) değişik birimlerinde çalışan meslektaşlarımız, yıllardır ülkemiz insanının sağlık sorunlarına ışık tutmaya çalıştılar. Örgütümüz bu çabalarında yalnızca sorunları sıralamakla kalmayıp, sorunların kökenine eğilerek, gerçeklerin ve bilimin gösterdiği doğrultuda çözümler önermeye de özel önem verdi. Örgütümüz her aşamada yapıcı olmaya; halkın, hekimlerin ve tüm sağlıkçıların sorunlarını hafifletmeye yönelik girişimlerin yanında yer almaya özen gösterdi.

TTB, yirmi yılı aşkın bir süredir yaptığı çalışmaların ve aldığı doğru tutumların sonucunda, toplum içinde bugünkü saygın yerini elde etmiştir. Örgütümüzün yapısı içinde yıllardır sürdürdükleri özverili çabalarla TTB'nin güncel konumuna harç koyan herkese teşekkür borcumuz vardır.

TTB, özellikle son 10 yıldır, sivil toplum kuruluşları arasında önemli bir yeri olan ve sağlığı ilgilendiren her konuda resmi-sivil tüm toplum kesimlerince görüşüne başvurulmuş bir kurum durumuna gelmiştir. Bu nedenle, basın-yayın organlarında hemen her gün TTB'nin görüşlerine, çalışmalarına, etkinliklerine yer verilmektedir.

TTB'nin bu nitelikte bir örgüt durumuna ulaşması ve geniş yelpazeli iş yoğunluğu, merkezde ve çevrede az sayıda özverili üyemizle gerçekleştirilmiştir. Her tabip odasında, bir kişi bile kalırsa işleri omuzlayan üyelerimiz, gönüllü olarak aktardıkları emekle, meslek örgütlerini ayakta tutmuşlardır. Ancak bu arkadaşlarımız, hiç kuşku yok ki, arkalarında önemli bir çoğunluğun desteğini duymasalar, böylesi yoğun bir çalışmayı yürütemezlerdi. Üyelerimizin sessiz çoğunluğunun, TTB çalışmalarının yanında olduğuna; etkin biçimde örgütsel işleyişe katılmasalar bile, yüreklerinin bizimle birlikte attığına inanıyorum.

TTB bu gelişim sürecinde, çeşitli sıkıntılar ve sorunlarla karşı karşıya kaldı. Sağlıksız ortamın yol açtığı hastalıklar çığ gibi büyürken, ülkenin iyi yönetilmemesinden kaynaklanan ve yaşam yitimine değin varan insan hakları ihlalleri gündemden düşmedi. Hekimlerimiz, pay sahibi olmadıkları sorunlarla, ikilemlerle baş başa bırakıldı. Sıklıkla devletin sorumlu olduğu olaylarda, meslektaşlarımız suçlandı. Özellikle pratisyen hekimler, böylesi haksızlıklara en çok uğrayan kesim oldu.

TTB, tüm bu olumsuzluklarda, insan-hasta-yaşam haklarının savunucusu olmaya çaba gösterirken; aynı zamanda hekimlerimizi olumsuzluklara karşı durabilecek bilgi ve birikimle donatmaya, onlara destek olmaya çalıştı. TTB yayınları, bu amaca yönelik önemli bir işlev gördü ve görüyor. TTB'nin süreli yayınları, her sayıda kendilerini biraz daha geliştiren yaşamlarını sürdürüyorlar.

TTB'nin başka çalışma alanları gibi, süreli yayınlarımız da büyük özverilerin ürünüdür. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED)* ile *Toplum ve Hekim*, kendi alanlarında tek ve özgün yayınlar olma özelliklerini koruyorlar. Bu dergileri henüz edinemeyen meslektaşlarımıza, yayınlarımıza abone olmalarını, okumayanlara okumalarını öneririm. Türkiye'de yaşayan bir hekim için, bu iki dergiyi okumanın büyük eksiklik olduğunu düşünüyorum.

Geride bıraktığımız 1994-1996 döneminde, bu yayınların yanı sıra düzenli çıkaramadığımız *Pratisyen* ve *İşçi Sağlığı Bülteni* de zaman zaman kendi alanlarına yönelik bilgilerle varlıklarını sürdürmüşlerdir.

Daha önceki dönemde meslektaşlarımızla TTB arasında önemli bir iletişim aracı olan, ancak bu çalışma döneminde (1994-1996), çeşitli etmenlerle yayına sokamadığımız *Tıp Dünyası*'ni da, bu kez tüm güçlükleri aşarak yeniden çıkarmayı başardık. *Tıp Dünyası*'nin bu sayısına emeği geçen herkese teşekkür ederken, yayınlarımızın sayfalarının herkese açık olduğunu duyurmak istiyorum. *Tıp Dünyası*'ni, meslektaşlar arası gerçek bir ilişki-iletişim aracı durumuna getirmenin, herkesin görev ve sorumluluğu olduğunu anımsatmaya gerek var mı?

Tıp Dünyası'na merhaba derken, yayınlarımızla ilgili çok yönlü katkılarınızı bekliyoruz.

(Tıp Dünyası, Mart 1996)

ANKARA TABİP ODASI 1975-1979 DEĞERLENDİRMESİ

- ❖ Genel değerlendirme
- ❖ ATO Genel Kurulu (Mart 1975)
- ❖ 1975-77 dönemi
 - * Hastane temsilcilikleri
 - * Oda çalışma büroları
 - * Halk sağlığı çalışmaları
 - * Demokratik kitle örgütleriyle ilişkiler ve insan hakları
- ❖ 1977-79 dönemi
 - * Genel değerlendirme
 - * Çalışma grupları
 - * Sağlık kongre ve kurultayları
 - * Sağlık Kurultayı '78
 - * Sosyalleştirme Genel Kurulu
 - * Sağlık Kurultayı '79 belgileri
 - * Tamgün çalışmaları
 - * Ankara Temsilciler Meclisi
 - * DKÖ ile ilişki ve ortak eylemler
- ❖ ATO yayınları
- ❖ Sonuç

GENEL DEĞERLENDİRME

Türkiye’de 1970’li yıllar dönemi, genelde toplumun siyasal ve toplumsal olaylara ilgisinin yükseldiği, siyasal çalışmaların içinde olanların nicel ve nitel olarak arttığı bir dönem olarak anımsanacaktır. Siyasal alana ilginin yoğunlaşması ve toplumda siyasa içinde yer almak isteyen özellikle de emekçi insanların örgütlerinin kararlarda söz sahibi olma istemlerinin yükselmesi, karşıtını da birlikte getirmiş, toplumu yönetmekte olan egemen güç ve sınıflar bu yükselişi durdurmak için karşı örgütlenmeleri başlatmış ya da desteklemiş ve güçlendirmişlerdir. Böylece oluşan bu çalkantılı dönemde, Türkiye toplumu siyasal anlamda ayrıışmış ve parçalanmış, egemen güçlerin önyak olduğu bir çatışmaya itilmiştir. Türk Tabipleri Birliği 1976-1977 Çalışma Raporu’nda yer alan bir değerlendirme, dönemin genel görünümüne ışık tutucu niteliktedir:

“Ülkemizde yaygınlaşan can güvensizliği, demokratik özgürlüklere doğrudan saldırılar, faşizan baskıları yasal bir faşizme dönüştürme çabaları, bazı kişilerin çağdışı tutumlarından değil, gelişen ülkemizdeki sosyoekonomik dinamiklerin egemen çevrelerde yarattığı ürküntüden kaynaklanmaktadır.

Türkiye'nin sanayi ve tarım kesiminde hızlı bir kapitalistleşme sürecine girmesi, bu sürecin kaçınılmaz biçimde netleştirdiği emek-kapital çelişkisine yeni sosyal boyutlar kazandırmıştır."

Siyasal ayrışma ve parçalanma ülke çapında demokratik kitle örgütlerine de yansımıştır. Bu durum doğal olarak özellikle sol/toplumcu siyasal örgütlenme ve grupların güç yitirmelerine yol açmıştır. Özünde ilerici ve toplumcu yönelimli olmasına karşın, toplumsal muhalefet bu nedenle güçlenememiş ve başarılı olmamıştır. Ancak bu dönem aynı zamanda birleşmiş örgütlü çabalarla kimi önemli kazanımların elde edildiği bir süreç olarak da Türkiye toplumsal tarihinde yerini almıştır.

Söz konusu kazanımların, pek çok başka alanda olduğu gibi, sağlık alanında da önemli ve iz bırakmış örnekleri bulunmaktadır. Bu değerlendirmede, Ankara Tabip Odası (ATO) örneğinden yola çıkarak, Türk Tabipleri Birliği bağlamında, dönemin ve özellikle de demokratik kitle örgütlerinin (DKÖ) genel görünümü, çalışmaları ve elde edilen kimi sonuçlar ele alınacaktır.

ATO 1975-77 DÖNEMİ

Ankara Tabip Odası 1975 Genel Kurulu

Toplumcu dinamiklerin etkisi 1975 yılı Ankara Tabip Odası Genel Kurulu'nda gözle görülür bir somutluk kazanmıştı. Bu Genel Kurul'da sol/sosyalist görüşlü hekim kitlesinin desteklediği bir yönetim göreve geldi. Dr. Ergin Atasü'nün önderliğinde işe başlayan ekip, daha sonra iç çatışmalar nedeniyle bir görev değişikliği yaşadı. Süreç, Dr. Hamdi Öğüş'ün başkanlığında 1977 olağan seçimli Genel Kurulu'na dek sürdü.

Bu dönem ATO'da pek çok ilk yaşandı. Daha önce meslek örgütü özelliği ağır basan ve daha çok yönetim kurullarına dayalı bir çalışma yürüten Oda'da ilk kez tabanı oluşturan üyelere, başka bir deyişle kitleye dayalı bir çalışma biçimi benimsendi. İlk hastane temsilcilikleri ve ilk grup çalışmaları bu dönemde gerçekleştirildi. Halk sağlığını hedef alan ilk kurultay bu dönemde, toplum hekimliği anabilim dalları ve Bakanlık işbirliği ile yapıldı. 14 Mart'ların tıp bayramı yerine toplum sağlığının değerlendirilip sorgulandığı sağlık haftalarına dönüştürülmesi de bu sürecin kazanımlarındandır.

Hastane ve Asistan Temsilcilikleri

TTB Temsilciler Meclisi 18-19 Eylül 1975 tarihli toplantısında, tabip odalarının hastanelerde temsilcilikler oluşturması kararlaştırılmıştı. Bu karara uygun olarak ATO'da ilk kez hastane temsilcilikleri belirlendi. Başlangıçta atama ile saptanan temsilciler, bir süre sonra hastanelerdeki ATO üyelerince seçilerek işbaşına geldiler. Buna koşut olarak, üniversitelerde de asistan temsilcilikleri oluşturuldu.

Oda Çalışma Büroları ve Genel Üye Toplantıları

ATO'nun 1975-77 döneminde ilk kez, çeşitli alanlarda çalışma grupları "bürolar" adı altında örgütlenmiş ve düzenli toplantılar yaparak ürün vermiştir. Ayrıca, Pazartesi günleri yapılan ve Yönetim Kurulu üyeleri ile hastane temsilcilerinin de bulunduğu tüm üyelere açık genel üye toplantıları ile oda üyelerinin yönetime doğrudan katılımı sağlanmaya çalışılmıştır. Çalışma gruplarından "Halk Sağlığı Bürosu" düzenli çalışan ve ürün veren bir niteliğe ulaşmış, öbür bürolar ise, güncel sorunlarla ilişkili olarak zaman zaman işlerlik kazanmışlardır. Basın yayın bürosunun çalışmaları 1976'da *Ankara Tabip Odası Bülteni'nin (ATO B)* yayımlanmaya başlamasıyla sonuçlanmıştır.

ATO çalışma alanları ve bürolar (1975-77):

- Halk sağlığı bürosu
- İşçi-memur bürosu
- Sosyal güvenlik bürosu
- Basın-yayın bürosu
- Hastane temsilcileri
- Asistan bürosu

Halk Sağlığı Çalışmaları

ATO Halk Sağlığı Bürosu çalışma alanlarını şöyle belirlemiştir:

- Büro ekip içi eğitimi
- Birinci Halk Sağlığı Kurultayı
- Radyo konuşmaları ve halka yönelik diğer etkinlikler
- Sağlık haftaları
- Toplum hekimliği bilim dalları ile ilişkiler

Tüm çalışmalarda toplum hekimliği bilim dalları, diğer demokratik kitle örgütleri ve meslek kuruluşları ile işbirliği yapılmaya çalışıldı. Çalışma alanları arasında yer alan Halk Sağlığı Kurultayı ve halka yönelik öbür işler, bu büronun önemli etkinlikleriydi. Bu çalışmaların ses getiren sonuçları ve ürünleri oldu.

Birinci Halk Sağlığı Kurultayı:

Bu Kurultay ATO'nun halk sağlığı alanındaki ilk büyük etkinliği oldu. 26-28 Haziran 1975 tarihlerinde düzenlenen ve özellikle halk sağlığı alanında çalışan uzman ve öğretim görevlilerinin yer aldığı toplantının programı şöyleydi:

1. Gün: Bulaşıcı hastalıklar ve bağırsak enfeksiyonları
2. Gün: Çocuk ölümleri ve ana-çocuk sağlığı

3. Gün: Genel sağlık politikası

Kurultay'ın sonuçları bir bildirmeyle hekimlere ve kamuoyuna açıklandı. Sonuç bildirgesinde şu görüşlere yer verilmişti:

1. Toplumsal sorun ve dengesizlikler, gelir düşüklüğü ve gelirin dengesiz dağılımı sonuçlarını en önce halkın sağlığı üzerinde gösterirler.
2. AÇS hizmetlerinde, *bu hizmeti yürütebilecek düzeyde mezuniyet sonrası eğitim almış pratisyen hekimlerin* ya da halk sağlığı uzmanlarının görevlendirilmesi koruyuculuk görevinin daha iyi yapılmasını sağlayacaktır.
3. Tamgün çalışma zorunludur.
4. Politika sözcüğü tartışılarak tanımlanmıştır.
5. Devletin genel sağlık politikasının saptanmasında yapılması gerekenler belirlenmiştir.
6. Sağlık hizmetlerinin devletleştirilmesi önerilmiştir.

Radyo konuşmaları:

ATO'nun 1975-77 döneminde halka yönelik aydınlatıcı çalışmalar arasında çeşitli radyo konuşmaları da yapıldı. Halk Sağlığı Bürosu üyelerinin örgütlediği ve uzman kişilerin katıldığı konuşmalardan bazıları aşağıda belirtilmiştir:

1. Koruyucu Hekimlik ve Çevre Sağlığı. TRT II, Mayıs 1975
2. Yurtdışındaki Hekimler. TRT II, Mayıs 1975
3. Bebek Ölümleri. TRT II, Haziran 1975
4. İlaçların Yanlış Kullanılmaları ve Sağlığa Zararlı Alışkanlıklar, 26.8.1976
5. Hekim Göçü. TRT I, Ağustos 1977

Sağlık Haftası (7-14 Mart 1976):

14 Mart'ın "Tıp Bayramı" olarak kutlanmasının koşullarının olmadığı savından yola çıkan Türk Tabipleri Birliği, 14 Mart'ların toplumun sağlık sorunlarının tartışıldığı bir ortama dönüştürülmesini kararlaştırmıştı. Bu nedenle, ATO 1976 yılının 7-14 Mart haftasında bu amaca yönelik bir program düzenledi. Etkinliklerde demokratik kitle örgütleri (DKÖ) ile işbirliği yapıldı. Hafta, ATO, Tüm Sağlık Personeli Birleşme ve Dayanışma Derneği (TÜS-DER), Tüm Üniversite, Akademi ve Yüksek Okul Asistanları Birliği (TÜMAS) ortak etkinliği olarak düzenlendi. Sonuçta,

- Tüm sağlık hizmetlerinin ve ilaç sanayisinin devletleştirilmesi savunuldu.
- Hükümetin gündeminde olan Genel Sağlık Sigortası girişimine karşı çıktı.

Diğer ATO Sağlık Politikası Çalışmaları:

Dönemin sağlık politikası kapsamındaki başka bazı çalışmaları aşağıda belirtilmiştir:

- İlaç Sömürüsü Paneli (26.4.1976)
- *İlaç Dosyası* (Tüm İktisatçılar Birliği-TİB ve TMMOB ile ortak yayın)
- *Genel Sağlık Sigortasına Hayır* Broşürü (Mart 1977)

Demokratik Kitle Örgütleriyle (DKÖ) İlişkiler ve Ortak Etkinlikler

Bu dönemde, DKÖ ile ortak etkinlik toplantı ve programlarına genellikle TTB adına ATO katıldı. Çünkü TTB Merkez Konseyi İstanbul'da, öbür örgütlerin genel merkezleri ise Ankara'daydı. Dönemin ortak eylemlerinden bazıları şunlardı:

- Faşist saldırıları, antidemokratik baskıları ve kısımları protesto kampanyası:TMMOB, TÖB-DER, TÜTED, TUM-DER, TÖD, TUMAS, AYÖD, TİB, TTB adına ATO ortak girişimi
- Demokratik üniversite konferansı
- Memur kıyımı ve düşündürdükleri konferansı.

17 Nisan 1975 tarihinde TÖB-DER'in düzenlediği "Köy Enstitülerinin Kuruluş Yıldönümü" toplantısına ATO adına Dr. Engin Tonguç katıldı.

İnsan Hakları İçin Girişimler:

Tutukluların sağlık koşullarının düzeltilmesi için ilk çalışmalar bu dönemde başladı. Örneğin, Yusuf Küpeli'nin sağlık kuruluşuna nakli için girişimde bulunuldu.

ATO 1975 Çalışma Raporu'nda; *"İnsan yaşamına, en temel hak ve özgürlüklere yönelik tüm baskı ve kısımları, düşünce ve basın özgürlüğünü ortadan kaldıran davranışları ve bunların temsilcisi düşünceleri şiddetle kınıyoruz"* sözleri yer alıyordu.

ATO 1977-79 DÖNEMİ

Genel Değerlendirme

ATO'nun 1977 Genel Kurulu bir öncekinden daha sancılı geçti. Toplumdaki sağ-sol ayrışması iyice belirginleşmiş, DKÖ için savaş da aynı ölçüde önem kazanmıştı. Sandık kaçırmaya ve alternatif genel kurul yapmaya varan muhalefete karşın, ATO üyeleri önceki çalışmaların yürümesini sağlayacak toplumcu hekimleri bir kez daha göreve getirdi.

TTB Merkez Konseyi Başkanı Dr. Erdal Atabek Temsilciler Meclisi'ni açış konuşmasında,

"Bir örgütün asıl gücü, örgütün doğru ilkeler koyabilmesine, bu doğru ilkelere yolunda uzun soluklu çalışabilmesine, çalışmalarını kararlılıkla sürdürebilmesine öncelikle bağlıdır. TTB de gücünü bu niteliklerinden almaktadır," diyordu.

ATO, yeni dönemde de bu değerlendirmeye uyan bir kararlılıkla çalışmaya başladı.

1977-79 dönemi Yönetim Kurulu şu adlardan oluşmuştu:

- Yönetim Kurulu Başkanı: Dr. Nevzat Eren
- Genel Sekreter: Dr. Yakup Hindistan
- Dr. Özen Arat (Aşut)
- Dr. Haluk Özbay
- Dr. Ramazan Yavuz
- Dr. İbrahim Yüksekaya
- Dt. Ulusay Koryak

Çalışma Grupları

Yeni dönemde ATO'nun ana çalışma alanları şöyle belirlendi:

- Halk sağlığı
- İşçi sağlığı
- Tıp eğitimi
- Sağlık politikaları ve Tamgün Yasası
- Örgütlenme
- Özlük sorunları
- DKÖ ile ortak etkinlikler ve eylemler

Bu alanlara yönelik çalışma grupları oluşturuldu. Bunların yanı sıra, bu dönemde de genel üye toplantıları sürdürülerek, üyelerle doğrudan ilişkilerin geliştirilmesine çalışıldı. Güncel konularla ilgili üye mektupları ve daha sonra geliştirilen bir sayfalık "Ankara Tabip Odası Ajansı" ile TTB'de yapılan tüm çalışma, etkinlik ve eylemler düzenli biçimde üyelere duyuruluyordu.

Tüm çalışmalar, zor koşullarda ve sınırlı olanaklarla yapılabiliyordu. Bu dönemde ATO'nun, daktilo ve teksir makinesi dışında aracı, bir sekreter ve temizlik personeli dışında çalışanı yoktu. Tüm işler gönüllü tabip odası aktivisti hekimler ve tıp öğrencilerince yürütülüyordu.

Sağlık Kongre ve Kurultayları

TTB Merkez Konseyi, 14 Mart'ın sağlık haftalarına dönüştürülmesinden sonra, etkinliklerin her yıl bir büyük ilde "Kurultay" adı altında yoğunlaştırılmasını ve TTB adına düzenlenmesini kararlaştırmıştı. Bu karar uyarınca 1978'de TTB adına yapılacak kurultayı ilk kez düzenleme işini Ankara Tabip Odası üstlendi.

Sağlık Kurultayı '78

İlk kurultay, "Sağlık Kurultayı '78" adı altında 7-14 Mart 1978 tarihlerinde Ankara'da gerçekleştirildi. Kurultayı TTB adına ATO düzenledi. TTB'nin bu ilk uzun ve kapsamlı etkinliğinin, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı (SSYB), üniversiteler, diğer DKÖ, yerel yönetim ve sağlık kuruluşları ile işbirliği içinde yapılmasına özen gösterildi. Programın her oturumunun, Ankara'nın değişik hastanelerinde ve sağlık kuruluşlarında gerçekleşmesi Kurultay'ın başka özgün bir özelliği idi. Ayrıca ilk kez toplumun içinde halka yönelik yerel toplantılar yapılmış olması da etkinliğin anlamlı bir yönünü oluşturuyordu.

Kurultay'ın Kapsamı ve Yöntemleri:

- Açık oturumlar
- Serbest bildirimler
- İşçi bürosu serbest toplantıları
- Tıp eğitimi yazı yarışması
- Karikatür yarışması ve sergisi
- Televizyon açık oturumu
- Radyo konuşmaları

Kurultay'ın İçeriği (Açık oturumlar ve serbest bildirimler):

Kurultay'ın sürdüğü sekiz gün boyunca çeşitli açık oturumlar ve bir televizyon programı gerçekleştirildi. Açık oturumlara konuların uzmanı olan öğretim üyeleri, SSYB, meslek kuruluş ve DKÖ temsilcileri, yöneticiler, siyasal parti temsilcileri, uygulamacı hekim ve diğer sağlık personeli ile tıp öğrencileri katıldı.

Açık oturumların yanı sıra, hekimlerin ve tıp öğrencilerinin hazırladıkları serbest bildirimler de programda yer alarak tartışıldı. Her günün sonunda tartışmalar ve varılan sonuçlar bir basın bildirisi ile kamuoyuna duyuruldu.

Açık oturumların konu başlıkları şöyleydi:

- Siyasal partilerin sağlık politikaları
- Ülkemiz gerçeklerine göre sağlık politikası
- Ülke gerçeklerine göre hekim yetiştirme politikası
- İlaç sorunu
- Türkiye'de işçi sağlığı sorunları
- Ülke gerçeklerine göre hekim dışı sağlık personeli yetiştirme
- Tıpta uzmanlık eğitimi
- Tıpta sürekli eğitim

- Ruh sağlığı
- Yaşlılığa bağlı sağlık sorunları ve bu hizmetlerin örgütlenmesi
- Kentleşmenin getirdiği sağlık sorunları
- Tabip odalarının yetki ve sorumlulukları
- Sağlık örgütlenmesi ve genel sağlık sigortası (televizyon oturumu)

Halka Yönelik Toplantılar:

Doğrudan toplumla ilişki ve iletişim sağlayan bu toplantılar, aşağıda belirtilmiş olan program çerçevesinde gerçekleşti:

- 18 Mart 1978 Tuzluçayır Mahalle Kahvesi
- 18 Mart 1978 Maden-İş Sendikası
- 19 Mart 1978 Çinçin Mahalle Kahvesi
- 19 Mart 1978 Saimekadın Mahalle Kahvesi

Düzenlemede yer alan uzmanlar ve konuşmacılar:

Kurultay'ın Yürütme (düzenleme) Kurulu'nda Doç. Nevzat Eren, Dr. Özen Arat (Aşut), Dr. Ali Ağzitemiz, Dr. İncilay Dağlı (Kılıç) görev almıştı. Bilim (Danışma) Kurulu'nda ise, Prof. Yavuz Aksu, Dr. Muzaffer Akyol, Prof. Hikmet Altuğ, Dr. Erdal Atabek, Prof. Nevres Baykan, Dr. Doğan Benli, Dr. Necati Dedeoğlu, Prof. Nusret Fişek, Prof. Veli Lök, Prof. Coşkun Özdemir, Dr. Engin Tonguç, Prof. Atalay Yörükoğlu bulunuyordu.

Kurultay boyunca yaklaşık 60 uzman ya da kurum/örgüt temsilcisi katılımcı olarak programda yer aldı. Konuşmacılar arasında yer alanlardan kimi özel ve özellikli kişiler aşağıda belirtilmiştir:

- HÜTF Toplum Hekimliği Bölüm Başkanı Prof. Dr. Nusret Fişek
- SSYB Müsteşarı Tonguç Görker
- Siyasal parti temsilcileri
- Eski Sağlık Bakanı Cengiz Gökçek
- Ankara Belediye Başkanı Ali Dinçer
- TTB MK Başkanı Dr. Erdal Atabek
- Hıfzısıhha Okulu Müdürü Dr. Muzaffer Akyol

Sağlık Kurultayı '78'in Anlamı:

Bu Kurultay, sağlık alanında çalışan önemli güçleri bir araya getirdi. Tartışmalar ve varılan sonuçlar basının her kesiminde geniş olarak yer aldı. Sonuçta, kamuoyunda sağlık sorunlarının tartışıldığı bir ortam yaratıldı. Toplantıların sağlık

personelinin çalışma ortamlarında yapılması, hekimleri ve sağlık personelinin çok etkiledi. Güncel sağlık konularının anlaşılması sağlandı. Bir hastane müdürü,

“Artık Tabip Odası için her şeyi yaparım,” dedi.

Diğer Kurultay ve Kongreler

Bu dönem TTB adına yapılan diğer kongre ve kurultaylar da şunlardı:

- Sağlık Kurultayı '79- İzmir
- Sağlık Kurultayı '80- İstanbul
- Birinci Ulusal İşçi Sağlığı Kongresi-1978 (İstanbul)
- Birinci Ulusal Beslenme Kongresi-1979 (Ankara)

Sağlık Kurultayı '79:

TTB İzmir Tabip Odası'nca düzenlenen bu Kurultay'ın belgeleri şöyle açıklanmıştı:

- Tüm sağlık hizmetleri ve ilaç sanayisi devletleştirilmelidir.
- Sağlık hizmetleri herkese eşit, sürekli ve yeterli düzeyde verilmelidir.
- Genel bütçeden sağlık hizmetlerine en az %15 pay ayrılmalıdır.
- Koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmelidir.
- Tam Süre Çalışma Yasası yozlaştırılmamalı ve sosyalizasyonla bütünleştirilmelidir.
- Çocuklarımıza savaşız, sömürsüz bir dünya...
- Her işyerinde, her mahallede bir kreş...
- Çocuklarımızın beynini yıkayan reklamlar televizyon ve radyolardan kaldırılmalıdır.
- Sağlıklı kent, çevre ve çalışma koşulları yaratmak için tüm önlemler alınmalıdır.
- Daha fazla kar değil, daha iyi çalışma koşulları sağlanmalıdır.
- Tüm sağlık emekçilerine grevli, toplu sözleşmeli sendikal hakları verilmelidir.

Tamgün Çalışmaları

Tamgün ilkesi TTB tarafından 1967 Büyük Kongre kararı ile onaylanmıştır. Aradan geçen süreçte bu ilke sürekli TTB'nin gündeminde oldu ve siyasal erke önerileri arasında yer aldı. 1978 başında göreve gelen Ecevit hükümetinin programında yer alan tamgün için ivedilikle bir yasa tasarısı hazırlandı ve TBMM'ye sunuldu. Çünkü yeni SSYB Bakanı Mete Tan sosyalleştirmeyi benimsiyor ve işlerliğe kavuşmasının ancak tamgün uygulamasının yürürlüğe girmesiyle ola-

naklı olacağını vurguluyordu. Buna karşılık, uygulamaya karşı olan çıkar çevreleri, kamuoyunda geniş bir tartışma başlatarak yasaı engellemeye çalıştılar. TTB tüm olanaklarını tasarının yasalaşması için kullandı. Çok çaba harcadı. Sonuçta, Tam-süre Yasası Haziran 1978'de TBMM'den geçti. O dönem geçerli olan Senato'dan geçmesi için de çalışmalar yapıldı ve en sonunda Senato kararıyla yürürlüğe kondu.

Yasa'nın üniversiteleri ve Milli Savunma Bakanlığı'nı da kapsamı önemli tartışmalara yol açtı. Özellikle üniversitelerin Yasa kapsamına alınması, tıp fakültelerinde yasanın protesto edilmesine yol açtı. TTB Merkez Konseyi Başkanı Dr. Erdal Atabek, 29 Haziran 1978'de Büyük Kongre'yi açış konuşmasında şöyle diyordu:

“Diyarbakır'da yaptığımız Temsilciler Meclisi toplantısında görmüştük ki, Tıp Fakültesi'nin öğretim üyesi sayısı %80 eksikti... Oysa tıp fakültelerinin bazıları, daha önemli bir işin peşindeydiler. Bu önemli iş, Tam-süre Çalışma Yasası'nın üniversite özerkliğine aykırı olduğunu kanıtlamaktı... Tıp fakülteleri, diğer hekimlerden daha iyi koşullarda bile tam-süre çalışmaya zorunlu girmeyi üniversite özerkliğine aykırı buluyordu. Ülke gerçeklerinden soyutlanmış üniversite, böylece kendi durumunu kurtarmanın her şeyden önemli olduğuna inancını belirtiyordu... Tıp fakülteleri Yasa kapsamına girer girmez karşı çıkanlar, aslında özel gelirlerinin sürmesini istiyorlardı. Bu özel gelirlerin tıp fakültesi hastanelerini bir özel hastaneye çevirdiğini, parası olanlara öncelik tanındığını... bile bile bu sistemin sürmesini istiyorlardı. Evet, tam-süre çalışma ilkesine üniversitelerin öncelikle girmesi gerekir. Döner sermaye sisteminin kalkması gerekir. Döner sermayeden prim alarak çalışmanın yapılmaması gerekir. Üniversiteler toplum içinde koloni değıllerdir.”

Tam-süre Yasası, hiçbir zaman istenen biçimde uygulanamadı, çünkü çok çeşitli baskılar gündeme geldi. Yasa'yı çıkarmış olan Hükümet bile desteğini çekti ve 12 Eylül sonrası, 31 Aralık 1980'de Yasa yürürlükten kaldırıldı.

Sosyalleştirme Genel Kurulu

19-20 Haziran 1978 tarihlerinde SSYB'nin düzenlediğı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi İkinci Genel Kurul Toplantısı”na TTB Merkez Konseyi temsilcilerinin yanı sıra ATO temsilcileri de katıldı. TTB Merkez Konseyi adına katılanlar Dr. Erdal Atabek, Dr. Şükrü Güner, Dr. Sedat Çöloğlu, Dr. Tarık Ziya Ekinci; ATO adına katılanlar ise, Dr. Özen Arat (Aşut), Dr. Uğur Cilasun, Dr. Recep Akdur idi. (Bu toplantı Sağlık Bakanlığı'nın düzenlediğı son Sosyalleştirme Genel Kurulu olmuştur. Bundan sonraki Genel Kurul, Sosyalleştirme'nin 30. yılında, 2001 yılında TTB tarafından düzenlenmiştir.)

Kararların oluşturulmasında ve Genel Kurul'un bir karar toplantısına dönüşmesinde TTB temsilcilerinin önemli rolü oldu. Sosyalleştirme Genel Kurulu'nun kararları, 2001 yılında, sosyalleştirmenin 40. yılı nedeniyle TTB'nin yayını *Tıp Dünyası*'nda yayımlanmıştır. Genel Kurul'un kararları arasında, Senato gündeminde olan Tam-süre Çalışma Yasası'nın yasalaşması için Bakanlıkça çalışılma-

sı, sağlık personelinin ülke gerçeklerine uygun yetiştirilmesi, pratisyen hekimliği özendirici önlemler alınması, hekim ve diğer sağlık çalışanlarının ücretlerinin artırılması, Genel Bütçe'den sağlığa ayrılan payın en az %10'a çıkarılması gibi önlem ve öneriler bulunuyordu.

TTB Ankara Temsilciler Meclisi Kararları (28-29 Ağustos 1979)

Ankara'da yapılan TTB Temsilciler Meclisi, TTB'nin temel ilkelerini bir kez daha vurguladı ve özellikle birinci basamak sağlık hizmetinin önemini saptayarak, Tam-süre Yasası'nı bekleyen tehlikeye dikkat çekti.

28-29 Ağustos 1979'da yapılan Temsilciler Meclisi'nin kararları şöyle belirlenmişti:

- TTB, tam süre çalışma ilkesinin kamusal sağlık hizmetlerinde işlerle sürdürülmesinde, bu alanda gereken önlemlerin zaman yitirilmeden alınmasında kararlılığını bir kez daha açıklar.
- İlk basamak sağlık hizmetleri, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi bünyesinde tüm ülkede hızla örgütlenmelidir.
- Pratisyen hekimlik hizmetleri ön plana alınarak sağlık hizmetleri yeniden düzenlenmelidir.
- Pratisyen hekimlerin yoğun ve hızlı bir yöntemle hizmet içi eğitimleri sağlanmalı, bugün uzman hekimlerce yürütülen hizmetin önemli bir bölümü doğru olarak pratisyen hekimlerce yürütülmelidir.

DKÖ ile İlişki ve Ortak Eylemler

1977-79 dönemi çalışanların kitlesel eylemlerinin yoğun olduğu bir dönemdi. Bu dönemde de ATO tüm ortak toplantı ve eylemlere yerel düzeyde ve merkez düzeyinde TTB adına katılmış, ortak eylemlerde yer almıştır. Bu dönemde İstanbul'da düzenlenen ve DKÖ'nün geniş katılımı ile gerçekleşen 1 Mayıs mitinglerine TTB de merkezi ve kitlesel olarak katılmıştır.

Bu dönemde, sağlık personelinin iş bırakmaya varan eylemleri olmuştur. ATO hekimlerin de bu eylemler katılımı için çaba harcamıştır. Sınırlı düzeyde de olsa hekimlerin katılımı sağlanmıştır.

ATO YAYINLARI

1975-79 dönemi ATO yayın etkinliklerine toplu olarak bakıldığında, ATO'nun önemli yazılı iletişim kanalları şöyle özetlenebilir:

Üye mektupları

Ankara Tabip Odası Ajansı

Ankara Tabip Odası Bülteni-ATO (1976)

Ankara ve İzmir Tabip Odaları Bülteni- TOB (1976-1977)

İlaç Dosyası- TİB, TMMOB, ATO ortak yayını

GSS Broşürü (1977)

Ankara Tabip Odası Bülteni (ATOB)

1976-77 döneminde yayın yaşamını sürdüren ATOB, ATO'nun mesleksel ve bilimsel özellikler içeren ilk dergi özelliğindeki yayınıdır. ATOB, ilk özgün ve süreli tabip odası dergisidir. ATOB'un toplumsal ve bilimsel içerikli bir yayın olmasına özen gösterilmişti. İlk mezuniyet sonrası sürekli tıp eğitimi yazıları, toplum yönelimli hizmet anlayışı, birinci basamakta sağlık hizmetlerinin örgütlenmesine yönelik uluslararası deneyimler ATOB'da yayımlanmıştır. Sağlık alanının sorunları, etkinlikleri, eylemleri, uzmanların özgün değerlendirmeleri ATOB sayfalarında yer bulmuştur.

Ankara ve İzmir Tabip Odaları Bülteni (TOB)

İlk kez 1977'de yayımlanan TOB, Ankara ve İzmir Tabip Odaları'nın ortak çalışma ürünü olarak işlev görmüştür. ATOB ile aynı özellikleri sürdüren bir yaklaşımla üretilmiştir.

Dönemin önemli bir yayını olarak TTB tarihinde yerini almış, ancak TTB'nin merkezden çıkan bir yayına olan gereksinimi nedeniyle yayınına son verilmiştir. TOB'un yayın yaşamı, Ocak 1978'de *Toplum ve Hekim*'in yayına başlamasıyla noktalanmıştır.

SONUÇ

ATO, 1975-79 döneminde TTB'nin, sağlık meslek örgütlerinin, DKÖ'nün bir bileşeni olarak, toplumun emekçi kesimlerinin yanında yer aldı.

Dönem, zor ve acılı, faşizmin tırmandırıldığı bir dönemdi. Hekimleri de etkileyen can güvenliği sorunu vardı. Her gün sokaklarda toplumun yetişmiş değerli insanları, emekçiler, öğrenciler öldürülüyordu. 1 Mayıs 1977 İstanbul Mitingi'nde olduğu gibi, kitlesel kıyımlar olabiliyor, failler bulunamıyordu. İşte yukarıda sözü edilen TTB ve ATO çalışmaları bu ortamda gerçekleşti ve kimi kazanımlar elde edildi:

- *Tamgün Yasası
- *Nöbet paraları
- *Yayımlar
- *Üyelerle olumlu iletişim.

ATO'nun o dönemde yaptığı çalışmaların ve ulaştığı aşamanın, bugünkü TTB değerlerinin ve toplam etkinliklerinin temelini oluşturan nitelikler taşıdığı görülmektedir. Dönemin belgeleri ve yayınları, bu değerlendirmeyi haklı kılan zengin bir birikim ve deneyimi gözler önüne sermektedir.

(TTB 53. Büyük Kongre sunum metni, 22 Haziran 2003)

BÖLÜM 6

GENEL PRATİSYENLİK VE GENEL PRATİSYENLİK ENSTİTÜSÜ

ORDA BİR HEKİM VAR UZAKTA

-“Sağlık Reformu” ne getiriyor?

-Dağ başlarındaki sağlıkçıların sorunları...

-Sağlıkçılar sağlık örgütüne sahip çıkıyor...

-Ülkenin sağlık haritası...

Üniversitelerimizin halk sağlığı anabilim dallarında uzmanlık eğitimi sürecinde bulunan genç hekimlerle, Temmuz 1993 içinde, Orta Anadolu illerini kapsayan bir gezi yaptık. Türk Tabipleri Birliği'nin halk sağlığı eğitimine katkıda bulunmak amacıyla her yıl düzenlediği ve bir eğitim semineri niteliği taşıyan bu gezi boyunca, sağlık örgütünün çeşitli düzeylerinde hizmeti gözlemlene olanağı elde ettik. Görebildiğimiz kuruluşlar arasında, Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık müdürlükleri, devlet hastaneleri, sağlık ocakları, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri olduğu gibi, Sosyal Sigortalar Kurumu hastaneleri, belediye sağlık müdürlükleri, fabrikalar ile bağlı işyeri sağlık birimleri de bulunuyordu.

Gezi bölgesi olarak Orta Anadolu Bölgesi'nin seçilmesinin özel ve önemli bir nedeni vardı. Bilindiği gibi, Sağlık Bakanlığı'nın yıllar boyunca gündemden düşürmediği bir “Sağlık Reformu”, çeşitli yasa tasarıları biçiminde TBMM'ye sunulmak üzeredir. Bu reform paketi, var olan sağlık sisteminin tıkandığı, işlemediği, iflas ettiği, vb. varsayımlarıyla sağlıkta yeni bir anlayış, sistem ve örgütlenme getirmeyi amaçlıyor. İşte bu “Reform Paketi” uygulamalarının başlatılacağı pilot il olarak Bilecik, pilot bölge olarak da Eskişehir, Kütahya ve Afyon illeri seçilmiştir.

Türkiye halkının önüne sürülen reform paketinin dayandığı temel ilke, sağlıkta özelleştirme ve devletin sağlıktan elini çekmesidir. Bu amaca ulaşmanın örgütlenme modeli, özel muayenehanelere dayalı aile hekimliği sistemi ve kamu hastanelerinin özelleştirilmesi sonucu geliştirilecek özel hastane işletmeciliğidir. Sistemin finansman kaynağını ise, sağlık güvencesi olmayan halktan toplanacak primlerin oluşturacağı Genel Sağlık Sigortası sağlayacaktır. Genel Sağlık Sigortası, halk için ek bir vergi yükü demektir. Toplanan primlerle tüm sağlık harcamalarını karşılamak, dünyanın hiçbir ülkesinde bugüne değin başarılmadığından; “Ortak Teminat Paketi” adı altında getirilen bir sınırlandırma ile, sağlık hakkı kısıtlanmaktadır. Başka bir deyişle, Genel Sağlık Sigortası tüm sağlık harcamalarını karşılamayacak, yalnızca mevzuatta öngörülen kimi hizmetleri kapsayacak, bunun dışında kalan hizmetlerin ücreti bireylerce ödenecektir.

Kolaylıkla anlaşılacağı gibi, öngörülen reform paketi, 1980'lerden beri siyasal iktidarların ve egemen güçlerin halka kurtarıcı olarak benimsetmeye çalıştıkları

devletin ekonomiden elini çekmesi, devletin küçültmesi ve her şeyin satışa çıkarılması siyasalarının sağlık alanındaki yansımasıdır. Sağ siyasal iktidarların yıllarca desteksiz bıraktıkları ve öznel amaçları için oy deposu olarak kullandıkları çeşitli sektörlerdeki kamu kurum ve kuruluşları, bu yanlış siyasalar sonucu verimsiz, üretimsiz, zarar eden kuruluşlar durumuna gelmişlerdir. Ortaya çıkan tablodan, tümüyle siyasal iktidarların sorumlu olmasına karşın; sürekli suçlanan, kötü yönetilen, yeterli desteği görmeyen ve sanki bilinçli olarak bu duruma sürüklenen kamu kuruluşları, KİT'ler, BİT'ler, sağlık ocakları, devlet hastaneleri oluyor. Türk Tabipleri Birliği'nin düzenlediği gezi boyunca, bu gerçekleri yerinde görme olanağı bulduk.

Sağlık Bakanlığı'nın pilot il ve pilot bölge olarak saptadığı yöreleri gezi alanı olarak seçmemizin nedeni, reform paketinin yasalaşıp uygulanması durumunda, ilk izlenimleri yerinde edinerek, gerekli bilgi ve verileri toplamaktı. Böylece, reform öncesi ve sonrası gelişmeleri daha sağlıklı değerlendirmek olanağı sağlanabilirdi. Ancak, gezi süresince, bu amaçlarımızı gerçekleştirmenin yanı sıra, pek çok başka sorunu ve gerçeği irdeleme fırsatı elde ettik. Sağlık sisteminin yönetsel zayıflığını ve örgütün terk edilmişliğini gördük. Toplumun en uç kesimlerinde çalışan sağlık personelinin, pratisyen hekimlerin yalnızlığını ve umarsızlığını onlarla birlikte yaşadık. Her şeye karşın, kimi hekimlerin ve sağlıkçıların, büyük özverilerle sistemi ayakta tuttuklarına tanık olduk.

PILOT İL: BİLECİK

Reform paketinin ilk uygulanacağı il olarak Bilecik seçilmiştir. Uygulama, bir süre sonra pilot bölgeye (Eskişehir, Kütahya, Afyon) yaygınlaştırılacak; sonra ülke çapında geçerli olacaktır. Bilecik ilinin nüfusu 162 bin olup, dokuz ilçesi vardır. Ülkemizde halen geçerli ve yürürlükte olan "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine İlişkin Yasa" uyarınca kurulmuş 22 sağlık ocağı, il düzeyinde hizmet vermektedir. Bu ocaklara bağlı 51 sağlık evi bulunmaktadır. İlde Bilecik ve Bozüyük merkezlerinde olmak üzere iki devlet hastanesi vardır. Devlet hastanesinin yatak işgal oranının Bilecik'te yüzde 36, Bozüyük'te ise yüzde 13 olduğu, yetkililerce belirtilmiştir. Nüfusun yüzde 35'inin (57 bin kişi) sağlık güvencesi olmadığı saptanmıştır. Bunlardan 5 bin kişiye Yeşil Kart verilmiştir.

Sağlık Müdürlüğü'nce yapılan açıklamalara göre, bölgedeki bebek ölüm hızı binde 33.4, kaba doğum hızı binde 13.7, kaba ölüm hızı binde 5'tir. Bu değerler, Türkiye ortalama değerlerine göre daha iyidir. İl merkezinin nüfusu 23 bindir. Tüm bu veriler, Bilecik ilinde sağlık hizmetinin, bilimsel ve koşullara uygun bir destek ve denetimle, daha iyi bir duruma getirilebileceğini göstermektedir. Görüşlerine başvurduğumuz uzmanlar ve kimi öğretim üyeleri de bu gerçeğe dikkat çekerek, Bilecik ili sonuçlarının Türkiye'ye genelleştirilemeyeceğini vurgulamışlardır.

Öte yandan, son yıllarda Bilecik ilindeki sağlık ocaklarına ve devlet hastanesine önemli donanım desteği sağlandığı, bu kuruluşların yetkililerince açıklanmıştır. Sağlık ocaklarına elektrokardiyografi ve bir ocak için yeterli olabilecek düzeyde

laboratuvar donanımı sağlanmıştır. İlçelerden dördüne, 50 yataklı hastane yaptırılması söz konusudur.

Bilecik'in görevden henüz alınmış olan Sağlık Müdürü, aile hekimliği, özel hastane, genel sigortasına dayalı sistemin Bilecik'te uygulansa bile, büyük illerde, örneğin daha önce müdürlük yaptığı Sivas'ta uygulanma olasılığının olmadığını belirtiyor ve ekliyor: "224 Sayılı Yasa işletilseydi, sağlık sorunu kalmazdı."

Sözün kısası, Bilecik'in pilot il olarak seçilmesi, hedefe uygun ve doğru bir seçim: Nüfus düşük, ilçeler küçük, ulaşım iyi, hiç sağlık güvencesi olmayanların oranı çok yüksek değil (yüzde 35, il düzeyinde 57 bin kişi)

Daha sonra sık sık karşımıza çıkacak yakınma, ilk kez Bilecik'te dile getiriliyor: Politikacıların sağlık örgütüne, özellikle sağlık müdürlüğüne müdahalesi. Siyasal müdahaleler, özellikle iktidardaki partinin örgütünden gelen baskılar, sağlık sisteminin her düzeyinde, her aşamasında, her alanında söz konusu olabiliyor. Sağlık müdürleri, il içinde personeli değiştiremediklerini, fabrika ve öteki işyerlerinin açılmasında olumsuz görüş bildirdiklerinde şikayet edildiklerini açıklıyorlar. Kuşkusuz, sağlık çalışanları açısından bir de madalyonun öteki yüzü var. Parti örgütlerinde sorunlarını çözebilme olanağı bulunmayan ya da böylesi davranışlara girmeyen meslektaşlarımız açısından bu durum, haksız ve adil olmayan uygulamalar getirebiliyor.

Ocak Hekimleri, Aile Hekimliğini Değerlendiriyor

Bilecik il merkezinde gezdiğimiz iki sağlık ocağında, ocak hekimlerinin, sorunların içinde yaşayarak, gerçekleri yöneticilerden daha iyi algıladıklarını gözledik. İşte, adları bizde saklı, kimi ocak hekimlerinin (hepsi de pratisyen hekim), getirilmesi öngörülen sisteme ilişkin görüşleri:

-Aile hekimliği sistemi işlemez. Küskün pratisyen hekimlerle hizmet yürümez.

-Aile hekimliği kötüye kullanılabilir. Hekimler, kendi çıkarları için, ticari amaçla rekabet edebilirler. Bu nedenle, pratisyen hekimlerin statüsü daha da düşecek, saygınlığı azalacaktır.

-Aile hekimliği; hekimi, tedavi edici hizmete yöneltiyor, koruyucu hizmeti ikinci plana itiyor. Çünkü, ticari kaygılar ön plana çıkıyor. Hasta kapmak için, hastalık belirtilerine yönelik tedavi verilebilir. Rekabet, hekimliği köreltecektir.

-Pratisyen hekimler, geleceklerini güvenceye almak istiyor. Aile hekimliğinde bu güvenceyi görmüyorlar.

Bilecik'teki ocak hekimlerinin konuyu iyi bildiklerini gözlüyoruz. Pilot il olacağı için, Sağlık Bakanlığı bu il merkezindeki sağlık ocaklarına özel bir önem veriyor ve destek sağlıyor. Ocak hekimleri, ocaklarına zaman zaman Bakanlık'tan ekip-ler geldiğini ve belirli aralıklarla seminerler verildiğini, anketler uygulandığını söylüyorlar. Temel sağlık hizmeti için yeterli sayılabilecek personel, laboratuvar

ve araç-gereç donanımı, gezdiğimiz iki sağlık ocağında da sağlanmıştı. Ocak hekimleri, ocaklara Dünya Sağlık Örgütü standartlarına göre destek sağlandığını ve personelin yeterli olduğunu belirttiler.

Devlet Hastanesi: Uzman Hekimlerin Tedirginliği

Bilecik Devlet Hastanesi Başhekim, hastaneye finansman ve gerekli aygıtları sağlayacağı için yeni uygulamayı olumlu buluyordu; ancak, bu düzenlemelerle, siyasal baskıların daha da artacağını ekliyordu. Hastaneye sağlanacak donanımı şöyle özetliyordu: Ultrasonografi cihazı, röntgen cihazı, otomatik jeneratör, fototerapi cihazı, elektrokoter, otorefraktometre, laporoskopik cerrahi seti, diş cihazları. Başhekim, yeni sisteme göre, genel direktörün başhekimin üstünde yer alması olgusunun kabul edilemeyeceğini belirtiyordu.

Bilecik Devlet Hastanesi'nde görüşlerine başvurduğumuz uzman hekimler de, pratisyen hekimler gibi, sorunlar ve reformun öngördüğü uygulamalar konusunda kafa yormuş ve bilgi edinmiş görünüyorlardı. Bir uzman, yeni sistemin zaten var olan siyasal baskıları daha da artıracığını vurgularken özelleştirmenin görevden alma ve yer değiştirmeleri yasallaştıracağını söyledi. Uzman hekimlerin dile getirdiği öbür önemli görüşler şunlardı:

-Türkiye'de uzmanlara da işsizlik yolları göründü. "Hastane çok kazansın" diye bir görüş kabul edilemez. Ben, "acil servis daha iyi hizmet versin" diye çalışırım, "daha çok kazansın" diye değil.

-Bilecik küçük bir yer, işi döndürmek kolay. Yeni sistemin kabul görmesinin nedeni, bugünkü somut koşullar ve kötü sağlık durumu.

-Hekimin ekonomik kaygıları olmamalı. Hekimin geleceğini güvence altına almak gerekli. Bilecik'te 1950'li yıllar yaşanıyor. Politikaclar, Demokles'in Kılıcı gibi tepemizde duruyor...Ben artık kullanılmak istemiyorum.

Bilecik Devlet Hastanesi uzmanları, kapıya dayanmış olan özelleştirmeden tedirgin görünüyorlardı. Yeni sisteme göre, her an kendilerini sözleşmeli statüde bulabilecek ya da görev yerlerinin değiştiğine ilişkin bir yazılı emir alabileceklerdi. Pratisyen hekimler, aile hekimliği sisteminin işlemeyeceği görüşündeler; uzman hekimler, hastanelerin özelleştirilmesine karşı.

Genel Sağlık Sigortası'nın işletilebilmesi için ise, Dünya Sağlık Örgütü uzmanlarına göre iki koşulun gerçekleştirilmiş olması zorunlu:

1. Gelir dağılımının düzeltilmesi,
2. Sağlık hizmetinin dengeli dağılımının sağlanması.

Bu koşulların yaşama geçirilmesi, genelde Türkiye'nin, özelde sağlık sisteminin düzlüğe çıkması anlamına geliyor. Her şey bir yana, uygulamayı yürütecek olan temel insan etmeninin, pratisyen hekimlerin, uzmanların karşı olduğu bir sistem nasıl başarıya ulaşabilir? Yöneticiler bunu görmüyorlar mı? Bilecik Valisi, sağlık örgütünün dışından, bu gerçeği yalın biçimde dile getiriyor:

“Almanya, ulusal gelirin yüzde 12-13’ünü sağlığa ayırıyor. Bizde bu oran çok düşük. Sosyal Sigortalar Kurumu ve Bağ-Kur başarılı olmadı. Benzer bir sistem getiren bu uygulama da başarısız olabilir.”

ESKİŞEHİR: GECİKEN YATIRIMLAR

Bilecik’ten, ikinci aşamada pilot bölge kapsamına alınacak illerden Eskişehir’e doğru yol alırken, pilot il Bilecik’i ve sağlık çalışanlarını düşünüyoruz: TUS’a hazırlanan pratisyen hekimler, uzmanlığın çözüm olmadığını kavramış uzman hekimler, kırsal kesime hiçbir hükümetin önem vermediğinden yakınan DYP’li İl Genel Meclisi üyesi ve iyi sağlık hizmeti isteyen halk...Uygulanacak yeni sistem için Bilecik’e sağlanan desteği ve yapılan yatırımları önemsiyoruz. Böylesi desteklerin sağlanması ve akılcı politikalarla, sorunların yarı yarıya çözülebileceği kanısı güçleniyor bizde.

Eskişehir Sağlık Müdürlüğü’nde, bu ilde sağlık güvencesi olmayan nüfus oranının, yüzde 12 olduğunu öğrendik. Pilot bölge kapsamında olmak için uygun bir özellik. Çünkü, Genel Sağlık Sigortası bu kesime uygulanacak. Eskişehir’de, dört katlı kent tipi sağlık ocakları yapımı sürüyor. Sağlık Müdür Yardımcısı, 1989’dan beri sürmekte olan inşaatın maliyetinin, gecikme nedeniyle 40 milyon TL’den 1.2 milyar TL’ye yükseldiğini belirtiyor.

Eskişehir’de de –her yerde yakınma konusu olan- ortak sorun, siyasal baskılar... Sağlık Müdürlüğü, ocak hekimlerinde bıkkınlık olduğunu, ocaklarda yalnız poliklinik muayeneleri yapılabildiğini, yavaş yavaş koruyucu hizmetlerin de başlatıldığını açıklıyor.

Kent Tipi Sağlık Ocağı

Yaklaşık 65 bin nüfustan sorumlu olan Eskişehir Merkez 4 No’lu Sağlık Ocağı’nda “bıkkın olmayan” hekimler gördük. Bu ocak, kurallara uygun işleyen ve yeterli bina, insan, araç-gereç donanımı olan bir temel sağlık hizmeti birimi izlenimi veriyordu. Ocak içindeki inceleme ve gözlemlerimiz, bu kanımızı doğruladı.

Ocakta görevli hekimler, temel sağlık hizmeti görevini benimsemiş ve oldukça güdülenmiş bir tutum içindeydiler. Burada, sağlık ocağı için yeterli sayılabilecek bir laboratuvar hizmeti verilebiliyordu, aşılama hızları yüksekti (yüzde 90 üstünde). Bebekler, gebeler düzenli ve yeterli ölçüde izleniyordu. Yalnız, mikrobiyolojik incelemelerde sorun vardı. Bu işi yapan halk sağlığı laboratuvarında mikrobiyolog olmadığından, kimi kültürler (örneğin, boğaz kültürü) alınamıyordu.

Ocak hekimleri, 1992’de binde 44 olan bebek ölüm hızının, 1993’ün ilk beş ayı için binde 22 olarak belirlendiğini açıkladılar. Ocak hekimlerinden biri; “Sağlık ocağı hekimleri ve öbür çalışanlarına güvence verilirse, bu sistem işleyecektir” dedi. Öte yandan, Eskişehir Tabip Odası’nı ziyaretimizde, Oda Başkanı Dr. Reyhan Pütün, “Sosyal devlet, siyasal bir tercihtir. Sağlık sorunları, halktan yana hükümetlerle bir çözüme varabilir. Bunun için çalışalım” diyordu.

Kütahya’ya doğru yol alırken, genç hekim arkadaşlarla yaptığımız değerlendirmede, Eskişehir’de iyi işleyen ve binası uygun olan bir kent tipi sağlık ocağı

gördüğümüz için seviniyoruz. Kentlerde sosyalleşirmenin işletilemeyeceği savında olan yönetici, politikacı ve kimi meslektaşlarımızın kulaklarını çınlatıyoruz.

KÜTAHYA: KADIN ELİ SIKMAYAN MÜDÜR YARDIMCISI

Gezimizin her durağında olduğu gibi, Kütahya’da da ilk olarak Sağlık Müdürlüğü’nü buluyoruz. Ancak, bizi Sağlık Müdür Yardımcısı karşılıyor. Sağlık Müdürü, ulaşamayacağımız denli uzak bir ilçeye gitmiş ve tüm kayıtları da birlikte götürmüş (?). Müdür Yardımcısı, 30 sağlık evinin ebessiz olduğunu, personelin kırsal kesime gitmek istemediğini belirtiyor. Müdür Yardımcısı’nın 10 yıldır Sağlık Müdürlüğü’nde görevli olduğunu, üç yıldır da müdür yardımcılığı yaptığını öğreniyoruz. İlin önemli sağlık sorunlarını soruyoruz: “Hava kirliliği” diyor. Öbür sorunlara ilişkin bilgi veremiyor, çünkü kayıtlar, Sağlık Müdürü’yle geziye gitmiş bulunuyor!

Sağlık Müdürlüğü’ndeki görüşmemiz bitince, izin isteyerek Müdür Yardımcısı’na elimi uzatıyorum. Ancak, Müdür Yardımcısı, kadınların elini sıkıyor. Elim havada kalıyor...

Kütahya IV No’lu Müzeyyen Çini Sağlık Ocağı

Kütahya’nın porselen ve çinisi, yaşamın her alanında varlığını duyuruyor. Bu güzel adlı sağlık ocağı, sanatsal bir çağrışım yaratıyor herkeste. Ancak, sağlık ocağı hekimlerinin hiç de böylesi duygular içinde olmadıklarını görüyoruz. Sağlık Müdürlüğü’nden, “eğitim sağlık ocağı” olduğu belirtilerek gönderildiğimiz bu ocağın iki hekimi, “Eğitim sağlık ocağı olduğumuzu sizden duyuyoruz” diyorlar.

Göçebe bir nüfusa hizmet vermekten oldukça yorgun ve bıkkın görünen ocak hekimleri, TUS’a hazırlandıklarını belirtiyorlar. Bu hekimlerin iyi niyetli, ancak koşullara teslim olmuş ve işe yabancılaşmış olduklarını görüyoruz. Oysa, tartışmalarımız sonucunda, söylediklerimizden etkilendiklerini gözlüyoruz. Ocak hekimlerinden birisi,

“Pratisyen kalmak isterdim ama doyumsuzum, burada atrofiye uğruyoruz” diyor.

Daha sonra ziyaret ettiğimiz TÜGSAŞ işyeri hekiminden de, benzer izlenimler edindik. Toplumun en uç birimlerinde çalışan hekimler ve öbür sağlıkçılar, aynı yazgıyı paylaşıyorlar.

Kütahya’dan Afyon’a yolculuğumuza başlamadan, Kütahya’nın güzelliklerinin yaratıldığı bir yer gördük: Porselen Fabrikası. Fabrikayı gezerken, üretim sürecinin sıcaklığını yaşadık. Aynı zamanda, üretenlerin sağlığı için planlanan yeni düzenlemelere hayıflandık.

AFYON: HEKİMSİZ SAĞLIK OCAKLARI

Afyon Sağlık Müdürlüğü’nde, belleklerimizde yer etmiş “sağlık müdürü” imgesinden oldukça farklı bir sağlık müdürüyle karşılaşılıyor. Dr. Mustafa Seçen, altı yıllık bir hekim ve bir yıldır Sağlık Müdürlüğü görevini yürütüyor. Daha önce Afyon’da bir yıl sağlık ocağı hekimliği yapmış.

Sağlık Müdürü, Afyon'un 650 bin olan nüfusuna yönelik 105 sağlık ocağının hizmet verdiğini belirtiyor. Müdürlüğün personel, araç-gereç eksikliği olduğunu, sağlık müdürlüğüne sorulmadan sağlık ocakları açıldığını ve bu ocakların hekimsiz kaldıklarını öğreniyoruz. Sağlık Müdürü, pratisyen hekimlerin umutsuz, hastanelerin verimsiz olduğunu söylüyor. Bebek ölüm hızı binde 58, yatak işgal oranı yüzde 46 imiş. İlin sağlık göstergelerinin, Türkiye ortalamalarından daha iyi durumda olduğu anlaşılıyor. Sağlık Müdürlüğü'nün ebelere ve hekimlere yönelik hizmet içi eğitim programları düzenlediğini ve bu eğitimi, klinik dal uzmanlarının verdiğini öğreniyoruz. Ocak yönetimi eğitimini, Personel Şube Müdürü uyguluyormuş.

Sağlık Müdürü Dr. Mustafa Seçen, başhekimlerle düzenli toplantılar yaptığını söylüyor. Önümüzdeki günlerde, tüm sağlık ocaklarında bilgisayarlı uygulama başlayacakmış. Afyon Sağlık Müdürlüğü binası yeni, yeterli büyüklükte ve oldukça düzenli bir işleyiş içinde. Müdürlüğün, kendi olanaklarıyla çıkardığı süreli bir bülteni bulunuyor.

Toplum Katılımıyla Yaratılan Bir Örnek

Sağlık Müdürlüğü'nden sonra gezdiğimiz 1 No'lu Sağlık Ocağı, hiç kuşkusuz gezi boyunca gördüğümüz en etkileyici sağlık ocağı idi. Ocağın yeni biçimi, devlet-halk işbirliğiyle gerçekleştirilmiş, çevre ve onarım giderleri toplam bir milyar TL'ye ulaşmış. Sağlık ocağının kaloriferli olduğunu görüyoruz; çevresinde çiçekli, ağaçlı geniş bir bahçe bulunuyor. Üç doktorun her biri için ayrı ayrı döşenmiş ve düzenlenmiş geniş odaları var. Günde 80-100 hastanın muayene edildiği bu ocağın en önemli eksiği, bir laboratuvarının olmayışı. Şimdi ANAP milletvekili olan eski sağlık müdürünün, ocaklarda laboratuvar çalışması yapılmasını engellediği belirtiliyor.

Sağlık ocağının en kıdemli hekimi, pratisyen hekimliği benimsemese bile kabul edilmiş görünüyor. Yaklaşık 15 yıllık hekim olan meslektaşımızın, ayda 5 milyon TL aldığını öğreniyoruz. Sağlık ocağının çalışma göstergeleri, yeterli bir düzeyde değildi. Bu sonucun öncelikli nedenini, "ocak hekimlerinin, sağlık ocağı hizmetinin gerektirdiği eğitimle yeterince donanmamış olması" biçiminde saptıyoruz.

SSK Hastanesi: Sigorta Uygulamasının Sonuçları

Afyon SSK Hastanesi Başhekimi, 10 yıldır başhekimlik görevinde olmanın sağladığı deneyim ve birikimle, pek çok haklı noktayı dile getiriyor. Nüfusun yarısına hizmet vermelerine karşın, hekim sayısının yetersiz olduğundan, hekim başına günde 100-150 hasta düştüğünden, kamu kuruluşlarının hizmeti alıp bedelini ödememelerinden yakınan başhekim; SSK'nin hemen tüm hastanelerinde rastlanabilen sorunlara dikkat çekiyor. Bu arada, sigorta uygulamasının sonuçları da kendiliğinden gözler önüne seriliyor: Tedavi ağırlıklı sağlık hizmeti, ödenmeyen primler, hizmet isteminin artması, gereksinimleri karşılamadaki yetersizlik, ilaç savurganlığı vb.

Sonuçta, hiç kimseyi, en başta hizmeti veren hekim ve sağlıkçıları hoşnut edemeyen bir sistem söz konusu oluyor. Bir hekimin günde 100-150 hastaya bak-

ması, hiçbir hastaya ve hastalığa egemen olamaması anlamına gelir. Yetersiz bir ücretle yapılan bu denli yoğun ve sonuçsuz bir görevin hekimde doyum sağlanması beklenebilir mi?

KONYA: İÇ KARARTAN GÖRÜNTÜLER

İnceleme gezimizin son ili olan Konya'ya yaklaşırken, nedense Sivas olayını anımsıyoruz. Konya bizlere "Sivas"ı çağırıştırıyor. Zaten, acı olayların tazeliği nedeniyle, "Sivas", gezimiz boyunca sürekli aklımızın bir yerinde duruyor, gölge gibi bizi izliyor. Meslektaşımız Dr. Behçet Aysan'la ilgili anılar, belleğimizde canlanıyor. İşte Konya, tüm bunları körüklüyor. Konaklamak üzere gittiğimiz Konya Sağlık Meslek Lisesi'nin durumu, üzüntümüzü ve öfkemizi pekiştiriyor. Sağlık Meslek Lisesi değil, sanki dinci eğitim veren bir kamp burası... Üstelik de pislik içinde. Sabahı zor edip kendimizi dışarı atıyoruz.

Kampüsünde "Fakülte Camii" inşa edilmekte olan Selçuk Üniversitesi'ni ziyaretten sonra, Konya Sağlık Müdürlüğü'ne ulaşıyoruz. Konya Sağlık Müdürü, 32 yıllık bir hekim. Ortopedi uzmanı olmasına karşın, Sağlık Müdürlüğü'nün saygınlığını artıracığı inancıyla bu görevi kabul etmiş. Ancak, görev süresi içinde, siyasal baskılar nedeniyle bu amaca ulaşmanın çok güç olduğunu kavramış. Özellikle, sağlık personelinin istediği gibi yerleştirememekten yakınıyordu. Yaşlı bir hekim olmasına karşın, sorumlu olduğu sağlık örgütüne egemendi; personel dağılımı konusunda, bilgisayar kaynaklı verileri anında verebiliyordu. Sağlık Müdürü, hastanelerin yarı kapasitede çalışmasına karşın, hâlâ gereksiz hastane yapımı planlanmasından, örneğin; yatak işgal oranı yüzde 40 olan Beyşehir'de yeni bir hastane yapılmasından yakındı. İlin çevre bölgelerinde önemli personel açığı varmış, birçok sağlık ocağında hizmet aracı yokmuş. Sağlık Müdürü ambulansa değil, hizmet aracına gereksinim olduğunu vurguluyor ve büyük kentlerin sorunlarının merkezden değil, yerinden çözülebileceğini savunuyor.

Konya Bulaşıcı Hastalıklar Şube Müdürü'nden, yüzde 70 kızamık aşılama hızına karşın, önemli sayıda kızamık olgusuna rastlandığını öğreniyoruz. Bu durumun nedeninin, ebe eksikliği sonucu "etkin olmayan aşı kullanılması" olabileceği belirtiliyor.

Konya Sağlık Müdürlüğü, grubumuzca, özverili bir çaba içinde olan, ancak yeterli bilimsel ve yönetsel destek bulamaması nedeniyle başarıya ulaşması oldukça güç görünen bir yerel sağlık yönetim birimi biçiminde değerlendirildi.

KONYA-AKSARAY YOLUNDA

Eskişehir ve Afyon il merkezlerinde inceleme olanağı bulduğumuz iki "kent tipi" sağlık ocağı, bizleri ne denli umutlandırdıysa, Konya'dan Aksaray'a doğru yolculuğumuz sırasında rastladığımız Büyükbozcamahmut Köy Sağlık Ocağı da o denli hüznlendirdi. Ancak, bu sağlık ocağında yaptığımız görüşmeler ve gözlediğimiz çarpıcı koşullar, ülkemiz gerçekleri açısından son derece eğitici ve öğreticiydi. Bu koşullarda hekimlik yapmaya çalışan 1993 yılı mezunu genç meslektaşımız ve onun komşu köyde hekimlik hizmeti veren 1992 mezunu arkadaşı; hem anlattıklarıyla, hem yüzlerine yansıyan duygularıyla, bizlere çok önemli bir de-

neyim yaşattılar. Kuşkusuz onlar, binlerce başka genç hekimden, yalnızca iki örneği oluşturuyorlardı.

Büyükbozcamahmut Köyü: Bir Sağlık Ocağı Var Uzakta...

Büyükbozcamahmut Sağlık Ocağı ve köyü hakkında bu yıl mezunu olan ocak hekimi Dr. İlker'den bilgi alıyoruz. 4 bin 500 nüfuslu Büyükbozcamahmut, sözcüğün tam anlamıyla bir köy olmasına karşın, siyasal nedenlerle 25 km ötedeki Eski ilçesinin bir mahallesi görünüyormuş. (Böylesi bir gariplik de, gezimiz boyunca sık sık karşımıza çıkan bir olguydu. Herkes, kendi yaşadığı yeri, bir üst yerel birim düzeyine ulaştırabilmek için nüfusla oynuyor, nüfusu daha büyük göstermeye çalışıyordu. Bu nedenle, sağlık örgütünün saptadığı "Ev Halkı Tespit Fişi"ne dayalı nüfusla, nüfus sayımı sonuçları genellikle birbirini tutmuyor.)

Köyün sağlık ocağı, yol kıyısında dükkan olarak yapılmış tek katlı bir binanın bir bölümünü kapsıyor. Büyükçe bir oda görünümünde olan sağlık ocağının tuvaleti ve suyu yok. Yalnızca bir muayene masası, dinleme ve tansiyon aletleri ile hizmet verilmeye çalışılıyor. Ocağın, hekimden başka bir personeli yok. beş km uzaklıktaki sağlık evinde bir ebe varmış; bu ebe aşı yapıyor, ancak sağlık ocağında aşı yapılmıyormuş. Laboratuvar malzemesi olarak yalnızca bir santrifüj vardı. Acil müdahaleler için gerekli steril malzemeyi sağlayacak bir sterilizatör de yoktu.

Sağlık ocağının durumunu gördükten sonra, ocak hekiminin kaldığı evi merak ettik. Dr. İlker, köyde kalınacak ev olmadığını, şu anda kaldığı evi güçlüklerle bulabildiğini, evinin tuvaletinin dışarıda olduğunu, suyu olmadığını ve komşunun tulumbasından su aldığını söyledi. Sağlık ocağı yapımı sürüyormuş. Dr. İlker sağlık ocağının bitmesini sabırsızlıkla bekliyordu. Ocak yapımı bitince, lojman olmamasına karşın, oraya taşınmayı düşünüyordu. Tüm bunlar, Konya'da görevli halk sağlığı uzmanının söylediklerini karşılıyordu. Ordu'nun bir köyünde zorunlu hizmet yapan meslektaşımız, çalıştığı köyün yolu ve sağlık ocağının aracı olmadığını anlatmıştı. 18 km. ötedeki ilçeye yürüyerek gidip gelmek zorundaymış. İlk gittiğinde, ocakta başka personel yokmuş. Bir süre sonra hemşire gelmiş. Bu duygular içinde, 5.1.1961 tarih ve 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun"un 17. maddesini anımsıyorduk:

"Bir bölgede sağlık hizmetlerinin iyi bir şekilde yürütülmesi için gereken tesisler, lojmanlar, malzeme, araçlar ve personel temin edilmeden o bölgede sosyalleştirme planı tatbik edilemez".

Tam 32 yıl önce öngörülmüş koşulların bugünkü durumu, gerçekten çarpıcı. Yönetimin yetersiz ellerde, siyasal çıkarlar uğruna nerelere getirilebileceğinin bundan daha iyi, daha somut örneği olabilir mi?

Çukuryurt Sağlık Ocağı

Aynı bölgedeki Çukuryurt Sağlık Ocağı'nın hekimi olan Dr. İlker'in arkadaşı Dr. Kutlay "Siz bir de benim ocağımı göreceksiniz", diye söze başlıyor. Dr. Kutlay yaklaşık bir aydır bu ocakta çalışıyormuş. Yüzünde, Dr. İlker'de de aynısını gör-

düğümüz, şaşkın, biraz bezgin ve sıkıntılı bir görünüm var. Sanki bir an önce bu işin bitmesini bekliyor gibi. Haksız da değil.

Dr. Kutlay, sağlık ocağının çok küçük bir köy evi olduğunu belirtiyor. Ocağın bir ebesi varmış, başka personeli yokmuş. Suyu tulumba ile kuyudan çekiyorlarmış ve helalar da ev dışındaymış. Dr. Kutlay, sağlık ocağının hizmete uygunluğu saptanmadan hekim ataması yapılmasına bir anlam veremiyor.

Dr. İlker'e soruyoruz:

“Bu iş nasıl düzelir?”

Aynen şöyle diyor:

“Uzun dönemli bir plan ve programa dayanmazsa, siyasi etkilerden uzak tutulmazsa, bu iş düzelmez. Biz tıp eğitimine 500 kişi başladık ve başlarken, pratisyen hekim olmayacağız dedik. Ama sonuçta pratisyenlik yapıyoruz. Tıpta öğrenci sayısı azaltılmalıdır. Çözüm için, tüm sağlık ve sosyal güvenlik hizmetleri tek elde toplanmalıdır.”

Görülüyor ki, birkaç ay önce mezun olmuş bir hekim bile, sağlık sorunlarının kaynağı olan kimi gerçekleri, yöneticilerden daha iyi algılayabiliyor. Yöneticiler, tüm bunları bilmezler mi?

SONUÇLAR

Görebildiğimiz sağlık kuruluşlarından kesitler sunarak fotoğrafını vermeye çalıştığımız sağlık örgütümüz için kuşkusuz çok şey söylenebilir, çeşitli yorumlar yapılabilir. Ancak, gezimiz boyunca olduğu gibi, bu yazıda da olabildiğince nesnel değerlendirmeler yapmaya çalıştık.

Biz sağlıkçıların temel amacı, insanlarımıza çağdaş ve bilimsel ölçülere uygun sağlık hizmeti sağlanması ve toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesidir. Başka bir deyişle, bebeklerin ve anaların ölmemesini, hasta olanların en üst düzeyde sağlık hizmetinden yararlanabilmelerini, erişkinlerin daha sağlıklı ve daha uzun yaşamalarını istiyoruz. Doğaldır ki, bu amaçlara ulaşmanın pek çok etmenle ilişkisi vardır. Sağlık hizmeti sunumu bu etmenlerden yalnızca birisidir.

Genel olarak kamu sağlık hizmeti sektöründe, özelde Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık ocakları ve hastanelerde gözlemlediğimiz durum, “sistemsizlik” deyişiyle özetlenebilir. Söz konusu sağlık kurumlarının işleyişi, hasta bakma ve tedavi etme dışında, tümüyle yerel sağlık yöneticilerinin ya da sağlık çalışanlarının bireysel girişim ve tercihlerine bırakılmıştır. Yerel olarak pek çok alanda yinelemeler söz konusu iken, kimi hizmetlere hiç eğilinmemektedir. Özel ve yerel girişimler niteliğindeki kimi çabalar dışında, sağlık örgütünde çağdaş ölçülerde planlama, eğitim, denetim ve destek görülmemektedir. Örneğin, sağlık ocaklarında personel, araç-gereç, hizmet standardizasyonu yoktur. Tüm bu destekler sağlandığında, sağlık hizmeti sunumunun, özellikle birinci basamak ya da temel sağlık hizmeti düzeyinde, çok daha etkili ve verimli olacağı açıktır.

Öte yandan, özellikle Sağlık Bakanlığı'na bağlı kamu sağlık sektörüne olumsuz yönde müdahaleler ve siyasal baskılar söz konusudur. Bu durum, sistemin işleyişini daha da güçleştirmekte, hizmeti aksatmaktadır. Sektördeki en önemli kararları alanlar ne yazık ki, sorunları ve gerçekleri en iyi bilenler değildir. Örneğin, sağlık ocaklarının nerede kurulacağını nesnel ölçütleri olmasına ve uzmanlarca bir araştırmayı gerektirmesine karşın, siyasal çıkarlara göre, kağıt üzerinde ocaklar kurulmakta ve kağıt üzerindeki ocaklara hekim ataması yapılmaktadır.

Tüm yalnız bırakılmışlığa, destek ve eğitim yoksunluğuna, olumsuz müdahalelere karşın, “sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesine”ne dayalı sağlık örgütü ayakta kalabilmiştir. Bunda, her şeye karşın, iyi niyet ve özveriyle ellerinden geleni yapan pratisyen hekimlerin ve öbür sağlık çalışanlarının payı büyüktür. “Aile hekimliği” gibi yeni arayışlar yerine, pratisyen hekimliğin bir disiplin olarak kurumlaşmasına ve sağlık sistemi içinde hak ettiği yeri almasına çalışmak gerekir. Sağlık Bakanlığı'nın önde gelen ivedi görevlerinden biri bu sorunu aşmaktır. Pratisyen hekimliğe dayalı, yeterli eğitim, destek ve donanım sağlanmış temel sağlık hizmeti, sağlık sorunlarının büyük ölçüde çözümüne yönelik önemli bir adım oluşturacak, hastanelerin de yükünü hafifleterek verimini artıracaktır.

Son olarak, Türkiye'nin, kamu hastanelerine, sağlık ocaklarına ve temel sağlık hizmeti veren pratisyen hekimlere gereksinimi olduğunu yinelemek istiyoruz. Ülkenin en uç birimlerinde, en olanaksız yörelerinde özveriyle sağlık hizmeti sunmaya çalışan hekimlere, tüm sağlıkçılara başarılar diliyoruz.

(Siyah Beyaz, 12-15 Nisan 1996)

TÜRKİYE'DE GENEL PRATİSYENLİK ENSTİTÜSÜ KURULUŞ ÇALIŞMALARI

Türkiye'de temel sağlık hizmeti anlayış ve ilkelerine dayalı birinci basamak sağlık hizmeti örgütlenmesinin önemi yeterince anlaşılammıştır. Bu alandaki çalışmalar, sağlık insangücü ve teknolojisindeki büyük gelişmeye karşın, hep sınırlı bir düzeyde kalmış, yerel çalışmalar ötesine gidememiştir. Özellikle tıp fakültelerine dayalı birinci basamak hizmeti örnekleri, başarılı olmalarına karşın siyasal güçlerce yeterince destek görmemiş, giderek belirli dönemlerde engellenmiş ve büyük ölçüde yok edilmişlerdir.

Bu duruma koşut olarak, ikinci basamak sağlık hizmetine yönelik uzmanlık eğitimi, her zaman özendirilen ve yeğlenen eğitim biçimi olmuştur. Sonuçta, Türkiye'de bir dönem, isteyen her hekim uzman olma olanağını bulurken, uzman hekim sayısı pratisyen hekim sayısının çok üstüne çıkmıştır. Örneğin, 1950'lerde %47 olan pratisyen hekim oranı 1970'lerde %36'ya dek düşmüştür.

1980 sonrasında, plansız ve hazırlıksız olarak tıp fakültelerinde öğrenci kontenjanlarının yükseltilmesi ve altyapısız yeni tıp fakülteleri açılması, süreç içinde hekim sayısında büyük bir artışa yol açmıştır. Sınırlı uzmanlık eğitimi olanakları nedeniyle, hekimlerin ancak yüzde 10 kadarı ikinci basamak sağlık hizmeti alanında eğitime başlayabilirken, büyük bir hekim kitlesi yeterince hazırlanmadan birinci basamak sağlık hizmeti vermek durumunda kalmıştır. Sayısal olarak belirtmek gerekirse, pratisyen/uzman hekim oranı 1980'lerde %39'a, 1990'da %51'e, 1994'te ise %58'e çıkmıştır. 1994 verilerine göre, ülkemizde pratisyen hekim sayısı 38 bini aşmıştır. Öte yandan, pratisyen hekim sayısındaki artışın sağlık hizmetlerinde ve özellikle sosyalleştirme kapsamındaki örgüt ağında olumlu etkiler yarattığı yadsınmaz.

Pratisyen hekimlik yapan hekim sayısındaki artış, nesnel olarak birinci basamak sağlık hizmetinin ve pratisyen hekimliğin tartışılmaya başlamasıyla sonuçlanmıştır. 1980'lerin son yıllarında ve 1990'larda, özellikle Türk Tabipleri Birliği (TTB) örgütsel yapısı içinde bir araya gelen pratisyen hekimler, pratisyen hekimlik eğitimi alanında başarılı olmuş ülke örneklerini inceleyerek ve ülkemizin var olan bilgi birikimini özümseyerek, Türkiye'ye uygun bir pratisyen hekim eğitimi somutlaştırma çabasına girişmişlerdir. Bugün, söz konusu çabalar olgunlaşmış ve bir kurumlaşma gereksinimi doğmuştur. Kısaca belirtmek gerekirse, günümüzde Türkiye'de halk sağlığına katkıda bulunabilecek girişimlerin başında birinci basamakta hizmet veren pratisyen hekimlerin eğitimi gelmektedir ve bunu gerçekleştirmenin olmazsa olmaz koşulu da kurumlaşmadır.

Genel pratisyenlik eğitiminin süreçleri, tıbbın her alanında olduğu gibi, mezuniyet öncesi, mezuniyet sonrası ve sürekli tıp eğitimi aşamalarından oluşur. Genel Pratisyenlik Enstitüsü'nün işlevi, mezuniyet sonrası genel pratisyenlik eğitimi ve sürekli eğitimi gerçekleştirmektir. Ancak, bu aşamalardaki başarı, mezuniyet öncesi tıp eğitimiyle yakından ilişkilidir. Bu nedenle, tıp fakültelerinde genel pratisyenlik yaklaşım ve ilkelerine yer verilmesi, süreç içinde "Genel Pratisyenlik Bölümleri" kurulması gerekmektedir.

Enstitü'nün hedef kitlesi birinci basamak sağlık hizmeti veren pratisyen hekimler, genel işlevi pratisyen hekimliğe yönelik mezuniyet sonrası uzmanlık eğitimi ve sürekli tıp eğitimi olacaktır. Ancak, gerekli yasal/yönetmelik değişiklikler yapıncaya dek Enstitü, halen birinci basamak temel sağlık hizmeti kapsamında çalışmakta olan kamu hekimlerine yönelik sürekli tıp eğitimi (STE) planlayacaktır. Bununla birlikte, STE'ye katılanlara TTB tarafından sertifika verilmesi öngörülmektedir.

Halen ülkemizde yaklaşık 40 bin pratisyen hekim bulunmaktadır. Hekimlerin 20 bin kadarı birinci basamak kamu hizmeti veren pratisyen hekimlerdir. Enstitü'nün geçiş döneminde, genel pratisyenlik eğitiminin ana işlevi, sözü edilen 20 bin hekime gönüllülük temelinde bir program gerçekleştirmek olacaktır. Bu programın sonunda, eğitim alan hekimlere sertifika verilecek, bu hekimlerden bir bölümü genel pratisyenlik eğitimcisi niteliği kazanacaktır.

Genel pratisyenlik uzmanlığına yönelik eğitimin planlanması ve bir Enstitü çatısı altında kurumlaşması, hiç kuşkusuz günümüz Türkiye'sinde insanımızın sağlık sektöründe her gün yaşadığı bunalımdan çıkışı sağlayacak girişimlerin en başlarında gelmektedir. Böylesi bir eğitim örgütlenmesi sonucunda, sağlık alanında hekim kaynaklı sorunların en alt düzeylere inmesi beklenmektedir. Ayrıca, sağlık sisteminin temelini oluşturan birinci basamakta özveriyle hizmet veren pratisyen hekimlere yönelik bu eğitimin belgelendirilmesi, pratisyen hekimlerin ekonomik ve akademik yeni haklar elde etmesinin ilk adımlarını oluşturacaktır.

(Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi [STED], Eylül 1998)

GENEL PRATİSYENLİK ENSTİTÜSÜ KURULURKEN

Türkiye’de temel sağlık hizmeti anlayış ve ilkelerine dayalı birinci basamak örgütlenmesi alanındaki çalışmalar, sağlıktaki büyük gelişmeye karşın, hep sınırlı bir düzeyde kalmıştır. Oysa günümüzde, birinci basamak sağlık örgütünün toplumun sağlık gereksinimlerinin yüzde 85-90’ını karşılayabileceği, ancak geriye kalan yüzde 10-15’in hastane hizmeti için sevk edilmesi gerekeceği bilinmektedir. Bu durum, birçok araştırmannın ve alan çalışmalarının ortaya koyduğu verilerle desteklenmektedir.

Birinci basamak sağlık örgütünde verilen sağlık hizmetinin önemi, Dünya Sağlık Örgütü’nce, 1978 Alma Ata Bildirgesi’nden beri vurgulanmakta; sağlık sorunlarının çözememiş, özellikle de gelişmekte olan ülkelere bu örgütlenme biçimi birincil yaklaşım olarak önerilmektedir. Ne var ki, bu öneriler ülkemizde yıllardan beri göz ardı edilmektedir.

Oysa, Türkiye’de birinci basamak sağlık örgütünün kuruluşu, Alma-Ata Bildirgesi’nden çok önce gerçekleşmişti. Dünyada sağlık örgütlenmesinin en akılcı biçimi henüz tartışma aşamasındayken, Profesör Dr. Nusret Fişek’in önderliğinde “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine İlişkin Yasa”, 1961 yılında hazırlanıp onaylandı ve yürürlüğe girdi. Böylece, ülkenin Doğu ve Güneydoğu illerinde, sosyalleştirmenin temelini oluşturan ilk sağlık ocakları kuruldu. Süreç içinde sayıları artan, bugün ülkenin dört bir yanında yaygın bir ağ oluşturan ve birinci basamak sağlık hizmeti veren ocaklarımız, yaşanan tüm olumsuzluklara karşın ayakta kalabilmişlerdir. Bu başarıda hiç kuşkusuz, sağlık ocaklarında özveriyle hizmet veren pratisyen hekimlerin önemli payı bulunmaktadır.

Geride kalan yıllara bakıldığında, ülkemizi yönetme savında olanların, sağlık hizmetleri açısından hiç de iyi bir sınav veremedikleri görülmektedir. Sağlık ocakları destekten yoksun bırakılmış; böylece tüm yük, bu örgütlenmede çalışanların omuzlarına yıkılmıştır. Bugün ülke düzeyinde dağılmış yaklaşık 5 bin sağlık ocağının ve 12 bine yakın sağlık evinin, sınırlı bir düzeyde de olsa, hâlâ hizmet veriyor olması, büyük ölçüde hekimlerin ve öbür sağlıkçıların çabalarının sonucudur. Oysa hekimler, tıp fakültelerinde böyle bir hizmete yönelik yeterli eğitim almamaktadırlar.

Tıp eğitiminin ve pratisyen hekimlerin durumu

Günümüzde Türkiye’nin tıp fakülteleri ve tıp eğitimi tablosu, ne yazık ki iç açıcı değildir. Ülkede her alanda görülen eşitsizlikler tıp eğitimine de yansımış, genç hekimlerimizin çok farklı düzeylerde yetişmelerine yol açmıştır. 1980 sonrasında, plansız ve hazırlıksız olarak tıp fakültelerinin öğrenci kontenjanlarının yükseltilmesi ve altyapısız yeni tıp fakültelerinin açılması, süreç içinde hekim

sayısında büyük bir artışla sonuçlanmıştır. Sınırlı uzmanlık olanakları nedeniyle, hekimlerin ancak %10 kadarı ikinci basamak sağlık hizmeti alanında eğitime başlayabilirken, büyük bir hekim kitlesi beklemediği bir hizmetle, birinci basamak sağlık hizmetiyle karşı karşıya kalmıştır. Sayısal olarak belirtmek gerekirse, pratisyen hekim oranı 1980'lerde %39'a, 1990'da %51'e, 1994'te ise %58'e çıkmıştır. Oysa bu oran 1970'lerde %36 idi. 1994 yılı verilerine göre, ülkemizde pratisyen hekim sayısı 38 bini aşmıştır.

Genel pratisyenlik kavramı

Birinci basamak sağlık hizmeti, hekime ilk başvuru yeridir. Doğru bir sağlık politikası, birinci basamak sağlık örgütlenmesine önem ve öncelik verir. Çünkü toplumun sağlık sorunlarının yaklaşık yüzde 90'lık bir bölümü, bu düzeyde çözüme ulaşabilmektedir. Söz konusu birimde çalışan genel pratisyen, bireyin yalnızca hastalıkları ile değil, yaşamının her dönemi, sağlığının her aşaması ile ilgili olan hekimdir. Genel pratisyen ayrıca insanın sağlığını etkileyen tüm etmenler konusunda bilgi sahibi olmak ve özellikle de olumsuz sonuçlara yol açan öğelerle baş etmek durumundadır. Genel pratisyen, hastaları iyileştirmenin ve acıları dindirmenin yanı sıra, sorumlu olduğu bireylerin sağlığını korumak ve geliştirmekle de yükümlüdür. Bu nedenle, genel pratisyenlik, yaş, cins, organ, sistem, hastalık, sosyoekonomik durum ayrımı yapmaksızın, sorumlu olduğu toplumun her bireyini bir bütünsellik içinde ele alıp, sağlık sorunlarına çok yönlü çözüm getirmeyi amaçlayan, kapsamlı bilgi ve beceriler gerektiren bir tıp alanı diye tanımlanabilir. Genel pratisyenlik, insanı tüm özellikleriyle kavrayıp, sağlık sorunlarına çözüm arayan yaklaşımı nedeniyle, bir anlamda öbür tıp disiplinlerine yol gösteren temel tıp meslek alanıdır.

Bu özellikleri ve geniş kapsamı nedeniyle genel pratisyenlik, tüm gelişmiş ülkelerde, tıp eğitiminden sonra belirli bir süre meslek eğitimi gerektirir. Bu eğitimin süresi, Avrupa Topluluğu ülkelerinde 1997'den bu yana üç yıl olarak uygulamaya konmuştur.

Türk Tabipleri Birliği çatısı altında yapılan çalışmalar

Dünyadaki bu gelişmelere karşın, ülkemizde pratisyen hekimlik eğitimi gereken ilgiyi görmemiş; buna karşılık, amaca uygun olmayan aile hekimliği gibi dene-melerle zaman yitirilmiştir. Sağlık Bakanlığı, yakın dönemlerde konunun önemi-nin anlaşıldığına ilişkin kimi belirtiler göstermekle birlikte, bu konuda iyimser olmak için vakit henüz erkendir. Buna karşılık Türk Tabipleri Birliği (TTB), uzunca bir süredir bu alanda çeşitli çalışmalar yürütmektedir. Bundan 10 yıl önce, TTB'nin örgütsel yapısı içinde bir araya gelen pratisyen hekimler, bu alanda başarılı olmuş ülke örneklerini inceleyip ülkemizdeki bilgi birikimini de değerlendirerek, Türkiye'ye uygun genel pratisyenlik eğitimini somutlaştırma çabasına girişmişlerdir. Söz konusu çabaların olgunlaşması sonucunda, bir kurumlaşma gereksinimi ortaya çıkmıştır.

Bu çalışmalar, 1996 yılında yapılan 44. TTB Büyük Kongresi'nde, genel pratisyenlik mesleki eğitimini düzenlemek ve örgütlemek amacıyla bir enstitü kurma

kararıyla sonuçlanmıştır. Bu karar gereği Türk Tabipleri Birliği, 6023 sayılı Yasa'nın kendisine verdiği yetkiye dayanarak, Genel Pratisyenlik Enstitüsü kurma girişimini başlatmış ve çeşitli aşamalardan sonra 1998 Temmuz'unda TTB Genel Pratisyenlik Enstitüsü kurulmuştur. Enstitü kurulları, şu sıralar genel pratisyenlik meslek eğitiminin programlarını hazırlamaktadırlar.

Enstitü'nün işlevi

Genel pratisyenlik eğitiminin süreçleri, tıbbın her alanında olduğu gibi, mezuniyet öncesi, mezuniyet sonrası ve sürekli tıp eğitimi aşamalarından oluşur. Genel Pratisyenlik Enstitüsü'nün işlevi, hekimlerin mezuniyet sonrası ve sürekli eğitimlerini gerçekleştirmek olacaktır. Ancak bu aşamalardaki başarı büyük ölçüde tıp eğitimiyle yakından ilişkili olduğundan, eğitimin temellerinin tıp eğitimi sürecinde atılması gereklidir. Bu nedenle, tıp fakültelerinde genel pratisyenlik yaklaşım ve ilkelerine yer verilmesi önem kazanmaktadır.

Halen ülkemizde yaklaşık 40 bin pratisyen hekim bulunmaktadır. Bu hekimlerin 20 bin kadarı birinci basamak kamu hizmeti veren pratisyen hekimlerdir. Enstitü'nün geçiş döneminde genel pratisyenlik eğitiminin ana hedefi, sözü edilen 20 bin hekime gönüllülük temelinde bir program gerçekleştirmek olacaktır. Bu programın sonunda, eğitim alan hekimlere sertifika verilecek, bu hekimlerden bir bölümü genel pratisyenlik eğitimcisi niteliği kazanacaktır. Ancak, genel pratisyenlik meslek eğitiminin her aşaması, pratisyen hekimlerin katılımlarıyla varılacak kararlara göre belirlenecektir. Her aşamada, belirli ölçütlere uygun ve istekli hekimlerin eğitime katılabilmesi için çaba harcanacaktır.

Genel pratisyenlik meslek eğitiminin planlanması ve bir Enstitü çatısı altında kurumlaşması, hiç kuşkusuz, günümüz Türkiye'sinde, insanımızın sağlık sektöründe her gün yaşadığı bunalımdan çıkışı sağlayacak önemli bir başlangıç olacaktır. Böylesi bir eğitim örgütlenmesi sonucunda, birinci basamak sağlık örgütü ve bu örgütlenme içinde çalışacak pratisyen hekimler, sağlık sisteminin yükünü büyük ölçüde hafifleterek her birimin asıl işlevini yapmasına olanak sağlayacaklardır. Kuşkusuz, eğitimin örgütlenmesi ile birlikte, sağlık ocaklarımızın, birinci basamak sağlık hizmetinin gerekli kıldığı tüm donanımla desteklenmesi, hizmetin yürütülebilmesi ve başarılı olabilmesi açısından bir zorunluluktur.

Sağlık sisteminin verimini artırmanın yanı sıra, kurumsal bir genel pratisyenlik mesleki eğitiminin, pratisyen hekimlere hak ettikleri kimi kazanımları sağlamaya yönelik katkıları olacaktır. TTB, eğitimi belgelendirerek, pratisyen hekimlerin ekonomik ve akademik yeni haklar elde etmeleri için çaba gösterecektir.

(Cumhuriyet, 22 Şubat 1999)

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ GENEL PRATİSYENLİK ENSTİTÜSÜ ÇALIŞMALARI (1998-2000)

Türk Tabipleri Birliği'nin (TTB) pratisyen hekimliğe öncelik verilmesi çabalarının istenen sonuca ulaşamaması, TTB yapısı içinde çalışan pratisyen hekimleri yeni arayışlara yöneltmiştir. Otuz yıla yakın bir süredir ülkemizde var olan temel bir sağlık hizmetinin, yani sosyalleştirilmiş hizmet modelinin kendi yazgısıyla baş başa bırakılması, sonuçta sistemi çözümsüz bir duruma getirmiştir. Ülkeyi yönetenler, son derece akılcı, kolay ve verimli olabilecek çözümlerden sürekli kaçınmışlardır. Türk Tabipleri Birliği bu gerçekleri dikkate alarak, ülkenin sağlık sistemini ağırlıklı olarak etkileyebilecek bir alana doğrudan girişimde bulunma gereğini duymuş, bu amaca yönelik bir Büyük Kongre kararı almıştır. On yılı aşkın bir süredir, TTB Pratisyen Hekimler Kolu içinde çeşitli sorunlarını ele alarak bu alanda çalışan pratisyen hekimler de, özellikle pratisyen hekimlik meslek eğitimi-ne yönelik bir kurumlaşma gereksinimi ortaya koymuşlardır. Bu çabalar, 1998 yılı Temmuz ayında TTB Genel Pratisyenlik Enstitüsü'nün (GPE) kuruluşu ile sonuçlanmıştır.

Geçici kurulların yürürlükte olduğu GPE'nin geçiş döneminde, çalışmaların Yönetim Kurulu, Bilim Kurulu ve Yürütme Kurulu ile gerçekleştirilmesi öngörülmüştür. Bu süreçte zamanla GPE'nin yaygın örgütlenmesini sağlayacak bölge kurullarının belirlenmesi ve yerel çalışmaların başlatılması görüşü de benimsenmiştir. Kuruluşundan bu yana, GPE'nin oluşturulan ve düzenli çalışan kurulları Yönetim Kurulu ve Bilim Kurulu olmuştur.

TTB'nin örgütsel sorumluluğunda özerk bir iç işleyişe sahip bir eğitim kurumu olarak tanımlanan GPE'nin amacı ve işlevi; genel pratisyenlik meslek eğitimi ve sürekli eğitimini, akademik kariyer yapısını düzenlemek, değerlendirmek ve denetlemek olarak belirlenmiştir. Bu amaç ve işleve uygun olarak GPE'nin, eğitim programlarını, süreçlerini ve ortamını saptama; ilk eğitimcileri tanımlama ve seçme; konuya ilişkin araştırmalar yapma; eğitim materyalini hazırlama; ilk genel pratisyen eğitimcileri yetiştirme görevleri olacaktır.

Eğitim programlarının oluşturulmasında, amaç ve öğrenim hedeflerinin belirleyici payını dikkate alan GPE Bilim ve Yönetim Kurulları, öncelikle genel pratisyenlik meslek eğitiminin amaç ve öğrenim hedeflerinin saptanmasını kararlaştırdı. İlk aşamada meslek eğitiminin temel konularının amaç ve öğrenim hedeflerinin ortaya konması için bir atölye çalışması yapılması planlandı.

Temel Modüller Atölye Çalışması-5-8 Kasım 1998

Atölye çalışmasının hazırlık döneminde, Yürütme Kurulu ele alınacak her konuyla ilgili kaynak topladı ve katılımcıları belirledi. Atölye çalışması, genel pratisyenlik meslek eğitiminin temelini oluşturan beş alanda gerçekleştirildi:

1. Genel pratisyenliğin felsefesi ve temel özellikleri
2. Epidemiyoloji
3. İletişim becerileri
4. Sağlık yönetimi
5. Eğitim becerileri

Yönetim ve Bilim Kurulları'nın ortak kararıyla, katılımcı olmak üzere birinci basamak sağlık örgütünde çalışmış ya da çalışmakta olan, genel pratisyenlik felsefesini benimsemiş, genel pratisyen, uzman ve başta halk sağlığı olmak üzere ilgili öğretim üyelerine çağrı yapıldı. Genel pratisyenlerin öncelikle tabip odaları kanalıyla katılımının sağlanmasına özen gösterildi.

Ankara'da 5-8 Kasım 1998 tarihlerinde yapılan "GPE Temel Modüller Atölye Çalışması"nda 33 katılımcı görev aldı. Bu toplantıda, belirlenen konularda genel pratisyenlik meslek eğitiminin amaç ve öğrenim hedefleri saptandı.

Eğitici olabilmek için gerekli görülen nitelikler şöyleydi:

1. Alan deneyimi olması
2. Genel pratisyenlik felsefesini kavramış olmak
3. TTB ile çalışmada gönüllülük ve süreklilik
4. Uzmanlık alanında yetkinlik
5. Eğitim becerilerini bilmek.

Temel modüllerin son biçimine getirilerek; 2000 yılı sonbaharında bir dizi kurs ile eğitici pratisyenlere verilmesi planlanmaktadır. Genel pratisyen eğitimcilerin nitelikleri Yönetim Kurulu'nca şöyle belirlenmiştir:

- Alan ve genel pratisyenlik deneyimi
- Gönüllülük
- Genel pratisyenlik felsefe ve meslek eğitimi benimsemek
- Meslek örgütünden ceza almamış olmamak
- Yayın ve araştırma yapmış olmak.

Eğitim ortamının sağlık ocakları olması, başlangıçta yeterli donanımı olan belirlenmiş sağlık ocaklarında çalışılması benimsenmiştir.

Klinik Modüller Atölye Çalışması-12-13 Haziran 1999

Yönetim Kurulu'nun 27 Şubat 1999 tarihli toplantısında, genel pratisyenlik meslek eğitiminin değişik klinik alanlardaki modülleri son biçimine getirildi. Buna göre, klinik modüller şu başlıklardan oluştu:

1. Risk grupları (çocuk sağlığı, yaşlı sağlığı, çalışanların sağlığı)
2. Kronik hastalıklar
3. Bulaşıcı hastalıklar
4. Üreme sağlığı
5. Acil tıp
6. Küçük cerrahi
7. Ruh sağlığı
8. Laboratuvar kullanımı ve radyoloji
9. Çevre sağlığı
10. Adli tıp
11. Bilgisayar kullanımı.

Daha sonra 100'ün üstünde hekimle yapılan yazışmalar ve kurulan ilişkiler sonucunda katılımcılar kesinleştirildi. Bu çalışmada da pratisyen hekimlerin katılımında tabip odalarının, uzman hekim katılımında uzmanlık derneklerinin önerileri temel alındı. Atölye çalışmasının hazırlık aşamasında, başta Dünya Sağlık Örgütü verileri olmak üzere, her konuyla ilgili kaynaklar toplandı. Katılımcıların kendi konularıyla ilgili kaynakları bildirmeleri ve GPE'ye iletmeleri istendi.

Ankara'da 12-13 Haziran 1999 tarihlerinde yapılan "GPE Klinik Modüller Atölye Çalışması"na uzman, pratisyen ve öğretim üyesi 77 hekim katıldı. Sonuçta her konuda, genel pratisyenlik ve birinci basamak sağlık hizmeti kapsamındaki eğitim amaç ve öğrenim hedefleri belirlendi.

Eğitim Becerileri Kursları

Yönetim Kurulu, GPE atölye çalışmalarına katılan ve genel pratisyenliğin ilk eğiticileri olması öngörülen pratisyen ve uzman hekimlerin, düzenlenecek ilk eğitim becerileri kurslarına katılmasını kararlaştırdı. Bu amaçla, 22-26 Kasım 1999 tarihlerinde İstanbul'da GPE'nin birinci eğitim becerileri kursu yapıldı. Bu kursa "Temel Modüller Atölye Çalışması"nda görev alan 22 hekim katıldı. Beş tam gün süren ve tam süre katılım zorunlu olan kursta katılımcıların, etkileşimli (interaktif) eğitim yöntemleri, yeterliğe dayalı eğitim, klinik eğitimde demonstrasyon, yetiştiricilik (koçluk) ve benzeri alanlarda bilgi ve beceriler kazanması hedeflendi.

Şubat 2000'de "Klinik Modüller Atölye Çalışması" katılımcıları için ikinci eğitim becerileri kursu düzenlendi. 26 Şubat-1 Mart 2000 tarihlerinde Ankara'da gerçekleşen bu kursa da 22 hekim katıldı.

Genel Pratisyen ((GP) Eğitici Tanımı

Yönetim Kurulu'nun 6 Şubat 2000 tarihli toplantısında, GPE'nin "GP Eğitici" ve "GP Koordinatörü" tanımları yapıldı. Buna göre, geçiş döneminde GP eğitici,

1. Genel pratisyen
2. Eğitici olmaya gönüllü
3. Eğitim becerileri kursu almış
4. Diğer dört temel modülü almış
5. Beş temel modülden ya da klinik modüllerden birini diğer hekimlere uygulayabilen hekim olarak tanımlandı.

GPE'nin genel pratisyenlik meslek eğitimi sürecine ilişkin tanımları şöyle belirlendi:

Geçiş dönemi: Meslek eğitiminin kısaltılmış programının uygulanacağı geçici süre.

Küçük grup dinamiği: Aynı ya da yakın sağlık ocağında çalışan ve meslek eğitimini birlikte uygulayacak 8-12 kişilik hekim grubu.

Sonuç olarak, TTB GPE kuruluşundan bu yana geçen 1.5 yıl içinde iki büyük atölye çalışması ve iki kurs düzenledi. GPE'nin tüm etkinlikleri TTB Kredilendirme Kurulu'nca kredilendirildi. GPE, Beşinci Pratisyen Hekimlik Kongresi'nde de iki oturumun sorumluluğunu üstlendi.

Sonuç

Türk Tabipleri Birliği yapısı içindeki 10 yıllık bir çalışma ve emek sürecinin ürünü olan GPE, Temmuz 1998'de kuruluşundan bu yana kurumlaşma çabalarını aralıksız sürdürmüştür. Tümüyle demokratik bir işleyişe ve gönüllü emeğe dayalı bir proje olması, Enstitü çalışmalarını canlı ve coşkulu kılmakla birlikte, amatör çabalar kimi eksiklikleri de birlikte getirmektedir.

GPE'nin önümüzdeki dönem hedefleri, eğitim modüllerinin oluşturulması, tanımlanan eğiticilerin yetiştirilmesi ve bölge kurullarının örgütlenerek çalışmaların yaygınlaştırılmasıdır. Genel pratisyenlik meslek eğitimi süreci ağırlıkla birinci basamak örgütünde geçeceğinden, eğitim ortamının kesin ve net çizgilerle tanımlanması ve Sağlık Bakanlığı ile ilgili diğer kuruluşların sorumluluklarının belirlenerek gerekli düzenlemelerin yapılması öngörülmektedir. GPE'nin bu amaçla hazırladığı protokolün tartışılması bir başlangıç olabilir.

Tüm güçlüklerle karşın, TTB GPE çalışmaları yeni katkılar ve katılımlarla sürmektedir. Önümüzdeki yakın süreçte, GP meslek eğitiminin tüm modülleri son biç-

mine getirilecek, öngörülen sayıda eğitici pratisyenin amaca yönelik olarak hızla yetiştirilmesi için yoğun bir çalışma yürütülecektir.

GPE, TTB'nin somut bir sorunu çözmek için adım atıp sonuç almaya yöneldiği önemli bir projesi olacaktır. Bu çalışmanın amacına ulaşması ve GPE'nin kurumlaşması, TTB'nin örgütlenmesine de önemli katkıda bulunacaktır. GPE aynı zamanda ülkemizin birinci basamak sağlık hizmetinde köklü ve kalıcı bir etki sağlayarak, sağlık ortamına doğrudan girişimde bulunmak anlamını taşıyacaktır. GPE herkesi ilgilendiren ve herkesin katkısını gerektiren çok yönlü bir çalışma olmalıdır. Bu nedenle, her düzeyde TTB yöneticilerine önümüzdeki dönemde GPE çalışmalarını destekleme konusunda görev ve sorumluluk düşmektedir.

(Hekimden Hekime, Sonbahar 2000)

GENEL PRATİSYENLİK EĞİTİM GÜNLERİ ÖZET KİTABI ÖNSÖZÜ

Birinci Ulusal Genel Pratisyenlik Eğitim Günleri, 1990 yılından beri Türk Tabipleri Birliği çatısı altında düzenlenen, genel pratisyenliğe yönelik eğitim etkinliklerinin yeni bir halkasını oluşturuyor. Temel sağlık hizmetlerinin ve bu hizmeti gerçekleştirecek birinci basamak sağlık örgütünün hizmet sunumundaki belirleyici önemi, genel pratisyenlik meslek eğitimine ilişkin çalışmalara ivedilikle ve öncelikle yer verilmesini zorunlu kılıyor.

Ülkemizde yıllardan beri süregelen ve tıp fakültelerini de kapsayan genel pratisyenlik meslek eğitimine yönelik boşluk, bugün artık meslek örgütümüz Türk Tabipleri Birliği ve onun çatısı altında kurulmuş olan Genel Pratisyenlik Enstitüsü tarafından dolduruluyor. Genel Pratisyenlik Enstitüsü ve Pratisyen Hekimlik Derneği'nin işbirliği içinde düzenlediği Genel Pratisyenlik Eğitim Günleri de, bu doğrultuda yürüyeceğimiz uzun yoldaki etkinliklerden birisi olarak yerini alacaktır.

Genel pratisyenlik meslek eğitiminin düzenlenmesinde, tıp eğitimi sürecinin her aşamasında olduğu gibi, toplum kaynaklı geribildirim verilerine ve bu amaçla gerçekleştirilmiş araştırma sonuçlarına gereksinim vardır. Uluslararası bilgi ve deneyimlerle güçlendirilmiş, ancak ulusal veriler ve değerlendirmelerle biçimlendirilmiş eğitim programları, temel sağlık hizmetine yönelik hekim ve sağlık personeli yetiştirmede kılavuz olmalıdır. Bu nedenle, genel pratisyenlik meslek eğitim amaç ve programlarının oluşturulmasında, tüm tıp eğitimi süreçlerinde olması gerektiği gibi, topluma dayalı araştırmalar sonucunda elde edilen verilerden yararlanılmalıdır.

'Pratisyen Hekimlik Kongreleri' ve 'Pratisyen Hekimlik Günleri', genel pratisyenlik meslek eğitimi ve sürekli eğitiminin düzenlenmesi ve değerlendirilmesi sürecinin önemli dönüm noktaları olacak ve çalışmalarımıza ivme kazandıracak etkinliklerdir. Zaman içinde bu toplantıların önemli bir bölümünün pratisyen hekimlerin kendilerinin yapacağı çalışma ve araştırmalara ayrılacağını düşünüyor, bu durumun eğitim süreçlerine çok olumlu katkıları olacağına inanıyoruz.

Bu belge, Birinci Ulusal Genel Pratisyenlik Eğitim Günleri'ne katılan değerli meslektaş ve öğretim üyelerimizin sunum özetlerini içermektedir. Genel pratisyenliğe ve pratisyen hekimlere her zaman katkıda bulunan dostlarımıza teşekkürü bir borç biliyoruz. Umuyor ve diliyoruz ki, genel pratisyenliğe gönül veren hekimlerin sayısı önümüzdeki süreçte giderek artacak ve temel sağlık hizmetini eşit biçimde sağlamanın herkesin görevi olduğu daha iyi anlaşılacaktır.

**(Birinci Ulusal Genel Pratisyenlik Eğitim Günleri, Özet Kitap,
Kasım, 2000)**

TÜRKİYE'DE PRATİSYEN HEKİMLİĞİN GELECEĞİNDE GENEL PRATİSYENLİK ENSTİTÜSÜ'NÜN ROLÜ

Ülkemiz Türkiye'de, sağlık sisteminde yıllardan beri süren dağınıklık ve çözümsüzlük, yöneticileri sihirli formül arayışlarına yöneltmiştir. Böylesi girişimler zaman zaman çok pahalıya mal olmuş, hattâ bazen gelecek kuşaklara bırakılan uzun dönemli borçlarla sonuçlanmıştır. Bu tür etkinlikler arasında kongreler, projeler, küçük ve büyük çeşitli toplantılar, çok sayıda eğitim programları sayılabilir. Günümüzde özellikle Sağlık Bakanlığı örgütlenmesi için çalışan pratisyen hekimler, pek çok eğitim etkinliği ile sürekli eğitim niteliğinde programlara katılmaktadırlar. Ancak bu programlar ne ülke düzeyinde yaygın, ne kalıcı, ne kapsayıcı, ne de çağın eğitim ilke ve tekniklerine yeterince uygun özelliktedirler. Ayrıca program ne denli iyi olursa olsun, eğitilen personel görev yerine döndüğünde, edindiği deneyimleri işe aktarabilmesinin koşulları son derece kısıtlıdır.

Kuşkusuz, yıllardan beri süregelen sisteme bağlı sorunları çözmenin sihirli formülleri bulunmamaktadır. Çözümüne yönelik öneriler arasında yer alan özelleştirme, Genel Sağlık Sigortası ve benzeri girişimler ise, sorunları daha da karmaşıklarlaştırmanın yanı sıra, insansal boyutu nedeniyle asla kazanç kaygılarıyla bağdaşmayacak bir hizmeti kamu sektörünün dışına iterek, sağlığı pazar ekonomisinin koşullarına bırakmakla sonuçlanacaktır.

Türk Tabipleri Birliği, uzun yıllardır sağlık alanındaki çözümsüzlüğe bir anahtar sunmaktadır: Birinci basamak sağlık hizmetine önem ve öncelik verilmesi. Dünyada bu alandaki başarının pek çok örneği vardır. Türkiye birçok ülkeden ve Dünya Sağlık Örgütü'nün benimsemesinden daha önce, birinci basamak sağlık hizmetine dayalı bir örgütlenmeyi gerçekleştirmiş olmasına karşın, ne yazık ki sistemi işletememiş ve sonuçta herkes gibi hekimler de ikinci basamak hizmete, başka bir deyişle, uzmanlığa yönelmişlerdir. Ancak süreç içinde, uzmanlık olanaklarının kısıtlılığı nedeniyle pratisyen hekimlerin sayısındaki hızlı artış, nesnel olarak birinci basamağın yeniden tartışılmaya başlamasını sağlamıştır.

Ülkemizin güncel gereksinimi, temel sağlık hizmeti anlayış ve ilkelerine dayalı birinci basamak sağlık örgütünün güçlendirilmesidir. Birinci basamak sağlık hizmeti, çok yetersiz koşullarda bile olsa, Sosyalleştirme Yasası'na uygun olarak kurulmuş beş bini aşkın sağlık ocağında halen yürütülmektedir. Ancak sağlık ocaklarının ve bu örgütlenme içinde görevli pratisyen hekimlerin büyük sorunları vardır. Pratisyen hekimlik, birinci basamak hizmette belirleyici işlevi olan bir hekimlik disiplini. Yeterli donanımı ve insangücü olan birinci basamak sağlık örgütü, sağlık gereksinimlerinin yüzde 80-90'ına yanıt verebilmektedir. İyi yetişmiş bir genel pratisyen, ikinci basamak hekiminin ve örgütünün yükünü önemli ölçüde azaltacak, işlerini kolaylaştıracak, onların da daha verimli olmalarını sağ-

layacaktır. Bu nedenle, genel pratisyenlik mesleki eğitimi herkesi ilgilendirmektedir. Toplumun sağlık alanıyla ilgili bu gerçekleri kavraması ve desteğinin sağlanması, sağlık çalışanları olarak temel hedeflerimizden biri olmalıdır.

Sağlık ocaklarının gereksinimleri ana başlıklar altında şöyle özetlenebilir:

1. Sağlık ocaklarının donanım gereksinimleri (bina, araç-gereç, malzeme, vb.)
2. Personel gereksinimleri (nicel ve nitel yeterli sayıda ve hizmete uygun eğitilmiş personel)
3. Sevk sisteminin işletilmesi
4. İkinci basamak hizmetin birinci basamağı destekler niteliğe kavuşması
5. Tüm bunların önkoşulu olarak, sağlığa ulusal gelirden ve genel bütçeden ayrılan payın artırılması.

Genel Pratisyenlik Meslek Eğitimi

Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetinin en yaygın örgütlenme biçimini oluşturan sağlık ocaklarının temel gereksinimleri arasında, hizmete uygun bir eğitimle yetiştirilmiş sağlık personeli yer almaktadır. Bunlar arasında hekimin eğitimi ise, pek çok açıdan hizmetin niteliğini belirleyici bir özellik taşımaktadır. Öte yandan, yukarıda sayılan gereksinimler arasında, meslek örgütünün eylemli işlevine uygun düşen yalnızca eğitim etkinlikleridir.

İşte bu gerekçe ile Türk Tabipleri Birliği, ülkemizde yıllardan beri göz ardı edilmiş olan birinci basamak sağlık hizmetine yönelik genel pratisyenlik mesleki eğitimini düzenleme çabası içine girmiştir. Pratisyen hekimler, 10 yılı aşkın süredir meslek örgütünün çatısı altında bu eğitimin altyapısını hazırlama amacına yönelik bir çalışmayı sürdürmektedir.

Bu süre içinde, tabandan örgütlenen ve bireysel deneyimlerin birikerek toplu bilince dönüştüğü çeşitli ve verimli etkinlikler düzenlenmiş, ürünler geliştirilmiştir. Bu ürünlerin başında, dünyanın belli başlı ülkelerinin “genel pratisyenlik meslek eğitimi çalışmaları”nın incelenmesiyle ortaya konan yayınlar gelmektedir. Etkinlikler arasında ise, 1995’te Bolu’da yapılan grup çalışmalarının, daha sonra Genel Pratisyenlik Enstitüsü’nün yapılandırılmasında ve mesleki eğitimin biçimlendirilmesinde belirleyici payı olmuştur.

Genel Pratisyenlik Enstitüsü

Hekimlerimizin birinci basamak sağlık hizmeti açısından niteliğini yükseltmek için Türk Tabipleri Birliği, işlevine uygun bir alanda eylemli bir çaba içine girmiştir. Temmuz 1998’de kurulmuş olan Genel Pratisyenlik Enstitüsü, daha önceki birçok ülke örneğinde olduğu gibi, pratisyen hekimlerin katkı ve katılımlarıyla gerçekleşmiştir. Genel Pratisyenlik Enstitüsü’nün sistemli eğitim uygulamaları sonucunda pratisyen hekimlerin yeterli bir bilgi ve deneyim birikimiyle donanacak olması, ülkemiz sağlık ortamına önemli bir ivme kazandıracaktır.

Genel pratisyenlik, hekimliğin en kapsamlı ve en verimli alanıdır. Genel pratisyenlik, aslında hekimliğin beyni olup öteki uzmanlıklara yol gösterici, onları yönlendirici işlevi olması gereken bir hekimlik disiplini. Yeterli donanımı ve insangücü olan birinci basamak örgütü, toplumun sağlık gereksinimlerinin yüzde 80-90'ına yanıt verebilmektedir. İyi yetişmiş bir genel pratisyen, ikinci basamak hekimin ve örgütün yükünü önemli ölçüde azaltacak, işlerini kolaylaştıracak, onların da daha verimli çalışmalarını sağlayacaktır. Ve insanlar kendilerini bilen, tanıyan, bir hekimleri olmasının güvencesini yaşayacaklardır.

Bu nedenle, genel pratisyenlik meslek eğitimi herkesi ilgilendirmektedir. Toplumun sağlık alanıyla ilgili bu gerçekleri kavraması ve desteğinin sağlanması, sağlık çalışanları olarak temel hedeflerimizden biri olmalıdır. Öte yandan, birinci basamak sağlık örgütünün diğer gereksinimlerinin karşılanması, pratisyen hekimin başarısının vazgeçilmez koşuludur.

Sonuç

Özetlemek gerekirse, Türk Tabipleri Birliği örgütlenmesi altında, pratisyen hekimlerin kendilerinin yürüttüğü uzun soluklu bir çalışmanın ürünü olan Genel Pratisyenlik Enstitüsü, ayrı bir tıp disiplini olarak genel pratisyenlik meslek eğitimi doğrultusunda önemli bir gelişme sağlamış durumdadır. Halen Enstitü çalışmaları kapsamında, meslek eğitiminin programlarının hazırlanması amacıyla çeşitli etkinlikler yapılmaktadır. Aynı zamanda, genel pratisyenlik eğitiminin eğitimcilerinin genel pratisyenlerden oluşması ilkesinden yola çıkarak, eğitici pratisyenlik kursları düzenlenmektedir.

Genel Pratisyenlik Enstitüsü, tüm çalışma sürecinde Sağlık Bakanlığı ve üniversiteler ile yakın işbirliğini öngörmektedir. Bu doğrultuda, Yönetim Kurulumuz'da Sağlık Bakanlığı'nın iki temsilcisi ve üniversite temsilcileri yer almaktadır. Tüm eğitim programlarının her aşamasında değişik tıp fakülteleri ile işbirliği yapılmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün Alma-Ata Konferansı'nın 20. yıldönümü nedeniyle 1998 yılında Almatı'de düzenlediği toplantıda, 1978 yılında Dünya Sağlık Örgütü Genel Direktörü olan Dr. Halfdan Mahler de bir konuşma yapmıştı. Dr. Mahler konuşmasını şu sözlerle bitirmişti:

“Temel sağlık hizmetinin yarın ve daha sonra da herkesin işi olduğunu kavrarmak için siyasal, toplumsal, düşünsel ve duygusal enerjiler üretmeliyiz. Goethe, ‘Başlangıçta eylem vardı’, demişti. Sonunda, en sonunda bu eylem için hazır mıyız?”

Artık Türkiye’de de genel pratisyenlik için, temel sağlık hizmeti için eylem zamanıdır. Bu konuda herkes üzerine düşen görevi yapmalıdır.

**(Birinci Ulusal Genel Pratisyenlik Eğitim Günleri Özet Kitabı,
Kasım 2000)**

GENEL PRATİSYENLİK MESLEK EĞİTİMİ

Yirminci yüzyılın son çeyreğinde tıpta yaşanan akıl almaz değişme ve gelişme, sonuçta uzmanlaşmanın alabildiğine artmasıyla, insanı ve toplumu bir bütün olarak kucaklayacak bir hekim insangücü gereksinimini yeniden gündeme getirmiştir. Birinci basamakta çalışacak ve çok yönlü olarak topluma sağlık hizmeti sağlayacak hekimin tıptaki ilerlemeye koşut olarak yetişmesi ve gelişmesi, bu hekimin eğitimiyle doğrudan ilişkilidir. Bu nedenle, genel pratisyenlik meslek eğitimi son 20 yılda tüm dünyada özel bir ilgi odağı olmuştur. Özellikle son 10-15 yılda Avrupa'da bu alanda önemli gelişmeler yaşanmış, Avrupa Birliği ölçütleri geliştirilmiştir. Avrupa ülkelerinin çoğunluğu bu ölçütlere uygun eğitim programlarını uygulamaktadırlar. Avrupa Topluluğu Direktifi (EC 86/457) uyarınca, 1990'da genel pratisyenlik özgün meslek eğitimi tüm Avrupa Topluluğu ülkelerinde kabul edilmiştir (1).

Böylece Avrupa Topluluğu ülkelerindeki sosyal güvenlik sistemlerinde çalışacak yeni atanacak genel pratisyenlere, 1995'ten başlayarak en az iki yıllık meslek eğitiminden geçmiş olma zorunluluğu getirilmiştir. Avrupa'daki doğudan batıya 400 bin pratisyen hekimi temsil eden Avrupa Genel Pratisyenler Birliği'nin (UEMO) meslek eğitiminin süresine ilişkin önerisi ise, eğitim programının içeriği ve niteliği dikkate alınarak en az üç yıl olarak belirlenmiştir.

Avrupa Birliği de son yıllarda sağlık alanında giderek daha etkin bir rol üstlenmiş ve doktor direktifi 93/16 ile pratisyen ve uzman tüm hekimleri kapsayacak biçimde hekimlerin yüksek derecede eğitimini güvence altına almıştır. UEMO halen Avrupa Parlamentosu'nun bu direktifi genel pratisyenlik meslek eğitimini üç yıla çıkaracak biçimde değiştirmesi için uğraşmaktadır (2). Eğitimin niteliğiyle ilgili olarak, Avrupa Birliği'ne kabul edilecek yeni ülkelerin halen geçerli olan yüksek standartlara uyumu konusunda UEMO üyeleri kuşku belirtmekte ve bu nedenle de bu ülkeler için geçiş sürecinin çok uzun olmasını ya da Avrupa Birliği üye ülkeleri içinde bir süre için değişik sistemler olabileceğini kabul etmek gerektiğini savunmaktadırlar.

Uluslararası Belgeler

Genel pratisyenlik meslek eğitiminin Avrupa ülkeleri arasında bile çok fazla değişkenlik göstermesi nedeniyle, Avrupa'daki eğitimi düzenleme açısından başta UEMO olmak üzere ilgili kuruluşlarca çok sayıda çalışma yapılmıştır. Bunlar arasında, 1990'da kabul edilip 1995'te genişletilen "UEMO Politik Bildirgesi", 1992'de UEMO Genel Kurulu'nda onaylanan "Genel Pratisyen Eğiticiler için Ölçütler", 1994'te WONCA (Dünya Aile Hekimleri Örgütü), SIMG (Genel Pratisyenlik Uluslararası Topluluğu), Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi ile

işbirliği içinde düzenlenen Uzlaşma Konferansı'nda kabul edilen "UEMO Genel Pratisyenlik Özgün Eğitimi Uzlaşma Belgesi" sayılabilir. Bu belgeler genel çizgileriyle genel pratisyenlik meslek eğitiminin amaç ve ilkelerini, eğiticilik ölçütlerini, eğitim programlarının içeriğini, ortak çekirdek program gerekliliğini, birinci basamak örgütlenmesini, veri toplama ve araştırmanın önemini, hekimlerin ücretlendirilmelerini kapsamaktadır. Ayrıca UEMO'nun genel pratisyenliğin çok daha özel ve özgün alanlarında belgeleri de vardır (3).

Avrupa Ülkelerinde Durum

Avrupa ülkelerinde genel pratisyenlik meslek eğitimi değişik ülkelerde farklı özellikler göstermektedir. Genel bir uygulama olarak, meslek eğitiminin süresi konusunda Avrupa Direktifi uyarınca, en az iki yıl ölçütüne uyulduğu gözlenmektedir. Genel pratisyenlik eğiticilerinin pratisyen hekim olmasına, bu eğiticilerin niteliğine ve eğitimine özel önem verilmektedir. Ancak minimum süre ve meslek eğitiminin yönetim ve denetiminin pratisyen hekimler olması dışında, çok az uygulama tüm ülkelerde uygulanan standart bir niteliğe kavuşmuştur (4).

Genel pratisyenin uzman olup olmaması tartışmasına UEMO yetkilileri, genel pratisyenin aşağıdaki konularda uzman olduğunu belirterek yanıt vermektedirler (5):

1. Genel pratisyen, seçilmemiş hasta gruplarını ayırt etmede uzmandır. Karşılaşılan hasta çeşidi açısından, sıralamanın en başında yer alan genel pratisyen yaklaşık 250-300 değişik hastalıkla uğraşırken, sıralamanın sonlarında yer alan göz hastalıkları uzmanı ve ürolog yaklaşık 30-50 değişik hastalıkla ilgilidir.
2. Genel pratisyen, başta uzmanlarla olmak üzere, işbirliği alanında uzmandır.
3. Genel pratisyen aile hekimliğinde uzmandır.
4. Genel pratisyen acil durumlarda uzmandır.
5. Genel pratisyen birincil korumada uzmandır.
6. Genel pratisyen kanser taramasında uzmandır.
7. Genel pratisyen sosyal güvenlik sistemleri alanında uzmandır.
8. Genel pratisyen yaşamın en zor dönemi-ölümcül durumlar konusunda uzmandır.

Sonuç olarak, genel pratisyenin tüm öbür uzman meslektaşları kadar uzman olduğunu kabul etmek bir zorunluluktur.

Türkiye ve Genel Pratisyenlik Enstitüsü

Ülkemizde Genel Pratisyenlik Enstitüsü'nün kuruluşuyla ivme kazanan genel pratisyenlik eğitimi çalışmaları uluslararası programlara koşut biçimde geliştirilmektedir. Genel Pratisyenlik Enstitüsü (GPE) oldukça kapsamlı ve nitelikli bir eğitimi planlayıp uygulama aşamasına geçme çabası içindedir. Temel ve klinik modüller başlıkları altında toplam 16 modülden oluşan eğitimin, eğiticiler ve genel pratisyenler için farklı özellikleri olacağı gibi, uzun yıllardır pratisyen he-

kimlik yapan meslektaşlarımıza uygulanacak eğitimle, yeni hekim eğitiminin süre ve kapsam yönünden oldukça değişik olacağı açıktır.

GPE'nin meslek eğitimi programı Avrupa'nın değişik ülkelerinde uygulanmakta olan özgün genel pratisyenlik programlarının maksimum içeriğine uygun düzeyde geliştirilmektedir. Bu nedenle, daha önce ülkemizde uygulanmış ya da halen uygulanmakta olan birinci basamakta çalışacak hekim insangücü eğitimine yönelik programlarından esinlenmiş olmakla birlikte onlardan çok farklıdır. Türkiye'deki genel pratisyenlik eğitiminin bir başka özelliği, tümüyle ülke kaynaklarından ve ulusal insangücünden yararlanmakta oluşudur. Avrupa ülkelerinde yaşadığımız deneyimler ve edindiğimiz izlenimler, genel pratisyenlik eğitimine yeni başlamakta olan ülkelere, özellikle genel pratisyen eğitimcilerin yetiştirilmesi aşamasında yurtdışı olanaklarından ve dış finans kaynaklarından yararlandığını göstermektedir. Oysa GPE'nin çalışmaları başlangıçtan beri, yok denebilecek ölçüde sınırlı devlet desteğiyle, pratisyen hekimlerin ve meslek örgütünün öz gücüne dayalı olarak ilerlemektedir.

GPE deneyiminin başka özgün özellikleri, eğitim sürecinde uygulanan ilkelerin eğitim programlarının oluşturulmasında ve kurumlaşmada da geçerli oluşudur: Demokratiklik, katılımcılık, açıklık, içtenlik, gönüllülük. Açıkça ve kesinlikle belirtiyoruz ki, dileyen herkesin bireysel eğilimleri ve yetileri doğrultusunda eğitim alma ya da eğitici olma hakkı olacaktır.

Bugüne değin ülkenin değişik yerlerinden 200'e yakın pratisyen hekim "Temel Modüller" eğitim programımıza katılarak GPE eğitim olanaklarından yararlanmıştı. Halen yedi il merkezimiz ilk aşamadaki eğitim bölgeleri olarak saptanmıştır. Bu bölgelerde yerel GPE örgütlenmeleri ve eğitim programları başlatılmıştır.

Enstitümüz çalışmalarının, meslek örgütünün sorumluluğunda ve çatısı altında pratisyen hekimlerin kendilerinin tabandan örgütlenerek gerçekleştirdikleri özgün ve örnek bir çalışma olduğunu görmek gerekiyor. GPE çatısı altında genel pratisyenlik meslek eğitimi projesi, başta pratisyen hekimler olmak üzere, tüm hekimlerimizin ve meslek örgütümüz Türk Tabipleri Birliği'nin başarısıdır. Bu Proje'nin, bir gün tüm pratisyen hekimleri kucaklayacağına inanıyoruz.

Kaynaklar

1. Criteria for General Practitioner Trainers. Adopted by the UEMO Plenum Meeting in Paris, May 1992.
2. Bergen, Jan. GP in Europe- the G.P. and the European Union. www.uemo.org 06.08.2002.
3. *UEMO Reference Book 2000-2001*, Edited by T.E. Kennedy.
4. UEMO Questionnaire on the Current Status of Specific Training in General Practice. In: *UEMO Reference Book 2000-2001*, 148-151.
5. Jarmatz, Heinz. The Specialty/Generalist Dilemma in General Practice. In: *UEMO Reference Book 2000-2001*, 71-72.

(7. Pratisyen Hekimlik Kongresi,
"Dünyada ve Türkiye'de Genel Pratisyenlik" Oturumu, 2002)

PRATİSYEN HEKİMLİK EĞİTİMİNDE ÖZGÜN BİR MODEL: TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ GENEL PRATİSYENLİK ENSTİTÜSÜ

ÖZET

AMAÇ: Bu çalışmanın amacı, birinci basamak sağlık örgütü kapsamında nitelikli ve verimli hizmet sunumuna yönelik genel pratisyenlik meslek eğitimi gerçekleştirme hedefiyle örgütlenmiş olan Türk Tabipleri Birliği (TTB) Genel Pratisyenlik Enstitüsü'nün çalışmalarını, gelecek perspektifini ve bunların olası sonuçlarını sunmak, bu etkinliklerin halk sağlığı açısından etkilerini değerlendirmektir.

YÖNTEMLER: TTB'de bir araya gelen birinci basamak sağlık hizmetinin önemini kavramış pratisyen hekimler, 1990'ların başında, ulusal ve uluslararası birikimlerin ışığında başlattıkları çalışmaları 1998'de TTB Genel Pratisyenlik Enstitüsü'nün (GPE) kuruluşuyla noktadılar. TTB GPE'nin kuruluşundan önce ve sonraki süreçte, genel pratisyenlik meslek eğitimi alanında pek çok uluslararası deneyim ve ülkemizin özgün örnekleri değerlendirildi. Bu çalışmalara, aralarında sağlık ocağında çalışanlar da olmak üzere, ülkenin değişik bölgelerinden çok sayıda pratisyen hekim katıldı.

Meslek eğitimi programının amaç ve öğrenim hedeflerinin saptanması amacıyla, uzman ve pratisyen hekimlerin katıldığı iki atölye çalışması yapıldı. Birinci çalışmada temel modüller diye gruplandırılan modüllerin, ikinci çalışmada ise klinik modüller olarak gruplandırılan modüllerin amaç ve öğrenim hedefleri saptandı. Bu amaç ve hedeflerin işaret ettiği modül programları yapıldı ve temel modül kursları başlatıldı.

Pratisyen hekimlerin eğitimcilerinin pratisyen hekimler olması ilkesinden yola çıkan GPE, ilk hedefini genel pratisyen eğitimcilerin yetiştirilmesi biçiminde tanımladı. Genel pratisyen eğitici tanımı yapılarak eğitici ölçütleri saptandı. Katılımcılar, tabip odaları örgütlenmesi temelinde belirlendi. Eğitimcilerin seçiminde, yerel düzeyde tabip odaları pratisyen hekim komisyonlarının belirleyici olması benimsendi. GPE eğitimlerinin, modüler, küçük grup temelinde, sorun çözmeye dayalı, öğrenen merkezli ve etkileşimli nitelikte olması kabul edildi.

SONUÇLAR: 1999-2003 arasında, saptanan amaç ve öğrenim hedefleri doğrultusunda programlanan temel modül grubu kurslar Türkiye'nin değişik merkezlerinde gerçekleştirildi. Altı temel modülün eğitici ekiplerinin düzenledikleri kursların dağılımı şöyleydi: Eğitim becerileri 12 kurs, genel pratisyenliğin felsefesi ve temel özellikleri 12 kurs, sağlık yönetimi 8 kurs, bilgisayar kullanımı 7 kurs, iletişim becerileri 6 kurs, epidemiyoloji 2 kurs. Sonuç olarak, toplam 47

kursta 242 genel pratisyen, GPE eğitici eğitimi sürecine katılmış oldu. Bunlardan 49 kişi 6 kursun tümünü alarak, geçiş dönemi tanımına uygun biçimde “Genel Pratisyen Eğitici” özelliğini kazanmış oldu. Bu süreçte, GPE’nin merkez örgütlenmesinin yanı sıra, yedi bölgede GPE’nin bölge kurulları ve eğitici kurulları da örgütlenerek yerel çalışmaları başlattı. Halen klinik modüller grubundaki 10 modülün programları üzerinde çalışılmakta ve yakın bir gelecekte bu eğitimin de eğitimcilere verilmesi planlanmaktadır.

GELECEK DEĞERLENDİRMESİ: Yakın hedefini eğitici eğitimlerinin tamamlanması olarak belirleyen GPE’nin bir sonraki aşamada, tüm pratisyen hekimlere yaygın olarak uygulanacak geçiş dönemi eğitimini başlatması hedeflenmektedir. Yaygın eğitim programına yönelik çalışma planı yapılmıştır. Öngörülen başlama tarihi 2004 başıdır. Sonuçta, özgün bir programı olan GPE’nin toplam etkinliğinin, pratisyen hekimliğe, ülkemizin birinci basamak sağlık ortamına ve burada sunulan hizmetin niteliğine, en son olarak da ülke sağlık sistemine ve toplum sağlığına olumlu katkıları olacağı değerlendirilmektedir.

GİRİŞ VE AMAÇ

Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetinin toplum sağlığı açısından önemi, Alma-Ata Temel Sağlık Hizmetleri Konferansı’ndan bile önce anlaşılmıştı. Daha 1961 yılında “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası”nın yürürlüğe girmesi ve 1963’te uygulanmaya başlaması bu gerçeğin önemli göstergesidir. Bu alanda başlatılmış ilk uygulama olan sosyalleştirilmiş sağlık hizmeti ve onun birinci basamak örgütü sağlık ocakları halen yürürlükte ve işlemektedir.

Çeşitli ulusal ve uluslararası uzmanların görüşüne göre, Türkiye’de sağlık insangücü alanında en önemli gereksinim, birinci basamak sağlık hizmeti düzeyinde nitelikli hizmet sunabilecek hekim insangücüdür. Bu hekim genel pratisyendir (1).

Pratisyen hekimlerin ana çalışma alanı olan birinci basamak sağlık örgütlenmesi, herkese eşit olarak, sürekli ve ücretsiz verilmesi gereken kapsamlı hizmetin sunulduğu yerdir. Kapsamlı hizmet, koruyucu ve sağlığı geliştirici, iyileştirici (tedavi edici) ve esenlendirici (rehabilitate edici), hizmetlerin bir bütünlük içinde verilmesini gerektirir. Kısaca belirtmek gerekirse, genel pratisyenliğin asıl amaç ve işlevi, birinci basamakta verilen hizmeti başarılı kılmaktır. Başarılı birinci basamak sağlık hizmeti ise, verilen hizmetin yukarıda sayılan özellikleri ne ölçüde gerçekleştirdiğine bağlıdır.

Uzmanlar, birinci basamak sağlık hizmetinin temel özelliklerini şöyle sıralıyorlar (2, 3):

1. İlk başvuru yeri
2. Sürekli
3. Kapsamlı (entegre)

4. Eşgüdümlü
5. Bütüncül
6. Ulaşılabilir
7. Ekibe dayalı
8. Toplum yönelimli

Ülkemizde halk sağlığının öncülerinden ve toplum sağlığı eğitiminin kurucusu olan Profesör Dr. Nusret Fişek, genel pratisyenlik eğitimi ve birinci basamak sağlık hizmeti ilişkisinin önemine şu sözleriyle dikkat çekmişti:

“Tıp fakültesi mezunlarından klinik dallarda asistan olmayanlar, toplumda sık görülen hastalıkların tedavisi konusunda uzmanlar kadar bilgi ve beceri sahibi yapılmalıdır. Batı ülkelerinde genel pratisyen, tıp fakültelerinden mezun olduktan sonra, toplumda sık görülen hastalıkların tedavisinde uzmanlaşmış kişilere verilen addır” (4).

Görüldüğü gibi, Profesör Fişek, birinci basamak hekiminin ek bir uzmanlık eğitimine gereksinimi olduğuna daha o tarihte işaret etmişti.

Bu çalışmanın amacı, birinci basamak sağlık örgütü kapsamında nitelikli ve verimli hizmet sunumu amacına yönelik genel pratisyenlik meslek eğitimini gerçekleştirmek için kurulmuş ve örgütlenmiş olan Türk Tabipleri Birliği Genel Pratisyenlik Enstitüsü'nün yapısını, örgütlenişini, çalışmalarını, eğitim etkinliklerini, gelecek perspektifini sunmak; bu çalışmanın toplam etkinliğinin halk sağlığına olası etkilerini değerlendirmektir.

GENEL BİLGİLER

Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesi

Nusret Fişek, ülkemizde ilk kez temel sağlık hizmeti ilkelerine dayalı birinci basamak örgütlenmesinin temellerini attığında yıl 1961’di. Dünyada birinci basamak sağlık hizmetlerinin örgütlenmesine yönelik dağınık çalışmalar olmakla birlikte, o sıralarda henüz açık ve net bir anlatım, yaygın bir uygulama yoktu. Nusret Fişek, “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası”nı hazırlayarak, 5 Ocak 1961’de kabul edilmesinde etkin rol oynadı (5).

Sosyalleştirme uygulaması, ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetinin yaygın olarak örgütlenmesini öngörüyordu. Temel sağlık hizmetinin ilk uluslararası belgesi olan Alma-Ata Bildirgesi’nden 15 yıl önce, 1963 yılında, bütüncül, kapsamlı ve çok yönlü bir hizmet içeren sosyalleştirme modeli yerel olarak uygulanmaya başladı.

Nusret Fişek, yasayı hazırlarken kırsal bölgeyi öncelikli olarak düşündüğünü, İngiltere’deki sistemden esinlendiğini açıklamıştır. Ancak, İngiltere ve Avrupa’daki genel uygulamalardan farklı olarak, sevk sistemi, ekip hizmeti ve koruyucu hizmetler ile tedavi edici hizmetlerin entegrasyonu ilkelerini, o sıralarda Dünya Sağlık Örgütü’nde geçerli olan çağdaş görüşlerden yararlanarak ekledi-

ğini belirtmiştir (5). Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası, ayrıca tek elden yönetim, sektörler arası işbirliğini içeren sosyalleştirme kurulları, toplum katılımını özendiren sağlık ocağı sağlık kurullarını öngörmekteydi (6, 7, 8).

Nusret Fişek, 1963 yılında Sosyalleştirme Yasası'nı tanıtmak için bir değerlendirme yapmıştır. Yasa'nın önemli hükümlerini vurgulayan bu değerlendirme, günümüz koşullarında atılması gereken adımlara ışık tutar niteliktedir. Nusret Fişek, sosyalleştirmenin öngördüğü yenilikleri şöyle özetliyor (9):

1. Sağlık hizmetleri programa bağlanacaktır.
2. Herkes sağlık hizmetinden eşit yararlanacaktır.
3. Sağlık örgütü, il içindeki yönetsel (idari) taksimata uymayacaktır.
(Böylece sağlık amirlerinin otoritesi sağlanacaktır.)
4. Sağlık örgütünün temeli sağlık ocaklarıdır.
5. Sağlık örgütünde çalışan personel serbest meslek icra edemeyecektir.
Hükümet, sağlık personelini sözleşme ile çalıştıracak ve sözleşme ücretlerini saptamak serbest olacaktır.
6. Kamu sektöründe çalışmayan hekim serbest meslek icra edebilir ve kişi ücretini ödemek koşuluyla istediği hekime başvurabilir.
7. Halkla sağlık örgütü arasında işbirliği geliştirilecektir.
8. Türkiye'de kamu sektöründeki kurumların sağlık hizmetleri tek elde toplanacak ve SSYB'ye başka kurumların sağlık personelini denetleme yetkisi tanınacaktır.
9. Hastalara parasız olarak hangi ilaçların verileceğini saptama yetkisi SSYB'ye tanınmıştır.
10. Tedavi ve koruyucu hekimlik kurumları birbirlerini tamamlayan kurumlar olarak ele alınmıştır.

Görüldüğü gibi, 1963 yılında yapılan bu değerlendirme, günümüzde geçerli olan temel sağlık hizmeti (TSH) kavram ve ilkelerinin önemli bir bölümünü içermekte; ülkemiz hekimlerinin örgütlü bir biçimde yıllardan beri savundukları uygulamaları öngörmektedir.

Sosyalleştirilmiş sağlık hizmeti uygulamaları, ülkemizde TSH'nin ülke koşullarına uygun örgütlenme modeli olarak 40 yıldır yürürlüktedir. Kuşku yok ki, sosyalleştirmenin günümüz koşullarına uyarlanması gereken özellikleri, o tarihte öncelikli olmayan, ancak bugün için zorunluluk gösteren yönleri bulunmaktadır. Örneğin, nüfus hareketleri nedeniyle tümüyle değişmiş olan kırsal/kent oranları, kent tipi sağlık ocaklarının yaygın biçimde örgütlenmesini gerektirmektedir.

Temel sağlık hizmeti yaklaşımı ve birinci basamak sağlık örgütü ya da ülkemizde sağlık ocakları örgütlenmesi; sağlığı koruma, geliştirme, hastalıklarla baş etme,

sağlıklı bir toplum yaratma amaçlarına yönelik en kolay, verimli ve ucuz modeli tanımlamaktadır. Sağlık sorunlarını en etkili biçimde çözümenin, her düzeyde sağlık kuruluşlarını ve genelde sağlık sistemini daha üretken kılmının anahtarı da temel sağlık hizmetidir (10).

Uluslararası Gelişmeler

20. yüzyılın son çeyreğinde tıpta yaşanan akıl almaz değişme ve gelişme, sonuçta uzmanlaşmanın alabildiğine artmasıyla, insanı ve toplumu bir bütün olarak kucaklayacak bir hekim insangücü gereksinimini yeniden gündeme getirmiştir. Birinci basamakta çalışacak ve çok yönlü olarak topluma sağlık hizmeti sağlayacak hekimin tıptaki ilerlemeye koşut olarak yetişmesi ve gelişmesi, bu hekimin eğitimiyle doğrudan ilişkilidir. Bu nedenle, genel pratisyenlik meslek eğitimi son 20 yılda tüm dünyada özel bir ilgi odağı olmuştur. Özellikle son 10-15 yılda Avrupa'da bu alanda önemli gelişmeler yaşanmış, Avrupa Birliği ölçütleri geliştirilmiştir. Avrupa ülkelerinin çoğunluğu bu ölçütlere uygun eğitim programlarını uygulamaktadırlar. Avrupa Topluluğu Direktifi (EC 86/457) uyarınca, 1990'da genel pratisyenlik özgün meslek eğitimi tüm Avrupa Topluluğu ülkelerinde kabul edilmiştir (11).

Böylece Avrupa Topluluğu ülkelerindeki sosyal güvenlik sistemlerinde çalışmak üzere yeni atanacak genel pratisyenlere, 1995'ten başlayarak en az iki yıllık meslek eğitiminden geçmiş olma zorunluluğu getirilmiştir. Avrupa'daki 400 bin pratisyen hekimi temsil eden Avrupa Genel Pratisyenler Birliği'nin (UEMO) meslek eğitiminin süresine ilişkin önerisi ise, eğitim programının içeriği ve niteliği dikkate alınarak en az üç yıl olarak belirlenmiştir.

Avrupa Birliği de son yıllarda sağlık alanında giderek daha etkin bir rol üstlenmiş ve doktor direktifi 93/16 ile pratisyen ve uzman tüm hekimleri kapsayacak biçimde hekimlerin yüksek derecede eğitimini güvence altına almıştır. UEMO, Avrupa Parlamentosu'nun bu direktifi genel pratisyenlik meslek eğitimini üç yıla çıkaracak biçimde değiştirmesi için çaba harcamış ve sonuçta meslek eğitiminin üç yıla çıkarılması kabul edilmiştir (12). Eğitimin niteliğiyle ilgili olarak, Avrupa Birliği'ne kabul edilecek yeni ülkelerin halen geçerli olan yüksek standartlara uyumu konusunda UEMO üyeleri kuşku belirtmekte ve bu nedenle de, bu ülkeler için geçiş sürecinin çok uzun olmasını ya da Avrupa Birliği üye ülkeleri içinde bir süre için değişik sistemler olabileceğini kabul etmek gerektiğini savunmaktadırlar.

Uluslararası Belgeler

Genel pratisyenlik meslek eğitiminin Avrupa ülkeleri arasında bile çok fazla değişkenlik göstermesi nedeniyle, Avrupa'daki eğitimi düzenleme açısından başta UEMO olmak üzere ilgili kuruluşlarca çok sayıda çalışma yapılmıştır. Bunlar arasında, 1990'da kabul edilip 1995'te genişletilen "UEMO Politik Bildirgesi", 1992'de UEMO Genel Kurulu'nda onaylanan "Genel Pratisyen Eğiticiler için Ölçütler", 1994'te WONCA (Dünya Aile Hekimleri Örgütü), SIMG (Genel Pratisyenlik Uluslararası Topluluğu), Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi ile

işbirliği içinde düzenlenen Uzlaşi Konferansı'nda kabul edilen "UEMO Genel Pratisyenlik Özgün Eğitimi Uzlaşi Belgesi" sayılabilir. Bu belgeler genel çizgileriyle genel pratisyenlik meslek eğitiminin amaç ve ilkelerini, eğiticilik ölçütlerini, eğitim programlarının içeriğini, ortak çekirdek program gerekliliğini, birinci basamak örgütlenmesini, veri toplama ve araştırmanın önemini, hekimlerin ücretlendirilmelerini kapsamaktadır. Ayrıca UEMO'nun genel pratisyenliğin çok daha özel ve özgün alanlarında belgeleri de vardır (13).

Avrupa Ülkelerinde Durum

Avrupa ülkelerinde genel pratisyenlik meslek eğitimi değişik ülkelerde farklı özellikler göstermektedir. Genel bir uygulama olarak, meslek eğitiminin süresi konusunda Avrupa Direktifi uyarınca en az iki yıl ölçütüne uyulduğu gözlenmektedir. Genel pratisyenlik eğiticilerinin pratisyen hekim olmasına, bu eğiticilerin niteliğine ve eğitimine özel önem verilmektedir. Ancak minimum süre ve meslek eğitiminin yönetim ve denetiminin pratisyen hekimlerde olması dışında, çok az uygulama tüm ülkelerde uygulanan standart bir niteliğe kavuşmuştur (14).

Genel pratisyenin uzman olup olmaması tartışmasına UEMO yetkilileri, genel pratisyenin seçilmemiş hasta gruplarını ayırt etmede uzman olduğunu belirterek yanıt vermektedirler. Karşılaşılan hasta çeşidi açısından, sıralamanın en başında yer alan genel pratisyen yaklaşık 250-300 değişik hastalıkla uğraşırken, sıralamanın sonlarında yer alan göz hastalıkları uzmanı ve ürolog yaklaşık 30-50 değişik hastalıkla ilgilidir. Ayrıca genel pratisyenin, başta uzmanlarla olmak üzere, işbirliği alanında, aile hekimliğinde, acil durumlar alanında, birincil korumada, kanser taramasında, sosyal güvenlik sistemleri alanında, ölümcül durumlarda bakım konusunda uzman olduğunu kabul etmek gerektiği vurgulanmaktadır (15).

Sonuç olarak, genel pratisyenliğin bu çok yönlü ve karmaşık niteliğinin doğal bir çıktısı olarak, genel pratisyenin de tüm öbür uzman meslektaşları kadar uzman olduğu görülmektedir. Diğer uzmanlıkların aksine, bu uzmanlık dikey (vertikal) değil, yatay (horizontal) bir uzmanlıktır.

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ ÇALIŞMALARI VE GPE'NİN KURULUŞU

Giriş

Türk Tabipleri Birliği (TTB), 1970'li yılların ortalarından başlayarak toplum sağlığı alanında gerçekçi ve doğru çözümler üretme ve hekim insangücünü bu gereksinime uygun nitelikte yetiştirme öngörüsünü kamuoyuna açıklamış ve bu amaca yönelik çalışmalar yapmıştır. 1970'lerin sonlarında tamgün yasaının gerçekleşmesinde önemli payı olan TTB, tüm süreçte sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi uygulamasının geliştirilerek güçlendirilmesinden yana tutum almıştır.

1980 sonrasında hekim sayısının artırılmasını birincil hedeflerden biri olarak belirleyen siyasal erk, tıp fakültesi kontenjanlarını artırarak ve altyapısız yeni tıp fakülteleri açarak hekim insangücünün niteliğinde kaçınılmaz bir yetersizliğe yol

açtı. Konuyla ilgili tüm kurum ve kuruluşların karşı görüşlerini dikkate almadan sürdürülen uygulama, hekim sayısında önemli artışa yol açarken, aynı zamanda pratisyen hekim sayısı ve oranı göreceli olarak çok yükseldi. Çünkü, sınırlı uzmanlık eğitimi olanakları nedeniyle hekimlerin ancak yüzde 10 kadarı mezuniyet sonrası eğitime başlayabiliyordu. Böylece pratisyen hekimlerin tüm hekimlere oranı, 1970'lerde % 36 iken, 1980'lerde % 39'a, 1990'larda % 50'nin üstüne çıkmıştır (16, 17). Bu oran 1998'de % 58'e değin yükselmiştir. 2000 yılı verilerine göre, yaklaşık 89 bin toplam hekimin % 53'ü (47 bin hekim) pratisyen hekim iken, % 47'si (yaklaşık 42 bin hekim) uzman hekimdi (19). Pratisyen ve uzman hekimlerin yıllara göre dağılımı Tablo 1'de görülmektedir. Pratisyen hekimlerdeki sayısal ve oransal artış, ülke düzeyinde pratisyen hekimliğin tartışılmasını gündeme getirmiştir.

GPE Kuruluş Çalışmaları

TTB'de bir araya gelen birinci basamak sağlık hizmetinin önemini kavramış pratisyen hekimler, 1980'lerin son yıllarında ve 1990'ların başında, çeşitli yönleri ve özellikleriyle pratisyen hekimliği tartışmaya başladı. Alanla ilgili çalışmalarını yürütmek üzere, 1989'da TTB Pratisyen Hekimler Kolu (TTB PHK) kuruldu. Kısa zamanda ülke çapında örgütlenen ve tabip odalarında komisyonlar kuran Kol'un inceleme konularından birisi de genel pratisyenlik meslek eğitimi idi. PHK içinden bir grup "genel pratisyenlik meslek eğitimi çalışma grubu" adı altında eğitimle ilgili araştırmalara başladı.

İlki 1990'da gerçekleştirilen "Pratisyen Hekimlik Kongreleri"nde meslek eğitimi önemli tartışma alanlarından birisi oldu ve pratisyen hekimler, Birinci Pratisyen Hekimlik Kongresi'nde akademik olarak genel pratisyenlik ve genel pratisyenlik profesörlüğü ile tanıştılar. GPE hedefine doğru ilerlerken, çalışma grubu bir kurucu kurul gibi çalıştı. Grup, genel pratisyenlik meslek eğitimi alanında ülkemizin özgün örneklerini ve uluslararası birikimleri incelemeye başladı.

Uluslararası ilişkiler gerçekleştirilerek, deneyimler ve yayınlar değerlendirildi ve çeviriler yapılarak yayımlandı. PHK temsilcileri başta Avrupa Genel Pratisyenler Birliği (UEMO) etkinlikleri olmak üzere, çeşitli uluslararası toplantılara katıldılar. Tüm bunların ışığında, Bolu'da 1995'te yapılan ve çok sayıda pratisyen hekimin katıldığı bir grup çalışmasında, "genel pratisyenlik ayrı bir tıp disiplindir" görüşü benimsendi. Tüm çalışmalara, aralarında sağlık ocağında çalışanlar da olmak üzere, ülkenin değişik bölgelerinden çok sayıda pratisyen hekim katıldı.

Daha sonraki süreçte, pratisyen hekimlerin mezuniyet sonrası meslek eğitiminin kurumlaşması görüşü bir gereksinim olarak ortaya kondu. Bu görüş TTB pratisyen hekim hareketi içinde giderek yaygınlaştı. Sonunda 1996'da gerçekleşen TTB 44. Büyük Kongresi'nde, TTB'nin örgütsel sorumluluğunda TTB Genel Pratisyenlik Enstitüsü kurulması kabul edildi. İki yıl boyunca süren teknik çalışmalardan sonra, 1998'de TTB Genel Pratisyenlik Enstitüsü (GPE) kuruldu ve TTB'nin örgütsel sorumluluğunda, bilimsel, yönetsel ve mali özerkliği olan bir yapı olarak tanımlandı (16).

GENEL PRATİSYENLİK ENSTİTÜSÜ ÇALIŞMALARI (1998-2003)

Amaç ve Tanım

Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmeti veren birimlerde çalışacak genel pratisyenlerin mezuniyet sonrası eğitimini düzenlemek amacıyla kurulmuş olan TTB GPE’nin tanımı, 2003 tarihli GPE Çalışma Yönergesi’nde şöyle yapılmıştır:

“TTB GPE, Türk Tabipleri Birliği’nin örgütsel sorumluluğunda, ilgili diğer kurumların da temsil edildiği, genel pratisyenlik meslek eğitimini vermek üzere kurulmuş iç işleyişinde özerk yapıya sahip bir kurumdur.”

Örgütlenme

GPE Merkez Kurulları:

TTB GPE’nin kuruluşundan hemen sonra, geçiş döneminde görev yapmak üzere, üyelerinin bir bölümü GPE Çalışma Grubu’ndan olmak üzere bir Yönetim Kurulu oluşturuldu. Yönetim Kurulu içinden bir Yürütme Kurulu, Yönetim Kurulu Başkanı ve Genel Sekreteri seçildi.

TTB GPE Yönetim Kurulu’nun bileşimi ve işlevleri Çalışma Yönergesi’nde aşağıdaki gibi belirlenmiştir:

“TTB GPE Yönetim Kurulu;

TTB GPE Genel Kurulu’ndan (geçiş döneminde Pratisyen Hekimler Kolu’ndan) seçilen 5, TTB GPE Eğitim Koordinatörleri Kurulu’ndan seçilen 5, TTB GPE Bilim Kurulu’ndan seçilen 2, TTB organlarından (2’si Pratisyen Hekim Kolu’ndan olmak üzere) seçilen 4, Pratisyen Hekimlik Derneği’nden seçilen 2, üniversiteleri temsilen bir, Sağlık Bakanlığı’ni temsilen bir, Çalışma Bakanlığı’ni temsilen bir üyenin katılımıyla toplam 21 üyeden oluşur. Kendi içinde Başkan, Sekreter ve Yürütme Kurulu’nu seçer. Görev, yetki ve sorumlulukları TTB GPE Kuruluş Çalışmaları Broşürü’nde tanımlanmıştır. En az üç ayda bir toplanır.”

Yürütme Kurulu’nun başkan, genel sekreter ve üç üyeden oluşması ve işlevleri de aynı Yönerge’de yer almaktadır.

GPE’nin başka bir merkez kurulu, GPE Bilim Kurulu’dur. Bilim Kurulu’nun bileşimi ve işlevi de Yönerge’de ayrıntılı biçimde tanımlanmıştır:

“TTB GPE Bilim Kurulu;

TTB GPE mesleki eğitim programında yer alan 6 temel modül eğitimcilerinden ikiser, 10 klinik modülün eğitimcilerinden birer, TTB GPE Genel Kurulu’nda belirlenen beş üye, TTB GPE Genel Sekreteri, STED (Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi) adına bir üye ve Pratisyen Hekimlik Derneği’nden bir üyenin katılımıyla oluşur. Görev, yetki ve sorumlulukları TTB GPE Kuruluş Çalışmaları Broşürü’nde tanımlanmıştır. En geç üç ayda bir toplanır.”

GPE’nin üçüncü merkez kurulu, Eğitim Koordinatörleri Kurulu’dur. Yönerge’de tanımlandığı biçimiyle, TTB GPE Eğitim Koordinatörleri Kurulu;

“Bölgelerdeki eğitim koordinatörleri arasından belirli oranlara göre seçilen eğitim koordinatörlerinden oluşur. TTB GPE Yönetim Kurulu’nun gerekli gördüğü durumlar dışında en geç üç ayda bir toplanır. Görev, yetki ve sorumlulukları TTB GPE Kuruluş Çalışmaları Broşürü’nde tanımlanmıştır.”

Enstitü’nün en üst organı, Enstitü Genel Kurulu’dur. GPE ile ilgili ana politikaların bu Kurul’da belirlenmesi öngörülmüştür. Yönerge’deki tanımına göre,

“TTB GPE Genel Kurulu;

Tüm eğitici genel pratisyen ve eğitim koordinatörlerinin katılımıyla 2 yılda bir toplanan, TTB GPE ile ilgili ana politikaların belirlendiği kuruldur. TTB GPE Genel Yönetim Kurulu’nda yer alacak 5, TTB GPE Bilim Kurulu’nda yer alacak 5 genel pratisyeni seçer” (16).

GPE Bölgeleri ve Yerel Kurulları:

Bölgelerde GPE merkez kurullarının izdüşümü niteliğinde yerel kurulların oluşturulması öngörülmüştür. Daha önce merkez kurullara ve tabip odası pratisyen hekim komisyonlarına dayalı olarak yürütülen çalışmalar, 2003 başında yerel kurulların oluşturulmasıyla bu kurullara bırakılmıştır.

Enstitü Bölge Kurulu, Yönerge’de şöyle tanımlanmıştır:

“TTB GPE Bölge Kurulları;

Bölgelerdeki tabip odaları adına birer, tabip odaları pratisyen hekim komisyonları adına birer, il sağlık müdürlükleri adına birer, üniversiteler adına birer, bölge eğitim koordinatörleri arasından seçilen iki, bölge çalışma müdürlüğünü temsilen bir, Pratisyen Hekimlik Derneği adına bir üyeden oluşur. Genel pratisyenlik mesleki eğitiminin TTB GPE adına bölge düzeyinde hayata geçirilmesinden sorumludur. En geç üç ayda bir toplanır.”

“ Bölge Eğitim Koordinatörleri Kurulu;

Bölgedeki tüm eğitim koordinatörlerinden oluşan kuruldur. Geçiş döneminde eğitim koordinatörü olmak üzere 6 temel kurstan herhangi birinin eğitimini alan kişi, diğer eğitimleri devam ettirmek koşulu ile bölge eğitim koordinatörü kuruluna dahil olur.”

Yöntemler (Eğitim Stratejileri) ve Eğiticiler

Genel Pratisyenlik Enstitüsü başlangıç çalışmaları sırasında, meslek eğitimi sürecinde benimsenecek eğitim yöntemleri de tartışılan ana konular arasındaydı. Genel görüşmeler ve uluslararası deneyimlerin ışığında, meslek eğitimi sürecinde erişkin eğitiminin temel ilke ve yöntemlerine uygun, modüler ve küçük grup dinamiğine dayalı, etkin, katılımcı ve etkileşimli eğitim yöntemlerinin uygulanması kararlaştırıldı (16).

Eğitim ortamı, birinci basamak hizmet sunumunun gerçekleştiği sağlık ocakları; eğiticiler ise gerekli eğitimi almış genel pratisyenler olacaktır. Eğiticilerin seçimin-

de, gönüllü olup hizmet sunumunda alan deneyimi ve ayrıca eğiticilik deneyimi olanlara öncelik verilmesi kabul edildi.

Genel pratisyen eğiticinin tanımı GPE Çalışma Yönergesi'nde şöyle yapılmıştır:

“Eğitici genel pratisyen;

Eğitici olmaya gönüllü, meslek deneyimi olan, genel pratisyenlik meslek eğitimi programında yer alan 6 temel modülün eğitici eğitimi kursuna katılmış, 6 temel modül ya da klinik modüllerden birinde eğiticilik yapabilen genel pratisyendir.”

Meslek Eğitiminin İçeriği ve İlgili Etkinlikler

GPE Modülleri: Genel Pratisyenlik Enstitüsü'nün kuruluşundan sonra, genel pratisyenlik meslek eğitiminin içeriğinin ve programının kesinleştirilmesine yönelik tartışmalar yapıldı. Uzun incelemeler ve değerlendirmeler sonucunda meslek eğitiminin beş temel ve 11 klinik modülden oluşması kararlaştırıldı. Bu modüller şöyleydi:

Temel Modüller:

1. Genel Pratisyenliğin Felsefesi ve Temel Özellikleri
2. Eğitim Becerileri
3. İletişim Becerileri
4. Epidemiyoloji
5. Sağlık Yönetimi

Klinik Modüller:

1. Acil Tıp
2. Adli Tıp
3. Risk Grupları (Yaşlı Sağlığı, Çocuk Sağlığı, Çalışanların Sağlığı)
4. Üreme Sağlığı
5. Kronik Hastalıklar
6. Küçük Cerrahi
7. Ruh Sağlığı
8. Laboratuvar Kullanımı
9. Çevre Sağlığı
10. Bulaşıcı Hastalıklar
11. Bilgisayar Kullanımı

Sonraki değerlendirmelerde, Bilgisayar Kullanımı Modülü, temel modüller kapsamına alındı.

Böylece, GPE'nin meslek eğitimi kapsamı altı temel, 10 klinik modülden oluştu.

Atölye Çalışmaları: GPE'nin ilk geniş katılımlı etkinliği 5-8 Kasım 1998 tarihlerinde Ankara'da düzenlenen “Temel Modüller Atölye Çalışması” oldu. Halk sağlığı ve aile hekimliği uzmanları ile pratisyen hekimlerden oluşan 33 hekimin

katıldığı bu atölye çalışmasında, eğiticilerin eğitimi programının temel modüllere ilişkin amaç ve öğrenim hedefleri belirlendi.

Daha sonra aynı amaçla klinik modüllerle ilgili bir atölye çalışması planlandı. “Klinik Modüller Atölye Çalışması” gene Ankara’da 12-13 Haziran 1999 tarihlerinde 77 hekimin katılımıyla gerçekleşti. Çeşitli klinik dal uzmanlarıyla pratisyen hekimlerden oluşan katılımcılar, GPE klinik modüllerinin amaç ve öğrenim hedeflerini belirlediler (18).

Kurslar: Atölye çalışmalarını izleyen süreçte, modüllerin eğitici adaylarına hangi yol ve yöntemlerle verileceği, GPE kurullarında uzun tartışmalara yol açtı. Bir süre, ilk adımın modülün yazılı materyalini ve kitabını hazırlamak olması gerektiği düşünülerek, bir dizi toplantı ve çalışma yapıldı. Ancak bu çabalar ürüne dönüştürülemedi.

Sonraki süreçte, GPE Bilim Kurulu ve Yönetim Kurulu’nun ortak kararları sonucunda, temel modüllerle ilgili eğitici eğitimlerine zaman yitirmeksizin başlanmasına ve bu amaçla kurslar düzenlenmesine karar verildi. Temel modüllerin amaç ve öğrenim hedefleri doğrultusunda kurs programları oluşturmak üzere eğitici ekipleri belirlendi. Bir çalışma süreci sonucunda, eğitim becerileri modülü dışındaki temel modüllerle ilgili kurs programları geliştirildi.

Eğitim becerileri eğitimi için, TC Sağlık Bakanlığı, Johns Hopkins Üniversitesi ve Hacettepe Halk Sağlığı Anabilim Dalı’nın işbirliğiyle gerçekleştirilen “Klinik Eğitim Becerileri Kursu” programı, GPE’nin standart kurs programı olarak kabul edilmişti. Bu programın dışında kalan eğitim becerileri kursları ve diğer eğitim etkinlikleriyle ilgili eşdeğerlik ölçütleri belirlenerek, TTB yayınlarıyla hekim kamuoyuna açıklandı

Eğitim becerileri kurslarının birincisi ve GPE’nin ilk eğitim etkinliği, 22-26 Kasım 1999 tarihlerinde İstanbul’da yapıldı. Bu ilk kursa, temel modüller atölye çalışmasına katılmış olan 22 hekim katıldı.

Halen tüm GPE temel modüllerinin kursları sürmektedir. Kurs süreleri 32-40 saat arasında değişmektedir. Mayıs 2003 itibarıyla, 242 kişi eğitici eğitimlerine başlamış bulunmaktadır. Bunların arasında 49 kişi, altı temel modülü alarak genel pratisyen eğitici olmuşlardır. Tüm temel modüllerde düzenlenen kursların dökümü Tablo 2’de görülmektedir.

Ayrıca, 2003 yılı içinde temel ve klinik modül eğiticilerine yönelik olarak, İstanbul’da iki kez program geliştirme kursu düzenlenmiştir. Bu kursun süresi üç gün olup kurs ve eğitim programı geliştirme becerisi kazanma amacıyla düzenlenmiş, iki kursun uygulamalarıyla klinik modüllerin kurs modelleri hazırlanmıştır.

Yayınlar: TTB GPE, başlangıçtan bu yana, kuruluş çalışmaları ve GPE etkinliklerine ilişkin kitapçık, broşür ve çalışma raporları yayımladı. Ayrıca temel modül kursları için eğiticilerin ders notları hazırlanarak katılımcılara ulaştırıldı. Modüllerle ilgili yararlanılması gereken öbür yayınlar kurslar sırasında katılımcılara dağıtıldı ya da kaynakça olarak verildi.

Bu yayınlara ek olarak, TTB ve tabip odalarının süreli yayınlarında Enstitü'nün amaç ve etkinliklerini tanıttığı yazıların yer alması sağlanmaktadır. GPE'nin kuruluşundan kısa bir süre sonra hazırlanan GPE web sayfası, Enstitü'nün etkinliklerini düzenli ve güncelleştirilmiş biçimde yansıtmaya işlevi görmektedir.

Genel Pratisyenlik Meslek Eğitimi Geçiş Dönemi

Geçiş dönemi GPE Çalışma Yönergesi'nde şöyle tanımlanmıştır:

“Geçiş Dönemi (Gönüllü Eğitim Dönemi):

Genel pratisyenliğin ülkemizde de bağımsız bir tıp disiplini olarak ulusal otoriteler tarafından resmen onaylanmasına kadar olan süreçtir.

Geçiş döneminde, eğitici genel pratisyenlerin yanı sıra, öncelikle sağlık ocaklarında çalışmakta olan pratisyen hekimler olmak üzere, alanda çalışan deneyimli hekimlere tanımlanmış kısa süreli meslek eğitimi programı uygulanacaktır. Halen bu eğitimin programları modül eğiticileri tarafından planlanmaktadır. Geçiş dönemi programının içeriği ana programlarda yer alan konu başlıklarının hepsini kapsamakla birlikte, eğitim alanların deneyimli pratisyen hekimler olması nedeniyle süresi kısa tutulacaktır. Toplam sürenin bir yılı aşmaması öngörülmektedir (16) .

Sonuç ve Geleceğe İlişkin Değerlendirme

Ülkemizde Genel Pratisyenlik Enstitüsü'nün kuruluşuyla ivme kazanan genel pratisyenlik eğitimi çalışmaları uluslararası programlara koşut biçimde gelişmektedir. Genel Pratisyenlik Enstitüsü oldukça kapsamlı ve nitelikli bir eğitimi planlayıp uygulama aşamasına geçme çabası içindedir. Temel ve klinik modüller başlıkları altında toplam 16 modülden oluşan eğitimin, eğiticiler ve genel pratisyenler için farklı özellikleri olacağı gibi, uzun yıllardır pratisyen hekimlik yapan meslektaşlarımıza uygulanacak eğitimle, yeni hekim eğitiminin süre ve kapsam yönünden oldukça değişik olması doğaldır.

GPE'nin meslek eğitimi programı, Avrupa'nın değişik ülkelerinde uygulanmakta olan özgün genel pratisyenlik programlarının maksimum içeriğine uygun düzeyde geliştirilmektedir. Bu nedenle, daha önce ülkemizde uygulanmış ya da halen uygulanmakta olan birinci basamakta çalışacak hekim insangücü eğitimine yönelik programlardan esinlenmiş olmakla birlikte, onlardan çok farklıdır.

Türkiye'deki genel pratisyenlik eğitiminin bir başka özelliği, tümüyle ülke kaynaklarından ve ulusal insangücünden yararlanmakta oluşudur. Avrupa'da genel pratisyenlik eğitimine yeni başlamakta olan ülkelerde, özellikle genel pratisyen eğiticilerin yetiştirilmesi aşamasında yurtdışı olanaklarından ve dış finans kaynaklarından yararlandığı görülmektedir. Oysa GPE'nin çalışmaları başlangıçtan beri, yok denebilecek ölçüde sınırlı devlet desteğiyle, pratisyen hekimlerin ve meslek örgütünün öz gücüne dayalı olarak ilerlemektedir.

GPE deneyiminin başka özgün özellikleri, eğitim sürecinde uygulanan ilkelerin, eğitim programlarının oluşturulmasında ve kurumlaşmada da geçerli oluşudur:

Demokratiklik, katılımcılık, açıklık, içtenlik, gönüllülük. Bugüne değin ülkenin değişik yerlerinden yaklaşık 242 pratisyen hekim “Temel Modüller” eğitim programına katılarak GPE eğitim olanaklarından yararlanmışlardır. Halen yedi il merkezi ilk aşamadaki eğitim bölgeleri olarak saptanmıştır. Bu bölgelerde yerel GPE örgütlenmeleri ve eğitim programları başlatılmıştır.

Enstitü çalışmaları, meslek örgütünün sorumluluğunda ve çatısı altında, pratisyen hekimlerin kendilerinin tabandan örgütlenerek yaratıcı öğelerle gerçekleştirdikleri ve çoğaldıkça zenginleşen, halen gelişmekte olan özgün bir çalışmadır.

TABLolar

Tablo 1. Türkiye’de Uzman- Pratisyen Hekim Dengesi

| Yıl | Uzman | | | Pratisyen | | |
|------|--------|--------|----|-----------|----|--|
| | Toplam | Sayı | % | Sayı | % | |
| 1950 | 6.895 | 3.647 | 53 | 3.248 | 47 | |
| 1955 | 7.077 | 3.192 | 45 | 3.885 | 55 | |
| 1960 | 8.214 | 4.181 | 51 | 4.033 | 49 | |
| 1965 | 10.895 | 6.657 | 61 | 4.238 | 39 | |
| 1970 | 13.843 | 8.818 | 64 | 5.025 | 36 | |
| 1975 | 21.714 | 12.698 | 58 | 9.016 | 42 | |
| 1980 | 27.241 | 16.699 | 61 | 10.542 | 39 | |
| 1985 | 36.427 | 20.878 | 57 | 15.549 | 43 | |
| 1990 | 50.639 | 24.900 | 49 | 25.739 | 51 | |
| 1993 | 61.050 | 26.322 | 43 | 34.728 | 57 | |
| 1994 | 65.832 | 27.564 | 42 | 38.268 | 58 | |
| 1995 | 69.349 | 29.846 | 43 | 39.503 | 57 | |
| 1996 | 70.947 | 31.126 | 44 | 39.821 | 56 | |
| 1997 | 73.659 | 32.511 | 44 | 41.148 | 56 | |
| 1998 | 77.344 | 34.189 | 44 | 43.155 | 56 | |
| 1999 | 81.988 | 36.854 | 45 | 45.134 | 55 | |
| 2000 | 88.768 | 41.717 | 47 | 47.051 | 53 | |

(Kaynak: 17)

Tablo 2. GPE Temel Modül Kursları (1999-2003)

| Modül | Kurs Sayısı | Kurs Süresi (Saat) | Katılımcı Sayısı |
|----------------------|-------------|--------------------|------------------|
| Eğitim Becerileri | 13 | 40 | 180 |
| İletişim Becerileri | 7 | 32 | 122 |
| Bilgisayar Kullanımı | 7 | 40 | 144 |
| GP Felsefesi | 10 | 32 | 201 |
| Sağlık Yönetimi | 8 | 32 | 156 |
| Epidemiyoloji | 2 | 40 | 40 |
| Toplam | 47 | 216 | |

Kaynaklar

1. Price-Waterhouse Danışmanlık Şirketi Master Plan Etüdü, 1990.
2. Çiçeklioğlu, M. Sağlık Hizmet Araştırmalarında Farklı Bir Yaklaşım: Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. Toplum ve Hekim, 13: 328-333. (Eylül-Ekim 1998)
3. Belek, İ. Türkiye’de Aile Hekimliği Modeli:”Herkes İçin Sağlık” Perspektifli bir Değerlendirme. Toplum ve Hekim, 12 (78):8-17. (Mart-Nisan 1997)
4. TTB Haber Bülteni, Sayı 18, Nisan 1989.
5. Dirican, R. Prof. Dr. Nusret Fişek’in Kitaplaşmamış Yazıları III. Türk Tabipleri Birliği, Ankara, 1999.
6. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun. Kanun No. 224, Kabul Tarihi 5. 1. 1961.
7. Sosyalleştirilmiş Sağlık Hizmetlerinin Sağlık Kurulları Yönetmeliği. (15. 3. 1969 gün ve 13149 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanmıştır)
8. Dirican, R. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Geleceği. Prof. Dr. Nusret Fişek’in Kitaplaşmamış Yazıları, Türk Tabipleri Birliği , Ankara, 1997, 135-138.
9. Fişek, N. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Üzerine Çalışmalar. Sağlık Dergisi, 37: Sayı 3, 1963.
10. Temel Sağlık Hizmetleri. GPE Eğitim Materyali, 2000.
11. Criteria for General Practitioner Trainers. Adopted by the UEMO Plenum Meeting in Paris, May 1992. In: European Union of General Practitioners Reference Book 2000-2001.
- H. 12. Bergen, J. GP in Europe- the G.P. and the European Union. www.uemo.org 06. 08. 2002.
12. *UEMO Reference Book 2000-2001*, Edited by T. E. Kennedy.
13. UEMO Questionnaire on the Current Status of Specific Training in General Practice. In: *UEMO Reference Book 2000-2001*, 148-151.
14. Jarmatz, H. The Specialty/Generalist Dilemma in General Practice. In: *UEMO Reference Book 2000-2001*, 71-72.
15. Türkiye’de Genel Pratisyenlik Enstitüsü Kuruluş Çalışmaları. Türk Tabipleri Birliği, Mayıs 1999.
16. <http://www.saglik.gov.tr/extras/istatistikler/apk2001/042.htm>
17. TTB Genel Pratisyenlik Enstitüsü Çalışma Raporu 1998-2000.

**(TTB GPE Genel Pratisyenlik Mesleki Eğitimi
Temel Modüller Eğitim Programı, 2003)
(Dr. Hüseyin Demirdizen ile ortak yayım)**

A UNIQUE MODEL IN GENERAL PRACTICE TRAINING: TURKISH MEDICAL ASSOCIATION'S INSTITUTE OF GENERAL PRACTICE *

INTRODUCTION

The significance of primary health care regarding community health in Turkey, had been established long before the Alma-Ata Primary Health Care Conference. The legislation on the socialization of health services was adopted in 1961 and the implementation of the socialized health services was started in 1963. The health centers established according to the socialization of health services are still in practice 40 years after the initiation of the first primary health care unit in the country.

A number of national and international expert opinions point to the specific need of a well-trained physician oriented to primary health care (PHC), namely the general medical practitioner (GP) (1). Primary health care premises are the workplace of GP's where integrated health services, including promotive, preventive and rehabilitative aspects, are provided comprehensively and continuously to all members of the society in equity. PHC is the point of first contact of the health system and should be accessible to all people without discrimination regarding age, gender, disease or any other characteristics. The function of the GP is to guarantee the quality of the services of the primary health care organisation (2, 3). Professor Dr. Nusret Fisek, the founder of the socialized health system in Turkey had pointed out to the necessity of a specialization oriented towards general practice and PHC (4).

The objective of this presentation is to describe the structure, organization, educational activities and the future perspectives of the Turkish Medical Association's (TMA) Institute of General Practice, established for the purpose of specific vocational training in general practice for the final aim of increasing the quality of care in PHC.

International Progress and Documents on General Practice

The last 2-3 decades of the 20th century experienced magnificent changes in medicine and specialization has increased both in number and in depth, resulting more than ever in the need of a multi-function physician to evaluate the individual patient and the community in a comprehensive manner. Specific vocational training in general practice has become a focus of special interest in Europe during the last two decades. The European Community has developed certain criteria for the training required of GP's to provide PHC of high quality in order to promote community health. A great majority of the European countries have developed GP training programs in compliance with the EU principles and criteria. With the EC Directive EC 86/457, specific vocational training in general practice is recognized by all EC countries since 1990 (5).

Consequently, all new general practitioners appointed to work in the social security system of EC countries from 1995 on must have received a minimum of two years vocational training (93/16/EEC). European Union of General Practitioners (UEMO), representing 400 thousand GP's throughout Europe has insisted on a minimum period of three years for GP vocational training, considering the contents and the quality of the profession (6).

The European Union (EU) has recently become more involved in health and health manpower affairs. EU Doctors' Directive 93/16/EEC has guaranteed high quality training for both specialists and GP's. The efforts of UEMO at the European Parliament

has ended up by an amendment of Directive 93/16, increasing the duration of vocational training of GP's to three years, starting January 2006 (7, 8) .

The features of general practice training programs differ broadly even in the EU countries. The general practitioners of Europe agree on the necessity of a common European core content for vocational training in general practice. A number of activities have been performed by relevant organizations in efforts to develop documents setting up minimum standards for GP specific vocational training. These documents include (9):

1. UEMO Policy Statement (Adopted 1991, expanded 1991 and 1995)
2. UEMO Criteria for General Practitioner Trainers (Adopted 1992)
3. UEMO Consensus Document on Specific Training for General Practice (Adopted 1994, in cooperation with the European Commission, World Organisation of Family Physicians [WONCA]), International Society of General Practice [SIMG] and WHO Regional Office for Europe).

UEMO has also developed particular documents on specific issues of the general practice discipline such as equal opportunities, cancer training, palliative care, shared care, continuing medical education, therapeutic prescription and telematics.

General Practice Vocational Training in European Countries

The specific vocational training in general practice presents differing features in the countries of Europe. As a common characteristic, the adopted minimum period of two years is generally implemented throughout the countries. In a similar way, the criterion of assuming control of all the training process by GP trainers is accepted and implemented in most of the countries.

The prerequisite for GP trainers is proper selection and trainers' training education.

On the other hand, other aspects of the vocational training programs are far from being standardized (10). The necessity of a core curriculum for all European countries is emphasized by the experts on the discipline. The question on whether GP is a specialist or not is currently answered by the diverse characteristics and jobs of the GP and the relevant education-training program, which obviously demands a different kind of specialty training (11).

THE ACTIVITIES OF THE TURKISH MEDICAL ASSOCIATION AND THE FOUNDATION OF THE INSTITUTE OF GENERAL PRACTICE (IGP)

Introduction

The Turkish Medical Association (TMA) has endeavoured to point out to the community-based solutions of health problems prevailing in the country, starting as early as the mid 1970's. The necessity of a well-trained general physician working at the frontline of the health system has been emphasized in almost exclusively all activities of TMA. The adoption by the Turkish Parliament of "the Law on Full-time Employment of Public Doctors" was a consequence of the intense efforts of the executives of the TMA in 1979. The public benefits of this legislative action was experienced all over the country.

TMA has also supported the socialized system for the last three decades, in spite of the negligence of the primary health care system by governments, who promoted secondary health services and continued to construct hospitals.

The governments of the 1980's adopted the objective of increasing the number of physicians in the management of health care problems. A number of new medical faculties without adequate infrastructure were founded and the number of the medical students in the previous faculties were increased without any improvement of the facilities. These conditions resulted in a degradation of the quality of the medical manpower in the country. The governments continued these policies disregarding the opposing opinions of the relevant expert groups and organisations, including the TMA (12).

The increases in the number of doctors ended up with an enlargement of the GP population both in size and in proportion because of the limitations of specialisation chances. Only about 10% of the medical graduates were able to start post-graduate specialist training. Consequently, the proportion of GP's rose up to 39% in 1980's and to over 50% in 1990's, compared to the 36% of 1970's (12, 13). The ratio of GP/specialist was 58% in 1998. According to the data of 2000, 53% of the total 89 thousand doctors were GP's, whereas 47% were specialists (14). The distribution in years of GP's and specialist doctors is reflected in Table 1. The conspicuous increases in the number and proportion of GP's started a debate on the discipline of general practice.

The Establishment of the IGP and Relevant TMA Activities

Realizing the meaning and importance of the general practice discipline and primary health care services, a group of GP's started a discussion in the TMA late 1980's and early 1990's. The TMA General Practitioners' Division (TMA GPD) was established in 1989 and branches of the Division were organised in medical chambers throughout the country. One of the subjects of interest in the GPD was GP vocational training, which ended up in the formation of a new working group to concentrate on GP training.

The working group on the vocational training for general practice started activities to evaluate national and international experiences. Data were collected on country practices and representatives of GPD attended international meetings, including UEMO plenums.

In the light of all the experience and data collected, the GP's organised in TMA declared that general practice is a specific medical discipline, after a workshop in Bolu attended by GP's from all over the country.

Afterwards, discussions on the need for the institutionalization of general practice vocational training started among the GP's of the GPD. This new concept was considered and evaluated broadly among the GP's of the TMA. Finally, the establishment of the Institute of General Practice under the organisational responsibility of TMA was approved by the Annual National Congress of TMA in 1996. After technical preparations of two years, TMA Institute of General Practice (IGP) was founded in 1998 (12).

ACTIVITIES OF THE INSTITUTE OF GENERAL PRACTICE (1998-2004)

Definition and Objectives

The TMA IGP, established to organize the post-graduate education and training of GP's working in PHC settings was defined in the *IGP Regulations* as follows (15):

"TMA IGP is an autonomous institution with representatives of other relevant organisations established under the organisational responsibility of TMA to organize the vocational training in general practice."

Organisation

Central Bodies of IGP:

The foundation of IGP was followed by the formation of an Executive Board (EB), some members of which were from the IGP Working Group, to work in the transitional period of general practice training. An Executive Committee, a president and a general secretary were elected from among the Executive Board. The composition and functions of the EB were described in the *IGP Regulations* as follows (15):

“The IGP EB comprises 21 members, who are elected:

**5 members from IGP General Assembly (GPD in the transitional period)*

**5 members from the GP Trainers Board*

**2 members from the IGP Scientific Advisory Board*

**4 members from the TMA divisions (2 of whom come from the GPD)*

**2 members from the General Practitioners’ Association*

and

**1 member representing the medical faculties*

**1 member representing the Ministry of Health*

**1 member representing the Ministry of Labor .”*

The EB elects a president, a general secretary and the Executive Committee.”

Another central structure of the Institute is the Scientific Advisory Board.

The composition and functions of the Board were described in detail in the *Regulations*.

The Scientific Advisory Board comprises two representatives from each of the six basic modules, one member from each of the 12 clinical modules, 5 members from the IGP General Assembly, one representative of the Continuing Medical Education Journal of TMA, one member from the General Practitioners’ Association and the general secretary of IGP. The Board convenes every three months.

The third central body of the IGP is the GP Trainers Board. As described in the *IGP Regulations*,

“The GP Trainers Board comprises GP trainers elected from among the GP trainers in the various regions of the country. The Board convenes every three months.”

The regions have been determined by the IGP EB . At the present time, there are 10 regions throughout the country, where GP trainers have formed groups to train other GP’s in the region.

IGP General Assembly

The utmost body of the IGP is the IGP General Assembly, where the basic policies of IGP are determined. According to the definition in the *Regulations*:

“IGP General Assembly, comprising all GP trainers of the IGP, is the body which determines the fundamental policies of IGP. The Assembly elects five members for representation in the IGP EB and five members for the Scientific Advisory Board” (15).

IGP Regions and Local Bodies

The regional organisation of IGP is made up of two bodies as a projection of the central IGP organisation. The regional activities of IGP, formerly performed by the GP commissions organized in the local medical chambers are in the responsibility of these local IGP bodies since the beginning of 2003, namely the IGP regional committees and the local GP trainers' committees.

IGP Regional Committee is described in the *Regulations* as follows:

“The IGP Regional Committee comprises representatives of the following groups: Local medical chamber, GP committee of the medical chamber, local health administration, local medical faculty, General Practitioners' Association local branch. The committee is responsible for organising the GP training activities in the region on behalf of the IGP.”

According to the *Regulations*,

“IGP local GP Trainers' Committee is formed by all the GP trainers in the region. During the transitional period, it is sufficient to have attended the training course of one of the six basic modules to become a member of the local GP Trainers' Committee, valid only on the condition of continuing the rest of the training program.

Methods of Training and GP Trainers

The IGP has adopted a group-based modular training program using interactive and participatory methods and basically taking place at the PHC settings (12,16).

The trainers are selected experienced GP's working at the health centers of the socialized public health system, preferably with training experience and willing to take part in the GP education program.

Contents of Vocational Training and Relevant Activities

IGP Modules

The contents of the GP training program of the IGP were finalized after the discussions in the EB of IGP with consideration of the feedback from the field, reflecting the opinions of GP's working in PHC centers. The final decision of the EB was that the program would consist of six basic and 12 clinical modules. The modules are listed below:

Basic modules of IGP GP vocational training program:

1. The philosophy and fundamental features of general practice
2. Training skills
3. Communication skills
4. Epidemiology for PHC
5. Health administration
6. Utilization of computers at PHC

Clinical modules of IGP GP vocational training program:

1. Emergency medicine
2. Risk groups: Child care
3. Risk groups: Geriatrics

4. Risk groups: Health of the working people
5. Forensic medicine
6. Reproductive health
7. Chronic diseases
8. Minor surgery
9. Laboratory and radiology for PHC
10. Environmental health
11. Mental health
12. Infectious diseases

Workshops for the aims and learning objectives of the modules

The first activity of IGP with broad participation was the workshop on the aims and learning objectives of the basic educational program, organized on 5-8 November 1998 in Ankara.

A total of 33 physicians consisting of GP's, family physicians and public health specialists attended the meeting. The aims and learning objectives of the basic modules were determined at this workshop.

A similar workshop was organised for the clinical modules on 12 -13 June 1999 in Ankara with the participation of 77 physicians, comprising both GP's and clinical specialists. In this workshop, the aims and learning objectives of the 12 clinical modules were determined (17).

Training courses for GP trainers

The IGP EB and the Scientific Advisory Committee jointly decided to start the education of GP trainers by training skills courses. Thus, the first trainer groups were determined to initiate the courses. The first course of the IGP was organised in İstanbul on 22-26 November 1999, which was a "Training Skills" course. Since then, 62 courses of basic modules have been organised in different regions of the country. The number of trainees who have started the IGP educational program is 260. Of these, 72 trainees have completed the six basic modules, as of May 2004 (Table 2). The GP trainers' training program is to continue in the coming years to manage the education of the great number of GP's in the country. The training program for GP trainers was published by the IGP in 2003 (16).

Transitional Period

The duration of the post-graduate educational program of GP's in Turkey is determined as three years by TMA IGP. However, the duration of the program in the transitional period evidently will be shorter and planned to be one year. The transitional period for GP training in Turkey is defined as follows by the IGP:

"The transitional period is the interval of voluntary GP training program, which will last until the recognition of general practice as a specific medical discipline by the national authority." (15)

At the present time (May, 2004), the training programs for all the IGP modules are being developed and modified for the field training of GP's working at PHC settings and specifically the health centers of the socialized system. The GP's have been informed about the IGP program and the training of voluntary GP's shall be started in summer 2004 at the different regions by the IGP GP trainers at the region.

CONCLUSION

The GP education and training program of IGP has been developed in compliance with the maximum content of the European and other country programs. The program has also utilized the national experiences of the previous GP training programs oriented towards PHC in Turkey. Nevertheless, the IGP program is a unique model, covering a broad area of the knowledge and skills needed for the general practice discipline and practice. Another characteristic of IGP is that all of the activities have been realised by national nongovernmental facilities and manpower, with almost no support from the government.

Another important feature of the IGP experience is the democratic, voluntary and participative nature of the activities in the whole progress. The TMA IGP is a unique experience started and developed creatively by GP's actively working in the field, by the assistance and guidance of their professional organisation, the Turkish Medical Association.

TABLES

Table 1: Specialist/GP Status In Turkey

| YEAR | NUMBER OF DOCTORS | | | | |
|------|-------------------|------------|----|--------|----|
| | TOTAL | SPECIALIST | | GP | |
| | NUMBER | NUMBER | % | NUMBER | % |
| 1950 | 6.895 | 3.647 | 53 | 3.248 | 47 |
| 1955 | 7.077 | 3.192 | 45 | 3.885 | 55 |
| 1960 | 8.214 | 4.181 | 51 | 4.033 | 49 |
| 1965 | 10.895 | 6.657 | 61 | 4.238 | 39 |
| 1970 | 13.843 | 8.818 | 64 | 5.025 | 36 |
| 1975 | 21.714 | 12.698 | 58 | 9.016 | 42 |
| 1980 | 27.241 | 16.699 | 61 | 10.542 | 39 |
| 1985 | 36.427 | 20.878 | 57 | 15.549 | 43 |
| 1990 | 50.639 | 24.900 | 49 | 25.739 | 51 |
| 1993 | 61.050 | 26.322 | 43 | 34.728 | 57 |
| 1994 | 65.832 | 27.564 | 42 | 38.268 | 58 |
| 1995 | 69.349 | 29.846 | 43 | 39.503 | 57 |
| 1996 | 70.947 | 31.126 | 44 | 39.821 | 56 |
| 1997 | 73.659 | 32.511 | 44 | 41.148 | 56 |
| 1998 | 77.344 | 34.189 | 44 | 43.155 | 56 |
| 1999 | 81.988 | 36.854 | 45 | 45.134 | 55 |
| 2000 | 88.768 | 41.717 | 47 | 47.051 | 53 |

(Reference: 13)

Table 2. IGP Basic Module Training Courses

| Module | Number of courses | Duration (hours) |
|----------------------------|-------------------|------------------|
| Training skills | 14 | 40 |
| Communication skills | 10 | 32 |
| Utilization of computers | 9 | 40 |
| GP philosophy and features | 11 | 32 |
| Health administration | 10 | 32 |
| Epidemiology | 8 | 40 |
| Total | 62 | 216 |

REFERENCES

1. Price-Waterhouse Danışmanlık Şirketi Master Plan Etüdü, 1990.
2. Çiçeklioğlu, M. Sağlık Hizmet Araştırmalarında Farklı Bir Yaklaşım: Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. *Toplum ve Hekim*, 13: 328-333. (Eylül-Ekim 1998)
3. Belek, İ. Türkiye’de Aile Hekimliği Modeli: “Herkes İçin Sağlık” Perspektifli bir Değerlendirme. *Toplum ve Hekim*, 12 (78):8-17. (Mart-Nisan 1997)
4. *TTB Haber Bülteni*, Sayı 18, Nisan 1989.
5. Criteria for General Practitioner Trainers. Adopted by the UEMO Plenum Meeting in Paris, May 1992. In: *European Union of General Practitioners Reference Book 2000-2001*, 24-25.
6. UEMO Policy Statement (1990, Amended 1991, 1995). In: *UEMO Reference Book 2000-2001*, Edited by T.E. Kennedy, 16-18.
7. Bergen, J. GP in Europe- the GP and the European Union. www.uemo.org 06.08.2002.
8. Fabian, C. The Future General Practitioner/Family Doctor in Europe- A Specialist. www.uemo.org (Visited May, 2004)
9. *UEMO Reference Book 2000-2001*, Edited by T.E. Kennedy.
10. 10 .UEMO Questionnaire on the Current Status of Specific Training in General Practice. In: *UEMO Reference Book 2000-2001*, 148-151.
11. Jarmatz, H. The Specialty/Generalist Dilemma in General Practice. In: *UEMO Reference Book 2000-2001*, 71-72.
12. *Türkiye’de Genel Pratisyenlik Enstitüsü Kuruluş Çalışmaları*. Ankara, Türk Tabipleri Birliği, Mayıs 1999.
13. <http://www.saglik.gov.tr/extras/istatistikler/apk2001/042.htm>
14. *Türkiye Sağlık İstatistikleri 2000*, Ankara, Türk Tabipleri Birliği, 2000.
15. GPE Çalışma Yönergesi (2003). *TTB Genel Pratisyenlik Enstitüsü Çalışma Raporu 2002-2004*, Ankara, Türk Tabipleri Birliği, 2004, 75.
16. *TTB Genel Pratisyenlik Enstitüsü Genel Pratisyenlik Meslek Eğitimi Temel Modüller Eğitim Programı*. Ankara, Türk Tabipleri Birliği, 2003.
17. *TTB Genel Pratisyenlik Enstitüsü Çalışma Raporu 1998-2000*, Ankara, Türk Tabipleri Birliği, 2000.

(*Turkish Journal of Public Health*, 2004; 44-49)

(www.uemo.org web sayfasında yer almaktadır)

* “Pratisyen Hekimlikte Özgün Bir Model: Türk Tabipleri Birliği Genel Pratisyenlik Enstitüsü” başlıklı yazının yayın tarihine göre güncelleştirilmiş İngilizce versiyonudur.

GENEL PRATİSYENLİK ENSTİTÜSÜ'NÜN MESLEK EĞİTİMİ PROGRAMI ÜZERİNE

Sorularımızı GPE Yönetim Kurulu Başkanı ve Yayın Kurulu üyemiz Doç. Dr. Özen Aşut yanıtladı. Dr. Aşut, GPE'nin çalışmalarını, hazırlanan meslek eğitimi programının özelliklerini ve başka programlardan farklılığını şöyle açıkladı:

STED: GPE'nin amacı nedir?

TTB'nin örgütsel yapısı ve sorumluluğu altında, TTB'de çalışan pratisyen hekimlerce 1998'de kurulan GPE'nin temel amacı, Türkiye'de pratisyen hekimlerin meslek eğitimi programını hazırlamak ve ilk eğitimcilerini yetiştirmek, ortaya konan eğitim programını eğitici genel pratisyenlerce, birinci basamak sağlık hizmeti veren pratisyen hekimlere çalışma alanlarında uygulamaktır. Böylece birinci basamak sağlık hizmeti ortamına, sonuçta ülkenin sağlık sistemine ve toplum sağlığına olumlu bir etki yaratmak hedeflenmektedir.

STED: Eğitim öncelikle hangi hekimlere verilecek?

GPE çalışmalarında gönüllülük temel ilkedir. İsteyen her pratisyen hekim GPE'nin eğitim programına katılabilecektir. Ancak asıl amacımız birinci basamak sağlık hizmetine nitelikli hekim yetiştirmek olduğundan, öncelik sağlık ocaklarında çalışan pratisyen hekimlerindir. Özellikle alanda yapılacak eğitimin ağırlıklı olarak ocak hekimlerine yönelik gerçekleştirilmesi için özen gösterilecektir.

STED: GPE eğitim programının oluşturulma sürecini ve halen hangi aşamada olduğunu kısaca özetler misiniz?

GPE'nin kuruluşundan kısa bir süre sonra, genel pratisyenlik meslek eğitiminin içeriği belirlenmiş ve atölye çalışmaları ile eğitimin amaç ve öğrenim hedefleri saptanmıştır. Meslek eğitimi, temel modüller ve klinik modüller olarak iki bölüme ayrılmıştır. Altı temel modülün eğitimi, eğitici yetiştirmeye yönelik biçimde 2000 yılından beri sürmektedir. On klinik modülün programı ise, önümüzdeki günlerde yapılacak atölye çalışmasından sonra, 8. Pratisyen Hekimlik Kongresi'nde pratisyen hekimlerle buluşarak son biçimine getirilecektir. Daha sonra klinik modül eğitimlerinin birinci basamak sağlık ortamlarında, yani sağlık ocaklarında uygulanmasına başlanacaktır.

STED: Genel pratisyen eğitimciler nasıl seçilmektedir ve kaç eğitici yetişmiştir?

Genel pratisyen eğitimcilik ilkeleri arasında, gönüllülük, birinci basamak sağlık hizmetinde alan deneyimi, tabip odaları pratisyen hekim komisyonlarında etkinlik, birinci basamak sağlık hizmetinin önemini kavramak ve genel pratisyenlik felsefesini benimsemek sayılabilir. Bugüne değin 50 kursta yaklaşık 300 pratis-

yen hekim, temel modüller eğitim programımıza katıldı. 100'e yakın meslektaşımız altı modülün kursunu alarak, "Genel Pratisyen Eğitici" özelliğini kazandı.

STED: Halen GPE'nin çalışmaları hangi aşamadır?

GPE'nin temel modül eğitimleri eğitici yetiştirmeye yönelik olarak sürerken, bir yandan da alanda yapılacak temel modül eğitiminin programları hazırlanmaktadır. Alan eğitimlerinin 2004 yılı başlarında hekimlerle buluşması planlanmaktadır. Öte yandan, aynı tarihlerde klinik modüller eğitim programının başlatılması da öngörülmektedir. Şu anda özellikle klinik modül programlarını son biçimine getirmeye, geçiş dönemi süreçlerini tanımlamaya çalışıyoruz. Tüm bunları 2004 başına dek sonuçlandırmayı hedefliyoruz.

STED: Bir pratisyen hekimin GPE çalışmalarına katılabilmesi için nasıl bir yol izlemesini önerirsiniz?

Öncelikle pratisyen hekimlerin bir meslek grubu olarak daha büyük sayılarla bir araya gelmeleri, örgütlü güçlerini ortaya koymaları gerekli. TTB Pratisyen Hekimler Kolu ve tabip odaları pratisyen hekim komisyonları, Pratisyen Hekimlik Derneği şu anda geçerli olan adreslerdir. GPE çalışmalarına katılım, tabip odalarının pratisyen hekim komisyonları kanalıyla sağlanmaktadır. İstekli olan meslektaşlarımızın kendi tabip odalarına başvurmalarını, ayrıca mesleğin geleceği açısından, oda ve dernek çalışmalarına katılmalarını öneriyorum.

STED: Eğitimleri kim finanse etmektedir?

Eğitimlerin giderlerini TTB ve tabip odaları karşılamaktadır. İlkelerimize göre, nitelikli birinci basamak sağlık hizmeti ve ona yönelik meslek eğitimleri, toplum sağlığında gelişim sağlayacak başlıca etmenlerdendir. Bu nedenle tümüyle kamu finansmanını benimsiyoruz. Uluslararası standartlar da bunu gerektiriyor. Başka bir deyişle, Sağlık Bakanlığı'nın sorumluluğunu geçici olarak TTB üstlenmiş oluyor.

STED: Geçiş dönemi ile asıl dönemin ayrımları nelerdir?

Geçiş dönemi ve bu dönemin meslek eğitimine ilişkin tanımlarımız, *GPE Çalışma Yönergesi'*ne göre şöyle:

"e-Geçiş Dönemi (Gönüllü Eğitim Dönemi): Genel pratisyenliğin ülkemizde de bağımsız bir tıp disiplini olarak ulusal otorite tarafından resmen onaylanmasına kadar olan süreçtir.

f- Geçiş Dönemi Mesleki Eğitim Programı: Birinci basamakta çalışacak hekimler için, genel pratisyenlik mesleki eğitiminin zorunlu olacağı döneme kadar olan süreçte, birinci basamak mesleki deneyimi olan ve pratisyen hekimlik yapma yetkisini kullanan, gönüllü hekimlere uygulanacak, süresi ve kapsamı TTB GPE tarafından belirlenen programdır."

Tanımlardan da anlaşılacağı üzere, geçiş döneminde belirli süre pratisyen hekimlik deneyimi olan, meslek uygulaması içinde bulunan hekimler eğitim alacaklardır. Doğal olarak, asıl dönemin eğitim sürecine göre daha kısa ve daha sınırlı

bir programa katılacaklardır. Bu sürenin, hekimin deneyimi ve becerilerine göre, bir yılı aşmayan bir süre olması öngörülmektedir. Asıl eğitim ise yeni tıp fakültesi mezunlarına yönelik, uluslararası standartlara göre, yarısı uygulama ortamında olmak üzere, en az üç yıl sürmesi gereken meslek eğitimi programıdır.

STED: GPE'yi kimler desteklemektedir?

Kuruluşundan bu yana, GPE'nin asıl dayanağı kuşkusuz pratisyen hekimler, onların örgütü olan Pratisyen Hekimlik Derneği ve TTB-tabip odalarıdır. Ancak, çalışmaların başından beri, genel pratisyenlik felsefesini benimsemiş tıp fakültesi öğretim üyeleri, klinik dal uzmanları ve uzmanlık dernekleri, GPE'nin bugünkü aşamaya ulaşmasında önemli katkı sağlamışlardır. Özellikle temel modüllerin eğitim programlarının hazırlanış ve uygulanışında, halk sağlığı ve tıp eğitimi anabilim dallarının desteği belirleyici olmuştur.

STED: GPE'nin önündeki güçlükler ya da engeller neler olabilir? Meslek örgütünün çabaları ile tüm pratisyen hekimlerin eğitilmesi olanağı var mıdır?

Bu zor sorunun yanıtını, pratisyen hekimlerin kararlılığı belirleyecektir. Başka ülkelerde de pratisyen hekimlik meslek eğitimi ve pratisyen hekimlerin statüsü, pratisyen hekimlerin kendi çabaları ile kazanılmıştır. Türkiye'de de benzer bir durum yaşanabilir. Pratisyen hekimlerin etkin çabalarının nicel ve nitel bir güce ulaşmasıyla birçok sorun çözüme ulaşabilir. Pratisyen meslektaşlarımızın zoru başaracağına inanıyorum.

(Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, Temmuz 2003)

GENEL PRATİSYENLİK ENSTİTÜSÜ'NÜN GEÇİŞ DÖNEMİ EĞİTİMİ

Türk Tabipleri Birliği Genel Pratisyenlik Enstitüsü (TTB GPE) Birinci Genel Kurulu 10 Nisan 2004'te Ankara'da toplandı ve genel pratisyenlik meslek eğitimi konusunda önemli kararlar aldı. TTB GPE'nin ülke düzeyindeki pratisyen hekimlere, genel pratisyenlik meslek eğitimini uygulamak üzere yetiştirdiği genel pratisyen eğitimcilerin oluşturduğu Genel Kurul, önümüzdeki dönem eğitim etkinliklerini sürdürme konusundaki kararlılığı dile getirdi.

Genel Kurul'a TTB GPE Yönetim Kurulu'nca bir çalışma raporu sunuldu. Daha sonra "Sağlıkta Dönüşüm Projesi"nin eleştirisi yapıldı. "Sağlık ocaklarımız üniversitemizdir" diyen pratisyen hekimler, Sağlık Bakanlığı'nın sağlık ocaklarını özelleştirme projesine karşı çıkarak, birinci basamak sağlık örgütünün tümüyle kamu hizmet ve eğitim birimleri olması gereğini vurguladılar; döner sermaye uygulamalarını eleştirdiler.

Daha sonra 2004 yılı içinde GPE'nin başlatacağı "meslek eğitimi alan programı" Genel Kurul'da tartışmaya açıldı. Sağlık ocaklarında çalışan pratisyen hekimlere yönelik olarak uygulanacak ve *temel modüller programı* ile *linik modüller* olmak üzere iki bölümden oluşan geçiş dönemi alan eğitimi programı genel kabul gördü. Alan eğitimlerine gönüllü olan tüm pratisyen hekimler başvurabilecek. Geçiş dönemi eğitimi, hizmet ve görevleri aksatmayacak bir yaklaşımla sağlık ocaklarında gerçekleşecek ve toplam süresi bir yılı aşmayacak. Eğitimlerde eşgüdüm işlevini, bölge eğitim koordinatörleri sağlayacak. GPE'nin temel modüller eğitim programını almış olan koordinatörler, küçük grup dinamiğine dayalı, etkileşimli ve katılımcı merkezli bir yaklaşımla eğitimleri yürütecekler.

Genel Kurul'a katılan HÜTF dekanı Prof. Dr. İskender Sayek, AÜTF dekanı Prof. Dr. Tümer Çorapçıoğlu, TTB başkanı Dr. Füsun Sayek, hekim milletvekilleri, uzmanlık dernekleri temsilcileri, öğretim üyeleri ve diğer konuklar, GPE'nin çalışmalarını desteklediklerini belirterek dayanışma dileklerini iletiler.

TTB GPE GENEL KURUL KARARLARI (10 Nisan 2004, Ankara)

- 1- Altı bine yakın sağlık ocağı ve bu ocaklardaki sağlık çalışanlarını yok sayarak, sağlık hizmetlerinin tamamen özelleştirilmesi hedefinin birinci basamağa yansması olan; bir yandan pratisyen hekimleri işlevsizleştirecek, diğer yandan koruyucu sağlık hizmetlerini olumsuz etkileyecek, toplum sağlığını tehlikeye atabilecek "Aile doktorluğu modeli ülkemize uygun değildir" karar önerisi oybirliği ile onaylanmıştır.

- 2- Alan çalışmalarının bir an önce başlayabilmesi için tüm modül programlarının hızla son biçimine getirilmesi gerektiği oybirliği ile kabul edilmiştir.
- 3- TTB GPE tarafından 1998 yılında başlatılan “Genel Pratisyenlik Meslek Eğitimi” ülkemizde birinci basamak hekim insangücünün yetiştirilmesinde;
 - Meslek eğitimi müfredat programı
 - Eğitici eğitimi programı
 - Eğitim ortamı/süresi

ve diğer özellikleri açısından alanımıza yönelik uluslararası standartlara sahip tek eğitimidir.

Genel Kurulumuz, GPE Yönetim Kurulu’nu “Mesleki Eğitim Programı”nın bu özelliğinin, genel pratisyenlik ile ilgili uluslararası kuruluşlar nezdinde belgelenmesi/kabulü için gerekli girişimlerde bulunmakla görevlendirmiştir.

(Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, Mayıs 2004)

YENİ BİR YILA GİRERKEN

Sevgili arkadaşlar,

Acıları ve sevinçleriyle bir yılı daha geride bıraktık. Sonuna gelmiş olduğumuz 2004 yılının sevinci var mıydı diye sorulabilir belki. Dünya halklarının büyük çoğunluğu açısından sıkıntılar, acılar, çatışmalar ya da kıyımlardı yıl boyunca egemen olan. Bu yıl da ölüm kol gezdi yine. Yılın son günlerinde, halen 125 bin olarak dile getirilen, ancak daha da artması olası sayıda kitlesel ölüme yol açan büyük doğa olayı, uygun bir final oluşturdu bu acı dolu yıla.

Hiç kuşku yok ki, tüm olup bitenin nedeni insanın ta kendisiydi. Doğa olaylarında bile insanoğlunun önemli payı olduğu, uzmanlarca yeterli açıklıkta dile getiriliyor. Küreselleşme diye yeniden tanımlanan eşitsizlik ve sömürüye dayalı tek kutuplu dünya düzeni, 2004 yılı boyunca da dünyayı kana bulamış, Afrika'da olduğu gibi yoksul halkları kıskırtarak çatışma ve savaşlara yol açmış; ya da ABD emperyalizminin yaptığı gibi, kendisi masum halklara saldıracak ölüm yağdırmıştır.

Sömürü ve savaş düzeni, insanlığın ezici çoğunluğuna acı ve mutsuzluk getiriyor. Türkiye halkı da bu durumdan payına düşeni alıyor. Bugün ülkemiz tüm birikim ve değerlerin satışa çıkarıldığı bir ülke konumundadır. Seçim yasaının antide-mokratik özelliği sonucu, azınlık bir oy oranıyla çoğunluğu elde etmiş bir siyasal erk, emekçi kazanımlarını, halkın emeğinin ürünlerini satışa çıkarıyor. Özelleş-tirme her alanda temel hedef olarak kabul ettirilmeye çalışılıyor.

Koşullar pratisyen hekimleri de tam hedeften vurdu. Döner sermaye ve performans uygulamaları, halk sağlığı, etik, deontoloji ilkelerini yerle bir etti. Pratisyen hekimlere sağlık ocaklarında parasız hasta bakmama direktifleri veriliyor. Aile hekimliği pilot uygulamasına yönelik yasa ile birinci basamak sağlık örgütlenmesinin özelleştirilmesine yönelik ilk adım atılmış, süreç başlatılmış oldu. Oysa, birinci basamak ya da temel sağlık hizmeti toplumun cankurtaranıdır. Hasta ile hekim arasına hiçbir düzeyde, ama özellikle de temel sağlık hizmeti düzeyinde para ilişkisi girmemelidir. Sağlık ocakları toplumun son tutunacak dallarıdır. O da elden giderse, o dallar kırılmış, tutunacak yer kalmamış demektir.

Türkiye'de pratisyen hekimler işte bu koşullarda iyi hekimlik yapmak için olağanüstü çaba gösterdiler, gösteriyorlar. Pratisyen hekimler yaptıklarını, TTB yayınlarından *Tıp Dünyası* ve *STED (Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi)* sayfalarında, pratisyen hekimlik ve halk sağlığı kongre salonlarında, TTB PHK, PHD, TTB GPE toplantılarında, TTB etkinlik ve eylemlerinde, kamuoyuyla paylaştılar. Herkes tanıklık etti ki, altı bin sağlık ocağı başta olmak üzere, AÇS, acil servisler, kurumlar, vb birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan pratisyen hekimler, sağlık

sorunlarına ilk girişimleri yapıyor, çok yönlü ve başarılı meslek uygulamaları gerçekleştiriyor, giderek halkın güvenini kazanıyorlar.

Pratisyen hekimler, kendi eğitimlerini planlama ve uygulamada bu yıl önemli adımlar attılar. GPE'nin eğitici GP'leri, artık alanda GP meslek eğitiminin yaygın geçiş dönemi programını başlatma aşamasına ulaştılar. İlk uygulama olan Ankara deneyimi, ilgi duyan herkeste coşku yarattı. GPE'nin meslek eğitimiyle ilk kez tanışan katılımcılar, programın beklentilerinin ötesinde olduğunu ve eğitimi sürdürmek istediklerini belirttiler. Bunların yanı sıra, pratisyen hekimler kendi geleceklerine sahip çıkmak için, düzenlenen uyarı eylemlerinde de yer alarak seslerini duyurmaya çalıştılar.

Tüm bunlar, 2004'ün olumsuzlukları içinden süzülüp gelen umut ışıkları. Yaşadığımız onca sıkıntı arasında, ileriye bakma ve daha çok çalışma isteği yaratan gelişmeler yol gösterici oluyor. Artık hemen önümüzde olan 2005 yılında, pratisyen hekim hareketinin, karamsarlığa kapılmadan, tüm güçlüklerle göğüs gerektirerek yükselmesini, olumsuzluklara direnmesini diliyorum. Hedefimiz tüm pratisyen hekimlere meslek eğitimi programının uygulanmasını sağlamaktır. Başarılı olmanın yolu, güçlü biçimde birlik ve dayanışma içinde olmaktır.

Her şeye karşın güzel bir yıl için çaba göstermenizi, olanaklar elverdiğinde küçük küçük mutlulukları yaşamanızı öneriyorum.

(www.ttb.org.tr/gpe, 31. 12. 2004)

GENEL PRATİSYENLİK GEÇİŞ DÖNEMİ EĞİTİM PROGRAMI

Ankara'dan sonra altı il daha alan eğitimlerine başlıyor.

GPE'nin mezuniyet sonrası eğitim çalışmaları doğrultusunda yürütülen "Geçiş Dönemi Eğitim Programı", Ankara'dan sonra İstanbul, İzmir, Diyarbakır, Hatay, Trakya ve Samsun'da da başlatılmak üzere. Program, öncelik sağlık ocağı hekimlerinde olmak üzere, gönüllü tüm pratisyen hekimlere açık.

Türk Tabipleri Birliği Genel Pratisyenlik Enstitüsü (TTB GPE) Başkanı Doç. Dr. Özen Aşut, GPE'nin mezuniyet sonrası eğitim çalışmaları doğrultusunda yürütülen "Geçiş Dönemi Eğitim Programı"nın, Ankara'dan sonra altı ilde daha başlatılmak üzere olduğunu söyledi. İki ilde ise hazırlıklar sürüyor. Aşut, eğitim programının gönüllü olan tüm pratisyen hekimlere açık olduğunu bildirdi.

Bugüne kadar, kurslarda ders verecek eğitimcilerin eğitimini gerçekleştiren GPE, 24 Kasım 2004 tarihinden itibaren sağlık ocaklarında görev yapan pratisyen hekimlerin eğitimine başlamış, ilk kurs Ankara'da gerçekleştirilmişti. Doç. Dr. Özen Aşut, programın içeriğine, bugüne kadar yapılan çalışmalara ve bundan sonra yapılacaklara ilişkin olarak *Tıp Dünyası*'nın sorunlarını yanıtladı:

- GPE'nin mezuniyet sonrası eğitim çalışmalarıyla ilgili bilgi verir misiniz?

GPE'nin amacı, genel pratisyenlik meslek eğitimini düzenlemek. Bu eğitim birinci basamak sağlık hizmetinin niteliğini yükseltmeye yöneliktir ve tıp fakültesinden mezuniyetten sonra gerçekleştiriliyor. Bu eğitime, tıp eğitimini bitirmiş bir hekim katılabiliyor. Dünyadaki ölçütlerden biri de bu: Uzmanlık eğitiminin diğer alanlarında olduğu gibi, genel pratisyenlik alanında da meslek eğitiminin altı yıllık tıp eğitiminden sonra başlaması bir koşul. Biz de eğitimi buna göre düzenliyoruz. Asıl amacımız, birinci basamakta çalışan hekimin bu hizmete uygun olarak yetiştirilerek, nitelikli birinci basamak sağlık hizmeti vermesi.

- Geçiş dönemi eğitim programının özellikleri nedir?

GPE meslek eğitimi çalışmaları, 1998'de GPE'nin kuruluşundan sonra başladı. Programlar oluşturuldu, 2000'de de eğitici eğitimleri başladı. Çünkü meslek eğitimi ölçütlerinden biri de eğitim verecek olanların genel pratisyen olması. Bu nedenle, eğitici eğitimine öncelik verdik. 2000 yılından itibaren, kurslar biçiminde eğitici eğitimi başladı. Bugün 250'nin üstünde pratisyen hekim bu eğitimlere başlamış durumda. Kuşkusuz bu sayı yeterli olmayacak; bir yandan eğitici eğitimleri de sürecek ama biz bir yandan da alanda uygulanacak geçiş dönemi eğitiminin başlamasını öngördük. Bu eğitime yönelik programlar hazırlandı. Geçiş dönemi eğitiminin programı, eğitici eğitiminden farklı. Kasım 2004'te

Ankara'daki eğitimlerle başladı. Üç kurs yapıldı (Genel pratisyenliğin felsefesi ve temel özellikleri, eğitim becerileri, iletişim becerileri), yakında dördüncüsü yapılacak (bilgisayar kullanımı kursu).

Şu ana kadar bu eğitimi Ankara'da 20 kişi aldı.

- *Eğitim nasıl yapılıyor, biçimsel olarak?*

Ankara'daki eğitim kurs biçiminde sürüyor, ama asıl amacımız bu eğitimlerin sağlık ocağında, yani çalışma yerinde ve kurs biçiminde değil de, zamana yayılmış bir biçimde düzenlenmesi. Herkesin hem aradaki zamanları da değerlendirerek, hem de işini sürdürerek bu eğitime katılmasını istiyoruz. Buna göre, bir eğitici pratisyen hekim, çalıştığı yerde ya da yakın yerlerde çalışan ocak hekimleriyle bir grup oluşturarak bu gruba, hazırlanmış olan programı sunacak. Eğitimin bir kısmını hekimlerle tartışarak, bir kısmını da başka eğitimcilerin, uzmanların katılımını da sağlayarak gerçekleştirecek. Etkileşimli, öğrenci merkezli, katılımcı, sorun çözmeye dayalı eğitim yöntemleri uygulanacak. Bu eğitimin koordinasyonunu eğitici pratisyen hekimler sağlayacak. İşte bu eğitimcileri "GPE Eğitim Koordinatörü" olarak tanımlıyoruz.

- *Ankara'daki eğitim de bu şekilde mi gerçekleştirildi?*

Ankara'daki eğitimi bu şekilde yapamadık. Çünkü Ankara'nın çok değişik yerlerinden hekimler katıldı, bu nedenle eğitimi kurslar biçiminde sürdürüyoruz. Sonuçta bu eğitim yaygınlaştığında ve koşulların uygun olduğu yerlerde grup eğitimlerinin başlamasını öngörüyoruz.

- *Programın içeriği hakkında da bilgi verebilir misiniz?*

Meslek eğitimi iki bölümden oluşuyor: "Temel Modüller" ve "Klinik Modüller" bölümleri. Temel modüller bölümü daha çok eğitimin toplumsal ve halk sağlığı yönünü içeren iletişim, eğitim becerileri, genel pratisyenliğin felsefesi ve temel özellikleri, epidemiyoloji, sağlık yönetimi ve bilgisayar konularını içeriyor. Daha sonra da tıbbın klinik alanlarına yönelik olarak klinik modüller bölümü var. Bu bölüm de 10 modülden oluşuyor. Birinci bölümün yani temel modüllerin kurs biçiminde olabilmeye karşılık, klinik modüllerin tamamı yerinde eğitim biçiminde olacak.

- *Ankara dışında herhangi bir yerde alan eğitimine başlandı mı?*

Çalışmalar başladı. Enstitü'nün 10 eğitim bölgesi var şu anda. Bu bölgelerde bölge kurulları oluşturuldu. Bölge kurullarının işlevi, bölgesel olarak eğitimleri düzenlemek. Bu kurullar çalışmalarını sürdürüyorlar ve geçiş dönemi eğitim programı üzerinde çalışıyorlar. Mart ayında bu bölgelerden çoğunda eğitimin başlayacağı bilgisi verildi. Bu bölgeler arasında İstanbul, İzmir, Diyarbakır, Hatay, Trakya ve Samsun bulunuyor. Diğer iki bölge olan Adana ve Güney Ege'de (Aydın) ise hazırlıklar sürüyor.

GPE'nin merkez örgütlenmesinde bir Yönetim Kurulu ve bir Bilim Kurulu bulunuyor. Bilim Kurulu şu anda eğitimin klinik modüller bölümünün çalışmalarını

yürütüyor. Bu eğitimlerin de önümüzdeki günlerde hazır olacağını ve temel modüllerden sonra başlanacağını söyleyebiliriz. Eğitimin bu bölümü ağırlıklı olarak beceri eğitimine yönelik olduğu için, bu becerilerin kazanılması açısından sağlık ocağı dışında hastanelerden ya da başka sağlık kuruluşlarından yararlanılması söz konusu olacak. Bunun için bölgelerdeki hastanelerle ve özellikle eğitim ve üniversite hastaneleriyle ilişkilerimiz sürüyor.

- *Eğitim programına kimler katılabilir, katılım için belirli koşullar var mı?*

Enstitü'nün, katılımcılar açısından asıl ölçütleri gönüllülük ve pratisyen hekim olmaktır. Amacımız, isteyen herkesin bu eğitime katılabilmesi. GPE'nin genel pratisyenlik meslek eğitimi, tüm pratisyen hekimlere açık bir eğitim olacak. Özellikle sağlık ocağında çalışan hekimlerin bu eğitime katılmasını hedefliyoruz, önceliğimiz sağlık ocağı hekimleri. Çünkü eğitimimiz burada çalışan hekimlere yönelik.

- *Eğitimi alanların geribildirimleri nasıl? Sağlık ocağındaki çalışmalarına katkısı oluyor mu?*

Aslında uzun dönemde, eğitimi değerlendirme yöntemlerinden biri olarak, eğitim alanların hizmet yerindeki çalışmalarında ne kadar farklılık gösterdiklerini, yani eğitimden ne kadar yararlandıklarını ölçmek gerekir. Hizmetin niteliğindeki farkları saptamak, daha uzun dönemli bir değerlendirme yöntemidir. Sayı az olduğu için şu anda bunları yapacak durumda değiliz. Ama gözlemlerimiz çok olumlu. Eğitimlerimize katılanlar, şimdiye kadar yaptıkları pek çok şeyi daha değişik biçimde yapmaları gerektiğini fark ettiklerini söylüyorlar. Özellikle hasta-hekim ilişkisinde çok katkısı olduğunu belirtiyorlar.

- *Bu eğitimin yurt dışındaki örnekleri nasıl?*

GPE'nin eğitimi dünya ve özellikle de Avrupa'daki eğitimlerden yararlanarak düzenlendi. Pek çok ülkenin deneyimlerini arkadaşlarımız incelediler. Kimi yayınlar üzerinden, kimi yerinde görerek incelemeler yapıldı. Birçok ülkenin örneğinden yararlandı. Ayrıca ülkemizde daha önce yapılmış birinci basamağa yönelik eğitimler söz konusuydu. Onların deneyimlerinden de yararlandı. Ama sonuçta oluşturulan eğitim programı, tümüyle eğitim çalışmalarına katılan pratisyen hekimlerin ve bize katkıda bulunan uzman hekimlerin gerçekleştirdiği özgün ve kapsamlı bir program. Genel pratisyenlik alanı dünyada da oldukça yeni bir alan. Son 20 yılda hızlı bir gelişimi oldu. Bu açıdan, genel pratisyenlik meslek eğitiminin de hâlâ gelişme aşamasında olduğunu görüyoruz. Değişik programlar deneniyor. Türkiye'deki GPE eğitiminin bu programlardan esinlenmiş, oldukça gelişkin, kapsamlı ve özgün bir program olduğunu söyleyebiliriz.

- *Programı hangi olanaklarla gerçekleştiriyorsunuz, finans sorununu nasıl çözüyorsunuz?*

GPE'nin Yönetim Kurulu'nun bileşimine baktığımızda, TTB organlarının, Pratisyen Hekimler Kolu'nun, eğitim koordinatörlerinin ve Pratisyen Hekimlik Derneği'nin temsilcileri var. Ayrıca Sağlık Bakanlığı'nın, Çalışma Bakanlığı'nın ve üni-

versitelerin temsilcileri bulunuyor ama esas olarak çalışmalar TTB tarafından finanse ediliyor. Geçiş dönemi eğitim programının gerçekleşmesinde yerel olarak sağlık müdürlüklerinin, sınırlı da olsa katkıları oluyor. Ayrıca, burada olması gereken, Sağlık Bakanlığı'nın TTB ile yakın işbirliği içinde bu eğitimi ülke çapında yaygınlaştırmasıdır. Avrupa Genel Pratisyenler Birliği de (UEMO) bunu önermektedir. Eğitim tümüyle bir kamu görevi olarak ve kamu tarafından finanse edilerek yapılmalıdır.

- Bu eğitime katılmak isteyen bir pratisyen hekim ne yapmalı?

Daha önce de belirttiğim gibi, bu eğitime katılmak tümüyle gönüllülük temeline dayalı. Gönüllü olan herkesin katılabileceğini vurgulamak istiyorum. Bunun için özellikle tabip odalarının pratisyen hekim komisyonlarına başvurulması gerekiyor. Çünkü eğitim programının yerel düzeyde başlaması, tabip odalarının bu komisyonlarında çalışan eğitim koordinatörleri tarafından gerçekleştiriliyor. Yerelde pratisyen hekim komisyonları, tabip odaları ve merkezde Türk Tabipleri Birliği'ne başvurarak GPE eğitimlerine katılmak olanaklı. Şu anda eğitime katılanlardan herhangi bir ücret istenmiyor.

-Aile hekimliği ile ilgili olarak yürütülen yasal hazırlık, hem genel pratisyenlik alanını, hem de bugüne kadar bu aşamaya getirilmiş olan eğitim çalışmalarını nasıl etkileyecek?

TTB, birinci basamak sağlık hizmetinde, halen ülkemizde geçerli olan sosyalleştirilmiş sağlık örgütlenmesini ve sağlık ocaklarını benimsemektedir. Bu nedenle, bizim eğitimimiz de birinci basamak sağlık hizmetini bir kamu hizmeti olarak ele alan ve sağlık ocaklarından yürütülen birinci basamak sağlık hizmetinin niteliğini yükseltmeye yöneliktir. Birinci basamağın özelleştirilmesini hedefleyen aile hekimliği uygulaması bu nedenle bu eğitimle bağdaşmamaktadır. Birinci basamak sağlık hizmeti örgütlenmesi, herkesin eşit bir biçimde ulaşabileceği bir hizmet olmak durumundadır. Bu nedenle de herhangi bir kısıtlama ya da engel olmaksızın, herkes birinci basamak sağlık hizmetinden eşit biçimde yararlanabilmelidir.

GPE çalışmaları ve eğitimlerimiz bu anlayışla sürmektedir. Aile hekimliği alanındaki gelişmelerin bu çalışmaları etkilemesi söz konusu değildir. Kararlı eğitimcileri ile GPE yoluna devam edecektir.

- Son olarak eklemek istedikleriniz var mı?

Birinci basamağın geliştirilmesi için birinci basamaktaki araştırmaların da artırılması gerekiyor, eğitimimiz bunu da sağlamaya yönelik. Birinci basamak alanında bir eksiklik olan araştırmaların daha fazla yapılması, birinci basamakla ilgili veri/kanıt elde edilmesini ve hizmetin değerlendirilmesini sağlayarak, birinci basamak sağlık hizmetinin niteliğinin ve buna bağlı olarak da toplum sağlığının gelişmesine katkıda bulunabilecek sonuçlar yaratacak. GPE eğitimlerinin buna da katkı sağlayacağını umuyoruz.

Sonuç olarak, TTB Genel Pratisyenlik Enstitüsü (GPE) ve gerçekleştirilen genel pratisyenlik meslek eğitimi programı, oldukça uzun bir zaman diliminde çok

sayıda meslektaşımızın yoğun emeğiyle bugünkü aşamaya ulaşmıştır. Özellikle TTB çatısı altında 1989 yılından bu yana çaba gösteren pratisyen hekimlerin eğitim programlarının geliştirilmesinde ve uygulanmasında belirleyici rolü olmuştur. GPE'nin 1998'de kuruluşundan bu yana pratisyen hekimlerin yanı sıra pek çok üniversite öğretim üyesi ve başka kuruluşlardan uzman meslektaşlarımızın da özverili katkıları oldu, hâlâ da oluyor. GPE'ye ve pratisyen hekimliğe ilgi duyan hekimlerin sayısı giderek artıyor; özellikle pratisyen hekimlerin, Kol'da, Dernek'te, Enstitü'de görev alma istemlerinin çoğaldığını görüyoruz. Tüm bunlar, sağlık alanında yaşanan ciddi olumsuzluklara yanıt oluşturan sevindirici gelişmeler. Siyasal erkin, öbür sağlık kuruluşları gibi, birinci basamak kamu sağlık hizmetini de özelleştirme adımlarına karşı, hekimlerin birinci basamağa sahip çıktığının göstergeleri...

Bugün yapılması gereken, yeni model arayışları yerine, var olan sosyalleştirilmiş sağlık hizmeti sistemini ve sağlık ocaklarını desteklemek, günümüz koşullarında gerekli uyarlamalarla geliştirip güçlendirmektir. Bunun doğal bir uzantısı olarak da, bu örgütlenmeye uyumlu biçimde hazırlanmış olan TTB GPE'nin genel pratisyenlik meslek eğitimi programını benimsemek ve yaygın olarak pratisyen hekimlere uygulanmasını sağlamaktır. Böylesi bir yaklaşım, halen ülkemizin en önemli sağlık gereksinimi olan genel pratisyenliğe ilgiyi artıracak, birinci basamağın niteliğini yükselterek sağlık alanındaki kargaşayı olumlu yönde etkileyecektir.

(Tıp Dünyası, 15 Mart 2005)

GENEL PRATİSYENLİK KONUŞMALARI

GENEL PRATİSYEN HEKİMLİK KURULTAYI AÇIŞ KONUŞMASI

Sağlık Alanında İlerleme İçin Pratisyen Hekimlik

Türk Tabipleri Birliği çatısı altında gönüllü olarak çalışan meslektaşlarımız, yıllardır birinci basamak sağlık hizmetlerinin ve pratisyen hekimliğin önemini dile getirmektedirler. Temel sağlık hizmeti amaçlı, birinci basamak sağlık hizmeti örgütlenmesi ve pratisyen hekim (ya da birinci basamak hekimi) ülkemiz sağlık alanında herhangi bir ilerleme sağlayabilmenin vazgeçilmez önkoşuludur. Yıllardır bu uluslararası nitelik kazanmış örgütlenme ilkesini göz ardı eden hükümetler, başka çözüm olmadığını yavaş yavaş anlamaya başlamış ve birinci basamağa yönelik çeşitli modeller geliştirme çabası içine girmişlerdir. Aile hekimliği tartışmaları bunların en önemlisidir. Son Hükümet Protokolü'nde de, temel sağlık hizmetlerinin devlet eliyle verilmesinin sürdürüleceği yazılmıştır. Çünkü sağlık alanındaki kargaşaya başka bir çözüm üretilememiştir.

Sağlık Bakanlığı ve öbür yetkili kuruluşlar, ellerinde bulunan sağlık kaynaklarını en iyi biçimde değerlendirmek yerine, uygulanması olasılığı bulunmayan reformlar önererek, yılların boşa geçmesine yol açmaktadırlar. Aile hekimliği, hastanelerin özzerkleştirilmesi ya da özelleştirilmesi, sağlık sigortası, sözü edilen reformların başında gelmektedir. Oysa ülkemizde iyi-kötü, yeterli-yetersiz, uygun ya da uygun olmayan ama çalışır durumda yaklaşık 5 bin sağlık ocağı bulunmaktadır. O sağlık ocaklarında binlerce hekim görev yapmaktadır. Bu gerçek niçin göz ardı edilmektedir?

Ayrıca birinci basamak hizmeti verebilecek, gene ülke çapında örgütlenmiş ve hekim çalıştırmakla yükümlü, çok sayıda işyeri vardır. Sosyal Sigortalar Kurumu bünyesinde bu işyeri birimlerinin işlevselleştirilmesi, birinci basamak sağlık hizmetine yönelik önemli bir aşama olabilecektir.

Ülkemizde yeterli hekim vardır. Hekimlerin ve birinci basamak sağlık kuruluşlarının çağa uygun bir destek ve donanımına kavuşturulması ile, daha iyi sağlık sistemi ve daha nitelikli hekimlik doğrultusunda önemli adımlar atılabilecektir. Ancak, bunu gerçekleştirmenin yolu, pratisyen hekimlerin, emeklerine ve çabalarına karşılık gelen haklara kavuşabilmesidir. Bunların başında pratisyen hekimlik uzmanlık eğitimi ve sürekli eğitimi, adil atama –yer değiştirme sistemi, gerekli mevzuat değişiklikleri ve ücretler gelmektedir. Pratisyen hekimlerin kazanımları, pratisyen hekimliğin toplum içinde gerekli saygınlığa kavuşmasını da sağlayacaktır.

Pratisyen hekimlik ve birinci basamak sağlık örgütünün güçlendirilmesi için, TTB de içinde olmak üzere, herkesin yaratıcı ve yoğun çabalar içine girmesi gerekiyor.

Pratisyen hekimler, kendi ayakları üzerinde güçlü olarak durabilmeyi, artık başarmak zorundalar ve bunu gerçekleştireceklerinden kuşku duymuyorum. Özellikle TTB yapısı içinde çaba gösteren pratisyen hekimlerin ve Pratisyen Hekimlik Kolu'nun, birinci basamağın ve pratisyen hekimliğin –eğitim, istihdam, ücretlendirme, yasal düzenlemeler gibi-her alanına müdahale edebilmesinin gerekli olduğunu yineliyorum.

“Genel Pratisyenlik Kurultayı”nın, ülkemizin sağlık alanına ve hekimlerimize yeni bir ivme kazandırması ve başarı dilekelerimle, sevgi ve saygılar sunuyorum. Kurultay’a emeği geçen herkese TTB Merkez Konseyi adına teşekkür ediyorum, TTB'nin pratisyen hekimlere her tür desteği sürdürmeye kararlı olduğunu bir kez daha vurgulamak istiyorum.

(1 Haziran 1996, Ankara)

ALTINCI PRATİSYEN HEKİMLİK KONGRESİ AÇILIŞ KONUŞMASI

Sayın konuklar, değerli meslektaşlarım, sevgili pratisyen hekimler ve pratisyen hekim dostları,

Geride bıraktığımız ay içinde bir sağlık sorunum nedeniyle sık sık bir üniversite hastanesine gitmek durumunda kaldım. Bu süreçte bir kez daha pratisyen hekimliğin, birinci basamak sağlık örgütünün yaşamsal önemine kendim yaşayarak tanık oldum. Çünkü hastanede beni hastası olarak kabul eden bir doktor bulamadım. Ve bir pratisyen hekimin sıcaklığını aradım.

Ülkemizde üniversite hastanesinde öğretim üyeleri ne yazık ki, zamanlarını eğitimden çok hizmet sunumuna ayırmak durumunda kalıyorlar. Tıp öğrencileri eğitimi yetersiz buluyorlar ve kendilerine angarya yaptırıldığını düşünüyorlar. Üniversite hastanesi artık bir eğitim kurumu değil, piyasa kurallarının işlediği, kâr amacına yönelik bir ticaret kuruluşu durumuna gelmiş; daha doğrusu, buna zorlanmış. Herkes çok çalışmaktadır ama tüm çabalar amaç dışı yönlendirilmiş durumdadır. Yani amaç eğitim, araştırma hattâ hizmet değil, kuruluşu daha fazla kâr getiren bir işletme durumuna getirmektir.

İşte TTB'nin ve Pratisyen Hekimlik Derneği'nin pratisyen hekimlikle ilgili çabaları bu çarkı tersine çevirmek içindir. İkinci, hatta üçüncü basamağa yönlendirilmiş sağlık hizmeti sunumuna son verilmesi, sevk sisteminin işletilmesi ve birinci basamak örgütünün yeterli işleyişe ve donanıma kavuşmasının sağlanması gerekmektedir. Bunları gerçekleştirmenin birinci adımı, pratisyen hekimliğin önemini kavramak ve genel pratisyen yetiştirmeye yönelik eğitim etkinliklerini düzenlemektir. Çünkü genel pratisyenlikte nitelik (kalite), temel olarak hekimin bilgi ve deneyimine; temel tıp eğitimi, meslek eğitimi ve sürekli tıp eğitimi sırasında edindiği beceri ve tutumlara dayanır.

Avrupa Genel Pratisyenler Birliği (UEMO) ölçütlerine göre, genel pratisyenin meslek eğitimi altı yıl ya da 5500 saat tıp eğitiminin başarıyla tamamlanmasından sonra başlar. Meslek eğitiminin süresi en az üç yıl olmalıdır. 1990 UEMO Bildirgesi, genel pratisyenliği görevleriyle tanımlamaktadır. Genel pratisyenin (GP) görevi, yaş, cinsiyet, etnik grup ya da dinsel inanç ayrımı yapılmaksızın, tüm insanlara, yaşamlarının başlangıcından ölümüne değin kapsamlı sağlık hizmeti sağlamak ve sağlığın her yönüyle ilgili danışmanlık yapmaktır. GP'nin görevi korumadan rehabilitasyona uzanırken, kişinin aile, meslek ve toplumsal koşullarını dikkate almayı gerektirir. Böylesine kapsamlı bir görev tanımının koşulu kuşkusuz, çok iyi düzenlenmiş geniş bir meslek eğitimi ve sürekli tıp eğitimidir (STE).

GP'nin STE'si çok çeşitli biçimlerde gerçekleşebilir. STE'nin sürekliliği çeşitli etkin ve çağdaş yöntemlerle sağlanabilir. Ancak, zaman zaman düzenlenecek kongreler gibi yoğun ve kolektif eğitimler aracılığıyla, yapılan tüm çalışmaları buluşturma ve birleştirme ayrı bir anlam taşımaktadır. İşte bizim GP kongrelerimiz de böylesi etkinliklerdir. Bu yıl altıncısını gerçekleştirdiğimiz "Pratisyen Hekimlik Kongrelerinin", ülkemizde genel pratisyenliğin ilerlemesinde önemli kilometre taşları olduğunu görüyoruz.

Altıncı Pratisyen Hekimlik Kongresi, ne yazık ki insanlık için kötü bir dönemde, savaş koşullarında ve ülkemizin de bu savaşa katılmaya zorlandığı bir aşamada yapılıyor. Küreselleşme ve neoliberalizmin, azgın ve acımasız piyasa ekonomisi uygulamalarının halkları ne duruma getirdiği, eşitsizliklerin ne denli derinleştiği net olarak ortaya çıkıyor ve sonuç veriyor. İşte terörü yaratan da bu koşulların ta kendisidir, insanların umarsızlığının ve umutsuzluğunun bir yansımasıdır.

Bizler halkın içinde çalışan hekimler olarak, her gün insanlarımızın bunalımına tanık oluyoruz. Bizler herkese eşit, nitelikli ve ücretsiz sağlık hizmeti verilmesi gerektiğini biliyoruz. Ama piyasa kurallarının işlediği bir sistemde bunun olanağı olmadığını da biliyoruz. Ve savaş koşullarının tüm olumsuzlukları daha da derinleştirinceğinin bilincindeyiz.

Ben Kongremizin sürmekte olan savaşa ve ülkemizin herhangi bir biçimde bu savaşla ilişkilendirilmesine karşı bir tutum sergileyeceği inancıyla, bu Kongre'mizin de öncekiler gibi başarılı ve verimli geçmesini umuyor, Kongre'de pratisyen hekimlikle ilgili önemli bilgi ve deneyim aktarımlarının gerçekleşmesini, uzlaşma noktalarının bulunmasını ve sonuçta herkesin buradan güzel anılarla ayrılmasını diliyorum.

(18 Ekim 2001, Antalya)

YEDİNCİ PRATİSYEN HEKİMLİK KONGRESİ AÇILIŞ KONUŞMASI

Bir yıl çabuk geçiyor. Bir kez daha, pratisyen hekimlerin hep birlikte geleceklarını biçimlendirmelerine yönelik bir etkinlikte bir aradayız.

Yedinci Pratisyen Hekimlik Kongresi'nin pratisyen hekimler ve pratisyen hekimlik disiplini açısından yeni bir kilometre taşı olmasını diliyor, hepinize hoş geldiniz diyorum.

Geçen yıldan bu yana yaptıklarımıza göz attığımızda, pratisyen hekimlik alanında büyük aşamalar söz konusu olmasa da, küçük küçük adımların bir araya gelmesiyle ortak geleceğimize yönelik önemli ilerlemeler sağladığımızı görüyoruz. Her pratisyen hekimin, duvarın örülmesinde küçük küçük tuğlalarıyla belirleyici önemde payı olmaktadır ve olmaya devam edecektir. Çocuk felci alanında elde edilen başarı, bu gerçeğin çarpıcı bir örneğidir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 21 Haziran 2002 tarihinde Avrupa kıtasında poliomyelitini eradike edildiğini dünyaya duyurdu. Geride bıraktığımız ay içinde Kopenhag'da yapılan Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Bölge toplantısında bir kez daha dile getirilen bu başarıda hiç kuşkusuz Türkiye'de özveriyle çalışan pratisyen hekimlerin belirleyici rolü olmuştur. DSÖ Batı Avrupa Bölgesi'nin diğer üye ülkelerindeki meslektaşlarının yaklaşık onda biri kadar ücret alan pratisyen hekim meslektaşlarımızın gösterdikleri çaba, herkesçe kabul edilen ve kutlanmaya değer gerçek özveridir.

Altıncı Kongre'den bu yana geçen bir yıl içinde pratisyen hekimlik meslek eğitimi alanındaki çalışmalarımız aralıksız sürdü. Türk Tabipleri Birliği Genel Pratisyenlik Enstitüsü, bir yandan kuramsal etkinliklerini hızlandırıp birikimini artırırken, bir yandan da uygulama ve eğitici yetiştirme çabalarını yoğunlaştırdı. Eğitici kadrolarımız nicel ve nitel olarak gelişip güçlendi. Pratisyen hekim eğitimcilerin gelişme hızı gerçekten olağanüstü boyutlardadır ve bu durum "Pratisyen hekimlerin meslek eğitimi alanındaki eğitimcileri genel pratisyenler olmalıdır" tezimizin ne denli haklı ve doğru olduğunu göstermektedir.

Bir yıl içinde gerçekleştirilen çok sayıda temel modül kurslarımızla 200'e yakın pratisyen hekim, genel pratisyenlik eğitimciliği sürecine katılmışlar, eğitim programlarının belirlenmesinde söz ve karar sahibi olmuşlardır. Kurslarımızın önemli bir bölümünde, eğitimciler artık çoğunlukla pratisyen hekimlerdir. Belirlenen yedi bölgede Enstitü'müzün bölge kurulları oluşma aşamasındadır. Bunların hepsi pratisyen hekimlerin kendi öz güçleriyle gerçekleştirdikleri başarılardır.

Hiç kuşkusuz pratisyen hekimlerin başarısında, çatısı ve örgütsel sorumluluğu altında çalıştığımız meslek örgütümüz Türk Tabipleri Birliği'nin belirleyici önemde payı vardır. Dünyanın pek çok başka ülkesinde de meslek eğitimi programlarının oluşturulması ve uygulanmasında meslek örgütünün işlevi ve sorumluluğu bulunmaktadır. Ancak bu ülkelerde meslek örgütü ve pratisyen hekimler devletin tüm desteğini almaktadırlar. Planlanan ve uygulanan eğitim programları, resmi geçerliliği bulunan ve bu doğrultuda bireysel ve toplumsal sonuçları olan programlardır. Oysa ülkemizde özellikle genel pratisyenlik meslek eğitimi konusunda tüm çabalarımıza karşın Sağlık Bakanlığı'nın yeterli desteği sağlanamamıştır. Bu nedenle, Türk Tabipleri Birliği'nin ve bu çatı altında çalışan etkin pratisyen hekim arkadaşlarımızın, pratisyen hekimlik alanındaki inancı ve kararlılığı her tür övgünün üstündedir.

Bu Kongre'nin de ülkemizdeki genel pratisyenlik birikimine önemli katkıları olacağına inanıyorum. Tüm pratisyen hekim meslektaşlarımızı, alanımızın bugünü ve geleceğiyle ilgili daha fazla çaba göstermeye ve bu alana kararlı biçimde sahip çıkmaya çağırıyorum.

(10 Ekim 2002, Antalya)

SEKİZİNCİ PRATİSYEN HEKİMLİK KONGRESİ AÇILIŞ KONUŞMASI

Birinci Pratisyen Hekimlik Kongresi'nden bu yana 13 yıl geçti. Bu süre içinde yedi kongre gerçekleştirdik. İlk kongreden beri sürekli artan katılımcı sayısı bugün binlere ulaştı. Sekizinci Pratisyen Hekimlik Kongresi'nde yer almak üzere yaklaşık 2700 pratisyen hekim meslektaşımız başvurdu. Bu sayı, katılım yoğunluğu açısından Türkiye tıp ortamı kongreleri arasında birinci sıraya yükseldiğimizi gösteriyor. Ulaştığımız aşama çok sevindiricidir. Bundan, pratisyen hekimler ve örgütümüz Türk Tabipleri Birliği adına gerçekten kıvanç duyuyoruz. Kongrelerimizin düzenlenmesinde ve geliştirilmesinde emeği geçen herkese tek tek teşekkür borçluyuz.

Bugün geline noktaya kolay ulaşılmadı. Kuşkusuz her alanda olduğu gibi, pratisyen hekimliğin gelişimi için de, sayısız ve anlatılması güç çabalar harcandı. Arkadaşlarımız gecelerini gündüzlerine katarak özveriyle çalıştılar. Bu arada çeşitli sıkıntılar, güçlükler ve de pek çok sorun yaşandı, yaşanıyor. Eleştirilere göğüs gerildi. Zaman zaman, kurumumuzun amaçlarını meslektaşlarımıza anlatılmak için yoğun çaba göstermek durumunda kaldık. Pratisyen hekimliği küçümseyen, meslektaşlarımızın eğitimini gereksiz gören, TTB Genel Pratisyenlik Enstitüsü'nü sorgulayan eğilimlere karşı az enerji harcamadık. Birçok kesimden ve özellikle de yetkili kurumlardan gelen dirence karşı durmak gerekti. Bugün pratisyen hekimliğin önem ve değerinin tıp ortamlarımızda her geçen gün daha iyi anlaşılması, verilen emeğin boşa gitmediğini ortaya koyuyor. Gittikçe daha çok meslektaşımız, pratisyen ya da uzman olsun, pratisyen hekimliğin, bu alana yapılan yatırımın ve genel pratisyenlik meslek eğitiminin anlamını daha iyi kavrayarak yanımızda yer alıyor.

Türk Tabipleri Birliği yapısı içindeki Pratisyen Hekimler Kolu ve Genel Pratisyenlik Enstitüsü, pratisyen hekimlerin kendilerinin kurup geliştirdikleri uzmanlık derneği niteliğindeki Pratisyen Hekimlik Derneği ile bir bütünün işlevsel parçalarını oluşturuyor.

Pratisyen hekimliğin yol almasında başı çekmiş ve pratisyen hekimlik kongrelerini de düzenlemeyi üstlenmiş olan bu örgütlenmenin önemli destekleri bulunuyor. Başta Türk Tabipleri Birliği ve tabip odaları yönetimleri olmak üzere, TTB'nin sorumluluğunda bir araya gelmiş uzmanlık dernekleri, tıp fakültelerinin özellikle halk sağlığı ve tıp eğitimi anabilim dalları, birinci basamağın önemini kavramış klinik dal öğretim üye ve uzmanları, her zaman yanımızda gördüğümüz, gereksinim duyduğumuzda yardımımıza koşan destek güçlerimizdir.

Tüm bunların ötesinde ve üstünde, kuşkusuz pratisyen hekimliğin başat gücü pratisyen hekimlerdir. Her gün daha çok sayıda pratisyen hekimin bize katıldığına sevinerek tanık oluyoruz. Örgütümüzde yeni görev alan pratisyen arkadaşlarımız, gerçekten olağanüstü yaratıcılık örnekleri veriyor, uzun süredir bu alanda çalışanlara zenginlik katıyor, çalışmalara ivme kazandırıyorlar. TTB'nin başlattığı pratisyen hekim hareketi böyle yol alıyor ve güçleniyor.

TTB'nin pratisyen hekim hareketinin anlamı nedir? Bu saflarda yer almak, niçin başka bir yerde olmaktan farklıdır? Bize katılan, bizi destekleyen ya da bize hak verenlerin bu ayrımı bilerek yanımızda bulduklarından hiç kuşku duymuyorum. Bu seçim, bilinçle ve inançla yapılmaktadır.

Pratisyen hekim hareketimizin, yani TTB Pratisyen Hekimler Kolu, TTB Genel Pratisyenlik Enstitüsü ve Pratisyen Hekimlik Derneği üçlü örgütlenmesinin öngördüğü pratisyen hekimlik ilkeleri, temel olarak kamuculuk felsefesine dayanmaktadır.

Birinci basamak sağlık hizmetinin, sağlık sisteminin omurgasını oluşturmanın yanı sıra, temel sağlık hizmeti anlayışına dayalı olarak kamu eliyle ücretsiz verilmesi ana ilkedir. Başka bir deyişle, çağdaş anlayışa uygun olarak, eşit, kapsamlı ve bütüncül bir sağlık hizmetini amaçlıyoruz. Bu yaklaşım, aynı zamanda ekip hizmetini, toplum katılımını, koruyucu ve geliştirici hizmetlere öncelik vermeyi, eşitsizliklerle savaşmayı ve bütün bunları tıbbın elverdiği en üst düzeyde, nitelikli biçimde gerçekleştirmeyi gerekli kılıyor. Halktan sigorta, döner sermaye vb. adı altında ek vergiler, primler istemek, açıklanan sağlık hizmeti felsefesiyle tümüyle çelişen uygulamalardır. Bu nedenle, uluslararası finans güçlerinin dayattığı özelleştirme politikalarına karşı durmak gerekiyor. Pratisyen hekim, işte bu ilkelerle eğitilmiş ve donatılmış olmalıdır.

Biz, hazırladığımız meslek eğitimi ve sürekli eğitim programlarıyla, bu nitelikleri taşıyan hekimlerin sayısını artırmaya ve topluma verilen hizmette bir standart sağlamaya çalışıyoruz. Bu amaca ulaşmada insangücümüz, tüm pratisyen hekimlerdir; eğitim ve hizmet ortamımız ise sağlık ocaklarıdır. 40 yılı aşkın bir süredir tüm engellemelere göğüs gererek ayakta kalmayı başarmış olan sağlık ocakları kalelerimizdir. Sağlık ocaklarına sahip çıkacağız. Sağlık ocakları, bizim üniversitelerimizdir. Genel pratisyenlerden oluşan eğiticilerimiz, meslek eğitimimizi ülkenin her yerindeki sağlık ocaklarında gerçekleştireceklerdir.

Önümüzdeki süreçte, pratisyen hekimler daha ağırlıklı biçimde birinci basamak örgütlenmesi içinde yerini almalı, birinci basamağın ve pratisyen hekimliğin hak ettiği düzeye ulaşması için güçbirliği yapmalı, sağlık ocaklarımızı savunmalıdır.

Özverili pratisyen hekim topluluğu, önündeki ağır görevin bilincinde ve bunu başaracak güçtedir.

(Ekim 2003, Antalya)

(8. Pratisyen Hekimlik Kongresi- Kongre Program ve Özet Kitabı, 2003)

TTB GENEL PRATİSYENLİK ENSTİTÜSÜ BİRİNCİ GENEL KURULU AÇIŞ KONUŞMASI

Türk Tabipleri Birliği'nin örgütsel sorumluluğunda özerk bir meslek eğitimi çatısı olarak kurulmuş olan Türk Tabipleri Birliği (TTB) Genel Pratisyenlik Enstitüsü 6. yılını dolduruyor. Enstitü'nün temel amacı, birinci basamak sağlık hizmetinde etkin biçimde çalışarak tüm toplumun hekimi olacak pratisyen hekimin meslek eğitimini düzenlemektir. Bu amaçla yola çıktık. Pek çok güçlükler yaşadık. Ama sonunda Enstitü'yü kurumlaştırdık.

Uzun bir pratisyen hekimlik hareketinin sonunda kurulan Enstitü altı yılda önemli ilerleme sağladı. Enstitü örgütlenmesi altında oluşturulan genel pratisyenlik meslek eğitimi, ülkemiz koşullarına göre düzenlenmiş özgün nitelikleri olan, ancak uluslararası birikim ve deneyimleri de barındıran bir program içermektedir.

WONCA Avrupa seksiyonunun 2002 yılı bildirgesi genel pratisyenliği,

“Kendi eğitim içeriği, araştırması, kanıta dayalı ve klinik etkinlikleri olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak sağlık hizmetine yönelik bir klinik uzmanlıktır”

diye tanımlamaktadır. Bu bağlamda, genel pratisyenler disiplinin ilkeleri doğrultusunda eğitilmiş uzman hekimlerdir. Genel pratisyenlik disiplini terimi, alanın akademik temelini ve çerçevesini tanımlamak için kullanılmaktadır. Genel pratisyenlik uzmanlığı ise, bu akademik tanımı, uygulama içindeki uzman pratisyen hekimin gerçekliğine dönüştürmek için gereklidir.

Ancak genel pratisyenlik, öbür uzmanlıklardan farklılıkları nedeniyle, uzmanlıklar arasında yer almamakta, ayır bir alan olarak kabul edilmektedir.

Enstitü'nün geliştirdiği meslek eğitimimizin içeriği, uluslararası birikim ve yeniliklerden yararlanarak, alandan gelen pratisyenlerin deneyimlerinin harmanlanmasıyla ve uzun çalışmalar sonucunda somutlaştırılmıştır. Daha sonra ayrıntılarına yer vereceğimiz kapsamlı bir eğitim programı oluşturulmuş ve uygulamaya konmuştur. Tüm ülke çapında bir örgütlenme sağlanmış, ülkenin hemen her bölgesinden pratisyen meslektaşlarımız eğitim etkinliklerimize katılmıştır. Eğitici niteliği kazanan pratisyenler, kendi bölgelerine Enstitü'müzü ve eğitimleri yansıtmışlardır.

Bu noktaya tümüyle TTB'nin olanaklarıyla gelinmiştir. Bu bağlamda, katkıda bulunan herkese, tıp fakülteleri temsilcilerine, Sağlık Bakanlığı çalışanlarına, TTB ve tabip odalarına teşekkür borcumuz vardır.

Genel Kurulumuz Nasıl Bir Ortamda Yapılıyor?

Bugün on binlerce pratisyen hekimimiz ve binlerce sağlık ocağımız bulunmaktadır. Hizmetin niteliğini yükseltmeye çalışan meslektaşlarımıza sürekli kısıtlamalar getirilerek elleri kolları bağlanmaktadır. Yapılan düzenlemeler, daha iyi sağlık hizmetine değil, daha az kamu harcamasına odaklanmıştır. Güncel olarak getirilmek istenen sistem bilimsel gerçeklerle değerlendirildiğinde, halkın daha çok katkı payı ödemesine, hizmet paketinin daralmasına ve eşitsizliklerin derinleşmesiyle sağlık göstergelerinin daha da bozulmasına yol açacaktır. Reform adı altında uygulanan IMF ve Dünya Bankası programları birçok ülkede denenmiş ve başarısızlıkla sonuçlanmıştır. Bu konuda tek çözüm vardır: Sağlık alanını tümüyle özelleştirme programından çıkarmak.

Amacımız Nedir?

En yalın anlatımla, amacımız ülkemiz insanının, temel insan haklarından biri olan sağlık hizmetinden eşit yararlanmasına katkıda bulunmaktır. Bunu sağlamak için hizmete uygun eğitim almış hekim ve sağlık ekibi ile her açıdan yeterli birinci basamak örgütü olmazsa olmaz koşullardır. Ülkemizde sağlıkta çözümün iki anahtarı genel pratisyenlik ve sağlık ocaklarıdır. Bu koşulların var olduğunu, ancak bunu destekleyecek kamu desteğinde önemli ölçüde yetersizlik olduğunu söyleyebiliriz. İşte GPE birinci basamağa, sınırlı da olsa, meslek eğitimi kanalından bir müdahaledir. Sağlık hizmetinin kamusal olması ve nitelikli birinci basamak doğrultusunda önemli bir adımdır.

İlkelerimiz-İstemlerimiz

Herkese eşit, nitelikli, ücretsiz, sürekli hizmet.

Herkese gereksinimine göre ve temel bir insan hakkı olarak sağlık hizmeti.

Yetkin ve ekibiyle çalışan GP sağlık ocağı hekimi.

Nicel ve nitel yeterli sağlık ocakları.

Sağlık alanının özelleştirme kapsamından çıkarılması.

İşte bizim topluma dayalı sağlık programımızın temel dayanakları özetle bunlardır. Biz ülkemiz için en doğru, halkımız için en etkili ve yararlı, maliyet/yarar açısından da en verimli yol olarak bu ilkelere dayalı sistemi görüyoruz. Bunun için, 40 yılı aşkın bir süredir tüm engellemelere ya da ihmale karşın ayakta kalmış sosyalleştirilmiş sağlık hizmetini, 224 sayılı yasayı ve sağlık ocaklarını savunuyoruz. En doğru sistemin böyle olması gerektiğini biliyor, her gün insanlarımızın çektiği çileyi yeniden yeniden görüp onlarla birlikte yaşayarak, çözüm önerilerimizi bir kez daha, bir kez daha özümseyip ve ilgililere anımsatmaya çalışıyoruz.

Toplumcu bakışla örgütlenmiş, birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti, toplumsal yararın hep ön planda tutulduğu bir örgütlenme ve her aşamasında topluma dönük tıp eğitimi, başarılı bir sağlık sisteminin koşullarıdır. Biz genel pratisyenlik meslek eğitimi bu anlayışla planlayıp uyguluyoruz. Kuşkusuz he-

nüz yolun başındayız. Ama her koşulda sonuna dek gitmeye kararlıyız. Biz bunu yapabiliriz. Eğitim programımız, kamu sağlık hizmetini yetkin biçimde uygulayabilecek, toplum içinde çalışarak emeğinin karşılığını alacak bir genel pratisyen hekimi hedeflemektedir. Eğitim programlarımıza katılan hekimler, sonraki çalışmalarıyla amaçlara ulaştığını kanıtlamaktadırlar. Yetişen eğitici genel pratisyenler önümüzdeki dönem, alanda geçiş dönemi meslek eğitimini başlatarak, eğitimimizin daha çok sayıda pratisyen hekimle buluşmasını sağlayacaklardır.

Genel Kurulumuz'un GPE'nin gelecek dönem etkinliklerine ışık tutacak ve çalışmalarımızı daha verimli kılacak sonuçlar getirmesini diliyorum. Tüm pratisyen hekimlerin bu alanda pek çok yeni başarıya imza atacaklarına ve ülkemiz sağlık düzeyinin yükselmesine katkıda bulunacaklarına inanıyorum.

(10 Nisan 2004, Ankara)

ONUNCU PRATİSYEN HEKİMLİK KONGRESİ AÇILIŞ KONUŞMASI

Sayın konuklar, değerli meslektaşlarım;

Yeni bir kongrede gene hep birlikteyiz. Onuncu Pratisyen Hekimlik Kongresi'nin meslektaşlarımıza ve tıp ortamına önemli katkıları olacağına inanıyor, hepinizi TTB Genel Pratisyenlik Enstitüsü adına saygıyla selamlıyorum.

İlk Pratisyen Hekimlik Kongresi'nin üzerinden geçen 15 yıl, pratisyen hekimlere önemli deneyimler kazandırdı ve bu süreçte elde ettiğimiz birikimler bize yol gösterdi. Bugün meslek eğitimimizi düzenleyen bir Enstitümüz, gün geçtikçe gelişen ve uluslararası ilişkileri de olan bir uzmanlık derneğimiz ve TTB içinde pratisyen hekimlerin örgütlenmesi için çaba gösteren bir Kolumuz var. Ülkemizin dört bir yanında çalışan, tek başına bile olsa hizmet sunmak, yaşam kurtarmak ve iyi pratisyenlik yapmak için çabalayan pratisyen hekimlerimiz var.

Onuncu Kongremiz'de, 2005 yılının Kongresi'nde bunları anımsıyor ve hüzünlüyoruz. Çünkü tüm çabalara, tüm karşı duruşumuza karşın, sağlık alanında, tek bir sözcükle özetlemek gerekirse “özelleştirme” adımları gündemdeki yerini koruyor. Bir yandan Düzce'de aile hekimliği adı altında birinci basamak hekimini yalnızlaştırma ve yabancılaştırmaya yönelik girişimler sürerken, bir yandan da sağlık ocaklarını temel işlevlerinden koparmayı, ocak hekimini performans sınırlarına hapsedmeyi hedefleyen uygulamalar var. Oysa temel sağlık hizmeti kavramı ve birinci basamak sağlık hizmeti, böyle sınırlara sığmayacak denli geniş ve kapsamlı uygulama alanlarıdır. Halen ülkemizde en yaygın sağlık örgütlenmesi olan sağlık ocakları yerine aile hekimliği sistemini kurmaya çalışmak, her tür değerlendirmenin ve önyargının ötesinde, nesnel ölçekte akılcı olmayan bir yaklaşımdır.

Bugün ülkeyi ve özelde sağlık alanını yönetenlerin tek kaygısı, sağlık hizmetinden kamu desteğini çekmek, her şeyi özel sektöre devretmektir. Sağlık alanında bu durumu onaylamak ya da hoşgörmek olanaklı değildir. Çünkü özelleştirme toplum yararına sonuçlar getirmeyecektir. Bunun dünya üzerinde sayısız örneği vardır. Özellikle, yeni bir sistem kurmaya çalışan Doğu Avrupa ve Orta Asya ülkelerinde küreselleşme ilkeleri ile Dünya Bankası ve İMF istemleri doğrultusunda sağlık üzerinde yapılan uygulamaların sonuçları ortadadır. TTB ve tüm emek yanlısı toplumsal güçler bu nedenle, genelde özelleştirmelere, özelde sağlık alanındaki özelleştirme girişimlerine ve aile hekimliğine karşı çıkmaktadır. Çünkü birinci basamak sağlık hizmeti düzeyinde özelleştirmenin adı, aile hekimliğidir.

TTB'de ve Pratisyen Hekimlik Derneği'nde örgütlenen ve pratisyen hekimlik alanını düzenlemeye çalışan bizler, birinci basamak alanında yapılmaya çalışı-

lanları tersine çevirmeye çalışıyoruz. Sağlıkta gerekli olan özelleştirme değil, kamulaştırmadır. Sağlık alanının kesin olarak özelleştirme programından çıkarılması gerekmektedir. Bu doğrultudaki çabalarımız sürecektir. Pratisyen hekimlik ve yeterli birinci basamak sağlık örgütlenmesi için gerekli olan tüm düzenlemeleri ortaya koymaya çalışıyoruz. Öte yandan, önümüzdeki süreçte Enstitü'müzün genel pratisyenlik meslek eğitimini oluşturmaya ve yaygınlaştırmaya yönelik eğitim ve örgütlenme etkinliklerine ivme kazandıracaktır.

Enstitümüz bu yıl genel pratisyenlik "Geçiş Dönemi Eğitim Programı" nı (GDEP) yaşama geçiriyor. Dokuz eğitim bölgemizin hemen tümünde eğitim başlamış ya da başlamak üzeredir. Enstitü'nün eğitici pratisyenleri, ülkemizde uygulanabilir ve uluslararası normlara uygun bir meslek eğitimini gerçekleştirme çabası içindedir. Bu eğitimin ilk aşamalarını sonuçlandırmış ve artık alanda eğitimi uygulamaya başlamış olmanın sevincini taşıyoruz. Enstitümüz çalışmalarını Kongre oturumlarında tartışacağız. Bu bağlamda, hepinizi tartışmalara katılmaya, Enstitü etkinliklerinde yer almaya çağırıyorum.

Değerli meslektaşlarım,

Özetle, her yıl olduğu gibi, bu Kongre'de de birikimlerimizi bir araya getirecek, deneyimlerimizi paylaşacağız. Toplum yararına olmayan sağlık politikalarına, mesleğimizin ve reçetelerimizin sınırlanmasına karşı çıkacağız; on binlerce pratisyen hekimin sesini duyurmaya çalışacağız.

Genel sağlık sigortası, aile hekimliği, sözleşmeli çalışmanın dile getirildiği şu günlerde, pratisyen hekimler olarak hep birlikte, "mesleğimize, iş güvencemize, sağlık ocaklarımıza sahip çıkıyoruz!" diyeceğiz.

Onuncu Kongremiz'e katılan sizlere, katkıda bulunan herkese ve düzenlemede emeği geçen onlarca arkadaşımıza teşekkürü borç biliyorum. Ülkenin en büyük ve başarılı tıp kongrelerinden biri olan Pratisyen Hekimlik Kongresi'nin en katılımlı toplantılarını gerçekleştirmek üzere, hepinizi oturumlarımızda en üst düzeyde yer almaya ve tartışmalara katılmaya, pratisyen hekimlikle ilgili kararlarda söz sahibi olmaya çağırıyorum.

(9 Kasım 2005, Antalya)

TTB GENEL PRATİSYENLİK ENSTİTÜSÜ İKİNCİ GENEL KURULU AÇIŞ KONUŞMASI

Sayın konuklar, değerli meslektaşlarım ve çalışma arkadaşlarım,

Türk Tabipleri Birliği Genel Pratisyenlik Enstitüsü'nün (TTB GPE) kuruluşunun sekizinci yılında 2. Genel Kurul'umuzu gerçekleştiriyoruz. Bu bağlamda, bu süre içinde ülkede olup bitenleri ve yaşadığımız deneyimleri gözler önüne sererek, gelecek kuşaklara ve sağlık çalışanlarına aktarmayı görev biliyoruz. Size sunduğumuz 2004-2006 dönemini kapsayan iki yıllık Çalışma Raporu'muzda bu dönemi ayrıntılı biçimde ve belgeleriyle yansıtmaya çalıştık.

Özetle, geride kalan sekiz yıl içinde bir yandan neredeyse yok sayılmış bir tıp disiplininin meslek eğitimi kurumunu ve programını var etmeye çalışırken, öte yandan mesleğimizi insan boyutundan uzaklaştırıp tümüyle ticarileştiren uygulamalarla yüz yüze geldik. Küreselleşme adı altında dünyayı kasıp kavuran, dünya barışını ayaklar altına alan, masum kitlelere bomba yağdıran yeni emperyalizm, bunalımını yoksul insanlar ve ülkeler üzerinden aşmaya çalışıyor. Bu durumun ülkemizdeki yansıması ve faturası da çok ağır oldu. Uluslararası finans güçlerinin baskıları sonucunda toplumsal yaşamın her kesimine dayatılan geri adımlar ve sosyal devletin hızla ortadan kaldırılışı, sağlık alanında da yansımasını buldu.

Tümüyle emperyalist çıkarlar doğrultusunda yapılan özelleştirmeler ve uluslararası sermayeye tanınan kolaylıklar, sağlık sektöründe her düzeyde özelleştirme, kamu kaynaklarının yerli ve yabancı özel sektöre aktarılması, genel sağlık sigortası ve aile hekimliği, ya da kısaca "sağlıkta dönüşüm" ile ortaya kondu. Tüm bunların yarattığı bunalımdan en çok etkilenen meslek gruplarından birisi olan hekimler ve özelde de genel pratisyenler, zor günler yaşadılar; gelecek güvencelerinin tümüyle ellerinden alınması anlamına gelen seçimler yapmaya zorlandılar. Meslektaşlarımız, mesleğe ve insana ilişkin değerleri zedeleyen, hekimleri birbirine düşüren, çağdaş hekimlik ilkelerine aykırı uygulamalarla yüz yüze geldiler. Bu süreçte pratisyen hekimler tüm olumsuzluklara karşı durmanın yollarını aradılar ve tepkilerini ortaya koydular: İşte tabip odalarındaki seçim sonuçları, işte TTB GPE...

Tabip odalarının 2006 ilkbaharında yapılan genel kurullarında elde edilen sonuçlar, meslektaşlarımızın bu gidişe "hayır" dediklerini gösteriyor. Türk Tabipleri Birliği'ni ve tabip odalarını "marjinal" olarak niteleyenlere hak ettikleri yanıtı veriyor.

TTB GPE, hekim kitlesinin meslek örgütü kanalıyla bu olumsuz gelişmelere doğrudan bir yanıtı ve olaylar karşısında sessiz kalınmayacağına, gerekirse görevlerin üstlenileceğinin bir somutlaşmasıdır. TTB GPE, özünde meslek örgütümüzün genel pratisyenler kanalıyla birinci basamak sağlık hizmetine ve örgütlenmesine bir müdahalesi anlamını taşımaktadır. GPE, toplumsal tıbbın en akılcı uygulama biçimi olan kamucu sağlık hizmetinden yanadır. Bu nedenle GPE, kendi eğitici-leri aracılığıyla, yani sizlerle, kamu sağlık hizmetinin ülkemizdeki uygulama biçimi ve halen geçerli yasal sistemi olan sosyalleştirmeye, onun birinci basamak örgütlenmesi olan sağlık ocaklarına sahip çıkan bir eğitimi yaygınlaştırma çabası içindedir.

İki yıllık çalışma raporumuz, önceki yıllardan süregelen çalışmalarımızı ve meslek eğitimi alanında ulaşılan aşamayı gözler önüne seriyor. Gerek Enstitü merkezinde, gerek bölgelerde, sınırlı olanaklarla ve zamanla yarışarak büyük emeklerle gerçekleşen eğitim etkinlikleri, bugün Enstitü'müzü ülkede ve ülkeler arasında, söz sahibi bir kurum düzeyine ulaştırdı. Birinci basamak sağlık örgütünde, özellikle sağlık ocaklarımızda verilen hizmeti daha nitelikli ve güncel kılmaya, uygulamalarda kolaylık sağlamaya yönelik eğitimler, bu düzeyde çalışan hekim ve diğer çalışanlara umut verdi. Daha çok pratisyen hekimin birinci basamak sağlık örgütlenmesinin önemini kavraması ve bunu içselleştirmesi sağlandı. GPE'nin eğitimleri bu uzun dönemli etkilerinin yanı sıra, eğitim sürecinde pratisyen hekimlerin mesleksel doyum ve mutluluklarına katkıda bulundu; TTB'yi , Pratisyen Hekimlik Derneği'ni daha iyi kavramalarını sağladı. Yanlış anlamaları giderdi.

Kısacası, GPE eğitimleri, eğitici ve katılımcı hekimlerin kaynaşmalarını ve ortak noktalarda buluşmalarını sağlayarak örgütlenmeye katkıda bulundu.

Tüm çalışmaların sonucunda, bugün yaklaşık 170 pratisyen arkadaşımız GPE'nin temel bölümünü tamamlamıştır. Eğitici eğitimi programımızla buluşan hekim sayısı 300'e yaklaşmıştır. Geçiş dönemi eğitim programı (GDEP), GPE'nin 10 bölgesinin sekizinde başlamıştır. Bu eğitimlerin başlamasının en önemli işlevi, programımızı pratisyen hekimlerle buluşturmak; programın denerek uygulama aşamasında ortaya çıkabilecek sorunları saptamak olmuştur. Gerçekleştirilmiş olan eğitim etkinliklerimiz bu doğrultuda önemli katkı sağladı. Eğitim uygulamalarımız, hem elde ettiğimiz deneyimler, hem de tıptaki güncel gelişmeler ışığında değiştirilerek güçlendirildi ve amaca daha uygun bir düzeye ulaştırıldı. Böylece eğitim programlarımızın uygulanabilirliği, alanda sınanmış oldu. GDEP sürecinde eğitici genel pratisyenlerimiz de önemli bir ivme kazanarak eğitimcilik deneyimlerini artırdılar.

Ancak daha yapılacak çok işimiz var. GDEP sürecinin klinik modül eğitimleriyle sürdürülmesi karşımızda önemli bir görev olarak durmaktadır. Klinik modül programlarımızın bir bölümü uygulamaya hazır, bir bölümü hazırlık aşamasındadır. Klinik modüllerimizin de alanda uygulanarak denenmesi ile GDEP sonuçlanacak ve GPE meslek eğitimi programımız tümüyle yaşama geçmiş olacaktır.

Sonuç olarak, TTB GPE artık kurumlaşmasını tamamlamak üzeredir. Yönetici ve eğitici kadrolarını nicel ve nitel anlamda yetkinleştirerek işlevini sürdürmelidir.

Yapılan çok şey vardır ama yapılacak olan iş daha fazladır. Eğitim etkinliklerinin uzun dönemli planlanarak, sürekliliğinin sağlanması gerekmektedir. Bu durum, GPE'nin eğitici pratisyenlerine ve eğitim koordinatörlerine çok önemli sorumluluk yüklemektedir.

GPE'ye yıllardır emek veren, çalışmalara yeni katılan ya da katılacak olan meslektaşlarımın sorumluluklarını yerine getireceğine ve genel pratisyenlik meslek eğitimimizin sürekli gelişimini sağlayarak bu eğitimi olanaklar ölçüsünde daha çok pratisyen hekimle buluşturacaklarına inanıyorum. Önümüzdeki dönem GPE'nin işlevini en iyi biçimde sürdürebilmesi için başta yeni dönem Yönetim Kurulu olmak üzere, herkese başarılar diliyorum.

Dr. Özen Aşut
TTB GPE Yönetim Kurulu Başkanı
(1998-2006)
(27 Mayıs 2006, İzmir)