

Wonca

World family doctors. Caring for people.

EUROPE

AİLE HEKİMLİĞİ / GENEL PRATİSYENLİK AVRUPA TANIMI

WONCA EUROPE – 2002

AVRUPA TANIMLARI**Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik Disiplininin
Anahtar Özellikleri****Genel Pratisyenin Rolü**

ve

Genel Pratisyen / Aile Hekiminin Çekirdek Yeterliklerinin Tanımı.

WONCA EUROPE (Avrupa Genel Pratisyenlik / Aile Hekimliği Birliği) için hazırlanmıştır, 2002.

Dr. Justin Allen

Mezuniyet Sonrası Genel Pratisyenlik Eğitimi Direktörü, Mezuniyet Sonrası Tıp Eğitimi Merkezi,
Leicester Üniversitesi, Birleşik Krallık,
EURACT Başkanı.

Professor Bernard Gay

Başkan, CNGE, Paris, Fransa
Bordo Üniversitesi, Fransa.

Professor Harry Crebolder

Maastricht Üniversitesi, Hollanda.

Professor Jan Heyrman

Leuven Katolik Üniversitesi, Belçika.

Professor Igor Svab, Ljubljana Üniversitesi, Slovenya.

Dr. Paul Ram

Maastricht Üniversitesi, Hollanda.

Editör:

Dr. Philip Evans

WONCA Avrupa Başkanı.

Bu bildirge DSÖ Avrupa Bürosu'nun (Barselona, İspanya) işbirliği ve desteğiyle yayınlanmıştır.

TÜRKÇE'YE ÇEVİRİ

Haziran 2003

ÇEVİRİ EDITÖRÜ

Doç. Dr. Okay BAŞAK
Türkiye adına EURACT Konsey üyesi
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği AD Başkanı

ÇEVİRİ KURULU

- *Doç. Dr. Okay BAŞAK*
- *Yrd. Doç. Dr. Zekeriya Aktürk* – EQuIP Türkiye Temsilcisi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD.
- *Yrd. Doç. Dr. Pınar Topsever* – Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD.

WONCA Europe (ESGP/FM)'nin belgenin tüm dünyada yayılması ve çoğaltılması yönündeki isteği ve açık olmasıyla Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) tarafından yayınlanmıştır.

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları – 3

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
1. Giriş	8
2. Yeni Tanımlar ve Yeterlikler	10
3. Açıklayıcı notlar – yeni tanımlar	14
4. Açıklayıcı notlar – çekirdek yeterlikler	20
5. Akademik bakış ve irdeleme; yeni tanımlar	23
6. Akademik bakış ve irdeleme; çekirdek yeterlikler	46
7. Ekler	55
Ek 1 – Leeuwenhorst, WONCA ve Olesen tanımları	
Ek 2 – Hazırlık ve danışma süreçleri	
Ek 3 – Açıklamalar	
Ek 4 – WONCA Avrupa'ya üye ülkeler	
Ek 5 – İngilizce dilinde bazı tanım ve deyimler	

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 ilkelerini 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 mesleksi 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 mesleksi 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 düzeyde 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 Barselona Konferansında (Core Content Conference) yapılan grup çalışmalarındaki tartışmalardan anladığım kadarıyla, Olesen ve ark. savlarını sürdürmektedirler: Aile hekimine yüklenen mesleksi 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 ülkemiz için kişiselliği ve sürekliliği sürdürme bir yana aile hekimlerinin kendilerine kayıtlı kişilere kişiselleşmiş ve sürekli bakım sunmalarını sağlama görevi duruyor önümüzde.

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

Çeviride Türkçe metin akışının uygunluğundan önce özgün metne anlam uygunluğunu ön planda tuttuk. Belgenin hemen tamamında özgün 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 çevirisini sunuyoruz.

Doç. Dr. Okay BAŞAK
Haziran 2003

1. GİRİŞ

Bu uzlaşma bildirgesi hem aile hekimliği / genel pratisyenlik disiplini ve mesleki görevleri hem de aile hekimlerinin gereksindiği çekirdek yeterlikleri tanımlamaktadır. Bildirge akademik disiplinin temel unsurlarını betimlemekte ve 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 metinde yer alan tanımlardan hareketle, aile hekimliğinin 21. yüzyılda insanların sağlık bakımı gereksinimlerini karşılayacak eğitim, araştırma ve kalite güvencesi sağlama gündemleri geliştirilebilir.

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 Direktifi'ne göre düzenlenmektedir. Ne yazık ki mezuniyet sonrası eğitimin içeriği ve niteliği Direktif'te yeterince vurgulanmamaktadır. Dolayısıyla hastaların korunması amacıyla aile hekimlerinin herhangi bir üye ülkede hekimlik uygulaması yapmak için gerekli becerileri kazanmalarını sağlayacak bir eğitim almalarının gereği açıktır ve önemlidir.

Bu bildirge Dünya Aile Hekimleri Örgütü'nün (WONCA) bölgesel kolu olan WONCA Avrupa (Avrupa Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik Topluluğu) 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, tek tek hastaların ve toplumların çıkarına 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 vermenin ve sunmanın yeni yolları 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 temel ve karmaşık rolünün, tıp mesleği içinde fakat aynı zamanda tıpla ilişkili diğer meslekler, sağlık hizmeti planlayıcıları, ekonomistler, politikacılar ve halk tarafından da tam olarak anlaşılması yaşamsaldır. Avrupa'da Aile Hekimliği'ne verilen sorumluluk ve yetkideki artış, sağlık sistemlerinin potansiyellerini hastaların yararına kullanabilmelerini gerektirmektedir. Aile Hekimliğine verilen yetki ve sorumluluklar, yalnızca insan kaynaklarıyla ve alt yapıyla ilişkili değil fakat eğitim, araştırma ve kalite güvencesi sağlama bakımından da söz konusu edilen yatırımdır.

Bu yeni tanımlar ve çekirdek yeterlikler bildirgesi, aile hekimliğinin hem ulusal hem de tüm Avrupa düzeyinde sağlık sistemleri içindeki temel rolüne ilişkin tartışmayı bilgilendirmek ve ona katkıda bulunmak amacıyla yayınlanmaktadır.

KAYNAK

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

2. AVRUPA TANIMLARI 2002

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 etkili 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 topluma yönelik kişi-merkezli bir yaklaşım geliştirir.
- d. Kendine özgü bir hastayla görüşme süreci vardır. Bu süreç, etkili bir iletişimle doktor ve hasta arasında zaman içinde gelişen bir ilişki kurulmasını sağlar.
- e. Sağlık hizmetlerinin hastanın gereksinimleriyle belirlenen 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. Gelişiminin erken evresinde henüz ayrılaşmamış bir şekilde ortaya çıkan 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

Genel Pratisyenler/Aile Hekimleri, disiplinin ilkelerine göre eğitilmiş uzman hekimlerdir. Esas olarak yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın tıbbi 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. Rahatsızlıklarının yönetimini hastalarıyla görüşürken, yineleyen temaslarla oluşan bilgi birikimini ve güveni kullanarak fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluşsal etkenleri birlikte değerlendirirler. Genel Pratisyenler / Aile Hekimleri mesleki görevlerini, sağlığı geliştirerek, hastalıkları önleyerek, sağaltım, bakım ya da rahatsızlıklarda hafifleme sağlayarak yerine getirirler. Bu, sağlık gereksinimlerine ve hizmet sundukları toplumun varolan kaynaklarına göre ve gerektiğinde bu hizmetlere ulaşmada hastalara yardımcı olarak ya doğrudan kendileri tarafından ya da diğer meslek çalışanlarının hizmetleri aracılığıyla gerçekleştirilir. Aile hekimleri etkili ve güvenli bir hasta bakımı için, kendi becerilerini, kişisel yaşamlarındaki dengeleri ve değerleri sürdürme ve geliştirme sorumluluğunu üstlenmek zorundadırlar.

iii. Genel Pratisyen / Aile Hekiminin Temel Yeterlikleri

Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik disiplininin ve uzman aile hekiminin tanımlanması 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.

§1. Disiplini tanımlayan 11 temel özellik, her uzman aile hekiminin ustalaşması gereken 11 yeteneği belirler. Bunlar altı çekirdek yeterlikte toplanabilir (temel özelliklere gönderme yaparak):

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

§2. Uzmanlığın yetkin uygulayıcısı bu yeterlikleri şu üç alanda göstermelidir:

- a. Klinik görevler,
- b. Hastalarla iletişim ve
- c. Uygulama merkezinin yönetimi.

§3. Kişi merkezli bir disiplin olarak şu üç özellik temel kabul edilmelidir:

- a. Bağlamla ilgili: Kişi, aile, toplum ve kültürleri arasındaki bağlantısal ilişkileri kullanma.
- b. Tutumla ilgili: Doktorun mesleki yeteneklerine, değerlerine ve etiğe dayalı olma.
- c. Bilimsel: Tıbbi uygulamaya eleştirel ve araştırmaya dayalı bir yaklaşım gösterme ve sürekli öğrenme ve kalite geliştirme yoluyla bunu sürdürme.

Temel yeterlikler, kullanma alanları ve temel özellikler arasındaki iç içe geçen ilişkiler disiplini tanımlar ve uzmanlık alanının karmaşıklığını vurgular.

Eğitim, araştırma ve kalite geliştirme ile ilgili gündemin oluşturulmasına yansımaları ve ona kılavuzluk etmesi gereken, temel yeterlikler arasındaki bu karmaşık ilişkilerdir.

3. AÇIKLAYICI NOTLAR – YENİ TANIMLAR

Genel Pratisyenlik / Aile Hekimliği Disiplini ve Uzmanlığı

Hem Genel Pratisyenlik / Aile Hekimliği disiplininin hem de uzman aile hekiminin rolünün tanımlanmasına gereksinim vardır. Birincisi, disiplinin olduğu 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 hastalarla çalışan uzman aile hekimi kavramına dönüştürülmesi nedeniyledir.

1. Genel Pratisyenlik / Aile Hekimliği 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” deyimini, 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. Genel pratisyenlik temel 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 etkili 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 anahtar özelliklerinden biri olan ve hastaların özel sorunları için en uygun sağlık çalışanını görmelerini sağlayan verimliliği (maliyet-etkin olma) oluşturur. Farklı hizmet sunucularının sentezi, bilginin uygun dağıtımı ve tedavi düzenlemeleri, eşgüdüm biriminin varlığına bağlıdır. Genel pratisyenlik ancak yapısal koşullar izin verirse bu çok önemli görevi yerine getirebilir. Hastanın çevresinde tüm sağlık çalışanlarıyla bir ekip oluşturma 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 topluma yönelik kişi-merkezli bir yaklaşım geliştirir.

Aile hekimliği, kişisel olmayan patoloji ya da “olgularla” değil, insanlarla 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 hizmetlerinin hastanın gereksinimleriyle belirlenen sürekliliğini sağlamaktan sorumludur.

Genel pratisyenlik yaklaşımı, doğumdan (bazen daha öncesinden) ölüme (bazen daha sonrasına) 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 hasta ve hekimin ortak 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 yapamadığı durumlarda başkalarına devretmek ve koordine etmekten sorumludurlar.

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

Problemler, toplum ortamında çalışan aile hekimlerine, ikinci basamakta olduğundan çok farklı bir şekilde sunulur. Hiçbir ön eleme olmadığı için rahatsızlıkların prevalans ve insidansı hastane ortamından farklıdır ve 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 belirtinin ya da tanısız bir testin olumlu ya da olumsuz kestirim değeri, 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 aynı anda yönetir.

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

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

Hasta sıklıkla semptomların henüz başlangıcında başvurur 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 sağlık ve iyilik durumunu geliştirir.

Girişimler uygun ve etkili olmalı, ve olabilen her durumda sağlam kanıtlara dayandırılmalıdır. Gereksinim olmadan yapılan girişimler zarara neden olabilir ve değerli sağlık kaynaklarının boşa harcanmasına yol açar.

j) Toplumun sağlığı için özel bir sorumluluk üstlenir.

Disiplin, sağlık konularında hem bireylere hem de topluma karşı bir sorumluluk taşıdığını kabul eder. Bu zaman zaman bir gerginlik yaratır ve uygun bir şekilde yönetilmesi gereken çıkar

çatışmalarına yol açabilir.

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

Disiplin tüm bu boyutları aynı anda tanımak 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.

2. Genel Pratisyenlik / Aile Hekimliği Uzmanlığı

Genel Pratisyenler / Aile Hekimleri, disiplinin ilkelerine göre eğitilmiş uzman hekimlerdir. Esas olarak yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın, tıbbi bakım arayan her bireye kapsamlı ve sürekli bakım sağlamadan sorumlu kişisel doktorlardır. Bireylere kendi aileleri, toplumları ve kültürleri ortamında hizmet sunarlar; bunu yaparken her zaman hastalarının bağımsız kişiliklerine saygı duyarlar. Ayrıca topluma karşı da mesleki sorumluluk taşırlar. Rahatsızlıklarının yönetimini hastalarıyla görüşürken, yineleyen temaslarla oluşan bilgi birikimini ve güveni kullanarak fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluşsal etkenleri birlikte değerlendirirler. Genel Pratisyenler / Aile Hekimleri mesleki görevlerini, sağlığı geliştirerek, hastalıkları önleyerek, sağaltım, bakım ya da rahatsızlıklarda hafifleme sağlayarak yerine getirirler. Bu, sağlık gereksinimlerine ve hizmet sundukları toplumun varolan kaynaklarına göre ve gerektiğinde bu hizmetlere ulaşmada hastalara yardımcı olarak ya doğrudan kendisi tarafından ya da diğer meslek çalışanlarının hizmetleri aracılığıyla gerçekleştirilir. Aile hekimleri etkili ve güvenli hasta bakımı için, kendi becerilerini, kişisel yaşamlarındaki denge ve değerleri sürdürme ve geliştirme sorumluluğunu üstlenmek zorundadırlar.

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 Genel Pratisyenlik / Aile Hekimliği disiplini, 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.

4. AÇIKLAYICI NOTLAR – TEMEL YETERLİKLER

Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik disiplininin ve uzman aile hekiminin tanımlanması 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. Bunlar, disiplinle (§1), uzmanlığın uygulanmasıyla (§2) ve bazı temel özelliklerle (§3) ilişkili olarak üç paragrafta toplanabilir.

§1. Disiplini tanımlayan onbir temel özellik, her uzman aile hekiminin ustalaşması gereken onbir yeteneği belirler. Bunlar altı çekirdek yeterlikte toplanabilir (temel özelliklere gönderme yaparak):

1. Birinci basamak yönetimi

- a) hastalarla ilk teması yönetebilme,
- b) gerektiğinde hastanın savunmanlığını üstlenerek ve birinci basamaktaki diğer sağlık çalışanlarının ve diğer uzmanların verdiği hizmetleri koordine ederek etkili ve uygun bir sağlık bakımı sunabilme.

2. Kişi merkezli bakım

- c) hastalarla ve sorunlarla uğraşırken kişi merkezli bir yaklaşım benimseyebilme,
- d) aile hekimliği hasta görüşmesini etkili bir hekim-hasta ilişkisi oluşturmak üzere kullanabilme ve geliştirebilme,
- e) bakımın hastanın gereksinimleriyle belirlenen (longitudinal) sürekliliğini sağlama.

3. Özgün problem çözme becerileri

- f) rahatsızlıkların toplum içindeki prevalansı ve insidansı ile belirlenen özgün karar verme sürecini kullanabilme,
- g) erken dönemde ve henüz ayrılaşmamış bir şekilde kendini gösterebilen durumları yönetebilme ve gerektiğinde ivedi girişimlerde bulunabilme.

4. Kapsamlı yaklaşım

- h) bireyin hem akut hem de kronik sorunlarını aynı anda yönetebilme,
- i) sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi stratejilerini uygun bir şekilde uygulayarak sağlığı ve iyilik durumunu geliştirebilme.

5. Toplum yönelimli olma

- j) birey olarak hastaların sağlık gereksinimleriyle onların içinde yaşadıkları toplumun sağlık gereksinimlerini, var olan kaynakların kullanımı açısından bir denge içinde uzlaştırabilme.

6. Bütüncül yaklaşım-modelleme

- k) kişilere yaklaşımda kültürel ve varoluş boyutlarını dikkate alan biyopsikososyal bir model kullanabilme.

Temel yeterlikler, kullanma alanları ve temel özellikler arasındaki iç içe geçen ilişkiler disiplini tanımlar ve uzmanlık alanının karmaşıklığını vurgular.

Eğitim, araştırma ve kalite geliştirme ile ilgili gündemin oluşturulmasına yansımaları ve ona kılavuzluk etmesi gereken, temel yeterlikler arasındaki bu karmaşık ilişkilerdir.

§2. Uzmanlığın yetkin uygulayıcısı bu yeterlikleri şu üç alanda göstermelidir:

- a) klinik görevler
- b) hastalarla iletişim ve
- c) uygulama merkezinin yönetimi.

§3. Kişi merkezli bilimsel bir disiplin olarak şu üç özellik temel kabul edilmelidir:

- a) Bağlamla ilgili: Kişi, aile, toplum ve kültürleri arasındaki bağlantısal ilişkileri kullanma.
- b) Tutumla ilgili: Doktorun mesleki yeteneklerine, değerlerine ve etiğe dayalı olma.
- c) Bilimsel: Tıbbi uygulamaya eleştirel ve araştırmaya dayalı bir yaklaşım gösterme ve sürekli öğrenme ve kalite geliştirme yoluyla bunu sürdürme.

Çekirdek yeterlikler, kullanma alanları ve temel özellikler arasındaki iç içe geçen ilişkiler disiplini tanımlar ve uzmanlık alanının karmaşıklığını vurgular.

Eğitim, araştırma ve kalite geliştirme ile ilgili gündemin oluşturulmasına yansımaları ve ona kılavuzluk etmesi gereken, çekirdek yeterlikler arasındaki bu karmaşık ilişkilerdir.

5. AKADEMİK AÇIDAN GÖZDEN GEÇİRME VE İRDELEME: YENİ TANIMLAR

Giriş

Leeuwenhorst grubu 1974 yılında “Avrupa’da Genel Pratisyen” başlıklı bildirgesini hazırladı¹. O dönemde Genel Pratisyenlik / 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. Genel Pratisyenlik / 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 vurgulanmıştır² ve Genel Pratisyenlik / 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 değiştikçe Genel Pratisyenlik / 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 Weel³, bilgi, uzmanlık ve deneyimin aktarılabilmesi, genel pratisyenliğin özgül niteliklerini açıklayan tekniklerin ve yöntembilimin (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 ülkeleri ve Birliğe girmek isteyen ülkeler için başka bir zorunluluk daha vardır. AB 93/16 Direktifi⁴, doktorların serbest dolaşımını artırmayı hedeflemektedir. Dolayısıyla hastaların korunması için, 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 belgesinde⁵, 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, genel pratisyenlerin genel pratisyenlik 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 Genel Pratisyenlik / Aile Hekimliği ile ilgili 4. Başlığında değişiklik oluşturulmasıyla ilgili sorunlar ve aile hekimliğinin tıp fakültelerinin müfredatındaki yerinin geliştirilmesi gereksinimi, disiplinin “Aile Hekimliği Uzmanlığı”nın tüm diğer tıp uzmanlıklarını kapsayan 3. Başlıkta yer almasıyla daha da gelişebileceği önerisine yol açmıştır. Bu konuyu

araştırmak bu yazının kapsamında değildir; buradaki amaç, Genel Pratisyenlik / Aile Hekimliği disiplininin temelindeki ilkeleri irdelemektir.

ROL, DİSİPLİN VE SAĞLIK SİSTEMİ

Yeni bir tanım oluşturmanın çeşitli yolları vardır. Leeuwenhorst grubu ve son zamanlarda Olesen ve ark.⁷ tarafından kullanılan yöntem, aile hekiminin yapmak zorunda olduğu görevleri tanımlayarak disiplinin parametrelerini belirlemektir. Alternatif bir yaklaşım ise, Genel Pratisyenlik / Aile Hekimliği disiplininin temel ilkelerini tanımlamaya çalışmaktır. Bu yaklaşım, Avrupa WONCA'nın 1995 yılında Strazburg'ta yapılan kuruluş toplantısındaki bir sunumda Gay tarafından benimsenmiş⁸ ve ayrıca DSÖ Avrupa Bürosu tarafından geliştirilen çerçeve belgede de kullanılmıştır.

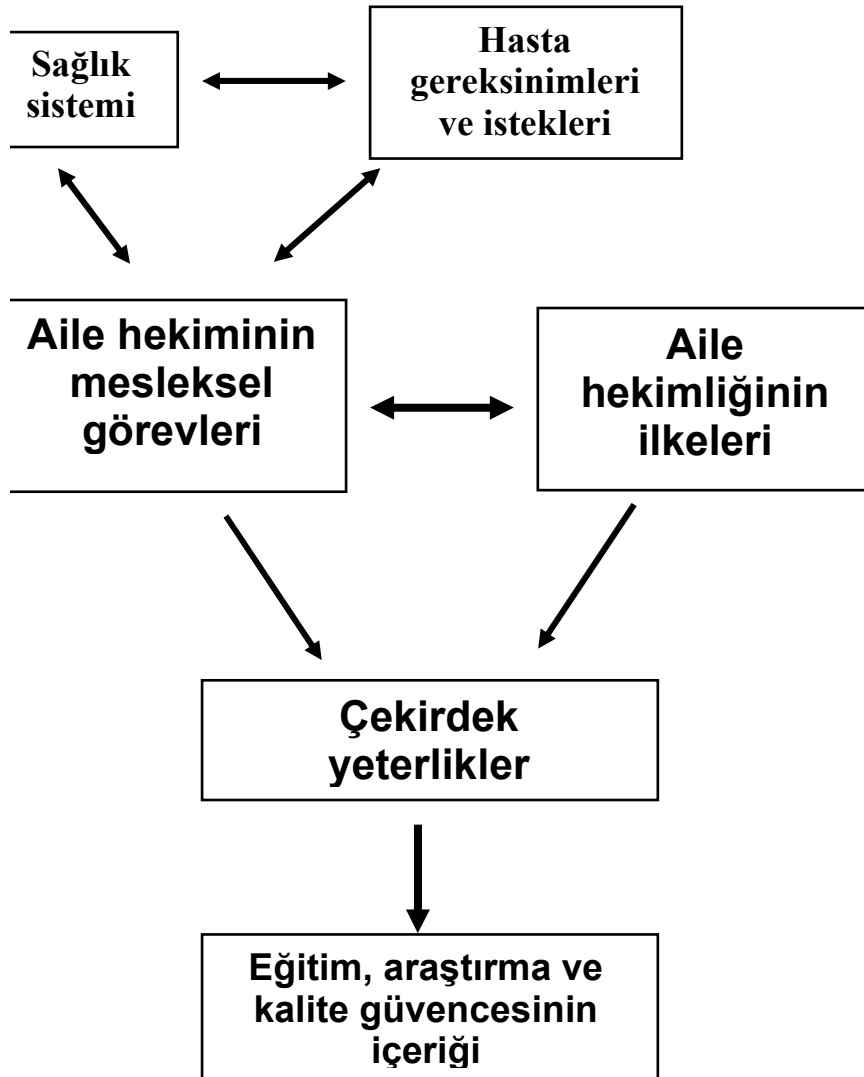
Gay, ilkelerle görevler arasında bir ilişki bulunduğunu ve hem hastaların hem de sağlık sisteminin görevler üzerinde bazı etkilerinin olduğunu öne sürmüştür. Buradan hareketle bu ilişkinin genel pratisyenlik eğitiminin içeriğini belirleyecek yeterliklerin tanımlanmasına yol açması gerekir. Bu etkileşim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

Bu yaklaşım, disiplinin temel ilkeleriyle aile hekimlerinin yapmak zorunda olduğu görevler arasındaki dinamik ilişkiyi göstermektedir. Görevler önemli ölçüde, GP'lerin içinde çalıştığı sağlık sistemi ve hastaların değişen istek ve gereksinimleri tarafından belirlenmektedir.

DSÖ Avrupa Bürosu tarafından tanımlanan özellikler de genel pratisyenliğin 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 ortamı 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



Gay'in önerdiği Aile Hekimliği ilkeleri şunlardır:

1. Hasta merkezli yaklaşım
2. Aile ve toplum bağlamını esas alma
3. Hasta gereksinimleri ve istekleriyle belirlenen etkinlikler
4. Seçilmemiş ve karmaşık sağlık sorunları
5. Ciddi hastalıkların düşük insidanda görülmesi
6. Hastalıkların erken evrelerde görülmesi
7. Çok sayıda yakınmanın ve patolojinin aynı anda yönetimi
8. Sürekli yönetim
9. Bakımın koordinasyonunu sağlama
10. Verimlilik

Bu ilkeler, DSÖ Çerçeve Bildirgesinde tanımlanan Genel Pratisyenlik / Aile Hekimliği özelliklerine birçok bakımdan benzerdir:

- 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, din ya da herhangi bir sağlık sorunu ayrımı yapmama
- coğrafi, kültürel, yönetsel ya da parasal engellerle kısıtlanmamış kolay bir giriş sağlama

Sürekli:

- kişi merkezli yaklaşma
- tek bir rahatsızlık epizoduyla sınırlanmamış, önemli bir zaman dilimi boyunca süren sağlık hizmeti sunma

Kapsayıcı:

- sağlığı geliştirici, hastalıklardan koruyucu, iyileştirici, esenlendirici ve destekleyici bakımı
- fiziksel, ruhsal ve sosyal bakış açısını

- hekim-hasta ilişkisinin klinik, insancıl ve etik yönlerini kapsayan entegre sağlık hizmeti sunma

Koordine:

- ilk temas noktasındaki bakımı yönetme
- uzman hizmetlerine sevk etme
- varolan hizmetler konusunda hastaları bilgilendirme
- sağlık bakımını koordine etme ve yönetme

İşbirliğine dayalı:

- multidisipliner ekiplerde çalışma
- uygun durumlarda sağlık hizmeti sunumunu ekip üyelerine paylaşırma
- öncülük yapma

Aile yönelimli bakım:

Sorunları,

- aile ortamın
- sosyal ve kültürel ilişkiler
- iş ve ev koşulları bağlamında ifade etme

Toplum yönelimli olma:

Aile hekimlerinin her bir sorunu

- toplumun sağlık gereksinimleri ve
- diğer meslekler ve kamu kuruluşları bağlamında ele alması gerektiğini belirtir.

WONCA, Genel Pratisyen / Aile Hekiminin Sağlık Sistemlerindeki Rolü üzerine 1991 yılında yayınladığı bildirgesinde⁹, genel pratisyen rolünü tanımlamış ve bu rolü Genel Pratisyenlik / 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:

DSÖ 1998	WONCA 1991	Gay tarafından tanımlanan “ilkeler”
Genel	Kapsayıcı bakım	3. Hastanın istek ve gereksinimleriyle belirlenmiş etkinlikler 4. Seçilmemiş ve karmaşık sağlık sorunları
Sürekli*	Hastaya yönelim	1. Hasta merkezli yaklaşım 8. Sürekli yönetim
Kapsayıcı	Kapsayıcı bakım	3. Hastanın istek ve gereksinimleriyle belirlenmiş etkinlikler 4. Seçilmemiş ve karmaşık sağlık sorunları
Koordine	Diğer hizmetlerle eşgüdüm	9. Koordineli bakım
İşbirliğine dayalı	Diğer hizmetlerle eşgüdüm	9. Koordineli bakım
Aile yönelimli	Aileye odaklanma	2. Aileye ve topluma yönelim
Toplum yönelimli	Toplum için yükümlülük üstlenme	2. Aileye ve topluma yönelim

* DSÖ belgesinde dilin kullanımındaki karışıklık, bazı güçlülere neden olabilir. Karışıklık “sürekli” (continuous) ve “süren” (continuing) sözcükleri arasındadır ve DSÖ belgesinin yaklaşımında “süren” sözcüğü daha uygundur.

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

Süren – bir süreç ya da etkinliğin sürdürüleceği anlamını taşır; devam ettirilmiş; aralıksız olmayan fakat “süregiden” 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 süren tıp eğitimi ise, aralıklı ya da epizodik olabilen, fakat süresiz olarak devam edecek bir süreci tanımlar. Dolayısıyla aile hekiminin zaman içindeki sürekli bakımı en iyi süregiden sözcüğü ile tanımlanır.

(Türkçede bu sözcüklerin karşılığını tam olarak bulmak ve anlamlandırmak biraz zor gibi görünüyor. “Continuous” karşılığı olarak kesintisiz, “continuing” karşılığı olarak da süregiden ya da sürdürülen sözcükleri kullanılabilir. Ya da “sürekli bakım” ve “sürekli tıp eğitimi” deyimlerini kullanmayı sürdürebilir ve buradaki sürekli sözcüğüne süregiden 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 mesleki 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 evrelerde görülmesi” ve “çok sayıda yakınma ve patolojinin aynı anda yönetimi”, WONCA makalesindeki “kapsayıcı bakımın” bir parçasıdır ancak DSÖ’nün tanımladığı özellikler arasında bulunmaz. Bu üç özellik genel pratisyenliğin 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, Genel Pratisyenlik / Aile Hekimliğinin temel taşı olarak görülmesi gereken hastayla aile hekimi arasındaki birebir görüşmeyi derinliğine araştırmada yetersiz kalmaktadır. Gay kuramsal bir genel pratisyenlik modeli önermiştir: Açık görüşlü ve 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 almaktadır¹⁰ 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, genel pratisyenliğin 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 tanımı¹⁰, 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 genel pratisyenliğin 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 ark., ilk Leeuwenhorst tanımının zamanını doldurduğunu ve artık günümüzde aile hekimliği gerçeğini yansıtmadığını öne sürmüşlerdir. Bununla birlikte, Olesen ve ark. tarafından ifade edilen hoşnutsuzluğun nedeni çoklukla, 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 sürekliliği kavramından vazgeçmektedirler. Görüşlerini desteklemek amacıyla da aile hekimlerinin acil bölümlerinde 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 problemleri, standart biyomedikal tanımlara uymayan çok sayıda sorunu, ikinci basamak ortamıyla karşılaştırıldığında genel pratisyenlik ortamında (birinci basamakta) farklı prevalansta görülen hastalık ve rahatsızlıkları ifade etmektedir.

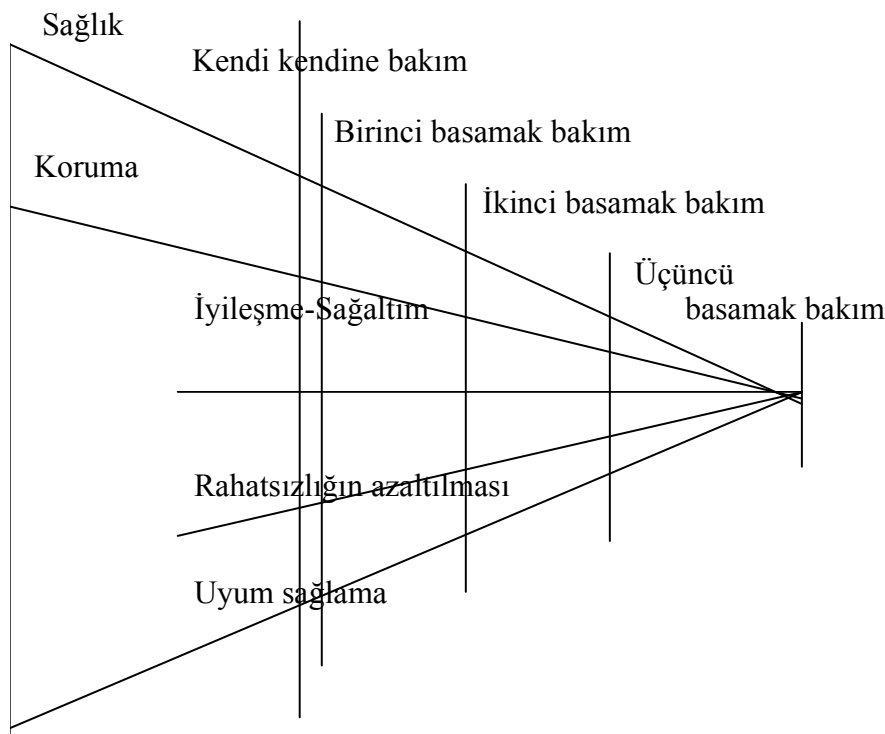
Şekil 2'de gösterilen sağlık bakımı modeli, sağlık sistemleri için günümüzde genellikle kabul edilen modeldir¹¹. Eğer giriş bölümünde yapılan birinci basamak tanımını – "sağlık sistemi içinde genellikle hastanın yaşadığı toplulukta bir sağlık çalışanıyla ilk temasın gerçekleştiği ortam – kullanırsak, aile hekiminin çalıştığı ortam 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. Açıktır ki bazı sağlık sistemleri iyi aile hekimliği uygulaması için çok uygun olmayabilir; bu gibi sistemler değişikliğe kolay uyum sağlayamamakla birlikte, biz en iyi sağlık çıktıları 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 tanımlamaktır. Aile hekimleri koruyucu hekimlik ve sağlık eğitimi etkinlikleri aracılığıyla kendi kendine bakım üzerine etkide bulunmalıdırlar. Bazı sağlık sistemlerinde hem ikinci hem de üçüncü basamak bakımın sunulmasını etkilemektedirler ve bu hizmetlere uygun girişi koordine etmede kolaylaştırıcı rolü oynayabilirler. Diğer bazı sistemlerde, dar alan uzmanları da birinci basamak ortamlarda çalışmakta ve sıklıkla

Şekil 2



diğer ülkelerde aile hekimleri tarafından yönetilen sorunlarla ilgilenmektedirler. Bazı sağlık sistemlerinde ise esas olarak birinci basamakta çalışan aile hekimleri, sınırlı ikinci basamak görevi üstlenebilmektedirler.

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 Konferansı'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 bildireler arasında ve genel pratisyenin 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 Leeuwenhorst tanımı ile ilgili belirttikleri endişelerin çoğu, tanımın katı yorumlanması ile ilişkili görünmektedir. Örneğin, kişisel bakımla ne demek istenmektedir? Her durumda hep aynı hekim tarafından bakım sunulması anlamına mı gelmektedir? Eğer değilse, yerine bir başka hekimin bakım 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 GP'lerin 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. McWhinney¹² tarafından bir sözleşme olarak tanımlanan bu etkileşimin bizzat kendisi iyileştirici bir etkiye sahiptir. Aile hekimliğindeki bu hasta-hekim ilişkisi için Balint¹³ "ilaç doktor" deyimini kullanmaktadır. Hastayla görüşme sırasındaki etkileşimi bir tedavi aracı olarak kullanma, genel pratisyenliğin anahtar özelliklerinden birisi olarak görülmeli ve aile hekimliği eğitiminin bir parçası olmalıdır. Pereira-Gray¹⁴, GP ile hasta arasında zaman içinde gerçekleşen görüşmeleri kesintisiz bir sürecin parçaları gibi ele alarak süreklilik konusunu ve zamanın kullanımını daha derinlemesine incelemiştir. Britanya'da herhangi bir vatandaşın aile hekimini yılda beş kez ziyaret ettiğini ve bunun yılda toplam 47 dakika tuttuğunu ileri sürmüştür.

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 bilgilenmektedirler.

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.

Birinci basamak aile hekimliği uygulaması epidemiyolojisi ikinci basamağınkinden belirgin olarak farklıdır. Başlıca rahatsızlıklar erken dönemde ve ayrımlaşmamış olarak sunulmaktadır;

birçok basit, kendi kendini sınırlayan sorun ise yalnızca ya da ağırlıklı olarak birinci basamakta görülür; ve kronik rahatsızlıkların uzun süreli bakımının 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. Genel pratisyenler aynı zamanda, insidansları ikinci ve üçüncü basamakla karşılaştırıldığında farklı olan ciddi rahatsızlıkları tanımak 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, genel pratisyenlerin karmaşıklığı bulmaya çalışmalarını 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, tek tek bireylere yönelme ve zihinle beden arasındaki ikilik (fiziksel, psikolojik ve sosyal) – üzerinde durmuştur.

Tüketiciğin 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 reakkreditasyon 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 genel pratisyen 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 hastaya anlatmalıdır.

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, genel pratisyenin daha seyrek olarak karşılaştığı ve hasta açısından önemli bir risk oluşturan kardiyopulmoner canlandırma uygulama, konvülziyon geçiren ya da saldırgan/tehlikeli 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 genel pratisyenlik/aile hekimliği disiplini hem de genel pratisyenin görevlerini tanımlayan ve bunları en azından genel olarak sağlık sistemi ortamı ile ilişkilendiren güvenilir bir açıklama-bildirgeye gereksinim vardır.

Bu bildirge şunları tanımlamalıdır:

1. Disiplini tanımlayan ve sağlık sistemlerine bağımlı olmayan temel unsurlar.
2. Genel olarak uygulanabilir olan fakat uygulama ortamına göre değişebilen mesleki görevler. Örneğin, ikinci basamağa sevk sisteminin temel unsur olması ancak ikinci basamak bakım hizmetleri için zorunlu giriş kapısı işlevinin olmaması.
3. Uygulama ortamı farklılıkları 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 önermemiz gereken mesleki görevler.

Bu bizi, biraz 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.

2002 AVRUPA TANIMLARI

Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik Disiplini ve Uzmanlığı

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

1. Genel Pratisyenlik / Aile Hekimliği 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 etkili 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 topluma yönelik kişi-merkezli bir yaklaşım geliştirir.
- d. Kendine özgü bir hastayla görüşme süreci vardır. Bu süreç, etkili bir iletişimle doktor ve hasta arasında zaman içinde gelişen bir ilişki kurulmasını sağlar.
- e. Sağlık hizmetlerinin hastanın gereksinimleriyle belirlenen 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. Gelişiminin erken evresinde henüz ayrımlaşmamış bir şekilde ortaya çıkan 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.

2. Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik Uzmanlığı

Genel Pratisyenler/Aile Hekimleri, disiplinin ilkelerine göre eğitilmiş uzman hekimlerdir. Esas olarak yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın tıbbi 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. Rahatsızlıklarının yönetim planlarını hastalarıyla görüşürken, yineleyen temaslarla oluşan bilgi birikimini ve güveni kullanarak fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluşsal etkenleri birlikte değerlendirirler. Genel Pratisyenler / Aile Hekimleri mesleki görevlerini, sağlığı geliştirerek, hastalıkları önleyerek, sağaltım, bakım ya da rahatsızlıklarda hafifleme sağlayarak yerine getirirler. Bu, sağlık gereksinimlerine ve hizmet sundukları toplumun varolan kaynaklarına göre ve gerektiğinde bu hizmetlere ulaşmada hastalara yardımcı olarak ya doğrudan kendileri tarafından ya da diğer meslek çalışanlarının hizmetleri aracılığıyla gerçekleştirilir. Aile hekimleri etkili ve güvenli bir hasta bakımı için, kendi becerilerini, kişisel yaşamlarındaki dengeleri ve değerleri sürdürme ve geliştirme sorumluluğunu üstlenmek zorundadırlar.

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.

6. AKADEMİK AÇIDAN GÖZDEN GEÇİRME VE İRDELEME: ÇEKİRDEK YETERLİKLER

§ 1 Önsöz

1.1. Yeterliklerin tanımlanması hiyerarşik bir sürecin sonucudur. Genel pratisyenlik disiplinin ilkelerinden aile hekimliği uzmanının mesleki görevleri, ve bunlardan da çekirdek yeterlikler belirlenir.

1.2. Çekirdek görevlerin ve yeterliklerin tanımlanması, temel olmayan unsurların da bulunduğu anlamına gelir. Bunlar çoğu zaman, GP'nin içinde çalıştığı sağlık sistemindeki ve toplumdaki farklılıklarla ilişkilidir. Avrupa'da GP'nin sağlık bakımı sunduğu çok farklı sağlık sistemleri ve çeşitli durumlar vardır. GP, temel kültürel (din dahil) ve politik farklılıklar içeren toplumlara ve nüfuslara hizmet vermektedir. Bu durum görev tanımında farklılıklara yol açabilir. Genel pratisyenlik toplumsal farklılıklardan tüm diğer klinik disiplinlere göre daha fazla etkilenmektedir. GP toplum ve tıp arasındaki aracıdır.

1.3. Yeterlik, GP'nin bir dizi somut ve gözlemlenebilir görevi, gerçek iş ortamından bağımsız olarak başarıyla yapabilme gücü şeklinde tanımlanabilir.¹ Böylece yeterlik bireyin belli bir durumda istenilen bir düzeyde eylemde bulunabilme yeteneği olarak görülebilir. Miller piramidindeki “biliyor” (temel bilgiler), “nasıl yapıldığını biliyor” (bilgiyi uygulayabilme) ve “nasıl yapıldığını gösteriyor” (becerileri gösterebilme) düzeyleri yeterlik kavramı ile ilişkilidir.

Performans, hekimin günlük uygulamada klinik bakım ve hastalarla iletişim konusunda gerçekten yaptıkları şeklinde tanımlanabilir; performans Miller'in “yapıyor” düzeyine karşılık gelir¹. Performansın, sağlık hizmetinin verildiği koşullara ve hizmet için gereksinimlere, parasal ve yapısal olanaklara, klinik uygulama fırsatlarına ve bu uygulamalara verilen desteğe oldukça bağımlı olduğu kabul edilir.

Avrupa çapında geniş uygulama alanı bulabilmek amacıyla, bu belge kendini GP/AH'nin çekirdek yeterlikleri ile sınırlamaktadır. Böylece yeterlikler kuramsal bir model ya da çerçeve oluşturmaktadır. Gerçek uygulama bu yeterliklerden farklı olabilir ve olacaktır.

§ 2 Aile Hekimliği / Genel Pratisyenliğin temel ilkelerinden çekirdek yeterliklere

Disiplinin on bir özelliği, her uzman aile hekiminin ustalaşması gereken on bir yetenekle ilişkilidir. Aralarındaki ilişkiler nedeniyle bunlar birbirinden bağımsız altı çekirdek yeterlik kümesinde toplanabilir. Her küme başlıca özellikleriyle tanımlanmaktadır:

1. Birinci basamak yönetimi aşağıdaki yetenekleri kapsar:
 - Hastalarla ilk teması yönetme ve seçilmemiş sorunlarla baş etme,
 - Tüm sağlık durumlarını kapsayabilme
 - Birinci basamaktaki diğer sağlık çalışanlarının ve diğer disiplin uzmanlarının sunduğu sağlık hizmetini koordine edebilme,
 - Etkin ve amacına uygun sağlık bakımı sunumunu ve sağlık hizmeti kullanımını sağlayabilme,
 - Hastanın sağlık sistemi içindeki uygun hizmetlerden yararlanmasını sağlama,
 - Hastanın savunuculuğunu yapma.
2. Kişi merkezli bakım aşağıdaki yetenekleri kapsar:
 - Hastalarla ve hastanın yaşadığı ortamda oluşan sorunlarla ilgilenirken kişi merkezli bir yaklaşım benimseme,
 - Aile hekimliği uygulamasındaki hasta görüşmesi sürecinde hastanın özerkliğine saygı göstererek etkin bir hekim-hasta ilişkisi oluşturma,

- İletişim kurma, öncelikleri belirleme ve (hasta ile) işbirliği yapma,
 - Hastanın gereksinimleriyle belirlenmiş sağlık bakımının zaman içindeki sürekliliğini sağlama; süre giden ve koordine bir sağlık bakımı yönetimi.
3. Özgül problem çözme becerileri aşağıdakileri kapsar:
- Özgül karar verme süreçlerini rahatsızlıkların toplum içindeki prevalans ve insidansı ile ilişkilendirme,
 - Öykü, fizik bakı ve laboratuvar incelemelerinden bilgi elde etme ve yorumlamada seçici davranma ve bu bilgileri hasta ile işbirliği içinde uygun bir yönetim planı oluşturmada kullanma,
 - Laboratuvar incelemelerini basamaklı olarak isteme, zamanı araç olarak kullanma ve belirsizliğe izin verme gibi aile hekimliğine uygun çalışma ilkeleri benimseme,
 - Gerektiğinde acil girişimde bulunma,
 - Erken dönemde ve ayrılaşmamış olarak ortaya çıkan durumları yönetme,
 - Tanı ve tedavi girişimlerini etkili ve verimli bir şekilde kullanma.
4. Kapsamlı yaklaşım aşağıdaki becerileri içerir:
- Bireydeki çok sayıda yakınma ve patolojiyi, hem akut hem kronik sağlık sorunlarını aynı anda yönetme,
 - Sağlığı geliştirme ve hastalıkları önleme stratejilerini uygun bir şekilde kullanarak sağlık ve iyilik durumunu geliştirme,
 - Sağlığı geliştirme, koruma, tedavi, bakım, palyasyon ve rehabilitasyon hizmetlerini yönetme ve koordine etme.
5. Toplum yönelimli olma aşağıdaki yeteneği kapsar:
- Tek tek hastaların sağlık gereksinimleriyle onların içinde yaşadıkları toplumun sağlık gereksinimlerini, var olan kaynakların kullanımı açısından bir denge içinde uzlaştırabilme.
6. Bütüncül yaklaşım - modelleme aşağıdaki yeteneği kapsar:
- Kültürel ve varoluş boyutlarını dikkate alan biyopsikososyal yaklaşım modeli uygulama.

§ 3. Üç Uygulama alanı

Yetkinleşmiş uygulayıcı aile hekimliği uygulamasında bu yeterliklerini üç önemli alanda kullanır¹⁻³:

A. KLİNİK GÖREVLER

- Çok geniş yakınma, sorun ve hastalık yelpazesini ortaya çıktıkları şekliyle yönetebilme,
- Uzun süreli bakım ve izlemde uzmanlaşma,
- Tıbbi kanıtları ve kişisel deneyimi etkin bir şekilde dengeleme.

B. HASTALARLA İLETİŞİM

- Hasta görüşmesini yapılandırabilme,
- Hastaya kolayca anlaşılabilir bilgi sunma, girişimleri ve bulguları açıklama,
- Çeşitli duygudurumları ile uygun şekilde baş etme,

C. UYGULAMA MERKEZİ YÖNETİMİ

- Hastalar için uygun bir ulaşılabilirlik sağlama,
- Uygulama birimini etkin bir şekilde düzenleme, donatma, finansal yönetimini sağlama; uygulama birimi ekibiyle işbirliği yapma.

- Diğer birinci basamak çalışanları ve diğer uzmanlarla birlikte çalışma.

§ 4. Disiplinin genel özellikleri

Kişi merkezli bilimsel bir disiplin şu üç alanda özellik göstermesi gerekir: Bağlam, tutum ve bilim⁴⁻⁸

BAĞLAMSAK GÖRÜNÜM

- Hastaya, sunduğu öyküye, içinde bulunduğu duruma ve sosyal temeline ilişkin bağlamsal yönleri tanı, karar verme ve yönetimi planlama sürecinde kullanma,
- Hastaya ve çevresine kişisel ilgi gösterme ve hastalığın aile üyeleri ve hastanın geniş çevresi (iş çevresi dahil) üzerindeki olası sonuçlarının farkında olma.

TUTUMSAK GÖRÜNÜM

- Kendi yapabileceklerinin ve değerlerinin farkında olma,
- Klinik uygulamanın etik yönlerini ortaya koyma (koruyucu hekimlik, kullanılan tanı araçları, tedavi, yaşam biçimini etkileyen etkenler),
- Kişisel etik anlayışını belirleme ve buna uygun davranma,
- Çalışma yaşamı ile özel yaşam arasındaki karşılıklı etkileşimin farkında olma ve ikisi arasında denge kurmaya çalışma.

BİLİMSEL GÖRÜNÜM

- Bilimsel araştırmaya ilişkin genel ilkeler, yöntemler ve kavramlar ile temel istatistik konusunda bilgili olma (insidans, prevalans, kestirim değeri vb.)
- Patoloji, semptomlar ve tanı, tedavi ve prognoz, epidemiyoloji, karar verme kuramı, hipotez oluşturma ve problem çözme kuramları ile koruyucu sağlık bakımının bilimsel temelleri hakkında tam bir bilgi sahibi olma,
- Tıbbi literatüre ulaşabilme, okuma ve eleştirel değerlendirme yapabilme,
- Sürekli öğrenme ve kalite gelişimini sağlama ve sürdürme.

§ 5. Birbiriyle ilişkili yeterlik çerçevesi, görsel bir şema.

Çekirdek yeterlikler, uygulama alanları ve temel özelliklerin birbirleri ile ilişkisi, disiplini tanımlar ve onun karmaşıklığını vurgular.

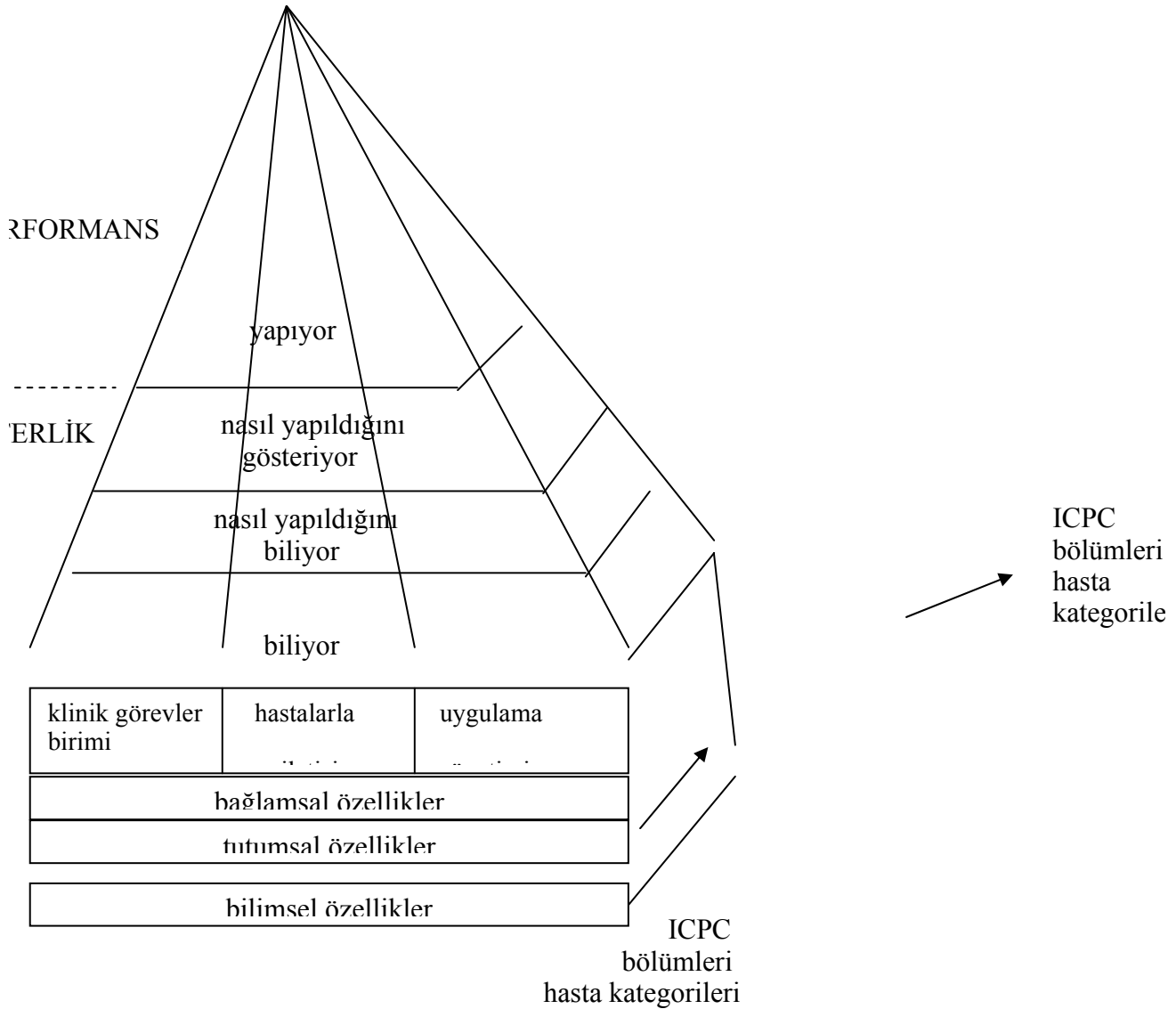
Çekirdek yeterlikler arasındaki ilişkileri açığa çıkarmak için çeşitli modeller kullanılmıştır: Miller üçgeni, Fabb kübü, Donabedian yapı, süreç ve sonuç çerçeve modeli. Ram ve ark. bu konu üzerinde çalışmışlardır^{2,3} (Şek.1).

En geniş kapsamda genel pratisyenlik uygulaması bir eksen üzerinde üç ana başlık halinde toplanmıştır: Klinik görevler, hastalarla iletişim ve uygulama birimi yönetimi (bkz. § 3).

Hasta yakınmalarını ve hastalıkları kaydetmek için Uluslararası Birinci Basamak Sınıflandırması'na (ICPC)⁹ uygun bir sınıflandırma kullanılabilir. Bu sınıflandırma özellikleri ve hasta kategorileri ikinci ekseninde gösterilmektedir.

Üçüncü ekseninde ise model, yeterlik kazanmadan (biliyor, nasıl yapıldığını biliyor, gösteriyor) performans (yapıyor) tıpta uzmanlaşma ve kuramsal temeline ilişkin günümüzdeki yaklaşımı yansıtmaktadır. Piramidin tepesindeki performans düzeyi, günlük uygulamada hizmet biriminin yönetiminin yanı sıra hem klinik hem de iletişim performansını betimlemektedir.

Bu piramit Donabedian çerçeve modelini de içermektedir. Yapı (uygulama biriminin örgütlenmesi ve yönetimi) ve süreç (hastalarla iletişim ve klinik performans) yatay ekseninde yer almaktadır. Hastaya ait sonuçlar (hastalıkla ilişkili göstergeler ve genel yaşam kalitesi) bu üç eksen arasındaki dinamik etkileşimin bir sonucu olarak görülebilir.

Şekil 1. Birbiriyle ilişkili yeterlik modeli

Kişi merkezli bilimsel bir disiplin olarak uzmanlıkta yeterliğin üç görünümü, piramidin tabanını oluşturmaktadır: Bağlamla ilişkili, tutumla ilişkili ve bilimsel görünüm (bkz. § 4). Kişi merkezli yaklaşım gösteren meslek çalışanı, kişinin bağlamsal özelliklerini karar verme sürecinde değerlendirir. Her ne kadar hastalarla iletişim hekimin tutumunu içerse de, tutumu ayrı bir görünüm olarak sunmakla, disiplinin mesleksi davranış yönü vurgulanmaktadır. Genel Pratisyenlik eğitimi, kanıta dayalı yaklaşım içeren akademik bir uğraş olduğundan, tüm mesleksi görevlerin yerine getirilmesine bilimsel bir yaklaşım egemen olmalıdır.

Şekil 1, çekirdek yeterlikler arasındaki karmaşık ilişkileri ortaya koymaktadır. Bu karmaşık ilişkiler eğitim, araştırma ve kalite güvencesi ile ilgili gündemi geliştirmede yol gösterici olmalı ve bu gündemin içeriğine yansımalıdır.

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.
3. Van den Hombergh P, Grol R, van den Hoogen HJM, van den Bosch WJHM. Assessment of management in general practices: validation of a practice visit method. *Br J Gen Pract* 1998; 48: 1743-50.
4. Heath I, Evans P, van Weel C. The specialist of the discipline of general practice. *Br Med J* 2000; 320: 326-7.
5. Van Weel C. Examination of context of medicine. *Lancet* 2001; 357: 733-4.
6. Stephenson A, Higgs R, Sugarman J. Teaching professional development in medical schools. *Lancet* 2001; 357: 867-70.
7. Metz JCM, Stoelinga GBA et al. Blueprint 1994: training of doctors in the Netherlands. Objectives of undergraduate medical education. Nijmegen University, 1994.
8. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Gray JA, Haynes RB. Evidence based medicine: how to practice and teach EBM. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1997.
9. Lamberths H, Wood M, eds. International Classification of Primary Care (ICPC). Oxford: Oxford University Press, 1987.

7. EKLER

EK 1

Leeuwenhorst Tanımı, 1974

“Genel Pratisyen, yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayırımı yapmaksızın bireylere, ailelere ve bir sağlık birimine bağlı nüfusa kişisel ve sürekli birinci basamak sağlık bakımı sunan tıp fakültesi mezunudur. Onu kendine özgü kılan, bu işlevlerin sentez edilmişidir. Hastalarına hasta görüşme odasında, hastalarının evlerinde ve bazen bir klinik ya da hastanede hizmet sunar. Amacı erken tanı koymaktır. Hastalarının bakımı sürecinde sağlık ve rahatsızlık durumlarını değerlendirirken fiziksel, psikolojik ve toplumsal etkenleri dikkate alır ve bütünleştirir. Bir hekim olarak kendisine sunulan her soruna ilişkin ilk kararları verir. Kronik, yineleyen ya da terminal dönem rahatsızlıkları olan hastaların sürekli yönetim sorumluluğunu üstlenir. Uzun süreli temas, Genel Pratisyenin yineleyen hastayla karşılaşma olanaklarını, her hasta için uygun bir hızda bilgi toplamak ve mesleğini uygulamada kullanabileceği bir güven ilişkisi oluşturmak üzere kullanabilmesi anlamını taşır. 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 personelini 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 koyarlar.

Genel pratisyen ya da aile hekimi ırk, din, kültür ve toplumsal sınıf ayırımı 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 yeterlidir. Ayrıca hastalarına kapsamlı ve sürekli bakım sağlamada kişisel sorumluluk üstlenir.

Genel pratisyen ya da aile hekimi, mesleki görevini bireylerin sağlık gereksinimlerine ve hizmet sunduğu toplumun varolan 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 varolan hastalığının tipine ya da diğer kişisel ve toplumsal özelliklerine bakmaksızın bir toplum içindeki bireylere bakım sunar ve sağlık sisteminin varolan kaynaklarını hastalarının yararına en iyi şekilde düzenler. Genel pratisyen biyolojik tıp, medikal psikoloji ve medikal sosyoloji bilimlerini kullanarak ve bütünleyerek koruma, tanı, sağaltım, bakım ve rahatsızlıkları hafifletme (palyasyon) alanlarında bireylerle ilgilenir.”

EK 2

Belgenin Hazırlanma ve Danışma Süreci

Bu belge ilk olarak Avrupa Aile Hekimliği Eğiticileri Akademisi (EURACT) Konseyi'nin bir çalışma grubu tarafından hazırlandı ve daha sonra 2001 Ekim ayında İspanya Barselona'da ve 2002 Mart ayında Hollanda Noordwijk'te yapılan WONCA Avrupa toplantıları sırasında gözden geçirildi. Avrupa çapında bir uzlaşma sağlama sürecinde ilk adım olması düşünüldü. Bu tanımlardan hareketle çekirdek yeterlikler belirlenebilir ve aile hekimliğinin 21. yüzyıldaki gereksinimlerini karşılayacak araştırma, kalite geliştirme ve eğitim gündeminin içeriği geliştirilebilir.

Olesen ve ark. tarafından yapılan ve aile hekiminin görev tanımının gözden geçirilmesine ilişkin öneriler içeren yayın, EURACT Konseyi içindeki bu çalışmanın tetikleyicisiydi. Olesen ve ark. "uzmanlığın ideal içeriği"ne dayalı yeni bir tanımları savunmaktaydılar. Tanımın ülkeye özgü değil evrensel olması gerektiğini ve eğitim için bir çerçeve sağlamasını önermişler ve bu yaklaşımla yeni bir tanım yapmışlardı. Niyetlerinin yapıcı ve destekleyici olmasına karşın, yaptıkları tanımın gerçekte kendi gereksinimlerini karşılamakta olduğu fark edilmedi.

EURACT Konseyi çalışma grubunun üzerinde düşünülmesini istediği sorular şunlardı:

GP kimdir? GP'ler bugün ne yapmaktadır ve ne yapmalıdırlar?

Disiplini aile hekiminin görevlerini ya da disiplinin temel ilkelerini tanımlayarak mı, yoksa her ikisini birden yaparak mı tanımlamalıyız?

Aile hekimliği uygulamasında bazı sınırlamalarla (sağlık sistemlerinin belirlediği) çalışan birçok hekim vardır: Bunlar genel pratisyen olarak kabul edilebilir mi? Genel pratisyen ile aile hekimliği uzmanı arasında bir fark var mıdır?

Bu konularla ilgili tüm literatürün geniş ve bıktırıcı bir araştırmasını yapmak yerine, belli bir zaman dönemi içinde konuların tartışılması ve bu alandaki bazı temel uluslararası yayınların araştırılması yaklaşımı benimsendi. Daha önce tanımlanan farklı yaklaşımlar arasındaki benzerlikleri arayan bir haritalama işlemi yapıldı ve farklılıkların nedeni araştırıldı. Daha sonra yineleyici bir süreçle bu belgenin taslak sürümleri oluşturuldu; bunlar daha geniş bir şekilde tartışıldı. 2001 Mayıs ayında Tampere'de tüm Avrupa'dan 90'nın üzerinde GP'nin katıldığı uluslararası bir çalıştay yapılarak, belge taslağı üzerine sınırlı bir danışmanlık sağlandı.

EURACT, SEMFYC, DSÖ Barselona bürosu, EGPRW, EQuIP ve EUROPREV ile birlikte WONCA Avrupa, önemli örgütlerin davet edildiği bir uzlaşma konferansı düzenledi. Bu konferans 2001 Ekim ayında Barselona'da yapıldı ve burada taslak bildirgenin daha geniş kesimlere danışılması gerektiği üzerinde anlaşıldı. WONCA Avrupa, taslak bildirgeyi yorumlarını almak üzere Avrupa'daki tüm kolej ve ulusal derneklere ve Aile Hekimliği ile ilgili diğer örgütlere gönderdi. Yanıtlar toplandı ve 2002 Mart ayında Noordwijk'te yapılan ve bu örgütlerin katıldığı bir konferansa sunuldu; bu konferansın ardından belgeye son şekli verildi.

EK 3**Açıklamalar**

WONCA Avrupa, yazılı yorumlarıyla katkıda bulunan ya da bu belgenin geliştirilmesine yol açan danışma süreçlerine katılan aşağıdaki örgütlere ve kişilere şükranlarını sunar:

Austrian Society of General Practice / Family Medicine
College of Family Physicians of Canada
College National de Generalistes Enseignants, France
Danish College of General Practitioners
Dutch College of General Practitioners
European Academy of Teachers in General Practice
European General Practice Research Workshop
European Network for Prevention and Health Promotion in Family Medicine and General Practice
European Union of General Practitioners
European Working Party on Quality Assurance
The Icelandic College of Family Physicians
Malta College of Family Doctors
Norwegian College of General Practitioners
Royal College of General Practitioners, United Kingdom
Slovak Society of General Practice / Family Medicine
Spanish Society of Family and Community Medicine
Swedish Association of General Practice
Swiss Society of General Medicine
WHO, Barcelona Office
World Organisation of Family Doctors
Dr. M. Boland
Dr. G. Buckley
Dr. J. Horder
Prof. C. Lionis

EK 4**WONCA AVRUPA – ÜYE ÜLKELER**

ANDORA
AVUSTURYA
BELÇİKA
HIRVATİSTAN
ÇEK CUMHURİYETİ
KIBRIS
DANİMARKA
ESTONYA
FRANSA
FİNLANDİYA
ALMANYA
YUNANİSTAN
İZLANDA
İRLANDA
İSRAİL
İTALYA

LİTVANYA
MALTA
HOLLANDA
NORVEÇ
POLONYA
PORTEKİZ
ROMANYA
SLOVAK CUMHURİYETİ
SLOVENYA
İSPANYA
İSVEÇ
İSVİÇRE
TÜRKİYE*
UKRAYNA
BİRLEŞİK KIRALLIK (BRİTANYA)

* Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği'nin WONCA ve WONCA Avrupa üyeliği 2003 yılında başlamıştır.

EK 5**Bazı İngilizce 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 yorumlanmaması için bazı temel deyimler aşağıdaki gibi tanımlanmaktadır:

Genel pratisyen – Aile hekimi	Genel pratisyenlik alanında en azından Doktorlar Direktifi'nin 4. Başlığında belirlenmiş düzeyde mezuniyet sonrası eğitim görmüş hekimleri tanımlayan eş anlamlı deyimler.
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.