



Wonca

World family doctors. Caring for people.

EUROPE

AİLE HEKİMLİĞİ AVRUPA TANIMI

WONCA AVRUPA 2005 Basımı Türkçe Çevirisi

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları – 4

Nisan 2011

AVRUPA TANIMLARI

Aile Hekimliği Disiplininin Temel Özellikleri

Aile Hekiminin Rolü

ve

Aile Hekiminin Çekirdek Yeterliklerinin Tanımı

Avrupa Aile Hekimliği Birliği, WONCA AVRUPA (The European Society of General Practice/ Family Medicine, WONCA EUROPE) için hazırlanmıştır, 2002.

Dr. Justin Allen

Mezuniyet Sonrası Genel Pratisyenlik Eğitimi Yöneticisi

*Mezuniyet Sonrası Tıp Eğitimi Merkezi, Leicester Üniversitesi, Birleşik Krallık
EURACT Başkanı*

Profesör Bernard Gay

Başkan, CNGE, Paris, Fransa

Bordeaux Üniversitesi, Fransa

Profesör Harry Crebolder

Maastricht Üniversitesi, Hollanda

Profesör Jan Heyrman

Leuven Katolik Üniversitesi, Belçika

Profesör Igor Svab

Ljubljana Üniversitesi, Slovenya

Dr. Paul Ram

Maastricht Üniversitesi, Hollanda

Editör

Dr. Philip Evans

WONCA Avrupa Başkanı

Bu bildirme İspanya Barselona'daki Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Büro-su'nun işbirliği ve desteğiyle yayınlanmıştır.

WONCA Avrupa Konseyi adına Dr. Justin Allen önderliğindeki EURACT Konse-yi çalışma grubu tarafından 2005 yılında gözden geçirilerek yeniden düzenlen-miştir.

TÜRKÇE'YE ÇEVİRİ

WONCA Avrupa "Aile Hekimliği Avrupa Tanımı" 2002 Basımı çevirisi: Haziran

2003 WONCA Avrupa gözden geçirilmiş "Aile Hekimliği Avrupa Tanımı" 2005 Basımı çevirisi: Nisan 2011

ÇEVİRİ EDİTÖRLERİ

- **Prof. Dr. Okay Başak**

*Türkiye adına önceki dönem EURACT Konseyi ve Yürütme Kurulu Üyesi
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı*

- **Doç. Dr. Esra Saatçi**

*Türkiye adına EURACT Konseyi üyesi
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı*

ÇEVİRİYE KATKIDA BULUNANLAR

- **Prof. Dr. Zekeriya Aktürk**

*EQuIP Türkiye Temsilcisi, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği
Anabilim Dalı*

- **Prof. Dr. Hakan Yaman**

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

- **Doç. Dr. Pınar Topsever**

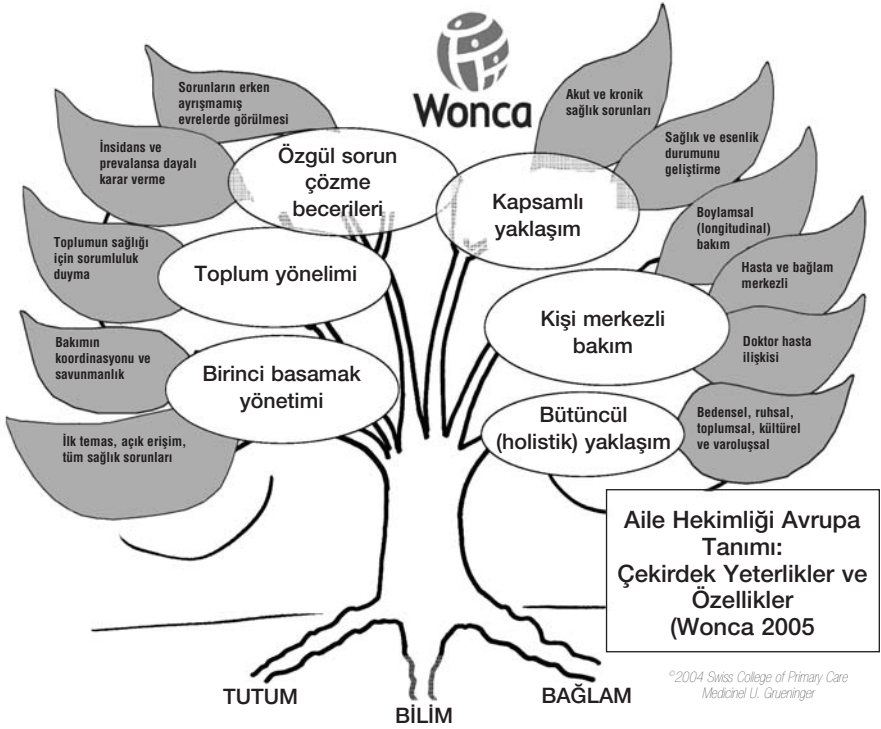
*EGPRN TAHUD Temsilcisi, Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği
Anabilim Dalı*

- **Yrd. Doç. Dr. Melahat Akdeniz**

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

WONCA Avrupa'nın (ESGP/FM) belgenin çoğaltılması ve tüm dünyada dağıtımı yönündeki isteği ve açık oluruyla Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) tarafından yayınlanmıştır.

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları – 4



WONCA ağacı- İsviçre Birinci Basamak Koleji tarafından yapılmıştır.

İÇİNDEKİLER

2002 Basımının Çeviri Önsözü	7
2005 Basımının Çeviri Önsözü	9
1. 2002 Baskısına giriş	11
2. 2005 Avrupa tanımları (Yeni tanımlar ve yeterlikler bildirgesi)	13
3. Açıklayıcı notlar, temel gerekçeler ve akademik gözden geçirme – yeni tanımlar	15
4. Açıklayıcı notlar, temel gerekçeler ve akademik gözden geçirme-çekirdek yeterlikler	33
5. Ekler	43
Ek 1- Leeuwenhorst, WONCA ve Olesen tanımları	43
Ek 2- Teşekkür	45
Ek 3- İngilizcedeki tanımlar	46

Bu belgenin kullanımı

Bu belge, disiplinin özelliklerine ve çekirdek yeterliklere ilişkin bildireleri ve sonrasında kısa açıklayıcı notların yer aldığı bölümleri içermektedir. Bunu, temel gerekçelerin tam açıklaması ve kendi gelişimleri açısından bu temeli daha iyi anlamak isteyenler için destekleyici akademik analizler izlemektedir.

Bu belge, sağlık hizmeti sunumundan, eğitim için öğretme ve öğrenme programları geliştirilmesinden ve disiplinimizi öğrenmek isteyenlerden sorumlu olanları bilgilendirmek üzere kullanılması gereken aile hekimliği disiplinine ilişkin temel bilgileri sağlamaktadır.

Yalnızca açıklayıcı notları içeren bir kısa sürüm de yayınlanmıştır.

2002 BASIMININ ÇEVİRİ ÖNSÖZÜ

20. yüzyılın son çeyreği içinde özellikle Avrupa kıtasında yapılmış birçok tanım varken, 21. yüzyılın hemen başında Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik disiplininin yeni bir tanımını yapma gereksinimi nereden doğmuştur? Bu sorunun yanıtını Avrupa'daki genel gelişmelerden bağımsız düşünmek olası değildir. Her alanda olduğu gibi sağlık ve tıp alanında da Avrupa ölçeğinde standardizasyon arayışları, Aile Hekimliği ve Aile Hekimi tanımlarının yeniden tartışılmasının başlıca nedenlerinden biridir.

Avrupa kıtasındaki birçok ülkede sağlık sistemleri oldukça farklılık göstermekte ve bu sistemlerin birinci basamağında adına aile hekimi / genel pratisyen denilen ve farklı görev tanımları bulunan hekimler çalışmaktadır.

Olesen ve ark.'nın çıkış noktası burasıdır: Tüm bu hekimlere aile hekimi / genel pratisyen diye adlandırmaya devam edecek miyiz? Aile hekimi, giderek artan sağlık bakımı görevlerini kişisel sürekliliği sağlayarak yerine getirmeyi sürdürebilecek midir? Sağlık sistemlerine müdahalemiz sınırlı olacağına göre, farklı uygulamaları olan tüm aile hekimi / genel pratisyenleri içine alan bir disiplin tanımı yapmalıyız. Bu da Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik disiplini ve uzmanlık alanının uygulama ilkelere daraltarak olasıdır. Olesen ve ark.'nın bu noktada somut olarak önerdikleri, bakımda sürekliliğin ve kişisel hekimliğin çekirdek özellik olmaktan çıkarılmasıdır.

EURACT Konseyi kendini taraf olarak görmüş ve bir çalışma grubu kurarak bu tartışmaya katılmıştır. Yaklaşık iki yıl süren bir süreç sonunda Türkçeye çevirisini yaptığımız bu belge ortaya çıkmıştır.

Bildirgenin özünü, Olesen ve ark.'nın başlattığı tartışmanın temel sorusuna verilen yanıt oluşturmaktadır: Aile hekiminin mesleksel görevleri, sağlık sisteminden ve bireylerin gereksinim ve isteklerinden doğrudan etkilenmektedir. Farklı ülkelerin sağlık sistemlerinde farklı görev tanımları yapılan aile hekimlerinin bulunmasının başlıca nedeni budur. O halde disiplinin tanımına sağlık sistemlerinden etkilenmeyecek temel özelliklerini tanımlayarak başlamalıyız. Bu bizi tüm kıta, ülke ve sağlık sistemlerinin ağırlıklı olarak birinci basamağında gerçekleştirilebilecek standart bir aile hekimliği uygulamasına götürecektir. Görev tanımı bu ilkeleri izlemeli ve disiplinin ilkelerine ve yaklaşımına göre hekimlik uygulaması yapan hekimler aile hekimi olarak tanınmalıdır. Aile hekimliğinin temel ilkeleri ve aile hekiminin mesleksel görevleri, aile hekiminin edinmesi gereken temel yeterlikleri belirleyecek, bu yeterlikler de disiplinin eğitim, araştırma ve kalite geliştirme gündemini şekillendirecektir.

Burada belirleyici olan nokta, aile hekimliği uygulaması ile sağlık sistemi arasındaki ilişkinin nasıl olması gerektiğidir. Bildirgeyle verilen yanıt şudur: Biz kendimizi, yaklaşım ilkelerimizi ve ideal olanı belirleriz. İdeal aile hekimliği uygulamasının en üst

düzyeyde etkili olabilmesi ve birinci basamakta sunulan sağlık hizmetlerinin niteliğini geliştirebilmesi için her ülke gereken düzenlemeleri yapmalı ve sağlık sistemini bunun için hazırlamalıdır. Bizi yönetenleri, politika oluşturanları bunun için zorlamalıyız.

Bugün elimizde tüm Avrupa için standart oluşturabilecek derli toplu bir belge bulunmaktadır. Bu belge ülkemizde disiplinimizin gelişimi sürecinde elimizde çok önemli bir silah olacaktır.

Avrupa'daki tartışma bitmiş midir? Görünen o ki bitmemiştir. Belgenin hazırlanması sürecinde önemli bir yer tutan 2001 Barcelona Konferansında (Core Content Conference) yapılan grup çalışmalarındaki tartışmalardan anladığım kadarıyla, Olesen ve ark. savlarını sürdürmektedirler: *Aile hekimine yüklenen mesleki görevler onun kişisel yaşamını oldukça zorlamaktadır. Bugün için bir çözüm bulunmuş gibi görünebilir, sorun dondurulabilir, ancak yakın gelecekte aile hekimliğinin temel özelliklerinden biri olarak kişisel hekimliği ve sürekli bakımı yeniden tartışır hale geleceğiz.*

Bekleyip göreceğiz. Gerçekte lkemiz için kişiselliği ve sürekli liği sürdürme bir yana aile hekimlerinin kendilerine kayıtlı kişilere kişiselleşmiş ve sürekli bakım sunmalarını sağlama görevi duruyor önümüzde.

Son olarak eviri ile ilgili birkaç söz. Belgenin veirisinde oldukça titiz davranmaya çalıştık. Her bir bölüm en az iki çevirmen tarafından ayrı ayrı veirildi. Tüm metin tarafımdan gözden geçirilerek ilk taslak eviri oluşturuldu. Bu taslak diğer çevirmenler tarafından yeniden irdelendi. Tarafımdan yapılan son değerlendirmeyle eviri metnine son şekil verildi.

Çeviride Türkçe metin akışının uygunluğundan çok özgün metne anlam uygunluğunu ön planda tuttuk. Belgenin hemen tamamında zgn İngilizce metnin diline olabildiğince bağlı kalmaya çalıştık. Belgede de vurgulandığı gibi ayrı ayrı belirtilen 'aile hekimliği' ve 'genel pratisyenlik' kavramları aynı 'aile hekimliği / genel pratisyenlik disiplinini, yine ayrı ayrı belirtilen 'aile hekimi' ve 'genel pratisyen' sözcükleri aynı 'aile hekimi / genel pratisyen' kavramını tanımlamaktadır. Türkçe cümle kurgusunun akışına göre bazı yerlerde sözcükler birbiri lehine yer değiştirmiş, yine 'general practice'in ortam anlamı ağır bastığı birkaç yerde, yerine 'birinci basamak' deyimini kullanılmıştır.

Kısaltmalar metin içinde açıklanmıştır. Belgede adı geçen ya da belgenin hazırlanmasına destek veren ilgili örgütlerin uzun adları EK 3'te verilmiştir.

Ülkemizde Aile Hekimliğini geliştirme sürecinde hepimize ve tüm birinci basamak hekimlerine yararlı olması dileğiyle belgenin Türkçe veirisini sunuyoruz.

Doç. Dr. Okay Başak
Haziran 2003

2005 BASIMININ ÇEVİRİ ÖNSÖZÜ

WONCA Avrupa Aile Hekimliği Tanımı 2002 yılında yayınlandıktan sonra belgenin anlaşılabilirliği ve yararlanılabilirliği üzerinde tartışmalar çıkmıştır. Belgede fazlaca yinlemelerin olduğu ve bunların da anlam ve yorumlamada karışıklığına yol açtığı öne sürülmüştür. Bu nedenle WONCA Avrupa Konseyi adına EURACT Konseyi'nin bir çalışma grubu belgeyi yeniden gözden geçirmiş ve 2005 yılında yeniden yayınlanan bu sürümü ortaya çıkmıştır.

2002 basımındaki çekirdek yeterliklerin akademik bakışla yeniden ele alındığı bölüm 2005 basımında kaldırılmıştır. Akademik değerlendirmeler 2005 basımında, yeni tanımlar ve çekirdek yeterliklerin temel gerekçeleriyle ilgili açıklamalarla birlikte yapılmıştır. Böylece 2005 basımı iki bölüm kısalmıştır.

Belgenin önemini 2002 basımının çeviri önsözünde ayrıntılarıyla belirtmiştik. Belgenin 2005 basımının Türkçe çevirisinin yapıldığı 2011 yılı Nisan ayında Dünyada ve ülkemizde çok şey değişmiştir. Olesen ve ark'nın başlattığı tartışma kavramsal düzeyde olmasa da uygulama düzeyinde sürmektedir. Bu süre içinde ülkemizde sağlık sisteminin birinci basamağı yeniden yapılandırılarak aile hekimliği uygulaması başlatılmıştır. Yeni yapılanmada sevk zinciri, misafir hasta ve esnek çalışma saatleri hakkındaki tartışma ve uygulamalar, aile hekimliğinin en temel özelliği olan kişiselleşmiş bakımın sürekliliği ilkesini oldukça yakından ilgilendirmektedir. Önümüzdeki dönemde uygulamadaki bu tartışmaların kavramsal ve kuramsal düzeyde ele alınması ve irdelenmesi kaçınılmazdır. Bizi yönetenleri ve politika oluşturanları aile hekimliğinin bu temel ilkesinin uygulanabilmesi için gerekli örgütsel ve yapısal düzenlemeleri yapmaları yönünde zorlamalıyız.

Ülkemizde aile hekimliği uygulamasına geçiş sürecinde WONCA Avrupa'nın ve 2002 Aile Hekimliği Avrupa Tanımı'nın yöneticiler ve politika belirleyiciler üzerindeki etkisinin büyük olduğunu düşünüyoruz. En azından T.C. Sağlık Bakanlığı yetkilileri WONCA Avrupa'yı sık sık muhatap almışlar ve görüşlerine başvurmuşlardır.

Son olarak belgenin 2005 basımının çevirisiyle ilgili de birkaç söz: İçerik bakımından 2002 basımına göre çok küçük farklılıklar içermesine karşın, WONCA Aile Hekimliği Avrupa Tanımı'nın 2005 basımı bir ekip tarafından yeniden çevrildi. Yeni çeviri 2002 basımının çevirisi ile çok titiz bir şekilde karşılaştırıldı, anlam ve kavram farklılıkları giderildi ve dil birliği sağlandı.

WONCA Avrupa "Aile Hekimliği Avrupa Tanımı" 2005 basımının çevirisini Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) olarak tüm aile hekimlerinin kullanımına ve yararlanımına sunuyoruz.

Prof. Dr. Okay Başak

Doç. Dr. Esra Saatçi

Nisan 2011

1. 2002 BASKISINA GİRİŞ

Bu uzlaşa bildirgesi, hem aile hekimliği disiplinini ve aile hekiminin mesleksel görevlerini hem de aile hekimlerinin gereksindiği çekirdek yeterlikleri tanımlamaktadır. Bildirge, akademik disiplinin temel unsurlarını betimlemekte, yüksek nitelikte ve maliyet-etkili bir hasta bakımı için Avrupa'daki aile hekimlerinin sunmaları gereken hizmet biçimleri üzerine yetkin ve güvenilir bir görüş sağlamaktadır. Bu mende yer alan tanımlardan hareketle, aile hekimliğinin 21. yüzyılda insanların sağlık hizmeti gereksinimlerini karşılayacak eğitim, araştırma ve kalite güvencesi sağlama gündemleri geliştirilecektir.

Tüm Avrupa'da sağlık sistemlerinin örgütlenmesinde ve aile hekimliği uygulamalarında önemli farklılıklar vardır. Avrupa Birliği (AB) ülkeleri ve Birlik'e girmek isteyenler için tıp eğitimi, esas olarak doktorların serbest dolaşımını sağlamayı amaçlayan AB 93/16 Yönergesi'ne göre düzenlenmektedir. Ne yazık ki mezuniyet sonrası eğitimin içeriği ve niteliği yönergede yeterince vurgulanmamaktadır. Bu nedenle, hastaların korunması amacıyla aile hekimlerinin herhangi bir üye ülkede çalışabilmek için gerekli becerilerle donatılmalarını sağlayacak eğitim almalarının gereği açıktır ve büyük öneme sahiptir.

Bu bildirge Dünya Aile Hekimleri Örgütü'nün (WONCA) bölgesel kuruluşu olan WONCA Avrupa (Avrupa Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik Birliği) adına hazırlanmıştır.

WONCA Avrupa, tüm kıtada Aile Hekimliği disiplini için akademik ve bilimsel liderlik ve temsil sağlamaktadır.

WONCA Avrupa'yı 30 Avrupa ülkesinin ulusal Aile Hekimliği akademik örgütleri ve doğrudan üye aile hekimleri oluşturmaktadır.

Başlıca görevi, hasta bireylerin ve toplumların yararı için yüksek standartlarda eğitim, araştırma ve klinik uygulama sağlamak ve sürdürmek üzere disiplini desteklemek ve geliştirmektir.

Ulusal sağlık sistemleri reformu, dünyanın başka yerlerinde olduğu gibi Avrupa'da da ortak bir özelliktir. Demografik değişiklikler, tıptaki gelişmeler, sağlık ekonomisi ve hastaların gereksinimleri ve beklentileri dikkate alınarak, sağlık hizmeti sunumunda yeni yollar aranmaktadır.

Uluslararası kanıtlar¹ toplum içinde uygulama yapan iyi eğitilmiş genel tıp hekimlerinin (Aile Hekimleri) çalıştığı etkin bir birinci basamak temelinde örgütlenmiş sağlık sistemlerinin, birinci basamak yönelimi zayıf olanlardan hem daha maliyet-etkili hem de klinik olarak daha etkili sağlık bakımı sağladığını göstermektedir.

Aile Hekimlerinin sağlık sistemleri içindeki karmaşık ve temel rolünün, tıp mesleği içinde, fakat aynı zamanda tıpla bağlaşık diğer meslek çalışanları, sağlık hizmeti planlayıcıları, ekonomistler, politikacılar ve kamu tarafından tam olarak anlaşılması yaşamsaldır. Avrupa'da Aile Hekimliğine yapılan yatırımlardaki artış, sağlık sistemlerinin potansiyellerini hastaların yararına tam olarak kullanabilmeleri için gereklidir. Bu yatırımlar, sadece insan kaynaklarına ve alt yapıya ilişkin olmayıp eğitim, araştırma ve kalite güvencesi ile de ilişkilidir.

Bu yeni tanımlar ve çekirdek yeterlikler bildirgesi, aile hekimliğinin hem ulusal hem de tüm Avrupa düzeyinde sağlık sistemleri içindeki temel rolüne ilişkin tartışmaya bilgi ve katkı sağlamak amacıyla yayınlanmaktadır.

Dr. Philip Evans, WONCA Avrupa Başkanı, 2002

Kaynak

1. Starfield B. Primary care: balancing health needs, services and technology. Oxford: Oxford University Press, 1998.

2005 REVİZYONUNA GİRİŞ

Profesör Igor Svab, WONCA Avrupa Başkanı, 2005

2. 2005 AVRUPA TANIMLARI

AİLE HEKİMLİĞİ / GENEL PRATİSYENLİK DİSİPLİNİ VE UZMANLIĞI

Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlıktır.

I. Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik disiplininin özellikleri:

- a) Sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturur; hizmet almak isteyenlere açık ve sınırsız bir giriş sağlar; yaş, cinsiyet ya da kişinin başka herhangi bir özelliğine bakmaksızın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir.
- b) Sağlık kaynaklarının verimli kullanımını sağlar. Bunu bireylere sunulan bakımı koordine ederek, birinci basamakta diğer sağlık çalışanlarıyla birlikte çalışarak ve gerektiğinde hasta adına üstlendiği savunmanlık göreviyle diğer uzmanların sunduğu hizmetlerle teması yöneterek yapar.
- c) Bireye, ailesine ve içinde yaşadığı topluma yönelik kişi-merkezli bir yaklaşım geliştirir.
- d) Kendine özgü bir hastayla görüşme süreci vardır. Bu süreç, etkili bir iletişimle hekim ve hasta arasında zaman içinde gelişen bir ilişki kurulmasını sağlar.
- e) Sağlık hizmetlerinin hastanın gereksinimleriyle belirlenen boylamsal (longitudinal) sürekliliğini sağlamaktan sorumludur.
- f) Rahatsızlıkların toplum içindeki prevalans ve insidansının belirleyici olduğu özgün bir karar verme süreci vardır.
- g) Hastaların akut ve kronik sağlık sorunlarını aynı anda yönetir.
- h) Gelişimlerinin erken evresinde henüz ayrılmamış bir şekilde sunulan ve ivedi girişim gerektirebilen rahatsızlıkları yönetir.
- i) Uygun ve etkili girişimlerle sağlık ve iyilik durumunu geliştirir.
- j) Toplumun sağlığı için özel bir sorumluluk üstlenir.
- k) Sağlık sorunlarını fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluş boyutlarıyla ele alır.

II. Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik Uzmanlığı

Aile hekimleri / genel pratisyenler, disiplinin ilkeleri doğrultusunda eğitilmiş uzman hekimlerdir. Esas olarak yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın tıb-

bi bakım arayan her bireye kapsamlı ve sürekli bakım sağlamadan sorumlu kişisel doktorlardır. Bireylere kendi aile, toplum ve kültürleri bağlamında hizmet sunarlar; bunu yaparken her zaman hastalarının bağımsız kişiliklerine saygı duyarlar. Ayrıca topluma karşı da mesleki sorumluluk taşırlar. Yönetim planlarını hastalarıyla görüşürken, yineleyen temaslara oluşan bilgi birikimini ve güveni kullanarak fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluşsal etkenleri birlikte değerlendirirler. Aile hekimleri / genel pratisyenler mesleki görevlerini sağlığı geliştirerek, hastalıkları önleyerek, sağaltım, bakım ya da rahatsızlıklarda hafifletme (palyasyon) sağlayarak yerine getirirler. Bunu, sağlık gereksinimlerine ve hizmet sundukları toplumun var olan kaynaklarına göre ve gerektiğinde bu hizmetlere ulaşmada hastalara yardımcı olarak ya doğrudan kendileri yaparlar ya da diğer meslek çalışanlarının hizmetleri aracılığıyla gerçekleştirilir. Aile hekimleri etkili ve güvenli hasta bakımının temelini oluşturan becerilerini, kişisel yaşamlarındaki denge ve değerleri geliştirme ve sürdürme sorumluluğunu üstlenmek zorundadırlar.

III. Aile Hekimi / Genel Pratisyenin Çekirdek Yeterlikleri

Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik disiplininin ve uzman aile hekiminin tanımı, doğrudan doğruya Genel Pratisyen / Aile Hekiminin sahip olması gereken çekirdek yeterliklere yol açmalıdır. Çekirdek sözcüğü, uygulandıkları sağlık sistemine bakmaksızın disiplin için zorunlu olan anlamını taşır.

Disiplini tanımlayan 11 temel özellik, her uzman aile hekiminin ustalaşması gereken 11 yeteneği belirler. Bunlar altı çekirdek yeterlikte toplanabilir (temel özelliklerle bağlantılı olarak):

- 1. Birinci basamak yönetimi (a,b)**
- 2. Kişi merkezli bakım (c,d,e)**
- 3. Özgül sorun çözme becerileri (f,g)**
- 4. Kapsamlı yaklaşım (h,i)**
- 5. Toplum yönelimli olma (j)**
- 6. Bütüncül yaklaşım (k)**

Kişi merkezli bilimsel bir disiplin olarak şu üç ek özellik, çekirdek yeterliklerin uygulanmasında temel kabul edilmelidir:

- a. Bağlamsal:** Hekimlerin kendi bağlamlarının ve içinde çalıştıkları ortamın (çalışma koşulları, toplum, kültür, mali ve düzenleyici çerçeveler) anlaşılması
- b. Tutumsal:** Hekimin mesleki yeteneklerine, değerlerine ve etiğe dayalı tutumlar
- c. Bilimsel:** Tıbbi uygulamaya eleştirel ve araştırmaya dayalı bir yaklaşım gösterme ve sürekli öğrenme ve kalite geliştirme yoluyla bunu sürdürme.

3. AÇIKLAYICI NOTLAR, GEREKÇE VE AKADEMİK GÖZDEN GEÇİRME — YENİ TANIMLAR

3.1. AÇIKLAYICI NOTLAR

Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik Disiplini ve Uzmanlığı

Hem Genel Pratisyenlik / Aile Hekimliği disiplininin hem de uzman aile hekiminin rolünün tanımlanmasına gereksinim vardır. Birincisi, disiplinin oluşturduğu akademik temel ve çerçevenin tanımlanması ve böylelikle eğitim, araştırma ve kalite geliştirme alanlarının bilgilendirilmesi için gereklidir. İkincisinin gerekliliği ise, bu akademik tanımın tüm Avrupa sağlık sistemlerinde hasta bakan uzman aile hekimine gerçekliğine dönüştürülmesi içindir.

3.1.1. Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik disiplininin özellikleri:

a) *Normal olarak sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturur; hizmet almak isteyenlere açık ve sınırsız bir giriş sağlar; yaş, cinsiyet ya da kişinin başka herhangi bir özelliğine bakmaksızın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir.*

“Normal olarak” deyiimi, majör travma gibi bazı durumlarda ilk temas noktası olmayabileceğini belirtmek için kullanılmaktadır. Bununla birlikte aile hekimliği başka birçok durumda ilk temas noktası olmalıdır. Kişilerin aile hekimlerine ulaşmasında hiçbir engel bulunmamalı ve aile hekimleri genç ya da yaşlı, kadın ya da erkek tüm hastalarla ve onların tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenmelidir. Aile hekimliği temeldir ve birinci kaynaktır. Hastaların istek ve gereksinimleriyle belirlenmiş oldukça geniş etkinliklerde bulunur. Bu bakış açısı disiplinin birçok yönünün belirginleşmesine yol açar ve bunların birey ve toplum sorunlarının yönetiminde kullanılması için fırsatlar yaratır.

b) *Sağlık kaynaklarının verimli kullanımını sağlar. Bunu bireylere sunulan bakımı koordine ederek, birinci basamakta diğer sağlık çalışanlarıyla birlikte çalışarak ve gerektiğinde hasta adına üstlendiği savunmanlık göreviyle diğer uzmanların sunduğu hizmetlerle teması yöneterek yapar.*

Bu eşgüdüm sağlama rolü, nitelikli birinci basamak sağlık hizmetlerinin maliyet etkili olmasına ve hastaların özel sorunları için en uygun sağlık çalışanını görmelerini sağlamasına ilişkin temel bir özelliktir. Farklı hizmet sunucularının sentezi, bilginin uygun dağıtımı ve verilen tedavilerin düzenlenmesi eşgüdüm biriminin varlığına bağlıdır. Aile hekimliği ancak yapısal koşullar izin verirse bu çok önemli temel görevi yerine getirebilir. Hastanın çevresinde tüm sağlık çalışanlarıyla bir ekip çalışması geliştirilmesi, hizmetin niteliğini artırır. Diğer uzmanların sunduğu hizmetlerle teması yöneterek aile hekimliği, ikinci basamaktaki yüksek teknoloji

hizmetlerine gereksinim duyanların bu hizmetlere uygun bir şekilde ulaşmalarını sağlar. Savunmanlık yaparak gereksiz tarama, test ve tedavilerin yol açabileceği zararlardan hastaları korumak ve sağlık sisteminin karmaşıklığı içinde onlara kılavuzluk etmek, disiplinin temel görevidir.

c) Bireye, ailesine ve toplumuna yönelmiş kişi merkezli yaklaşım geliştirir.

Aile hekimliği, kişisel olmayan patoloji ya da “olgularla” değil, kişilerle ve onların yaşadıkları ortamlarda oluşan sorunlarıyla ilgilenir. Sürecin başlama noktası hastadır. Hastanın kendi rahatsızlığına nasıl yaklaştığını ve onunla nasıl başa çıktığını anlamak, hastalık sürecinin bizzat kendisiyle uğraşmak kadar önemlidir. Ortak payda inanışları, korkuları, beklentileri ve gereksinimleri olan kişidir.

d) Kendine özgü bir hastayla görüşme süreci vardır. Bu süreç etkili bir iletişimle, doktor ve hasta arasında zaman içinde gelişen bir ilişki kurulmasını sağlar.

Hasta ve aile hekimi arasında kurulan her temas, yavaş yavaş gelişen bir öyküye katkıda bulunur ve hastayla yapılan her bir görüşme önceki ortak deneyimin üzerine kurulur. Bu kişisel ilişki, aile hekiminin iletişim becerileriyle değer kazanır ve kendi başına iyileştirici bir nitelik taşır.

e) Sağlık bakımının hastanın gereksinimleriyle belirlenen boylamsal (longitudinal) sürekliliğini sağlamaktan sorumludur.

Aile hekimliği yaklaşımı, doğumdan (bazen daha öncesinden) ölüme (bazen daha sonrasında) kadar sürmelidir. Aile hekimliği, hastalarını tüm yaşamları boyunca izleyerek bakımın sürekliliğini sağlar. Hastanın tıbbi dosyası bu sürekliliğin açık kanıtıdır. Bu dosya hasta görüşmelerinin nesnel belleği olmakla birlikte, ortak hasta-hekim öyküsünün yalnızca bir parçasıdır. Aile hekimleri, yaşamlarının önemli bir bölümünde birçok rahatsızlık epizodunda hastalarına sağlık hizmeti sunar. Onlar ayrıca 24 saat boyunca sağlık hizmeti sunmaktan ve bunu kişisel olarak yapamadıkları durumlarda başkalarına devretmek ve koordine etmekten de sorumludurlar.

f) Rahatsızlıkların toplum içindeki prevalans ve insidansının belirleyici olduğu özgün bir karar verme süreci vardır.

Sorunlar, toplum içinde çalışan aile hekimlerine, ikinci basamakta olduğundan çok farklı bir şekilde sunulur. Rahatsızlıkların prevalans ve insidansı hastanede görülenden farklıdır ve hiçbir ön eleme olmadığı için ciddi hastalıklar birinci basamakta hastanede olduğundan daha az sıklıkla görülür. Bu ise hastalara ve içinde yaşadıkları topluma ilişkin bilgilerin kullanıldığı ve olasılığa dayalı özgün bir karar verme süreci gerektirir. Klinik bir bulgunun ya da tanınal bir testin olumlu ya da olumsuz kestirim değeri (prediktif değer) hastane ortamı ile kıyaslandığında, aile hekimliğinde farklı bir ağırlığa sahiptir. Aile hekimleri sıklıkla, ilk kez saptanan bir

rahatsızlıkla ilişkili anksiyetesi olan kişilere böyle bir rahatsızlığın olmadığı yönünde güven vermek zorundadırlar.

g) Hastaların akut ve kronik sağlık sorunlarını eş zamanlı yönetir.

Aile hekimliği, hasta bireyin tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenmek zorundadır. Kişinin yalnızca o günkü rahatsızlığının yönetimiyle kendini sınırlayamaz ve doktor sıklıkla çok sayıda sorunu yönetmek zorunda kalacaktır. Hasta çoğunlukla yaşla birlikte artan sayıda çeşitli yakınmalar için doktora başvurur. Çeşitli isteklere eş zamanlı verilen yanıt, sorunların hem hastanın hem de doktorun öncelikleri dikkate alınarak hiyerarşik bir şekilde yönetilmesini zorunlu kılar.

h) Gelişiminin erken evresinde henüz ayrılaşmamış bir şekilde ortaya çıkan ve ivedi girişim gerektirebilen rahatsızlıkları yönetir.

Hasta sıklıkla semptomların henüz başlangıcında gelir ve bu erken evrede tanı koymak güçtür. Bu tarz başvurunun anlamı, hasta için önemli kararların sınırlı bilgiler temelinde alınmak zorunda kalınması ve klinik bakı ve testlerin kestirim değerinin daha az kesin olmasıdır. Belli bir hastalığın belirtileri genelde çok iyi biliniyor olsa bile bu, sıklıkla özgül olmayan ve birçok hastalıkta benzer bir şekilde görülebilen erken belirtiler için geçerli değildir. Bu koşullar altında risk yönetimi disiplinin anahtar özelliğidir. Hemen ortaya çıkabilecek ciddi bir gelişme dışlandığında, ileri gelişmeleri bekleme ve daha sonra yeniden gözden geçirme kararı yerinde olabilir. Tek bir görüşmenin sonucu, sıklıkla bir ya da birkaç semptom düzeyinde kalabilir, bazen bir hastalık düşünmeye ve seyrek olarak da tam bir tanıya kadar gidebilir.

i) Uygun ve etkili girişimlerle sağlığı ve iyilik durumunu geliştirir.

Girişimler uygun ve etkili olmalı ve olabilen her durumda sağlam kanıtlara dayandırılmalıdır. Gereksinim olmadan yapılan girişimler zarar verebilir ve değerli sağlık hizmeti kaynaklarının boşa harcanmasına yol açar.

j) Toplum sağlığı için özel sorumluluğu vardır.

Disiplin, sağlık hizmeti konularında hem tek tek hastalara hem de daha geniş anlamda topluma karşı sorumluluğu olduğunu kabul eder. Bu zaman zaman bir gerginlik yaratır ve uygun bir şekilde yönetilmesi gereken çıkar çatışmalarına yol açabilir.

k) Sağlık sorunlarını bedensel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluş boyutlarıyla ele alır.

Disiplin, tüm bu boyutları eş zamanlı olarak belirlemek ve her birine gereken önemi vermek zorundadır. Bunların çoğu rahatsızlık davranışını ve hastalık kalıplarını değiştirir ve çoğu mutsuzluğun nedeni hasta için sorunun temelindeki nedeni dikkate almayan girişimlerdir.

3.1.2. Aile Hekimliği Uzmanlığı

*Aile hekimleri, disiplinin ilkeleri doğrultusunda eğitilmiş uzman hekimlerdir. Esas olarak yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın tıbbi bakım arayan her bireye kapsamlı ve sürekli hizmet sunmaktan sorumlu kişisel hekimlerdir. Bireylere aile, toplum ve kültürleri bağlamında hizmet sunarlar; bunu yaparken her zaman hastalarının bağımsız kişiliklerine saygı duyarlar. Ayrıca topluma karşı da mesleki sorumluluk taşırlar. Rahatsızlıklarının yönetimini hastalarıyla görüşürken, yitileyen temaslarla oluşan bilgi birikimini ve güveni kullanarak fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluşsal etkenleri birlikte değerlendirirler. Aile Hekimleri mesleki görevlerini, sağlığı geliştirerek, hastalıkları önleyerek, sağaltım, bakım ya da rahatsızlıklarda hafifleme sağlayarak (palyasyon) yerine getirirler. **Bunu**, sağlık gereksinimlerine ve hizmet sundukları toplumun var olan kaynaklarına göre ve gerektiğinde bu hizmetlere ulaşmada hastalara yardımcı olarak ya doğrudan kendileri ya da diğer meslek çalışanlarının hizmetleri aracılığıyla gerçekleştirirler. **Aile hekimleri etkili ve güvenli hasta bakımına temel olması açısından becerilerini, kişisel denge ve değerlerini geliştirmek ve sürdürmek için sorumluluk almalıdırlar.***

Aile hekiminin bu rol tanımı, disiplinin yukarıda tanımlanan özelliklerini hekimin uygulama ortamıyla ilişkilendirir. Bu tanım tüm aile hekimlerinin arzu edebileceği bir ideali yansıtır. Bu tanımdaki unsurlardan bazıları aile hekimlerine özgü değildir ve genel olarak tüm tıp mesleğine uygulanabilir. Yine de Aile Hekimliği, bu özelliklerin tümünü yerine getirebilecek tek disiplindir. Sıklıkla kendi başlarına çalışan aile hekimleri için özellikle güç olabilen hekimin var olan becerilerini sürdürme sorumluluğu, tüm meslek için ortak bir sorumluluk örneğidir.

3.2. TANIMLAR İÇİN GEREKÇE – AKADEMİK GÖZDEN GEÇİRME VE İRDELEME

GİRİŞ

Leeuwenhorst grubu 1974 yılında “Avrupa’da Genel Pratisyen” başlıklı bildirisini hazırladı.^[1] O dönemde Aile Hekimliği bir disiplin olarak, özellikle eğitim ve araştırma temeli bakımından gelişiminin henüz başlangıç aşamasındaydı. Aradan geçen neredeyse 30 yıl içinde dünya değişti ve bu değişiklik hiçbir yerde sağlık hizmeti sunumunda olduğundan daha belirgin olmamıştır. Aile hekimliği bugün Avrupa’da tüm sağlık sistemlerinde iyice yerleşmiş durumdadır ve öneminin giderek arttığı sağlık hizmeti sunucuları tarafından kabul edilmektedir. Bu durum, DSÖ Avrupa Bürosu’nun 1998 yılında yayınladığı çerçeve belgesinde vurgulanmıştır.^[2] ve Aile Hekimliği, eski Sovyet bloğundaki birçok ülkede de yeni oluşturulmakta olan sağlık sistemlerinin temeli olarak sunulmaktadır.

Son 30 yılda toplum değişmiş, sağlık bakımında ve sağlık hizmeti sunumunda belirleyici bir etken olarak hastanın rolü giderek artmıştır. Klinisyenin görüşü artık kutsal olarak görülmemekte ve sağlık hizmeti kullanıcıları ile sunucuları arasında yeni bir diyalog gelişmektedir. Geleceğin aile hekiminin yalnızca bu değişikliğin farkında olması yeterli değildir; böylesi bir ortamda başarılı olması da gerekmektedir. Hizmet sunduğu sağlık sistemleri değişikçe Aile Hekimliği disiplininin gelişmeye devam etmesi ve hastaların sağlık gereksinimlerine yanıt vermesi önemlidir. Aile hekimleri kendi sağlık sistemlerinin sürekli gelişimiyle ilgilenmek ve bu yeni gelişmelere ayak uydurabilmek için birey olarak değişebilmek zorundadırlar.

RCGP İlkbahar Toplantısı’nda (2001) yaptığı son sunumunda Van Weel^[3] bilgi, uzmanlık ve deneyimin aktarılabilmesi, genel pratisyenliğin özgül niteliklerini açıklayan tekniklerin ve yöntem bilimin (metodoloji) geliştirilmesi ve genel pratisyenlik hizmetinin etkinliğinin araştırılması için akademik gelişmeye olan gereksinimi vurgulamıştır. Van Weel ayrıca, aile hekimliğinin temelinde yatan değerlerin önemi ve ortak bir eğitim, öğretim ve araştırma kültürüne olan gereksinim üzerinde de durmuştur. Dolayısıyla aile hekiminin rolüne ilişkin tanımların yeniden ele alınmasının ve Genel Pratisyenlik / Aile Hekimliği disiplininin temel özelliklerinin açık bir şekilde tanımlanmasının zamanıdır.

Avrupa Birliği (AB) ülkeleri ve Birliğe girmek isteyen ülkeler için başka bir zorunluluk daha vardır. AB 93/16 Direktifi,^[4] doktorların serbest dolaşımını artırmayı hedeflemektedir. Dolayısıyla hastaların korunması amacıyla, aile hekimlerinin herhangi bir üye devlette uygulama yapmak için gerekli becerileri kazanmalarını sağlayacak bir eğitim almaları gereği açıktır; çünkü aldıkları diploma onlara herhangi

bir ileri eğitim almaksızın AB'nin herhangi bir yerinde hekimlik uygulaması yapma hakkını kazandırmaktadır. Bu durum, disiplinin temel özelliklerini ve aile hekimlerinin yapması gereken görevleri tanımlayan bir uzlaşma görüşünün önemini göstermektedir.

93/16 Direktifi yalnızca, en az altı ayı birinci basamak aile hekimliği ortamında olmak üzere en az 2 yıllık bir eğitim dönemini tanımlamaktadır. Bu süre bazı ülkelerde 3 ya da daha fazla yıla uzatılmış durumdadır. Genel pratisyenlik uzmanlık eğitimi ile ilgili 1994 yılı UEMO Uzlaşma belgesinde,^[5] eğitim süresinin uygulama ve kuramsal bölümleriyle en az 3 yıla uzatılması ve klinik eğitimi süresinin en az %50'sinin birinci basamak aile hekimliği ortamında geçirilmesi gerektiği öne sürüldü. Tıp Eğitimi Danışma Komitesi (ACMT)^[6] UEMO'nun görüşlerini benimsedi ve Avrupa Komisyonu'na Direktif'i uygun şekilde düzeltmesini – 3 yıllık bir eğitim süresinin belirlenmesini, bu sürenin yarısının uygulamada geçmesini, aile hekimlerinin aile hekimliği eğitiminin her aşamasında yer almasını ve sorumluluk üstlenmesini – tavsiye etti. Ancak ne yazık ki, bu tavsiye Avrupa Birliği tarafından henüz kabul edilmiş değildir.

Tıbbi direktifin aile hekimliği ile ilgili 4. Başlığında değişiklik oluşturulmasıyla ilgili sorunlar ve aile hekimliğinin tıp fakültelerinin müfredatındaki yerinin geliştirilmesi gereksinimi, disiplinin "aile hekimliği uzmanlığının" tüm diğer tıp uzmanlıklarını kapsayan 3. Başlıkta yer almasıyla daha da gelişebileceği önerisine yol açmıştır. Bu konuyu araştırmak bu yazının kapsamında değildir; buradaki amaç, aile hekimliği disiplininin temelindeki ilkeleri irdelemektir.

ROL, DİSİPLİN VE SAĞLIK SİSTEMİ

Yeni bir tanım oluşturma sorununa farklı yöntemlerle yaklaşılabilir. Leeuwenhorst grubu ve son zamanlarda Olesen ve ark.^[7] tarafından kullanılan yöntem, aile hekiminin yapması gereken görevleri tanımlayarak disiplinin parametrelerini belirlemektir. Alternatif bir yaklaşım ise, aile hekimliği disiplininin temel ilkelerini tanımlamaya çalışmaktır. Bu yaklaşım, Avrupa WONCA'nın 1995 yılında Strazburg'ta yapılan kuruluş toplantısındaki bir sunumda Gay tarafından benimsenmiş^[8] ve ayrıca DSÖ Avrupa Bürosu tarafından geliştirilen çerçeve belgede de kullanılmıştır.

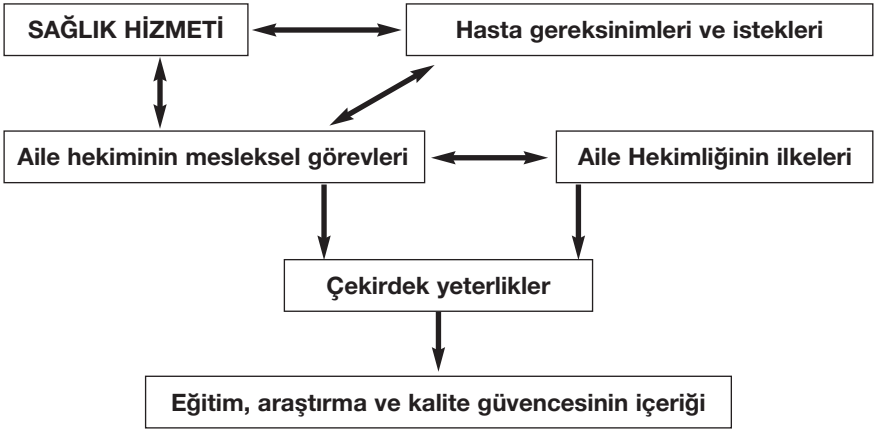
Gay, ilkelerle görevler arasında bir ilişki bulunduğunu ve hem hastaların hem de sağlık sisteminin görevler üzerinde bazı etkilerinin olduğunu öne sürmüştür. Buradan hareketle bu ilişkinin aile hekimliği eğitiminin içeriğini belirleyecek yeterliklerin tanımlanmasına yol açması gerekir. Bu etkileşim Şekil 1'de yansıtılmıştır.

Bu yaklaşım, disiplinin temel ilkeleriyle aile hekimlerinin yapmak zorunda olduğu görevler arasındaki dinamik ilişkiyi göstermektedir. Görevler önemli ölçüde, ai-

le hekimlerinin içinde çalıştığı sağlık sistemi ve hastaların değişen istek ve gereksinimleri tarafından belirlenmektedir.

DSÖ Avrupa Bürosu tarafından tanımlanan özellikler de aile hekimliğinin sağlık sistemi içindeki hedefleri olarak görülebilir. Bu kavramlar aile hekimliğinin sağlık sistemi içinde etkili olma kaygısını belirtmektedir ve eğer aile hekiminin üstleneceği görevlerin az ya da çok sağlık sistemi tarafından belirlendiği kabul edilirse, yeni bir tanım aile hekiminin çalıştığı bağlamı hesaba katmak ve hastaların değişen gereksinimlerini ve sağlık hizmeti sunumundaki gelişmeleri yansıtmak zorundadır.

Bu yaklaşımlar karşılıklı olarak birbirini etkilemektedir ve yeni tanımlar disiplinin temel ilkelerini, aile hekiminin sağlık sistemi içindeki temel görevlerini ve sağlık sisteminin aile hekimliği uygulaması üzerindeki etkisini dikkate almak durumundadır.



Şekil 1. Aile hekimliği disiplinin ilkeleri ve aile hekimlerinden talep edilen görevler arasındaki ilişki.

Gay'in önerdiği disiplin ilkeleri şunlardır:

1. Hasta merkezli yaklaşım
2. Aile ve toplum bağlamına yönelim
3. Hasta gereksinimleri ve istekleriyle belirlenen etkinlikler
4. Seçilmemiş ve karmaşık sağlık sorunları
5. Ciddi hastalıkların düşük insidansı

6. Hastalıkların erken evrelerde görülmesi
7. Çok sayıda yakınma ve patolojinin eş zamanlı yönetimi
8. Sürekli yönetim
9. Bakımın koordinasyonunu sağlama
10. Verimlilik

Bu ilkeler, DSÖ Çerçeve Bildirgesi'nde tanımlanan aile hekimliği özelliklerine birçok bakımdan benzemektedir:

- A. Genel
- B. Sürekli
- C. Kapsayıcı
- D. Koordine
- E. İşbirliğine dayalı
- F. Aile yönelimli
- G. Toplum yönelimli

DSÖ Bildirgesi, bu yedi özelliğin ne anlama geldiğini de açıklamaktadır:

Genel:-

- Tüm nüfusun seçilmemiş sağlık sorunlarıyla ilgilenme
- Yaş, cinsiyet, sınıf, ırk ya da din ve herhangi bir sağlık sorunu ayrımı yapmama
- Coğrafi, kültürel, yönetsel ya da parasal engellerle kısıtlanmamış kolay erişim

Sürekli:-

- Kişi merkezli
- Tek bir rahatsızlık epizoduyla sınırlanmamış, uzunca bir yaşam dönemi boyunca, boylamsal sağlık hizmeti sunma

Kapsamlı:-

- Sağlığı geliştirici, hastalıklardan koruyucu, iyileştirici, esenlendirici ve destekleyici bakımı
- Bedensel, ruhsal ve sosyal bakış açılarını
- Hekim-hasta ilişkisinin klinik, insancıl ve etik yönlerini kapsayan entegre sağlık hizmeti sunma

Koordine:-

- İlik temas noktasındaki bakımı yönetme
- Uzman hizmetlerine sevk
- Hastaya var olan hizmetler konusunda bilgi verme
- Sağlık bakımını koordine etme ve yönetme

İşbirliğine dayalı:-

- Multidisipliner ekiplerde çalışma
- Uygun durumlarda sağlık hizmeti sunumunu ekip üyelerine paylaşırma
- Liderlik yapma

Aile yönelimli bakım:-

Her bir sorunu,

- Aile çevresi
- Sosyal ve kültürel ilişkiler ağı
- İş ve ev koşulları bağlamında ifade etme

Toplum yönelimli:-

Aile hekimlerinin her bir sorunu,

- Toplumun sağlık gereksinimleri ve
- Diğer çalışanlar ve kuruluşlar bağlamında ele alması gerektiğini belirtir.

WONCA, Genel Pratisyen / Aile Hekiminin Sağlık Sistemlerindeki Rolü üzerine 1991 yılında yayınladığı bildirgesinde,^[9] aile hekiminin rolünü tanımlamış ve bu rolü aile hekimliğinin yükümlülükleri ve sorumlulukları olarak gördüğü özellikleriyle ilişkilendirmişti.

WONCA 1991 Bildirgesi aşağıdakileri içermektedir:

- Kapsayıcı bakım
- Hastaya yönelim
- Aileye odaklanma
- Hekim/hasta ilişkisi
- Diğer hizmetlerle eşgüdüm sağlama
- Savunmanlık
- Ulaşılabilirlik ve kaynak yönetimi

DSÖ'nün tanımladığı özellikler, WONCA belgesindeki "açıklamalar" ve Gay tarafından tanımlanan ilkeler arasında büyük örtüşmeler vardır. Bu örtüşmeler, aşağıdaki çizelgede olduğu gibi çapraz-haritalama yapılarak gösterilebilir:

Sürekli – ara vermeksizin, kesintisiz anlamındadır; bir hapishane etrafındaki çevre duvarı gibi.

Süre giden – bir süreç ya da etkinliğin sürdürüleceği anlamını taşır; devam ettirilmiş; aralıksız olmayan fakat "süre giden" bir gelecek için.

Bu en iyi, tıp eğitimi ile ilişkili olarak kullanıldığında gösterilebilir. Sürekli tıp eğitimi asla başka bir şey yapılmadığı – fakat sabah, öğle ve akşam tıp eğitimi alınmakta olduğu anlamına gelir. Diğer yandan süre giden tıp eğitimi ise, aralıklı ya

DSÖ 1998	WONCA 1991	Gay tarafından tanımlanan ilkeler
Genel	Kapsayıcı bakım	3. Hastanın gereksinim ve istekleri tarafından belirlenen etkinlikler 4. Seçilmemiş ve karmaşık sağlık sorunları
Sürekli*	Hastaya yönelim	1. Hasta merkezli yaklaşım 8. Sürekli yönetim
Kapsayıcı	Kapsayıcı bakım	3. Hastanın gereksinim ve istekleri tarafından belirlenen etkinlikler 4. Seçilmemiş ve karmaşık sağlık sorunları
Eşgüdüm	Diğer hizmetlerle eşgüdüm	9. Koordine bakım
İşbirliğine dayalı	Diğer hizmetlerle eşgüdüm	9. Koordine bakım
Aile yönelimli	Aileye odaklanma	2. Aile ve toplum bağlamına yönelim
Toplum yönelimli	Toplum için yükümlülük üslenme	2. Aile ve toplum bağlamına yönelim

* DSÖ belgesinde dilin kullanımındaki karışıklık, bazı güçlülere neden olabilir. Karışıklık "sürekli" (continuous) ve "süre giden" (continuing) sözcükleri arasındadır ve DSÖ belgesinin yaklaşımında "süre giden" sözcüğünün kullanımı daha uygun olabilirdi.

da epizodik olabilen, fakat süresiz olarak devam edecek bir süreci tanımlar. Dolayısıyla aile hekiminin zaman içindeki sürekli bakımı en iyi süre giden sözcüğü ile tanımlanır.

(Türkçe'de bu sözcüklerin karşılığını tam olarak bulmak ve anlamlandırmak biraz zor gibi görünüyor. "Continuous" karşılığı olarak kesintisiz, "continuing" karşılığı olarak da süre giden ya da sürdürülen sözcükleri kullanılabilir. Ya da "sürekli bakım" ve "sürekli tıp eğitimi" deyimlerini kullanmayı sürdürebilir ve buradaki sürekli sözcüğüne süre giden anlamı yükleyebiliriz. – Çeviri editörü)

Bununla birlikte bazı ilginç farklılıklar da vardır. DSÖ ve WONCA tarafından tanımlanan maddeler, özgül bir süreçte gerçekleştirilen tıbbi bir etkinlik olarak disiplinle değil, sağlık sistemi içindeki mesleksel etkinliklerle ilgilenmektedir. Aslında aşağıdaki üç madde disiplinle ilgilidir ve gerçekte DSÖ ya da WONCA özelliklerine entegre edilmiş değildir.

Gay'in sunumunda yer alan "ciddi hastalıkların düşük prevalansı", "hastalıkların erken evrede görülmesi" ve "çok sayıda yakınma ve patolojinin eş zamanlı yö-

netimi”, WONCA makalesindeki “kapsayıcı bakımın” bir parçasıdır ancak DSÖ’nün tanımladığı özellikler arasında yer almaz. Bu üç özellik, aile hekimliğinin önemli bir yönünü oluşturur - (patoloji ya da organ temelli olmanın tersine) insana dayalı bir disiplin olduğunu, (ikinci basamak bakımın normal olmayanla ilgilenmesinin tersine) normal olanla ilgilendiğini, ancak aile hekimlerinin ciddi rahatsızlıklarla henüz erken ve ayrılaşmamış bir evrede karşılaşacağını ve onları yönetmek zorunda kalacağını gösterir. WONCA bildirgesi ayrıca rahatsızlıkların insidansının ve sunulan belirtilerin, birinci basamakta genellikle eğitimin yapıldığı hastanelerde görülenden çok farklı olduğuna işaret etmektedir.

DSÖ Çerçeve Bildirgesi, aile hekimliğinin temel taşı olarak görülmesi gereken hastayla aile hekimi arasındaki görüşmeyi derinliğine araştırmada yetersiz kalmaktadır. Gay, kuramsal bir aile hekimliği modeli önermiştir: Yeni fikirlere açık, hastalığı organik, insan ve çevre etkenlerinin bir sonucu olarak gören GLOBAL MODEL. Sağlığı karmaşık bir bütün olarak ele alan bu kavram, Engel’in biyopsikososyal modeline benzer: “Bütüncül (holistik)” model.

Hastayla görüşme, hastaların sorunlarını hem biyomedikal hem de insancıl bakımdan, yani fiziksel, psikolojik ve sosyal yönleriyle ifade etme gereksinimini de tanımlayan WONCA bildirgesinde yer almaktadır. Hastaya bu yaklaşımın kökenleri Kraliyet Genel Pratisyenler Koleji’nin (RCGP) bir çalışma grubunun raporunda yer almaktadır^[10] ve disiplinin düşünme tarzına o kadar yerleşmiştir ki sanki tüm hekimlerde doğal olarak varmış gibi görülme tehlikesi taşımaktadır.

Verimlilik, Gay tarafından ifade edilmiş fakat DSÖ Çerçeve belgesinde özgül olarak belirtilmemiş bir başka özelliktir. Bu olasılıkla, iyi gelişmiş aile sağlığı sistemlerinde temel bir özellik olarak kabul edilen maliyet etkinliği ifade etmektedir. WONCA bildirgesi, aile hekiminin sağlık sistemlerinde kaynak yönetiminde rolü olduğunu ileri sürerek bu düşüncüyü daha da geliştirmektedir.

WONCA bildirgesi biraz ayrıntılı bir şekilde incelenecek olursa, daha önce belirtilen disiplin ilkeleriyle çeşitli rol tanımlamaları arasındaki yakın ilişki görülebilir (Bak. Ek 1). İlk Leeuwenhorst tanımı, diğerlerine göre yaygın olarak kabul edilme ve zaman sınavından geçmiş olma üstünlüğüne sahip gibi görünmektedir. Bu tanım, aile hekimliğinin sınırlı araştırma ve eğitim temeliyle çok yeni bir disiplin olduğu ve genellikle tıp mesleğinin tüm diğer alanlarda yeterlik kazanılamadığı durumlarda uygulanmak zorunda kalınan dalı olarak görüldüğü bir dönemde yapıldı. 1972 yılında Kraliyet Genel Pratisyenler Koleji’nin bir çalışma grubu tarafından geliştirilen iş tanımı,^[10] en azından kısmen, Leeuwenhorst tanımına temel sağlamış ve onu etkilemişti; iş tanımı WONCA tanımını da etkilemiş gibi görünmektedir. Leeuwenhorst tanımı, DSÖ Çerçeve bildirgesinde daha sonra tanımlanan özelliklerin

birçoğunu içermekte fakat bunları aile hekimliğinin günlük çalışma ortamında ele almaktadır. Bununla birlikte kendi başına tek bir tanım olarak kalması için yeterli değildir; kapsayıcı değildir – örneğin iyileştirici, esenlendirici ve destekleyici bakım özgül olarak belirtilmemiştir.

Olesen ve arkadaşları, ilk Leeuwenhorst tanımının zamanını doldurduğunu ve artık günümüzde aile hekimliği gerçeğini yansıtmadığını öne sürmüşlerdir. Bununla birlikte, Olesen ve arkadaşları tarafından ifade edilen hoşnutsuzluğun nedeni, kendini aile hekimi olarak gören birçok hekimin disiplinin özelliklerinin tümünü uygulamanın olası olmadığı sağlık sistemlerinde çalışıyor olması gibi görünmektedir. Böylece onlar, disiplinin genellikle aile hekiminin çalışmasında temel önemi olduğu düşünülen bazı özelliklerinden, özellikle disiplinin toplum yönelimi ve bakımın zaman içindeki (boylamsal) sürekliliği kavramından vazgeçmektedirler. Görüşlerini desteklemek amacıyla da aile hekimlerinin acil servislerde çalışması gibi örnekleri kanıt olarak göstermektedirler.

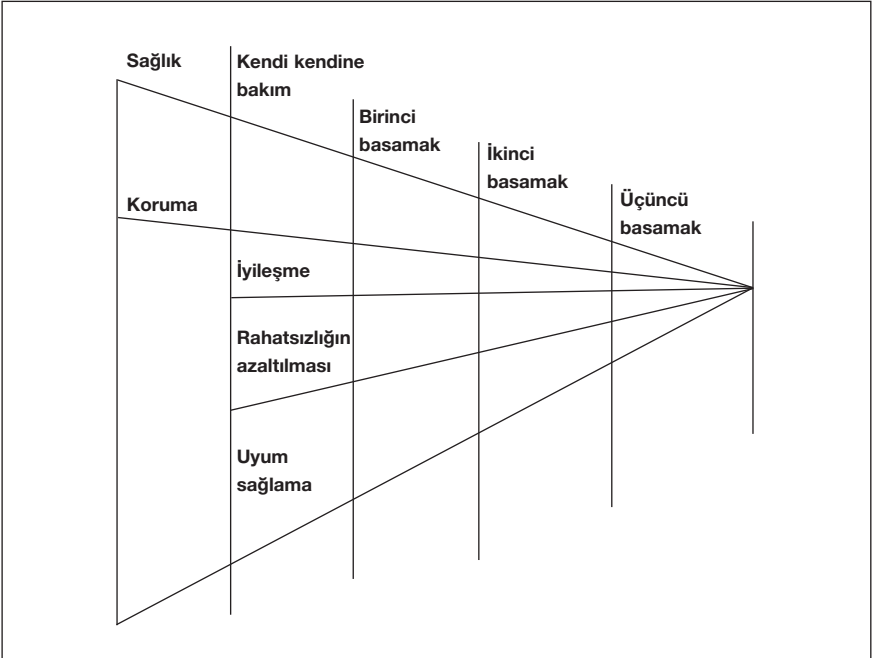
Leeuwenhorst'u izleyen iki tanım, WONCA 1991 ve Olesen 2000 tanımları, kökenlerini hala büyük ölçüde Leeuwenhorst tanımından alıyor gibidir. WONCA 1991 bildirgesinin tanımı, farklı sağlık sistemlerine çok daha uygun gibi görünmekte ve disiplinin daha önce belirtilmiş tanımlayıcı özelliklerini bütünleştirmektedir. Klinik karar verme bölümünde WONCA bildirgesi, erken dönemde sunulan ayrımlaşmamış klinik sorunları, standart biyomedikal tanımlara uymayan çok sayıda sorunu, ikinci basamak ortamıyla karşılaştırıldığında birinci basamak ortamlarda farklı prevalansta görülen hastalık ve rahatsızlıkları ifade etmektedir.

Şekil 2'de gösterilen sağlık bakımı modeli, sağlık sistemleri için günümüzde genellikle kabul edilen modeldir.^[11] Eğer giriş bölümünde yapılan birinci basamak tanımını – “sağlık sistemi içinde genellikle hastanın yaşadığı toplulukta bir sağlık çalışanıyla ilk temasın gerçekleştiği ortam – kullanırsak, aile hekiminin çalıştığı bağlam düşüncesine geliriz. Kendi kendine, birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık bakımının birbirleriyle olan kesişme yüzeyleri ve her birinde değişik sağlık hizmeti sunucuları arasındaki etkileşimler, dikkate alınması gereken önemli konulardır.

Avrupa'da aile hekimlerinin ilgilendiği hasta nüfusunun farklılıklar gösterdiği birçok birinci basamak sağlık hizmeti sunum modeli ve farklı sağlık sistemlerinin birinci basamağında çalışan giderek artan sayıda farklı sağlık çalışanı vardır. Bu aile hekimlerinin çalıştığı ortamlar çok farklıdır, fakat yine de disiplinin temel ilkelerinin uygulanması gerekir. Açık ki bazı sağlık sistemleri iyi aile hekimliği uygulaması için çok uygun olmayabilir; bu gibi sistemler değişikliğe kolay uyum sağla-

yamamakla birlikte, biz en iyi sağlık ıktıları ve maliyet-etkin sağlık hizmeti sağlaması olası ideal sağlık sistemi modelini öne sürmekten korkmamalıyız. İdeal olan, yüksek nitelikli Aile Hekimliği uygulamasına dayalı modeldir. Bu anlayış, DSÖ Çerçeve belgesinin temel itici güçlerinden biriydi.

Görev, aile hekiminin – genel klinisyenin – kendine özgü olan etkinliğini tanım- lamaktır. Aile hekimleri koruyucu hekimlik ve sağlık eğitimi etkinlikleri aracılığıyla kendi kendine bakım üzerine etkiye bulunmalıdırlar. Onlar bazı sağlık sistemlerin- de hem ikinci hem de üçüncü basamak bakımın sunulmasını etkilemektedirler ve bu hizmetlere uygun girişı koordine etmede kolaylaştırmacı rolü oynayabilirler. Diğer bazı sistemlerde, dar alan uzmanları da birinci basamak ortamlarda çalışmakta ve sıklıkla diğer ölkelerde aile hekimleri tarafından yönetilen sorunlarla ilgilenmekte- dirler. Bazı sağlık sistemlerinde ise esas olarak birinci basamakta çalışan aile he- kimleri, sınırlı ikinci basamak görevi üstlenebilmektedirler.



Şekil 2.

TARTIŞMA

Tüm bu farklı açıklama ve tanımlar, tek bir tanımda birleştirilebilir mi? Yeni bir tanıma gereksinmemiz var mı? Bu tanım, aile hekiminin görev ya da rolünü mü, yoksa disiplinin özelliklerini mi içermelidir? Bu konu Finlandiya-Tampere'deki 2001 WONCA Avrupa Koferansı'nda yapılan bir çalıştayda ele alındı; katılanların büyük çoğunluğu yeni bir tanım yapılması ve bu tanımın disiplinin görev ve ilkelerini içermesi gerektiğini düşünmekteydi.

Disiplinimizi belirleyen ilkeleri açıklayan çeşitli bildirgeler arasında ve aile hekiminin görev tanımlarında birçok benzerliğin yanı sıra önemli farklılıklar da vardır. Burada işaret edildiği gibi açıklamalarda yorumlama farklılıklarına bağlı olabilecek boşluklar söz konusudur. Bu tanımlardan hiç birisi kendi başına aile hekimliği disiplininin anahtar özelliklerinin tümünü kapsamamaktadır. Dolayısıyla farklılıkları araştırmak, boşlukları doldurmak ve eksiksiz bir tanımlama oluşturmak için şimdiye kadar ele alınan çeşitli açıklamaların bir sentezinin yapılması gerekmektedir.

Olesen ve arkadaşlarının makalelerinde belirttikleri Leeuwenhorst tanımı ile ilgili endişelerin çoğu, tanımın katı yorumlanması ile ilişkili görünmektedir. Örneğin, kişisel bakımla kastedilen nedir? Her durumda hep aynı hekim tarafından hizmet sunulması anlamına mı gelmektedir? Eğer değilse, yerine bir başka hekimin hizmet sunmasının kabul edilebilir koşulları (örn. çalışma saatleri dışında) nedir? Yoksa kişisel bakımla patolojiden çok bireylerle ilgilenilmesini mi (Gay ve DSÖ tarafından tarif edilen kişiye yönelik bakım) anlıyoruz? Tampere'deki çalıştay bu konuyla da ilgilendi; çok az katılımcı aile hekimlerinin 24 saat kişisel bakım sunmaları gerektiği görüşünderken, büyük çoğunluk zamanın önemli bir bölümünde sürekli kişisel bakım verilmesi gerektiğini düşünmekteydi.

Tanımlarımızı tartışmaya başladığımızda dikkate almamız gereken başka konular da vardır. Birinci basamakta hasta görüşmesini oluşturan aile hekimi ile hasta arasındaki kendine özgü etkileşim daha ileri inceleme gerektirir. McWhinney^[12] tarafından bir sözleşme olarak tanımlanan bu etkileşimin bizzat kendisi iyileştirici bir etkiye sahiptir. Aile hekimliğindeki bu hasta-hekim ilişkisi için Balint^[13] "ilaç doktor" deyimini kullanmaktadır. Hastayla görüşme sırasındaki etkileşimi bir tedavi aracı olarak kullanma, aile hekimliğinin anahtar özelliklerinden birisi olarak görülmesi ve aile hekimliği eğitiminin bir parçası olmalıdır. Pereira-Gray,^[14] GP ile hasta arasında zaman içinde gerçekleşen görüşmeleri kesintisiz bir sürecin parçaları gibi ele alarak süreklilik konusunu ve zamanın kullanımını daha derinlemesine incelemiştir. Pereira-Gray, Birleşik Krallık'ta herhangi bir vatandaşın aile hekimi ile yıldı toplam 47 dakika tutan beş görüşme yaptığını belirlemiştir.

Hasta otonomisi kavramı ile birlikte, aile hekiminin hastaların kendi hastalıklarını yönetmede yetkinleşmelerini sağlama ve davranış değişikliği oluşturarak bu yönetime katkıda bulunma rolü, son yıllarda önemi giderek artan bir ilgi alanı olmuştur. Bu konunun önemi olasılıkla daha da artacaktır, çünkü hastalar internet gibi giderek daha kolay ulaşabildikleri çok çeşitli bilgi sistemleri sayesinde daha iyi bilgilendirilmektedirler.

Hastanın savunmanlığını yapma, DSÖ Çerçeve bildirgesinin ön taslaklarında bulunmakla birlikte yalnızca WONCA bildirgesinde bir özellik olarak geçmektedir. Savunmanlık özelliği, “hastanın klinik karar verme sürecine etkin olarak katılmasına yardım etme ve hizmetlerin toplumun bütün bireylerine eşit dağılımını en üst düzeyde sağlamak için hükümet ve diğer yetkilerle birlikte çalışma” olarak tanımlanmaktadır. Burada aile hekiminin, sağlık sistemlerinin ikinci ve üçüncü basamaklarından hizmet alımlarında hastalarını desteklemesi ile ilgili daha ileri bir işlevi ortaya çıkmaktadır.

Aile hekimliği epidemiyolojisi ikinci basamak epidemiyolojisinden belirgin şekilde farklıdır. Temel rahatsızlıklar erken dönemde ve ayrılaşmamış olarak sunulmaktadır; birçok basit, kendi kendini sınırlayan sorun ise yalnızca ya da ağırlıklı olarak birinci basamakta görülür ve kronik rahatsızlıkların zaman içindeki sürekli bakımının (boylamsal) büyük bölümünü aile hekimliği yönetir. Birçok görüşme herhangi bir patoloji bulunmayan hastalarda hasta olma olasılığının yarattığı kaygıyı gidermek için yapılmak durumundadır – birinci basamağın (patolojiye değil) normal olana yönelme özelliği. Normale yönelme ve olağan olanı araştırma, karmaşık ve birçok durumu içeren bir kavramdır; sağlık ve iyilik durumunu geliştirme çabasını ve aile hekimlerinin kendilerine sunulan sorunların çoğunun patolojik temelini olmadığı yönündeki beklentisini kapsar. Aile hekimleri aynı zamanda, insidansları ikinci ve üçüncü basamakla karşılaştırıldığında farklı olan ciddi rahatsızlıkları tanımlamak ve yönetmek zorundadırlar. Bunun yarattığı ikilemi gidermek için uygun problem çözme becerileri kullanmalıdırlar. Bu çok karmaşık görev özgül bir karar verme süreci gerektirir; bu süreç, ciddi hastalıkların düşük insidansı nedeniyle semptom ve belirtilerin ve tanısal testlerin olumlu kestirim değerlerinin (pozitif prediktif değer) birinci basamakta farklı **ve birçok önemli durumda hastane ortamından daha düşük olduğu** gerçeğine dayanır. Hastanın sıkıntısının genellikle biyomedikal bir nedeni yoktur ve bir yandan bakım sunmaya devam ederken diğer yandan araştırmayı ne zaman sonlandıracağını bilmek önemlidir. Ayrıca hastaları gerektiğinde **yararsız tarama, test ve tedavilerden** “kurtararak” problemlerinin aşırı tıbbileştirilmesinin vereceği zarardan koruma gereksinimi de vardır.

McWhinney¹⁵ belli bir organizmanın davranışının onun geçmişine, ortama ve çevresine bağlı olduğu organ temelli biyolojik süreçler modelini vurgulamıştır. Bu,

aile hekimlerinin karmaşıklığı araştırmalarını ve belirsizliği kabul etmelerini gerektirir. McWhinney, tüm klinik disiplinler içerisinde, aile hekimliğinin son derece yüksek bir karmaşıklık ve buna bağlı belirsizlik içerisinde çalıştığına işaret etmektedir. Yaptığı sunumda McWhinney şimdiye kadar tartıştığımız birçok konunun – ilişkiler, bireylere yönelme ve zihinle beden arasındaki ikilik (fiziksel, psikolojik ve sosyal) – üzerinde durmuştur.

Tüketiciiliğin ve performans yönetiminin damgasını vurduğu bu günlerde, aile hekimlerinin yaşam boyu öğrenme ile becerilerini sürdürmeleri ve bu becerilerini kalite güvencesi ile uygulamaları beklenmektedir. Bazı sağlık sistemlerinde bu beklenti dönemsel bir temelde zorunlu reakreditasyon uygulamalarına yol açmaktadır. Diğer toplumsal değişimler tüketicinin sağlık bakımı sunumu ile ilgili görüşlerini değiştirecek ve genel pratisyen bu değişimlere yanıt verebilmek için esnek olmak zorunda kalacaktır. Bu esneklik biyomedikal alandaki, genel klinisyen için tüm hastalıkların yönetiminde gerçekleşen, hızlı değişikliklerle başa çıkmaya yetmelidir.

Artan gezi ve göçler sağlık ve hastalıkların dağılımında hızlı değişimlere neden olabilir. Bu durum aile hekimi için başa çıkması gereken yeni sorunlar ve aile hekimliği epidemiyojisinde değişiklik oluşturmaktadır. Aile hekimi kültürel, etnik ve dinsel farklılıkları, bunların sağlık ve rahatsızlıklar üzerine ve tedaviye olan etkilerini daha iyi anlamalıdır.

Ayrıca kaynak yönetimi ile ilgili yeni bir rol gelişmektedir. Sağlık bakımının maliyetinin giderek arttığı bir ortamda genel klinisyen, hastasıyla işbirliği içerisinde sağlık sunumu ve kaynak kullanımı konusunda öncelikleri saptayabilecek eşsiz bir konumdadır. Aile hekimlerinin yalnızca kendilerinin değil meslektaşlarının da maliyet-etkin uygulamalarını artırma konusundaki rollerinin farkında olmaları gerekir. Birey olarak hastanın istek ve gereksinimleri ile bir bütün olarak toplumun gereksinimleri arasında bir çatışma söz konusu olabilir; aile hekimi bunun farkında olmalı, ikisi arasında uygun bir denge sağlayabilmeli ve bunu hastayla konuşabilmelidir.

Çok kullanılan beceriler ve yüksek-risk becerileri kavramı, daha önceki tanımların hiçbirinde özel olarak ifade edilmeyen bir konudur. Çok kullanılan beceriler, gereksinim duyulma sıklığı nedeniyle aile hekimliği ortamında sık kullanılan çocuk bakışı, sınırlı zaman koşullarında öykü alma, kulak-burun-boğaz bakışı gibi becerilerdir. Yüksek-risk becerileri ise, aile hekiminin daha seyrek olarak karşılaştığı ve hasta açısından önemli bir risk oluşturan kardiyopulmoner canlandırma uygulama, konvülsiyon geçiren ya da saldırgan/tehlakeli bir hastayla ilgilenme gibi durumlarda gereksinilen becerilerdir.

Son olarak vurgulanmalıdır ki, eğitim sürecimiz aile hekimlerini, tüm dünyada tıp fakültelerinde hala ağırlıklı olarak öğretilen mekanik veya teknik yaklaşımdan çok farklı olan klinik süreçlere hazırlamak zorundadır.

Hem aile hekimliği disiplini hem de aile hekiminin görevlerini tanımlayan ve bunları en azından genel olarak sağlık sistemi ortamı ile ilişkilendiren güvenilir bir bildirgeye gereksinim vardır.

Bu bildirge şunları tanımlamalıdır:

1. Disiplini tanımlayan ve sağlık sistemlerine bağımlı olmayan temel unsurlar.
2. Genel olarak uygulanabilir olan fakat bağlama (uygulama ortamına) göre değişebilen mesleki görevler. Örneğin, ikinci basamağa sevk sisteminin temel unsur olması ancak ikinci basamak hizmetler için zorunlu giriş kapısı işlevinin (sevk zincirinin) olmaması.
3. Bağlamsal farklılıklar nedeniyle genel olarak uygulanamayan, ancak durumun yetersiz görüldüğü yerlerde (örn. eğer aile hekimlerinin çocuklar dahil bütün yaş gruplarıyla ilgilenmeleri gerektiğini düşünüyorsak ve bu durum belli bir sağlık sisteminde olası değilse) sağlık çıktıları açısından hastaların yararlarını ve maliyet etkin bakım açısından toplumun yararlarını en üst düzeye çıkarmak üzere sağlık sisteminde değişiklik önermemizi gerektiren mesleki görevler.

Bu bizi, yeni ya da en azından gözden geçirilmiş tanımlamalara götürmektedir. Aile hekimliği disiplininin özelliklerinin ya da ilkelerinin tanımlanmasına **VE** aile hekimlerinin içinde çalıştıkları sağlık sistemine göre belirlenmiş görev tanımına gereksinim duymaktayız.

Kaynaklar

1. The General Practitioner In Europe: A statement by the working party appointed by the European Conference on the Teaching of General Practice, Leeuwenhorst, Netherlands 1974.
2. Framework for Professional and Administrative Development of General Practice / Family Medicine in Europe, WHO Europe, Copenhagen, 1998
3. Van Weel C. The Impact of Science on the Future of Medicine: RCGP Spring Meeting, 2001.
4. Council Directive 93/16/EEC to facilitate the free movement of doctors and the mutual recognition of their diplomas, certificates and other evidence of formal qualifications; Official Journal of the European Community, 165: 7/7/93.

5. Proceedings UEMO Consensus Conference on Specific Training for General Practice. UEMO. Published by The Danish Medical Association. Copenhagen 1995.
6. Report and Recommendations on the Review of Specific Training in General Medical Practice: Advisory Committee on Medical Training (to the European Commission), XV/E/8433/95-EN October 1995.
7. Olesen F, Dickinson J, Hjortdahl P. General Practice-time for a new definition BMJ 2000; 320,354-357.
8. Gay Bernard, What are the basic principles to define general practice, Presentation to Inaugural Meeting of European Society of General Practice/Family Medicine, Strasbourg, 1995.
9. The Role of the General Practitioner / Family Physician in Health Care Systems: a statement from WONCA, 1991.
10. The Future General Practitioner – Learning and Teaching: London; RCGP, 1972.
11. The Nature of General Medical Practice – Report from General Practice 27: London; RCGP 1996.
12. McWhinney Ian R, Primary care core values: core values in a changing world, BMJ, 1998; 317(7147):1807-1809.
13. Balint M. The Doctor, his Patient and the Illness: Pitman Medical; London, 1964
14. Pereira-Gray D, Forty-seven minutes a year for the patient, British Journal of General Practice 1998; 48(437):1816-1817
15. McWhinney Ian R The importance of being different. British Journal of General Practice, 1996; 46: 433-436.

4. AÇIKLAYICI NOTLAR, GEREKÇE VE AKADEMİK GÖZDEN GEÇİRME TEMEL YETERLİKLER

4.1. AÇIKLAYICI NOTLAR

Aile Hekimliği disiplininin ve uzman aile hekiminin tanımı doğrudan doğruya, aile hekiminin sahip olması gereken çekirdek yeterliklerin tanımlanmasına yol açmalıdır. Çekirdek sözcüğü, uygulandıkları sağlık sistemine bakılmaksızın disiplin için temel olan anlamını taşır. Disiplinin on bir özelliği, her uzman aile hekiminin ustalaşması gereken on bir yeti ile ilgilidir. Aralarındaki yakın ilişkiler nedeniyle bunlar, altı bağımsız temel çekirdek yeterlik altında toplanabilir:

4.1.1. Birinci Basamak Yönetimi

- Seçilmemiş sorunlarla uğraşarak hastalarla ilk teması yönetebilme
- Tüm sağlık durumlarıyla ilgilenebilme
- Birinci basamaktaki diğer çalışanları ve diğer uzmanlarla eşgüdümlü hizmet sunabilme
- Etkili ve amacına uygun sağlık hizmeti sunumu ve sağlık hizmeti kullanımı sağlayabilme
- Sağlık sistemi içindeki uygun hizmetleri hasta için ulaşılabilir hale getirebilme
- Hastanın savunucusu olabilme **yetilerini içerir.**

4.1.2. Kişi Merkezli Bakım

- Hastanın içinde yaşadığı koşullar bağlamında hastalarla ve sorunlarla uğraşırken kişi merkezli bir yaklaşım benimseyebilme;
- Aile hekimliği hasta görüşmesini, hastanın otonomisine saygı göstererek etkili bir hekim-hasta ilişkisi oluşturmak üzere kullanabilme ve geliştirebilme;
- İletişim kurabilme, öncelikleri belirleyebilme ve ortaklık içinde hareket edebilme;
- Süre giden ve koordine sağlık hizmeti yönetimi açısından, hastanın gereksinimleriyle belirlenen boylamsal sürekli bakım hizmeti sağlama **yetilerini içerir.**

4.1.3. Özgül Sorun Çözme Becerileri

- Özgül karar verme süreçlerini rahatsızlıkların toplum içindeki prevalans ve insidansı ile ilişkilendirme;
- Öykü, fizik bakı ve laboratuvar incelemelerinden bilgi elde etme ve yorumlamada seçici davranabilme ve bu bilgileri hasta ile işbirliği içinde uygun bir yönetim planı oluşturmada kullanabilme;

- Zamanı araç olarak kullanarak kademeli araştırma yapma ve belirsizliğe uyum sağlama gibi uygun çalışma ilkeleri benimseyebilme;
- Gerekğinde acil girişim yapabilme;
- Erken dönemde ve henüz ayrılaşmamış olarak ortaya çıkan durumları yönetebilme
- Tanı ve sağaltım girişimlerini etkili ve verimli şekilde kullanabilme **yetilerini içerir.**

4.1.4. Kapsayıcı Yaklaşım

- Çok sayıda yakınma ve patolojiyi, bireyin hem akut hem kronik sağlık sorunlarıyla eş zamanlı yönetebilme;
- Sağlığı geliştirme ve hastalıkları önleme stratejilerini uygun bir şekilde kullanarak sağlık ve iyilik durumunu geliştirebilme;
- Sağlığın geliştirilmesi, korunma, tedavi, bakım, palyasyon ve rehabilitasyonu yönetebilme ve koordine edebilme **yetilerini içerir.**

4.1.5. Toplum Yönelimli Olma

- Hastaların sağlık gereksinimleriyle onların içinde yaşadıkları toplumun sağlık gereksinimlerini, var olan kaynakların kullanımı açısından bir denge içinde uzlaştırabilme.

4.1.6. Bütüncül Yaklaşım-Modelleme

- Kültürel ve varoluş boyutlarını dikkate alan bir biyopsikososyal model kullanabilme **yetilerini içerir.**

4.2. TEMEL UYGULAMA ÖZELLİKLERİ

Yeterliklerin aile hekimliği uygulamasına, öğretilmesine ve öğrenilmesine uygulanmasında üç temel ek özelliğin dikkate alınması gerekir; bağlamsal, tutumsal ve bilimsel. Bunlar hekimlerin özellikleri ile ilgilidir ve onların gerçek hayatta çalışma ortamında çekirdek yeterlikleri uygulayabilme yeteneklerini belirler. Aile hekimi ile birlikte çalıştığı insanlar arasındaki yakın ilişki nedeniyle, aile hekimliğinde bu yeterliklerin etkileri daha büyük olabilir. Ancak bu yeterlikler tüm hekimleri ilgilendirir ve aile hekimliğine özgü değildir.

4.2.1. Bağlamsal Boyut

(Çalışma koşulları, toplum, kültür, parasal ve düzenleyici çerçeveler dahil hekimlerin bizzat kendi bağlamlarını ve çalıştıkları çevreyi anlamaları)

- Sosyoekonomik etkenler, coğrafya ve kültür dahil yerel toplumun çalışma yeri ve hasta bakımına etkisinin anlaşılması
- Toplam iş yükünün her bir hastaya verilen bakım üzerindeki etkisinin ve bu bakımın sunulması için var olan olanakların (personel ve donanım gibi) farkında olunması
- Uygulama düzeyinde sağlık hizmetinin sunulduğu mali ve yasal çerçevelerin anlaşılması
- Hekimin kişisel ev ve iş ortamının, sunduğu hizmet üzerindeki etkisinin anlaşılması

4.2.2. Tutumsal Boyut

Hekimin mesleki yeteneklerine, değerlerine, duygularına ve ahlakına dayanır.

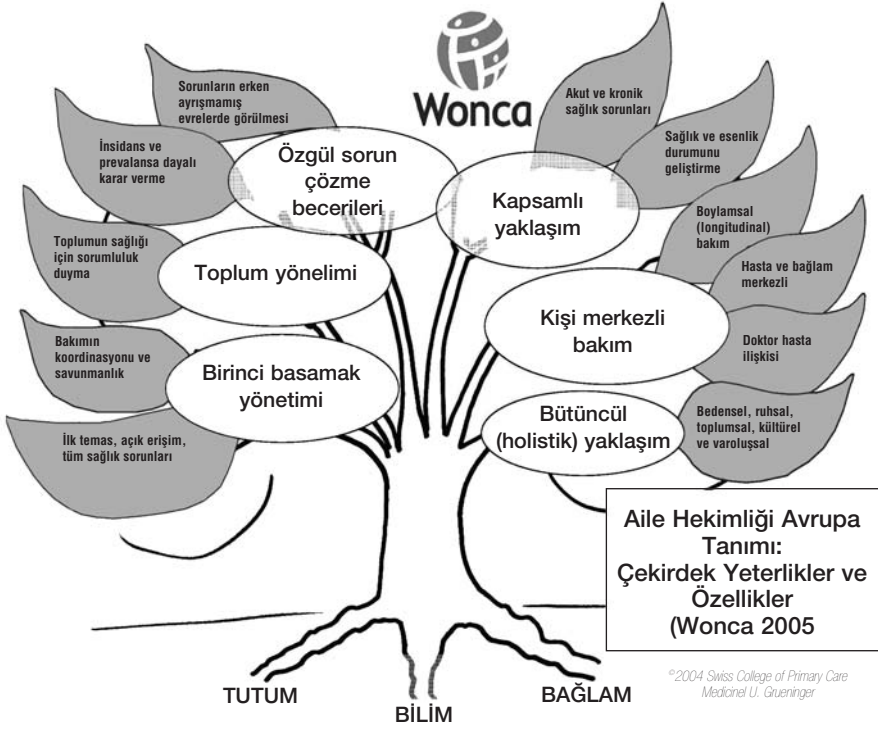
- Kişinin kendi yeteneklerinin ve değerlerinin farkına varması - klinik uygulamanın etik boyutunu tanımlar (koruma/tanısal girişimler/tedavi/yaşam biçimini etkileyen etkenler)
- Kendinin farkına varma: Kişinin kendi tutum ve duygularının uygulama yapma biçiminin önemli belirleyicileri olduğu anlayışı
- Kişisel etik değerleri yaşama geçirme ve ifade etme
- İş ve özel yaşamın karşılıklı etkileşiminin farkında olma ve bunlar arasında iyi bir denge sağlamak için mücadele etmesi

4.2.3. Bilimsel Boyut

Uygulamada eleştirel ve araştırmaya dayalı bir yaklaşımın benimsenmesi ve bunun sürekli öğrenme ve kalite geliştirme yolu ile sürdürülmesi

- Bilimsel araştırmanın genel ilkelerine, yöntemlerine ve kavramlarına ve istatistiğin temellerine (insidans, prevalans, kestirim değeri vb) aşina olma
- Patoloji, semptomlar ve tanı, tedavi ve prognoz, epidemiyoloji, karar kuramı, hipotez kurma ve problem çözme kuramları, koruyucu sağlık hizmetlerinin bilimsel arkaplanına ilişkin kapsamlı bilgi sahibi olma
- Tıbbi literatüre erişebilme, okuyabilme ve eleştirel olarak değerlendirebilme
- Sürekli öğrenme ve kalite geliştirme konularını geliştirme ve sürdürme

Çekirdek yeterlikler ve temel uygulama özellikleri arasındaki karşılıklı ilişki, disiplini nitelendirmekte ve uzmanlığın karmaşıklığını vurgulamaktadır. Eğitim, araştırma ve kalite geliştirme ile ilgili gündemin oluşturulmasına yansımaları ve ona kılavuzluk etmesi gereken, temel yeterlikler arasındaki bu karmaşık ilişkilerdir. İsviçre Koleji tarafından oluşturulan WONCA Ağacı bu karşılıklı ilişkiyi açıkça göstermektedir:



4.3. ÇEKİRDEK YETERLİKLER İÇİN GEREKÇE; AKADEMİK GÖZDEN GEÇİRME VE ANALİZ

GİRİŞ

Yeterliklerin tanımlanması hiyerarşik bir sürecin sonucudur. Aile hekimliği disiplininin ilkelerinden yola çıkarak aile hekimliği uzmanının mesleki görevleri belirlenmekte ve bu görevleri çekirdek yeterlikler izlemektedir. Çekirdek yeterliklerin sınıflaması yapılırken kullanılan sıralama önem sırasını göstermez; yüksek kalitede aile hekimliği hizmeti sunumunda hepsi gereklidir. Hastaya ve soruna bağlı olarak hepsi az veya çok oranda kullanılır. Kesin olan şudur ki, günlük aile hekimliği uygulamasında karşılaşılan klinik zorlukların çeşitliliği nedeniyle, aile hekimleri bu becerilerin tümünü kazanmalı ve uygun bir biçimde uygulayabilmelidir.

Çekirdek Yeterlikler

On bir özellik, altı yeterlik kümesine ya da alanına gruplanarak daha da geliştirilmiştir. Bu yeterliklerin her birinin türetildiği özelliğe ait kökeni bulunabilir. Çoğu yeterlik, birden çok özellik ile ilişkilidir. Örneğin, ilk yeterlik alanı olan “Birinci Basamak Yönetimi” yedi ayrı yeterlik tanımlaması içerir ve tabloda gösterildiği gibi eşleştirilebilir (özellikler, daha önce kullanılan harflerle belirtilmiştir):

Aynı alıştırma diğer yeterlikler için de yapılabilir.

Altı çekirdek yeterlik konusunda ustalaştığında hekim, aile hekimliği uygulamasında karşılaştığı tüm sorunları yönetebilme yeteneğine sahip olacaktır. Bunlar klinik alanına bakılmaksızın tüm sorunlara uygulanabilir ve hipertansiyon herni, kronik sırt ağrısı ve kronik böbrek yetmezliği yönetiminde kullanılabilir.

Temel Uygulama Özellikleri

Altı çekirdek yeterliğin yanı sıra bunların uygulanmasıyla ilgili üç temel özellik vardır; bağlamsal, tutumsal ve bilimsel özellikler. Bunlar hekimlerin özellikleri ile ilgilidir ve onların çekirdek yeterlikleri gerçek hayatta, çalışma ortamında uygulayabilme yeteneklerini belirlemektedir. Tüm hekimleri ilgilendiren bu yeterlikler genel pratisyenlik/aile hekimliğine özgü değildir, ancak genel pratisyenlik/aile hekimliğinde aile hekimi ve bakım sundukları insanlar arasındaki yakın ilişki nedeniyle etkileri daha büyüktür. Hasta merkezli bir disiplin olarak genel pratisyenlik/aile hekimliği, “yüksek bağlamlı” bir disiplindir; problem tanımlama ve farklı girişimlerde bulunma süreçlerinde hastanın sağlık inanışlarının, ailenin ve kültürel etkilerin oluşturduğu öznel dünyayı benimser ve irdeler. Diğer uzmanlık alanlarının çoğu “düşük bağlamlı” disiplinler olarak gelişmişlerdir; olabilen her durumda karar vermeyi nesnel gerçeklerle, ölçülebilir niceliksel bilgilerle ve görsel tanısal tekniklerle kısıtlanırlar.

Yeterlik tanımlaması	Özellik
BİRİNCİ BASAMAK YÖNETİMİ	
Seçilmemiş sorunlarla uğraşarak hastalarla ilk teması yönetebilme	a) Sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturur; hizmet almak isteyenlere açık ve sınırsız bir giriş sağlar; yaş, cinsiyet ya da kişinin başka herhangi bir özelliğine bakmaksızın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir. (ayrıca h) "Henüz ayrımlaşmamış rahatsızlıkla" ilgilenir.
Tüm sağlık durumlarıyla ilgilenebilme	a),
Sağlık bakımını birinci basamaktaki diğer çalışanlar ve diğer uzmanlarla birlik koordine edebilme	b) Sağlık kaynaklarının verimli kullanımını sağlar. Bunu bireylere sunulan bakımı koordine ederek, birinci basamakta diğer sağlık çalışanlarıyla birlikte çalışarak ve gerektiğinde hasta hasta adına üstlendiği savunmanlık göreviyle diğer uzmanların sunduğu hizmetlerle hizmetlerle teması yöneterek yapar.
Etkili ve uygun sağlık bakımı sunabilme ve sağlık hizmeti kullanımı sağlayabilme	b)
Sağlık sistemi içindeki uygun hizmetleri hasta için ulaşılabilir hale getirebilme	b)
Hastanın savunmanı olabilme	b)

Bunun sonucu, hekimin kendisini hasta ile kurduğu ilişkiye yalnızca sağlık hizmeti sunucusu olarak değil bir insan olarak dahil etmesidir. Hasta ile ortaklık ilişkisi içinde kendi tutumlarını, güçlü ve zayıf yönlerini, değerlerini ve inançlarını anlamayı ve kullanmayı öğrenmek zorundadır. Avrupa'da sağlık hizmetinin genel pratisyen/aile hekimi tarafından sunulduğu çok değişik sağlık sistemleri ve çeşitli koşullar vardır. Genel pratisyenin/aile hekiminin hizmet sunduğu toplumlarda ve nüfuslarda temel kültürel (din dahil) ve politik farklılıklar vardır. Bu durum görev tanımında çeşitliliklere yol açabilir. Genel pratisyenlik/aile hekimliği, diğer klinik disiplinlere göre toplumsal farklılıklara daha fazla bağlı olan bir klinik disiplindir. Genel pratisyen/aile hekimi, toplum ve tıp arasındaki aracıdır. Bu etkenler bir birey olarak hekim de etkiler. Hastalarla ilişkisinde bu kişisel tutumları göstermesi, açıklaması ve paylaşması, kazanılması gereken yeterliklerden biridir.

Yüksek bağımlı ve çok fazla birey-odaklı bir disiplin olmasına karşın, genel pratisyenlik/aile hekimliği olabildiğince bilimsel kanıtları temel almalıdır. Hastaların yönetiminde deneyimin kullanılması çok önemli olmayı sürdürmektedir ama olabilen her durumda, tıbbi literatürde ve kılavuzlarda yayınlanan ve biriken güçlü kanıtlarla desteklenmeli ve doğrulanmalıdır. Aile hekimleri araştırabilmeli, bilgi toplayabilmeli, bilgiyi anlayabilmeli ve bilimsel araştırmaları eleştirel olarak ve olabildiğince kanıtları kullanarak yorumlayabilmelidir. Uygulamada deneyimi eleştirel olarak gözden geçirme, tüm meslek kariyeri boyunca sürdürülen bir tutum haline gelmelidir. Yaşam boyu öğrenme ve kalite geliştirme ilkelerini bilmek ve kullanmak, temel bir yeterlik olarak benimsenmelidir.

Yeterlik ve Performans

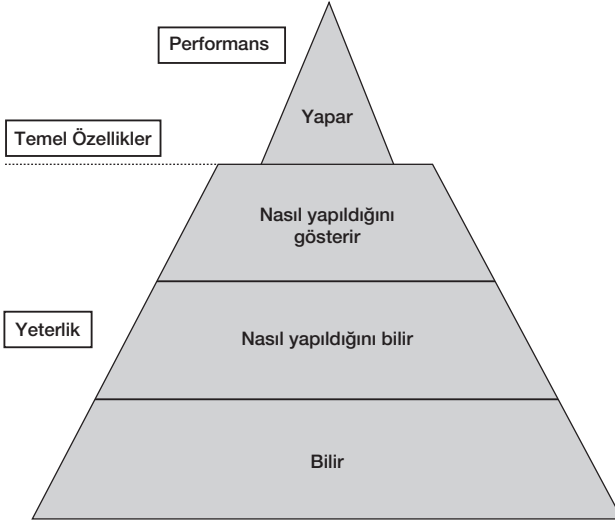
Çekirdek yeterlikler, genel pratisyenlik/aile hekimliği disiplinin becerikli bir yorumcusu olabilmek için gereklidir. Bununla birlikte yeterlikleri kazanılması, bunların günlük çalışma ortamlarında kullanılacaklarını, yani gerçek performansa dönüşeceğini garanti etmez. Yeterlik, genel pratisyen/aile hekiminin bir dizi somut gözlemlenebilir görevi, gerçek iş ortamından bağımsız başarıyla yapabilme yeteneği olarak tanımlanabilir.^[1] Miller terminolojisinde yeterlik, öğrenenin kendisinden istendiğinde veya değerlendirilme sırasında gösterebildikleri ile ilgiliyken, performans günlük uygulama ortamında yaptıklarıdır.^[2]



Şekil 1. Miller "düzeylerinin" uyarlanması

Bundan dolayı yeterlilik, bireyin belirli bir durumda istenen düzeyde hareket edebilme yeteneği olarak görülebilir. Miller piramidindeki “bilir” (temel gerçekler), “nasıl yapıldığını bilir” (bilgiyi uygulayabilme) ve “nasıl yapıldığını gösterir” (becerileri gösterebilme) düzeyleri, yeterlik kavramı ile ilişkilidir (Bkz. Şekil 1). Performans, bir hekimin günlük uygulamada klinik bakım ve hastalarla iletişim konusunda gerçekten yaptıkları olarak tanımlanabilir; performans Miller’in “yapar” düzeyine karşılık gelir. Performansın sağlık hizmetinin verildiği koşullara ve gereksinimlere, mali ve yapısal fırsatlara, uygulama merkezinin olanaklarına ve desteğine bağımlı olduğu kabul edilir.

Ancak, yapabilme yeteneğinin gerçek performansa başarıyla dönüştürülmesi, sağlık sistemine değil hekime ait olan temel uygulama özelliklerini gerektirir. Bu durum, aşağıdaki şekil ile de gösterilebilir:



Hekimin temel özellikleri, tutumları, nitelikleri ve içinde çalıştığı sağlık sistemi ve toplum ile etkileşimi ulaşılan performans düzeyini belirleyecektir. Yukarıdaki şekilde “yapar” alanı homojen değildir, ancak farklı uzmanlık düzeylerini (yetkin ve ustadan “uzman”a kadar) içermektedir. Çekirdek yeterliklerin ve temel özelliklerin karşılıklı ilişkileri disiplini nitelikleme ve uzmanlık alanının karmaşıklığını, hasta ve sorun ile uğraşırken bu geniş yeterlikler yelpazesini sentez edebilme ve uygulayabilme yeteneğini vurgulamaktadır; bu yetenek uzman genel pratisyen/aile hekimi ni tanımlar.

Bu belgedeki yeterlikler, genel pratisyenlik/aile hekimliğinde yetkinleşmiş (kompetan) uzmanın standartlarını belirlemede başlangıç noktasıdır. Bunlar tüm sağlık sistemlerine uygulanabilir ve disiplinimizin öğretilmesi ve öğrenilmesi için kuramsal bir model veya çerçeve oluşturur.

Alandaki uygulamanın farklı ülkelerde, kültürlerde ve sağlık sistemlerinde değişiklik gösterebilir ve gösterecektir; genel pratisyen/aile hekiminin yapması gereken görevler de farklılık gösterebilir. Bununla birlikte bu görevlerin sunulması için gereken yeterlikler aynı olmalıdır.

Kaynaklar

1. Ram P, van der Vleuten CPM, Rethans JJ, Grol R, Aretz K. Assessment of practicing family physicians in a multiple-station examination using standardised patients with observation of consultation in daily practice. *Acad Med* 1999;74:62-9.
2. Ram P. Comprehensive assessment of general practitioners. A study on validity, reliability and feasibility. Thesis 1998, Maastricht University.

5. EKLER

EK 1

Leeuwenhorst Tanımı 1974

“Genel pratisyen yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın bireylere, ailelere ve bir sağlık merkezine bağlı nüfusa kişisel ve sürekli temel sağlık hizmeti sunan tıp fakültesi mezunudur. Onu kendine özgü kılan bu işlevlerin sentez edilmiştir. Hastalarına kendi görüşme odasında, hastalarının evlerinde, bazen de bir klinik ya da hastanede hizmet sunar. Amacı erken tanı koymaktır. Hastalarının bakımı sürecinde sağlık ve rahatsızlık durumlarını değerlendirirken fiziksel, ruhsal ve toplumsal etkenleri dikkate alır ve bütünleştirir. Bir hekim olarak kendisine sunulan her sorun ilişkin ilk kararları verir. Kronik, yineleyen ya da son dönem hastalıkları olan hastaların sürekli yönetimini üstlenir. Uzun süreli temas aile hekiminin, her hastaya uygun bir hızda bilgi toplamak ve mesleğini uygularken kullanabildiği güven ilişkisini kurmak için yineleyen fırsatları kullanılabilmesi demektir. Hekim ve tıp dışı diğer meslektaşlarıyla işbirliği içinde uygulama yapar. Tedavi, koruma ve eğitim yoluyla nasıl ve ne zaman hastalarının ve ailelerinin sağlığını geliştirme girişimlerinde bulunabileceğini bilir. Ayrıca topluma karşı da mesleki sorumluluğu olduğunu kabul eder.”

WONCA Tanımı 1991

“Genel pratisyen ya da aile hekimi, esas olarak tıbbi bakım arayan herkese kapsamlı bakım sağlama ve gerektiğinde diğer sağlık çalışanlarını harekete geçirme sorumluluğu taşıyan hekimdir. Genel pratisyen / aile hekimi, bakım arayan herkesi kabul eden bir genel tıp hekimi olarak işlev görür; buna karşılık diğer sağlık hizmeti sunucuları hizmet sunumunda yaş, cinsiyet ve tanıya bağlı sınırlamalar koyar.

Genel pratisyen ya da aile hekimi ırk, din, kültür ve toplumsal sınıf ayrımı yapmaksızın, bireylere aile ve ailelere toplum bağlamında bakım sağlar. Kültürel, sosyo-ekonomik ve psikolojik durumlarını hesaba katarak bireylerin almaları gereken bakımın büyük kısmını sağlamada klinik olarak yetkindir. Ayrıca hastalarına kapsamlı ve sürekli bakım sağlamada kişisel sorumluluk üstlenir.

Genel pratisyen / aile hekimi mesleki görevini bireylerin sağlık gereksinimlerine ve hizmet sunduğu toplumun var olan kaynaklarına göre, doğrudan ya da diğer sağlık çalışanlarının verdiği hizmetler aracılığıyla yerine getirir.”

Olesen Tanımı 2000

“Genel pratisyen, sağlık sisteminin ön safında çalışmak ve hastaların sahip olabileceği herhangi bir sağlık sorunu (sorunları) için bakım sağlayıcı ilk adımları atmak üzere eğitilmiş uzmandır. Genel pratisyen, hastanın var olan hastalığının tipine ya da diğer kişisel ve toplumsal özelliklerine bakmaksızın toplum içindeki bireylere bakım sunar ve sağlık sisteminin var olan kaynaklarını hastalarının yararına en iyi şekilde düzenler. Genel pratisyen biyolojik tıp, tıbbi psikoloji ve tıbbi sosyoloji bilimlerini kullanarak ve bütünleyerek koruma, tanı, sağaltım, bakım ve rahatsızlıkları hafifletme (palyasyon) alanlarında bireylerle ilgilenir.”

EK 2

TEŞEKKÜR

WONCA AVRUPA yazılı yorumlarla katkı sağlayan ya da bu belgenin geliştirilmesine önderlik eden görüşme sürecinde rol alan aşağıdaki tüm örgütlere ve bireylere teşekkür eder. Bunlar:

Avusturya Genel Pratisyenlik /Aile Hekimliği Derneği

Kanada Aile Hekimleri Koleji

Fransa Ulusal Genel Tıpçı Eğiticiler Koleji

Danimarka Genel Pratisyenler/Aile Hekimleri Koleji

Hollanda Genel Pratisyenler/Aile Hekimleri Koleji

Avrupa Genel Pratisyenlik/Aile Hekimliği Eğiticiler Akademisi

Avrupa Genel Pratisyenlik/Aile Hekimliği Araştırma Çalıştayı

Avrupa Aile Hekimliği ve Genel Pratisyenlik Koruma ve Sağlığı Geliştirme Ağı

Avrupa Genel Pratisyenler Birliği

Avrupa Kalite Güvencesi Çalışma Grubu

İzlanda Aile Hekimleri Koleji

Malta Aile Hekimleri Koleji

Norveç Genel Pratisyenler/Aile Hekimleri Koleji

İngiltere Kraliyet Genel Pratisyenlik Koleji

Slovakya Genel Pratisyenlik/Aile Hekimliği Derneği

İspanya Aile ve Toplum Hekimliği Derneği

İsveç Genel Pratisyenlik/Aile Hekimliği Birliği

İsviçre Genel Tıp Derneği

DSÖ, Barselona ofisi

Dünya Aile Hekimleri Örgütü (WONCA)

Dr. M Boland

Dr. G Buckley

Dr. J Horder

Prof. C Lionis

EK 3

İngilizce Dilinde Tanımlar

Hem genel pratisyenlik / aile hekimliği ile ilgili olarak kullanılan dil hem de onun yorumlanması konusunda birçok karışıklık söz konusudur^{8,9}. Bu belgenin amaçlarının yanlış anlaşılması ve yorumlanması için bazı temel deyimler aşağıdaki gibi tanımlanmaktadır:

Genel Pratisyen} Aile Doktoru}	Genel pratisyenlik/aile hekimliğinde en az Doktorlar Yönergesinin 4. Başlığında tanımlanan düzeyde mezuniyet sonrası eğitim görmüş doktorları tanımlayan eş anlamlı sözcükler*
Birinci basamak hekimi	Hangi disiplinden olursa olsun birinci basamak ortamlarda çalışan hekim.
İkinci basamak hekimi	Organ / hastalık temelli bir disiplinde daha uzun bir dönem eğitim almış ve esas olarak bir hastane ortamında o disiplini uygulayan hekim.
Uzman	Hangi disiplinden olursa olsun daha uzun bir dönem mezuniyet sonrası eğitim almış hekim.
Birinci basamak	Sağlık sisteminin bir bölümünü oluşturan ve genellikle hastanın yaşadığı toplum içinde, bir sağlık çalışanı ile ilk temasın gerçekleştiği (büyük travma dışında) ortam.

**Bu çeviride Genel Pratisyenlik yerine zaman zaman Aile Hekimliği tanımı kullanılmıştır.*

KISALTMALAR

- WONCA – World Organization of Family Doctors
WONCA Avrupa – European Society of GP/FM ESGP/FM WONCA Region Europe
DSÖ – Dünya Sağlık Örgütü
EURACT – The European Academy of Teachers in General Practice/Famil Medicine
EGPRN – The European General Practice Research Network
EQUIP – The European association for Quality in General Practice/Family Medicine

