

Aile Hekimliğinin Kilometre Taşları
MILLIS VE WILLARD
RAPORLARI



Ceviri Editörleri

Yrd. Doc.Dr. Zekeriya Aktürk

Yrd. Doc.Dr. Nezihi Dağdeviren

Aile Hekimliğinin Kilometre Taşları: Millis ve Willard Raporları

Aile Hekimliğinin Kilometre Taşları

Millis ve Willard Raporları

Editörler

Yrd. Doç. Dr. Zekeriya Aktürk
Yrd. Doç. Dr. Nezih Dağdeviren

Aile Hekimliğinin Kilometre Taşları: Millis ve Willard Raporları

The Millis Commission Report

General Practitioner 1966;34(6):174-188

General Practitioner 1967;35(1):177-196

General Practitioner 1967;35(2):199-217

Meeting the Challenge of Family Practice

The Report of the Ad Hoc Committee on Education for Family Practice of the Council on Medical Education

American Medical Association

Chicago, Illinois, 1996

Aile Hekimliğinin Kilometre Taşları: Millis ve Willard Raporları. Aktürk Z, Dağdeviren N (Çeviri Editörleri). Türkiye Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği Yayınları No:15, Anadolu Ofset, İstanbul 2004.

ISBN: 975-270-034-9

Çevirenler

Dr. Ayşe Çaylan, Sağlık Bakanlığı Ankara Hastanesi

Dr. Cahit Özer, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi

Dr. Fatma Nur Eneç Can, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi

Dr. İlkay Aydemir, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi

Dr. Memet Işık, Serbest Hekim, İstanbul

Dr. Murat Ünalacak, Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi

Dr. Mümtaz Mazıcıoğlu, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi

Dr. Nejat Demircan, Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi

Dr. Nezih Dağdeviren, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi

Dr. Pınar Topsever, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi

Dr. Ruşen Topallı, Piraziz AÇSAP Merkezi, Giresun

Dr. Tuncay Müge Filiz, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi

Dr. Turan Set, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi

Dr. Zekeriya Aktürk, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi

İçindekiler

Sayfa

Çeviri Editörlerinin Önsözü

Millis Komisyon Raporu

Önsöz

Giriş (Bölüm 1)

Tıp Eğitiminin Organizasyonu ve Kontrolü (Bölüm 2)

Tıp Fakülteleri

İntörnlükler

Asistanlıklar

Tıp Eğitimi ve Pratiğinde Ana Eğilimler (Bölüm 3)

Bilgideki Artış

Artan Beklentiler ve İhtiyaçlar

Şehirleşme ve Nüfus Hareketi

Kurumsallaşmış Uygulama

Hastalar Uyum Sağlamak Zorunda

Gelişen Hedefler (Bölüm 4)

Vurgulanması Gereken Genel Güncel Hedefler

Eğitim Hedefleri

Organizasyon Hedefleri

Kapsamlı Sağlık Bakımı (Bölüm 5)

Tıbbi Hiyerarşide Kapsamlı Tıbbın Yeri

Kapsamlı Tıbbi Bakım İçin Eğitim

Birincil Hekimler için Mezuniyet Sonrası Programlar

Kapsamlı Bakım Uygulaması

Kombine Hareket

Kurum Sorumluluğu

Uzmanlık Eğitiminin Sürekliliği

Tıp Eğitiminin Genel ve İhtisas Basamakları

Temel İhtisas Eğitimi

İhtisas Eğitiminin Süresi

Eğitim Hastanesi (Bölüm 7)

Programın Boyutu

Hasta Popülasyonu

Eğitici Hekim

Üniversitenin Rolü (Bölüm 8)

Tıp Eğitiminin Evrimi

Yenilikçi ve Öğretici Olarak Üniversiteler

Hastane Ağları

Sağlık Bakımı

Diğer Alanlara Katkılar

Ulusal Hedefler
Üniversite Tıp Merkezi ve Uzmanlık Eğitimi
Uzmanlık Eğitiminin Denetlenmesi (Bölüm 9)
Sürekli Yenileme Gereği
Uzmanlık Eğitimi Komisyonunun Sorumlulukları
Asistanlık Denetim Komiteleri
Beklenen Yararlar

Willard Raporu

I. ÖNSÖZ

II GİRİŞ

Komitenin Görevleri
Komitenin Oluşturulma Nedeni
Komitenin Oluşturulma İşlemi
Genel Düşünceler

III. AİLE HEKİMİNİN TANIMI VE İŞLEVİ

Aile Hekiminin Tanımı
Aile Hekiminin Görevleri
Hasta Bakımı Görevleri
Koordine Etme İşlevi
Toplumsal İşlevler
Aile Hekimi ve Genel Pratisyen Terimleri Arasındaki İlişki
"Aile Hekimi" ile "Kişisel Doktor" ve "Asıl Doktor (Birinci Basamak Doktoru)" Terimleri Arasındaki İlişki

IV. AİLE HEKİMLİĞİ İÇİN EĞİTİM PROGRAMI

Temel Prensipler
Tıpta Lisans Öncesi Hazırlığın Değişen Karakteri
Mevcut Tıp Fakülteleri Eğitiminin Değerlendirilmesi
Bir Aile Hekimliği Programı İçin Eğitim Bileşenleri
Genel Organizasyon
Hedefler
Bir Aile Hekimliği Eğitim Programının Bileşenleri
Aile Hekimliği Programının Konuları
İç hastalıkları
Pediatri
Cerrahi
Psikiyatri
Kadın Doğum
Diğer Geleneksel Branşlar
Toplum Hekimliği
Sosyal ve Davranışsal Bilimler

Sürekli Tıp Eğitimi

Aile Hekimliği Modelleri

Üniversite Tıp Merkezi Modeli

Devlet hastanesi modeli

Diğer modeller

Aile hekimliği uygulama modeline has özellikler

Eğiticilik

Eğiticilik Tipleri

Mezuniyet öncesi eğiticilik

Asistanlık eğitiminde eğiticilik

Asistanlık sonrasında eğiticilik

Etkin eğiticilik kriterleri

V. BAZI ÖNEMLİ KONULAR

Aile Hekimliği İçin Yeterlik Kurulu (Board) Sertifikasyonu

Aile Hekimliği yeterlik kurulu sertifikasyonu prensipleri

Bir Uzmanlık Dalı olarak Aile Hekimliği

Aile Hekimliği İçin Eleman Bulma

Öğretim Elemanları

Öğrenciler

Aile Hekimliğinin Çevresi

Hastane Ayrıcalıkları ve Ekonomik Eşitlik

Mesleki Yardımcılar ve Destekleyici Hizmetler

Sürekli Eğitim

İşin Doğası ve Yaşamın Hoş Yönleri

Aile Hekimliği Eğitim Programlarının Finansmanı

Uygun Aile Hekimliği Modelleri Yaratılabilir mi?

Tıp Fakülteleri ve Toplum Hastanesi Organizasyonu-Bir Aile Hekimliği İdari Bölümü

VI. ÖZET VE ÖNERİLER

Ad Hoc Komitesi Aşağıdaki Önerileri Sunar

EK I: Aile Hekimliği Eğitimi ile İlgili Ad Hoc Komitesinden Önce Görev Alan Danışmanlar

EK 2: Aile Hekimliği İntörn-Asistan Eğitim Programı İçin Gerekli Zaman

Kaynaklar

Çeviri Editörlerinin Önsözü

Yrd. Doç. Dr. Zekeriya Aktürk
Yrd. Doç. Dr. Nezih Dağdeviren
Mart 2004, Edirne

MİLLİS KOMİSYON RAPORU

Uzun süre beklenen Millis Komisyon Raporu (Citizens Commission on Graduate Medical Education) 12 Eylül'de Chicago'da, komisyon başkanı Western Reserve Üniversitesi rektörü John S. Millis, PhD, tarafından açıklandı. Bu çalışmaya AMA (Amerikan Tıp Birliği) danışmanlık etti. Millis Komisyonu karar ve önerileri kararlı bir şekilde gündeme getirildiği takdirde 50 yıl önceki Flexner Raporu kadar anlamlı olacaktır.

Önsöz

AMA'nın temel kuruluşu nedeni, tıp eğitiminin standartları ve niteliği için bir kurum olmak ve böylece gelecekteki meslek üyelerinin yeterliliğidir.

Kurum, 20. yy'da iki kez tıp eğitiminin durumu için bir dış sınav talep etti ve artan kaliteyi garanti altına almak amacıyla değişiklikler için öneriler bulmaya çabaladı.

Yüzyılın ilk on yılında kurum ulusal tıp fakültelerinde inceleme yapmak amacıyla öğretimde ilerleme için Carnegie Kuruluşu Başkanı Mr. Henry'nin öğretilerini dikkate aldı. Dünyaca Flexner raporu olarak bilinen o çalışmanın raporunun uygulanması, AMA tarafından içtenlikle desteklendi. Bunun Amerikan Tıp eğitiminin gelişmesi üzerine ve dolayısıyla halkın tıbbi bakımları üzerine olan etkisi derindi.

Birlik, yetmişli yıllarında tekrar ilginin devamını dile getirerek tıp eğitiminin önemli bir parçası olan intörlük ve asistanlık için harici bir sınav talep etti. Flexner raporu kabul edildikten sonraki beş buçuk yıl içerisinde, lisansüstü tıp eğitimi sistemi kuruldu ve şimdi hekimin formal eğitiminin

yarıdan fazlasını bu sistem oluşturmaktadır. Bu gelişmede bir uzmanlık süreci ve önemli ölçüde bölünmeler başladı. Sonuçta sorumluluk ve otorite bölündü. Bir kez daha AMA harici sınavı talep ederek tıp eğitiminin bu aşamasını geliştirmek için uyarılarda bulunması amacıyla Citizens Commission on Graduate Medical Education'ın (Tıp Eğitimi Halk Komisyonu) oluşturulmasını istedi. AMA, Flexner çalıştayını desteklediğinde olduğu gibi bu çalışmaya da büyük bir ilgi gösterdi. Bu ilgi, sadece mesleki değil, aynı zamanda halkın da yararı içindi.

Eğitimi verilen herhangi bir meslek için, uygulama ve eğitimin standartlarını oturtmaya yönelik iki alternatif vardır. Bu sorumluluk, ya devlet tarafından tüm topluma aktarılabilir, ya da iç disiplini gönüllü olarak kabul etmiş organize meslek grubuna devredilebilir. Eğer meslek grubu sorumluluk almayı kabul etmezse toplum kuşkusuz boşluğun doldurulmasını talep edecek ve devlet, sorumluluğu üstüne alacaktır. Komisyon, tıbbın standartlara ulaşması için sorumluluk alması ve bu sorumlulukların tümünü yerine getirecek bir mekanizmanın oluşması gerektiği kanısına varmıştır. İlerleyen sayfalarda komisyonun önerileri böyle bir mekanizmayı sağlamak amacıyla tasarı haline getirilmiştir. Bize göre, gerekli sorumlulukların açık ve etkili bir biçimde özümsemesi, bu mekanizma ile sağlanabilecek, tamamen özgür olması nedeniyle de özel çıkarlardan bağımsız kalacak, böylece, hem bu mesleğin hem de toplumun iyiliğine hizmet edilebilecektir.

Tıp Eğitimi Halk Komisyonu, tüm bu işler için bir komite atadı ve bir ekip kurdu. Veriler, düşünceler ve kanıtlar tüm komisyona sunuldu. Böylece sonuç raporu üyeler tarafından oluşturulan sonuçlardan yazılmış oldu. Bu, bir komitenin üzerinde anlaştığı bir ekip raporundan farklıdır. Tıp eğitiminde oluşan değişiklikleri anlamaya çalışan komisyon, şu an gündemde olan kuvvetlerin altını çizmeye ve yakın

gelecekte gündeme gelecek kuvvetleri göz önünde bulundurmaya çalıştı. Bu önerilerin, lisansüstü tıp eğitiminin filizlenen bilim ve gelişen toplumun getirdiği değişikliklere düzenli bir biçimde adaptasyonunu mümkün kılacağını düşünüyoruz. Dr. Dael Wolfle'a özel olarak teşekkür edilmeli; Dr. Wolfle raporun taslağını tutan kişiydi. Raporun net olarak sunulmasını sağlayan kendisidir. Bu komisyon, danışman olarak çalışan Dr. Walter S. Wiggins'e de müteşekkirdir. Bundan başka bizimle tıp eğitiminin her alanındaki bilgilerle deneyimlerini paylaşan herkese komisyon olarak teşekkür ederiz.

Giriş

Bölüm 1

Tıp eğitimi ve bu eğitimin uygulama alanı, Abraham Flexner'in yarım yüzyıl önce bahsettiği problemlere benzer problemlerle karşı karşıyadır. Flexner raporunu yazdığı anda, tıp eğitimi ve uygulaması sağlam ve bilimsel bir temelden yoksundu. Şu an bilimsel temel var olmaktan da öte, tıbbi pratiğin büyük kısmını gölgede bırakacak şekilde büyümüştür. Ayrıca, tıp eğitimi etkin standartlara da sahip değildir. Bugünün problemi, karmaşıklık, bölünme ve de uzmanlık eğitimi standartlarının esnek olmamasıdır. Flexner, tıp eğitimi ile ilgili araştırmasını yürütürken toplum bu konu ile çok az ilgilenmekteydi. Şimdi ise toplum bu işin tamamen içindedir.

Entellektüel toplum, tıbbi konularda devrim yaratan gelişmelerden, cerrahideki dramatik ilerlemeden ve yeni aşular ile birlikte mucize ilaçlardan haberdardır. Bütün bunları bilen toplum, tıbbi hizmetler için daha çok para harcayarak ve daha büyük tıbbi başarılarla götürecektir çalışmaları destekleyerek minnetini göstermektedir.

Bu entellektüel toplum, aynı şekilde tıbbı sunduğu en iyi hizmet ile pek çok hastaya sunulan daha düşük kaliteli hizmet arasında derin bir aralık olduğunu bilmektedir. Tıbbi uygulamalar çok değişti. Ancak, bu değişimin tıbbi birikimin hızını yakalamaktan ve toplumun istek ve ihtiyaçlarını karşılamaktan uzak kaldığı yargısı geniş yer etmiştir. Tıbbın şu andaki problemleri, büyük oranda kendi başarısı sonucu ortaya çıkmış problemlerdir.

Tıbbi birikimin daha yavaş ilerlediği önceki yıllarda, tıbbın pratik olarak bu birikimi yakalaması daha kolaydı. Genç bir hekim, okulda ya da intörlük hayatında öğrendiği teknikleri veya meslek hayatının ilk yıllarında

öğrendiklerini meslek hayatının önemli bir kısmında kullanabilmekte veya okuyarak ve mezuniyet sonrası kurslara katılarak alandaki ilerlemeleri yavaş yavaş takip edebilmekteydi. Uygulamalar, birikimlerle birlikte hız kazandı. Tıp sanatı, tıp bilimine paralel olarak ilerledi.

Daha yakın yıllarda, özel vakıflar ve bunlardan da fazla federal yönetimler tarafından desteklenen biyomedikal araştırmalar, toplumun büyük fayda sağladığı bilimsel birikimler için geniş kapsamlı ve temel avantajlar getirdi. Fakat bu durum, hekimlerin özel bir konu üzerine konsantre olup bu konunun gerektirdiği beceriyi edinmelerini gerektiren bir karmaşık durum yarattı. Buna paralel olarak tıbbi literatür genişledi ve güçlendi, ev ve ofislerden çok hastaneler teşhis ve tedavinin yapıldığı merkezler haline geldi.

Şüphesiz, araştırmalar devam ettirilmelidir. Tıp eğitimine verdiğimiz özel önem, araştırmalarla elde edilen başarıları görmezden gelmemize neden olamaz. Yine de bizim görevimiz eğitimle ilgilidir. Yapmak istediğimiz, tıp eğitimindeki gelişmeleri uyararak tıp sanatında yeni ve ivmeli bir büyüme ortaya koymak ve böylece tıp pratiğinin bilgideki ilerlemelerle yeniden barış içerisinde olmasını sağlamaktır.

Tıbbi uygulamalar bu ilerlemelere en iyi şekilde ayak uydurmuştur. Ancak, ortalama uygulamalar sıklıkla en iyisi değildir. Ortalama, iki grup hekimi temel alır. Birincisi, çok azının bugün bildiğimiz lisans üstü eğitimi aldığı 2. dünya savaşı öncesi grup; ikincisi, büyük bir kısmı şimdi ki tıp eğitiminin avantajlarından yaralanan 2. dünya savaşı sonrası grup. Mevcut sistem altında parlak hekimler yetişmiş olmasına ve sistemin bazı elemanlarının hiç kimsenin sorgulayamayacağı kadar iyi olmasına rağmen ne bu sistem ne de sonuçları olması gereken kadar iyi değildir.

Daha yaşlı nesil hekimlerin bazıları bilimsel gelişmelere ayak uydurmuş, ancak çoğunluğu uyduramamıştır. Kuzey Carolina'daki tıbbi uygulama ile ilgili geniş ve sorgulayıcı bir çalışmanın belirttiği durum genel pratisyenler açısından özellikle doğrudur. Bu çalışma, Rockefeller Vakfı ve Kuzey Carolina Üniversitesi tarafından ortaklaşa yürütülmüştür. Genel pratisyenlerin uyguladıkları tıbbi hizmetin kalitesi % 15 zayıf, %25 biraz daha iyi, %30 makul sayılacak ölçüde yeterli, %20 oldukça iyi, % 10'u da çok iyi olarak bulunmuştur. Uygunsuz sorgulama ve anamnez alma gibi yapılan hatalar bunların niteliğinin temel karakteri olmuştur. Bazı doktorlar ülkenin bütününe bakıldığında tipik bir durum olmadığını belirtmiş, ancak bazıları da 'buldukları eyalette her şeyin muhtemelen ülkeye göre daha iyi olmadığı' yorumunu yapmışlardır. Her durumda, Kuzey Carolina çalışması, toplumun talep ettiği düzeyde tıbbi bakım alamadığı alanlarda tıbbi uygulamaların kalitesinin yükseltilmesi gerektiğini göstermiştir.

Bilgi ile uygulama arasındaki ve beklenti ile performans arasındaki fark, değişik alanlarda büyüme göstermektedir. Hekimler kendi işleri için uzun saatler ayırırmaktadırlar ve eski hekimlerin hayal bile edemediği yardımcıları ve teçhizatları vardır. Farmakolojideki gelişmeler, her geçen gün eldeki ilaç listesini artırmaktadır. Buna rağmen pek çok hasta, hastalıkları veya organları yerine kendileriyle insani açıdan ilgilenen yada tedaviyi anlayacakları dilden anlatarak sürekli ve kapsamlı sağlık hizmeti verecek doktor bulamamaktan yakınmaktadırlar.

Tıbbi bilgiler öylesine hızlı artmaktadır ki, bu mesleği uygulayan hiç kimse öğrenciyken öğrendiklerinin yada elindeki kaynakların ortalama düzeydeki bir sağlık hizmeti vermek için yeterli olduğundan emin olamamaktadır. Bir hekim için yeterlilik demek, eğitiminin normal asistanlık süreci sonunda bitmemesi anlamına gelir. Yine de pek çok

hekim, diğer hekimler ile günlük ilişkiler sonucu oluşan bir tür eğitimden kendilerini izole etmiş ve ulaşılabilir pek çok bilgi tazeleme avantajından uzak kalmıştır.

Meslek için gerekli teorik eğitim ve pratik uygulamalar ortalama 8 yıldan fazla bir süreye yayılmıştır. Ancak, toplam süre, bir bütün olarak planlanmamış ve birbirinden ayrı planlanan ve değerlendirilen basamaklar, gelişmenin önüne ciddi bir engel oluşturacak derecede birbirinden ayrı kalmıştır.

Bu eksiklikler ve buna bağlı gelişen sorunlar, tıp düşünürlerinin gündeminde ön sıradadır. Amerikan Tıp Birliği'nin temsilciler meclisinin hazırladığı çalışmalar (Bane raporu ve Bayne –jones raporu), Amerikan Tıp Kolejlere Birliği için Dr. Coggeshall'in daha yakın zamanda hazırladığı rapor ve kalp hastalıkları, kanser ve inme ile ilgili Başkanlık Komisyon raporu, tıbbın geleceği ile ilgili endişeleri ifade eden kanıtlar sağlamıştır.

Tıbbın geleceği ile ilgili herhangi bir konuyu bilgilendirilmiş olarak ele almak için, şu andaki programların analizi temel alınmalıdır. Bunlar, Tıp Eğitimi Halk Komisyonu'nun üzerinde durduğu konulardır.

Tıp Eğitim Konseyi'nin önerisi ile AMA yönetim kurulu bu komisyonun kurulmasına izin vermiştir ve bunu *Citizens Commission* (Halk Komisyonu) olarak adlandırmıştır. Bunun nedeni, Flexner zamanında olduğu gibi bir araştırmanın, dışarıdan toplum yararına objektif olarak yapılan bir gözlemin zamanının geldiğine inanılmasıydı. Buna paralel olarak, bu komisyonun büyük çoğunluğu tıp dışı alanlardan seçildi.

Komisyonun genel amaçları şunlardı:

1. Topluma sadece o andaki bilgi ile sınırlandırılmış kalitede tıbbi bakım hizmeti sağlamak için gerekli değişik

profesyonel tıp alanlarının belirlenmesi. Bunu belirlerken, mümkün olduğunca tıp mesleğini bir bütün olarak alıp bunun içinde değişik tıbbi becerilerin kantitatif olarak dağılımının da tahmin edilmesi planlandı.

2. Tıp fakültesi mezunlarına fakülte sonrası tüm meslek hayatları için gerekli becerileri kazanmalarını sağlayacak eğitim programlarının genel ve özel tüm basamaklarının tanımı. Bu tanım tıp eğitiminde mezuniyet sonrası eğitim programlarının ideal tasarımını sunmalıdır.

3. ‘İdeal’ programa olabildiğince çabuk geçilebilmesi için varolan programların modifiye edilmesi yada iyileştirilmesi için öneriler.

Komisyonun kurulmasını sağlayan iç tartışmadan yapılan aşağıdaki alıntılar, amaçların hangi gündem şartları altında ortaya konduğunu belirlemeye yardım edecektir:

“İntörlük rotasyonları, stajyerlikle elde edilen deneyimlerin gereksiz yere tekrar mı edildiği konusunda ciddi sorular sorulmuştur. Benzer sorular, intörlük dönemi sadece kendi içinde ele alındığında asistanlık eğitiminin bir yılının gereksiz yere mi geçtiği konusunda da sorulmuştur.”

“Mezun hekimler arasında gittikçe artan bir asistanlığa giriş eğilimi vardır. Buna göre gittikçe artan sayıda genç hekim, uzman kimliğine sahip olup aile hekimi sayısı gittikçe azalmaktadır. Genel anlamda şu ana kadar tıp hizmetinin en üst düzeyde sağlanması için hekimlerin değişik alanlara dağıtılmasına yönelik hiçbir etkili emek harcanmamıştır.”

“Öğretim, beceri eğitimi, hizmet üçlüsü arasında, bunların birbirleri ile olan ilişkisini düzgün bir şekilde belirleyecek tatmin edici bir tanımlama yoktur. Bu eksiklik, intörlük ve asistanlık programlarında bu unsurlara verilen ehemmiyetin yelpazesinin geniş olmasında açıkça görülmektedir. Hem intörlük hem de asistanlık seviyesinde en iyi ve en kötü

programlar arasında var olan geniş ayrılık başlıca faktör olarak görülmektedir.”

“Belki de en önemli kaygılardan biri, asistanlık eğitimi etkileyen kararlarda uzmanlığın dar görüş açısının baskın olmasıdır.”

“Günümüzdeki asistanlık eğitiminin genel doğası 30 yıl önce tasarlanan programların karakteristik özellikleri olarak tanımlanan aynı temel kavramlara dayanmaktadır.”

Komisyonun bir talimatı daha belirtilmelidir. Bu rapor, yönetim kurulu müteveli heyeti aracılığıyla AMA'ya gidecektir. Fakat aynı zamanda ve tümüyle aynı formda, üniversiteler, tıp okulları ve hastaneler ve bunun yanında başka birçok organizasyonlar ve mevcut bilgiyle sınırlanmış olan toplumun sağlık hizmetleri kalitesini temin edecek eğitim standartlarının sürdürülmesi sorumluluğu olan aynı tıp mesleğini paylaşan bireylere de iletilecektir. Kısaca rapor, yönetim kurulu müteveli heyeti hastaneleri, milletvekilleri ve meslek dışındaki insanlar ve bunun yanında tıp mesleğinin kendisi için tasarlanmıştır.

Bunlar komisyona yüklenen görevlerdir. Hepsini karşılayacak da, lisans üstü eğitimde asıl önemli olan konular üzerinde yoğunlaştık. Tıbbi hizmetlerin hazırlığı ve doktorların kendi dallarına dağıtılması sıhhatli bir çalışma gerektirir. Fakat bu komisyon bu çalışmalarını yürütmek için uygun bir heyet değildir.

İlerdeki bölümlerde asistanlık eğitimi ile ilgili olarak, bu komisyonun kurulmasında rol oynayan problemlerin azaltılmasında çok işe yarayacağına inandığımız birkaç özel öneriyi sıralamış bulunuyoruz.

Tıp Eğitiminin Organizasyonu ve Kontrolü

Bölüm 2

Tıp öğrencilerinin ilk dört yılı, öğretimin birinci hedef olduğu tıp okullarında geçer. Buradaki başarı, M.D. ünvanı ile sonuçlanır. Bu derece, tıp eğitiminin resmi tarafının sona erdiğini gösterir. Artık yolun yarısına gelinmiştir. Prosedürü takip ederek, tipik genç bir doktor, bir yılını intörn olarak 3-4 veya daha fazlasını ve belki 1 veya 2 yılını, meslektaşları, özellikle de uzmanlık yeterlik kurulu, tıp eğitiminin tamamlandığını düşünene kadar denetimli uygulamayla (sponsored practice) geçirir.

Mezuniyet sonrası yıllar, hastaların bakımını öncelikli hedef alan bir kuruluş olan uygun eğitim hastanelerde geçer ve bu yıllar 2 bölüme ayrılır: intörlük ve asistanlık.

Tıp eğitiminin aşağı yukarı 8 yıl olduğunu düşünürsek, bu 8 yıl ilerleyici, bağlantılı ve kesintisiz olmalıdır. Halbuki durum bundan farklıdır. Tıp eğitimindeki 3 bölüm birbirinden bağımsız olarak planlanmış, ayrı bir şekilde organize edilmiş ve kontrol edilmektedir. Sıklıkla içerik te birbirlerinin üstüne binmekte ve bazen de birbirlerinden kopmaktadırlar. Hataların çoğu sorumluluğun bölünmesi ve kontrolün dağılmasından kaynaklanmaktadır.

Bir zamanlar tıp okulları lisans üstü tıp eğitiminin sorumluluğunu üzerine alma şansına sahiptiler ve ünvan için intörlük gerektiğinde bazı okullar böyle yaptılar. Eğer asistanlık eğitiminin gerekli olduğunu savunmuş olsalardı şu anda daha yakından kesintisiz tıp eğitimini başarmış olurduk. Fakat tıp okulları bu sorumluluğu üstüne almamayı tercih etti. Merkezi kontrol metodu kurulmadı ve sonuçta bazılarının 'organizasyon bozukluğu' olarak nitelendirildiği mevcut organizasyon ortaya çıktı. Bir çok uyarılma ve ayarlamalara rağmen sistem tıbbi uygulama ve

sağlık hizmetleri taleplerini karşılayacak trendlere ve güçlere ayak uyduramadı.

Her biri kendi tarihinin ürünü olduğundan tıp eğitimindeki üç aşama – tıp okulu (fakültesi), intörlük, asistanlık – ayrı yollara gitmektedirler. Sistem bir bütün olarak bu tarihin ayrı olması gerçeğinin kurbanıdır. Çoğu anlaşılması güç şeyler ve istisnalar kısa bir özetle geçilmek zorundadır. Bu üç aşamanın organize edilmiş özellikleri aşağıdadır.

Tıp Fakülteleri

Tıp eğitimi, 85 tıp fakültesinde ve 4 yıllık programın sadece ilk yarısını sunan 3 temel tıp bilimleri okullarında verilmektedir. Tıp okulları, organizasyon, önem verilen noktalar, boyut ve nitelikte farklılık gösterirler. Fakat, hepsi az ya da çok devamlı sorgulama, eleştiri ve değişikliğe maruz olduklarından, planda, amaçta ve organizasyonda onların farklılıklarını göz ardı etmek gerekir. Yarım yüzyıl önceki Flexner raporundan beri, hepsi mezuniyet sonrası için gerekli olan çoğu pratik hastane tecrübesini bırakarak tıbbi alanda temel eğitimi vurgulamışlardır. İyiden mükemmel doğru değişen öğrenci kalitesiyle (başvuru için gereken rekabet adayların değişik kalitede olmasına izin vermemektedir) bütün tıp okulları, tıbbın herhangi bir alanında uzmanlaşmak için gerekli olan temel hazırlığı almış öğrenciler çıkarmayı hedeflediler.

Tıp okullarının çoğu üniversitelere bağlıdır. Hepsi temelde üniversitenin simgesi olan entellektüel değerler, akademik standartlar, eğitimin önemi, araştırma ve kuruluş işbirliği kalıpları sorumluluğunu paylaşırlar. Bu temel niteliklerdeki benzerlikler ve uzlaşma, Amerika Tıp Fakülteleri Birliği ve AMA Tıp Eğitimi Konseyi'nin koordine edici etkileri ile sağlanmaktadır.

İntörnlükler

Tıp okullarının nisbeten tek tipliliğinden intörnlük programları arasındaki büyük farklılıklara kadar hem genç hekim, hem de organizasyon ve kontrol açısından büyük bir ayrılık söz konusudur. Mezuniyet öncesi tıp eğitimi 100'den daha az tıp okulunda verilirken, intörnlükler 800'e yakın onaylanmış eğitim hastanesinde verilmektedir. Tıp okullarının müfredatı fakültelerinin sorumluluklarıyla işbirliği içindeyken, intörnlük programları genellikle tek bir servis ya da yalnızca bireyler tarafından tasarlanmaktadır.

İntörnlük, tıp eğitiminin bir bölümü olarak kurulduğunda amacı net ve açıktır: yaklaşık olarak eşit zamanlarda, cerrahi ve kadın doğum içeren 1 yıllık hastane eğitimi hastaların refahı için denetlenen sorumlulukla birlikte ilk klinik deneyimi sağlıyordu. Bu deneyimler, genç hekimin bağımsız uygulamaya hazırlanması için gerekli ve genellikle yeterliydi.

İntörnlüğün amacı artık net değildir ve tek tip olmaktan da uzaktır. İntörnlük artık öğrenciler için ilk tanı koyma ve tedavi yapma tecrübe kazanma ortamı olamamaktadır; bu işlem şimdi mezuniyet öncesi öğrenci klinik stajları tarafından yapılmaktadır. İntörnlük, bağımsız tıbbi uygulama tecrübesi sağlamakta da yetersiz olup, bu amaç için ekstra asistanlık eğitimi gerekli bulunmaktadır.

Neredeyse bütün öğrencilerin intörnlükten asistanlığa geçmesi nedeniyle intörnlüğün doğası değişmiştir. Orijinal rotasyon şeklindeki intörnlük, iç hastalıkları, cerrahi, pediatri ve kadın doğum alanlarında 12-24 ay tıbbi deneyim sağlar. Son zamanlarda iki farklı intörnlük daha gündeme girmiştir. Karma intörnlük: 2 veya 3 alanda, bir alanda 6 haftadan 8 haftaya kadar eğitim sağlamaktadır. Düz

(straight) intörlük: Cerrahi veya pediatri gibi tamamen tek bir alan vardır.

Bir öğrenci tıp eğitiminden intörlüğe geçtiği zaman öncelikle kendini eğitime adanmış olan kurumu bırakır ve kendini sağlık hizmetlerine adar. Hastane tecrübesi gereklidir fakat eğitim amaçlı yapılmadıkça temel amacını gerçekleştirmede başarılı olamaz. Her yıl Onaylanmış İntörlük ve Asistanlıklar Dizini'nde (Directory of Approved Internships and Residencies) belirlenen özellikler çerçevesinde eğitim hastanesinin sorumlu ekibi kendi eğitim sürelerini ve standartlarını belirlerler ve intörnün saatleri ve sorumlulukları eğitim ve servis arasında bölünür.

Amerikan Tıp Birliği'nin, Tıp Eğitimi Konseyi tarafından öngörülen intörlük programlarının standartlarının yerine getirildiğini inceleyip doğrulama sorumluluğu vardır. Özel bir intörlük programının uygun olup olmadığı kararını verirken komisyon, Tıp Eğitimi Konseyi, Amerikan Tıp Fakülteleri Birliği, Amerikan Hastaneler Birliği, Tıp Yeterlilik Kurulları Fedarasyonu ve aile hekimliği alanından temsilcilerden oluşan İntörlük İnceleme Komitesi'nin önerilerine büyük oranda güvenir.

İntörlüğün sunulduğu hastaneler değişik heyetler tarafından incelenir ve onaylanır. Amerikan Hastaneler birliği, yatak sayısı, servis tipleri gibi kriterlere dayanarak hastanelere yetkiler verir. Fakat bu servislerin verimliliğini yada yararlılığını incelemeyiz. Devlete bağlı sağlık birimleri, hastaneleri hijyen, güvenlik ve benzer kriterlere dayanarak onaylar. Joint Commission on Accreditaion of Hospitals (Hastane Akreditasyon Birliği), sunulan tıbbi hizmete bakarak yetki verir; eğitim kriterlerine bakmaz. Bu yüzden intörlük eğitimi veren bir hastane, değişik inceleme komitelerinin periyodik teftişine maruz bırakılır. Fakat

sadece bu heyetlerden biri olan intörnlük inceleme komitesi, kararlarını verilen eğitim üzerine dayandırır.

Sitemi daha fazla zorlaştırmak için, düz (straight) intörnlük eğitim kalitesi tamamen hastanelerin sorumluluğunda değildir. Sadece cerrahi, patoloji gibi bireysel servislerin veya sadece servis sorumlusunun kontrolü altındadır. Rotasyon ve karma intörnlük, genellikle birbirini izleyen ve birbirinden bağımsız birkaç servisin sorumluluğundadır. Eğitim programlarının sorumluluğunun fakülteyle işbirliği içinde yapıldığı bir tıp okulunun aksine, bir hastane muhtemelen farklı servislerin federasyonundan oluşmuştur ve bu servislerin her biri kendi standartlarından ve politikalarından sorumludur.

İntörnlük programlarındaki böylesi bireysel ve bölünmüş sorumluluğun kaçınılmaz sonucu olarak, klinik stajlarda kazanılan deneyimin çoğaltılması, rotasyon oranı ve bazen sunulan ufak hizmetler ve eğitim kalitelerinde büyük çeşitlilikler olmaktadır.

Asistanlıklar

İntörnlükten sonra asistanlık gelmektedir. Tipik tıp eğitiminde, intörnlüğün ardından 3 ya da daha fazla yıl asistanlık eğitimi gelir. 1965’de asistanlık 1300’den fazla Amerikan hastanesinde veriliyordu. Bu sayının yaklaşık yarısı intörnlük için değil asistanlık içindi; diğer yarısı ise her ikisi içindi.

Asistanlık eğitiminin işlevi yarım yüzyıl önce asistanlığın başlamasından beri büyük ölçüde değişti. O zamanlarda normalde intörnlük tıp uygulamasının hazırlığının tamamlanmasının bir göstergesiydi. Asistanlık ekstra bir şeydi; asistanlık, eğitici olmak veya ilerleyen bilim ve tıp alanında lider olmak isteyen genç hekimlere verilen klinik

eğitim idi. 1927'nin sonlarına doğru onaylanmış asistanlıkların listesi yayınlandığında, sayı intörlük eğitim pozisyonlarının sayısının üçte biri idi. Şimdi oran tümüyle tersine döndü; asistan eğitim yerleri intörlüklerin üç katı oldu. Asistanlık eğitimi, artık seçilmiş bireyler için özel bir şey olmaktan çıkıp yükselme için standart oldu.

Asistanlık eğitiminin yaygınlaşmasının nedeni, uzmanlık yeterlik kurulu tarafından verilen sertifika ve uzmanlaşma gereksiniminin giderek artmasıdır. Çoğu genç hekim sertifika almayı çok istemekte ve çoğu ilk denemede olmazsa iki ya da üçüncüde başarılı olmaktadır. 1945'de uzmanlık komitesi 1308 adayın uzmanlığını onaylamıştır. 1955'de sayı 3843 ve 1965'de 5386 olmuştur. Bu sayı yaklaşık olarak 6 yıl önceki tıp fakültesi mezunlarının % 80'idir.

Uzmanlaşmadaki artış, kendilerini devamlı ve kapsamlı bir şekilde sağlık hizmetlerine adayan hekimlerin sayısının korkunç derecede azalmasına neden oldu.

Teorik olarak eğitim hastaneleri asistanlık programlarının süresini ve doğasını belirlemede bağımsız olmasına rağmen, gerçek uygulamada onların bağımsızlığı uzmanlık heyetlerinin güçlü etkisiyle sınırlandı; onaylanmış asistanlığı bitirmek sertifika için gereksinimlerden biri oldu.

Daha önce incelendiği gibi intörlük programları hastanelerin sorumluluk işbirliğinden çok bağımsız bireysel hizmet sorumlulukları olarak görüldü. Asistanlık eğitimi daima branşlaşma gerektirdiğinden bu sorumluluk bölünmesi 25 adet tanımlanmış uzmanlık ve yan dallardan oluşan asistanlık programlarında daha yaygındır. Bunun sonucu olarak asistanlık programlarını inceleme ve onaylama sorumluluğu 19 bağımsız asistanlık inceleme komitesi arasında bölünmüştür. Her asistanlık inceleme komitesi, Tıp Eğitimi Konseyi ve uygun uzmanlık

kurullarından atanan üyeleri içerir. Komitelerden bazıları, ilgili branşın derneği tarafından atanan üyeleri de içerir. Bununla birlikte, genelde her komite ilgili uzmanlık kurulunun etkiindedir ve bu uzmanlık kurulları bağımsızdırlar.

Bu nedenle asistanlık eğitim programlarının incelenmesi ve onaylanması tıp okullarının ve intörlük programlarının incelenmesinden oldukça farklıdır. Tüm tıp okulları bir heyet tarafından incelenir. Bütün intörlük programları ise başka heyet tarafından incelenir. Bunun aksine, asistanlık programlarının onaylanma sorumluluğu büyük ölçüde küçük parçalara ayrılmıştır. Ne Tıp Eğitimi Konseyi ne de diğer bir organizasyon, Asistanlık İnceleme Konseyi'nin tutarlılığı ve uzlaşması üzerinde ısrar etmez.

Bu tanımlamada, tıp eğitimi programlarının sunum, yönetme ve onaylama sorumluluklarında büyük dağınıkların olduğu ve tıp eğitiminin iki aşaması olan intörlük ve asistanlık planlama ve kontrollerinin birbirlerinden ve aynı zamanda mezuniyet öncesi tıp eğitiminden kopuk olduğu gerçeğine vurgu yapılmaktadır.

Avukatlar, bakanlar, mühendisler, fizikçiler, tarihçiler ve diğer meslek sahiplerinin hepsinde mezuniyet öncesi ve sonrasında eğitim kurumlarının devam eden sorumluluğu vardır ve her bölüm sadece bir ünite olarak değil bunun yanında tüm üniversitenin bir parçası şeklindedir. Bu sistemde kurumsal standartlar ve politikalar memnun edici olmalı ve inceleme ve yetki vermenin standartlarını karşılamalıdır.

Tıp eğitimi genç hekimlerin değişik hastalıkları olan hastalarla çalışma ve onları gözleme fırsatına sahip olmasıyla diğer mesleki eğitimlerden ayrılır. Bu farklılık o kadar büyüktür ki, tıpta diğer alanlarda olduğu gibi eğitimi organize etmek ve yapılandırmak mümkün olmadığı gibi

istenmeyebilir de. Bununla birlikte, birincil görevleri eğitimden çok hizmet olan kurumların sorumluluğunda olması nedeniyle tıp eğitiminin diğer alanlardan çok farklı olduğunu vurgulamak gerekir. Sorumluluğun birkaç üniversite veya tıp okulu arasında bölünmesi yerine binden fazla hastane arasında paylaşılması tuhaftır. Sorumluluğun fakülteler yerine bireylerde olması nedeniyle tıp eğitimi ayrı bir sınıf oluşturmaktadır.

Uzmanlık eğitiminin bu özellikleri, daha sonraki bölümlerde incelenecek olan bir çok problemin artmasına yol açmıştır.

Tıp Eğitimi ve Pratiğinde Ana Eğilimler

Bölüm 3

Tıp, topluma hizmet için vardır. Sosyal alanda kullanılan diğer mesleklerle birlikte, toplumun ihtiyaçlarına yönelik sürekli sorumluluğu olmalıdır. Amerikan Barolar Birliği başkanı Edward Kahn'ın avukatlara hitaben söylediği “Topluma onun ihtiyaç duyduğu şekilde hizmet etmezseniz, toplum, meslekte bazı değişiklikler dayatacaktır” sözü doktorlara söylenmiş gibi değerlendirilebilir.

Tıp, toplumun ihtiyaçlarına cevap verebilmelidir; fakat doktorların sınırları, imkanları ve tıp pratiğindeki değişimin beklenen yönünü en iyi bilen insanlar olmaları onları, toplumun sağlık gereksinimlerinin en iyi nasıl karşılanabileceğine karar vermeye zorlar. Diğer ulusal hedefler gibi toplumun sağlık ve tıbbi hedefleri de genellikle tıp dışında belirlenir, ancak, bu hedeflere ulaşma yollarının bulunması tıbbin kendi dahlindedir.

Bunların hiç biri yeni değildir; hiçbir şey de tıba özgü değildir. Aynı durum herhangi bir aydın ve sosyal yönelimli mesleğin de yaşadığı durumlardır. Tıbbin değişmediğini ima eden bir şey yoktur. Tıp değişmiştir.

Dahası tıp, hizmet verdiği toplumla birlikte değişmeye devam etmektedir. Tıp uygulamalarının ayrıntıları bizim yetki alanımızın dışındadır. Bununla birlikte, genç doktorların eğitim ihtiyaçlarının tanımlanmasında hesaba katmak amacıyla, tıp uygulamasının içinde olan yada onu etkileyen ana eğilimleri nazarı dikkate almak gerekir. Dr. Coggeshall'ın Amerikan Tıp Okulları Birliği'ne sunduğu “*Eğitim boyunca tıbbi ilerlemenin planlanması*” adlı raporu bu eğilimlere daha tamamlayıcı olarak değinmektedir. Bu nedenle bizim değerlendirmemiz normalde gerekenden daha kısa olabilir. Biz bunları dört başlık altında sunuyoruz:

1. Bilginin çoğalması bunun sonucunda artan branşlaşma
2. Tıp ve sağlık bakımıyla ilgili talep ve beklentilerin yükselmesi
3. Nüfusun coğrafi dağılımının değişmesi
4. Tıbbi uygulamadaki kurumsallaşmanın artması

Bilgideki Artış

Biyomedikal bilgideki dramatik gelişmeler, artan cerrahi beceri, yeni tekniklerin, malzemenin ve ilaçların gelişmesi, geçmişin imkansızlıklarını günümüzün rutinine dönüştürmüştür. Antibiyotikler, kortikosteroidler, radyoizotoplar, bağışıklama programlarının yaygın uygulanması, plastik ve metal implantlar, yapay organlar, kan ve doku bankaları, kalp ve diğer cerrahi formlarındaki başarıları düşünün. Bunlar, morbiditeyi düşüren, hayatı uzatan, ortalama hastanede kalma süresini büyük ölçüde azaltan ve önceleri özürlü bırakan hastalıkların kurbanlarına daha normal hayatlar bahşeden, çok uzun gelişmeler listesinin küçük örnekleridir.

Gelişimin hızla devam etmesini beklemek için her neden vardır. Yeni malzemelerle birlikte elektronikteki ve biyokimyadaki gelişmeler ile donanmış cerrah yetersiz organları onarabilir ya da değiştirebilir. Tıbbi Bakım Maliyet Komisyonu raporunda “Yeni ürünlerin arzı o kadar dinamik ki, halen pazarda bulunan 10 üründen 7’si on yıl önce yoktu” diye bildirmektedir. Bu etap birden bire duracak gibi görünmemektedir. Bunun altında yatan bilimsel gelişmeler de durmayacaktır. Moleküler biyoloji araştırması sonucu hücresel işlevlerin anlaşılması bize embriyolojinin altın çağını ve dokunun normal büyümesi ile kötü büyümesi eşliğini hatılatmaktadır. Biyoloji bilgi ve klinik becerilerinin üst üste

bindiğini yadsımak da, kanıtlar bu kadar doğrulayıcı ve aşıkarken, anlamsız olacaktır.

Geçmişte gelişen bilgiye tıbbın yanıtı ikiye bir olmuştur. Tıp uygulaması daha uzmanlaşmış ve resmi eğitim süresi uzamıştır. Günümüzde öğrenilecek çok şey olduğundan 8 ya da daha fazla yıl tıp öğretimi ile ve standart hale gelen eğitim ile bile hiçbir doktor bilginin tamamına vakıf olamayacağından branşlaşma şarttır.

Bilgi artışına uyumun mevcut metodları sürelerini doldurmuştur. Günümüzün en büyük ihtiyacı, çok sayıda uzmanlık tipi değil, tıp eğitimi ve uygulamalarını bu bölümde anlatacağımız eğilime uygun hale getirecek yollardır. Resmi eğitim süresi de tolere edilebilecek en son yere kadar çekilmiştir –uzun hazırlık dönemini almayı arzu eden öğrenci sayısının azalmaması, sürede yeterince uzama olup olmadığı sorusuna da açıktır.

Bilgi, artmaya devam edecektir. Tıp eğitimi planlarında farklı bir kabulleniş mantıklı değildir. Artan bilgiye gelecekteki ulaşım uzun süreli formal eğitime ihtiyaç duymamalı ama mezuniyet öncesi ve sonrası tıp eğitimi yıllarının daha iyi kullanımı ve hizmetteki doktorların eğitimi için daha etkin metodların geliştirilmesini kapsamalıdır.

Artan Beklentiler ve İhtiyaçlar

Göreceli olarak az sayıda vatandaşın iyi tıbbi bakım ve düşük kalitede servisler arasında geçerli bir ayırım yapacak bilgiye sahip olmasına rağmen, “en iyi” olarak düşünülene ihtiyaç ve bunu ödeme gücü büyümektedir. Popüler dergiler, televizyon programları ve günlük gazeteler her yeni tıbbi zaferden toplumu haberdar etmekte ve tıbbın ulaşabileceği toplumsal beklentileri yükseltmektedirler.

Milli gelirin yüzde altısı sağlık hizmetlerine harcanmaktadır ve bu yüzde giderek büyümektedir. Bunun ötesinde, ön ödeme ve sigorta programlarının popülerliği artmaya devam ettiğinden, en iyi sağlık hizmetini talep etmek daha kolay ve bunların ederini ödemek daha az acılı hale gelmektedir. Halen toplumun dörtte üçü hastane giderlerinin ödendiği bir sigorta poliçesi kapsamındadır. Cerrahi giderleri kapsayan güvenlik yüzdesi bunun arkasında yer almaktadır ve diğer tıbbi giderlerin karşılandığı sigortaların yüzdesi de artmaya devam etmektedir. Ancak arada büyük uçurumlar mevcuttur. Örneğin, borçlanılan tutarların ödenmesine önem verilirken, hastanede yatış, hafif durumların ya da erken semptomların ciddileşinceye kadar ihmal edildiği anlamına gelmektedir. Her şeye rağmen gönüllü poliçeler, şirket ve birlik poliçeleri, grup muayenehane sigortası ve hükümet poliçeleri hızla büyümektedir. Şu anda tıp fakültelerine başlayan öğrenciler, hizmet vermeye başlamadan önce hastaların çoğu önemli bir miktarda tıbbi giderin karşılandığı sigortalara sahip olacaktır.

Sağlık bakımına ihtiyaç artmıştır ve toplumun yaş kompozisyonu ile birlikte bazı açılardan yapısı değişmiştir. Toplumun neredeyse yüzde 10'unu, gelecekte de daha fazlasını oluşturan 65 yaş üstündeki kişiler, gençlerden daha fazla tıbbi bakıma ihtiyaç duymaktadır. 1957-60 döneminde yaşlılarda yıllık doktor ziyareti 6,8 iken 5-24 yaş arasındakiler için bu sayı 4,0 idi ve hastaneye yatırıldıklarında ortalama kalış süreleri 15 gün iken genç yetişkinlerde 5 ya da 6 gün idi.

Yaşlı insanlar için sürekli ve kapsamlı bakımın yanı sıra erken tanı ve hastanın tıbbi öyküsü ve genel durumunun iyi bilinmesi de giderek önem kazanmaktadır.

Yükselen beklentiler ve sağlık hizmetlerinin artan kullanımına rağmen fark edilmemiş ve karşılanmamış ihtiyaçlar vardır. Koruyucu bakım olması gerektiği kadar ne yaygın olarak talep edilmekte ne de uygulanmaktadır. Köylerde yaşayanlar,

imkanları az olanlar, bazı etnik grup üyeleri ve huzurevi bakımındaki bazı hastalar daha şanslı durumdaki diğer bazı vatandaşlardan az tıbbi bakım almaktadırlar. Tıbbın öncüleri, ülkenin diğer liderleri ile birlikte, daha büyük gelecek imkanları, daha yaygın ve daha etkin koruyucu bakım ve hastalığın tedavisi yanı sıra sağlığın korunması için vizyon paylaşımında bulunmaktadırlar. Sağlığın ve toplumun yüksek hedefi, eradike edilebilecek hastalıkların eradike edilmesi, önlenilecek olanların önlenmesi, tedavisi mümkün olmayan hastalıklar için olabildiğince etkin tedavi ve iyi bakım sağlamaktır. Beklenti ve taleplerin gittikçe yükselmesi, doktorların gelecekte eğitim ihtiyaçlarını kesinlikle etkileyecektir.

Şehirleşme ve Nüfus Hareketi

Tarlalar, köyler, at arabaları, şehirleşmiş bölgeler, uçsuz bucaksız ulaşım ağı ve otomobil ve hatta helikopter, hasta ve hekimi arasında bağlantı kurmak için kullanılmıştır. Çiftçi nüfusun günümüzde %6'ya düşmesi ve nüfusun sadece küçük bir kısmının ulaşım imkanlarına sahip olmaması nedeni ile hekimleri izole bir ortamda çalışacak şekilde eğitmek anlamını yitirmiştir. Hekimlerin eğitimini kurgularken, diğer meslekler ile yakın bir çevrede çalışacaklarını ve hızlı nakil olanakları ile hastalarını hastanelere ve özel dal teşhis ve tedavi merkezlerine ulaştırabilecekleri varsayılabilir.

Kurumsallaşmış Uygulama

Tamamen bağımsız bir tıp uygulaması artık mümkün değildir ve doktorların bir hastane, klinik ya da ekip muayenehanelerini tercih etmeleri nedeyle kişisel muayenehane sayısı da giderek azalmaktadır. Genç doktorlar yaşlı meslektaşlarına kıyasla daha fazla grup ya da ekip halinde –iki ya da daha fazla dal–

muayenehane açmayı tercih ediyorlar. Doktorlar ortak tanı, tedavi ve hizmet imkanlarını kullanıyorlar, birbirlerini kendi disiplinlerine ait bilgi ve beceriler yönünden destekliyorlar ve böylece hastalarına daha iyi ve kapsamlı bir tıbbi hizmet sunuyorlar. Bu eğilim kesinlikle devam edecek gibi görünmektedir. Tıp alanında bilgi patlaması o kadar büyük oldu ki, hiçbir hekim bütünü bir bölümünden fazlası ile baş edememektedir. Eğer bir hastaya yardım etmek için tüm gerekli bilgi ve becerilerin birleştirilmesi gerekiyor ise, bu işin paylaşılması şarttır. Çeşitli branşların hekimleri, çok etkin bir şekilde birlikte çalışabilirler fakat bunun için hem gönüllerinin hem de mekanlarının yakın olması lazımdır. Bu gerçekten yola çıkarak yeni yapılan bir çalışmada, her 3 tıp öğrencisinden ikisi ileride bir ekip muayenehanesinde çalışmayı umduklarını belirtmişlerdir.

Bir hastanede, bir klinikte ya da herhangi bir şekli ile ekip muayenehanesinde kurumsallaşmış uygulama, verilen hizmetin tek başına çalışan doktorun verdiğiinden daha kaliteli olmasını sağlıyor. Tek başına çalışan bir hekimin nadiren altından kalkabileceği çok yönlü beceriler, çeşitli alanlara özgün bilgi, daha iyi eğitilmiş yardımcı sağlık personeli, pahalı araç-gereçlerin hepsi, tıbbi sorunu için bir hastane ya da ekip muayenehanesine başvuran hastanın yararı için bir arada sunulmaktadır.

Hekim için de avantajlar vardır. Ekip ya da hastane organizasyonu çerçevesinde birçok tıbbi imkandan daha etkin faydalanılmakta, dolayısı ile hekimin meslektaşları ile tıbbi konuları tartışmasından doğan sürekli tıp eğitimi ve entellektüel fikir alışveriş ihtiyacına cevap verilmektedir. Başka hekimler ile yakın ilişki içinde olmak, bir tanıyı kesinleştirmek veya en yüksek etkinlik şansına sahip girişimi seçmek açısından kolaylık sağlamaktadır. Ekibin her üyesi, yardımcı sağlık personeli ofis ve laboratuvar imkanlarını daha etkin ve ekonomik olarak kullanma şansına sahip olacaktır.

Yönetim, sekreterlik ve ilgili ücretler paylaşılabilen, diğer kompetan meslektaşlarının hastası için geçici bir süre için sorumluluk kabul etmeye hazır olmaları, ekipteki hekimin tıbbi konferans vb. organizasyonlar veya ailesi ile birlikte olup dinlenmek ve kültürel uğraşlar amacı ile birkaç gün işinden uzak kalmasını da kolaylaştırmaktadır.

Bir uygulama, her iki taraf –hasta ve hekim– için de avantajlı ise, bunun popülaritesinin artması kaçınılmazdır. Geleceğin hekimleri, izole bir ortamda değil, diğer meslektaşları ile yakın ilişki içinde mesleklerini icra edecekleri şekilde yetiştirilmelidirler.

Hastalar Uyum Sağlamak Zorunda

Hastalar da bu eğilimin farkına varmak ve buna uyum göstermek zorundadırlar. Daha fazla bilgi ve buna bağlı olarak artan branşlaşma, tıp uygulamalarının artan kurumsallaşması ve bu kurumların daha çok kent ortamında yoğunlaşması, tanıda kullanılan testlere ve araçlara ve de özel tıp hizmetlerine gereksinimin artışı, daha fazla hastaya daha nitelikli sağlık hizmeti verilmesini mümkün kılar. Hastalar, bu değişikliklerin getirilerinin bireysel ilgi, sık ev ziyareti ve de bir kuşak önceki daha uzun zamana yayılmış tıbbi hizmetin getirilerinden daha fazla olduğunu anlamalıdır.

Gelişen Hedefler

Bölüm 4

Tıp eğitiminin günümüzdeki ana hedefi 10 ya da 100 yıl önceki ile aynıdır: hastalarına mükemmel sağlık bakımını sunma yetkinliğinde ve arzusunda doktorlar yetiştirmek.

İyi eğitim programlarının özelliklerini belirlemeye yardımcı olacak daha ayrıntılı hedefler o kadar da zamansız değildir ve periyodik olarak gözden geçirilmelidirler. Toplumun talepleri, beklentileri ve kaynaklarının yanında tıbbi yetkinlikler ve mükemmel sağlık bakımının bileşenlerine ilişkin algılar da değişir.

Ayrıntılandırılmış düzeyde, tıp eğitimi hedeflerinin periyodik olarak gözden geçirilmesi, her bir tıp fakültesinin öğretim üyeleri ile eğitim hastaneleri personellerinin sorumludur. Bu sorumluluğu yerine getirme girişimlerinin çoğu açıklıktan, öngöründen ve özgüllükten yoksun olmuştur. Tıp eğitimi tartışmalarında “basamaklı hasta sorumluluğu”, “artmış klinik uyumluluk”, “temel kavramların entegrasyonu”, “bilginin dikkatli toplanması ve verilerin eleştirel analizi” gibi deyimlerle tekrar tekrar karşılaşılmaktadır. Bu ifadelerin sorunu yanlış olmaları değildir. Bunlar, özgül olmayıp, sadece genellenmiş boş ifadelerdir. Stajyerler, intörnler ve uzmanlık öğrencileri için de uyumun beklenen düzeyi belirtilmeksizin ya da öncesi ile sonrası arasında herhangi bir ilişki gösterilmeksizin aynı sözler kullanılmaktadır.

Herhangi bir doktor için doğru ve ayrıntılı öykü alma yeteneğinin şart olduğu ifadesinde muhtemelen bir uzlaşmazlık yoktur. Öğrenci, bu beceriyi ne zaman sistemli olarak geliştirmeye başlar? Ne tip gözlenmiş deneyimler bu konuda uzmanlaşmada en fazla yardımcıdır? Öğrenci tarafından alınan öykülerin eğiticilerce eleştirisi ve daha deneyimli klinisyenlerce alınanlar ile kıyaslanması nasıl ve hangi sıklıkla

yapılmalıdır? Öğrencinin gelişimindeki farklı evrelerde hangi tamlık ve doğruluk düzeyleri kabul edilebilirdir? Kabul edilebilir standartlara ulaştıktan sonra bir başına mı kalmalı yoksa eğitimi süresince yeterliliği için periyodik sınavlar ya da kontroller mi olmalıdır?

Stajyerlik-intörnlük-asistanlık sıralamasının derinlik ve çerçeve derinliği artışında gerçek süreç olduğundan emin olmanın yanı sıra hangi seviyede özel bir hedefe ilerleme ihtiyacı olduğuna kesin karar vermek için; sadece öykü almada değil ama bir dizi farklı beceriler için de bu ayrıntı seviyesine inmek gereklidir.

Gözlem altında yeterlilik ölçütlerinin özel bir işlemin gözlem olmaksızın yapılabileceğine işaret ettiğine karar vermek, muayenehanede hangisinin eğitsel deneyim, hangisinin hizmet olduğuna ilişkin güç soruları yanıtlayabilmek için bu ayrıntı seviyesi gereklidir.

Uzmanlık eğitiminin gelişimindeki süreç, klinik stajyerlik, mezuniyet eğitimin ilk yılı ve sonraki yılların hedefleri arasındaki keskin ayırımından büyük ölçüde faydalanacaktır.

Yetkin olarak tıbbi uygulamayı öğrenmek son derece karmaşık bir işlemdir. Kolay cevapları ümit etmek için öğrenme sürecine ilişkin yeterli bilgimiz yoktur. Tıp, bilime dayanmaktadır. Bu nedenle öğrenmek için çok fazla bilim vardır. Bilim özgül sağlık problemlerine uygulanır. Bu nedenle, bilimin becerikli, öngörülü ve ahlaklı uygulaması için çok şey öğrenilmelidir. Bilimsel taban tam olmadığında uzmanlaşılacak pek çok ampirik bilgi vardır. Güven, kişilerarası ilişkilerde beceri, karar verme –hatta kişinin kendi sınırlılıklarına ilişkin– becerileri geliştirilmelidir. Öğrenci, kararlarını vermede serbest olmalıdır. Öğrenme, bu özgürlüğe ihtiyaç duyuyor görünmektedir. Fakat yetkin rehberlik ve gözetime de ihtiyacı vardır, çünkü hataların sayısı ve ciddiyeti daha az olacağı gibi hastayı korumak için zamanında düzeltilecektir. Öğrencinin, beceriler geliştirme ve

özgüven kazanmada yeterli başarı için yeterli gözlenmiş uygulamaya ihtiyacı vardır.

Tıp öğrencileri ve muayenehane doktorları, kendilerini eğitmek için büyük ölçüde sorumluluğu kabul etmeleri gereken yetişkin kadınlar ve erkeklerdir. Bizim eğitim hedeflerinin açıklamasının üzerinde durmamızın anlamı, öğrencinin bütün eğitimi boyunca çok yakın takipte olması ya da bu eğitimin tek düze devam etmesi anlamına gelmiyor. Ancak, periyodik olarak ve özellikle de şimdi, yollar yeniden denetlenmeli ve açıkça belirlenmelidir.

Eğitim programları bir kurumdan diğerine değişiklik gösterdiği için bizim önerimiz, her tıp fakültesinin ve her eğitim hastanesi eğitim çalışanlarının müfredatlarını açıkça ifade edip aralıklı olarak kendi eğitim hedeflerini gözden geçirmeleridir. Bu yöntem, tıp camiasında eğiticiler için çok faydalı bir pratik olur ve bu alanda karşılaşılan problemlerin çözümlerini de beraberinde getirir.

Vurgulanması Gereken Genel Güncel Hedefler

İyi doktorlar eğitmek ve özgün eğitim programlarına özel, ayrıntılı hedefler arasında orta düzeyde bir belirsizlik vardır. Bu düzeyde, tıp eğitimi için bir takım hedefler belirlemek mümkündür, ancak bunların herhangi bir zaman diliminde değişebileceği de kabul edilmektedir. Geçmişten meşhur bir örnek, Abraham Flexner'in tıp eğitiminin somut biyolojik ve biyokimyasal bilgi üzerine oturması gerektiğine dair öğrenim hedefidir.

Günümüzde ise önceki bölümlerde tarif edilen eğilimlere uygun olarak, ana hedef, tıp eğitimi ve uygulamalarını artan bilgi ve beceri gerektiren yan dallara daha iyi uyarlamaktır. Birçok avantajına rağmen branşlaşma, bölünmeye, bütüncül ve

kapsamlı tıp hizmeti vermek isteyen ve bu yetkinliğe sahip hekimlerin azalmasına, branşlar arası koordinasyonun azalmasına ve bu sorunların çözümü için tıp eğitimindeki gelişmelerin ciddi olarak engellenmesine yol açmıştır.

Günümüzde üniversitelerin, tıp fakültelerinin, hastanelerin ve tıp organizasyonlarının yönetimine aşağıda belirtilen değişiklikler önerilmektedir.

Eğitim Hedefleri

1. Tıp fakülteleri ve eğitim hastaneleri, -şu anda olduğundan daha çok sayıda- kapsamlı, sürekli, koruyucu önlemleri ve erken tanıyı, rehabilitasyonu, destekleyici tedavi içerdiği gibi, ani ve geçici hastalıkların da tedavisini içeren bir tıp hizmeti vermeye istekli ve yetkin hekim yetiştirmelidirler.
2. Hiçbir hekim yalnız başına tüm hastalarına optimal sağlık bakımı verebilecek bilgi ve beceriye sahip değildir. Branşlaşma sorumluluğu böler ama hasta, bölünmez bir bütündür. Uzmanlık eğitimi programları, doktorların birlikte çalışmalarına ağırlık vermelidir. Bu, sadece hekimler için değil, sağlık ekibi elemanları için de geçerlidir. Böylece her hastanın ihtiyaçlarına en uygun şekilde bilgi ve beceri kombinasyonu sağlanıp hizmet verilebilir.

Organizasyon Hedefleri

Uzmanlık eğitimi, sadece müfredatı ve eğitim programları açısından değil aynı zamanda bu programların kurgusu ve gerçekleştirilmesinde yönlendirici rolü, standart geliştirmede ve mezunların kalitesini ölçmekte alacağı rolü açısından değerlendirilmelidir. Uzmanlık eğitiminin yönlendirici işlevi ile ilgili gözetilecek iki hedef vardır.

3. Tıp eğitiminin sürekli denetlenmesi ve gözden geçirilip iyileştirilmesi için şimdikinden daha kuvvetli, daha merkezi ve daha iyi koordine edilen uygulamalar ile birimler gereklidir.
4. Tıp eğitimi politikalarının belirlenmesinde ve program ve standartların geliştirilmesinde tıbbın bilimsel ve profesyonel bir bütün olarak ihtiyaçlarına verilen önem arttırılmalıdır.

Bölüm 5, 6, 7 ve 8’de eğitim hedeflerine ulaşmak için yöntemler önerilecektir. Bölüm 9’da ise organizasyon için hedeflere ulaşmak için gerekli değişiklikler tanıtılacaktır.

Kapsamlı Sağlık Bakımı

Bölüm 5

Hastaları tarafından saygıyla hatırlanan genel pratisyenler, hastalarının en küçük rahatsızlıklarından büyük hastalıklarına kadar tüm sorunlarını iyileştirmek için çaba harcarlardı. Bu genel pratisyenler, eksiklerini –ki oldukça fazlaydı– hastaları hakkındaki bilgileri, onlara verdikleri destek, umut ve güvenle kısmen telafi ederlerdi.

Artık onlar yok oluyor. Zaman, hem hastalar hem de hekimler için değişti. Artık hastaların faydalanabileceği çok çeşitli tıbbi hizmet birimleri, hastane ve uzman hizmetlerinin masraflarını ödemede yardım edecek sigortaları var. Tıpta, büyük ilerlemeler ve biyomedikal araştırmalardaki zaferler, insanı bir bütün olarak değil vücut sistemleri ve organlar olarak ele almıştır. Bir bilim ve sanat olarak organları ve sistemleri anlamaya ve tedavi etmeye adanan tıbbın, bir bütün olarak insanı anlama ve tedavi etme bilimi ve sanatını aştığından beri uzmanlığa duyulan ihtiyaç artmış ve uzmanlık daha cazip olmuştur.

Birinci basamaktaki hekimlerin sayısı hakkında yeterli istatistik yoktur. Genel pratisyen olarak çalışmaya başlayanların bazıları pratiklerini sınırlamışlar, tamamen veya kısmen uzmanlaşmışlar, bazıları da genel pratisyenliğin özel uygulamaları ile meşgul olmuşlardır. Hiç kuşkusuz genel pratisyenlerin sayısı ve oranı azalmaktadır. 1931’de tüm hekimlerin % 84’ü kendilerini genel pratisyen olarak tanımlıyorlardı. Bu oran 1960’da % 45, 1965’te % 37 oldu. Bu oran şüphesiz hızla azalmaktadır. 1965’te tüm genel pratisyenlerin % 18’i 65 yaşın üzerindedir. Yaşlı hekimlerin oranı, diğer dallardakilerden daha fazlaydı ve yeni mezunların sadece % 15’i genel pratisyen olmayı planlıyordu.

Genel pratisyenler, arkalarında organize tıbbın nasıl dolduracağına karar veremediği bir boşluk bıraktılar.

Bu boşluğun bir sonucu, hastanın kendi kendinin doktoru olması ve hangi uzmana ihtiyaç duyduğuna kendisinin karar vermesi veya bir eczacı ya da arkadaşının önerilerini araştırması ya da uygun tedaviyi kendi fikirlerine göre oluşturmasıdır. Diğer artan sayıdaki hastalar ise problemlerini hastane acillerine taşırlar. Buralar her zaman açıktır, herkesi kabul eder ve en azından acil durumlar için iyi bir tıbbi bakım ve hizmet burada mümkündür. Bu çözüm, daha az süreklilik sağlar ve bu ilişki hem hasta hem de hastane personeli için daha az memnun edicidir.

Bu esnada “genel pratisyenlik”, “aile hekimliği” veya “kişisel hekimlik” tartışmaları sürmektedir. Bazı hekimler, genel pratisyenliği geliştirmek ve sürdürmek için 2 veya 3 yıllık bir eğitim programı önermektedirler. Uzmanlar ise genel pratisyenliği daha çok bir sevk merkezi ya da pratisyenin başa çıkamadığı veya çıkamayacağı önemli tıbbi sorunlar için bir temizleme merkezi olarak düşünmektedirler. Birkaç tıp fakültesi ve eğitim hastanesi aile hekimliği için eğitim sağlamaktadır fakat bu programların çoğu yetersiz bulunmuştur.

Tabii ki bazı mükemmel genel pratisyenler ve yüksek kalitede devamlı ve kapsamlı bakım sunabilen bazı uzmanlar vardır. Fakat sayıları azdır ve –çoğu hasta hekim ve idarecinin katılacağı gibi– yeterli hizmet sunamamaktadırlar. Hastalar, bunu hastane acillerinde bekleyerek kanıtlamaktadırlar. Amerikan Tıp Birliği Delegeleri, bu eğilimi aile hekimliği yönünde tersine çevirmeyi denemişlerdir. 89. kongrede uygulamaya konan tıbbi yasalar, tıbbi araştırmaları teşvik eden ve geliştiren daha önceki yasalardan farklı olarak tıbbi bakımın önemine vurgu yapmıştır.

Pek çok önde gelen tıbbi düşünce, istenen yetenekli hekim eğitiminin geçmişteki tipik genel pratisyenlerden daha iyi kalitede kapsamlı bakım sunmasını istediklerini belirtmiştir. Bu hekimler –diğer hekimler gibi– organlar, sistemler ve teknik hakkında bilgilidirler fakat kişinin organları ve sistemlerine odaklanmaz, karmaşık sosyal yapı içinde yaşayan insana odaklanırlar ve bilirler ki, bir parçanın tanı ve tedavisi, genellikle nedensel faktörlerin ve tedavi seçeneklerinin gözden kaçmasına neden olur. Bu hekimlerin özelliklerinden birisi, bilgisinin tam olması ve toplumun diğer tıbbi hizmetlerinden faydalanabilmesidir. Böylece hastasının özel bir yardıma ihtiyacı olduğunda bunu karşılayabilir. Eğer tıbbi yeterlilik, tam sahasında etkili ve verimli yapılabilirse, bu kapsamlı rolde hekimin isteklerini ve uygun hizmet için eğitimi karşılayacak yollar bulmak zorunlu olur.

Kapsamlı ve devamlı sağlık bakımından istenen, sadece hastalıkların tanı ve tedavisi değil, hastalığı önlemede, kişiye fiziksel ve mental sağlığını en üst seviyede sürdürmesine yada bu seviyeye dönmesine, olabileceği en iyi halde olmasına yardımcı olacak destek bakım ve rehabilitasyonu vermesidir. Pek az hastane ve var olan az sayıdaki uzman, kapsamlı ve devamlı tıbbi bakımdaki sorumluluklarını ve yeterliliklerini dikkate almaktadırlar. Fakat günümüzde pek az genel pratisyen bu boşluğu doldurmak için kalifiyedir. Bu iş için değişik bir heki gerekmektedir.

Bu hekimin adı hakkında konuşmak rahatsız edici bir problemdir. Bu hekim nasıl adlandırılacak? *Genel pratisyen* ismi saygınlığını kaybetti. Dr. Russel Lee “Ona bir anıt dikin ve... yeni bir kişisel hekim konsepti ile başlayın” diyor.

Fakat *kişisel hekim* tanımı da zorluklar oluşturuyor. Çünkü hasta hekim ilişkisi daima kişisel olmuştur. Cerrah, psikiyatrist, doğumcu ve dermatolog ile hastalarının arasındaki ilişki geçici de olsa kalıcıda olsa kişisel bir ilişkidir.

İlk temas hekimi önerilmiştir, fakat bunda da zorluklar vardır. Her zaman ilk temas vardır ve bu, hastanın seçimine bağlıdır. Bu ilk temas hekimi dahiliye uzmanı, doğumcu, pediatrist veya cerrah olabilir. Bu ünvan, yalnızca geçici ilişkiyi ve bazen bir rastlantıyı gösterir; medikal bir hizmeti tanımlamaz.

Aile hekimi, sıkça önerilen bir ünvandır ve ailenin tüm fertleriyle aynı hekimin ilgilenmesinin bazı avantajları vardır. Fakat ailesel ilişkiler şart değildir. Bu ifade, resmi olmayan ve kişisel kullanımı çağrıştırmakla birlikte, istenen kalifikasyonları ifade etmemektedir.

Kapsamlı bakım, beklide tıp ve sağlık hizmetinin doğasını en iyi ifade eder. Fakat *kapsamlı bakım hekimi* tuhaf gelmektedir.

Biz, *birincil hekim (primary physician)* demeyi öneriyoruz. İlk temasta karşılaşılabilecek kişi genellikle o olmalıdır. Kendisi, ilk tıbbi hizmeti veren ve kişiye veya aileye danışman olacak kişidir. Bir hasta hospitalizasyon ihtiyacıdaysa veya diğer medikal veya paramedikal uzmanlara ihtiyaç duyarsa birincil hekim gerekli düzenlemelerin yapılmasını sağlamalı ve kendi sorumluluğunu sürekli ve kapsamlı tıbbi hizmetini aksatmadan diğerlerine uygun şekilde devretmelidir.

Belki işleve yönelik daha iyi bir isim çıkacak ve bu isim daha fazla onaylanıp kabul görecektir. Biz o zamana kadar ve bu raporun amacına uygun olarak *birincil hekim* ünvanını kullanacağız.

Tıp literatürü, iyi yetişmiş bir birinci basamak hekim teşkilatı kuramadığımız için dövünen makalelerle doludur. Neden o zaman, onlardan bu kadar az var?

Biz üç majör neden saptadık:

1. Tıbbın başlıca dayanağı olan genel pratisyenlik, uzmanlıkların saygınlık ve başarılarının artmasına paralel olarak gittikçe prestij kaybetmiştir. Genç hekimler,

kariyerleri hakkında karar verirken kapsamlı ve devamlı bakımın mükemmel örneklerini veya yüksek kaliteli veya prestijli birincil hekimleri asla görmeyebilirler. Farklı uzmanları göreceği ve genel pratisyenlere göre genellikle daha yüksek prestijli, büyük hastanelerde ayrıcalıklı ve daha uygun çalışma koşulları olduğunu gözlemleyeceği kesindir.

2. Aile hekimliği uygulaması ile ilgilenen öğrencilere sunulacak eğitim seçenekleri ve intörn ve asistanlara sağlanan uygun eğitim, uzmanlara sağlanan eğitim programından daha az ve daha düşük kalitededir.
3. Genel pratisyenlik ve aile hekimliği ile ilgilenen hekimler için sunulan şartlar, uzman hekimin ilgisini çekecek şart ve ayrıcalıklardan daha az ilgi çekicidir.

Bu üç zorluğun üstesinden gelinebilir, fakat şimdi kahramanca çalışmak gerekiyor. Birkaç yama ile adaptasyon değil, şimdi devrim zamanıdır.

Medikal Hiyerarşide Kapsamlı Tıbbın Yeri

Organize tıbbın -yalnızca resmi değil içtenlikle- ilk anlaması gereken kapsamlı sağlık bakımının, göğüs cerrahisi veya hematoloji veya benzerinden farklı, ama hiçbir zaman ne eğitimde, ne ödüllendirmede ne de hastanedeki pozisyonda daha aşağıda olmadığıdır.

Kapsamlı ve devamlı tıbbi bakımın önemine inanmış gibi yapmak uzmanlaşmaya olan güçlü teşviki pek fazla dengelememektedir. Aile hekimi veya kişisel hekimin önemli olduğu söyleniyor. Hükümet bu hekimlere çok ihtiyaç olduğunu sık sık vurgulamaktadır. Ancak, bu hekimlerin işlevlerini ve diğer hekimlerle ilişkilerini tanımlarken küçümseyen bazı ifadeler sıkça kullanılmaktadır: “Ancak kendi

yeterliliğinin sınırlarında medikal bakım sağlar.” “Kendi sınırlarını aşan hastaları diğer uzmanlara sevk eder.” “Sık görülen ve sıradan hastalıklara bakar.”

Bu tür beyanlar kariyerini kapsamlı aile hekimliğinde yapabilecek hevesli öğrencileri teşvik etmekten çok uzaklaştırmaktadır.

Branşlaşmış tıbbın diğer alanlardaki tutumlarında derinleşen bir çeşit kibir söz konusudur. Bir şirket başkanı sıklıkla mali konulardaki danışmanın yasal sorunlardaki tavsiyelerine boyun eğer. Kendi uzmanını “Yeteneklerini aşan problemleri sevk eder mi ?” diye sorgulamadan ondan yararlanmaya çalışır. Onu tam bilgili kabul eder. Hukuk ta tıbbı benzer, belli alanlarda uzmanlaşma gerektirir. Ama modern bir avukatlık bürosunda genel avukat lider rolündedir ve uzmanlara eş değer prestiji vardır.

Yukarıdaki benzerlik tıp için de geçerlidir. Çünkü, bütün tıbbi kaynakların koordinatörü olarak görev yapacak ve duruma hakim, yüksek donanımlı birisine ihtiyaç vardır. O firmanın daha uzmanlaşmış olan üyelerinin bilgi ve becerisini uygun kullanacak bir şirket başkanı ister. O, sürekli değişen durumları teşhis eden tüm oyunu koordine eden ve her takım üyesini takımı tam güçte tutabilecek özel katkısı için çağırın bir oyun kurucu ister.

Tersine, tıbbi tartışmalarda aile hekimi ifadesi sıklıkla takımın önemli bir üyesinden çok alt statüdeki bozguna uğramış sekreteri olarak kullanılıyormuş gibi görünüyor.

Tıp, bu davranışa adapte oldu ve beklide bilimsel uzmanın değerini biraz abarttı. Akademik dünyada, geniş bir alanı içine alan kapsamlı bilgelikten çok özelleşmiş bir alanda bilginin derinliklerine inilmesine daha çok değer verilmesi olağandır. Kendi çevrelerinde en çok saygı gören matematikçiler, fizikçiler veya ekonomistler özel ve sınırlı bilgi alanlarının

derinliklerine dalan kişilerdir. Beklide bu davranışlar bilginin sınırlarını genişletmeye çalışan saygın bilim adamları arasında ve üniversite çevresine uygun davranışlardır. Ancak, tıp, bilim dallarıyla yakından ilişkisi olmasına rağmen bir bilim değildir. Tıp, bilim dallarının bir uygulamasıdır.

Tıp pratiğinin başarı ölçütü olan hastanın akıbeti ne oluyor? Hasta, doktora genellikle karmaşık bir problemle başvurur. Bu karmaşık probleme katkıda bulunan faktörler fizyolojik, anatomik, psikolojik, sosyolojik, ekonomik, genetik veya tarif edilebilen başka terimler olabilir. Hasta, bazen çok farklı yardımlara ihtiyaç duyar. Bazen de uygun tedavi, eczaneden alınan sadece bir kutu ilaç içeriği kadar özeldir. Bazı vakalarda tanımlama problemini çözmek için pek çok faktörü tartan ve uygun hareket yolunu tanımlayabilecek görüş genişliğine ihtiyaç vardır. Bir ülser hastası cerrahiye gönderilebilir, bir ikincisi psikiyatriye gönderilir ve bir üçüncüsü de sadece ilaçla tedavi edilebilir. Bu üç hasta da emin olmalıdır ki, hastalığının çözüm alternatiflerinin hepsini bilen bir doktor tek bir yolu bilenden daha iyi ilk bakım verebilir.

Harvard üniversitesi mühendislik ve uygulamalı fizik dekanı Harvey Brooks tıp ve mühendisliğin bilimsel tabandaki ikilemlerini şöyle anlatıyor:

“...tıp ve mühendisliğin altta yatan asıl sorunu, tıp ve mühendislik fakültelerinde araştırma ve öğretilerde ilgili fakat pratik uygulamaları bilmeyen bilim adamlarının sayısının artmasıdır. Eski pratiğe dayalı eğitim, bu eğitimin yeni bilimsel gelişmeleri anlamayan ve kullanmayan olgun pratisyenler tarafından verilmesi nedeniyle eksik bulundu. Şimdiki süreçte teknik bilgisi iyi olan pratisyenlerin davranış ve şevkinde bir kayıp vardır. Bunların istekleri disipline yapacakları kendi katkılarından çok, problem çözmeye kaymıştır.”

Flexner raporu, tıp eğitimini biyolojik ve biyokimyasal yönde güncel ve sağlıklı olmaya teşvik etmiştir. Gelişen bilimsel bilgi bu eğilimi arttırdı. Büyük biyomedikal buluşlar bunu hızlandırdı. Tıp bu gelişmelerle daha da sağlamlaştı. Bunlar desteklenmeli ve devam ettirilmelidir. Bu gün problem, tıbbın bu yönde hızlı gelişmesi değildir. Problem, bu yeni boyutu pratiğe taşıyacak gelişmeyi kullanmak ve tıp pratiğini bu yüksek potansiyele taşımaktır. Bu yeni boyutun ihtiyacı yüksek kalitede devamlı ve kapsamlı bakımdır. Tıp eğitimi, bu bakımı verecek yeterlilikte ve geniş eğitim almış hekimler yetiştirmelidir.

Biz çoktan bir başlangıç yaptık. Hükümet (The House of Delegates), Genel Pratisyen Akademisi (The Academy of General Practice), Hekimlik Koleji (College of Physicians) ve çok sayıda bireysel tıp liderleri –ufak farklar olmasına rağmen– kapsamlı bakım merkezlerinin yaygınlaştırılmasına öncelik verilmesi konusunda hemfikirdirler. Tabii ki zorluklar vardır. Fakat hasta mutluluğu, gelecekteki duruş ve saygınlık ve mesleğin benlik saygısı için değişim gereklidir. Şimdi kariyerini devamlı ve kapsamlı bakıma adayacak doktor sayısını arttırmak için kararlı olarak hareket etme zamanıdır. Eğer organize tıp, bu problemi çözmek için liderlik yapmazsa başkaları yapacaktır.

Kapsamlı Tıbbi Bakım İçin Eğitim

Tıp fakülteleri ve eğitim hastaneleri bilim dalları ve branşlar çizgisinde organize olmuşlardır. Anatomi ve fizyoloji için bölümler, pediatri ve cerrahi için servisler vardır. Fakat kapsamlı tıp için pek az servis veya klinik bulunur. Eğer öğrencilere kapsamlı tıbbi bakımın en iyisi olduğunu göstermek istiyorsak, müfredatta ve eğitim hizmetlerindeki köklü değişimi tıp okullarında başlatmalıyız. Tıp öğrencileri kariyerleri için ilk gerçekçi karşılaştırmaları yaparlar ve

kendileri için ilk örnekleri tıp fakültelerinde görürler. Günümüzde tıp fakültelerinde mükemmel model olarak bilim adamları ve hastane tabanlı uzmanlar vardır. Fakat kapsamlı tıbbi bakım yapan hekim veya bu işte gerçekten başarılı olmuş hekim örnekleri nadiren gösterilmektedir. Daha kötüsü, bazı fakülte üyeleri böyle hekimlerin rolünü karalamaktadırlar.

Bazı istisnalar olsa da, tipik olarak tıp fakültelerinde öğrenciler normal hasta örneklerini değil de daha çok seçilmiş ve özel örnekleri görürler. Uygulama da hastaların rahatsızlıkları ölümcül veya sakat bırakan hastalıkların geniş profilinde yer almaktadır. Çünkü tıp fakültelerine gelen hastalar özelleşmiş akut durumları veya tam zamanlı bakım ihtiyacından dolayı sevk edilen hastalardır. Pratik uygulamada, hasta bakımında tam ve takdir edilebilir deneyim kazanıncaya kadar uzun bir süre temas devam etmelidir. Hastanede ise temas birkaç günle sınırlıdır. Fakat tıp öğrencisi bir model görür ve bu model hastane tabanlı, akut hastalık temeline dayanan bir model olursa, kapsamlı tıbbi bakıma çok az ilgi duyacaktır. Bunun sonucunda intörlük ve asistanlık aşamasında kapsamlı tıbbi yönelik olan ilgi körleştirilmiş ve unutturulmuş olmaktadır.

Gerçek şu ki, eğitim programları pek az öğrenciye aile hekimliği uygulamasını gözlemlene fırsatı vermektedir. Uygulamada tüm tıp okulları genellikle öğrenimin son yılının bir kısmını ayaktan tedavi gören hastalara ayırır ve bu eğitime diğerlerinden daha az önem verirler. Ayaktan tedavi kliniklerinin bu düşük statüsü doğal olarak öğrencilerin ayaktan tedaviye önem vermemelerine neden olur. Kapsamlı tıbbi bakımla ilgilenen genç hekimlere ilham vermek ve uygun bir eğitim sağlamak için fakülte öğretim üyelerinde, tesislerde ve davranışlarda büyük değişikliklere ihtiyaç vardır. Sadece kapsamlı tıbbi bakım kliniği eklemek yeterli değildir. Çünkü ayaktan tedavi merkezindeki küçük bir değişiklik herkesin rahatlamasını sağlayacaktır.

Daha büyük çapta değişiklikler gereklidir. Kapsamlı bakımın devamlılığı tıp okullarında planlama ve klinik eğitimin odağı olmalıdır. Öğrenciler klinik eğitimin başında genellikle hastalığın vücudun lokalize bir parçasındaki izole bir olay değil, özel, ailesel ve sosyal çevrede yaşayan ve çalışan, biyolojik, psikolojik ve sosyal hikayesi olan insanın kompleks yapısındaki bir değişim olduğunu fark etmelidirler ve eğiticileri de bunu vurgulamalıdır. Bu kompleks hikayeden hastalığın doğasını anlamada etkili faktörler bulunmalı ve hastalığın gelecekteki etkileri açıkça gösterilmelidir. Tabii ki öğrenci tüm bu incelikleri kavrayamaz, fakat erken dönemlerde bu tür bir vurgu onlara hasta bakımındaki devamlılık ve kapsamlılık konseptinin esaslarını göstermeye başlar. Bu konseptteki erken vurgu, hastanın refahının devamı için özelleşmiş servislerle ilişkisine ve özel hastalıklara uygun perspektif kazanmasına yardımcı olur.

Bizim aklımızdaki program için *klinik* kelimesi yeterli değildir. Çünkü *klinik* sadece ayaktan hatalara hizmet veren birim anlamına gelir. Benzer şekilde *servis* kelimesi de yanlış yorumlanabilir. Çünkü *servis* kelimesi de yatan hastalara hizmet veren birim olarak sınırlandırılmıştır. Biz ikisini de kastediyoruz. Bizim önerdiğimiz eğitim programının merkezinde birincil hekim ayaktan hasta bakar -bu bir klinik hizmettir- ve gerekirse bazı hastaları hospitalize eder -bu bir *servis* hizmetidir. Bundan sonra *program veya servis* olarak kullanacağımız ifadeler klinik ve servisin kombinasyonudur.

Bu yeni servis, bütçeye, personele, mekana, ayaktan hasta bakım ünitesine, hasta yatağına sahip olmalıdır. Bu merkezin başında kapsamlı tıbbi bakımla ilgilenen bir hekim diğer klinik eğiticiler ve hekimler bulunmalıdır. Bunlar kolektif olarak planlama, yönetim, hasta bakımı ve eğitimde daha fazla sorumluluk üstelenmelidirler.

Fakat bu sorumluluk yeni servisle sınırlı olmamalıdır. Bu merkezi eğitimin önemi ortak öğretim üyesi ve personel sorumluluğu, onayı, eğitim programındaki gelişme ve desteği, diğer hastane servisleriyle etkili bir entegrasyonu gerektirir. Diğer uzmanların konsültan hekim ve kapsamlı programda yarı zamanlı katılımcı olmaları gerekir. Gerekirse buradaki personel diğer servislerdeki hekimler gibi hastaneye hasta kabul eder. Kapsamlı bakım servisinin kullanabildiği hasta yatakları gerekli olmasa da yine de diğer servislerin kullanabildiği yataklardan izole ve ayrı olmalıdır. Diğer vakalarda cerrah, pediatrist veya diğer uzmanların hizmeti gerekebilir. Bu durumlarda birincil hekim ve asistan, hastayı hospitalizasyon süresince takip edebilmelidir, fakat bu süre içinde transfer edilirse sorumluluk gittiği yerdeki uzmana ait olur. Hospitalizasyon öncesinde, sırasında ve sonrasında devamlılık birincil hekimin sorumluluğunun bir parçası ve asistan eğitiminin asıl ögesidir. Bu durumun başarısı, eğitim hastanelerinin geleneklerinde modifikasyon gerektirir ve elbette hastane personelinin tümünün kapsamlı bakımın büyük ölçüde sorumluluk istediğini kabul etmelerini gerektirir.

Çok çeşitli bir hasta popülasyonu gerekecektir. Gelen hastalar, sevk edilen hastalarla sınırlı kalmamalı aynı zamanda gönüllü hastaları da kapsamalıdır. Böylece gelen hasta popülasyonu tüm yaş gruplarını, tüm sosyo-ekonomik ve kültürel gruptan hastaları içerecektir. Zamanla, genel ve küçük sorunlardan nadir ve kompleks sorunlara kadar her türlü sorunu olan hastalar görülecektir.

Bu tür servisler, tıp öğrencilerine tıp pratiğini tanımak için en iyi ortamı sağlayacaktır. Böyle bir ortamda çalışmak, çeşitli problemleri olan çeşitli hastaları görme, uzun bir süre hastaları takip etme, üstün seviyede kapsamlı tıbbi bakım uygulaması görme, farklı uzmanların çalışmasını gözlemleme ve onların uzmanlaşmış yeteneklerinin hastanın refahına nasıl katkıda bulunduğunu izleme fırsatı verir.

Mezun olduklarında kariyerini birincil hekim olarak devam edecek öğrenciler bu programda asistanlık eğitimine hazırlık açısından mükemmel bir fırsat bulurlar. Daha da fazlası, bu programı kuran hastanelerin personelleri, diğer servislerdeki personellerle düzenli, devamlı ve işbirliği içinde çalışmasının bir örneğini sunarlar. Bu örnek, eğitimin planlanmasında kurumsal sorumluluk ve daha fazla danışmanlık açısından iyi bir açılım olacaktır. Asistanlık eğitimi, bu tür bir değişiklikten büyük oranda yararlanacaktır.

Hiçbir tıp okulu veya eğitim hastanesinin bizim önerdiğimiz yüksek kalitede kapsamlı tıbbi bakım hizmeti sağlamadığını ve hiçbirinin bunu eğitim programının merkezi ve önemli bir parçası haline getirmediğini biliyoruz. Böyle servisler mümkün olan en kısa sürede kurulmalıdır. Bu servisler başlangıçtan beri bir model sağladığının ve eğitimsel amaç için örnek servis olduklarının farkında olmalıdırlar. Bu servislerin büyüklüklerinin, eğitim işlevi ve demonstrasyon için gerekenden daha büyük olması gerekmez.

Bazı bölgesel hekimlerin ve tıp kuruluşlarının kapsamlı tıbbi bakım servislerinin kurulmasına karşı çıkacakları konusunda uyarılmıştık. Bunun nedeni, tıp merkezlerinin özel hekimlerle direkt yarış içinde olmalarıdır. Bir anlamda yarış halinde de olmalılar ve olmak zorundalar. Biz bu zorlukların iyi bir planlama ve bu servislerin birincil hekim eğitimini ilerletmenin bir yolu olduğunu anlatarak azaltılabileceğini düşünüyoruz. Dahası, etkili bir eğitim, zamanının bir kısmını eğitime ayıracak bazı bölgesel hekimlerle işbirliği yapılmasını gerektirecektir.

Hem üniversite tıp merkezlerinde, hem de diğer eğitim hastanelerinde özel hastaların eğitim amacıyla kullanılmaması nedeniyle eğiticiler açısından bazı ayarlamalar yapmak gerekecektir. Bunun yapılması gerektiğine inanıyoruz ve bu konuyu 7. bölümde bu daha ayrıntılı olarak tartışılacağız.

Tartışılması gereken problemler ve ekonomik sorunların olacağı açıktır. Bunlar, daha önceden tahmin edilmeli ve mümkün olduğu kadar çözümlenmelidir. Çünkü, çeşitliliği fazla ama büyüklüğü eğitim amacı için gerekenle sınırlı bir hasta popülasyonu, bu alanla ilgilenen öğrencilere sistemin problemlerini ve tatminlerini gösteren uygun bir deneyim modeli sunmak açısından şarttır. Eğer biz öğrencilere yüksek kalitede bir model önerirsek, makul sayıda öğrencinin görüşlerini bu tür bir uygulama için ayarlamalarını bekleyebiliriz. Bu acil eğitim ihtiyacı, özel hekimlere yapılabilecek küçük hak ihlallerinden daha önemlidir.

Bu model programlar olasılıkla çok çeşitli formlar alacaklardır. Başta hepsi eğitimsel deneyimlerdir. Bu deneyimler, yakından gözlemlenmiş ve dikkatlice rapor edilmiş eğitim hastaneleri ve tıp okullarından elde edilebilir ve bu sistemin en etkili olarak çalışması için yardımcı olabilirler.

Birincil Hekim için Programlar

Kapsamlı bakım için mezuniyet sonrası eğitim, ana içerik olarak tıp, psikiyatri, pediatri, jinekoloji ve koruyucu hekimlikten oluşmalıdır. Komisyonun yapılmasını önerdiği beş öneri vardır.

İlk olarak pek çok serviste rotasyon, intörnlükte yapılan geleneksel –ne kadar uzun olsa da- rotasyon yeterli değildir. Çeşitli alanlarda bilgi ve beceri esastır. Fakat devamlı ve kapsamlı hasta sorumluluğunu öğretmeye, birkaç alandaki akut durumu sevk ve idareyi öğretmekten daha fazla önem verilmelidir.

Bu hedefin başarısı, birçok servisin katılacağı ortak planlamaya, kişisel servislerden çok bütün alanları kapsayan sorumluluk ve otoriteye sahip kıdemli bir ekip üyesinin denetimine ve asistanlık sürecinin tamamı boyunca kapsamlı

bir planlamaya bağlıdır. Organizasyon metodu, eğitim programının değişik parçalarının zaman ayarlaması ve diğer ayrıntılar çeşitlilik gösterse de birkaç genel prensip korunmalıdır.

Mezuniyet sonrası eğitimin bir parçası uzmanlaşmış servislerde özellikle dahili tıp bilimlerinde geçirilmelidir. Eğer birincil hekim, sorumluluklarını yerine getirmek ve diğer uzmanların saygısını kazanmak ve buna layık olmak istiyorsa, tıp alanının konsepti ve tekniği içinde olması gereken eğitimi bu deneyim sağlayacaktır. Dahası, bu uzmanlaşmış servisteki deneyim asistan olarak ve sonrasında servis elemanlarıyla işbirliğini besleyecektir.

Mezuniyet sonrası eğitimin bir kısmı da daha önce tarif edilen kapsamlı ve devamlı bakım servisinde geçirilmelidir. Bu servisteki deneyim, bu süre boyunca asistanın farklı hastalarla karşılaşmasına, kısa hastalık süresinden çok hastanın sağlığı hakkında tüm bilgileri edinmesine, bazı hastaları hastanede ve hastane dışında takip etmesine, mezuniyet sonrası gittiği uzmanlaşmış serviste öğrendiği bilgi ve kavramları entegre etmesine ve uygulamasına ve hastasının tıbbi iyiliği için gittikçe artan sorumluluğu üstlenmesine izin verecektir.

Öğretim üyeleri ile ilgili önceki deneyimler genellikle tatmin edici olmamasına rağmen, mezuniyet sonrası eğitimin bir parçasını bir grup pratiğinde iyi denetlenmiş bir öğretim elemanı ile geçirmenin bazı vakalarda pratik olabileceğine ve mümkün olduğuna inanıyoruz. Bununla birlikte, bu düzenleme, ancak grup elemanlarının böyle önemli eğitimsel sorumluluğu üstlenme ehliyeti ve isteğine sahip olmaları halinde genç hekimler için gerçekçi ve değerli bir deneyim ortaya koyabilir. Özel grupların eğitim amacı için organize edilmemiş olmaları nedeniyle böyle bir düzenleme sık değildir. Yine de etkili işbirliği sağlamış tıp okulları ve eğitim hastanelerinin birincil

hekim eğitimine katılmaları beklenir. Bu tür iyi fırsatlar yakalanmalıdır ve çeşitli yeni programlar denenmelidir.

Eğer ihtisas döneminin bir kısmı uzmanlaşmış tıp servislerinde, bir kısmı kapsamlı tıbbi bakım servisinde, bir kısmı da bir grup muayenehanesinde geçirilirse, programın denetlenmesinde ve planlamasında işbirliği esas olur. Asistanın hastanın hastanede ve dışarıda olduğu süre boyunca devam eden sorumluluğu, uzmanlaşmış serviste asistanın geçen zamanını en etkin şekilde kullanması ve programın değişik alanlarda kendini uygun şekilde ifade etmesini garantiye almak için kurumsal sorumluluk gereklidir. Bu durum, kurumun sorumluluğu kabul etmesi anlamına gelmektedir. Sorumluluğun şimdiki organizasyona eklenmiş yeni ve bölünmüş bir servise devredilmesi programın başarısızlığı garantileyecektir.

İkinci olarak, acil vakaların bakımı ve cerrahi öncesi ve sonrası gereken özel bakım deneyimini kapsamalıdır.

Cerrahi deneyimin miktarı ve yapısı, birincil hekimin eğitiminde muhtemelen süregelen en sık sorudur. Kapsamlı bakımda yüksek seviyeye ulaşmak için çalışan bazı hekimler gerçek cerrahi acillerde müdahale edecek kadar iyi cerrahi eğitim almayı dilerler. Acil durumda herhangi bir hekim ne yapması gerektiğini hissediyorsa onu yapar ve bu durum cerrahi gerektiriyorsa elinden gelenin en iyisini yapar, fakat birincil hekimin bir grubun üyesi olarak çalıştığı normal durumlarda cerrah gibi davranması gerekmez. Öğrenciyken veya mezuniyet sonrası eğitimi sırasında ameliyathanede uygun deneyim kazanmışsa acil travmada neler yapacağını bilir ve pre ve postoperatif hasta bakımı konusunda daha çok şey öğrenmiş olur. Birincil hekim, cerrahi konsültasyon gerektirebilecek veya cerrahi tedavi gerektirecek birçok konu hakkında derinlemesine bilgi sahibi olabilir. Ancak, birincil hekim bir cerrah olarak muamele görmez ve böyle davranması da gerekmez.

Üçüncü olarak, programın ana yapısını oluşturan tıp birimlerinin yanında yeni bir bilgi kaynağı daha gerekmektedir.

Tam olarak gelişmemiş bu yeni bilgiyi tanımlamak zordur. Biyolojiye benzer olarak bu yeni bilgi organ fizyolojisi, viroloji veya biyolojiden çok ekoloji, evrim ve temel teorilerin tıbbi karşılıklarını içerebilir.

Kapsamlı ve devamlı bakıma kendini hazırlayan genç hekimler, hastaların doku ve organları, tıbbi geçmişleri ve bunların ilişkilerinin yanında, en az onlar kadar, kişisel hastalık durumu, medikal ekoloji ve semptomatoloji hakkında da bilgi sahibi olmaları gerektiğini bilmelidirler. Psikiyatri servisinde çalışmak ona bu konuda bir zemin hazırlar ve sosyoloji ve toplum sağlığından, hastalık ve aile ilişkileri hakkında bilgi edinmek gibi materyaller kazandırır. İçeriğin organizasyon ve vurgulama derecesinde spesifik olması beklenmez. Bu başlıklarla ilgili tıp uygulamalarını öğretmede yeterli deneyim olmadığı gibi, eklenecek olan konuların ilgilerinin derecesi hakkında da bir uzlaşma yoktur.

Belli bir süre içinde çok çeşitli hastalıklara sahip hastalarla çalışmak doktorlara daha çok şey öğretir. Şu an pratikteki birincil hekimler, bilgi ve becerilerinin büyük bir kısmını deneyimden ve sezgiden kazanmışlardır. Gereken şey –ve tıp okulları ve eğitim hastanelerinin geliştirmeye çalışmaları gereken şey– insanı toplum içinde entellektüel iskeleti oluşturan bir kavram olarak gören bilgiyi ve genel prensipleri pratik dersler içine uygulayabilme yollarıdır. Bu görüş, insanı total kompleks, entegre ve sosyal bir varlık olarak ele alırken biraz biyolojik biraz da sosyolojik olacaktır.

Bu arkaplan daha tam gelişmemiştir. Şu açıktır ki, öğretme materyalleri ve tekniklerinin tatmin edici olabilmesi için eğitim hastaneleri ve tıp fakültelerinde hatırı sayılır miktarda

deneyime ihtiyaç vardır. Bu bilgiyi derhal açıklamak için kesin kara vermek önemlidir. Gerisi gelecektir.

Bundan da öte, kapsamlı bakımda iyi olan öğrenci ile diğer dallarda başarılı öğrencileri karşılaştırma seçeneğini de elde tutmalıyız. Kapsamlı tıbbi bakımın davranışsal bilimi seçen öğrencilerinin, geleneksel uzmanlığı seçen ve fizik, kimya veya biyolojide doyum bulan üniversite öğrencilerine nazaran hümanistik tarafa yönelme ihtimalinin fazla olma ihtimali yüksektir. Eğer anlamlı farklar bulunabilirse, bunun hasta yatırma politikalarına kesin etkileri olacaktır.

Dördüncü olarak, uzmanlık eğitim programında kişisel farklılıklar için seçenekler olmalıdır.

Kapsamlı ve devamlı bakım konsepti özel yetenek ve ilgileri gölgelemez; buradan mezun olan öğrenciler birbirinin kopyası olmayacaklardır. Tüm birincil hekimlerin kapsamlı ve devamlı tıbbi bakım sağlamak için kalifiye olmuş olmalarına rağmen, herhangi bir hekimin hastasının sorumluluğunu tam olarak alması veya bir branş uzmanına sevk etmesi açısından hekimler arasındaki ayırım çizgileri büyük oranda farklılık gösterecektir. Eğer bir birincil hekim psikosomatik ve sosyal problemlerle daha çok ilgileniyorken diğeri renal fizyoloji ve patoloji ile ilgilenirse ve bu hekimlerin ilgi alanları aynı grupta gelişirse bu nitelikli bir grup haline gelecektir.

Kapsamlı bakımla ilgilenen tıp eğitimcileri kapsamlı bakım servisinin iyi organize olması için bu çeşit pratikleri öğretim metodu olarak tecrübe etme seçenekleri bulunacaktır. Diğer uzmanlıklarda olduğu gibi, kapsamlı tıpta da araştırma yapma seçenekleri vardır ve bu araştırmalar hastalara, öğrencilere ve öğretim üyelerine yarar sağlar.

Beşinci olarak, eğitim seviyesi diğer uzmanlıklarla eşit olmalıdır. Mezuniyet sonrası iki yıl eğitim yetersizdir.

Bunları kapsamlı tıbbi bakımda iyi kalifiye olmuş hekimlerin diploma statüleri, sertifikasyon sınavları ve uzmanlık kurulu takip eder. Sorumluluk ifadesi eğitim süresi, medikal hiyerarşideki pozisyon, sınavlar, imtiyaz ve uzmanlaşma donanımını kapsar.

Birincil hekimin sertifikasyonu için yeni bir kurul saptanmalıdır. Mevcut kurullardan biri bu sorumluluğu üstlenebilir. Bütün olasılıklardan farklı bir üst düzenleme yapılabilir. Birincil hekimler, teknik uzman ya da konu uzmanı yerine fonksiyonel uzman olacaklardır. Bu nedenle, belki de mevcut kurulların birarada karar vermesi veya geleneksel olanlardan ayrı bir ajans olması düşünülebilir. Bu problemi çözmeyi 9. bölümde anlatıldığı gibi Uzmanlık Tıp Eğitimi Komisyonu'na (Commission on Graduate Medical Education) bıraktık.

Bu eğitimsel değişiklik sonucunda cerrahi veya diğer uzmanlık dallarını seçen sınıf arkadaşlarıyla aynı kalitede bir hekim grubu oluşacaktır. Farklılık, pratik seviyesi ve sorumluluktan çok şekil açısından olacaktır. Bu tıbbi ilgideki genişlemeyi sağlamak doğal olarak yeni hastayla ilk profesyonel teması ve eski olanın devamını sağlayacaktır. Diğer daha dar uzmanlaşmış meslektaşlarının aksine, birincil hekim “Bu hastaya en iyi şekilde yardımcı olmak için kişisel olarak ne yapabilirim?” sorusunu sormak yerine “Bu hastaya ben ne yapabilirim ve bu hastaya en iyi şekilde yardım edebilmek için diğer sağlık ekibi açısından nasıl bir düzenleme yapabilirim?” sorusunu sorar

Birincil hekimi kalifiye temek ve 300 milyona yaklaşan nüfusa kapsamlı ve devamlı bakım sağlamak için doyurucu sayıda hekimi pratiğe hazırlamak için büyük, pahalı ve ulusal bir gayrete ihtiyaç olduğunun net olarak farkına varılmalıdır.

Tıp okullarında ve eğitim hastanelerindeki tıbbi davranışlarda değişiklik yapmak, geçmiş geleneklerde radikal bir kırılma

gerektirmektedir. Bu kırılmaları alelacele pek çok hastane ve okulların yapmasını bekleyemeyiz, fakat bazıları çoktan ilgi göstermeye başlamıştır. Biz, bazı okulların ve eğitim hastanelerinin öncü olarak teşvik edici olacaklarını umuyoruz. Diğerleri onları takip edecektir. Eğer öğretim üyeleri ve personel düşünceli gelişmeler yapar, gerekli eğitim programlarını destekler ve onları yukarı taşıyacak yetenekli pratisyenlerin işbirliğini sağlayabilirlerse başarı sağlanacaktır.

Kapsamlı Bakım Uygulaması

Eğer kendini kapsamlı bakım için hazırlayan hekim sayısında anlamlı bir yükselme olursa, kayda değer ve tatmin edici pratik seçeneklerinin olacağı açıktır. Bahsedilen hekime olan ihtiyaç çok büyük olduğundan, eğer önceki bölümlerde bahsedilen değişiklikler yapılabilirse bu sorun en ciddi sorunlardan biri olmaktan çıkar.

Birincil hekim için en ideal yer grup pratiğidir. Grupla pratik yapmak, tanı ve tedavide uzman meslektaşlarından yardım almayı kolaylaştırır. Grup pratiği, hastaya kendisini ve tıbbi öyküsünü bilen bir hekimle sürekli temasta olma avantajı yanında yeteneklerine ve maharetlerine ihtiyaç duyulan insanlara daha kolay ulaşma avantajı da sağlar.

Birincil hekimlerin tümünün aynı eğitim ve ilgi alanına sahip olmasını beklemek için bir sebep yoktur. Kapsamlı bakıma meyilli hekimler, kendi hastalarına kapsamlı bakım sağlayabilir, diğerleri de uzman servislere hastalarını gönderebilirler. Grupta birisi gastrointestinal problemlerle ilgilenirken diğeri viroloji ile ilgilenebilir. Grubun büyüklüğü ve üyelerinin ilgisi doğrultusunda kapsamlı bakıma değişik oranda yer olabilir.

Grup çalışması birincil hekimin kendisine de yararlı olabilir. Hekim, sürekli entellektüel bir uyaran alır ve her gün diğer

doktorlarla çalışmak, kendi ilgi alanlarını ve bilgisini genişletmesini sağlar. Tıpkı meslektaşları gibi yetenekli akranlarıyla kalite kontrol egzersizlerinden yarar sağlar. Kendi hastalarına grubun diğer elemanları tarafından bakılırken tatile çıkmaya ve eğitim kurslarına katılmaya daha çok fırsat bulur.

Birincil hekim, hastane servislerine daha rahat girer ve hastanede şimdiki uzmanların kullandığı imtiyazlardan yararlanabilir. Dahası, hastanedeki kontrol komisyonlarından (doku komisyonu, tıbbi uygulamaları denetleme komisyonu, hastane kullanma komisyonu) birinin üyesi olarak hastaneye girmesi, tıbbi ve cerrahi servislerle daha iyi koordinasyon içinde olmasını sağlar.

Grup pratiği içinde bu tür kişiler çok değerlidirler. Bu kişiler sayesinde birincil hekim olmak isteyen öğrenciler, birincil hekim olarak kariyer yapmak istediklerinde önlerinde birçok fırsatın olduğu konusunda kolayca ikna olabilirler.

Kombine Hareket

Kapsamlı bakım pratiğinin yaygınlaşmasının önünde üç zorluk vardır. Düşük statü, uygun bir eğitim konseptinin olmayışı ve uygulama şartları. Bu üçü birbirini beslemektedir.

Ev doktorları zamanlarının ne kadar etkin kullanıldığına karar verecek tarafsız yargıçlar değildirler. Bunun yerine onların sundukları hizmete karşılık ne öğrendiklerinin karşılaştırılması daha uygundur. Kolombiya Üniversitesi Uygulamalı Bilimler Bürosu (Bureau of Applied Social Research of Columbia University) tarafından yapılan bir araştırmada, intörn ve asistanların sadece küçük bir azınlığı olağanüstü başarılı

olduklarını hissettiklerini, bunların sadece dörtte biri hastanede geçirdikleri zamanın öğrenmeleri için çok değerli olduğunu belirtmişlerdir.

Hastaneler ve sundukları eğitim programları arasında kalitatif farklılıklar daima olacaktır. Bireysel hatalar hiçbir zaman yok edilemez. Ancak, cikkate alınması gereken daha genel hatalar vardır. Bunlardan birisi, asistanlık programının planlama ve yönetimden sorumlu ekip tarafından nasıl algılandığı ile ilgilidir. Tipik olarak planlama, takip ve değerlendirme hastanenin tamamı yerine -sanki tek bir servisin sorumluluğundaymış gibi- tek bir servisin üyeleri tarafından yapılmaktadır. Hatta bazen sorumluluk tamamen o servisin şefi konumundaki tek bir bireyin sorumluluğundaymış gibi gözükmektedir.

Geçmişte bir zamanlar tıbbi bilgi az olmuş olabilir ve genç bir eğitici, bütün bilgiyi daha yaşlı olan hocasından öğrenmiş olabilir. ancak, artık hiçbir hoca yeterli bilgiye sahip değildir; entellektüel içerik çok fazladır; eğiticilik artık tatmin edici değildir. Asistan, çeşitli hekimlerden, arkadaşlarından, hastalarından, kütüphaneden, dergi kulübünden, katıldığı derslerden ve diğer kaynaklardan öğrenmektedir.

Yarım yüzyıl önce, hekimleri gerekli mesleki beceriler konusunda eğitime hakkının bir kişide olmasının artık kabul edilemez olduğu noktasına gelinmiştir. Çok hızlı bir şekilde tıp fakültelerine alınma kriterleri yükseltilmiş, biyomedikal bilimlerde belirgin kurslar hazırlanmış ve tıp eğitimini planlama ve sürdürme konusundaki sorumluluk bireysel veya gruplar halinde çalışan hekimlerden alınıp tıp fakültelerine devredilmiştir.

Şimdi uzmanlık eğitiminde karşılaştırılabilir değişiklikler yapma zamanıdır. Genç bir hekim tıp fakültesinden mezun olduktan sonra halen teori, prensipler, bilimsel bilgi ve sanat ve beceri adına çok şey öğrenmek zorundadır. Hiçbir hekim ona

öğrenmesi gereken her şeyi öğretemez. Hiçbir pratik miktarı yeterli değildir. Hayal edilebilecek en iyi eğitici bile yetersizdir. Onun, yaratıcı ve başarılı tıp bilimcileri ve uygulayıcılarının katkıda buldukları planlı, progresif ve entegre bir eğitim programına ihtiyacı vardır. Bu ihtiyaç, bizi direkt olarak bu bölümün geriye kalanında önerilen değişikliklere götürmektedir.

Kurum Sorumluluğu

İlk prensip, her eğitim hastanesinin plan ve aksiyonlarıyla bir kurumun tıp eğitimi vermenin zorunluluk ve sorumluluklarını anlayıp kabul ettiği konusunda ısrarcı olunmasıdır. Yeterlilik kurulu, yönetici ve kıdemli profesyonel ekip, hasta bakımı maliyetlerinin üzerinde ciddi ve masraflı bir sorumluluk aldıklarının farkında olmalıdırlar. Hastane kaynaklarının önemli bir bölümünü bu sorumluluğu uygun bir şekilde yerine getirmek üzere aktarmaya hazır olmalıdırlar. Bir hastane, gerçek anlamda bir eğitim programı sunmadığı müddetçe orası intörn ve asistanlar için uygun bir yer değildir.

Biz, her eğitim hastanesinin ekibini bir eğitim konseyi, bir uzmanlık eğitim konseyi veya başka benzer anlamlarda organize ederek uzmanlık eğitim programlarını ilgili tıbbi veya cerrahi servislerin veya servis şekflerinin sorumluluğu olmaktan çıkarıp kurumsal bir sorumluluk haline getirmelerini öneriyoruz.

Uzmanlık Eğitiminin Sürekliliği

Uzmanlık eğitiminin sürekliliğinin sağlanmasında ikinci prensip, herhangi bir uzmanlık eğitimi programının progresif, birleştirilmiş ve birbirini takip edecek şekilde

programlandırılmış olmasıdır. Bugün bu böyle değildir. Bunun yerine iki ayrı aşamadan oluşmaktadır – birincisi intörlük, ikincisi asistanlık eğitimi- ve bu iki aşama arasındaki bağlantı çok gevşektir.

Uzmanlık kurullarının (specialty boards) onaylanmış bir intörlük ve onaylanmış bir asistanlık dönemi geçirerek sertifika alacak adaylara ihtiyacı vardır. Bununla beraber, bir iki istisna hariç, intörlüğün nasıl olduğu belli değildir (spesifik bir eğitimi yoktur). Yeterli sürede alınan herhangi bir intörlük eğitimi gereksinimleri karşılamaktadır. Nöroşürüji yeterlik kurulu, cerrahi intörlük eğitimi gerektirir. Bazı kurulların bir kısmı direkt kendi konularıyla ilgili veya rotasyon şeklindeki intörlük programını kabul ederler. Bu istisnalarla intörlük –düz, karışık veya rotasyonlarla olsun– gereksinimleri karşılar. Uzmanlık kurulları intörlüğün iyi bir hastane deneyim yılı olduğu konusunda hemfikirdirler, fakat alınan deneyimin şekli önemli değildir. Bunun aksine asistanlık dönemi belli bir uzmanlık kurulunun spesifik gereksinimlerini karşılamalıdır.

İntörlük, aslında tıp fakültesinden mezun bir kişiye okulda öğrendiği bilgi ve teorileri bir gözlemci eşliğinde pratikte uygulama imkanı verir. Gerçekten tıbbi sorunu olan gerçek hastalar için sınırlı olsa da, progresif kişisel sorumluluk almasını gerektirir. Bu deneyimin, kişinin öğrencilikten doktora geçişini sağlaması beklenir. Eskiden eğitimin daha basit olduğu yıllarda bunun yeterli olacağı düşünülüyordu ama şimdi bu yeterli değildir. Şimdi hastane eğitimine başlamak, tıp fakültesi eğitim programının entegre bir parçasını oluşturan stajlarla olmaktadır. İntörlükten sonra yeterlilik kazanabilmek için gereken hasta bakımıyla ilgili kendini geliştiren bir deneyim kazanmak için ihtisas eğitimi gerekir. Bundan dolayı, intörlük bazı yönleriyle klinik stajlarla ve diğer yönleriyle asistanlığın birinci yılıyla çakışan bir ara dönem eğitim şeklini almıştır.

Sonuç olarak, intörlük yılının kullanımında çok değişiklikler olmuştur. Klasik rotasyon tarzındaki intörlük, artık önemini kaybetmekte ve yerini karışık ve düz (straight) tarzda intörlüğe bırakmaktadır, bu tür intörlükler özellikle de ihtisas eğitiminin ilk yılını oluşturmaktadır.

Bu durumda bir soru ortaya çıkmaktadır: İntörlüğü tıp eğitiminin ayrı ve serbest bir parçası olarak tamamlamak gerekli mi veya istenilen bir şey midir?

Önerimiz, intörlüğün tıp eğitiminin ayrı ve belirgin bir parçası olmasından vazgeçilmesi ve intörlük ve asistanlık yılları birleştirilip tek bir ihtisas eğitimi süresi içinde asistanlık eğitimi olarak adlandırılması ve bir bütün olarak planlanmasıdır.

Eyalet izniyle ilgili kanunlar, intörlük dönemi gerektirdiği için ve bazılarında ne şekilde olmasını bile tarif ettiği için ve sertifikasyon şartları arasında intörlük eğitimi de bulunduğu için intörlüğün isminin kullanıldığı bir geçiş dönemi bulunacaktır. Bununla birlikte, hatta bu geçiş döneminde, ihtisas programını yeni ihtisas programlarıyla birleştirerek ihtisas programını daha da kısaltan bir program yönünde hızlı bir gelişme olabilir.

Eyalet yetki kanunlarında ve sertifikasyon kurallarında, ayrı bir intörlük programının olmaması ve yerine uygun süreli bir ihtisas programının getirilmesi için değişiklik yapılmasını öneriyoruz.

Tıp Eğitiminin Genel ve İhtisas Basamakları

Ayrı yapılan intörlüğün kaldırılması, ihtisas eğitiminin genel ve branşlara yönelik basamaklarına ait bildirilen sorumlulukların ortaya çıkmasına yardımcı olacaktır.

Tıp fakülteleri, mezun olan bir öğrencinin herhangi bir intörlüğe başlayabilmesini sağlamak ve tıp fakültesindeki eğitimin yeterli derecede geniş, temele dayanan ve belli bir branşa yönelik olmayacak şekilde olmasına ve böylece isteyen öğrencinin kendisinin istediği ihtisas programına girmesine imkan verme mantığıyla hareket etmektedirler.

Bazı tıp eğiticileri, ihtisas programında ayrışmamış eğitimin uzatılmasını savunmuşlardır. Örneğin, bazıları daha sonra hangi ihtisas programının seçileceği göz önüne alınmadan bütün doktorların iç hastalıkları intörlüğü yapmasını veya iç hastalıklarında rotasyon şeklinde intörlük yapmasını istemektedirler.

Eğilimin aksine, tıp fakülteleri arasında ve aynı fakülte'deki öğrenciler arasında bazı farklılıklar bulunmuştur. Araştırmalar için ayrılan büyük miktarlardaki para, bazı tıp fakültelerini daha çok araştırma ve ihtisaslaşmaya ağırlık vermeye yönlendirmiş ve bu da öğrencilerin aile hekimliğine yönelmelerini azaltıp ihtisaslaşma eğilimlerinin artmasına neden olmuştur. Böylece branşlaşmanın daha tıp fakültesindeki eğitim sırasında başladığı söylenebilir. Bazı öğrenciler, daha sonra neyi takip ediceklerini önceden bilmektedirler. Elektif dersleri, stajları ve bireysel çalışma başlıklarını seçerek erkenden, daha sonraki ihtisas alanı için hazırlığa başlamaktadırlar.

Sonuç olarak, tıp eğitiminin genelden ihtisas eğitimine geçişini daima aynı tarzda gösteren hedefler, mevcut değildir. Tıp fakültesi mezunlarının çoğu, fakülteyi bitirir bitirmez, karışık veya düz intörlük programıyla ihtisasa başlarlar ve hatta bunlardan bazıları daha da erken (fakülteyi bitirmeden) ihtisas eğitimine hazırlanmaya başlamaktadırlar. Rotasyon şeklinde intörlük yapan diğerleri ise ihtisas eğitimini mezuniyetten sonra bir yıl veya daha fazla süreyle ertelemiş olurlar.

Bu durumda bu genel problemin içinde yer alan, bu sürecin süresidir. Doktorlar için eğitim süresi zaten mümkün olduğunca uzatılmış olup ana okulundan ihtisas programını tamamlayınca kadar 25 yıllık bir dönemi kapsar. Bu süre yeteri kadar uzundur; hatta çok uzundur. İleride bilginin artırılması için yapılan ayarlamalar ve yüksek standartların kazanılması için harcanan eforlar, formal eğitimin daha uzun süre devam etmesini gerektirmemelidir. Bundan başka, daha farklı iki yol kullanılabilir. Bunlardan biri, mesleğini icra ederken aynı zamanda sürekli tıp eğitimini geliştirmektir; böylece eğitim daha sistematik, daha yaygın ve daha etkili olur. Bilgisini daha da arttırmak için, mesleğini geliştirecek hekimlere daha iyi ve daha yaygın imkanlar sunulursa, formal eğitim süresinin uzaması için daha az baskı oluşur.

Diğer bir yol ise hekimin tıp fakültesindeki eğitimi tamamladığında daha fazla bilgiye ve daha fazla beceriye sahip olmasıdır. Eğitimde, ilk öğretilmesi gerekenlerin yerine vakitsiz konuların öğretilmesi hakimdir. İlkokul, ortaokul ve kolej düzeyinde de eğitimi iyileştirmek için yoğun çaba harcanarak sarfedilen eforla desteklenen bu eğilim, tıp fakültesine giren öğrencilerin daha önceki senelerde eğitim alan öğrencilerden daha eğitilmiş olması anlamına gelmektedir. Tıp fakülteleri, daha iyi bir hazırlık üzerine yapılarak, geliştirilmiş eğitim metodlarının avantajlarını kullanarak ve öğrencilere daha fazla fırsat verip kendi kendilerine öğrenmeyi daha fazla teşvik ederek, ihtisastan önce verilen genel tıp eğitimini dört yılı aşmadan tamamlamalıdır. Genel süre, sadece temel tıp eğitimi ile ilgili bilgileri değil, mesleğini icra ederken bu bilgilerini nasıl uygulayacağını, denetimli bir eğitimle klinik stajlar yoluyla öğrenmesi için geçen süreyi de içermelidir.

Bundan dolayı biz, tıp fakültesinden mezun olduğunda, tıp eğitiminin bitmiş olarak kabul

edilmesini ve ihtisas eğitiminin mezuniyetle birlikte başlamasını öneriyoruz.

Sorumlulukların paylaşılması üzerine anlaşmaya varılması, mezuniyet öncesi ve mezuniyet sonrası tıp eğitimi ile ilgili ilerisi için planlamayı kolaylaştırır.

Yukarıdaki, “tıp fakülteleri genel tıp eğitimini 4 yılda tamamlamalıdır” ve “tıp fakültesinden mezuniyet genel veya ayrışmamış bir peryodun sonu olarak tanınmalıdır”, şeklindeki ifadeden, 4 sayısına sihirli bir özellik verdiğimiz veya sürekli eğitimin tamamen farklı evrelere ayrılabilir veya mutlaka ayrılması gerektiği anlamı çıkarılmamalıdır. Bazı tıp fakülteleri, bazı öğrencilerin kolej ve tıp fakültesi eğitimini geleneksel 8 yıllık tıp eğitiminden daha kısa sürede tamamlamasına izin veren programları denemektedirler. Bazı tıp eğitimcileri, tıp fakültesi müfredat programının kısaltılmasını ve başka alanlara ilgileri olan ve başka planları olan öğrencilerin ihtiyaçlarını karşılayacak daha fazla derecede bir esnekliğin sağlanmasını önermektedirler. ‘Dört yıllık’ veya ‘genel veya ayrışmamış peryod’ terimlerini kullanmamız, mezuniyet öncesi eğitim programlarının daha etkili olması için harcanan çabaları eleştirme yolu değildir. Hiçbir zaman, tıp fakültelerinin şimdiki halinde sınırlı kalmasını istemiyoruz. Denemeleri destekliyoruz.

Temel İhtisas Eğitimi

Tek başına ayrı bir dönem olarak intörnülüğün kaldırılıp bu sürenin planlı progresif bir yıl olarak ihtisasa eklenmesi, ihtisas programlarının planlanmasında daha fazla esnekliğe ve koordinasyona yol açacaktır.

Çoğul ihtisas program tipleri için belirtilen gereksinimler ilgili uzmanlık alanları için bilginin önemli olduğunu ortaya çıkarmaktadır. Pediatrik allerji ve pediatrik kardiyolojide

sertifika almak isteyen adayların, daha önce Amerika İç Hastalıkları Kurulu (American Board of Internal Medicine) veya Amerikan Çocuk Hastalıkları Kurulu (American Board of Pediatrics) tarafından sertifikalandırılmış olması gerekir; çocuk psikiyatrisindeki asistanlar ise Amerikan Psikiyatri Kurulu (American Board of Psychiatry) tarafından sertifikalandırılmış olmalıdırlar; göğüs cerrahisinde olanlarsa Amerikan Cerrahi Kurulunun (American Board of Surgery) sertifika kriterlerini karşılamalıdırlar. Bundan dolayı bu uzmanlıkların herbiri, daha geniş bir uzmanlığın bir yan dalı veya devamı şeklinde tanınır.

Birbiri ardısıra gelen bir ilişkiye sahip olmayan durumlarda bile, asistanlık gereksinimleriyle ilgili bilgiler ilgili alanlarda çalışmanın önemini göstermiştir. Bir genel cerrahi asistanın, bazı cerrahi alanlarda deneyim kazanması beklenir. İç hastalıkları asistanları, zamanlarının bir kısmını psikiyatri, nöroloji, dermatoloji veya pediatriye geçirirler. Psikiyatrideki asistanların ise yeterli düzeyde hastalarına fizik muayene yapabilmeleri ve hastalarını tedavi edebilmeleri gerekir. Ortopedi asistanlarına genel cerrahide bir yıl asistanlık yapması önerilirken, KBB asistanlarının bir yıl genel cerrahide asistanlık yapmaları gerekir. Kısaca, hiçbir uzmanlık dalı diğer ihtisaslardan tamamen ve bağımsız olarak ayrı kendi kendine bir ada değildir.

Her tıp bölümü, en çok yardımcı olacağını düşündüğü kendisine en yakın uzmanlık alanlarından seçilmiş kısımları kendi asistanlarına öğretebilir. Bir ihtisas dalındaki asistanlar, zamanlarının bir kısmını kendileri ile ilgili diğer bölümlerde geçirebilirler. Her iki öğretim metodu da yaygın olarak kullanılmaktadır ve ikisinin de eksikleri vardır. İlkinin tehlikesi yüzeysel olması, ikincisinininki ise tekrarların bulunması ve dağınıklığıdır.

Her iki tehlike de, birbirine yakın bazı ihtisas dallarında asistanların öğrenmesi gereken ihtisas eğitiminin içeriği,

düzenlenerek ve o ihtisas alanlarını ilgilendiren ortak konularla temel bir eğitim programı oluşturularak, azaltılabilir.

Kadın doğum asistanlarının, aciller, şok, kanama, kan değişimi, sıvı ve elektrolit dengesi, protein ve nitrojen dengesi, anesteziğin seçimi, kemoterapi, asidoz ve alkoloz, yara iyileşmesi ve bunun gibi konular hakkında bilgisi olmalı ve bu alanlarda eğitim görmüş olmalıdırlar. Diğer cerrahi dallarda ihtisas yapan asistanlar da bu konulardan anlamalı ve eğitim görmüş olmalıdırlar. Gerekli olan eğitimin bir kısmı öğrencilik yıllarında kazanılabilir. Bir kısmı da özellikle bir ihtisasa ait olan eğitim ve deneyim sırasında elde edilmek için saklanmalıdır. Bu ikisi arasında, bazı birbirleri ile ilişkili ihtisaslarda asistanların eğitiminin bir bölümü olarak planlanabilecek önemli bir alan bulunmaktadır. Örneğin, cerrahi branşlara ayrılmadan önce genel cerrahi ile ilgili olarak temel bir eğitim (2-4yıl) almaları önerilmektedir ve dahili branşlarda da dahili ihtisas alanları iki yıllık bir temel eğitim takip etmelidir. Sadece iki temel ihtisas eğitim programını dikkate almak gerekmez. Belkide daha başka sayıdaki programlar, ihtisas dallarının başka şekilde gruplandırılması, eğitimde daha büyük avantajlar getirebilir.

Bu öneri, daha önce de çok defa yapılmıştır. 1945'lerde, beş adet cerrahi ihtisas kurulu, temel cerrahi eğitiminin, bütün cerrahi ihtisalarında iyi bir eğitimde önceden gerekli olduğu konusunda anlaşmışlardır. Prensipite anlaşmalarına rağmen, etkili bir hale getirebilmek için kurullar, planın ayrıntıları üzerinde anlaşamamışlardır.

İhtisas programlarının çoğu, spesifik içerik, öğretme metodları, deneyim çeşitleri ve programın organizasyonuna bağlı olarak büyük bir esnekliğe izin vermektedir. Bu açıdan bakıldığında, sonuçta üst ihtisas eğitimine yönelen temel asistan eğitimi olasılığını araştırmak için hastaneyi engelleyecek çok az şey bulunur. Bununla birlikte diğer bir açıdan bakıldığında,

belirtilen gereksinimler bazı kısıtlamalar getirmektedir. Genel olarak, sertifikalı bir kıdemli hekim veya özellikle o ihtisas dalında yetkili olarak bilinen bir hekim tarafından yönetilmediği sürece o ihtisas programı onaylanmaz. İleride bazı değişik ihtisaslara girmeyi planlayan asistanlara, girmek istedikleri ihtisaslara ortak programında, asistan eğitiminin ilk kısmını almaya izin vermesi için, bu gereksinimde değişiklik yapılması gerekebilir.

Önerilerin ayrıntıları her hastanenin kendi ekibi tarafından belirlenmelidir ve bu ayrıntıların hastaneden hastaneye farkı ne çok genel ne de çok katı olmamalıdır. Bütün ihtisaslara ana gruplarının aynı anda olması da gerekmez. Hastane dört branş için temel asistanlık eğitim programı hazırlamayı daha karlı bulabilir. Böylece iki ihtisas dalının asistanları iki yıl sonra temel programdan ayrılıp kendi ihtisas dalıyla ilgili eğitime başlarken, diğer iki ihtisas dalındakiler ise ayrılmadan bir yıl daha devam etmiş olurlar.

Bu şekildeki temel ihtisas programlarından üç avantaj elde edilmelidir. Birincisi birlikte planlama. Örneğin jinekologlar, ortopedistler ve cerrahi branşlar ve aynı zamanda genel cerrahlar, temel cerrahi ihtisasını beraber planlamalıdır. Genel olarak, birbirine yakın ihtisas alanlarındaki eğitici hekimler, asistan eğitimi programlarına neyi dahil ettikleri konusunda ve üzerinde anlaşılacak içeriğin daha iyi bir şekilde nasıl organize edilip öğretileceği konusunda kararlarını vermeleri için zorlanacaklardır. Bu, her zaman sağlıklı bir egzersizdir.

İkinci avantajı, tekrarların ve boşlukların açığa çıkmasıdır. Asistanları bir servisten diğer bir servise göndermek, sonuçta aynı bilgilerin hemen hemen aynı düzeyde birkaç defa tekrarlanmasına neden olacaktır. Daha iyi bir organizasyon, asistanın zaman kazanmasına ve daha çok bilgi sahibi olmasına yardımcı olabilir.

Üçüncü avantajı ise, hasta popülasyonunun öğrenim amacıyla daha iyi kullanılmasında yatmaktadır. Her yeni başlayan asistan için, belirli tipteki hastaların daha az sınıflara ayrılmasıyla, hastaların kullanımında geniş esnekliklerin olmasıyla, daha geniş ve çeşitli deneyim kazanma imkanı bulunacaktır. Şimdiki zorluklara örnek olarak, bir konsültan hekim “Cerrahi ekibin ve eğitim programının her branş için ayrı olmasından dolayı, genel cerrahi asistanının pelvik cerrahi yaklaşımıyla ilgili deneyim kazanmasına izin verilmemektedir. Her servis kendi alanına sahip çıkarak birbirlerinin sınırlarının geçilmesine izin vermemektedir” şeklinde Komisyona bildirimde bulunmuştur. Sınırlar biraz geçilebilmelidir. Temel cerrahi asistanlığı daha sonraki cerrahi branşlara ayrılmadan önce buna izin vermelidir.

Önerimiz: hastaneler temel asistanlık eğitiminin değişik şekillerini denemelidirler ve Uzmanlık Kurulları ve Asistanlık Denetleme Komiteleri, bu tip eğitim ve organizasyonları engelleyen ifadeleri inceleyerek farklı uygulamaları desteklemelidirler.

Temel asistanlık programlarının arzu edilmesi kesin gibi gözükmektedir. Hatta, dahiliyede veya genel cerrahide uygun bir temel eğitimle asistanın istediği üst ihtisas hakkında daha hızlı ve etkili bir şekilde bilgi sahibi olacağı kendiliğinden belli olmaktadır. Fakat kimse temel asistanlık programının ideal sayısı, süresi ve organizasyonu hakkında önceden birşey söyleyemez. Bundan dolayı farklı denemeler yapılmalıdır ve biz, çeşitli denemeleri yapmaları için de eğitim hastanelerini teşvik etmekteyiz.

İhtisas Eğitiminin Süresi

Günümüzde hekimlerin büyük bölümü intörnlük ve asistanlık eğitimleri için en az 4 yıl harcamaktadırlar. Bu süre, üç faktöre

bağlı olarak artmaktadır: öğrenilmesi gereken bilgilerin miktarındaki artış, hastanelerin iş yükü nedeniyle personel ihtiyaçları ve “benim alanım sizinkinden daha zor, bu yüzden ihtisas süresi daha uzun olmalı, üstelik uzun ihtisas süresi alanım adına kulağa hoş geliyor ve prestijimizi artırıyor” şeklinde özetlenebilecek olan zihniyet ve tutumlar.

Bu sebeplerden sadece ilki yasal olarak açıklanabilir. Hastane hizmeti elbette önemlidir, fakat bu, farklı bir konudur. İhtisas dalları arasındaki rekabet, belli bir noktaya kadar uygun görülebilir, fakat bunun faturasını ihtisas yapanlar ödememelidir. Asistanlık süresinin belirlenmesinde sadece eğitimle ilgili kriterlerin göz önünde bulundurulması gerekir.

Eğer tıp eğitiminin bir parçası olan intörnlük kaldırılabilirse ve eğer uzmanlık eğitimi tıp fakültesinden mezun olmanın hemen ardından başlatılabilirse, tıp fakültesi eğitiminin kısaltılabilmesi söz konusu olabilir. Bütün uzmanlık programlarının birer sene kısaltılabilmesi mümkün olmayabilir, fakat yukarıda önerilen temel uzmanlık eğitiminin geliştirilmesiyle birlikte intörnlük eğitiminin kaldırılması mümkün olacak, bu da bir yıl kazanılmasını sağlayacaktır.

Normal veya ortalama sürede ne kadarlık bir değişikliğin olmasının mümkün olduğu veya istenildiğinin ifade edilebilmesi için şu an için henüz erkendir. Halen kendine göre haklı yanları olan alternatif bir süreç bulunduğundan, bu karar bir süreliğine ertelenebilir.

Bizler, uzmanlık kurullarının, uzmanlık yeterlilik sınavına girmeye uygunluk ile ilgili düzenlemeleri yaparken, ayrı bir intörnlük eğitiminin olmamasından kaynaklanan açığı kapatmak için uzmanlık süresini uzatmamalarını öneriyoruz. Bu, uzmanlık eğitimi ile ilgili şimdiki ifadelerin korunması ve ve intörnlük ile ilgili ifadelerin kaldırılması ile sağlanabilir.

Bu öneri, her asistanın ihtisası bir yıl erken bitirmesi teklifini getirmemektedir. İntörlük artı asistanlıktan oluşan eğitim sürecinin toplam bir yıl kısaltılması gerekliliği önerilmektedir. Her asistanın yetenekleri, öğrenme hızları, bilimsel araştırmaya veya kendi uzmanlık dallarının belirli alanlarında daha fazla çalışmak uğruna harcamayı planladıkları süreler farklıdır. Asistanlar ve onların emri altında çalıştıkları kişiler, uzmanlık eğitimi süresinin belirlenmesi konusunda görüş bildirebilirler. Resmi uzmanlık süresinin kısaltılması, bir anda bütün asistanların ihtisas süresini kısaltmayacaktır. Fakat, programı başarılı şekilde tamamlayan asistanların ihtisaslarını erken tamamlayabilmelerine olanak sağlayacaktır. Bugünkü koşullarda, nadir istisnalar dışında, en başarılı ile en başarısız asistanların uzmanlık eğitimlerini tamamlama süreleri aynıdır.

Amerikan Beyin Cerrahisi Kurulu (The American Board of Neurosurgery), üzerinde çalışılmaya değer bir teknik ile denemeler yapmaktadır. Ulusal Tıbbi Ölçme Kurulunun da (National Board of Medical Examiners) yardımıyla, geleceğin beyin cerrahlarına, asistanlıkları sırasında yazılı bir sınav düzenlenmektedir. Bu sınavın, ileride yapılacak sertifikasyon uygulamaları hakkında bir ağırlığı yoktur; sonucu sadece sınava giren kişiye ve eğitim programının başındaki kişiye bildirilen, ilerlemeyi göstermek amaçlı sınavlardır. Böylece, bu sınavlar hem eğitim programının başındaki kişiye, hem de ihtisas eğitimi alan kişiye, eğitimin kalan süresinin nasıl en faydalı şekilde kullanılabileceği konusunda yol gösterici olmakta, eğitim süresinin uzatılıp uzatılmaması konusunda karar vermeyi de kolaylaştırmaktadır.

Bu tip sınavların yaygınlaştırılmasıyla, intörlük eğitiminin kaldırılmasıyla, temel uzmanlık eğitimi konusundaki fırsatların akılcı kullanımıyla ve hepsinden daha önemlisi, tutarlı ve duru bir yaklaşımla eğitsel değerler üzerinde durmakla, uzmanlık eğitiminin birçok hekim için kısaltılması mümkündür. Hatta

eğitimin tamamlanmasında süre yerine beceri ve başarının göz önüne alınması bile mümkün olabilmelidir.

Eğitim Hastanesi

Bölüm 7

Tıp Eğitimi veren bir hastanenin Amerikan Tıp Derneği'nin (American Medical Association) yayınladığı Yıllık Onaylanmış *İntörnlük ve Asistanlık Eğitimi Rehberi*'ndeki (Annual Directory of Approved Internships and Residencies) minimum gereksinimleri karşılması gerekmektedir. Bu raporda belirtilen ihtiyaçlar benimsendiği takdirde, değiştirilmek zorunda kalınabilecek veya üzerinde durulması gereken bazı ana ihtiyaçlar aşağıda tartışılmıştır.

Programın Boyutu

Eğer uzmanlık eğitiminin ilk yılının ayrı ve farklı bir intörnlük olarak kabul edilmesinden vazgeçilirse, bu, halen intörnlük eğitimi verip uzmanlık eğitimi vermeyen 70 kadar hastanede intörnlük programının kaldırılmasını sağlayacaktır.

Bizim önerimiz, uzmanlık değerlendirme komitelerinin, sadece tıp eğitiminin birinci yılından ihtisas eğitiminin son yılına kadar olan eğitimi verebilecek olan kurumlarda tıp eğitimine onay vermeleridir. (her hastane bütün uzmanlık dallarında eğitim vermek zorunda değildir.)

İntörnler ve asistanlar, hastalardan ve hocalarından olduğu kadar, birbirlerinden ve daha kıdemli asistanlardan da öğrenirler. Birlikte çalışan intörn ve asistanların sayısı arttıkça, öğrenme fırsatları da artacaktır.

Bunun yanısıra, herhangi bir uzmanlık dalında öğrenme fırsatları sadece o uzmanlık dalındaki ekibin büyüklüğü ve kalitesiyle değil, aynı zamanda o uzmanlık dalıyla ilgili diğer tıbbi servislerin kalitesi, hastanede mevcut olan laboratuvar

imkanları ve tıp eğitimi ile ilgili diğer hizmet ve servislerle de alakalıdır.

Bizim önerimiz, ekibin, ilgili servislerin ve diğer hizmetlerin miktar ve kalite açılarından yeterliliğine karar vermeden, asistanlık eğitimine onay verilmemesidir. Eğer onay verilecek ise, bu, konu ile en yakından ilgili dahili veya cerrahi servise değil, kurum adına verilmelidir.

Bu önerinin anlamı şudur: bir uzmanlık eğitim programı tek başına değerlendirilip onaylanmamalıdır. Uzmanlık dalından doğrudan sorumlu dahili veya cerrahi servisin özellikleri elbette dikkate alınacaktır. Fakat, bunun yanı sıra ilgili laboratuvarlar ve servisler, hastanenin eğitim aktivitelerini nasıl planladığı ve yürüttüğü ve onaylanması düşünülen uzmanlık dalının hastanenin genel eğitim çabasına ne derece uygun olduğu gibi konular da dikkate alınmalıdır. Bütün bunların anlamı şudur: ihtisas programlarının kalitesinden tek başına bir servisin kalitesinden çok, hastanenin genel durumu sorumludur. Dolayısıyla, bir uzmanlık eğitimi konusundaki onay, hastanenin üzerinde durulan uzmanlık eğitim programlarına değil, hastaneye verilmelidir.

Bu tekliflerin kabul edilmesi, halen intörlük veya asistanlık eğitimi vermekte olan bazı küçük hastanelerin bu eğitimlerini devam ettiremeyecekleri anlamına gelecektir. Bazı küçük hastanelerdeki uzmanlık eğitim programlarının araştırma görevlileri o kadar azdır ki, bireysel ev doktorları, daha çok öğrencisi olan uzmanlık programlarında öğrenecekleriyle kıyaslandığında çok daha az öğrenmektedirler. Az miktarda öğrenciye asistanlık eğitimi veren hastaneler, ya sıradan bir eğitim vermekle yetinecekler, ya da bir eğitim hastanesi olma ayrıcalığı için çok uğraşmak zorunda kalacaklardır. Bütün bunlar göz önüne alındığında, küçük hastanelerin uzmanlık eğitimi vermeyi bırakıp personel ihtiyaçlarını da kalıcı personel

olarak kapatmaları, finansal olarak daha iyi bir çözüm olacaktır.

Bunun yanı sıra, bazı küçük hastaneler, bazı uzmanlık dallarında kaliteli eğitim verme imkanlarına sahip olabilirler. Böyle durumlarda, aynı ihtisas programını tam olarak veren, yakında bulunan başka büyük bir hastane tarafından verilen uzmanlık eğitiminin bir kısmı bu tip hastanelerde verilebilir.

Hasta Popülasyonu

Bir eğitim hastanesinin, hasta popülasyonunun büyüklük ve çeşitlilik açısından bir eğitim programını desteklemeye yetecek boyutta olması gereklidir. Bu temel ihtiyacın da ötesinde, bu hasta popülasyonunun ev doktorlarına kaydı konusunda da problemler vardır.

Ücretli veya güvenceli hasta sayılarındaki azalma, uzmanlık eğitiminin önünde önemli bir güçlük oluşturmaktadır. Bir hastaneye sigorta aracılığıyla veya ön ödeme planlarıyla başvuran hastaların büyük bölümü, bir konsültanın veya bir kıdemli ekip elemanının özel hastası olmaktadır. Eğer bu hastalar asistanlara bağlanmazlarsa, eğitim programı sıkıntıya girer. Hastaneler, bu problemle başa çıkabilmek için değişik yollar denemektedirler. Örneğin, hastaları bir ekip üyesine değil, servisin kendisine kaydetmek, üniversite veya hastane personelinin kendi aile fertlerini kullanmak, belirli bir coğrafi bölgede yaşayan herkese tıbbi hizmet sunmak, özel hastalara “Asistanım Dr. Jones sizden sorumlu olacak...” gibi açıklamalar yapmak veya benzeri metodlarla ücretli veya güvenceli hasta sayısını arttırmaya çalışmaktadırlar.

Biz, eğitim hastanelerine bu problemle açıkça yüzleşmelerini ve prospektif hastalarını uygulamalar hakkında bilgilendirmelerini öneriyoruz. Hastalar, bir eğitim hastanesinde verilen sağlık hizmetinin herhangi başka bir yerde

verilenden daha kötü olmadığını, aksine hastanede uzmanlık eğitimi alan doktorlarının tıbbi bakıma pozitif katkı sağladıklarını, konularında ehil olduklarını bilmelidirler. Üstelik bu doktorlar, çok daha tecrübeli kıdemlilere kolayca ulaşabilecek durumdadırlar. Kıdemliler genç doktorların sorumluluk almasını istemektedirler, fakat her ne zaman lazım olursa onlara yardım etmek ve sorunlarını çözmek için hazırdırlar. Hastanelerin eğitim amaçlarını elde edebilmeleri için, hastanedeki eğitici kadronun, eğitim amaçlı kullanılan hastalara en iyi sağlık hizmetini sunması gereklidir.

Hasta popülasyonu yeterli olduğu zaman bile, hastaların belli asistanlara kaydı, sorunların oluşmasına neden olur. İhtisas eğitiminin spesifikleşmesi ve araştırma görevlilerinin spesifik servislerde eğitim alması, o doktorun yeterli sayıda hasta görmüş olsa bile, yeterli çeşitlilikte hasta görememesine neden olur. Eğer bütün jinekolojik vakalar bir servise, bütün kolon ve rektumla ilgili vakalar başka bir servise giderse ve bu vakaların hiçbirisi genel cerrahideki bir araştırma görevlisine gelmezse, iyi bir eğitim verildiği söylenemez.

Bu problemlerin çözümü için, bir eğitim hastanesine gelen bütün hastalar eğitim amacıyla kullanılabilir.

Geleneksel olarak, ücretli bir hasta ile ücretsiz bir hasta arasındaki fark, birinin para vermesi, diğerinin ise vermemesidir. Günümüzde, gittikçe daha çok hastanın sigortalı olarak, ön ödemeyle veya bazı devlet programları ile hastaneye başvurmaları sayesinde, bu fark ortadan kalkmaktadır. Tıbbi olarak bakıldığında, kendi faturalarını kendi ödeyen hastalar, gittikçe artan sigortalı hastalar ve sayısı gittikçe azalan hayır kurumları aracılığıyla gelen hastalar, birbirinden ayırt edilememektedir ve zaten tıp eğitimi açısından bakıldığında da zaten bir fark olmamalıdır. Finans durumu ne olursa olsun, bir eğitim hastanesinde tedavi olmanın avantajlarını talep eden hastalar bilmelidirler ki, doktorlar eğitilmek zorundadır ve

kendilerine verilen eğitim için imkanlar ve ortam oluşturulmasının sosyal sorumluluğunu da kabul etmelidirler. Çalışmakta olan doktorlar da, bedava bakılan hastaların sayısının gittikçe azalmasına uyum göstermelidirler ve farkına varmalıdırlar ki, geleceğin doktorlarının eğitimi için ödeme yapan hastaların da kullanılması gerekmektedir.

Eğitici Hekim

Halen var olan uygulamalarla ilgili eleştirilerden birisi, tıp eğitiminin hem lisans, hem de uzmanlık eğitiminin üniversitelerin eğitim ortamında ve üniversitenin kontrolü altında yapılması gerektiği yönündedir. Bu eleştirinin üstün gelmesi pek olası değildir, çünkü tartışmanın zemininde dikkate alınması gerekenlerden biri de, bir üniversiteyle ilişkisi ne boyutta olursa olsun, eğitim hastaneleridir. İntörnlük asistanlık dönemi sadece basit bir usta-çırak ilişkisi değildir. Sadece kıdem öncesi tıbbi egzersiz, alıştırma dönemi de değildir. O, zor bir mesleğin uzmanlık eğitim dönemidir. Böyle bir uzmanlık eğitiminden sorumlu olacak doktorları seçmek için, herhangi başka bir mesleğin fakülte üyelerinin doğru seçilmesi için kullanılan kriterlerle temelde aynı olan kriterler kullanılmalıdır: bilimsel başarılar ve beceriler, başarılı deneyimler, eğitim verebilme yeteneği, kendi alanına yeni katkılarda bulunabilmiş olma ve eğitime zaman ve enerji harcama konusunda kesin kararlılık. Bunların hepsinin ölçümlerini yapmak kolay değildir ve her birinin göreceli önemi konusunda da tartışmalar vardır. Gerçekten doğru kişinin seçilmesi konusunda kolay karar verdirecek kurallar yoktur. Fakat bu kriterlerle mümkün olan en iyi kişiler seçilmeli ve bu seçim esnasında da eğitimle ilgili amaçlar açık seçik olarak akılda tutulmalıdır. Teknik beceriler bir hekime haklı olarak ün kazandırabilir veya hastalarının artmasını

sağlayabilir, fakat bu, onu asistanlara eğitimci olarak seçmek için yeterli değildir. Performans ve eğitim aynı şey değildir.

Üniversitenin Rolü

Bölüm 8

Yanlış anlamalara neden olmamak için, daha en başta belirtmeliyiz ki, lisans eğitimi, ne günümüzde, ne de yakın gelecekte, tamamen üniversite sorumluluğu altında gerçekleştirilemez ve gerçekleştirilmemelidir. Üniversite hastaneleri, ihtiyaç duyulan her türlü hastane hizmetlerini vermektense, uzmanlık eğitimi için de diğer hastanelerden daha iyi durumda değildirler. Gereken bütün uzmanlık eğitim programları için gerekli olan yere ve imkanlara da sahip değildirler. Genelde istenen sayıda ve çeşitlilikte hasta potansiyeline de sahip değildirler. Üniversite personeli olarak çalışan hekimlerin birçoğu, gelecek neslin eğitimlerinde bulunması gerektiği düşünülen ilgi alanları ve deneyimlerin de bir kısmına sahip değildirler. Bir üniversiteye bağlı olmayan eğitim hastanelerine ihtiyacın devam ettiği bilinmelidir. Fakat raporun bu bölümü, diğer kısımlardan farklı olarak, uzmanlık eğitiminde üniversitelerin ve üniversite tıp merkezlerinin özel sorumlulukları hakkındadır.

Tıp Eğitiminin Evrimi

Tıbbi bilgilerdeki gelişmeler, özgün problemlerin çözülmesine katkıda bulunmaktadır. Toplu olarak düşünecek olursak, yeni bilgiler, olayları daha derin olarak anlamamızı sağlamakta ve tıbbi yeni bir uygulama tarzına doğru götürmektedir.

Bugüne kadar tıbbi uygulamalar daha çok semptomla yönelik olageldiler. Tıp eğitimi de daha çok ampirik idi ve daha çok çare bulmaya, düzeltmeye öğrenmeye ve semptomları tedavi etmeye yönelikti.

Günümüzde, bazı hastalıkların mekanizmaları anlaşılmuştur ve bazı yaygın vücut işlevleri kontrol edilebilmekte ve istenen

yönde değiştirilebilmektedir. Semptomların bilinmesinden mekanizmaların bilinmesine doğru olan gelişme, doğrudan tıbbi uygulamalarda büyük değişmelere sebep olmuş, bu da tıp eğitiminin biyoloji, biyokimya ve organ ve sistemlerin normal ve patolojik işlevlerinin bilinmesine gereksinim oluşturmuştur.

Bundan sonraki büyük gelişme, mekanizmaların anlaşılmasından nedenlerin anlaşılmasına doğru olmuştur, fakat bu gelişme devam etmekle birlikte, tamamlanmaktan henüz çok uzaktır. Bazen mekanizmalar hakkında, sanki onlar sebepmiş gibi konuştuğumuz olmaktadır ve bazen, vücudun belirlenebilir bir hastalık ajanının istilasına uğraması gibi basit veya tek nedene bağlı hastalıklar durumunda, birincil neden anlaşılabilen ve bazı durumlarda bu neden kontrol altına alınabilmektedir.

Fakat aynı zamanda, sebebi bilinmeyen veya birçok nedene bağlı olabilen hastalıklar da vardır. Hücre büyümesi ve farklılaşmasının birçok bozuklukları, romatizmal hastalıklar, psikiyatrik hastalıklar buna örnek olarak verilebilir. Bu hastalıklarda semptomlar tanımlanmıştır, fakat semptomatik tedavi yetersiz kalmaktadır. Bazı işlev bozuklukları anlaşılmalıdır, fakat nedenler bilinmediği için kontrol altına alınamamaktadır. Bu hastalıkların kontrol edilebilmeleri, tedavi edilebilmeleri ve önlenilmeleri, altta yatan sebeplerin, ilişkili olduğu unsurların ve değişik belirtilerinin anlaşılması ile mümkün olacaktır.

Bu daha karmaşık ve kökten yaklaşım tarzında hastalığa neden olan faktörlerin tek başına herhangi bir disiplin tarafından bulunması neredeyse kesinlikle mümkün olmayacaktır. Faktörlerden bir kısmı esas olarak biyolojik kökenlidir, dolayısıyla bu araştırmalarda biyolojinin birçok dallarının da yer alması gerekecektir. Aynı olay biyokimya ve fizik için de geçerlidir. Aynı şekilde insanın yapısını, alışkanlıklarını, duygularını, hayallerini, ailesiyle, içinde yaşadığı toplumla ve

diğer insanlarla karşılıklı ilişkilerini inceleyen psikoloji, sosyoloji ve benzeri dalların da aynı şekilde bu araştırmalarda yer alması gerekecektir. Aynı şekilde insanların içinde geliştiği ve yaşadığı çevrenin coğrafi, iklimsel ve diğer özelliklerini inceleyen bilim dalları da işin içinde yer almalıdır. Böyle karmaşıklık içerisinde, birçok hastalığın bir değil, birden fazla sebebi olabilir. Neden, kimyasal, biyolojik, psikolojik, sosyolojik, çevresel ve gelişimsel değişkenlerin bir araya gelmesiyle oluşan bir yapı olabilir.

Bu tip çok değişkenli problemlerin tam olarak araştırılması, hiçbir hastane veya tıp fakültesinin yeterli deneyim, ilgi ve içerilen bütün unsurları inceleme kabiliyeti olmadığı da göz önüne alındığında, üniversitenin birçok bölümünün güçlerini birleştirmesiyle ancak mümkün olabilir. Üniversitenin diğer bölümleriyle ortak çalışma, ancak hastalıkların iç içe ve türlü türlü sebeplerinin daha iyi anlaşılmasıyla gerçekleştirilebilecek olan önleyici, tedavi edici ve onarıcı tekniklerin geliştirilmesi için de gereklidir.

Hem araştırmalar, hem de hasta bakımı için, hastaneler, matematiksel, mantıksal ve elektronik bir taban üzerine kurulmuş olan bilgisayarları kullanmaya başlamaktadırlar. Açık olarak söylemek gerekirse, tıbbi araştırmalar ve uygulamalar, artık, eskiden tıp fakülteleriyle ve hastanelerle hiç ilişkisi olmayan bazı disiplinlere kısmen bağımlı hale gelmektedirler.

Eğer kabiliyet açısından katkısı yeterli ise ve maddi imkanlar da yeterince iyi ise, bahsedilen alanlardan araştırmacılar ve teknisyenler destekleyici rollerde hastanelere getirilebilirler. Fakat bu şartların her ikisi de sağlanmamaktadır, ancak şartlar sağlansaydı bile, sonuçlar eşit şartlara sahip kişilerin ortaklığından daha az meyve verirdi. Çünkü, bir hastanedeki ikincil, yardımcı pozisyonundansa, bir üniversitede bulunulması halinde, araştırmacının başı konumunda olabilmek,

sürekli yeni fikirlerin uyarımına maruz kalmak ve en üst kalitede öğrenci yetiştirmek için gerekli fırsatlara sahip olmak söz konusu olacaktır.

Yenilikçi ve Öğretici Olarak Üniversiteler

Üniversite tıp merkezleri, tıp bilimi ve tıp eğitimi için çok önemli olan akademik standartların oluşturulması ve entellektüel ortam oluşturulması görevlerini yerine getirmektedir. Bu üniversiteler ve büyük araştırma merkezleri haline gelmiş olan diğer eğitim hastaneleri, tıp eğitimi ve uygulamalarındaki liderlik vazifelerini devam ettireceklerdir. Bu kurumlar başlıca üç şekilde diğer eğitim hastanelerine yardımcı olabilirler.

Bunlardan birincisi, yeni eğitimcilerin eğitimleridir. Üniversite tıp merkezleri, yetenekli genç doktorları asistan olarak bünyesinde toplamakta, bunların da çoğu daha sonra zamanlarının önemli bir kısmını eğitim vermeye ve araştırmaya harcayacakları diğer hastanelere gitmektedirler.

Üniversitelerin önemli bir diğer katkısı da, güncel bilgi akışı olmaktadır. Araştırma sonuçları genelde yayınlanmaktadır, fakat bir tıp merkezinin fırsatları ve zorunlulukları bununla yetinmeyip, ileri gelişmeler, klinik denemeler, yeni bilgilerin herhangi bir kalifiye doktorun pratik kullanımına girmesini sağlayacak tekniklerin geliştirilmesi gibi alanlara da girmesini gerektirmektedir. Üniversite tıp merkezlerinde tıbbi bilgilerin ve uygulamalarının en iyi uyarlayıcıları ve sentezleyicileri bulunmaktadır: bilim adamı-cerrahlar, biyokimyanın da profesörü olacak kadar donanımlı dahiliye profesörü, Ph.D.-M.D. araştırma görevlileri, temel bilimlerle de yüksek derecede başarılı hekimler. Yeni bilgilerin yeni becerilere ve uygulamalara dönüştürüleceği, deneneceği, yeni becerilerle ilgili bilgilerin sentezlenerek diğer hastanelerde

kullanılabilecek hale getirilerek diğer hekimlerin hizmetine sunulacağı yer, ancak zengin ve çeşitli klinik ve entellektüel kaynaklara sahip ve kendi içlerinde tıp sanatını ve bilimini kaynaştırmış kişileri barındıran üniversite tıp merkezleridir.

Üniversite tıp merkezlerinin diğer eğitim hastanelerine önemli üçüncü katkısı, önceki bahsedilen katkılarından farklı olarak, halen yerleşik bir katkı olmaktan çok, ilerisi için bir fırsat niteliği taşımasıdır.

Son zamanlarda eğitim için en değerli katkı, bilim çevrelerinin ve eğitimcilerin yeni ve oldukça gelişmiş, bütün eğitimciler tarafından kullanılması amaçlanan eğitim malzemeleri hazırlanması konusundaki organize çabaları olmuştur. Bu konudaki ilk hareketler, matematikçiler tarafından, konularındaki müfredat programının, birinci sınıftan üniversiteye kadar, son yarım yüzyıldır hiç değişmemiş olduğu düşüncesi sonrası başlamıştır. Matematik değişti ve bunun sonucunda mühendislerin, bilim adamlarının, sosyal bilimcilerin ve diğerlerinin matematiğe olan ihtiyaçları da değişti. Fakat halen eski bilgiler öğretiliyordu ve yeni basılan ders kitaplarını da eskilerinden ayırt etmek çok güçtü. Özel kurumların ve Ulusal Bilim Kurumu'nun da (National Science Foundation) rızalarıyla, birçok matematikçi grubu ve matematik eğitimcileri, lise düzeyinde matematik eğitiminin iyi planlanmış bir revizyonunu gerçekleştirmek için işe giriştiler. Sonuçta, ismi de, içeriği de, içerdiği fikirler de yeni olan, gerçek anlamda yeni ders kitapları, eğitimciler ve öğrenciler için ek çalışma kitapları, filmler ve eğitim vermeye ve öğrenmeye yardımcı olacak birçok araç-gereç üretildi.

Sıradan öğretmenlerin matematikteki yeni gelişmeler hakkında yeterince ve istendiği kadar deneyimli ve bilgi sahibi olmadıklarından şikayetçi olmaktansa, yeni matematik eğitimini geliştirenler gördüler ki, elde olan imkanlar bundan ibaret idi ve gençlere matematiği öğretmeye devam edecek

olanlar da yine bu öğretmenlerdi ve onlara kendilerini geliştirme konusunda yardımcı olmanın en iyi, en çabuk ve en kesin yolunun ellerine yapılabilecek edilebilecek en iyi eğitim araçlarını vermek olduğunu anladılar. Böylece “yeni matematik” oluştu.

Bu fikir öyle iyi idi ki, daha matematikçiler yolun sonuna varmadan bu yöntemler fiziğe, kimyaya, biyolojiye, daha sonra da yerbilime, coğrafyaya, sosyal çalışmalara, İngilizce’ye ve diğer alanlara yayıldı. Aynı şekilde fikir daha küçük sınıflara ve daha büyük sınıflara, üniversiteye ve yurtdışına da yayıldı.

Aynı fikir tıp eğitiminde neden denenemesin? Her yeni bir seviyeye veya yeni bir alana geçişte, eski eğitim malzemelerinin üretimine bir çizgi çekilmek zorunda kalmıştır. Sadece konunun uzmanları ile eğitimin uzmanları arasında yapılan yakın ve yoğun işbirliği aynı kalmıştır. Malzemelerin seçilmesi, organizasyon ve sunum metodu ve bütün diğer ayrıntılar her konu için ve her yaş grubu için tekrar ısmarlanmak zorunda kalmıştır. Tıp eğitiminde de aynı şeyler söz konusu olmuştur. Bunun için birçok emek ve en azından birkaç milyon dolar harcanmıştır. Fakat bu fikir üzerinde uğraşmaya değer.

Daha önceden bu tıp eğitim malzemelerinin geliştirilmesinde tecrübe sahibi olan fakültelerin de yardımıyla, üniversite tıp merkezleri, ileri tıp eğitimi metodları ve gelişmiş eğitim malzemeleri üretme çalışmalarında doğal merkezler olabilirler. Eğer çalışmaları başarılı olursa, daha sonra uzmanlık eğitim programını geliştirmek isteyen diğer hastanelerin de faydalanması sağlanabilir.

Değişik hastanelerde koşulların ve uzmanlık eğitimi alanların özelliklerinin farklı olduğu ve ekonomik imkanlar ve verim ile ilgili hesaplamaların, pahalı ve zaman alıcı işlerin önüne çıktığı göz önüne alındığında, başlangıçta, ilk gelişmeler, çalışmalar, fikirlerin ve eğitim malzemelerinin gözden geçirilmesi ve

düzeltilmesi aşamalarında üniversite tıp merkezleri ve diğer eğitim hastaneleri birliklerinin yer alması mantıklı gözükmektedir.

Üniversite ve eğitim hastanelerinin kadroları, uzmanlık eğitim ile ilgili problemler üzerinde yoğun bir şekilde çalışma imkanlarını araştırmalı ve, böyle bir gelişmenin yapılabilir olduğu kanaatine vardıklarında, tıp eğitiminde genel kullanıma uygun eğitim malzemelerinin geliştirilmesi için organize olmalıdırlar.

Hastane Ağları

Kısmen toplu hareket etmenin sonucu olarak, kısmen de tıbbi düşünce ve adetlerdeki evrim sonucunda, hastanelerin daha iç içe ağlar şeklinde organize olacakları söylenebilir. Her hastane ağının kalbinde bir üniversite tıp merkezi olacaktır. Ayrıca her ağ içerisinde tıp merkezine bağlı (tıp öğrencilerinin bir servisinde çalıştıkları veya eğitimlerinin bir kısmını aldıkları) hastaneler ve bazıları eğitim veren, bazıları da vermeyen hastaneler olacaktır. Bu tıp ağların, hastaların tedavisi ve tıp eğitimindeki gelişmelerin yaygınlaşması açılarından haberleşmeyi ve işbirliğini kolaylaştırıcı etkisi olacaktır.

Bu ağların büyüklüğü, yapısı, ağı oluşturan hastaneler arasındaki ilişkinin niteliği şüphesiz aynı olmayacaktır. Özel düzenlemeler nasıl olursa olsun, hastane hizmetlerine olan ihtiyaç, konsültasyon ihtiyacı, her hastanenin elde etmesi çok pahalı olması nedeniyle mümkün olmayan cihazlara sahip olabilmeme fırsatı, yüksek miktarlarda ayrıntılı bilgi depolama ve bu bilgilere ne zaman ihtiyaç olursa ulaşabilme imkanı sunan yüksek kapasiteli, yüksek hızlı bilgisayarları kullanabilme imkanı, ihtisas eğitimi için daha çeşitli imkanlara sahip olabilmeme fırsatları gibi birçok mantıklı sebep, üniversite tıp

merkezleri, diğer eğitim hastaneleri ve eğitim vermeyen hastaneler arasında kurulacak sıkı ilişkileri desteklemektedir. Hem hastaneler, hem de hastalar açısından bakıldığında, toplu uygulamalar yapacak bir hastaneler grubunun oluşturulmasının yararları büyüktür.

Sağlık Bakımı

Hastalık oluştuğu zaman, onu tedavi etmekle uğraşmanın sağladığı faydalardan hoşnut olmayan birçok hekim, daha tatmin edici ve daha yaygın, herkese ulaşabilen bir sağlık hizmetinin hayalini kurmaktadır. Onların amacı hastalığı önlemek ve herkesin elde edilebilecek optimum sağlık durumuna kavuşmasını sağlamaktır. Sağlık önlemleri, aşılama, halk sağlığı tedbirleri, beslenme bilgilendirmesi ve egzersiz programları, bu yönde atılmış adımlardır. Fakat atılması gereken başka adımlar da vardır.

Tıp, semptomları tedavi etme yönteminden, hastalığın mekanizmalarını anlama ve hastalığın seyrini kontrol edebilmeye doğru kat edilen yolda, biyoloji ve biyokimya ile ortaklaşa çalışmaktan büyük kazanç elde etmiştir. Tıp, bu bilim dallarına “Bize yardımcı olmak için ne yapabilirsiniz?” sorusunu sormuş ve muhteşem bir cevap almıştır.

Başarılı bir sağlık koruma sistemini geliştirmek için, tıbbın diğer disiplinlere “Bize yardımcı olabilmek için ne yapabilirsiniz?” sorusunu sorması gereklidir. Bir toplumu mümkün olan en iyi sağlık durumunda tutabilmek için, tarım, beslenme, mühendislik, mimari, çevre bilimleri, sosyoloji, psikoloji, ekonomi, eğitim ve belki daha başka disiplinlerle de işbirliği yapmak gerekecektir. Henüz sorulardan bir kısmı formüle edilemediği için, kimsenin neler gerekeceği konusunda kehanette bulunması mümkün değildir. Fakat insanların

sağlıklı olma durumlarını korumak istiyorsak, onları hasta edebilecek her şeyle uğraşmamız gerekecektir.

Multidisipliner yapıda bir araştırma gerekecektir. Sadece diğer disiplinlerin metodlarıyla cevaplanabilecek, sağlıkla alakalı veya tıbbi sorular olacaktır. Basit fakat genelde gözden kaçan bir örnek verecek olursak, doktorun verdiği eğitimle ilgili hastanın yaptığı yorumlar, kastedilenden çok farklı olabilir. Hekim, kendisiyle hastanın adetlerinin, alışkanlıklarının, değerlerinin ve hatta ortak kullandıkları kelimelere yükledikleri anlamların ne kadar farklı olduklarının farkına varmayabilir. Etiketlerdeki yazıların nasıl yorumlandığına dair yapılan bir araştırma, dikkat çekici bir sonuca ulaştı: hastaların hatırı sayılır bir kısmı, antidot kelimesinin, ilacın kullanmadan önce bir preparatla karıştırılması gerekli olduğu anlamına geldiğini düşünmekteydi. Dil ile tıbbın yapacağı işbirliğinden de verimli sonuçlar elde edilebilir.

Üniversite ortamı, tıbbın hastalıklardan korunma ile ilgili geniş bir program için gerekli kavramları ve teknikleri oluşturmak için ihtiyacı olan bütün entellektüel yardımcılarını bir arada bulabileceği tek ortamdır.

Bugün, diğer disiplinlere ait olup, tıpla sadece uzaktan alakalı olan bazı malzemeler, ileride standart tıp eğitiminin ayrılmaz parçaları haline gelebilirler. Tıbbın diğer disiplinlerden neler öğrenebileceğini anlamaya çalıştığı ve onların, “Bize yardımcı olabilmek için ne yapabilirsiniz?” sorusuna verdikleri cevabı aldığı, keşfetme döneminde, üniversite ortamının coğrafik yakınlığı sağlayıcı özelliği ve adetleri, sağlığın korunması ile ilgili işbirliğinin oluşturulmasında çok faydalı fırsatlar oluşturacaktır.

Diğer Alanlara Katkılar

Tıp bilimi ve sanatı, üniversitenin diğer disiplinleriyle yaptığı işbirliğinden mutlaka fayda görecektir, fakat bu avantajlar tek yönlü değildir. Öğretme ve temel araştırma, ancak pratik problemlerle temas ile hayati değer ve önem kazanır. Biyoloji bilimi, tıp ve tarım için yapılan araştırmalardan faydalanmıştır. Fizik mühendislikten, dil bilimi de askerlikteki gelişmiş dil öğretme teknikleri ihtiyacından istifade etmiştir.

Tıp ile diğer disiplinler arasındaki karşılıklı etkileşim, karşılıklı bazı bilgilerin veya tekniklerin aktarılmasından çok ötedir. Bakış açıları, analiz metodları ve düşünceler de, hatta bazen etkileşim sırasında geliştirilerek, karşılıklı aktarılmıştır. İletişim teorisi, homeostasis kavramı, Sigmund Freud'un fikirleri, özenli deneysel tasarım metodları gibi örnekler, ki bu verdiğimiz örnekler birbirinden çok farklı alanlardandır, bir alandaki fikirlerin başka alanlara ne kadar derinden nüfuz ettiğini ve bu alanları ne kadar etkilediğini göstermektedir.

İnsanlık tarafından oluşturulan kurumlar içerisinde, üniversite, sürekli entellektüel alışverişi en fazla besleyen kurumdur. Pennsylvania Üniversitesi rektörü David Goddard, 61. Yıllık Tıp Eğitimi Kongresi'nde katılımcılara bir üniversitenin bir tıp fakültesine sahip olduğu zaman daha canlandırıcı bir entellektüel ortama sahip olduğunu söylemiştir. Bunun tersi de doğrudur: bir tıp fakültesi, ancak büyük bir üniversitenin parçası olduğu zaman canlandırıcı bir entellektüel ortam olabilir.

Ulusal Hedefler

Bugün ABD'nin bilim, teknoloji, endüstriyel organizasyon, idare becerileri ve servet düzeyi, ana ulusal hedeflerini seçme ve bu hedeflerine ulaşmak için hep birlikte uğraşma ve sonuçta da başarı beklentisine izin verecek kadar ilerlemiştir. Barış

zamanında yapılan en büyük ve pahalı proje, bir insanı aya göndererek dünyaya sağlam bir şekilde dönmesini sağlamaktı. Kanser kemoterapi programı ve Boston-Washington arasında yolcu taşınması düşünülen yüksek hızlı kara taşıma sistemi de, büyük ve pahalı ulusal programların diğer iki örneğidir.

Bu programların anlamlılığı zaman zaman tartışılmıştır. Her programı savunanlar ve eleştirenler vardır. Gelecekteki ulusal programlar da elbette tartışılacaktır. Fakat insan, araştırmacıdır. Yapabileceğini düşündüğü her şeyi yapmaya çalışır. ABD’de yaşayan zengin, endüstrileşmiş, bilimsel ve teknolojik açıdan yeterli insan, dünyayı kendi düşünceleri doğrultusunda nasıl şekillendirebileceğini düşünmeye başlamaktadır: denizlerdeki ve denizin altındaki zenginlikleri kullanmak, hava durumunu yeterince kontrol edebilmek, dünya için çok daha verimli bir beslenme sistemi planlamak, toplumun büyüme hızını kontrol altında tutmak, sağlığın korunması için gelişmiş bir sistem oluşturmak, görevini yapamayan organları onarmak, değiştirmek veya yerine yenisini koymak, hava, su ve kara kirliliğini önlemek, afetleri büyük şehirlerden uzak tutmak ve belki de, biyokimyasal yolla genetik oynamalar yaparak entellektüel kabiliyetleri artırmak.

Bu umutlardan bir kısmı, belki de iyimserliğin de ötesindedir. Bazıları da belki sakıncalıdır. Hepsi de çok masraflıdır. Bunlardan herhangi birisine girişmeden önce, maliyet, alternatif metodlar, muhtemel sonuçlar, etkileşimler ve muhtemel tehlikeler ve yan etkiler üzerinde çalışmak gereklidir. Daha sonra bu ayrıntılı çalışmaların sonuçları, alınması gereken birçok ekonomik, mühendislik, sosyal ve politik kararlar için sağlam bir temel oluşturması için sentezlenmelidir.

Bu problemlerden hiçbiri tamamen tıbbi olmamakla birlikte, her birinin tıbbi yanları vardır. Tıbbi düşünce yapısı bu işlere

katkıda bulunabilir veya bu problemlerle ilgili olarak verilecek kararların tıbbi düşünce ve uygulamalara katkısı olabilir.

Yukarıdaki problemlerden hiçbiri sadece mühendislik, bilimsel veya ekonomik problem değildir. Her bir problem, birçok disiplinin katkılarını gerektirmektedir. Araştırmalar, sistem analizleri, fizibilite çalışmaları, sosyal, ekonomik, yasal ve etik sonuçların tahmini için gerekli olan multidisipliner çalışmalar, devlet kurumlarında yürütülebilir. Belki de bu iş, özellikle bu amaca yönelik olarak kurulmuş devlet kurumları tarafından da yürütülebilir. Belki de üniversiteler, bu işten sorumlu konuma getirilebilir. Öncelikli sorumlulukların olduğu her ortamda endüstri, üniversiteler ve devlet, ağırlıklı olarak bulunacaktır.

Büyük ölçüde multidisipliner karakter taşıyan bu tip planlı, entegre çalışmalar, bugünün geleneksel üniversite yapısına ters düşmektedir. Bazı açılardan da, üniversiteler, her biri kendisinin seçtiği amacın peşinde koşan ve kendi seçtiği problemler üzerinde çalışan bilim adamlarından oluşan bir komite kavramı konusunda da çelişki içerisindedirler. Fakat üniversiteler, geleceğin üniversitesine pek yabancı değildir; çünkü üniversitelerin yeterli entellektüel kaynakları vardır ve böyle büyük problemler üzerinde daha etkin olarak çalışacak geleceğin bilim adamları, ancak ve ancak üniversitelerde eğitilebilir.

Bu tip büyük problemlerin çözümü için imkanlarının büyük bölümünü kullanacak olan üniversiteler, eskisinden çok daha fazla olarak, elektronik uzmanlarıyla çalışan hekimler, ekonomistlerle çakılan mühendisler, hakimlerle çalışan sosyologlar ve bunun gibi geleneksel disiplinlerin ikisini, üçünü bir arada çalışırken bulacaklardır. Bir tek disiplinden ziyade, bir problem için organize olmuş enstitüler, bölümlerarası seminerler ve komiteler, iki veya daha fazla bölümde eş zamanlı hizmet veren öğretim üyeleri gibi çok çeşitli organizasyon araçları kullanılacaktır.

Üniversite ortamındaki coğrafi yakınlık ve üniversite ortamının bir nevi alışkanlığı haline gelmiş entellektüel işbirliği, tıp ile diğer alakalı disiplinler ve uzmanlıklar arasında etkin bağlar kurulmasını sağlayacaktır. Etkin işbirliğinin sağlanması ve masraflı ve belki de felaketselere yol açabilecek hataların önlenmesi için, bölümler arasında sıkı bağların kurulması gereklidir.

Üniversite Tıp Merkezi ve Uzmanlık Eğitimi

Bu ve benzeri nedenlerden dolayı üniversite hastanesi diğer hastanelere model olabilir. Bu bölümde daha önceden de önerildiği üzere, diğer hastanelere onların eğitim programlarına yardım etmek şeklinde ve en iyi eğitim görüşleri sunmak, eğitim işlemleri ve materyalleri geliştirmek gibi nedenlerden dolayı doğrudan yardımcı olabilir.

Önümüzdeki bulutlu gelecekte görebildiğimiz kadarıyla daha yakın birlikte çalışma gerekliliği çok daha acil bir şekilde hissedilmektedir. Tıpta ve diğer alanlarda bilgi, büyümeye ve genişlemeye devam edecektir. Bilgideki büyüme, daha ileri uzmanlaşma demektir. Daha ileriye doğru olan uzmanlaşma daha fazla parçalanma, bu da herhangi bir daldaki uzmanın başka bir daldaki uzmana daha fazla bağımlılığı demektir. Bölünme ve karşılıklı bağımlılık arttıkça, birçok uzmanlık alanları arasında işbirliği yapma ve iletişim kurma ve geliştirmek için ilave araçlara gereksinim artmaktadır. Bütün bunlar şunu ortaya koymaktadır: yeterli bir tıp fakültesi veya üniversite kurmak, hastane personeli oluşturmak, tedavi birimleri oluşturmak için gereken asgari kişi sayısı gittikçe artmaktadır.

Daha kuvvetli araç-gereç maliyeti artmakta ve gittikçe karmaşıklaşan tıbbi bakım, daha büyük grupları meydana getirmek için ikinci bir ek kaynak gerektirmektedir. Birkaç kişi

için çok pahalı olan araç-gereç, daha büyük gruplar için ekonomik olabilir. Küçük bir hastanede lüzumsuz olabilecek bilgisayarlı bilgi ağı sistemi daha büyük bir yerde iş etkinliğini çok arttırabilir. Bir kısım ileri uzmanlık etkinlikleri çok pahalı olabilir veya sadece belli alanda çok ender bir şekilde gerekli olabilmektedir.

Bu türden tehlikelerin gelecekte daha açık ve daha kuvvetli olacağı aşikardır: hastanelerin bölgesel gruplaşmaları; tıp merkezlerinin üniversitenin diğer birimleriyle işbirliği yapmaları; üniversite tıp merkezinin bir çok disiplinin, uzmanlık alanının, bir çok bilgi çeşidinin kaynağını meydana getiren çalışma ağının merkezini oluşturması ve aynı merkezde veya başka hastanede hasta yatağında yatarken hastanın yararına olacak şekilde bu etkinlikleri yapabilme yeteneklerinin geliştirilmesi bu merkezlerin önemini daha da arttıracaktır. Bu yaklaşımlar, daha da büyüyerek devam edecektir öyle ki, bir çok uzmanın problemleri çözmek için, benzer problemlerin doğmalarına ve daha fazla uzmanlaşmaya ve bölünmeye neden olacak şekilde, birbirleriyle çalışmalarını gerektirecektir.

Ortaya çıkacak olan daha fazla sayıda olay, üniversite ile tıp merkezlerinin daha yakın çalışmalarını gerektirecektir ve günümüzde de durum böyledir. Bilimdeki daha ileri gelişmeler, günümüzde tam anlamıyla anlaşılammış olan hastalıkların doğası, bunların nedenleri ve klinik seyirleri arasındaki ilişkileri daha iyi anlayabilmemizi sağlayacaktır. Tıp bakımı ve uygulamasındaki artan derecedeki karmaşa, günümüzde en üst düzeyde olan tıbbi bakım, farklı araştırma alanları ve araştırma bursları arasındaki ilişkilerin daha da derinleşerek devam etmesi ve büyük programlar üzerinde çalışmak için işbirliği yapma gereği ve bütün bunların hepsi, istisnasız şekilde, tıp eğitimi ile üniversitenin daha yakın çalışmasını gerektirecektir.

Uzmanlık Eğitiminin Denetlenmesi

Bölüm 9

Tarih veya fizik gibi bilimin bazı alanlarında çalışanlar, kendi standartlarını ve kendi derneklerine üye kabul kriterlerini belirleyebilme ayrıcalığını yaşarlar. Üyelerin kararları genellikle adayların aldığı burslara ve bilimsel üretkenliklerine dayanmaktadır ve bu üyeler, standartları belirlerler ve yeni üye kabulünü kontrol ederler. Dışarıdan müdahaleler veya yasal düzenlemeler genellikle gerekmez veya uygun görülmez.

Bir meslek grubuna üye olmak veya mesleği yürütmek koşulları o kadar keyfi değildir. Çünkü sundukları hizmet sağlığı, finans dünyasını veya halkın refahını etkilediğinden toplum belli standartları ve kontrolleri gerekli kılmaktadır. Standartlar toplumu ve mesleği korumak için bizzat meslek tarafından oluşturulur. Genellikle yeni bir üyenin mesleğe kabulü kararından itibaren hükümet etkileri meslek dünyasını kontrol eder. Böylece hükümete bağlı kurumlar vasıtasıyla, toplum adalet, tıp ve belli başka alanlarda kimlerin mesleğe kabul edileceğine karar vermeye yarayan lisans ve sertifikasyon prosedürlerini belirler.

Tıp alanında ise, standartlar ve düzenlemeler çok ve çeşitlidir, farklı safhalarda etkindir ve farklı otoriteler tarafından yürütülmektedir.

Tıp fakültesine kabul tıp fakültesinin kontrolindedir.

Tıp mesleğini uygulamaya kabul, her bir ülkenin insiyatifindedir. Ülkeler arasında var olagelen denklik anlaşmaları ve herhangi bir ülkenin kendi uyguladığı sınava (A.B.D'deki) National Board sınavının denkliğinin gittikçe yaygınlaşan kabulü gibi uygulamalar, bu ülkelerin otoritesini veya sorumluluğunu azaltmaz.

İntörn programının onaylanması İntörn Denetim Komitesinin yardımıyla Amerikan Tıp Birliği - Tıp Eğitimi Konseyi'nin (American Medical Association's Council on Medical Education) sorumluluğundadır.

Asistanlık programının kabulünü, Tıp Eğitimi Konseyi (Council on Medical Education), uygun uzmanlık kurulu ve bazı durumlarda bir kolej veya uygun uzmanlık topluluğu tarafından atanan asistanlık denetim komitesi değerlendirir.

İntörnlüğe veya asistanlığa kabul, hastanenin ilgili bölümleri veya çalışanlarının da yetkisindedir. Uzmanlık diploması tahsisi veya sertifikasyonu ilgili uzmanlık dalı uzmanlarının oluşturduğu kurul tarafından düzenlenir.

Hastanede görev yapacaklara veya hastane olanaklarından istifade edeceklere hastane mütevelli heyeti karar verir. Bu heyetin kararı genellikle söz konusu tabibin board (kurul) sertifikasyonu kriterlerine göre seçilebilirliğine bağlıdır.

Dolayısıyla bu sorumluluk, önce tıp fakültesinden hastanelere, oradan (A.B.D'de) eyaletlere, oradan Amerikan (Ulusal) Tıp Birliği'ne, oradan uzmanlık seçiciler kuruluna (board), oradan ilgili tıp kuruluşlarına, oradan hastaneye ve oradan da tekrar ilgili uzmanlık dalı seçiciler kuruluna (board) geri devredilir durur. Bu yönetsel yapı bileşenleri özel ihtiyaçları karşılamak üzere farklı zamanlarda geliştirilmişlerdir. Her birinin bu çatıda yapısal özelliği vardır. Öyle ki, böylesine yaygın ve karmaşık bir sistemi herhangi birinin tekrar ta başından yeniden kurgulaması pek olası gibi görünmemektedir. Bazı yönlerde değişmesi olası kesin sınırlamaları telkin eden bir uygulama gelişmiştir. Tamamen yeni bir sistem başlatmak olanaksız gibi görünmektedir.

Gereksiz karmaşıklık değişime karşı bir engeldir ve toplum tıpdaki karmaşık yapıyla çelişir şekilde büyümektedir. Bunun

nedeni, çoğunlukla bu karmaşık yapının oldukça dirençli ve değişmeye gereksiniminin olmasıdır.

Bundan da öte, karmaşıklık daha ileriye bölünmüşlikle birleşince uzun zaman içinde kazanılmış olan birikimler değişime karşı bir engel oluşturmaktadır. Belli bir alanda başarı kazanmış görece birbirine benzer, küçük ve görece homojen doktor grubu, o uzmanlık dalındaki intörlük ve asistanlık kabul şartlarını ve sertifikasyon kriterlerini belirleme konusunda başı çeker. Böylesi birikime dayanan sistem metodları, standartları ve başarıları ebedileştirmeye çalışır, aynı zamanda sistemin kısıtlılıklarını da sürdürmeye çalışır, ki sistemin önderleri de aynı şartlarda eğitimlerini almışlardır ve değişimi daha zorlaştırır oysa devamlı yeni bilgilerin katılımı olan bir bilim dalında değişim kaçınılmazdır.

Bütün sistemin çalışması ve başarısı, tıp eğitim konseyinin ve çok sayıdaki tıp eğiticisinin üzerindedir - ki bunlar herhangi birimizin tahmin edebileceği üzere, birbiriyle çakışan görevlendirmeler ve eşzamanlı olan sorumlulukları da başarmak üzere, resmi tanımlamaların da üzerinde bir iş yükünü de yerine getirmek durumundadırlar. Aynı zamanda tıp fakültelerine bağlı okullarda görev yapmakta olan bu kişiler, intörlük ve asistanlık gözlem komitelerinde ve özel dal sertifikasyon programlarının yürütülmesinde görev almaktadırlar. İntörlük ve asistanlık eğitimi verilen ilgili hastanelerde fakülte öğretim üyeleri bazen eğitim görevlerine ek olarak hastane hizmetleriyle ilgili birimlerde de görev yapmak durumunda olabilirler. Bu resmi yazılı olarak belirlenmemiş iş ağının gerektirdiği koordinasyondaki karmaşıklık, belli bir uzmanlık dalındaki eğitim ve sertifikasyonun çeşitli düzeylerinde görevli uzmanlar grubu içinde, çeşitli uzmanlık dalları arasındakinden daha fazla kendini belli eder.

Sürekli Yenileme Gereği

Yeni öğrenilen bilgiler, yeni tıbbi olanaklar ve olasılıklar, yeni sosyal talepler öyle bir hızda gelmektedir ki, bu durum tıpta uzmanlık eğitimini sürekli gözden geçirme ve geliştirme çabalarını gerektirmektedir.

Devamlı yenilenme gereksinimi olan yerde sorumluluğu taşıyan ve otoriteyi temsil eden nitelikli bir merci olmalıdır. Tıp eğitim konseyi bu merci olmaya en yakın kurum gibi görünmektedir, fakat her biri bütünün bir parçası olan diğer bir çok kuruluşla sorumluluğu paylaşmaktadır. Bunların tıpta uzmanlık eğitimini geliştirme çabaları kısmen başarılıdır ve takdire şayandır, fakat çok parçalara ayrılmışlardır ve bu nedenle tam bir başarı elde edebilmeleri zordur. Gerekli olan şudur: şimdi var olan tıp eğitim konseyinden daha geniş otoriteye sahip bir merkezi yapı olmalıdır. Bu yapı, tüm tıpta uzmanlık eğitiminden sorumlu olmalı, kendini oluşturan kurumların, adeta eklemleşme yapacak şekilde, birbirleriyle daha iyi bağlanmalarını sağlamalı ve daha bir bütüncül planlamayı sağlayacak yeterli bilgi, prestij ve otoriteye sahip olmalıdır.

Böyle bir merkezi yapı oluşturma önerisi halen uzmanlık eğitiminde belli bir oranda sorumluluğu olan organizasyonlar ve kurumların bir çoğunun bağımsızlığını tehdit etmektedir. Bu yorum doğrudur; çünkü yapılan bu teklifin amacı daha etkin ve esnek hareket edebilen bir yapının oluşturulmasını başarabilmek için mevcut bir miktar yapının bağımsızlığını azaltmaktır.

Amerikan sisteminin gelenekleri şunu gerektirir: önerdiğimiz merkezi yapı, tıp meslek camiası tarafından gönüllü olarak gerçekleştirilmelidir. Yeniden gözden geçirme, koordinasyon ve eğitim programlarının geliştirilmesi işlevleri resmi yönetsel değil, mesleki sorumluluktur.

Tıp mesleği, primer sorumluluğa haiz olmalıdır, fakat nerede ve nasıl, tıbbın resmi yapısı içerisinde, bu yeni yapıyı inşa etmek tıp camiasından yüksek mevkide devlet adamlığının da, bürokratların da olmasını gerektirir. Tıp içerisinde geniş alana yayılmış güven ve desteğin olmasını gerektirir. Kamu oyu, toplumsal çıkarların teminat altına alındığı güvenini hissetmelidir. Özel bir uzmanlık dalına veya özel bir tıp bölümünden ziyade, genel olarak tıba karşı bu yeni oluşum sorumluluk taşınmalıdır. Yenilikçi ve cesaretli olabilmek için yeterli bağımsızlığa ve etkin olabilmek için yeterli otoriteye sahip olmalıdır.

Amerikan Tıp Birliği'nin Tıp Eğitim Konseyi (The Council of Medical Education of the American Medical Association) bu kriterleri karşılamak konusunda diğer varolan bütün tıp kuruluşlarından daha ileridedir. Fakat biz, tıp eğitim konseyinin halen mevcut sorumluluklarına ek olarak söz konusu bu yükleri de kaldırıp kaldıramayacağını sorgulamalıyız.

Hastaneler, ister tek tek, ister hep beraber, eğitim yöntemleri ve standartlarının belirlenmesi için yegane sorumluluk taşıyıcı merkezleri oluşturmak konusunda tamamen uygun birimler değildir. Bunların birincil amaçları eğitim değildir.

Her bir üniversite ve tıp okulu, bir zamanlar kontrolü sağlayıcı makul kuruluşlar gibi görünmüş olabilirler. Fakat bu sorumluluğu üstlenmeyi kabul etmemişlerdir ve şimdide kabul edecek olmaları veya başka ilgililerin onlara bu otoriteyi yüklemeyi istedikleri yönünde çok az kanıt vardır.

Coggeshall raporunda bu amaçla önerilen kurum, Amerikan Tıp Fakülteleri Birliği'dir (The Association of American Medical colleges). Tıpta uzmanlık eğitimini ilgi alanına dahil etmekle pek çok avantajları olmasına rağmen, bütün sorumluluğun bu birliğe atfedilmesinin diğer kurumlar

tarafından kabulü şüphelidir veya böylesi bir düzenleme ilgili taraflara meşru kazanımlar verebilmelidir.

Belli bir tıp alanındaki etkinliklere katılım veya üyelik konusunda kısıtlamalar getiren uzmanlık kurulları ve tıbbi topluluklar, bu kısıtlamanın sonucu olarak, uzmanlık eğitiminin bütün sorumluluğunu taşımaya tam anlamıyla elverişli olamamaktadırlar.

Kısaca, tam anlamıyla uygun bir kurum yok gibidir.

Bu nedenle biz, tıpta uzmanlık eğitiminde özellikli planlama, koordinasyon yapma ve standartları periyodik olarak gözden geçirme ve eğitimin sunulacağı kurumların gözden geçirilmesi ve geliştirilmesi gibi işlemleri gerçekleştirecek, tamamen yeni oluşturulacak bir tıpta uzmanlık eğitimi komisyonu teklif etmekteyiz.

Tıpta Uzmanlık Eğitimi Komisyonu (Commission on Graduate Medical Education) oluşturulurken üzerinde düşünülmesi gereken üç ana sorun bulunmaktadır: komisyonun oluşturulması, üyelerin nitelikleri ve bunların seçimi.

Komisyonun etkin bir çalışma büyüklüğü kazandırmak için, her yıl iki yeni üye atanmak üzere beş yıllık dönemler için, on üye önermekteyiz. Yeni üyelerin ve yeni fikirlerin kazandırılabilmesini garanti edebilmek için, beş tam yıl üyelik etmiş olan bir kişinin, bunu izleyen iki yıl daha atanmasının uygun olmayacağını düşünmekteyiz. İlk üyelere bazılarının tam bir dönemden daha kısa bir süre için atanmaları gerekli olabilir ve daha sonraları zaman zaman bazı üyeler ölebilir veya istifa edebilirler. Geçici bir süre için atanması yapılmış olan bir üyenin, böyle bir durumda, tam bir dönem için ani olarak yeniden atanmasının uygun olacağını düşünmekteyiz.

Komisyon, farklı alanlardan seçilmiş üyelerden oluşmalıdır. Hem tıp eğitiminde, hem de tıp hizmetinin sunulmasında

deneyimin temsil edilmesi gerekmektedir. Tabiplerin büyük bir olasılıkla çoğunluğu oluşturacağı gerçeğine rağmen, tıba temel oluşturan bilimlerden de tıp eğitimcileri hizmet sunmak üzere bulunacaklardır. Bazı üyeler, tıp dışı alandan gelmelidir. Tıp, topluma yönelik bir meslektir, çok yakın bir şekilde yüksek eğitimle ilişkilidir, özel filantropiye ve destek için toplumsal yardım fonlarına bağlıdır ve hizmet verdiği toplumla pek çok yönden bağlantılıdır. Eğer komisyonda, tıptan daha geniş bir görüş noktasından uzmanlık eğitiminin problemlerini görebilecek birkaç üye her zaman bulundurulursa, tıp camiası bundan yarar görür.

Görüşlerin ve önderliğin yürütülmesi için, komisyonun oluşumu sürecinde özgürce davranılması gereği en önemli noktadır. Bütün üyeler\ tıp eğitimi alanında, geniş ifadeyle, tıpla ilgili bilim alanlarında ve halkla ilişkilerde güzide kişiler olmalıdırlar. Üyelerin hepsinin, bir veya daha çok tıpla ilgili alanda seçkin oldukları kanıtlanmış olmalıdır. En az iki üye tıp dışı fakat tıpla ilgili temel bilimlerden olmalıdır.

Bu üyeleri kim seçmelidir? Bu gerçekten bir sorundur. Tıp organizasyonlarının sayısı her birinin bir temsilci seçip göndermesi için çok fazladır. Temsil edilecek olan hastane çeşidi, özel dal ve uç bilim dalı için on üye çok fazla değildir. Aritmetik olarak bir zorluk olmamasına karşın, bir çok organizasyon arasından seçim için sorumluluğu bölüşmek ilke olarak yanlış olabilir. Komisyon, özel ilgi alanlarının bir federasyonu olmamalıdır. Üyeler belli bir özel ilgi alanının sözcüsü olarak kendilerini görmemelidirler veya başkaları tarafından böyle algılanmamalıdırlar. Biz bir federasyon değil, üyelerinin tıp lisans eğitimini en iyi şekilde sağlamayı amaçlamış yüksek bir birliktelik ve bölünmemişliği temsil eden bir kurul oluşturulmasını teklif etmekteyiz.

Bu çapta bir kurulu oluşturabilmenin en iyi yolu olarak, tüm üyelerin Tıp Eğitimi Konseyi (Council on Medical Education)

tarafından tayin edilmesi gerektiğine karar vermiş bulunmaktayız.

Tıp Eğitimi Konseyini bu sorumluluk için önermekteyiz, çünkü bu konsey, uzmanlık eğitiminin sorunlarını en iyi bilmek konusunda diğer tıp meslek organizasyonlarından daha başarılıdır ve tıp eğitiminin geliştirilmesinde daha fazla katkıları vardır.

Tıp Eğitim Konseyi, bir atama mercii olmalıdır, fakat kimin atanacağı konusunda bu konseyin yardımı gereksinimi olacaktır. Seçim alanını genişletmek ve komisyon üyeleri arasında denge sağlamak için atanacak üyelerin tanınabilmesi için diğer tıp organizasyonlarının konseye yardım etmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Tıp alanındaki pek çok organizasyonlar arasında Amerikan Tıp Okulları Birliği'nin (Association of American Medical Colleges) seçkin bir rolü vardır: tıp eğitimi, bu kuruluşun asıl ilgi alanıdır. Bu kuruluşun tüm dikkati tıp lisans eğitiminden çok tıp okullarına yönelmiş olmasına karşın, tıp eğitimi sürekli ve lisans ve uzmanlık safhaları birbirine daha yakın bir şekilde bağlanmıştır. Bu yüzden, komisyondaki on kurucu üyenin ve ileride bunların ardılarından, üçünün, yine tavsiye edilenler listesinden seçerek, Tıp Eğitim Konseyi tarafından atanması gerektiğini düşünmekteyiz. Bu tavsiye listesi Amerikan Tıp Okulları Birliği tarafından oluşturulacak ve seçilecek aday sayısının en az iki katı kadar aday sayısını içerecektir.

Tıp, bir çok organizasyon içermektedir. Toplumun geri kalan kesiminde, federal hükümet dışında, tek bir temsil edici organizasyon yoktur. Federal hükümet de bu komisyon üyelerinin teklif edilmesinde tek başına uygun kaynak değildir.

Toplumun refahını, bilimsel araştırma yapmak ve bilimsel hizmet sunmak konusunda en yüksek gelenekleri temsil eden

bir bütün olması nedeniyle, komisyon üyelerinin önerilmesi içinde biz Ulusal Bilim Akademisini (National Academy of Sciences) kaynak olarak teklif etmekteyiz. Ulusal Bilim Akademisinin sunacağı listeden, Tıp Eğitimi Konseyi'nin ilk üyeleri ve bunlardan sonra gelecek halef üyelerin ikisini belirlemesini önermekteyiz. Her liste, atanacak üye sayısının iki katı kadar isim içermelidir.

Tıp Eğitimi Konseyi, Amerikan Tıp Okulları Birliği ve Ulusal Bilim Akademisi'ne ek olarak, diğer organizasyonlar da komisyon üyelerinin seçiminde etkin olabilmelidirler. Bu yüzden bizim görüşümüze göre, Tıp Eğitimi Konseyi, Amerikan Tıp Okulları Birliği ve Ulusal Bilim Akademisi diğer kurumlardan kendilerine tavsiye edilen kişilerin niteliklerini etraflıca değerlendirmek durumundadır ve Tıp Eğitimi Konseyi ile Amerikan Tıp Okulları Birliği tıp lisans eğitimindeki sorunlarla ilgilenen diğer kurumlardan danışmanlık almak konusunda inisiyatif kullanılmalıdır. Bu birincil üç yapıdan – Tıp Eğitim Konseyi, Amerikan Tıp Okulları Birliği ve Ulusal Bilim Akademisi- ve kendilerinden danışmanlık istenen organizasyonların her biri, genel olarak uzmanlık eğitiminin geniş çıkarlarına hizmet edeceklerini düşündükleri kişilerin adlarını belirtmelidirler. Dar, kısıtlı alandan temsilcilerin adlarını vermemelidirler. Gerçekte komisyon üyelerinin her birinin kendi isimlerinin nereden önerildiğini bilmeyeceklerini veya bilseler bile, bir veya birden çok yerden tavsiye edilmiş olmalarını hiç önemsemeyeceklerini düşünmekteyiz.

Belirtilmesi gereken iki önemli sorumluluk bulunmaktadır. Ulusal Bilim Akademisi tıp dışı alandan üyeleri teklif etmek konusunda özel sorumluluğa sahiptir. Söz konusu bu üç primer kurumdan her biri veya kendilerinden danışmanlık istenen kurumlardan her birinin, ilgili bilim alanlarından birinden veya tıbbın oldukça dışından bir alandan adayları belirlemesi mükemmelen uygun olacaktır. Fakat ulusal bilim

akademisi'nin bu isimleri belirlemede özel bir sorumluluğu olacaktır.

Tıp Eğitimi Komisyonu'nun, komisyon üye sayısının ve üyeler arasındaki dengenin sağlanmasında özel bir sorumluluğu vardır. Aynı tıp alanından gelen, ülkenin aynı yerinde yaşayan, aynı görüşteki veya bazı konularda birbirine çok benzeyen üye adayları kabul görmeyecekler, bunlar arasından seçim yapılacaktır.

Özetle komisyonun, hepsinin Tıp Eğitimi Konseyi tarafından tayin edilmiş olacak on üyeden oluşmasını önermekteyiz; bunlardan üçü Amerikan Tıp Birliği'nin belirleyeceği altı veya daha çok isim içeren listeden olacak; ikisi Ulusal Bilim Akademisi tarafından belirlenecek dört veya daha çok isim içeren listeden seçilecek; diğer beş kişi Tıp Eğitim Konseyi tarafından kaynağına herhangi bir kısıtlılık getirilmeyecek şekilde belirlenecektir; adayların seçileceği isim listelerinin hazırlanmasında kendilerine danışılan tıp lisans eğitimi ile ilgili kuruluşlar belirlenecektir; daha sonraki yıllarda ilk üyelerin yerine seçilecek olan halefler ilk üyelerin seçildiği şekilde daha önceden belirlendiği gibi önerilerle belirlenen isim listelerinden seçileceklerdir. En az iki üyenin tıp dışı alanlarda herhangi bir zamanda hizmet etmiş olan adaylardan seçilmiş olmasını öneriyoruz; öyle ki, tüm üyeler belli bir özel alanın temsilcileri olmaktan ziyade tıp eğitiminin sözcüsü olarak görev almalıdırlar ve bütün üyeler, tıp eğitiminde veya bununla ilgili alanlarda, yüksek eğitimde veya halkla ilişkilerde herkesçe kabul görmüş seçkin hizmetleri bulunması esasına göre seçilmiş olmalıdırlar.

Uzmanlık Eğitimi Komisyonunun Sorumlulukları

Yeni komisyonun sorumluluklarının bazıları tıp eğitimi konseyininkilerden nakledilir, böylece bu konseyin mevcut yükü azaltılmış olur. Diğer organizasyonlarla işbirliği halindeki tıp eğitim konseyinin halen sürdürdüğü sorumlulukların artışı veya yenilerinin mevcut olanlara eklenmesi de olacaktır.

Komisyon, asistan eğitimi için gerekli standartları oluşturur ve yıllık olarak yayımlar. Asistanlık programlarının belirlediği standartların yerine getirilmesine dair yürütme sorumluluklarını bu komisyon taşımayacaktır. Gerçekte bu komisyonun sorumluluğu, standartları ve politikaları belirlemektir, aksi halde asistanlık denetleme komitelerinin atanma işleri ve her bir hastanenin eğitim programlarının gözden geçirilmesi gibi iş yükü altında bu komisyon ezilebilir. Bu nedenle, bizim teklifimiz, Tıp Eğitimi Konseyi'nin eğitim hastanelerini inceleyen ve araştıran personeli sağlamaya devam etmesi, asistan denetleme komitelerinin atanmaları işlerinin devam etmesi ve Tıp Eğitimi Konseyi'nin asistan eğitimi için onaylanan kurumların listesini yıllık olarak yayımlamasıdır. Bu listede hangi asistanlık alanı için hangi kurumun belirlenmiş olduğu yazılacaktır. Tıp Eğitimi Konseyi ile Tıpta Uzmanlık Eğitimi Komisyonu arasındaki yakın koordinasyon, her konuda gereklidir. Böylece sorumluluğun planlanmış bir şekilde paylaşılmasının etkili olacağına inanmaktayız.

Tıpta Uzmanlık Eğitimi Komisyonu, yıllık olarak her bir asistanlık denetleme komitesinden aktivite ve sorunlar hakkında gözlemlerini ve önerileri alacaktır. Standartları ve işlemleri ilgilendiren başvuruları alacak ve değerlendirecektir. Koşullar gerektirirse, asistan eğitimi denetim komitelerinin birleşik toplantısını düzenleyecek veya ortak sorunları çalışan özel grupları oluşturacaktır.

Komisyon, uzmanlık kurullarının eğitim yükünün koordinasyonunu koordine etmekte, yıllık olarak gözden

geçirme ve tavsiye raporlarını kabul ederek yardımcı olacaktır. Yine koşullar gerektirirse, uzmanlık kurullarının karşılıklı olarak ilgilendiren konularda birleşik toplantılarını düzenleyecek veya bu amaçla özel grupları tayin edecektir.

Her bir gruba ait özel amaçlara yönelik sorunları değerlendirmek üzere, her ne zaman ihtiyaç olursa, geçici danışmanlar tayin etmek hususunda komisyon serbesttir ve toplantılar için başka bir uygun grup kurma veya herhangi bir uzmanlık dalına ait kuruldan temsilciler isteme veya kendisinden temsilci istenmesi konusunda özgürdür.

Tıpta uzmanlık eğitimi konusunda komisyon, genel bir kurul olarak hizmet verir. Asistan eğitim komitelerinin sadece yıllık yapılacak işler ve etkinlikler konusunda değil, komiteler arasındaki ilişkiler ve uzmanlık ve lisans eğitimleri arasındaki ilişkileri ve zamanın ve şartların değişmesiyle birlikte değişen uzmanlık eğitimindeki değişiklikleri araştırmak durumundadır. Bu komisyon, tıpta uzmanlık eğitimi geliştirmek için zaman zaman, vakıf yardımlarıyla desteklenerek, özel amaçlardaki çalışmaların sponsorluğunu yapacaktır.

Önerilen sistemle mevcut olan arasındaki önemli farklar şunlar olacaktır:

Lisans eğitiminin bütün işlerini idare etmek sorumluluğu ki, şu anda bu yapılmamaktadır, Tıpta Uzmanlık Eğitimi Komisyonu gibi yeni bir organizasyon gerektirmektedir.

Bu yeni komisyon, tıpta uzmanlık danışma kurulu ve uzmanlık kurulları liyezon komitesinin eğitim sorumluluklarını ve Tıp Eğitimi Konseyi'nin bazı sorumluluklarını üstlenecektir.

İntörnlik Denetim Komitesi kaldırılacaktır.

Asistanlık denetim komiteleri - yazılı standartlar dahilinde-uzmanlık eğitiminin birinci yılı ve diğer yıllarındaki eğitim yıllarını kapsayan eğitim programlarını değerlendireceklerdir.

Tıpta Uzmanlık Eğitimi Komisyonu, uzmanlık eğitiminin bütüncül değerlendirmesini, eleştirisini yapmak ve gözden geçirmek konularında Tıp Eğitimi Konseyi'nin yaptığından daha etkin bir idari güce sahip olacaktır.

Tıpta Uzmanlık Eğitimi Komisyonu'nun kurulması halen var olan Tıpta Uzmanlık Danışma Kurulu'nun (Advisory Board for Medical Specialties) etkinliklerinde bazı değişikliklere yol açacaktır. Bu kurul, tıptaki on dokuz uzmanlık dalına ait kurulların her birinden ikişer temsilci ve Amerikan Tıp Okulları Birliği (Association of American Medical Colleges), Ülke Kurulları Federasyonu (Federation of State boards), Amerikan Hastaneler Birliği (American Hospital Association) ve Tıpta Ölçme Ulusal Kurulu'ndan (National Board of Medical Examiners) her birinden ikişer temsilci üyeliğiyle oluşan bir federasyondur. Yeni bir uzmanlık kurulunun açılıp açılmamasında karar verirken önemli bir etkisi bulunmasına karşın, bu kurulun hali hazırda çalışmakta olan uzmanlık kurulları ve asistanlık denetim komitelerinin politikaları üzerinde az bir kontrol etkisi vardır. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Komisyonu'nun etki alanı dışına düşen karşılıklı çıkarları ilgilendiren sorunların değerlendirilmesinde, gelecekte Tıpta Uzmanlık Danışma Kurulu'nun değiştirilmesi, devam ettirilmesi veya tamamen ortadan kaldırılması uzmanlık kurulları için bir sorundur.

Asistanlık Denetim Komiteleri (Residency Review Committees)

Asistanlık programlarını denetleme ve hangilerinin onaylanacağına karar verme görevi iki görüş açısından değerlendirilmelidir. Standartlar, deneyim ve eğitici uygulayıcıların özel ilgi alanları ve çalıştıkları alanlarla ilgili uzmanlık bilgileri ağırlıklı temsil edilmelidir. Cerrahide iyi eğitimi neyin oluşturduğunu bilenler doğal olarak cerrahlardır.

Fakat, cerrahi veya diğer uzmanlık dalları yalnız başlarına kendi ayakları üzerinde duramazlar; bu dallar yalnızca tıbbın birer parçasıdır. Genel olarak tıbbın görüş açısı temsil edilmelidir.

İşte bu yüzden, her bir asistanlık denetleme komitesinin ilgilendiği özel dal dışından birkaç üye içermesini öneriyoruz.

Bu özel dalın dışından komitede yer alacak üyelerin, yine tıbbın diğer alanlarındaki asistanlık eğitiminde sorumluluk taşıyan kişilerden seçilmeleri uygun olacaktır. Komitelerin çalışma alanlarındaki deneyimler göstermektedir ki, bu dışarıdan dahil edilen kişiler, bağlı oldukları komitelerin yönetimini üzerlerine alamazlar. Eğer buna yönelik çalışmaya başlarsa, çoğunluğu oluşturan komitenin ilgilendiği özel dal üyeleri tarafından seçilmeyeceklerdir. Fakat dahil oldukları asistan denetleme komitesine daha geniş bir deneyim ve karar verme becerisi katacaklardır. Konuları, bu kişilere kendi işlerini yaparlarken ve diğer hastane servislerine ve sorumluluklarına uyum sağlarken asistanları gözlemleme fırsatı verecektir. Komite üyeleri, denetlemesi yapılan özel bir uzmanlık dalının geleneklerinin savucuları olmayacaklar, bunun yerine genel tıp eğitiminin özel bir programını geniş açıdan inceleyeceklerdir.

Beklenen Yararlar

Tıpta Uzmanlık Eğitim Komisyonu'nun ortaya koyacağı spesifik değişimlerin sağlayacağı bütün ilerlemeleri ne sıralamak mümkün olabilir ne de ilerlemelerin çabucak olacağını bekleyebiliriz. Bu raporun önerilerini ilgilendiren kararlardan önce ortaya çıkacak tartışma ve anlaşmazlıklar biraz daha devam edecektir ve eğer önerildiği üzere Tıpta Uzmanlık Eğitim Komisyonu kurulursa, bu komisyon tam

olarak etkinliğe ulaştırılmaya kadar biraz daha zaman geçecektir.

Etkin bir yapıya kavuştuğunda, bu komisyonun yararlılığının sadece resmi sorumluluklarının uygulanmasından kaynaklanmayıp, bu alandaki önderliğinin de bir sonucu olmasını bekleyebiliriz.

Tıpta uzmanlık eğitiminin sorunlarından bir kısmı – daha önceki bölümlerde tartışılmış olan bazıları da dahil– deneme yapmayı ve sonuçların dikkatlice rapor edilmesini gerektirir, böylece başarılar ve başarısızlıklar daha geniş kitlelerce bilinebilir. Yeni komisyon, uygun çalışmaları teşvik edip cesaretlendirebilir.

Diğer durumlarda, bilinen ve ileride ortaya çıkacak olan sorunları ele alırken tecrübe ile değil koordinasyon, karar alma ve anlaşmaya varma yoluyla değerlendirmek gerekmektedir.

Örnek verecek olursak, çeşitli uzmanlık kurulları arasında sertifikasyon gerekliliklerinin birbirleriyle karşılaştırılabilir ve karşılaştırılamaz olanları vardır. Örneğin, muhtemelen en sık karşılaşılan problem cerrahi eğitim gereklilikleri konusunda genel cerrahi, kadın doğum ve üroloji bölümleri arasında yaşanmaktadır.

Bu üç cerrahi daldaki operatörler, meslektaşları tarafından aynı ameliyatların bazılarını yapabilecek yetkinliği kazanmaları konusunda hemfikirdirler, ancak cerrahi eğitim süresi kadın doğumda on sekiz ay iken genel cerrahide bu süre dört yıldır.

Tıpta Uzmanlık Eğitim Komisyonu, asistanlık programlarını ve sertifikasyon gerekliliklerini, uyumsuzlukları inceleyerek ve sorumlu komiteleri oluşturarak, söz konusu uyumsuzlukları en aza indirerek veya dengeleyerek yararlı bir hizmet sunabilecektir.

Komisyonun halletmesi gereken diğer bir problem de çeşitli uzmanlık dalları arasında doktorların dağılımını yapmakla ilgilidir.

Tıpta uzmanlığın popülaritesi arttıkça, uzmanlık dalları arasındaki görece popülarite üstünlüğüne dayalı rekabet de artmaktadır. Her yıl ne kadar yeni uzman çıkmışsa ilgili uzmanlık dalına o kadar yeni asistan başlatarak yapılacak bir karşılaştırmayla ileride gerekecek değişiklikler görülebilecektir. Genel pratisyenlik gittikçe daralırken, yaklaşık olarak tüm uzmanlık dalları tabana yayılmaktadır. Fakat bu yayılım hızı, esasen değişkenlik göstermektedir ve farklar bir kısım problemlerin ortaya çıkışına yol açmaktadır. Bütün pratik uygulama yapan doktorlar düşünüldüğünde, ileride şimdikininki iki katı kadar cerrah, psikiyatrist ve patoloj gereksinimi olacak mı? Pediatri ve dahiliye uzmanlarının sayısındaki görece az artış ileride yeterli olacak mı? Uzmanlık dalları arasındaki mevcut dağılım yeterli ise, güncel trendlerin ileride ortaya ne gibi dağılım getireceği hakkında bir delil var mıdır? Veya günümüz trendleri ileride şimdikinden daha iyi bir uzmanlık dağılımı sağlayabilecek mi?

Uzmanlık dalları arasındaki değişmekte olan dağılım ve bunların arasındaki en iyi dengenin sağlanması periyodik bir gözden geçirmeyi gerektirmektedir. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Komisyonu, gerekli çalışmaları başlatacaktır ve hastane temsilcilerine ve uzmanlık kurullarına bunların arasında nasıl bir anlaşma sağlanacağı konusunda gerekli danışmanlığı verecektir.

Özellikli problemlerin diğer örnekleri sıralanabilir, fakat uzun vadede bu yeni komisyonun en önemli katkısı günümüzde halen bilinmekte olan bazı spesifik problemlerin çözümünde yatmamaktadır. Tıpta uzmanlık eğitimine şimdikinden daha kaliteli makul bir liderlik ve koordinasyon hizmeti sunulduktan sonra, bu katkı ortaya çıkacaktır. Böyle bir liderlik, karmaşık

organizasyonların ve kurumların hepsinde görülen güncel ve gelecekte olabilecek değişik durumlara uyum sağlama yeteneğini büyük ölçüde kuvvetlendirecektir.

İnancımız odur ki, teklif edilen Tıpta Uzmanlık Eğitimi Komisyonu, üzerinde çalışılan mevcut problemleri değerlendirmek konusunda gerekli istek, gayret ve yardımlaşma düşüncesine sahip olacaktır; daha önceki bölümlerde bahsedilen teklifleri uygulamak konusunda başı çeken bir rol oynayacaktır; tıp mesleğinin, günümüzde olduğundan daha hızlı ve yapıcı bir şekilde, değişen taleplere ve fırsatlara uyum sağlamasını temin edecektir.

Tıpta uzmanlık eğitimi, öyle bir organizasyon gerektirmektedir ki, kuytuda kalmış köşe bucakları aydınlatsın, çatlakları ortaya çıkarsın, yani ciddiyetle ele alınması gereken problemleri ele alsın ve gelişmeleri istenen düzeye çıkarsın ve daha ileride ortaya çıkacak diğer gelişmeleri tanıtsın. Eğer Tıpta Uzmanlık Eğitimi Komisyonu, bizim inandığımız kadar etkin bir şekilde bütün uzmanlık eğitimi adına sorumlu bir kurul gibi hizmet yapabilirse, şu anda yaptığımız gibi bir tartışmaya uzun bir müddet gerek olmayacaktır.

WILLARD RAPORU

I. ÖNSÖZ

Bu rapor, aile hekimliği yapmaya hazırlanan hekimlerin karşılaşacağı problemleri ve önemli noktaları irdelemek için hazırlanmıştır. Çözülmesi gereken problemler ürkütücü boyuttadır. İrdelenecek konular ise çok temel konulardır.

Bu komite, tıbbın, bireyin sağlıkla ilgili kaygı ve problemlerini giderebilecek şekilde çok yönlü eğitilmiş yeni bir uzmanlık alanına, aile hekimliğine, ihtiyaç duyduğuna inanmaktadır. Eğer toplum, gelecekte Amerikan tıbbından azami şekilde yararlanacaksa, bu şekilde eğitilmiş çok sayıda hekimin yetiştirilmesi şarttır.

Bu konuda başarılı olmak için, tıp eğitiminin ciddi şekilde yeniden ele alınması ve sağlık mesleği uygulamalarında tavır değişikliği gerekmektedir. Çok yönlü ve koordineli bir yaklaşım gerekmektedir.

Ana mesele, Amerikan toplumuna hizmet edecek yeterli sayıda aile hekimi yetiştirmektir ve bu, kolayca bitirilecek bir iş değildir. Bu sistemin, toplumun sağlık hizmetleri üzerindeki etkilerini görmek için on yıl veya daha fazla bir süre ulusal bir gayretle sistemi uygulamak gerekmektedir .

Güçlü finansal kaynaklar ile desteklenen cesur girişimler ve sürekli motivasyon başarı için şarttır. Komite, böyle bir yaklaşımın gerekliliğine ve bir an önce başlatılmasının ulusal bir ihtiyaç olduğuna inanmaktadır.

II GİRİŞ

Komitenin Görevleri

Aile hekimliği eğitim için Ad Hoc komitesi, Eylül 1964 tarihinde AMA yeterlilik kurulu onayı ile Amerikan Tıp Birliği Tıp Eğitimi Konseyi tarafından şu görevlerle görevlendirilmiştir:

1. Aile Hekimliği ve/veya genel pratisyenliğin geleceği ile ilgili AMA'nın politikasını gözden geçirmek ve bu politikanın hedeflerine ulaşılp ulaşılmadığını saptamak.
2. Bu hedeflere ulaşılamamışsa hedeflere ulaşmak için bir eğitim yaklaşımı önermek.
3. Bu hedeflere ulaşmak için politika saptamak ve önermek.

Komite, araştırmalarını her hangi bir sınırlama olmadan serbestçe yapabileceğini anlamıştır ve böyle de yapmıştır. Ancak, yeterlilik kurulu tarafından verilen görev, kısmen Tıpta Uzmanlık Eğitimi ile ilgili Citizens Komisyonunu Raporu ile kısmen çakışmaktadır.¹ Bu nedenle bu özel komite (Ad Hoc Committee) komitelerle irtibata geçmiştir ve iki grubun önerilerinin birbiri ile tutarlı ve birbirini destekleyici mahiyette olduğuna dikkat çekmektedir.

Komite, ayrıca, 1962 yılında Ulusal Sağlık Kurulu (National Health Council) tarafından kurulan, Toplum Halk Sağlık Hizmetleri Ulusal Komisyonu'nun (National Commission on Community Health Services) (NCCHS) faaliyetleri ve bu yılın ilk aylarında Amerikan Halk Sağlığı Birliği'nin (American Public Health Association) *Sağlık bir Toplum Meselesidir*² başlıklı faaliyet raporundan da haberdardı. NCCHS'nin faaliyetleri, oluşturulan altı görev grubunun çalışmasından

oluşuyordu. Her görev grubu, birbirinden bağımsız olarak bir rapor hazırlıyordu. Bu gruplardan birisi Kapsamlı Bireysel Sağlık Hizmetleri Komisyonu (Task Force on Comprehensive Personal Health Service) idi ve “Kapsamlı Bireysel Sağlık Hizmetleri, Amerikan Toplumuna bir Meydan Okuma” başlıklı bir rapordu.³ NCCHS raporunun bir bölümü Özel Çalışma Grubu’nun raporlarından çıkarılarak hazırlanan “Kapsamlı Bireysel Sağlık Hizmetleri” konusunu işlemektedir ve “Kişisel Doktorun Değişen Rolü” konusu ile ilgili geniş bir bölümü kapsamaktadır. NCCHS raporunun bu bölümünün önerileri ve Ad Hoc Committee’nin raporu, düşünce ve ayrıntılarda birbirine çok benzemektedir.

Her ne kadar bu raporlarda ve diğer grupların görüşlerinin ifadesinde bir benzerlik olsa da, Ad Hoc Committee, çalışmalarını ve müzakerelerini ayrı ve bağımsız olarak, kendi sonuçlarına ve önerilerine ulaşmıştır.

Komitenin Oluşturulma Nedeni

Amerikan Tıp Konseyi Delegeler Meclisi’nin (AMA-American Medical Association- House of Delegates) önceki faaliyetleri aile hekimliği uygulamasının optimum sağlık hizmetlerinin sağlanmasındaki önemini doğrulamıştır. Meclis, Amerika Birleşik Devletleri’nde aile hekimlerinin sayısı ve yüzdesinin azalmakta olduğunu ve bu trendi geri çevirmek için pozitif faaliyetler gerektiğine inanmaktadır. 1957 yılında Aile Hekimliği Uygulaması Hazırlık Komitesi (Committee on Preperation for Family Practice) oluşturuldu ve 1959 yılında, aile hekimliği ihtisas programları oluşturulmasını öngören bir rapor⁴ yayımladı. Ne bu rapor ve önerilen eğitim programları, ne de çoğu ihtisas eğitimi alanındaki diğer faaliyetler, bu güne kadar, henüz, olumlu sonuç vermedi. Şu andaki komite, problemleri yeniden değerlendirmek ve sebeplerini araştırmak,

aile hekimlerinin sayısını artırmaya yönelik çözümler sunmak için tekrar görevlendirildi.

Komitenin Oluşturulma İşlemi

Bu komitenin oluşturulmasına 1964 Eylül ayında karar verilmiş ve 1964 yılı Kasım ayı ile 1966 yılı Ağustos ayı arasında 13 defa toplanmıştır. Alınan kararlar ile ilgili raporlar 1965 yılı Haziran ve Kasım ayları ile 1966 yılı Haziran ayında Tıp Eğitimi Kuruluna (Council on Medical Education) sunulmuştur.

Komite, toplantılar sırasında farklı uzmanlık alanlarından veya tıpla ilgili alanlardan 24 uzmanın görüşüne başvurmuştur. (Ek 1'de baş vurulan uzmanların listesi verilmiştir). İlk birkaç toplantıdan sonra komitenin ön fikirleri komite başkanı tarafından taslak olarak bir araya getirilmiştir. Bu taslak, her toplantıda yapılan değişiklik ve ilavelerle komite ile birlikte onların tutumlarını saptamak için toplantılara katılan uzmana sunulmuştur. Tıbbın farklı ihtisas alanlarından görüşlerine başvuru uzmanlar, uzmanlık derneklerinin temsilcileri, başlıca meslek birliklerinin temsilcileri ve üniversite profesörlerinden oluşmaktadır.

Komite üyelerine aile hekimliği ile ilgili, üyelerin dikkatine yazılan önemli makalelerin birer nüshasını da içeren çok fazla miktarda doküman sağlanmıştır. Ayrıca, komitenin çalışmasına ilgi duyan bir çok insanla da çok sayıda mektuplaşma sağlanmıştır.

1966 yılı ilk baharında Ad Hoc Komitesi temsilcileri ve Mezuniyet Sonrası Tıp Eğitimi Birliği Komisyonu temsilcileri arasında özel bir irtibat toplantısı yapılmıştır.

Genel Düşünceler

Aile hekimliği konusunda yönelimlerin tespiti için kullanılabilir az miktarda geçerli veri vardır. Her ne kadar, genel pratisyenlerin sayısı ile ilgili bazı veriler varsa da, bu veriler aile hekimleri sayısının düşme eğiliminde olduğunu kanıtlayan veriler olarak kabul edilmektedir. Genel pratisyenlik ve aile hekimliğinin aynı olması gerekmediği gibi, genel pratisyenlerin sayısındaki azalmanın aile hekimliği ile ilgilenen hekimlerin sayısındaki azalmayı göstermesi de gerekmemektedir.

1931 yılında AMA'nın yıllığında kendilerini genel pratisyen olarak sınıflayan 112 000 hekim vardı. Bu sayı 1960 yılında 75 bine ve 1965 yılında ise 66 bine düşmüştür.

Weiskotten çalışmalarındaki⁵ verilere göre, "sadece" genel pratisyenlik yapan genç hekimlerin (genel pratisyenliğe başlayıp genel pratisyenlikte kalanlar) sayısı, % 15-25 oranında, nispeten sabit kalmıştır. Buna rağmen, geçen yıllarda bir çok hekim, genel pratisyen olarak mesleğine başlamış, daha sonra çalışma alanlarını özel bir dala sınırlandırarak uzmanlaşmışlardır. Modern eğilim, intörlük ve asistanlık döneminde de uzmanlık yapılacak klinikte çalışarak uzmanlık eğitimine direk olarak başlama şeklindedir. Birinci grup genel pratisyenler sınıfında tasnif edilirken, modern grup ise uzmanlar sınıfında tasnif edilmektedir. Fakat, her iki grupta da bir çok hekim şüphesiz aile hekimliği de yapmaktadır. Bu yüzden genel pratisyenlerin sayısındaki azalma aile hekimleri sayısında azalma anlamını taşımamalıdır.

Geçmişteki eğitimlerine bakılmaksızın, uzman olmalarına rağmen aile hekimliği yapan hekimlerin sayısı konusunda doğru veri yoktur. Bu sayı, oldukça fazla olabilir. Kendilerini genel pratisyen kategorisinde gören ve AMA kayıtlarında da böyle kaydedilen hekimler, aile hekimlerinin sayısının olduğundan az görülmesine neden olmaktadır. Amerikan Hekimler Birliği'nin kayıtlarına göre üyelerinin yaklaşık %75'i

hastalarının bir çoğuna aile hekimliği hizmeti vermektedir. İlave olarak, Hekimler Birliği Bülteninde yayınlanan bir baş makalede şöyle denmektedir: “Halen tarif edildiği şekilde, Birlik, Amerikan İç Hastalıkları Uzmanlığı Birliği sertifikası alan birinin, yetişkinler için aile hekimliği yapmaya en uygun eğitimi almış hekim olduğuna inanmaktadır”.⁶

Bu bilgiler, sayısı bilinen genel pratisyenlerin sayısının azalmasının aile hekimliği yapan doktorların sayısında azalma olduğu şeklinde yorumlanmaması gerektiğini göstermektedir. Bu bilgiler, gerçekte hiçbir hekimin özellikle aile hekimi olarak kariyer yapmak için eğitilmediğini göstermektedir. Birçok hekimin, diğer uzmanlık dallarında eğitilmiş olmalarına rağmen gerçekte aile hekimi gibi çalıştığı veya kendi sahasına ilave olarak aile hekimliği yaptığı göz önüne alındığında, bunun toplumun ihtiyaçları doğrultusunda böyle yapıldığını ve bu şekilde bir hekimlik uygulamasının bir ihtiyaç olduğunu kabul etmek gerekmektedir. Bu görünen talep ve ihtiyaca rağmen, halen kabul edilmiş olan ihtisas programları tıp fakültesi mezunlarını daha fazla cezbetmektedir. Fakat, Ad Hoc komitesi tarafından bilinen şu andaki kabul edilmiş olan ihtisas programlarından hiç biri, aile hekimi eğitimi için temel şartları ihtiva etmemektedir.

Amerikan insanı, bugün aile hekimine ihtiyaç duymakta mıdır ve aile hekimi istemektedir şeklinde bir soru sıklıkla sorulmaktadır. Bu soruyu soranların çoğu aile hekimleri ile eski zamanların at arabasıyla dolaşan genel pratisyenlerini aynı kefeye koymaktadır. Ad Hoc Komitesi'nin bu çağa dönmeyi destekleyeceği düşünülemez.

Komite, modern tıbbın ve sağlık sisteminin karmaşıklığını da göz önüne alarak, aile hekimliğinde ayrıntılı kişisel sağlık hizmeti vermek için eğitilen yeni bir uzmanlık alanına ihtiyaç olduğuna inanmaktadır. Komite, bu raporun II. kısmında belirtildiği şekilde, Amerikan toplumunun iyi eğitilmiş aile

hekimleri istediğine ve ihtiyaç duyduğuna inanmaktadır ve insanlar, Amerikan tıbbından faydalanacaksa, çok sayıda aile hekiminin yetiştirilmesi zorunludur.

Komitenin fikirleri birkaç temele dayanmaktadır:

- Daha önce de belirtilen dolaylı kanıt, bir çok uzmanın, her ne kadar aile hekimliği yapmaya yönelik eğitim almamış olsalar dahi, hastaları tarafından aile hekimliği yapmak üzere çağırılmakta olduklarını göstermektedir.
- Bir çok doktor, hastalarının kendilerine bir aile hekimi tavsiye etmesi şeklinde istekleri olduğunu, fakat önerecek aile hekimi tanımadıklarını ifade etmektedir.
- Amerikan Genel Pratisyenler Akademisi⁷ (American Academy of General Practice) tarafından yapılan araştırmalar birçok insanın, kendilerinin bir aile hekimi olmasını istediğini göstermektedir.
- Ulusal Halk Sağlığı Hizmetleri Komisyonu'nun oluşturduğu Bireysel Sağlık Hizmetleri Görev Komisyonu'nun bulguları.³
- Tıpta Uzmanlık Eğitimi Komisyonunun öngörülleri ve aldığı kararlar.¹
- AMA Yerleştirme Servisi'nin (AMA's Placement Service) verilerinin toplumda aile hekimi için çok fazla talep olduğunu göstermesi.
- Tıp mesleği ile ilgisi olan veya olmayan bir çok insanlarla yapılan kişisel görüşmelerden elde edilen sonuçlar.

Halen çalışan hekimlerin ne kadarının aile hekimi olması gerektiğini veya gereken toplam hekim sayısını belirlemek şu an için mümkün değildir. Hekim-nüfus çalışmaları, Birleşik Devletler'de hekim sayısının nüfus artış hızından daha fazla bir hızla arttığını göstermesine rağmen⁸-bunun başlıca sebebi çok fazla miktarda yeni yabancı hekimlerdir- özel muayenehanesinde hekimlik yapan doktor sayısı düşmektedir. Bu durum, hekimler için şu anda çok daha fazla kariyer yapma fırsatının olduğunu göstermektedir.

Toplumun aile hekimi ihtiyacının, ancak yeterince hekim olduğunda karşılanabileceği, bu problemin çözümü için de tıp fakültelerinin sayı ve kapasitelerinin artırılmasını öngören bir düşünce akımı vardır. Bu, birçok hekimi, ekonomik sebeplerden dolayı aile hekimliği yapmaya özendirilebilirse de, böyle bir şey yapmak için onların yeterince hazırlanması problemini çözmez. Ad Hoc Komitesi, hekimlerin sayısını artırmak için çaba sarf edilmesi gerektiği, aynı zamanda aile hekimliği yapacak hekim sayı ve oranının da artırılması için gayret gösterilmesi gerektiğine inanmaktadır.

III. AİLE HEKİMİNİN TANIMI VE İŞLEVİ

Ad Hoc Komitesi, Aile hekiminin tanım ve fonksiyonlarının tarifinde daha çok IV. bölümde tanımlanan programa göre eğitilmiş olan geleceğin hekimini dikkate almaktadır. Günümüz hekimlerinin bir çoğu, bu işlevi icra ediyor görünseler de, çok azı böyle yapmaları için gerekli eğitimi almışlardır.

Aile Hekiminin Tanımı

Aile hekimi, aşağıda belirtilen işleri yapan kişidir: (1) hasta ile ilk temas kuran ve sağlık sisteminden faydalanmasını sağlayan hekim olarak hizmet verir; (2) hastanın bütün sağlık ihtiyaçlarını değerlendirir, bireysel olarak veya diğer uzmanlık alanları ile birlikte tıbbi bakımını sağlar ve gerektiğinde hastayı sürekli gözetim altında tutulmak üzere uygun gördüğü merkezlere yatırılmak üzere sevk eder; (3) hastanın sağlığı ile ilgili her konuda sürekli sorumluluk duyar ve sağlık hizmeti sağlayan birimler arasında bir lider veya koordinatör olarak görev yapar, (4) hastanın, toplum, aile veya sosyal çevresini de içerecek şekilde sağlığı ile ilgili her konuda sorumluluğu kabul eder.

Aile hekimi, bireysel bir doktordur, bütün hastaları bilir ve yönlendirir, tedavide hem bilimsel tıbbi hem de insani değerleri kullanır. Ailenin sadece bir ferdine hizmet verebilir fakat daha çok ailenin birden çok ferdine veya bütün fertlerine hizmet verir. Genellikle sadece kendisi, diğer geleneksel uzmanlık sahalarından daha fazla tıbbi hizmet sunar ve sevk ettiği uzmanlardan veya sağlık personelinden sağlık hizmeti veya danışmanlık almayı koordine eder. Hastanın en iyi şekilde ve sürekli sağlık hizmeti alması konusunda sorumluluk duyar ve gerçekte sağlık ekibinin yöneticisi olarak hizmet verir.

Kapsamlı sağlık hizmeti önleyici, teşhis edici, tedavi edici, rehabilite edici ve sağlığı sürdürücü hizmetleri kapsar ve hastaların uygun uzmanlara veya servislere sevk edilmesi gerektiğinde uygun şekilde sevk yapılmasını sağlar. Bu da, hekimlerin diğer uzmanlık alanları veya yardımcı personel ile etkili bir koordinasyon oluşturmasını gerektirmektedir. Aile hekimliği, ayrıca hastaya ve ailesine beklentileri doğrultusunda hastalık ve yapılan işlemler hakkında doyurucu ve doğru bilgi vermeyi de gerektirir.

Bazı durumlarda hizmetin devamlılığı, resmi veya gayri resmi olarak birlikte çalışan ve her birinin hastanın kayıtlarına ulaşma imkanı olan birkaç doktor tarafından sağlanmaktadır. Sürekli bir hekimin gözetimi altında bulunmanın mümkün olmadığı durumlarda hizmetin sürekli sağlanabilmesi, hemşire ve diğer sağlık personelinin denetimi altında uygun bir şekilde kullanılması ile de kolaylaştırılabilir.

Komite, yinede, en iyi sağlık hizmetinin sürekli olarak aile hekimi ile ilişki içinde olunması ile sağlanabileceğine inanmaktadır. Her ne kadar bir hastanın sağlık hizmeti bir hekimler grubu tarafından sağlanabilse de, yine de kapsamlı ve devamlı sağlık hizmeti için gruptan birinin sorumluluğu alması gerekir. Bu hekimin, bu grup tarafından değerlendirilen bütün hastalarda aynı olması da gerekmez. Bu görevi üstlenmeye en uygun olan doktor aile hekimidir veya bu iş için ilgisi, kabiliyeti ve gerekli eğitimi olan bir hekimdir.

Aile Hekiminin Görevleri

Gereken eğitim programlarının kapsamının oluşturulması için, aile hekiminin görevleri tam olarak anlaşılmalıdır. Bu görevler üç başlık altında incelenebilir: ilk olarak hastaya aile hekimi tarafından sağlanacak hizmetler ile ilgili olan görevler, ikinci

olarak hekimin idari görevleri ve üçüncü olarak da hekimin toplumda rehber olma görevi.

Hasta Bakımı Görevleri Aile hekimi, hasta için, sağlığı ile ilgili konularda ilk başvuracağı, sağlık hizmetlerine ulaşmasını ve hizmet almasını sağlayacak kişidir. Hekimin, hasta ve ailesi ile her geçen gün artan kişisel tanışıklığı olduğu için hastanın hekime ulaşması ve sağlık hizmeti alması kolaydır. Aile hekimi, sağlık hizmeti vermek için her zaman, günde yirmi dört saat ve haftada yedi gün hastası tarafından ulaşılabilir olmayı sağlar. Bu hizmeti, ya tek başına veya bu hizmeti veren başka hekimlerle koordine ederek yapar.

Hastasının sağlık ihtiyaçlarının karşılandığını takip etmek için olumlu girişimlerde bulunur. Ekonomik, duygusal, sosyal ve mesleki her çeşit engeli ortadan kaldırmaya, hastalığın oluşturabileceği, hastanın yaşam kalitesine zarar verebilecek her türlü aksaklığın en aza indirilmesi için çaba gösterir. Uygun zamanlarında sağlık bakımından risk taşıyan hastalarını arayarak, alınması gereken önlemler konusunda tavsiyelerde bulunur (Örn. periyodik olarak kontrollerini yaptırması gereken kanser hastaları)

Sağlık hizmetlerinin önemli kısmını aile hekimi bizzat karşılar. Sevk etmeden, eğitimini aldığı ve özel ilgi gösterdiği alanlarda, hastalarının büyük bir kısmının ihtiyacını giderir. Hastaların acil saptar ve bunları çözmek için gerekli önlemleri alır. Hasta ile muhatap olan ilk hekim olması nedeniyle, hastalıkların veya işlev bozukluklarının başlangıcında erken tanı koyacak pozisyonudur.

Hekim, hastalarıyla sürekli kalıcı bir iletişim sağladıkça onların sık karşılaştıkları duygusal problemleri ve hastalıklarının sosyal boyutlarını görmede ve bunları çözmede oldukça etkili olur. Aynı zamanda, teşhis koymak için yapılacak testlerin

seçiminde de daha seçici olur ve düzenli olarak kolayca bunlara başvurur. Hastasının problemleri hakkında önbilgisi ve sürekli güncel bilgisi olduğu için teşhise yönelik bir çok testin gereksiz yere tekrarlanmasına gerek kalmaz. Sonuç olarak, çoğu zaman tedavi, daha az komplikasyonlu ve hatta daha etkili olur. Hastanın yatırılmasına daha az ihtiyaç duyulabilir ve gerekli tedavi daha az masrafla, daha kısa sürede sağlanır.

Aile hekimi, sevk zinciri sistemi için, anahtar rolü oynar. Her türlü probleme kendisi çözüm bulamayacağı için kendi limitlerini bilmeli ve buna saygı göstermeli; ya konsültasyon isteyerek yardım almalı veya hastayı başka uzmanlara sevk etmelidir. Hastayı uygun yere sevk etmesi için bulunduğu çevredeki sağlık hizmeti veren bütün kaynakları ve gerektiğinde bunlardan nasıl hizmet alabileceğini iyi bilmelidir. İdeal olan, hastanın bütün uzmanlık gerektiren branşlara aile hekimi vasıtasıyla ulaşmasıdır.

Ayrıca, aile hekimi, hastanın sevk edildiği yerlerde yapılan işlemlerin ve sonuçlarının takibinde anahtar rolü üstlenir. Bunun gerçekleşmesi için sevk işleminin iki yönlü bir süreç olduğu kabul edilmelidir; sevk sırasında kararlaştırılan uygun düzenlemeler ile hasta aile hekimine dönmelidir.

Etkili sevk ve konsültasyon hizmetlerinden yararlanma, aile hekiminin eğitim ve uygulamayla kazanacağı bir beceri gerektirir. Bu triyaj memuru olmaktan daha zor ve önemli bir görevdir.

Aile hekimi, hastasının aldığı sağlık hizmetlerini düzenleyen kişidir. Hastasına hastalığı ile ilgili gelişmeleri ve sonuçları, ne tür bir hastalık taşıdığını, tedavinin sonuçlarının ne olacağını, hayatına nasıl etki edeceğini açıklar. Tıp, çok farklı uzmanlık dallarına ayrıldığı ve karmaşık bir şekil aldığı için ve hasta çok karmaşık tıbbi işlemlere maruz kaldığı için kendi hakkındaki kararlara müdahil olması daha uygun olacaktır. Bu nedenle, aile hekimin bu işlevi daha da önem kazanmaktadır. Hizmetler

arasında bütünlüğü sağlama çabası çoğu zaman zordur; beceri ve hekimin çaba göstermesini gerektirir.

Aile hekimi, sağlık hizmetlerinin sürekli ve kapsamlı olmasını sağlar. Bu, aile hekimin en önemli görevlerinden biridir.

Koordine Etme İşlevi Aile hekimi, sağlık hizmeti ilgili hizmet veren bir çok görevli arasında yöneticilik görevini yapar. İster bir organizasyon içinde, isterse yalnız çalışsın, hastasının profesyonel bir fizyoterapist, bir halk sağlığı hemşiresine, bir sosyal hizmet uzmanına veya başka bir sağlık çalışanına ihtiyacı olabilir. Aile hekimi, hastasının her ne türden olursa olsun, ihtiyaç duyacağı sağlık hizmetini alması için bu tür sağlık hizmeti veren şahıs ve kurumların sağlanmasına yardımcı olur. Bunu da etkili bir şekilde yapması için, diğer uzmanların ve teknik personelin eğitim ve becerilerini değerlendirmeli ve kimin hastasına en iyi hizmeti verebileceğini bilmelidir.

Eğer aile hekimi koordinasyon yapma görevini tam olarak yaparsa şu avantajlar elde edilir:

- a. Eğer sağlık ekibi kendilerini koordine eden ve denetleyen bir yöneticiye sahip olursa, çok daha etkili çalışır. Buna rağmen aile hekimi, bu yöneticilik pozisyonunu sadece sahip olduğu uzmanlık alanının bir sonucu olarak elde edemez. Bu yöneticilik pozisyonunu, sunulan bütün sağlık hizmetlerine hakim olduğunu göstermekle sağlamalıdır.
- b. Bütün sağlık personelinin becerilerinin uygun şekilde kullanılması, hekimlerin zaman ve çabalarının tasarruf edilmesi, ancak onun bu işlevi sayesinde gerçekleşebilir. Bu, gerçekte, hekim

temin etme ve artan sağlık hizmeti talebini karşılamak için etkili bir yoldur.

- c. Hastaya sunulabilecek, fakat hastanın modern tıpta kendisine sunulabilecek böyle bir yöntemin olduğunu ve bundan faydalanabileceğini bilemeyeceği özel profesyonel ve teknik yöntemleri hastasına tanıtabilir ve bunlardan nerede ve nasıl faydalanabileceği konusunda ona yol gösterebilir.

Aile hekimi, tabii ki, ilgili sağlık personelinin kıymetini bilmeli ve onları takdir etmelidir. Tıp fakültesindeki ve hastanedeki eğitimi sırasında, sağlık ekibinin hastaya en etkili şekilde nasıl yaklaşabileceği ve yardımcı olabileceğini öğrenmelidir. Tıp öğrenciliği sırasında kayıtlı hemşirelerin, terapistlerin, diyetisyenlerin ve bütün diğer sağlık hizmetlilerinin rolünü öğrenmelidir. Bunlara ilaveten, o, etkili bir ekip çalışmasının önünde oluşabilecek değişik problemleri anlamalı ve bunların çözümlerine yaklaşımı bilmelidir.

Aile Hekimi ve Genel Pratisyen Terimleri Arasındaki İlişki

“Aile hekimi”(family physician), “aile pratisyeni” (family practitioner) ve “genel pratisyen” (general practitioner) terimleri sıklıkla birbirinin yerine kullanılmaktadır. Bununla beraber Ad Hoc Komitesi'nin görüşüne göre, anlama ile ilgili problemler ve karışıklıklardan kaçınmak için anlaşılması gereken farklı görüşler bulunmaktadır.

Aile hekimi, çoğunlukla birden fazla olmak üzere, tıp uzmanlığı disiplinlerinden bir, ya da birden fazla alanda tıbbi bakım sağlar. Diğer doktorlar ve yardımcı sağlık personeli ile birlikte konsültasyon veya sevk ile sağlanan koordinasyon paylaşımını ve uygun olduğunda kendi payına düşen bakımı sağlayarak aile ilişkileri içerisinde hastasının sürekli ve

kapsamlı bakımının sorumluluğunu üstlenir. Gerekliğinde hastaları için uygun toplumsal kaynaklara ulaşımı sağlar.

Genel pratisyen, tıbbın iki ya da daha fazla disiplini - çoğunlukla çok sayıda disiplini- kapsayan tıbbi bakım sağlar. Genel pratisyenden ziyade aile hekimi olarak çalışması, doktorun aile grupları içerisinde hastaları için kapsamlı ve sürekli sağlık bakımı sorumluluğunu üstlenmesine bağlıdır. Çoğu genel pratisyen aile hekimi gibi çalışır, fakat birçoğu da aile hekimi gibi çalışmaz.

Aile hekimliği pratisyenin *işlevlerini* kapsarken genel pratisyenlik, pratiğin *içeriği* ile ilgilidir.

Aile hekimi, kendi çalışmasını tıbbın bir ya da iki alanı ile sınırlayabilir, fakat hastanın gereken sürekli ve kapsamlı bakımı aldığını görme sorumluluğunu üstlenir ve bu bakımı hastası ve ailesinin yararına düzenler. Çalışmasını tek bir tıbbi alanla sınırlayan uzman, bu yüzden aile hekimi olarak çalışabilir.

Resmi ya da gayri resmi bir birlik içerisinde bir araya gelen bir grup doktor, bir hastanın ihtiyaç duyduğu tüm tıbbi hizmeti sağlayabilmelidir. Bununla beraber, eğer böyle bir grubun aile hekiminin sorumluluklarını üstlenme önerisi varsa grup içerisinde bir doktor ilk başvuru doktoru olarak hizmet etmeli ve her hastanın sürekli, kapsamlı bakımından ve hastasının tüm sağlık bakımı ihtiyaçlarının karşılandığını görülmesinden sorumlu olmalıdır. Bu durumda, bu sorumluluğu üstlenebilen bir doktor, o hastanın aile hekimi olarak çalışabilir.

Günümüzde, grup çalışmasında bir iç hastalıkları uzmanı ya da genel pratisyen aile hekimi olarak çalışabilmektedir. Bununla beraber, bir cerrah, bir kadın doğum uzmanı da hastanın sürekli ve kapsamlı bakımını üstlenebilir ve böylece bu rol için özellikle eğitilmiş olmamasına rağmen o hastanın aile hekimi olabilir.

“Aile Hekimi” ile “Kişisel Doktor” ve “Asıl Doktor (Birinci Basamak Doktoru)” Terimleri Arasındaki İlişki

Burada verilen aile hekimi tanımı ile Toplum Sağlığı hizmetleri Ulusal Komisyonu'nun(NCCHS) “kişisel doktor”,ve Lisans düzeyinde Tıp eğitimi Vatandaşlar Komisyonu'nun “asıl doktor” tanımları arasında çarpıcı benzerlikler vardır. Aşağıdaki paragraflar NCCHS raporundan alınmadır:

“... Her bireyin hastasının tüm tıbbi ve tıpla ilgili hizmetlerin devamlılığı ve entegrasyonunda merkezde yer alan kişisel bir doktoru olmalıdır. Böyle bir doktor koruyucu tıp uygulamasına hem kendi gayretleri hem de toplumun sağlık ve sosyal kaynakları ile işbirliği içerisinde önem verecektir.

“Hastası ve ailesinin sağlığını etkileyen sosyal, duygusal ve çevresel çok miktarda ve çeşitli faktörlerden haberdar olacaktır. Hastasını kendi ihtiyaçlarına en uygun olan hizmetlere yöneltecek veya götürecektir. Hastası ile bir bütün olarak ilgilenecek ve hastası ile ilişkisi sürekli olacaktır. Bu koordinasyon rolünü yürütebilmek için hangi kurum, kuruluş ya da birey hizmeti verirse versin ilgili tüm sağlık bilgisinin kendisi kanalıyla yönlendirilmesi şarttır. Toplumun tüm sağlık kaynakları hakkında bilgi sahibi olmalı ve bunlara ulaşabilmelidir-sosyal, koruyucu, tanısıl, tedavi edici ve rehabilite edici- ve bunları hastası için harekete geçirebilmelidir.

Dikkate değer bir şekilde Lisans düzeyinde Tıp eğitimi Vatandaşlar Komisyonu'nun raporunda benzer olan şu bölümler vardır:

“Önde gelen bir çok tıp düşünürü geçmişin tipik genel pratisyeni tarafından sağlanandan çok daha kaliteli

kapsamlı tıbbi bakım vermeye istekli ve yetenekli doktorların yetiştirilmesi arzusunu dile getirmişlerdir. Düşündükleri bu doktor-diğer doktorlar gibi- organlar, sistemler ve teknikler hakkında bilgili olmalı ama organlar ve sistemlerin bir kişinin parçaları olduğunu, bu kişinin karmaşık bir sosyal ortamda yaşadığını ve izole bir şekilde ortaya çıktıysa tanı ve tedavi bölümünün sıklıkla hastalığa yol açan önemli faktörler ve tedavi seçeneklerini gözden kaçırdığıdır.

“Kapsamlı bakım sağlayan doktorun özelliklerinden biri toplumun tüm alanlarındaki tıbbi hizmet hakkında mükemmel bilgi ve ulaşım sağlamaktır. Böylece hastasına yardım edebileceklerin özel becerilerine kolayca ulaşabilecektir. Eğer tıbbi yeterliliğin tamamının etkin ve verimli bir şekilde sağlanması gerekiyorsa bu kapsamlı rolde hizmet edecek uygun bir şekilde eğitilmiş doktor arzusunun artırılmasının zorunlu olduğu anlamına gelmektedir.

“İstenen sadece hastalıkların tanı ve tedavileri değil kapsamlı ve sürekli sağlık bakımı ama aynı zamanda kişinin ulaşabileceği en yüksek fiziksel ve mental sağlık ve iyilik halinin sağlanmasına yardım edecek korunma, destek ve rehabilitasyonun sağlanmasıdır. Bu kapsamlı ve sürekli sorumluluğu taşıyabilecek, donanımlı ve istekli hiçbir hastane ya da doktor bulunmamaktadır ve şu andaki genel pratisyenlerin çok azı bunu yapabilecek düzeyde niteliklidir. Bunun için farklı bir tür doktor tanımlanmalıdır.

“Bu doktorun birinci basamak doktoru olarak adlandırılmasını öneriyoruz. Bu kişi aynı zamanda ilk temas anlamında birinci olmalıdır. Birey veya aileye ilk tıbbi kaynak ve danışman olarak hizmet etmelidir. Bir hastanın hastaneye yatırılmaya, diğer tıp uzmanlarının

hizmetine veya diğer tıbbi veya paramedikal hizmetlere ihtiyacı olursa birinci basamak doktoru bu gerekli düzenlemeleri yapan, uygun olduğu zaman diğerlerine bu tür sorumlulukları veren ve kendi sürekli ve kapsamlı sorumluluğunu alabilen biri olmalıdır.”

Her bir durumda kullanılan terim farklı olmasına rağmen bu her üç oluşumda da tarif edilenin aynı doktor olduğu açıktır.

IV. AİLE HEKİMLİĞİ İÇİN EĞİTİM PROGRAMI

Temel Prensipler

Eğitim programı geleceği görmelidir. Yerleşik değerlerin eğitim prensipleri ve metodlarına dayandırılması gerekse bile hızla değişen bir toplumda mevcut durumun devam ettirilmesi konusunda hiçbir niyet olmamalıdır. Hatta toplumun gelecekteki tıbbi ihtiyaçlarının karşılanması ile ilgili problemlerle ilgilenecek doktorlar ortaya çıkaracak şekilde tasarlanmalıdır. Bugünün tıp öğrencisi yirmi birinci yüzyılda doktorluk yapacaktır ve tıbbi eğitimi bunu yapacak donanımda olmalıdır.

Ad Hoc komitesi bilimsel önerilerini aşağıdaki şekilde yapılandırmıştır.

- Aile hekimliği eğitim programı tüm yüksek öğretim ile ilişkilidir. Üniversite öncesi ve üniversite eğitiminin değişen özellikleri ve içeriğinin farkında olunmalıdır. Benzer şekilde tıp okullarındaki program, lisans eğitim programları, yani intörlük ve asistanlık ve çalışan hekimlerin sürekli eğitim programlarında olduğu gibi düşünülmelidir.
- Mükemmellik geliştirilecek her programın amacı olmalıdır. Aile hekimi, her şeyin ötesinde tamamen bilimsel tıp temeline dayanan ve tanı ve tedavi teknikleri konusunda becerikli tam bir doktor olmalıdır. Aile hekimliği eğitim programının diğer tıp uzmanlıklarına göre daha azını isteyen, daha az bilimsel olan ya da daha az tam olan düşündürecek hiçbir karışıklık olmamalıdır. Temel gereklilik aile hekiminin görevine uygun olması ve eğitilenlere, uzmanlığın daha dar alanlarda arandığı daha sınırlı uzmanlıklardan

oldukça farklı bir amacı olan kapsamlı bakım için üstün beceriler kazandırılmasıdır.

- Geleneksel biyolojik ve klinik bilimlere ek olarak aile hekimliğine hazırlık programında önemli miktarda davranış bilimleri olmalıdır. Aile hekiminin tek fonksiyonu önemli miktarda davranış bilimlerini anlamasına bağlıdır.
- Aile hekimliği programları eğitim metotlarında, hasta bakımında ve tıbbi hizmetlerin dağıtımında araştırmanın desteklediği bir ortamda yürütülmelidir. Toplum daha karmaşık ve daha iyi organize olduğunda ve tıp bilimi ve teknolojisi ilerlediğinde, hastalar için kişisel bakım sağlamada daha iyi ve daha verimli yollar bulunması için ihtiyaç artmaktadır. Bilgi düzeyi ve dünya görüşü giderek yükselen bir toplumsağlık bakımının sağlanmasında mesleğin daha iyi metotlar geliştirmesini bekleyecektir.
- Uygun bir aile hekimliği modeli bu tür tıbbi bakımı gösterebilmek için ve tıp öğrencileri ile ve sağlık memurlarının (**House officer**) eğitim tecrübelerinin bir parçası olarak aile hekimliği uygulamasına katılmaları için yeterlidir. Örnek teşvik etmekten daha iyi bir öğretmendir. Eğitim enstitülerinde şu andaki hasta bakımı programları genellikle uygun örneği sağlayamaz.
- Başarılı eğitim programları, tıp fakültelerinin tutum ve felsefesinin, özellikle temel klinik bölümlerin liderlerinin tutum ve felsefelerinin, aile hekimliği için yapıcı ve destekleyici olmasını gerektirir. Öğrenciler klinik eğiticileri ile tanımlanma ve örnek alacakları değer sistemlerini benimseme eğilimindedir.

- Aile hekimliği eğitim kurumunun, organizasyon yapısı içerisinde ayrı bir varlık olarak değerlendirilmelidir. Bu varlık otonomi, yetki, yer, personel, müfredatta yer alma ve diğer bölüm ve servislerle eşit bütçe gerektirir. Personel hem becerikli aile hekimleri, hem de modern bir tıp okulunda akademik olarak işe alınabilecek gerekli personeli içermelidir. Bu ayrı bir bölüm statüsünü gerektirir veya gerektirmez. (Bkz sayfa 48)
- Aile hekimliği eğitim programlarının ana hatları, bugün gerçekten örnek teşkil edecek kadar başarılı eğitim programları olmadığı için içerik ve organizasyonunda önemli derecede özgürlük ve esnekliğe izin vermelidir. Başarılı olacağı garantisi olan programlar geliştirmeden önce, çok farklı yaklaşımlar gerekebilir. Tıp okulları ve hastaneler ellerindeki güç ve yararlanarak, farklı organizasyon şekilleri geliştirebilir. Bunun ötesinde toplumların ihtiyaçları, şartlar ve kaynaklar genç doktorların ilgileri, uygulama şekilleri ve uygulama alanları ile ilgili meraklarına göre çok büyük oranda değişebilir. Bu değişkenler, toplumun ihtiyaçlarını karşılamadığında programlarda esnekliğin gerekliliğini vurgulamaktadır. Katı standardizasyondan kaçınılmalıdır.

Tıpta Lisans Öncesi Hazırlığın Değişen Yapısı

Tıp Okulları biyoloji ve tabiat bilimlerinde gerekli alt yapısı olan tıp öğrencileri sağlayacak kolejler ve üniversiteler aramaktadır. Bu bilimler hızla değişmektedir ve özellikle lise seviyesinde kursların içeriği ve eğitim metotlarında uygun değişiklik ve geliştirmeler olmaktadır. Şimdi çoğu lise önceki dönemdeki kolej kurslarından daha ileri ve karmaşık kurslar düzenlemektedir. Sonuçta bazı kolejler ve üniversitelere ileri statüde daha önce olmadığı şekilde iyi hazırlanmış lise

öğrencileri devam etmektedir ve buralarad daha derinlemesine bilimsel kurslar düzenlenmektedir. Modern kolej bilimsel kursları asgarisi cebire giriş düzeyinde olan ciddi bir matematik alt yapısı gerektirmektedir. Buna ek olarak tıp uygulaması, araştırma ve idarede bilgisayar uygulamaları hızla gelişmektedir. Teknik sistemler yakında bireysel olarak hastaların ve toplumsal gruplarla ilgili temel bilginin evrensel bir şekilde depolanması ve yeniden ulaşılmaya izin verecek gibi görünmektedir. Bu gelişmelerin, hastaların tanı ve tedavisinde, hastalık durumlarının tanınmasında, tıp uygulamasının kalitesinin değerlendirilmesinde ve tıbbi bakım programlarının idaresinde derin etkileri olabilir.

Bilim ve matematikteki yeterli altyapı bu yüzden tıbbi çalışmalar için artan derecede önemli bir ön şarttır. Buna ek olarak, ister kolej ister tıp fakültesi müfredatı ister her ikisi birden olsun, prensiplerin anlaşılması, tıbbi araştırmada uygulama ve idarede bilgisayar biliminin uygulama ve sınırlamaları tıp eğitimi için mutlaka gerekli bir bileşendir. Bu alt yapısı olmayan öğrenciler, bilimsel tıptaki hızlı değişimlerin yanında yer almada zorluk çekecektir.

Bu şartlar altında, tıp öncesi programların sıklıkla ağır bir şekilde fiziksel ve biyolojik bilimler kursları ile yüklü olması ve tıp fakültelerine giren öğrencilerin güçlü bilimsel ilgileri anlaşılabilir. Bu alt yapının öğrencileri, aile hekimliğinden ziyade daha sınırlı tıbbi uzmanlık kariyerlerine maruz bırakıp bırakmayacağı söylemek güçtür fakat maruz bıraktığı ile ilgili güçlü şüpheler vardır. Böyle bir hazırlık programının öğrencilerin cesaretini kırarak onların beşeri ve sosyal bilimlere merakını artırarak kariyer seçiminde tıptan uzaklaştırma ihtimali de vardır.

Tıp fakültelerine başvuruda sosyal bilimler ve davranış bilimlerinin artan sayıda tıp fakültesince önemi ve gerekliliğinin farkına varılmasına rağmen bu alanlarda bir alt

yapı tıp fakültelerine başvuruda genellikle aranmamaktadır. Sosyal ve davranış bilimlerindeki kursların kalitesi ve derinliği kolejler ve üniversiteler ,muhtemelen arasında doğa ve tabiat bilimleri arasında olduğundan, çok değişkendir ve bu konularda tıp öğrencilerinin kolejlerdeki hazırlılarında çok daha az uyum vardır.

Tıp geniş bir alanda ilgi ve kabiliyeti olan ve altyapısı çok değişken ve önemli alanlarda hazırlık çalışması yapmış olan kişilere ihtiyaç duymaktadır. Tıp fakültelerine başvuru komiteleri bu prensiplere uyarken, başvuru için istenen özelliklerin tabiatı ve tıp fakültelerinin fiziksel ve biyolojik bilimlerde mükemmelliğe açık bir şekilde önem vermesi şüphesiz komiteleri seçim işleminde etkilemektedir. Beşeri bilimler ve sosyal bilimlerde mükemmel olan geleneksel bilimlerde sınırda yeterliliği olan başvuran bir öğrenciye anlaşılabilir bir miktar şans verilmesi için isteklilik bulunmaktadır.

AAMC'nin yayını, tıp fakültelerine başvuru şartları,'ında tıp fakültesine girmek isteyen bir öğrenciye verilen bir öğüt A. B. D. Ve Kanada'nın özellikle tavsiye edilmesidir. "Gerekli bilim kurslarını seçmeli olarak alarak bilim dışı alanlarda gelişmek mümkündür. Tıp büyük oranda bilimsel temele dayanmasına rağmen bilim dışı alanlarda gelişmek isteyen gereken en az düzeyde bilimsel kurs alan öğrenci hazırlığının yeterli olduğunu göstermek ve başvurusunun dikkate alınması için bunlardan geçmelidir." Bu öğüdün ışığında tıp fakültesine başvuran öğrencinin bilimsel olmayan alanlarda ilerlememesi için cesareti kırılacaktır.

Ad Hoc komitesi çalışan doktorun ve özellikle gelecekte aile hekimi olacak bir doktorun eğitim alt yapısında beşeri ve sosyal bilimlerin büyük önemi olduğuna inanmaktadır. Bunun ötesinde ana ilgi alanı doğa ve fiziksel bilimler yerine bu alanlarda olanlara tıpta yer olmalıdır. Komite şimdiki tıp

fakültelerine başvuru şartlarının ve öğrenci seçme işlemlerinin dikkatli bir şekilde yeniden gözden geçirilmesinin gerekli olduğunu hissetmektedir.

Mevcut Tıp Fakülteleri Eğitiminin Değerlendirilmesi

Tıp eğitim ve uygulamalarını bugün buldukları yere getiren tarihi ana dürtülerin anlaşılması, gelecekteki gelişmelerin mantıklı ve istenen yöne doğru olmasını sağlayacaktır.

Flexner Raporu ¹⁰, tıp eğitiminin üniversitesi çatısı altında toplanmasına büyük hız verirken, bilimsel araştırmayı teşvik edip, tıbbın bilimsel bir disiplin olarak gelişmesine neden oldu. Araştırmaların sonucunda, tıp biliminde görülen dramatik ilerlemeler bu yöne doğru kamuoyunun ilgisini çekti. Bu da kamu ve özel fonların birleştirilerek tıp fakültelerinde araştırmanın artmasına neden oldu. Tıp fakültelerinde tam gün süreli birimlerin gelişimi de bu itici güçlerin doğal sonucu idi.

Bilgi ve bilimsel teknolojinin, araştırmalar sonucunda gelişip ilerlemesinin kaçınılmaz sonucu uzmanlaşmaydı. Bugün, tıp uygulaması da dahil olmak üzere, tüm bilimsel disiplinlerin tipik görünümü budur. Uzmanlaşma, bilimsel çevrelerde kalıcı olarak yerini almıştır. Bilimsel bilgiler geliştikçe de uzmanlaşmanın önemi daha da artacaktır. Düşünen hiçbir insan bu önemli ve gerekli gelişmeyi yadsıyamayacaktır.

Ancak, uzmanlaşma ilerledikçe, tıp pratiği uygulanması da giderek daralmakta, uzmanlıklar arasında bölünmekte ve aile ile toplumun bir parçası olan hastanın insan olduğu kimi zaman atlanmaktadır. Koruyucu tıp ile kişisel sağlık bakımı ve sosyal, çevresel ve psikolojik faktörlerin hastanın sağlık sorunları üzerine olan etkisi de nispeten ihmal edilmiştir. Bugüne kadar uzmanlaşma hastalığa bağlı olup, hastanın değişik organ ve dokularının olağan ve olağandışı işlevleri üzerine yoğunlaşmıştır.

Tıp profesyonelleri ve kamuoyu, giderek bu eksikliklerin farkına varmaktadır. Hasta ve sağlık sorunlarının bir bütün olarak, uzmanlaşmanın faydaları ile birlikte etkili bir yöntemle sunulduğu yaklaşım ile ilgili olarak tıp mesleği üzerinde giderek artan bir baskı bulunmaktadır. Hastanın sorunlarının aile ilişkileri içerisinde değerlendirilmesi ve toplumdaki çevresel faktörlerin etkisi altında olduğu konusunda görüş birliğine varılmaktadır. Tıp pratiği ve eğitimi arasındaki ilişkinin kuvvetlenmesine yönelik eğilimler, tıbbın geleceği için itici güçleri oluşturmaktadır.

Bu temel bilgi ve bakış açısı ile, bugünkü tıp fakültesi eğitim programlarının öğrencilere geleneksel temel tıp bilimlerinde ve bu bilimlerin tıp pratiğine uygulanmasında yeterli hazırlık olanağı sağladığı söylenebilir. Ayrıca, tıp eğitiminin üçüncü ve dördüncü yılındaki modern klinik stajlar, majör klinik branşlarda bir nesil önceki intörlüğe göre daha iyi ve ileri bir eğitim tecrübesi sunmaktadır.

Bu nedenle, günümüzün tıp fakültesi programları bilimsel tıp eğitimi ve branş uzmanlığına hazırlama konusunda eski uygulamalarla aynı paraleldedir. Bununla birlikte, tıp fakülteleri, toplumun ihtiyacı olan kapsamlı ve sürekli sağlık bakımını sunacak donanımda aile hekimleri yetiştirmek açısından yeterli değildirler. Çoğu tıp fakültesinin programı incelendiğinde, bu eksikliklerle ilgili bazı belirtiler hemen dikkati çekmektedir:

- Koruyucu tıp ve halk sağlığı programları, aile hekimliğini özellikle ilgilendiren konular içerik, süre ve fakültenin verdiği önem açısından zayıftır. Koruyucu tıp ve halk sağlığı anabilim dalları tam zamanlı elemanlar ve bunların kalifikasyonları açısından yeterli değildir. Bunların programları sıklıkla canlılıktan yoksundur ve öğrencilerin

ilgisini çekememektedir. Ayrıca genel müfredattaki rolleri net olarak tanımlanmamıştır.

- Çoğu tıp fakültesinde tıpla ilgili sosyal ve davranışsal bilimlerle ilgili etkili eğitim yeterince gelişmemiştir ve eğiticilerin bu alanlardaki güçleri genellikle yeterli değildir.
- Aile hekimliği felsefesi ile ilgili formal eğitim çok azdır ve daha da önemlisi, hastalarla sürekli ilişki ve sorumluluk açısından tatmin edici bir örnek model yoktur. Öğrencilerin aile hekimliğini gözlemleme ve ona ilgi duyma fırsatlarının olmaması nedeniyle bu eksiklik çok önemlidir. İlerideki yaşamlarında aile hekimliğini tercih etsinler veya etmesinler, bu tecrübe öğrenciler için çok önemli olacaktır.
- Çoğu tıp fakültesindeki klinik eğitim neredeyse tamamen akut bir hastalık nedeniyle yatmakta olan hastalar üzerinden verilmektedir. Bu sınırlandırma nedeniyle öğrencilerin kronik hastalıkların seyrini takip etmeleri, hastaların uzun süreli aşıklık problemlerine aşına olmaları veya toplumdaki şekillerini görme şansları azalmaktadır.
- Modern müfredattaki konular insanların sağlık bakım ihtiyaçlarını karşılamayı öğrenmekten çok bilimsel ve entelektüel problemleri çözmeye yöneliktir. Şüphesiz, her iki yönde de yeterli bir tatminin sağlanması gereklidir.
- Öğrencilerin çoğunun akademik bilim adamları değil, birinci basamak hekimi olacağı dikkate alındığında, çoğu okulda çeşitli konulara ayrılan süreler tartışmaya açıktır. Hiç şüphesiz, temel tıp bilimleri ile ilgili yeterli nosyona sahip olunmalıdır. Bununla birlikte, bütün tıp öğrencileri için bu

alanlarda ayrıntılı bilgi ihtiyacının olduğu sorgulanabilir. Bu prensipler, daha az bir zamana sığacak şekilde sıkıştırılıp örneğin davranış bilimleri ve toplum hekimliği gibi konularda daha fazla tecrübe kazanılmasına fırsat verilemez mi? (bakınız s. 27). Öğrenci araştırma imkanları açısından bir tarafta geleneksel bilimler ve diğer tarafta davranış bilimleri, toplum hekimliği ve hasta bakımı olacak şekilde daha iyi bir denge sağlanamaz mı?

- Çoğu tıp fakültesinde özellikle ilk iki yılda esneklik yoktur. Farklı birikimlere sahip öğrencilerin hepsi, aynı dar bakış açılı ve derinlemesine bilgi içeren katı programa sokulmaktadırlar. İlk iki yıldan sonra öğrenciler, bu bilgileri değişik oranlarda kullanacakları daha geniş bir yelpazedeki konularla karşılaşmaktadırlar. Müfredattaki esnekliğin artırılmasıyla ve yeni, kendi kendine öğrenme metodlarının kullanılmasıyla, özel ilgi ve yeteneği olan öğrenciler bu konuları daha da derinlemesine irdelerken, diğerleri ilgi duydukları başka alanlara yönelebilirler. Tıp, giderek artan miktarda beceri ve yetenek gerektiren bir meslek olmaktadır. Ancak, günümüzdeki eğitim programlarımız, bütün öğrencilerin aynı dar kapsamlı müfredattan geçmelerini zorunlu kılmakta ve yelpazenin sadece bir ucuna odaklanmaktadır.

Tıp eğitimindeki bu eksikliklerin farkedilmesi, eğitim sürecinin kalitesini ve etkinliğini artırmak için birçok denemenin önerilmesine yol açmıştır. Bunlardan bazıları yeni eğitim teknikleri ve metodlarına odaklanmıştır. Bazılarında üniversite öncesi eğitim programı tıp fakültesi programı ile entegre

edilmiştir. Birkaçı ise, tıp fakültesi programını intörlük ve mezuniyet sonrası eğitim programı ile entegre etmeye çalışmaktadır. Birçok okul, bireysel programlar geliştirmek için öğrencilere daha fazla esneklik sağlamak için daha fazla elektif süre verilmesini önermektedir. Bağımsız planlı öğrenme ve diğer kendi kendine öğrenme metodlarının rolü de araştırılmaktadır.

Bazı okullar, ya yeni ve farklı dersler olarak, ya da diğer derslere entegre edilmiş olarak önemli oranda davranış bilimlerini müfredatlarına eklemekte veya eklemeyi planlamaktadır. Sosyal ve davranış bilimleri gelişimlerinde nisbeten genç olduklarından ve bunların tıpla olan ilgileri yeni yeni kabul gördüğünden, bu alanları müfredattaki diğer konularla dengeli hale getirebilmek için daha çok deneyim ve çalışma gerekecektir.

Tıp fakültelerinin eğitim programları, geçmişte olduğu gibi, gelecek yıllarda önemli oranda değişecek gibi gözüküyor. Tıp eğitimi süreci yeni bilgi, teknikler ve kaynaklara cevap veren dinamik bir süreçtir. Bununla birlikte, günümüzde bu değişim, hekimleri sağlık hizmeti sunumunda yeni roller almaya ve toplumun değişen ihtiyaçlarına cevap verebilecek şekilde hazırlamak üzere program yeterli değişikliği oluşturamamaktadır.

Ad Hoc Komitesi, yukarıda belirtilen eksikliklerin bazılarını gidermek üzere birçok okulun müfredat değişikliği planladığını görmekten mutludur. Var olan programların olumsuz fragmentasyonundan uyarılmış olarak, birçok tıp fakültesi bağımsız ve spontan bir şekilde kapsamlı sürekli sağlık bakımı için yeni programlar planlamaktadırlar. Aynı zamanda bazı kuruluşlar da sağlık bakımında yeni metodlarla ilgili araştırmalar yapmakta ve birçoğu da eğitim programlarının toplumun ihtiyaçlarını karşılayıp karşılamadıklarını değerlendirmeye ilgi duymaktadırlar.

Ortam, bu raporda önerilen yönde bir değişiklik için uygundur. Bütün tıp eğitimcileri için, programlarını eleştirel olarak gözden geçirme, ilgili ve talepkar bir halkın sorularına ciddi olarak cevap verme ve kurumlarının mezunlara kapsamlı sağlık bakımı vermek üzere eğitime konusunda liderlik sorumluluğu almalarını sağlama zamanı gelmiştir.

Bir Aile Hekimliği Programı İçin Eğitim Bileşenleri

Genel Organizasyon Aile hekimliği programları geleneksel olarak neredeyse tamamen intörlük-asistanlık programları olarak görülmüştür. Ad Hoc Komitesi, büyük ve önemli bir bölümü oluşturmakla birlikte, intörlük-asistanlık süresinin aile hekimliğinin tamamı içerisinde sadece bir bölüm olabileceğine inanmaktadır.

Komitenin ortaya koyduğu program, hem tıp fakültesini, hem de intörlük-asistanlık dönemini kapsamaktadır ve etkin bir sürekli tıp eğitimine bağlıdır. Her yönetici (anabilim dalı başkanı), öğrencinin tıp fakültesi programında hangi alanların kapsandığını ve hangilerinin intörlük-asistanlık programına eklenmesi gerektiğini belirlemelidir. Program yöneticisi, aynı zamanda tecrübelerin sırasını ve öğrencinin herhangi bir zamanda taşıyabileceği sorumluluğun derecesini de belirlemelidir. Bu durum, programın bireyin geçmiş birikimlerine, gelecekteki ihtiyaçlarına ve ilerleme düzeyine göre biçimlendirilecek şekilde esnek tutulmasını gerektirmektedir. Ad Hoc Komitesi, aile hekimliği için tatmin edici bir programın tıp fakültesinden sonra yaklaşık 3-4 yıl gerektireceğine inanmaktadır. Kesin süre, programın organizasyonu ve öğrencinin kişisel ihtiyaçlarına göre değişecektir (Ek 2'ye bakınız).

Uzmanlık eğitimi ayrı ayrı intörlük ve asistanlık dönemleri yerine entegre bir şekilde organize edilmelidir. Bu, uzmanlık

düzeyinde aile hekimliği programları sunan kurumların, üç yıl veya daha fazlasını kapsayan yeterli programlar hazırlamaları ve sunmaları anlamına gelmektedir. Komite, bu programların ayrı ayrı intörlük ve asistanlık değerlendirme komiteleri yerine tek bir değerlendirme komitesi tarafından akredite edilmesini önermektedir.

Programın başarısı için en önemli eleman, uygun bir aile hekimliği uygulama modelinde yeterli tecrübenin olmasıdır. Genel olarak söylenecek olursa, entegre programın yaklaşık yarısı uygun bir uygulama modeline ayrılmalıdır. Ayrılan kesin süre, öğrenciye, daha önceki tecrübelerine ve programın geriye kalanının yapısına göre değişecektir.

Ayrıca, geleneksel klinik uzmanlıklar arasından, toplum hekimliği alanından ve iyi planlanmış ve gözetim altındaki bir eğitimden de seçimler yapılabilir. Aile hekimliği ile ilgili özel bir araştırma projesi yapma veya böyle bir projeye katılma fırsatı da olmalıdır. Bu farklı eğitim bölümlerinin aynı anda mı, yoksa kronolojik olarak farklı bloklarda mı yürütüleceği ilgili şartlara bağlı olacaktır.

Rotasyon şeklindeki intörlük ve aile hekimliği programları genellikle çeşitli branşlardaki servis parçalarından oluşmaktadır. Bunlar asistana çeşitli alanlar için iyi tecrübeler sağlamakla birlikte, zamanın sınırlılığı içerisinde, hastalar ve aileleri için sürekli ilişki ve sorumluluk adına yeterli tecrübe sağlayamamaktadırlar. Ayrıca, rotasyon yapan intörn ve aile hekimi asistanı, ilgili bölümlerin kendi asistanlarına göre her zaman ikincil önemde olmuşlardır. Bunun sonucunda, ilgili branş asistanına göre daha az eğitim almış, aile hekimliğinin işlevsel yönleri açısından ise çok az veya hiç eğitim almamış bir hekim ortaya çıkmıştır.

Ad Hoc Komitesi, aile hekimliği için etkin bir programın bu uygulamalar akılda tutularak hazırlanması gerektiğine inanmaktadır. Gelecekteki sağlık sisteminde kapsamlı sağlık

bakımının etkin olarak sunulması yeni bir hedef ve zorunluluktur. Bu hedef, bu ihtiyaçları karşılamaya yönelik özel olarak tasarlanmış bir programla eğitilmiş yeni bir hekim ile karşılanmak zorundadır.

Hedefler Aile hekimliği ihtisas programının hedefleri sağlık sistemine girişi sağlayan ve uzun bir zaman süreci için hastalarının sürekli bakım sorumluluğunu üstlenen hekimi, sağlık ekibinin lideri veya koordinatörü olarak çalışacak şekilde hazırlamak olmalıdır. Daha kesin olarak belirtecek olursak, program şunları yapmak üzere tasarlanmalıdır:

- Bir aile hekimliği modeli içerisinde öğrenciyi aile hekimliği felsefesi ile donatan ve aile hekiminin rolünü anlamasını sağlayan teşvik edici deneyimler sağlamak.
- Öğrenciyi hastaların tanısı, tedavisi ve yönetimi ve aile hekimliğine uygun teknik işlemler için mükemmel beceriler kazanmada yardımcı olmak.
- Öğrenciyi aile hekimliğinin kapsadığı çeşitli tıp alanlarında uygun derinlikte bilgi kazanmak için yardımcı olmak.
- Öğrenciyi olgun klinik karar verme becerisi kazanma ve yapabileceklerinin sınırlarını öğrenme konusunda uygun fırsatlar sağlamak.
- Sağlık hizmetlerinin sunumu ile ilgili problemlerde araştırma ve metodolojiyi anlamasını sağlamak.
- Öğrencileri yaşam boyu öğrenme alışkanlığı kazanma ve mükemmel tıbbi uygulamalar için sürekli tıp eğitiminin önemini anlama konusunda teşvik etmek.

Bir Aile Hekimliği Eğitim Programının Bileşenleri Bütün aile hekimliği programlarının ana teması mükemmellik olmalıdır. Hepsinden önce, bu programın ürünü, bilimsel tıbbın beklentilerini herhangi bir başka branş uzmanı kadar karşılayabilecek, iyi bir hekim olmalıdır. Bununla birlikte, aile hekimliği programının diğer uzmanlık programlarından farklı olması gereken bazı noktalar vardır. Bu noktaları şu şekilde sıralayabiliriz:

Toplumdaki hastaların bir kesitini içeren bir genel klinik servis, diğer bir ifadeyle aile hekimliğinin uygun bir modeli gereklidir. Bu servis, aile hekimliği programı hakkında sorumluluğu olan bir birimin yönetiminde olmalıdır ve şu özellikleri taşımalıdır:

1. İlk temas hekimi olarak öğrenci ve asistan.
2. Öğrenci ve asistanın tıbbi hizmetin her zaman ulaşılabilir olmasını sağlamaları. Hastalarına ihtiyaç duyduklarında sağlık hizmetini nasıl alacaklarını anlatmalı ve mesai dışında olduklarında bakımın devam etmesini sağlamalıdır.
3. Öğrencilerin, asistanların ve supervizör akademik görevlilerin deneyimin sürekliliğini ve hastalarla sürekli ilişkiyi sağlayacak şekilde bu serviste görevlendirilmeleri.
4. Ayaktan gelen hastaya, insidansı yüksek hastalıklara, kronik hastalıklara, duygusal ve davranışsal problemlere, koruyucu hekimliğe, sağlığın sürdürülmesine ve rehabilitasyona önem verme.
5. Aile hekimliği servisindeki hastalardan evde bakım ihtiyacı duyanlara öğrenci ve asistanın evde bakım vermesi.

6. Öğrenci ve asistanın yatan hasta, klinik hastası ve evde bakım hastaları için ortak sorumluluk taşımaları.
7. Yeteneklerine göre öğrenci ve asistanın sorumluluklarının giderek artırılması.
8. En iyi hasta bakımını sağlamak için mümkün olduğunca toplum kaynakları ve yardımcı sağlık çalışanlarından yararlanma.

Majör klinik branşlarda ve diğer önemli konularda ders alma fırsatı.

Öğrenci ve asistanlara hasta bakımı araştırmalarına katılmak ve sağlık bakımının dağılımındaki problemleri incelemek için fırsat verilmesi. Asistanların yüksek bir yüzdesi bu tür araştırmalara katılmalıdır.

Çeşitli alanlarda elektif çalışma fırsatı. Bu uygulama, asistana programını zenginleştirme ve özel ilgi ve ihtiyaç duyduğu alanlarda bilgi ve teknik yeterlilik kazanma fırsatı sunacaktır.

Aile Hekimliği Programının Konuları Daha önce de belirtildiği gibi, aile hekimliği programlarının içeriği, öğrencilerin değişik birikim ve ilgilerine ve ilerideki uygulamalarına uygunluk açısından esnek olmalıdır. Bu nedenle, içerik ve vurguların çeşitli kombinasyonu mümkündür ve hatta gereklidir. Bununla birlikte, bazı temel alanlar çoğu programın majör konularını oluşturacaktır.

İç hastalıkları

İç hastalıkları genel olarak bir aile hekimliği programı için temel kabul edilir. Öğrencinin hastaya yaklaşımı öğrendiği, hikaye alma ve fizik muayene yapma becerileri kazandığı esas disiplindir. Öğrenci, iç hastalıklarında hastanın durumunu

değerlendirme, laboratuvar işlemlerini kullanma ve yorumlama ile ayırıcı tanı prensiplerini uygulama uygulama konusunda karar verme yeteneğini geliştirir. İç hastalıkları öğrenciye, hastalığın hikayesini ve seyrini öğrenmede yardım eder ve hastalıkların majör nedenleri ve akılcı tedavi prensiplerine aşina olması için fırsat sağlar. İç hastalıkları her zaman olmasa da koruyucu ve rehabilite edici tedavinin teknik ve felsefesine vurgu yapar.

Tıp pratiğinin bu temel prensiplerini öğrenmek için bir ihtisas programında geçecek zaman, bireyin kendisi ve programın doğasına göre değişecektir (bakınız ek-2). Komplike tanı ve tedavi problemlerinin, yüksek oranda özelleşmiş ve teknik yönlerini öğrenmek veya bu branşlardan herhangi birisini daha derinlemesine araştırmak için bu sürenin uzatılması gerekir.

İç hastalıkları eğitimi, öğrencilerin eş zamanlı olarak, iyi organize edilmiş ve denetlenen bir aile hekimliği modeline katılmaları ile de yapılabilir. Gerçekte bu modelin belli avantajları vardır, çünkü başlangıçta genel klinik serviste (aile hekimliği modeli) görülen ve konsültasyon veya özel tanısal çalışma için bir iç hastalıkları servisine sevk edilen hasta, orada asistan tarafından takip edilebilir. Aile hekimliği modeline katılım eğitim programının tamamı boyunca devam edebilir.

Pediyatri

Pediyatri ile iç hastalıkları arasında çok örtüşen ve birbirini destekleyen yönler vardır, fakat pediatriğin özel katkıları; yeni doğan problemleri, ergenliği de içine alan büyüme ve gelişme, beslenme, konjenital malformasyonlar, mental retardasyon, çocukların davranışsal ve duygusal problemleri ve bunların yönetimi ile ilişkilidir. Modern pediatri koruyucu tıbbın önemli bir bölümünü içerir ve ayaktan ve evde hasta bakımını vurgular. Pediyatri, enfeksiyon hastalıklarının tanısı ve bakımını

öğrenmek için mükemmel bir fırsat sağlar. Ayrıca çocuğun aile, okul ve toplumun sosyal sistemindeki yeri ile de ilgilenir.

Aile hekimliği eğitim programında gerekli olan pediatri eğitimi, aile hekiminin ilerde planladığı uygulama türüne bağlı olacaktır (bakınız ek-2). Aile hekimliği asistanı, genel bir pediatri servisine katılmanın yanında, aile hekimliği modelinin genel klinik servisine daha uzun süre devam ederek de bu disiplinle ilgili bilgilerini artırabilir.

Yüksek oranda özelleşmiş problemlerle başa çıkmada yeterlilik kazanmak isteyenlerin, özel bir pediatri servisinde ek eğitim almaları gerekecektir.

Cerrahi

Bu disiplin, öğrenciye, acil girişimlerde cerrahi konsültasyon sağlamada, cerrahi girişim gerektiren hastalıkların değerlendirilmesinde, kullanılan cerrahi girişim türünün anlaşılmasında, cerrahi işlem ve girişimlerden kaynaklanabilen problemlerde beceri kazandırmak için yardımcı olabilir. Öğrenci, uygun olarak çeşitli acillerde hastayı ilk karşılayan hekim olarak hizmet vererek bu gibi uygulamalarla teknik beceri kazanabilir. Belli işlemlerin zorluklarını ve bu işlemlerin uygulandığı hastalarını desteklemeyi, uygun tavsiye ve açıklamaları vermeyi yeterince iyi öğrenebilir.

Cerrahi eğitim programı için gereken zaman da bölgesel durumlara bağlı olacaktır (bakınız ek-2). Öğrenci, genel tıbbi servisten cerrahi servise gönderilen hastaları takip ederse ve iyi bir acil bölümde sürekli çalışıyorsa, ayrı bir tecrübe gerekemeyebilir. Abdominal operasyonlar gibi majör cerrahi girişimleri uygulamada teknik yeterlilik kazanmak ek eğitim gerektirecektir.

Psikiyatri

Öğrenci, çoğu psikosomatik ve duygusal problemin tanı ve yönetiminin nasıl olacağını öğrenebilir. Öğrenci, aile hekiminin karşılaşabileceği yaygın gerginlikler, anksiyeteler ve depresyonların başlangıcında veya komplike olmuş önemli bir bölümünde yeterli hale gelebilir. Majör psikozu nasıl tanıyacağını ve mental durumundan dolayı takip gerektiren çoğu hastanın sonraki bakımını sağlamayı öğrenebilir.

Psikiyatri, aile hekimliği programının en önemli temellerinden biridir. Gerekli olan bilgi ve becerinin çoğu, tıp ve pediatri ile entegre edilmiş bir psikiyatri programı ile en iyi şekilde kazanılabilir. Aile hekimliğinin yeterli bir modeli bu entegrasyonu içermelidir. Ek olarak, denetim altında, birçok hastalığın bakımından sorumlu özelleşmiş psikiyatri servisi ile ilgili eğitim tecrübesi de kazanılmalıdır (bakınız ek-2). Bu, öğrencinin majör psikozları tanıması ve aile hekimleri için problem oluşturan başlıca psikiyatrik acillerle baş etmesini mümkün kılacaktır. Majör psikozların tedavi ve yönetimi ayrıca ek özelleşmiş eğitim gerektirecektir.

Kadın Doğum

Öğrenci, bir kadın ve ailesine gebelik, doğum ve yeni doğan çocukların bakımının biyolojik ve psikolojik etkilerini anlayabilir. Antepartum ve postpartum bakımın sağlanmasında ve gebeliğin komplikasyonları, doğum süreci ve bunların yönetiminde beceri kazanabilir. Benzer şekilde jinekolojik tıbbi problemlerin pratik müdahalesini yapabilir hale gelebilir. Evlilik ve cinsel eğitim, aile hekiminin sorumlu olduğu bölgelerde önemlidir ve davranışsal bilim, psikiyatri, obstetri ve jinekolojiden oluşan disiplinleri içermelidir.

Öğrencinin normal bir doğumu yaptıracak teknik yeterliliği kazanması kendi ilgisine, görev yapacağı coğrafi bölgede

obstetri hizmetlerine olan ihtiyaca ve günlük pratiğinin bir parçası olarak obstetrik uygulamalar yapıp yapmayacağına bağlıdır. Ülkenin çoğu bölgelerinde obstetrideki teknik beceri, aile hekimleri için temeldir.

Normal obstetri yapma planı olmayan hekim için, özellikle iyi bir aile hekimi modeli elde edilebilirse, bir obstetri ve jinekoloji servisinde kısa bir eğitim tecrübesi muhtemelen yeterli olur. Normal doğum idare etmeyi arzu eden hekim için daha uzun eğitim gerekir (bakınız ek-2 .) Bu eğitim, aile planlaması ve muayenehane jinekolojisinde destek, kardiyopulmoner canlandırma tekniği için özel dikkatle anestezi ve analjezide önemli ek tecrübe sağlayacaktır. Gebeliğin önemli komplikasyonları ile doğumda ustalık, ek olarak özelleşmiş beceri gerektirecektir.

Diğer Geleneksel Branşlar

Aile hekimliği asistanına yukarıdaki alanlardan birinde daha fazla zaman geçirmesi veya anestezi, radyoloji veya oftalmolojide çalışması için elektif seçenekler sunulmalıdır. Program, her asistanın bireysel ihtiyaçlarına uyacak şekilde, program yürütücüsü ile birlikte belirlenmelidir.

Aile hekiminin değişik branşlarda ihtiyaç duyacağı becerilerden bazıları iç hastalıkları servisinde, acilde veya gözlem altında uygulamada (preceptorship) öğrenilebilir. Mezuniyet öncesi programda gerçekleşen öğrenme, mezuniyet programında gerekecek olan tecrübeyi bir oranda belirleyecektir. Örneğin, her hekim kardiyo pulmoner resusitasyonun prensiplerini ve pratik tekniklerini bilmelidir ve tıp öğrencisi bu konuda temel eğitimi almalıdır. Ancak, eğer bu konu tıp fakültesinde yeterince verilememişse, mezuniyet programında buna yer verilmelidir.

Toplum Hekimliği

Toplum hekimliği, aile hekimliğini farklı yapan özelliklerden biridir. Bu disiplin, öğrenciye epidemiyoloji ve çevre sağlığının prensiplerini anlama, toplumun sağlık kaynaklarına ve sağlığın toplumdaki organizasyonuna aşina olma ve sağlık hizmeti sunan çeşitli profesyonel ve teknik disiplinlerin rollerini ve aralarındaki ilişkileri anlama konusunda bilgi kazandırmalıdır. Toplum hekimliği, öğrenciye toplumun sağlık problemlerini ve ihtiyaçlarını değerlendirebilme ve toplumun ihtiyaçlarını uygun bir şekilde karşılamak için kaynakları iyileştirme konusunda yaklaşım sağlamalıdır. Öğrenciye devletin, özel sektörün ve gönüllü organizasyonların modern sağlık bakımındaki yerini anlama konusunda yardımcı olmalıdır. Ayrıca, birçok hastanın karşılaştığı ekonomik ve psikososyal engelleri anlamasını, sağlık bakımını finanse etmedeki çeşitli metotları öğrenmesini ve Amerikan halkına sağlık bakımının uygun dağıtımını ile ilgili problemler ve konular hakkında bilgi sahibi olmasını sağlamalıdır.

Toplum sağlığı ile ilgili eğitim, Amerikan tıp fakültelerinin çoğunda yetersizdir ve çoğu aile hekimliği programındaki yeni maceralar olarak gelişecektir. Bu uygulamalar, tıp merkezindeki aile hekimliği modeli ile ve periferik yapılarıdaki gözetim altındaki uygulamalarla entegre edilebilirler. Toplum hekimliğinin problemleri ile karşılaşma, mezuniyet öncesi okul yıllarında başlamalı ve mezuniyetteki destekle devam etmelidir. Bununla birlikte, çeşitli tıp fakültelerinde daha iyi toplum hekimliği programları gelişene kadar mezuniyet sonrası aile hekimliği programlarının tecrübenin tamamını vermeleri gerekebilir.

Bu, önemli ölçüde az gelişmiş bir alan olduğundan, bir aile hekimliği anabilim dalı için önemli bir akademik araştırma alanı oluşturabilir. Aile hekimliği asistanlarına bu tür araştırma aktivitelerine katılma fırsatı verilmelidir.

Sosyal ve Davranışsal Bilimler

Bu disiplinler (örn. sosyoloji, sosyal psikoloji ve antropoloji), öğrencinin sağlık ve hastalıkla ilgili bütüncül (holistik) bir yaklaşım kazanmasına ve kültürel, sosyal, psikolojik ve çevresel faktörlerin vücudun fizyolojik ve biyokimyasal süreçleri ile olan ilişkilerini farketmesine yardımcı olmalıdır. Öğrencinin kendi davranışını meslektaşlarının ve hastalarından daha iyi anlamasına ve her birisinin diğerini ve hastanın tedaviye cevabını nasıl etkileyeceğini anlamasına yardımcı olmalıdır. Bu disiplinler, değişik kültürlerde aile bireylerinin değişen rollerini anlamak, ailenin yıkılmasının nedenleri ve süreci ve bunun aile bireylerine olan etkileri, sosyal kurumlar olarak tıp, din ve kanunlar ve bunların tarihsel yapıdaki etkileşimleri, sosyal roller ve rol çatışmaları, değer sistemleri, sosyal doku ve görüşme ve danışmanlıkta iletişim sürecinin anlaşılması gibi önemli içerikleri de sunmalıdırlar. Ek olarak, öğrenciler sosyal bilimcinin biyolojik bilimciden önemli ölçüde farklı olan araştırma araçlarını ve metodolojilerini de anlamalıdırlar.

Bu aşamada davranış bilimlerini aile hekimliğine nasıl entegre edileceğini tam olarak söylemek mümkün değildir. İdeal olanı, öğrencinin tıp fakültesine gelmeden bu disiplinlerde donanım kazanmış olması ve tıp fakültesi eğitiminin bütün klinik programlarında davranış bilimleri konseptlerini kapsamasıdır. Maalesef bu aşamada böyle bir durum söz konusu değildir. Davranış bilimlerinin ve davranış bilimcisinin tıp merkezi ve tıp pratiğindeki rolü tanımlanmaya ihtiyaç duymaktadır. Bu konu da bir aile hekimliği anabilim dalı için zengin bir akademik araştırma alanı olabilir.

Bunlar öğrencinin kendisini, ortaklarını ve hastalarını, hasta tarafından tedaviye verilen yanıtı daha iyi anlamasına yardımcı olmalıdır. Bu disiplinler, farklı kültürlerde aile üyelerinin

değişen rollerini anlamayı; aile bölünmesinin nedenleri ve süreçlerini; sosyal roller ve rol çatışmalarını; değer sistemlerini; sosyal kurumlar olarak tıp, din ve hukuku ve bunların tarihsel bağlamda birbirleri ile ilişkilerini; görüşme ve danışmanlık sürecinde iletişim anlayışı da dahil olmak üzere faydalı bir içerik sunmalıdırlar. Buna ek olarak öğrenciler biyolojik bilimlerdekinden çok farklı olan sosyal bilimler araştırma araçları ve metotları bilgisini almalıdırlar.

Bu aşamada davranış bilimlerinin aile hekimliği eğitimi ile ne şekilde ilişkilendirileceği açık değildir. İdeal olarak öğrenci tıp eğitimine başlamadan önce bu disiplinlerin temeli atılmalı ve tıp eğitimi müfredatı tüm klinik programlarında davranış bilimi görüşlerini kapsamalıdır. Mezuniyet sonrası program da bu bilgi ve anlayışı genişletmelidir. ne yazık ki şu anki durum bu değildir. Tıp merkezinde ve tıpta davranış bilimi ve bilimcisinin gerçek rolünün tanımlanması gerekmektedir. Bu da akademik aile hekimliği anabilim dalı için verimli bir araştırma alanı olacaktır.

Sürekli Tıp Eğitimi

Tıbbi bilgini muhteşem genişlemesi nedeni ile sürekli tıp eğitimi alanı da giderek önem kazanmaktadır. Toplam tıp bilgisinin yarı ömrü 5 yıldan az olarak tahmin edilmekte iken; hiçbir doktor için meslek hayatı boyunca profesyonel seviyede kalmak için mezuniyet öncesi, intörlük ve asistanlık dönemindeki bilgilerin kalitesine güvenmek mümkün değildir. Artık bilgi dağarcığına bazı formal, sistematik davranışlar ile katkılar bulunması şarttır.

Bu özellikle aile hekiminin profesyonel hayatının bir gerçeğidir. Başlangıç olarak, pek çok tıp disiplininde yeterliğini idame etmelidir. İlgisini dar bir alan ile sınırlamayabilir fakat her biri başka oranda olmak üzere

birçoğunda bilgisini güncelleyebilir. Bunun yanı sıra, sosyal değişimlere, toplumu etkileyen faktörlere, sağlık bakımı üzerine ulusal etkilere zamanında tepki vermenin de gerekliliği ile de yüzleşecektir. Bir aile hekimi olarak sadece bilimsel tıptaki değişimleri anlamakla kalmayıp bilimsel tıbbın toplumun sağlık bakımına uygulanmasını etkileyen kuvvetleri de yorumlayabilmelidir.

Hiçbir aile hekimi ya da uzmanlık eğitimi tıbbi yeterliliği uzun zaman için programlarının yapılandırılmasında çok büyük önemi vardır.

- Her eğitim programının en önemli amaçlarından birisi de sürekli öğrenme alışkanlığı kazandırmaktır.
- Formal eğitim programının uzunluğu önemsizdir. Bilginin ve becerinin hızla zaman aşımına uğraması nedeni ile ihtiyaç duyulan eğitim programına eklenecek 6 ay veya 1 yıllık sürenin izafi faydalarını tartışmak boş bir uğraştır. Temel bilgi ve becerilerin yerleştirilmesinden sonra, eğitim süresini uzatmak pek fazla süreli etki sağlamayacaktır.
- Her aile hekimi için eğitim programı geliştiren kurum eğitim alanlara temel bilgi ve becerilerini tazeleme ve yeni gelişmelerden haberdar olma imkanı tanıyan anlamlı sürekli tıp eğitimi etkinlikleri oluşturma sorumluluğunu üstlenmelidir. İdeal şartlarda mezun olduğu kurumla eğitimi devam ettirmek için bağlantısını sürdürmelidir.
- Resmi mesleksi eğitimi tamamlamış olan hekimlerin yeterliliğini belgeleyen kurumlar (board) periyodik yeniden sertifikalandırma için sürekli tıp eğitimi programlarına düzenli katılımı şart koşmalıdır.

Bu raporda tekrar tekrar aile hekimliği programlarının esnekliğinin önemi vurgulanmıştır. Etkin sürekli tıp eğitimi

programları bu esnekliği arttırabilir. Tıp mesleğinin icra edilebilmesi için resmi eğitim süresi ve uygulamanın kendisi arasındaki dinamik, değişken ilişki sürekli yeniden değerlendirilmelidir. Eğitimleri süresinde pek az hekim hangi özel bilgi ve becerilere ihtiyacı olacağını farkındadır. Eğer bu hekimler anlamlı sürekli tıp eğitimi programlarına katılıyorsa çalışmalarını sırasında ortaya çıkan, eğitimleri süresinde zayıf kalmış yönlerini tamamlayabilirler.

Aile Hekimliği Modelleri

Tekrarlanan bir şekilde tıp öğrencileri, intörnler ve asistanlık eğitiminde kullanılabilecek bir aile hekimliği uygulama modeline ihtiyaç duyulduğu belirtilmiştir. Bu olay, tanımlanmış bir topluluğa kapsamlı hizmet verme fikri üzerine kurulmalıdır. İdeal şartlarda genel klinik hizmet veren bir birimden oluşmalıdır ki bu bilinen ihtisas alanlarında hizmet veren birimlerden farklıdır. Bu genel tıp hizmeti sadece her gelir grubundan akut şikayeti olan hastaları içermemeli; poliklinikteki, evdeki, bakım kurumlarındaki hastaları da kapsamalıdır. Bu genel hizmet biriminde çalışan öğrenciler zamanlarının önemli bir bölümünü hastane dışında, hastalar ile farklı ortamlarda bir araya gelerek, geçireceklerdir. Bu yaklaşım ayaktan bakım için gelen hasta, yüksek prevalanslı hastalıklar, uzun dönem hastalıklar, uyum problemi, anksiyete , gerilim ve emosyonel stres altındaki hastalara dikkatin yönelmesini sağlayacaktır. Ayrıca koruyucu hekimlik, sağlığın korunması rehbalitasyon ve tüm ilgili ve gerekli toplumsal kaynakların sağlık için kullanımı açısından da fikir sahibi olmayı kolaylaştıracaktır. Teorik olarak uygun bir aile hekimliği uygulaması ya bir üniversite tıp merkezinde ya da bir devlet hastanesinde veya bu ikisinin birleşiminde kurulabilir. Aynı gereksinimler söz konusu olsa dahi bu iki değişik ortamın kuruluş işleyişleri konusunda farklı sorunları olacaktır. Aynı

zamanda her iki ortamın kendilerine has avantaj ve dezavantajları olacaktır. Genelde komitenin düşüncesi böyle bir modelin üniversitenin tıp merkezi ortamında kurulması gerektiği şeklindedir. Bu koşullar altında merkezdeki tüm tıp öğrencileri, intörnler ve asistanlar günlük işleyişi içinde aile hekimliği modelini gözetimle şansına sahip olacaklardır. Ancak bundan sonra, tıp fakültesi yönetimi ve akademisyenleri gelecekte tıbbi bakımın verilmesi için ana temelin aile hekimliği konsepti olduğunda birleşeceklerdir.

Eş zamanlı olarak bazı üniversite merkezlerinde aile hekimliği modelini başarılı çalışması için şartların ideal olmadığı da fark edilmiştir. Bu şartlar altında modelin bağlantılı devlet hastanesinde organize edilmesi daha uygulanabilir ve arzu edilebilir olabilir.

Tıp öğrencilerini kapsamayan, mezuniyet sonrası programlar alt yapı

uygun olduğu takdirde bağlantılı olmayan devlet hastanelerinde düzenlenebilir.

Üniversite Tıp Merkezi Modeli Eğer mümkünse farklı sosyal ve ekonomik özellikleri temsil eden bir toplum kesitinde tanımlanmış bir aileler grubu için sürekli ve kapsamlı bir genel klinik servis (hizmet) oluşturulmalıdır. Servis eğitim programının, öğretim ve araştırma ihtiyaçlarının karşılayacak büyüklükte olmalı, bundan büyük olmamalı.

Genel servis aile hekimliğinde akademik olarak yetişmiş ve ileri derecede yetkin, yeterli sayıda tam ve yarı zamanlı aile hekimi öğretim üyelerinin tam zamanlı gözetimi ve yönetimi altında olmalıdır. Bu bölümde çalışanlar tıp fakültesi ve eğitim hastanelerinin diğer servislerindekiyle eş derecede yetkili olmalıdırlar. Bunun dışında bu bölüm kıdem ve yetki açısından diğer büyük klinik disiplinlerin bölümlerine eş değer olmalıdır.

Hasta bakımı kalitesini güvence altına almak için hastane içi ve dışı aile hekimliği uygulaması aynı fakültenin diğer disiplinlerinin uygulamalarının tabii tutulduğu denetlemelerden geçmelidir. Kayıtlı hastalar tıbbi ve genel sağlık ihtiyaçlarına göre bakım almalıdırlar. Hastalar aile hekimliğindeki tıp öğrencileri, hastane personeli, eğitici personel tarafından değerlendirilmeli ve gerekirse diğer uzmanlık alanlarından destek alınmalıdır. Hastalar aile hekimliği ekibi tarafından poliklinik ya da muayenehanede, hastaların evlerinde, hastanede bakım evlerinde veya eğitim programına katılan diğer kurumlarda görülmelidir. Hastaların gereğinde hızlıca hastaneye, bakımevine kliniğe ya da muayenehaneye ya da evde bakım programına sevki ve nakli için programlar tamamlanmalıdır. Başka uzmanlar tarafından bakım ihtiyacı olan hastalar için iki yol kullanılabilir; eğer hastaneye yatırıldılarsa aile hekimliği/ genel tıp servisinde kalarak aile hekimliği kadrosu tarafından uygun konsültasyonlar istenmelidir. Aynı prosedür (konsültan hekimin hastanın yanına getirilmesi) klinik hastaları ve bakım hastaları için de geçerli olmalıdır. Özel teşhis ve tedavi olanakları ihtiyacı olduğu takdirde hastalar uygun dal servislerine sevk ya da nakil edilmelidirler. Teşhis ve tedavileri sonuçlandığında bu hastalar genel tıp servislerine dönmelidirler. Her iki halde sorumlu aile hekimliği öğrencileri, ekip çalışanları hastayı takip etmeli ve hastanın uzun dönem sağlık bakımını garanti etmelidirler.

Olanaklar yerel durumlara göre farklılık gösterebilir. Tercihen tıbbi merkez hastanesinde özel hizmetler açısından fiziksel bir yerleşim düzeni olmalıdır. Bazı kurumlarda fiziksel olarak tamamıyla ayrı bir yerde yerleşik bir aile hekimliği merkezi kurmak uygun olabilir. Şu anki eğilim hastanelerin organizasyonunu hastaların bakım ihtiyaçlarına göre kademelendirdiği için (yoğun bakım, olağan bakım, düşük bakım) coğrafi olarak yatan hastalar her zaman farklı bir alanda barındırılmayabilirler. Fakat bu ayaktan bakım yapılan

hastalara uygulanabilir. Hasta nerede olursa olsun esas olan aile hekimliği çalışanlarının devamlılık arz eden hizmetleri ve sorumluluklarıdır.

Aile hekimliği programı aile hekimliğinde çalışan hekimlerin diğer uzmanlık servislerinde gerektiğinde görevlendirilmelerini de öngörmelidir. Benzer şekilde diğer uzmanlık alanlarının asistanları eğitimlerinin bir kısmını aile hekimliği servisinde alabilmelidir. Bu çoğu zaman çok avantajlı olacaktır. Aile hekimliği eğitim modeli için taban oluşturan genel tıp servisi tıp öğrencilerinin temel klinik staj dönemi için çok uygun bir ortam sağlar ki bu uygulanan 3. yıldaki tıp ve cerrahi ve de belki başka dallardaki stajların yerine geçebilir. Uygun klinik dallar ve bölümler arasında işbirliği anlaşmaları böyle bir uygulama için gereklidir.

Bu konsepti uygulamaya koymak için öngörülen büyük zorluklardan birisi aile hekimliği servisinin diğer dallar ve özellikle dahiliye servisi ile ilişkisidir. Her ne kadar bu olayın yerel çözümü gerekse de aşağıdaki öğeler faydalı olabilir.

- Bir tıp hizmeti birimi pediatri ve diğer bölümler ile işbirliği yaparak uygun aile hekimliği hizmeti verecek hale getirilebilir. Yine de bunu yapmak için birçok tıbbi serviste büyük değişiklikler gereklidir. Eğer bunlar mümkün değilse ya da istenmiyorsa aile hekimliği uygulamaları için ayrı bir servis açılmalıdır.
- Aile hekimliği servisine yatırılan hastalar önceden belirlenmiş bir topluma ait olabilirler, o bölgenin tamamını kapsamaz. Bu servise yatırılan hastalar diğer bölge doktorlarından sevk edilmemişlerdir; aile hekimliği bölümü doktoru tarafından yatırılmışlardır.
- Sürekli uzman takibi ve özellikli donanıma gerek duyan komplike problemler yukarıda belirtildiği gibi uygun dal servislerine nakledilirler.

- Çoğu durumda yeni yataklı servisler mevcut uzmanlık programları ile kesişmelerden kaçınırlar.
- Yatan hastaların özellikleri genelde devlet hastanesi yatan hastanelerinin özelliklerine benzer, sevk ile gelinen üniversite hastanelerinkinden farklıdır. Hasta bakım programı daha deneyseldir ve ayakta hasta bakımı ya da yarı yatan/yarı ayakta hasta yaklaşımı benimser. Yeni veya ayrı uygulama birimlerinin sadece erişkin tıbbi ve cerrahi vakalara mı bakacağı ya da doğum ve çocuk hastalarını da kapsayıp kapsamayacağına yerel olarak karar verilmelidir.

Devlet hastanesi modeli Esasında yukarıda üniversite tıp merkezi modeli için belirtilen tüm düşünceler devlet hastanesi modeli için de geçerlidir. Üniversite hastanesi gibi iyi çalışan bir aile hekimliği isteyen bir devlet hastanesi de hizmet verecek uygun bir toplum seçmeli, mevcut değilse bir aile hekimliği servisi açmalıdır. Genel bir devlet hastanesinin hasta popülasyonu o bölgenin tıbbi problemlerini temsil eder ki bir sevk merkezi olarak sıra dışı problemleri olan seçilmiş hastalara bakan üniversite hastanesinden farklıdır. Devlet hastanesinin hastalarının bir kısmının eğitim için kullanılması mümkün kılınabilmeli ancak bu hastaların çoğu eğitim hastanesinde çalışan doktorların özel hastaları olabilirler. Bir çok devlet hastanesi ayakta bakım alan hastalar için bir polikliniğe sahip değildir ki böyle bir kurum, yatan hasta için kaynak teşekkül etmektedir. Bu tür ihtiyaç hastaneye bağlı çalışan bir grup muayenehanesi ile karşılanabilir. Bu amaç için uygun personel ve donanım kullanılabilir. Serbest çalışan hekimlerden oluşan bir grup ise uygun temel deneyimi sağlamakta güçlük çekebilir, ancak bazen muayeneleri yan yana olduğunda kendilerini bu eğitim programının yönetimine göre ayarlayıp aile hekimliği uygulaması için iyi bir modeli

gerçekleştirmeye ayarlayabilirler. Aile hekimliğinde seçilmiş hekimler ile çalışan eğitimciler kıymetli ek deneyimler sağlayabilirler, fakat bu Ad Hoc Komitesi tarafından kurgulanan temel deneyim için bir telafi kabul edilemez.

Aile hekimliği uygulamasında tam zamanlı eğitim yönetimi hem üniversite hem de bir tıp fakültesinden bağımsız olarak çalışan devlet hastanesinde aynı büyüklüktedir. Bu programı yürütecek sorumluluk ve otoriteye sahip ayrı bir yönetim birimi olması çok önemlidir. Bu ünite aynı zamanda aile hekimliği uygulama modelinin sağlık bakımı sunumuna yönelik yeni yöntemlere uyarlanması için önemlidir.

Diğer modeller Aile hekimliği uygulama modelinin sağlanabileceği başka yollar da vardır. Bunlardan bazıları:

- Ekip muayenehaneleri,
- Devlet memurlarının aile bireylerini kapsayan geniş hasta topluluklarına hizmet veren özenle seçilmiş devlet hastaneleri,
- Geniş tabanlı topluma kapsamlı bakım sunan mesleki sağlık programları,
- Üniversite personeli, öğrenciler ve bunların ailelerini kapsayan üniversite sağlık hizmetleri birimi.

Aile hekimliği uygulama modeline has özellikler Üniversite tıp merkezi veya devlet hastanesinde kurulan yeterli bir aile hekimliği uygulama modelinin ana özellikleri aşağıdaki gibi sıralanabilir:

- Yarı zamanlı ya da gönüllülerce desteklenen, diğer ana klinik servislere denk kalite ve kuvvette, akademik olarak yetkin tam zamanlı aile hekimliği doktorlarının oluşturduğu bir çekirdek,

- Eğitim kurumu içinde diğer branşlara denk ses ve güç sağlayan bir organizasyon birimi,
- Aile hekimliği ekibi klinik hizmeti kontrol etmelidir.
- Aile hekimliği servisinin kontrolündeki yeterli olanaklar eğitim kurumunun içinde ayaktan hasta, yatan hasta, idari işler ve araştırma için kullanılmalıdır.
- Diğer kliniklere ve servislere gönderilen hastaların aile hekimliği servisine uygun zamanda aile hekimliğinin sürekli ve uygun bir şekilde sorumluluklarını yerine getirebilmesi için dönüşlerinin ayarlanması.
- Toplum kesitsel bir şekilde temsil eden ailelerden meydana gelen tanımlanmış bir nüfus için aile hekimliği servisi sürekli ve kapsamlı sağlık hizmeti verir.

Eğiticilik

Eğiticilik aile hekimliği için destekleyici eğitim programları olabilir. Bu noktada bireysel eğiticilik tıp öğrencisi ya da genç doktorun eğitimine faydalı bir katkıda bulunabilecek dikkatlice tanımlanmış durumları içeren bir modelin tanıtılması şeklinde kabul edilmelidir. Aile hekimliği programının *gerekli* bir elemanı ya da temel programın yerine alabilecek bir unsur olarak görülmemelidir.

Aile hekimliğine hazırlanan öğrencilerin çoğu için bir alan deneyimi arzu edilir. Bu bir eğiticiden gelebilir fakat toplumsal tıp anlaşması, organize grup muayenehanesi ilişkisi, ya da iyi düzenlenmiş aile hekimliği modelince de sağlanabilir. Tıp merkezinde gelişmiş uygun aile hekimliği modeli olan çoğu kurum eğiticilik ve diğer alan anlaşmalarını gereksiz bulabilir.

Ne yazık ki geçmiş yıllarda kötü organize ve yetersiz gözlemlerin olduğu eğitimciler olmuştur. Bunun sonucu olarak pek çok alanda gözetmen eğitimciler arzu edilmeyen bir çağrışımlar yapmaktadır. Zayıf bir eğitimciler hiçbir şey olmamasından daha kötü olabilir, Ad Hoc Komitesine göre eğitimciler eğer geliştirilir ve doğru yürütülürse iyi bir eğitim deneyimi olabilir.

Eğitici Türleri

Öğrencinin eğitim seviyesine göre eğitimciler üç tipe ayrılabilir. Aşıkardır ki bunlar farklı amaçlara ve özelliklere sahiptirler.

Mezuniyet öncesi eğitimciler

Bu tip öğrencisi için tıp eğitiminin genellikle 3 ya da 4. yılında bir deneyimdir. Zaman sıklıkla kısadır-birkaç hafta kadar- ve program esas olarak öğrenciyi aile hekimliğinin doğasını tanıtmaya yöneliktir.

Deneyim öğrencinin eğiticiye yardımcı olarak gözlemlerine dayanır. Eğer iyi bir deneyim ise aile hekimliğine özendirir; değil ise tersi olabilir.

Asistanlık eğitiminde eğiticilik

Bu sadece asistana deneyim kazandırmak için değil, bilgi ve becerilerini değerlendirmesine yardımcı olmak ve gerçek uygulamada gözlem altında iken test edilmelerine yönelik bir düzenlemedir. Neler öğrenmesi gerektiği ve devam edecek tıp eğitimini daha anlamlı kılacak ihtiyaçlarını belirlemesini sağlar. Motivasyon kazandırıp öğrenme sürecini hızlandıracaktır.

Bu deneyimin zamanlaması en önemlisidir. Hastalarının tanı ve idaresinde temel genel becerileri geliştirdikten sonra fakat mezuniyet sonrası programının kalanının plan ve organizasyonundan önce olmalıdır. Tipik olarak bu zaman entegre programın ortalarına denk gelmektedir.

Asistanlık sonrası eğiticilik

Bu aşamada doktor formal eğitimini tamamladığı içini eğiticiliğin bu tipi başka bir terim ile adlandırılabilir, örn: “muayenehane **fellowship**”

Bu program genç doktora kendisini de hizmet sunacağına benzer bir ortamda deneyim ve olgunluk kazanmasını sağlamaktır. Kendi eğitimi devam ettirebilecek kendi kendini dönüren bir kişi olmasına yardımcı olmalıdır. Aynı zamanda aile hekimliği alanında akranları tarafından değerlendirilme şansı de vermelidir. Bu düzeyde belli bir süre, diğer alanlardaki diğer gereklerin analogu olarak, yeterlik kurulu sertifikasyonun bir kısmını oluşturabilir. Veya dikkatlice gözlemlenen, aktif muayene ortamında bir ya da iki yıl sertifikasyon için gereken formal eğitim programının bir kısmının yerini alabilir.

Bunun gerçekten iyi organize edilmiş ve gözlemlenen bir muayene deneyimi olmasına önem verilmelidir. Bir eğitim kurumunda verilen iyi yapılandırılmış bir eğitim programını bir

pratik staj dönemi ile değiştirmek kabul edilebilir bir yöntem olmayacaktır.

Etkin eğiticilik kriterleri Eğer bir eğiticilik eğitsel olarak etkin olacaksa belli koşulların sağlanması ve belli faktörlerin farkındalığı gerekir. Bunlar:

- Eğitiler kurumsal programın bir parçası olmalıdır, yönetim ve öğretim üyelerince tanının kabul edilmelidirler. Her bir eğiticinin uygun akademik ünvanı olmalıdır.
- Kurumun tam zamanlı öğretim üyeleri hem öğrenci hem de eğitici için yeterli gözlem sağlamalıdır. Öğretimüyesi eğer iyi bir eğiticilik yapılandırıldıysa *daha fazla* öğretim üyesi zamanına gerek olduğunu fark etmelidir.
- Eğitici öğrencinin deneyimini gözlemek ve planlamak için yeterli zaman ayırmalıdır. Bunun anlamı normal hasta yükünü azaltıp öğrenciye zaman ayırmasıdır.
- Normal olarak eğiticiler muayenehanede ortakları doktorlardan seçilmelidir ki aktif olarak öğrenciyi gözlemlerken iş yüklerini değiştirebilsinler. Bunun yanı sıra istisnalar da olabilirken, tek başına çalışan bir doktor normalde iş yükünü öğrencinin ihtiyaç duyduğu gözlemlere göre ayarlayamayabilir.
- Hem öğrencinin hem de eğiticinin sorumlulukları dikkatlice tanımlanmalıdır. Eğiticisinin hastaları için öğrencinin doğası ve sınırlılıkları yanlış anlaşmalara oluşturmalı ve eğiticisinin yeterli gözlem sağlaması aksamamalıdır. Nadiren bir öğrenci ve eğitici uyumsuz kişiliklere sahip olacaklardır ve bu durumda anlaşma zamanında sonlandırılmalıdır.

- Eğiticiğin etkin bir öğrenme sürecine yol açtığına dair objektif kanıt elde edilmelidir. Bunlar öğrenci tarafından takip ettiği vakalar hakkında tuttuğu raporların program yöneticisi tarafından okunması, öğrenci ve eğiticilerin belli aralıklarda hazırladıkları raporlar, öğrencinin ve performansının eğitici tarafından değerlendirilmesi ve de bu deneyimin öğrenci ve eğitici tarafından eleştirel değerlendirilmesi. Aynı zamanda belli aralıklarda eğitici ve öğrenci programı yöneten öğretim üyesi tarafından ziyaret edilmeli.

V. Bazı Önemli Konular ve Öneriler

Aile Hekimliği İçin Yeterlik Kurulu (Board) Sertifikasyonu

Ad hoc komitesi (mevcut komite?) uzmanlık yeterlik kurulu sertifikasyonu olanağının aile hekimliği için uygun hazırlıklı olan kişiler için çok büyük önem taşıdığından kuşku duymamaktadır. Konusunda yeterliğini korumak ve geliştirmek için tavsiye edilen eğitim programlarını tamamlamak için zaman ve çaba harcayan ve bu önemli tıp disiplininde yeterliliklerini göstermiş olan hekimler için tek uygun tanıma şekli yeterlik kurulu sertifikasyonudur. Sertifikasyon tıbbın bu alanına bir statü kazandırmak açısından ve de kendini uygun şekilde bu disipline hazırlayan ve sürekli eğitenleri ödüllendirmek için gereklidir. Genç hekimleri aile hekimliği konusunda kariyer yapmaya özendirmek açısından her iki unsur, disipline statü sağlamak ve de eğitimi için çalışanları ödüllendirmek, aynı şekilde gereklidir. Gelecek için gerekli sayıda aile hekimi yetiştirmek için tek gerekli unsur olmamakla birlikte yeterlik kurulu sertifikasyonunun bu bağlamda çok önemli bir yeri vardır.

Aile Hekimliği yeterlik kurulu sertifikasyonu prensipleri

Ad hoc komitesi şu an için aile hekimliği yeterlik kurulu sertifikasyonu için özgün bir mekanizma önermenin doğru olmadığı görüşündedir. Komite yeterlik sertifikasyonu verebilecek muhtelif organların (kanalların) olabileceğini kabul etmiştir. Mekanizmadan bağımsız olarak, aile hekimliği yeterlik kurulu sertifikasyon programı için temel oluşturması gereken bazı prensipler mevcuttur:

- Yeterlik kurulu bağımsız ve de başka bir yerlik kurulunun altında kurulmuş olmamalı, sertifikasyon primer olarak disiplinin yeterlik kurulundan verilmeli, başka bir disiplinin sertifikasyonunun altında geçmemeli.
- Yeterlik kurulu AMA tıp eğitimi konseyi ve ihtisas dalları danışma kurulu tarafından diğer disiplinler gibi tam tanınmalı
- Sertifikasyon mevcut tıp disiplini sertifikasyon çerçeve programı içinde ele alınmalı, aynı genel standard değerlendirmeye tabi tutulmalı ve başka disiplin sertifikasyonları ile aynı yere (değere, statüye) sahip olmalı
- Sertifikasyon için değerlendirme sınavları -mümkün olduğunca- diğer disiplinlerin yeterlik kurullarının işbirliği ile geliştirilmeli, çünkü içeriği zaman zaman başka ihtisas dallarının bilgisi ile ilgil olabilmekte

Aile hekimliğinin kapsadığı alanın ve içeriğinin genişliği açısından ve de birçok aile hekiminin uygulamalarını disiplinin belli konuları üzerinde yoğunlaştırmayı seçeceğinden, sertifikasyon için başvuran kişiye özel bilgi ve beceriye sahip olduğu belirli alanları belirtme ve de tıbbi uygulamalarını bu alanlara sınırlı tutma seçeneği verilmelidir. Sertifikasyon sınavında temel disiplin içerikleri dışında, adayın belirttiği

konulardaki işlevselliği değerlendirilebilir ve de verilen sertifikada bu alanlar belirtilir.

- Aile hekimliği uygulaması için sertifikasyon sınırlı bir zamanı kapasemalıdır (örneğin 5 yıl gibi) ve de resertifikasyon için hekimlerden devam eden aile hekimliği uyulamasına dair kanıt istenmelidir. Uygulamada yeterliğin değerlendirmesi için yeni metodlar geliştirilmeli. Geleneksel bilimsel bilgi düzeyini belirlemek amacı ile tasarlanmış sınavlar periodik resertifikasyon için birincil temel oluşturmak için pek uygun görünmemekte (Bkz. Appendix 2)
- Eğitim kalifikasyonu uygun olan ve gerekli sınavları geçmiş olan tüm hekimler, başka bir disiplinde sertifikaya olmalarına bakmaksızın, yeterlik kurulu sertifikasyon sınavına girebilmeli. Sınavsız, başka bir organizasyonda üyeliğe veya uygulama alanına dayanan, otomatik sertifikasyon yapılmamalı; bu sertifikasyon uygulaması başladığında, hiçkimsenin sertifikasyondan hariç tutulması anlamına geliyor.

Bir Uzmanlık Olarak Aile Hekimliği

Tıp dallarında değerlendirme kurullarının kabulleri için ana öğelerin belirtildiği yazının III. Bölümünde (Değerlendirme kurullarının kabulü ve tanınması) aşağıdaki bilgileri içeriyor:

“ Tıbbi bir branşın ihitsas yeterlik kurulu tıbbın ayrı ve iyi tanımlanmış bir alanını temsil etmeli. Tıp konusundaki bilginin ve becerinin ilerleyişi ve artışını yansıtmalı. Öncelikli olarak organ sistemleri veya geniş uygulaması olan tanı ve tedavi metodları ile ilgili olmalı.”¹²

Bu ifadeye dayanarak bazı kişiler aile hekimliğinin “ayrı ve iyi tanımlanmış bir tıp alanı” olmadığından, bir tıp disiplini olarak

kabul edilmemesi gerektiğini ve de aile hekimliği için yeterlik kurulunun gerekmediğini savunmaktadırlar.

Aile hekiminin iç hastalıkları uzmanı, pediatri uzmanı, psikiyatri uzmanına benzer bazı bilgi ve becerilerden faydalandığı doğrudur. Bu aktivitelerinin sınırlarının da aile hekiminin mesleksi eğitimi, yeterliği ve ilgi alanı ile belirlendiği ve de teoretik olarak tüm tıp alanını kapsayabileceği de doğrudur.

Ancak, Ad Hoc komitesinin görüşüne göre, aile hekimliği iki önemli ana neden açısından bir tıp disiplini olarak tanımlanmaktadır:

1. Aile hekiminin günlük meslek uygulamalarında kullandığı bilgiler diğer branşlardan çok farklıdır.
2. Aile hekiminin işlevi diğer branş hekimlerinden çok farklıdır.

Hastaların kapsmalı ve sürekli tıbbi bakım ihtiyaçlarının sorumluluğunu alarak, sağlık ekibinin koordinatörü ve sağlık hizmetlerine ulaşımı sağlayan kişi olarak, hastaların ihtiyaçlarının büyük bir kısmına kişiselleştirilmiş tıbbi bakım ile cevap veren kişi olarak, aile hekimi özel tıbbi bilgi birikimini kullanmalı ve özel bir şekilde işlev görmeli. Aile hekiminin tıbbi bilgi ve becerilerinin bireysel öğeleri başka branş hekimleri tarafından bilinse de, aile hekiminin hastaları ile ilgili icralarının özellikleri bu bilgi ve becerileri kendine has bensesiz bir metodoloji ile kullanması (sıralaması) ve organize etmesini gerektirir. Aile hekimi başka branşlara ait bilgileri kısmen anımsamalı ve başka branşlarda edinilmiş becerileri kullanmalı, fakat etkin bir aile hekimi olarak çalışmak için, bu aktivitelerin koordinasyonunu ve kullanımını özel bir şekilde yapabileli.

Bu konu yakın zamanda İngiliz Ian R. Mc Whinney tarafından "Bir akademik disiplin olarak genel pratisyenlik – Bir A.B.D.

seyahati sonrası düşünceler (yansımalar)” adında bir makalede işlenmiştir ¹³. (Ad Hoc koimtenin tanımlamasına uygun olarak, Mc Whinney burada “genel pratisyenlik” terimini aile hekimliği anlamında kullanmıştır). Aşağıda bu makaleden alınan iki bölüm özel önem taşımaktadır.

“ Bunu (bilgi birikimini) çok kesin tanımlamak gerekmez. Bazı disiplinlerde sınırlar hep belirsiz olmalıdır. Örneğin kim dahili tıp bilimleri ve cerrahi tıp bilimleri arasındaki sınırları kesin ve tam olarak tanımlayabilir? Üstüne üstlük, bir disiplin büyürken ortaya çıkan yeni engeller (güçlükler) bu konudaki bilgi alanının yer değiştirmesini ve de yeni jenerasyonun yeni konseptler (düşünce yapıları) ile başatme gerekliliğini birlikte getirir.

“ Tıpta birçok disiplin birtakım başka tıp disiplinlerinden oluşmuştur. Örneğin cerrahi bilimler, anatomi, patoloji, fizyoloji ve biokimyadan karma bilgilerden faydalanmaktadır. Ancak, bir disiplini tanımlarken tabii ki bu disiplinin köklerinin yattığı konuları saymak yeterli değildir. Bu ana disiplinler eritilmeli, yeni bir birleşim haline getirilmeli ve de içindeki tüm bileşiklerden anlamlı farklar taşıyan yeni bir oluşuma dönüşecek şekilde “yoğurulmalıdırlar”. Dolayısıyla genel pratisyenliğin dahiliye, pediatri, psikiyatri, sosyal tıptan meydana geldiğini söylemek doğru değildir. Genel pratisyenler tarafından kullanılan bilgi, derce ve tür olarak adı geçen branşlardaki uzmanların gereksinim duyduklarından farklıdır.”

“ Genel pratisyenliğin bir disiplin olup olmadığına dair steril tartışmalar için fuzuli vakit harcandı. Çalıştığı ortamın şartlarından yola çıkıldığında, her hekim – dağ başında çalışmadığı sürece- bir “uzmandır”. Uzmanlaşma her zaman bir derce meselesidir: genel

cerrah kulak burun boğaz uzmanından daha az “uzmanlaşmıştır”; ancak bu cerrah sadece kulak üzerinde ameliyat yapan cerrah yanında nedir?....

“Tıp her zaman dar alanlı branşlara (disiplinlere) ihtiyaç duyacaktır, bu özellikle zor bir tekniğin kullanılması gereken alanlar için geçerlidir. Tıp alanında anyi zamanda dahiliye, pediatri ve aile hekimliği gibi geniş disiplinlere de ihtiyaç duyulacaktır, çünkü tıbbi verilerin sentezi (bütünleşmesi) ve koordinasyonu için bunlar geklidir..... Aile hekimi pediatri veya dahiliyecisi'nin uzman olması anlamında bir zumdur.”

Aile Hekimliği İçin Eleman Bulma

Öğretim Elemanları Tıp Fakülteleri ve Eğitim Hastaneleri'nde aile hekimliği konusunda yetkin öğretim elemanlarının çok az sayıda olduğu daha önce vurgulanmıştı. Gerek akademik alanda gerek sahada aile hekimliği konusunda yetkin ve ilgili genç hekimler bulunması olasıdır. Bu hekimler bugüne kadar çoğu fakültelerde mevcut olan ortamda bu ilgilerini ortaya koyma fırsatı bulamamış olabilirler. Eğer teşvik edici fırsatlar ortaya çıkarsa bu hekimlerin bir kısmı sürece dahil edilebilir. İç hastalıkları, pediatri ve genel pratisyenlik muhtemelen en fazla sayıyı sağlayacaktır ancak diğer uzmanlık dalları da katkıda bulunabilirler.

Başlangıçta, aile hekimliği öğretim elemanları bulma sorununun çözümü, iyi yetişmiş klinisyenlerin ilgisini akademik aile hekimliğinde yetkinliklerini arttırmaya yönlendirmek olmalıdır. Bunlar sadece aile hekimliğinin değerleri ve felsefesi ile aile hekimliği için gereken becerileri kazanmamalı, ayrıca akademik ortamda nasıl işlev göreceklarini, nasıl etkin bir eğitici olacaklarını, aile hekimliği

ile ilgili araştırmaları nasıl yürüteceklerini de öğrenmelidirler. Gelecek vaat eden genç hekimlerin ABD içinde ve dışında çeşitli okul ve programları ziyaret etme ve akademik ortamda aile hekimliği programlarında çalışma deneyimi kazanmalarını sağlayacak ileri eğitim programları (*fellowship*) kurulmalıdır.

Gelecekte, aile hekimliği öğretim elemanları için eğitim programları geliştirmek gerekli olacaktır. Aile hekimliği alanındaki akademik liderlik için gereken yetkinlik, yargı, beceri ve deneyimin kazanılmasında bu alanda uzmanlığının belgelendirilmesinin ötesinde ilave zamana ihtiyaç olacaktır. Eğitim programları, etkin aile hekimliği modelleri geliştirmede en ileri durumda bulunan kurumlarda başlatılmalıdır. Bu programlar araştırmacı eğitimi için geliştirilmiş olan programlarla analog olmalıdır. Belli bir sürenin sonunda, tıp fakültelerinin önemli bir bölümünde bu programlar oluşturulmuş olmalıdır.

Özel Komite, aile hekimliği programının başarılı olması için, akademik nitelikleri yüksek ve tam zamanlı bir öğretim elemanının yönetimi altında olmasının önemini vurgulamak ister. Ancak bu şekilde, program uygun örgütlenme ve gözetime sahip olabilir ve tıp fakültesi yönetimi, öğretim üyeleri ve öğrenci örgütlerinin saygısını kazanır.

Benzer bir biçimde, tam zamanlı öğretim elemanlarının, aile hekimliği alanıyla ilgili araştırmalar yapmaları da önemlidir. Tıbbın sınırlarını genişletmek ve mevcut bilgi birikimine katkıda bulunmak tüm akademik birimlerin sorumluluğudur. Aktif bir araştırma programıyla, akademik grup canlılık ve çekiciliğini koruyabilir. Araştırma olmadan, modern tıp öğrencilerinin alana çekilme şansı oldukça az olacaktır.

Öğrenciler Son birkaç yıldır tıp fakültelerine başvuranların sayısı artmaktadır ve nüfus istatistikleri ve öğrenci ilgisinin

ortaya çıkışına bakılırsa önümüzdeki birkaç yılda da bu artış devam edecektir. Mevcut tıp fakültelerindeki büyümeye ve yeni tıp fakültelerinin açılmasına rağmen halen her bir birinci sınıf kontenjanına 2,2 olan başvuru oranınının 1975'te 3'e ulaşması beklenmektedir.

Bu durumda tıp öğrencisi sayısının yeterli olacağı kesin gibidir ancak bunların içinden aile hekimliğini tercih edeceklerin ne kadar olacağı belirsizdir. Bu raporun daha önceki bölümlerinde, tıp öncesi eğitimin şekli ve tıp fakültelerine giriş süreci ile bunun günümüzde tıp fakültelerine giren öğrencilerin özelliklerine etkisi üzerinde durulmuştu. Özel Komite, bu konular üzerinde kesin sonuçlar çıkarmaktan kaçınarak, üç soruyu tıp fakültesi öğretim elemanları ve öğrenci seçme komitelerinin dikkatine sunar:

1. Mevcut, bedensel ve tabii bilimlere ağırlık veren kabul kriterleri, özellikle aile hekimliği için arzulanan, kişileri merkez alan bir hizmet sunmaya motive ve aynı zamanda tıp fakültesi müfredatını tamamlamaya yetkin olan öğrenci adayları aleyhine mi işlemektedir?
2. Sosyal ve beşeri bilimlerde öne çıkan iyi kolej (lise sonrası – fakülte öncesi okul) öğrencileri (aile toplum bağlamında hastaların bütüncül sağlık bakımıyla ilgilenmeleri olası olan) de kimya, fizik ya da matematik gibi alanlarda öne çıkanlar kadar ilgi görüyor ve tıp uygulamalarında kendilerine de ihtiyaç duyulduğu açıklanarak fakülteye girişte destek görüyorlar mı?
3. Geleneksel bilimlere daha ilk yıllarında vurgu yapan, kısa sürede çok miktarda bilginin ezberlenmesini gerektiren ve öğrenci performansının değerlendirilmesinde kullanılan yöntemleriyle tıp fakültesi müfredatı, özellikle ana ilgi ve eğilimleri fen ve matematikten çok sosyal ve beşeri çalışmalar olan

ilk iki sınıftaki öğrencilerin gereksiz bir yıpranma ile sonuçlanmakta mıdır?

Bu sorular, komitenin, aile hekimlerinin akademik olarak daha aşağı bir gruptan gelmeleri gerektiğine inandığı anlamına gelmemektedir. Hatta komite daha çok, üstünlüğün sadece geleneksel bilimlerde mükemmel olmakla belirlenemeyeceğine, seçme politikaları ve bir tür bilgiye aşırı önem veren müfredat nedeniyle tıptan uzaklaşan bir çok üstün öğrenci olduğuna inanmaktadır. Tıp bedensel ve tabii bilimlerden ibaret değildir ve tıp eğitimsel geçmişi ve ilgi alanları çok farklı alanlardan olan öğrencilere gereksinim duymaktadır. Mevcut politikalar, öğrencilerin ilgi ve tutumlarının yelpazenin sadece bir tarafında yoğunlaşması sonucunu doğurmaktadır.

Bunlar yeni sorular değildir ancak cevaplama güç sorulardır. Yeterli yanıtların temel alabileceği nesnel kanıtlar elde etmek güçtür. Özel Komite, tıp fakültesi öğrenci seçme ve yükseltme komitelerinin öğrencilere ve topluma karşı olan sorumluluklarını nasıl bilinçli bir şekilde yerine getirmeye çalıştıklarını takdir etmektedir. Ancak, sorunlar, her bir tıp fakültesi öğretim elemanı tarafından, bir defalığına değil sürekli olarak, kendi kendini irdeleme çalışması yapılmasını gerektirmektedir. Bu yapılmadıkça, sorunlar devam edecektir. Yalnızca tıp fakülteleri bu sorunları tatmin edici bir şekilde çözebilir.

Tıp fakültesi öğrencileri ve mezunlarının aile hekimliğine hazırlanma ve girme aşamasında ilgilerinin nasıl çekileceği meselesi de karmaşıktır. Öğretim üyelerinin tavırları, uygun modellerin varlığı, kariyerin çekiciliği ve zorlukları, alanın statüsü, toplum ve meslek tarafından tanınması ile maddi getiri, hastane ayrıcalıkları, çalışma saatleri ve yaşam tarzı gibi bazı pratik noktalar da dahil çok sayıda etmene bağlıdır. Bu etmenlerin bazıları Raporun izleyen bölümünde ele alınmıştır.

Aile Hekimliğinin Çevresi

Eğer genç hekim aile hekimliğine girecek ve orada kalacaksa, bu alan için çok iyi bir eğitim almış olsa bile, çevrenin bu tür bir çalışma için destekleyici olması gerekir. Bu şu demektir: yeterli statü ve prestij olmalıdır, yeterli çapta ve modern ekipman ve kolaylıkları olan bir hastaneye erişme ayrıcalıkları olmalıdır, entellektüel uyarma sağlayacak ve hasta yükü ve sorumluluklarını paylaşacak mesleki yardımcılar olmalıdır, uygun zaman ve yerde sürekli tıp eğitimi fırsatları olmalıdır ve hekim ve ailesi için yaşam anlarını paylaşacakları *yeterli zaman ve imkan olmalıdır*.

Şartlar öyle olmalıdır ki, aile hekimi, tıpta önemli bir yer kapladığını hissetmelidir, mesleğini en iyi şekilde uygulayabilecek fırsatlara sahip olmalıdır, toplumun ve meslektaşlarının saygısını kazanabilmelidir ve ailesiyle birlikte, iyi bir çevrede, mutlu ve üretken bir yaşam sürdürebilmelidir.

Hastane Ayrıcalıkları ve Ekonomik Eşitlik Aile hekiminin modern, bilimsel tıbbi uygulayabilmesi ve hastalarına uygun bir bakım sağlayabilmesinde yeterli hastane ayrıcalıklarının olması büyük önem taşımaktadır. Ne yazık ki, tıp öğrencileri ve genç hekimler arasında, gelecekte birçok önemli hastanenin aile hekimlerine bu tür olanaklar sağlamak istemeyeceği endişesi hakimdir. Eğer aile hekimleri yeterince eğitilmiş olursa bu bir sorun teşkil etmemelidir. Joint Commission on Accreditation of Hospitals'ın (Hastanelerin Akreditasyonu Birleşik Komisyonu) yapmış olduğu düzenlemeler, personel istihdamında eğitim ve hekimlik becerisine bağlı kalınmasını söylemektedir.

Bir çok toplum kesimindeki hekimlerin, eğitim ve becerilerine uygun hastane olanakları elde edemeyeceklerine dair çok az

kanıt bulunmaktadır. Ancak, bu endişe devam etmektedir. Federal hükümetin sağlık sistemi içinde giderek daha fazla yer alması ve tıp uygulamalarının gelecekte alacağı biçimin belirsizliği de bu korkuları arttırmaktadır. Birçok tıp öğrencisi, gelecekte bu ülkedeki aile hekimlerinin, İngiltere'deki NHS altında çalışan GP'ler gibi, hastane ayrıcalıklarının ellerinden alınacağı endişesi taşıdıklarını ifade etmişlerdir.

Devlet tarafından sağlanan tüm hizmetler gibi hastanelerin de, iyi eğitilmiş aile hekimleri için uygun ayrıcalıkları sağlayacak politikalar ve prosedürler belirlemesi ve bunu yaptıkları olgusunun geniş kesimlerce bilinmesini sağlamaları gerekmektedir. Benzer biçimde, üçüncü tarafların ücret tarifeleri özellikle yasal olarak uzman olmuş bir aile hekimi aleyhine ayrımcılık içermemelidir. Aile hekimliğini amaçlayan tıp öğrencileri ve genç hekimler, böylece yetersiz hastane ayrıcalıkları kuruntusu ile karşılaşmak zorunda kalmazlar, bununla birlikte hayali olarak bu kuruntu ve hükümet ve üçüncü taraflar tarafından uygulanan ayrımcı ekonomik politikalar gerçek olabilir,

Mesleki Yardımcılar ve Destekleyici Hizmetler Bağımsız çalışmayı, grup içinde çalışmaya tercih eden bir çok hekim olmakla birlikte, toplumun hekimden tek başına bir yerde yerleşip çalışmasını beklediği günler geride kalmıştır. Entellektüel ve mesleki uyarılar olması açısından, güç sorunların çözümünde kendisine yardımcı olmaları açısından ve çalışmadığı zamanlarda yerini doldurmaları için meslektaşlara ihtiyacı vardır.

Ek olarak, modern tıp uygulayan hekimin, laboratuvar, röntgen, yardımcı sağlık personeli gibi destekleyici hizmetlere de ihtiyacı vardır. Genç hekimler bu ihtiyacın farkına varıp, bu imkanları varolduğu birimlerde yerleşmektedirler.

Birden fazla hekimi destekleyemeyecek kadar imkanları kısıtlı olan, hekimin ihtiyaç duyacağı kaynakları, imkanları, mesleki uyarıları sağlayamayacak toplulukların yerleşik bir hekim beklentisinde olmamaları gerekir. Bu tür yerler için, yakındaki daha büyük bir merkezden hizmet alınması ya da bu tür birkaç küçük yerleşim yerinin birleşerek küçük bir hekim grubunu destekleyebilecek imkanları sağlamaları çözüm olabilir. Modern ulaşım imkanlarının gelişmesi, her küçük yerde hekim bulunması zorunluluğunu ortadan kaldırmıştır. Halk sağlığı hemşiresi gibi yardımcı sağlık personeli kullanılması, ya da belki “hekimin gölgesini uzatacak” bir tıbbi yardımcı olasılığı da dikkate alınmalıdır.

Hekimler giderek resmi ya da gayri resmi olarak birlikte çalışma biçimlerini benimsemektedirler. Bu tür düzenlemeler, aile hekimliği kariyerini çekici hale getirmede öne çıkarılmalıdır. Özel Komite, her hangi bir organize grubun, personel ve örgütlenme olarak bu amaca uygun yapılanmadıkça, aile hekiminin ihtiyaçlarını karşılayamayacağını vurgulamak ister. Grup içerisinde aile hekimliği için eğitilmiş ve bu rolde işlev gören hekimler olmalıdır.

Sürekli Eğitim Çalışan, özellikle de aile hekimliğinde çalışan tüm hekimlerin ihtiyaç duyduğu destekleyici hizmetlerden biri de sürekli tıp eğitimidir. Tıp fakülteleri ve diğer eğitim kurumları, sadece eğitim merkezlerinde kurslar ve bilgileri tazeleyici fırsatlar sağlayarak değil, aynı zamanda bilinen ve uygulanan ancak fazla kullanılmayan çeşitli yollarla eğitimi hekimin ayağına getirerek de büyük katkılarda bulunabilirler. Hedef, *Hekimler İçin Yaşam Boyu Öğrenme*'de¹⁵ belirtildiği gibi, hekime “kendi seçeceği zaman, tempo ve yerde” çok sayıda öğrenme fırsatı sunmaktır.

Özel Komite, son yıllarda sürekli eğitim programlarının nitelik ve niceliğinde ve hekimlerin de bu tür programa katılımında belirgin bir artış olduğunu kabul etmektedir. Hem tıp merkezlerinde hem de periferde, sürekli öğrenme konusunda mükemmel fırsatlar sunan pek çok meslek örgütü, tıp fakültesi ve diğer eğitim kurumları bulunmaktadır.

Tıp fakülteleri, sahada çalışan hekimleri entellektüel açıdan canlı tutacak ve öğrenme merkezleri tarafından tanınma ve ilişkisini sürdürmesine yardımcı olacak uygun sürekli eğitimin sağlanması konusunda önemli imkanlara sahip, hatta bunu sağlamaya zorludurlar. Bunu yapacak teknikler iyileşmekte ve gelişmektedir ancak hepsi mali imkanlar gerektirmektedir. Kalp Hastalıkları, Kanser, İnme ve İlişkili Hastalıklarda Bölgesel Tıp Programları hakkındaki 89-239 sayılı yasa, yeni sürekli eğitim programlarının gelişmesi ve mevcut programların genişlemesi için önemli destek sağlamıştır. Mesleği uygulayanlar da eğitim kurumlarının gereken mali desteği elde etmesini sağlamadaki sorumluluklarını kabul etmelidirler.

İşin Doğası ve Yaşamın Hoş Yönleri Hekim için en önemli olan, mesleki çalışmasının kalitesinden gurur duymak ve tıpta önemli ve mükemmel bir iş yaptığını hissetmektir.

Meslektaşlar arasında saygınlığın, kendine saygının ve prestijin idamesi, hep yüksek çapta tıp uygulama yeteneğine bağlıdır. Bununla birlikte, bir çok tıp öğrencisi arasında, belki de bilerek ya da bilmeyerek tıp fakültesi öğretim üyeleri tarafından ortaya atılmış; bir aile hekiminin karşılaştığı çeşitlilikte sorunlarla baş edebilecek yeterliliğe sahip olmanın imkansız olduğu şeklinde, popüler bir inanış vardır. Bu da aile hekiminin sadece ikinci kalitede olabileceği ve hekimlikte gerçek mükemmelliğin sadece dar kapsamlı alanlarda uzmanlaşmış hekimlerce elde edilebileceği izlenimine neden olmaktadır.

Ayrıca, aile hekiminin diğer uzmanlardan daha uzun saatler çalışması gerekeceği ama bunun karşılığında daha az takdir edileceği ve daha az kazanacağı şeklinde bir his de mevcuttur. Tüm bunlar, aile hekiminin mutlu ve verimli bir yaşam yürütemeyeceği ve ailesiyle yaşamın bazı hoşluklarının tadını çıkaramayacağı izlenimine katkıda bulunmaktadır. Sonuç olarak, tıp fakültesi yıllarında ya da hastane eğitimleri sırasında veya birkaç yıl pratisyenlikten sonra, bir çok tıp öğrencisi ve hekim, gelir düzeyinin, kişisel doyumu ve statüsünün daha iyi olduğuna inanılan, bilgi ve becerilerin daha sınırlanmış ve çalışma saatlerinin daha belirli olduğu uzmanlıklardan birine girmeyi tercih etmektedir.

Özel Komite, aile hekimliği eğitimi konusundaki etkin bir programın, geleceğin aile hekimliğindeki büyük zorluklar ve fırsatlar ile bireyin kapsamlı ve sürekli bakımından sorumlu bir hekimin ne kadar önemli olduğunu kuvvetle vurgulaması gerektiğine inanmaktadır. Öğretim üyeleri, fonlar ve müfredat içerisindeki süre açısından aile hekimliği programına verilen önem öğrencileri bu gerçekler konusunda ikna etmekte yardımcı olacak seviyede olmalıdır. Ayrıca, uygun bir eğitim programı, tıp öğrencilerine ve genç hekimlere, aile hekimliğindeki sorunların çeşitliliği ile nasıl etkin ve rahat bir şekilde baş edebileceklerini öğretebilir ve aile hekiminin de yüksek kalitede bilimsel tıp uygulayabileceğini gösterebilir.

Eğitim programının bir bölümü saha deneyimini de içermelidir. Bu saha deneyimi sırasında aile hekimliğinin başarılı bir uygulamasını görebilir ve dolu dolu ve verimli bir yaşam süren ve mükemmel tıp uygulaması yapan aile hekimlerini gözlemleyebilirler. Böyle bir program, tıp öğrencisinin aile hekimliğinin zengin getirilerini fark etmesini ve eğer ona çekici gelirse, başka bir uzmanlık dalına angaje olmadan aile hekimliği kariyerini seçmesini sağlamalıdır.

Daha önce de belirtildiği gibi, aşırı çalışma, yetersiz serbest zaman ve kısıtlı aile yaşantısı gibi sorunlar, resmi bir grup veya bağımsız çalışanların birlikte çalışma amaçlı düzenlemeleri şeklinde başka aile hekimlerinin mevcudiyeti ve destekleyici servisleri ve yardımcıları kullanarak büyük oranda hafifletilebilir.

Aile Hekimliği Eğitim Programlarının Finansmanı

Tıp fakülteleri ve eğitim kurumlarının aile hekimliği alanında tatmin edici eğitim programları ve klinik eğitim alanında örnek uygulama modelleri geliştirmeleri için önemli miktarda ilave mali kaynağa gereksinim olacaktır. Artık, tıp fakültelerindeki önemli klinik anabilim dalları da öğretim üyeleri, personel ve işletme giderleri için oldukça fazla bütçe desteğine ihtiyaç duymaktadır ve eğitim ve araştırma programında önemli bir rol oynayabilmek için aile hekimliği birimleri de benzer desteği bulabilmelidir. İlavenen, eğitim alanında verilen hasta bakım hizmetlerinin finansmanı için de destek sağlanmalıdır. Hasta müşterilerin karakteri ve yerel düzenlemelere bağlı olarak, tıbbi bakım hizmetlerinin maliyeti büyük oranda hizmet verilen populasyon tarafından karşılanabilir ancak eğitim programlarının ilave bazı giderleri için başka kaynaklardan karşılanması gereken bir açık oluşabilir.

Benzer olarak, çoğu tıp fakültesi ve eğitim kurumunda aile hekimliği programları için ilave imkanlara gereksinim vardır ve bu imkanların sağlanmasının belli bir maliyeti vardır. Günümüzde tıp fakülteleri arzu ettikleri ya da aslında gerekli olan aktiviteleri yürütebilmek için büyük mali yüklerin altına girmektedirler, bu nedenle, çok az tıp fakültesi aile hekimliği programlarının kurulması için mali kaynak ayırabilecek durumdadır. Bu nedenle, eğitim programının işletme giderleri için, yeni binaların inşa edilmesi için ve hasta bakımı alanındaki araştırmalar için önemli miktarlarda yeni mali kaynağa ihtiyaç vardır.

Yetkin araştırmacılar yetiştirmek ve araştırmaları genişletmek yolundaki ulusal çabalarımızda bir analogi yatmaktadır. İkinci Dünya Savaşı'nın sonundaki araştırma faaliyetleri, bugünkü tabloyla karşılaştırıldığında oldukça düşük bir seviyede idi ve araştırmacı yetiştirmek için özel programlar hemen hemen hiç yoktu. Oldukça genişletilmiş bir araştırma programının sürdürülmesi ve bu programı yürütecek araştırmacıların eğitilmesi toplum tarafından yüksek öncelikli, ulusal bir ihtiyaç olarak addedilmiştir. Bunun sonucu olarak, bu amaçla gerek hükümet tarafından, gerekse özel kaynaklardan bu alana giderek artan oranda ve yüksek miktarda kaynak akışı olmuştur. Günümüzde, tıp fakültelerinin giderlerinin yarısı ya da daha fazlası araştırmaya harcanmaktadır. Sonuç, yürütülen araştırma miktarında ve yetişen araştırmacı sayısında, çok büyük bir artış olması olmuştur.

Birleşik Devletler'in aile hekimlerine olan gereksinimi, Özel Komite tarafından, -araştırma ve araştırma eğitimiyle kıyaslanabilecek derecede- yüksek öncelik verilmesi gereken önemli bir ulusal ihtiyaç olarak görülmektedir. Daha fazla aile hekiminin hayata geçirilmesi için, tıp fakülteleri ve aile hekimliği eğitim programlarına önemli ve gideren artan miktarlarda paranın akıtılması gerekecektir.

İdeal olarak, gelir kaynakları oldukça çeşitli olmalıdır. Bu kaynaklar arasında hekimler ve vakıflar ve gönüllü sağlık kurumları gibi özel bağışçılar, aile hekimliği öğretim üyelerini oluşturan hekimler tarafından hastalara verilen hizmetler karşılığı elde edilen gelirler ve federal, eyalet ya da yerel çeşitli devlet kurumlarınca sağlanan fonlar yer alabilir. Aile hekimliğinin gelişmesi ve aile hekimlerinin eğitilmesi söz konusu olduğunda önemli miktarda paranın gerekeceği ve eğer tıp mesleği bu meseleyle ciddi olarak ilgileniyorsa, gerekli finansmanın bulunması için de önemli desteği vermeye hazırlıklı olmalıdır.

Ulusal araştırma çabalarımızda olduğu gibi, bu para yavaş yavaş artacaktır. Başlangıç alçakgönüllü ancak konuya özel ilgi duyan fakültelerin yeni programlar oluşturmaya yetecek miktarda olmalıdır. Ayrıca, miktar ve ulaşılabilirlik açısından, fakültelelere güçlü bir şekilde özendirici olacak özellikte olmalıdır. Araştırma programlarıyla olan deneyim, bu teşviklerin ne kadar etkili olduğunu göstermiştir. Programlar geliştikçe ve yeni programlar kurma fırsatları yaratıldıkça, daha fazla paraya gereksinim olacaktır. Ulusal ihtiyacın karşılanması bekleniyorsa aile hekimliği programlarına uzun yıllar boyunca sürekli artan bir mali desteğin sürdürülmesi gerekecektir.

Uygun Aile Hekimliği Modelleri Yaratılabilir mi?

Ad Hoc Komitesi tıp öğrencilerinin, intörnlerin ve aile hekimliği asistanlarının eğitiminde etkili olacak uygun aile hekimliği modellerinin gerekliliğinin açık olduğunu düşünmektedir. Bu modellerin hekimlere uygulamada arzulanan aile hekimliği yöntemlerini göstermekte ve hasta bakım araştırmaları için temel olmakta ek yararları olacaktır.

Komite uygun aile hekimliği modellerinin bugün bile nadir olduğunu ve pek çok eğitim merkezinde yeterli modeller geliştirmenin zor olabileceğini kabul etmiştir. Günümüzde tıp fakülteleri ve eğitim hastaneleri geleneksel uzmanlık dalları ve klinik servislerinden oluşmaktadır ve değişime karşı belirgin direnç olabilir. Aile hekimliği programı yeni binaların ve kaynakların kurulmasının mümkün olduğu yerlerde muhtemelen en kolay geliştirilebilir, böylece program olan ve olması muhtemel karşıt girişimlerle mücadele etmek zorunda kalmaz.

Hem aile hekimliği klinik becerileri olan hem de tıp fakültelerimizde büyük görevler alacak akademik donanımda olan az sayıda hekim var ve halen bu görevdekilerin sayıları çok az. Bugün eğitim kurumlarında aile hekimlerinin yeri ve prestiji kısıtlı. Yeterli olana kadar; bilgileri, becerileri ve başarıları sayesinde akademik dünyada kalabilecek kaliteli akademisyenler yetiştirilebilir ve eğitim kurumlarında diğer servislere eşit hak ve fırsatlar sağlayacak anabilim dalları olana kadar tıp öğrencilerinin bu alana karşı tutumlarını değiştirmek zor olacaktır.

Başarılı aile hekimliği modellerinin yaratılması tıp fakülteleri ve saha uygulayıcıları açısından farklı tutumlar gerektirir. Bir yandan uzmanlık dalı; üniversitede veya eğitim hastanesinde; özel hekimlere bakımları için gerekli ücretleri ödeme gücünde olan bir hasta grubunun bakımını üstlenmiş öğretim üyesi hekimler görmek istemelidir. Bu hasta grubu toplumun sosyo ekonomik olarak gerçek bir kesitini oluşturmalıdır ki aile hekimliğinin sorunlarını gerçek bir resmini sunsun. Bir grup yoksul hasta yada bölge hastanesinin polikliniğinde görülen tipik bir grup bu amaca hizmet etmeyecektir.

Uzmanlık dalı tıp fakültelerinin yeni hasta hizmet sunum yollarını ve tıp pratiğini düzenlemeyi araştırması ve denemesi için izin vermeli hatta destekleyici olmalıdır.

Diğer yandan akademisyenler meslekleriyle büyük bir samimiyetle uğraşmalı ve programlar için ihtiyaç duyulacak aileler dikkatle saptanmalı ve eğitim ve araştırma için belirlenmiş sınırlarda tutulmalıdır. Bu sınırların dışında, çoğu yer hekimin ekonomik durumuna belirgin etkisi olacak kadar büyük değildir, tıp fakülteleri ve eğitim kurumları saha hekimleri ile rekabet etmemelidir. Tıp fakülteleri ilgili ve yeterli donanımda olan saha hekimlerini programlarına ortak olarak dahil etmelidirler. Sonuç olarak eğitim, araştırma ve hasta bakım hizmeti programlarının hepsini, başarılı programlara duyulan ilgide bir araya getirme fırsatı vardır.

Tıp Fakülteleri ve Toplum Hastanesi Organizasyonu-Bir Aile Hekimliği İdari Bölümü

Tıp fakültesinde aile hekimliği müfredatının geliştirilmesinden ve aile hekimliği klinik servisinin işleyişinden sorumlu olacak idari bölümün gerektiği gerçeği daha önce belirtilmiştir. Mevcut tutumların bakış açısından böyle bir bölümün çoğu tıp fakültesinde ve eğitim hastanesinde kurulması kolay olmayabilir.

Bu ihtiyacın giderilebilmesi için pek çok değişik yol vardır: birincisi aile hekimliği anabilim dalı; diğeri dahili bilimler içinde aile hekimliği bölümü açılması, üçüncüsü karma bir bölüm açılması; ve mevcut bir durumda yeterli hizmet verecek başka yaklaşımlar da olabilir.

İdari bölüm kurulduğunda yeterli tam zamanlı idareci ve personeli, diğer bölümler ve servilerinkine eşit hakları, müfredat ve klinik servisi kontrol edecek yeterli zamanı ve mantıklı bir bütçesi olmalıdır.

Aynı kriterler aile hekimliği eğitim programları geliştirmek isteyen devlet hastanelerine de uygulanır. Çoğu zaman, onların yapıları en az tıp fakülteleri kadar geleneksel ve katıdır ve

ihtiyaç duyulan organizasyon, personel, eğitici ve programın elde edilmesi ve desteklenmesi konusunda benzer güçlükler öngörülebilir.

Organizasyon önemli bir konu olsa da, kurumlar uygulamada gerekli adımları atarken dikkatli olmalıdır. Akademik yeterlilik için yönetim ve personel gerekir. Yönetim bölümleri ancak yeterli personel varlığında kurulabilir.

VI: ÖZET VE ÖNERİLER

Ad Hoc Aile Hekimliği Eğitimi Komitesi Eylül 1964 de aile hekimliğinin geleceğiyle ilgili AMA (Amerikan Tabipler Birliği) politikalarını gözden geçirmek ve böyle bir politikanın hedeflerinin kazandıracağı eğitim yaklaşımını önermek üzere görevlendirildi. Aslında Komite aile hekimlerinin sayısının neden azaldığını araştırmak ve kaynak artırıcı çözümler önermek üzere toplanmıştı.

Komite Amerikan halkının kapsamlı kişisel sağlık hizmeti verecek çok sayıda iyi yetişmiş aile hekimi istediğini ve ihtiyacı olduğunu düşünmektedir. Bunlar geleceğin tıbbi ihtiyaçlarına göre yeni eğitim programları ile hazırlanmış uzman hekimler olacaktır. Uzman olarak uygun uzmanlık kurullarınca sertifikalandırılacaklardır.

Belirgin sayıda tıp öğrencisini ve mezununu çekecek başarılı programlar uzmanlık ile uyum, tıp eğitimin yeniden düzenlenmesini ve tıp fakültesi ve eğitim hastanesi düzeninde değişiklikler gerektirir. Yeterli bir eğitim programının kalbi, sıkı gözetimle tıp öğrencilerinin ve asistanların kapsamlı, sürekli sağlık hizmetine katılımını sağlamak için uygun aile hekimliği modeli olmaktır. Program ayrı bir bölümde bağımsız ve diğer uzmanlıklarla kıyaslanabilir statüde tam zamanlı çalışan öğretim üyelerinin yönetiminde olmalıdır.

Toplumun ihtiyaçlarını karşılamaya yetecek sayıda aile hekiminin hazırlanması tıp eğiticileri ile sahada çalışanların tam uyumu ve ciddi zamana ihtiyaç duyar. Bu büyük ulusal bir sorundur ve cesur bir yaklaşım zorunludur. Şimdi tıbbi araştırmalara ayrılan kadar öncelikli, tatminkar, çeşitli maddi destek gerekecektir.

Ad Hoc Komitesi Aşağıdaki Önerileri Sunar

Bu raporun metninde tarif edildiği üzere gelecek için çok sayıda aile hekimi eğitimi yapacak yeni programların özendirilmesi için temel girişimler hızla başlatılmalıdır. Eğitim programları tıp eğitiminin tıp öncesi eğitim, tıp eğitimi, intörlük ve uzmanlık eğitimi ve sürekli eğitim gibi tüm aşamalarını ilgilendirmelidir. Ana noktalar diğer uzmanlıklarla kıyaslanabilir üstünlükte ve her hekimin ilgi ve ihtiyaçlarına göre programlar tasarlamaya uygun esneklikte olmalıdır.

Tıp fakülteleri ve eğitim hastaneleri sahada çalışanlarla birlikte aile hekimliği modelleri geliştirme olanağı arama konusunda zorlanmalıdır.

Aile hekimliği eğitim programlarını desteklemek için yeni maddi yardım kaynakları geliştirilmelidir. Programın; eğitim programının planlanması, tam zamanlı öğretim üyelerinin seçimi ve eğitimi, aile hekimliği hizmetlerinin ve modellerinin geliştirilmesi ve hasta bakımı ve toplum sağlığı ile ilgili araştırmaların planlanması gibi tüm bölümleri için destekleyici fonlar sağlanmalıdır.

Aile hekimliği diğer uzmanlık dalları gibi tanınmalı ve eş statü verilmelidir. Kabul edilen eğitim programlarını tamamlayan ve aile hekimi olarak yeterliliklerini gösterenlere uygun uzmanlık belge sistemi sağlanmalıdır. Mezuniyet programı (intörlük-asistanlık programı) 2 ayrı yapıdan çok tek bir yapı tarafından akreditasyon için değerlendirilen iç içe geçmiş bir bütün olmalıdır.

Aile hekimliğine çevrenin ilgisini çekecek ve tıp öğrencileri ve genç hekimlerin bu alanı seçmesi için özendirici olarak hizmet edecek diğer faktörlere özel dikkat gösterilmelidir.

Aile hekimi yetiştirmeyle ilgili tıp fakültelerinin tıp öncesi programları ve başvuru işlemleri, öğrenci değerlendirme

politikaları ve müfredatlarının etkisi ile ilgili dikkatli çalışmalar yapılmalıdır.

EK I

Aile Hekiliği Eğitimi ile İlgili Ad Hoc Komitesinden Önce Görev Alan Danışmanlar

Craig W. Borden, MD, Amerikan İç Hastalıkları Kurulu üyesi, V.A. Araştırma Hastesi Dahiliye Şefi, Chicago, Illinois

David A. Boyd, Jr., MD, Amerikan Psikiyatri ve Nöroloji Kurulu Saymanı ve Sekreteri, Rochester, Minnesota

Henry D. Brainerd, MD, Amerikan İç Hastalıkları Kurulu Başkanı, California Üniversitesi Tıp Fakültesinde Dahiliye Profesörü, San Fransico

Warren H. Cole, MD, Amerikan Cerrahlar Birliği Başkan Vekili, Tıp Eğitimi Komisyon Üyesi, Illinois Üniversitesi Tıp Fakültesi Cerrahi Bölüm Başkanı, Chicago

L. W. Early, MD, Pittsburgh Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri profesörü, Amerikan Psikiyatri Birliği Eğitim Komisyonu Başkanı

A. Carlton Ernestine, MD, Amerikan Hekimler Birliği Başkanı, Cleveland, Ohio

Lester Evans, MD, Tıp Eğitimi Danışmanı

Robert J. Haggerty, MD, Rochester Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatri Bölüm Başkanı ve Pediatri Uzmanlık Eğitimi Değerlendirme Komitesi Üyesi

James W. Haviland, MD, Amerikan Hekimler Birliği Başkanlar Kurulu Üyesi, Washington Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Profesörü, Seattle, Washington

Fred J. Hofmeister, MD, Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Birliği Üyesi, Milwaukee, Wisconsin

William Hubbard, MD, Michigan Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı, Ann Arbor, Michigan

E. Gartley Jaco, Ph.D., Minnesota Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Profesörü, Halk Sağlığı Okulu Uzmanlık Yöneticisi

William D. Keettel, Jr., MD, Iowa Üniversitesi Tıp Fakültesi Obstetri ve Jinekoloji Bölüm Başkanı

Victor W. Logan, MD, Amerikan İç Hastalıkları Kurulu Yöneticisi, Strong Memorial Hastanesi, Rochester, New York

Carl J. Marienfeld, MD, Missouri Üniversitesi Tıp Fakültesi Toplum Sağlığı Profesörü ve Bölümler Arası Sağlık Araştırmaları Yöneticisi

Merle M. Musselman, MD, Amerikan Cerrahi Kurulu Üyesi, Nebraska Üniversitesi Tıp Fakültesi Cerrahi Bölüm Başkanı, Omaha, Nebraska

Leland S. McKittrick, MD, Amerikan Cerrahlar Birliği Başkanı, Harvard Tıp Fakültesi Emekli Cerrahi Profesörü, Boston

John Paul North, MD, Amerikan Cerrahlar Birliği Yöneticisi, Chicago

Jesse Rising, MD, Kansas Üniversitesi Tıp Fakültesi Mezuniyet Sonrası Tıp Direktörü

Edward C. Rosenow, Jr., MD, Amerikan Hekimler Birliği Yöneticisi

Harvey L. Smith, Ph. D., North Carolina Üniversitesi Sosyoloji Profesörüne North Carolina Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Bölümü Klinik Sosyoloji Profesörü

Harry A. Towsley, MD, Michigan Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatri Profesörü ve Amerikan Pediatri Akademisi Geçmiş Dönem Başkanı

F. Howell Wright, MD, Chicago Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatri Profesörü, Amerikan Pediatri Kurulu Başkanı

Aile Hekimliğinin Kilometre Taşları: Millis ve Willard Raporları

Lawrence E. Young, MD, İç Hastalıkları Profesörları Derneği
Başkanı, Rochester Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları
Bölüm Başkanı

EK 2

Aile Hekimliği İntörn-Asistan Eğitim Programı İçin Gerekli Zaman

Değişik uzmanlık gruplarının temsilcileriyle yapılan konsültasyonlar sonucunda Ad Hoc Komitesi mükemmel bir aile hekimi olmak için intörlük-asistanlık döneminde yeterli beceri ve bilgiler edinmeye yetecek harcanması gerekli olan zamanı elde ettiler.

Tüm bu ayarlamalar bloklar halinde olursa 35-40 ay gerekir. Ek olarak seçmeli stajlar ve toplum sağlığı için de zaman gerekir. Böylece en küçük program, ardışık zaman dilimleri ile tıp fakültesi sonrası 3 yıldan fazla zaman gerektirir ve 4 yıl daha uygun olur. Her bir dalda özel beceriler için ek eğitim gerektiği açıktır. Bununla birlikte aşağıda açıklandığı gibi, Ad Hoc Komitesi şartlar uygun olarak hazırlanırsa 3 yılda sunulabilecek mükemmel bir programa izin verecek daha etkin bir yaklaşım olduğunu düşünmektedir.

Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi ile ilgili Citizens Komisyonunun raporu uzmanlık süresiyle ilgili şu ifadeyi içerir:

“Çoğu genç hekim dört veya daha fazla yılı intörlük ve uzmanlık eğitimine harcamaktadır. Zaman 3 faktörden dolayı uzamaktadır: öğrenileceklerin miktarının artması; hastanelerin personel ihtiyacı; ‘benim alanım seninkinden daha zor, öyleyse uzmanlık daha uzun olmalı ve uzun bir uzmanlık her durumda iyi görünür ve prestij katar’ yaklaşımı”.

“Bu nedenlerden sadece ilkinin yasal yönü vardır. Hastane servisi önemli bir sorundur, ancak ayrı bir konudur. Uzmanlıklar arasında belli miktar rekabet önerilir, ama asistanlar faturayı ödememelidir.

Uzmanlık eğitimin süresi değerlendirilirken sadece eğitim ile ilgili değerler göz önüne alınmalıdır.”

Ad Hoc Komitesi eğitimin süresi ve hekim olarak ustalaşma arasında yakın ilgi olduğuna dair ortaya konmuş bir kanıt olmadığını farkındadır. Komite olgunlaşmada zamanın önemli bir öge olduğunu ve yeni bilginin sürekli edinildiğini kabul eder. Bununla birlikte, can alıcı değerlendirme hekimin ne kadar çok şey bildiği değil, öğrendiği prensipler ve kavramlar, gelişen yeni bilgileri bulma ve kullanma yeteneği, sorun çözme becerisidir. Bu nitelikler eğitimin süresi ilgili olmak zorunda değildir. Ayrıca; hiç bir hekimin her şeyi bilemeyeceği, öğrenmenin seçici olması gerektiği ve hekimin yaşamı boyunca sürekli eğitimle bilgi ve becerilerini artıran bir öğrenci olması gerektiği gerçekleri hakkında genel kabul vardır.

Aile hekimliği eğitim program tasarımı konusunda eşit derecede etkili olan, Ad Hoc Komitesi rotasyonların sadece ardışık şekilde birbirini izlemesinin gerekli yada arzu edilen olmadığı; bazı servislerin üst üste gelmesinin sadece olası değil uç uca birleştirmeye tercih edilen olduğuna inanmaktadır. Uygun bir hekimlik modelinde deneyim dahiliye, pediatri, psikiyatri ve diğer uzmanlıklarda uyumlu bir deneyim sağlayacaktır. Bundan başka, intörlük uzmanlık süresine dahil edilirse zamanı daha etkili kullanmak mümkün olacaktır.

Statü ve prestijin korunması için iç hastalıkları gibi dallarda olduğu gibi aile hekimliği uzmanlık programının da en az 4 yıl olması gerektiğini düşünenler olsa da, Ad Hoc Komitesi uygun şekilde tasarlanır ve uygun uygulama modeline uygulanırsa yeterli bir programın 3 yılda verilebileceğine inanmaktadır. Tasarımda ve uygulama modelinde eksiklikler olursa kısmen tamamlama için 3 yıldan fazla zaman gerekebilir. Bazı eğitim hastanelerindeki organizasyon ve destek sorunları sıkı bağlantılı ve iyi bütünleşmiş bir programı gerektirir ve daha uzun bir eğitimi gerekli kılar. Bazı durumlarda sahada yakın

gözetim altında geçen bir dönem, eğitim programın bir bölümünün yerini alabilir veya bir bölümünü oluşturabilir.

Yeterliliği belirleyici mevcut yöntemlerimiz, uzmanlık sınavı ve yeterlilik kurulu sınavı, **çok arzu edildir**. Ortalama becerideki bir uzmanın 5 yıllık etkin uygulamadan sonra uzmanlığını bitirdiği ana göre hasta bakımında daha yetersiz olması akla uygun değildir. Bununla birlikte, daha az yeterli olduğu sonucunu şu anki sınav kayıtları göstermektedir çünkü hekimler, eğitim sonrası mezuniyeti izleyen dönemde, uzmanlık yeterlilik sınavlarını geçme yeteneklerini yavaş yavaş kaybederler. Ad Hoc Komitesi bunu, sınavlar öncelikle bilgileri hatırlamayı ölçer, yargılamayı, becerileri, olgunluğu ve bilgiyi bulma ve kullanma yeteneği gibi deneyimle artan nitelikleri değil diye açıklamaktadır.

Ad Hoc Komitesi eğitimin değerlendirmesi ve uzmanlık sınavlarını ve yeterlilik kurul sınavlarının daha iyi olması için önemli çalışmalar ve araştırmalar olduğunu kabul eder. Bu çalışmalar ve araştırmalar aile hekimliği sertifikasyonu ve re-sertifikasyonunun tasarımında kısmen desteklenmelidir.

Günümüzde yetkinliğin ölçütü olarak geleneksel sınavları kullanmamız gerekir, çünkü daha iyi yöntemler yoktur. En önemlisi, yeni ve hayali eğitim programları hem klasik sınav yöntemleriyle hem de sıkı sınav şemasıyla çok sıkı kısıtlanmamalıdır.

Değişik fikir alış verişleri ve dikkatli düşünmeyle kafada yukarıdaki noktalar sonucunda Ad Hoc Komitesi 3 yıllık bir iyi tasarlanmış uzmanlık programının aile hekimliği eğitimi alan çoğu hekim için yeterli olacağını düşünmektedir. Komite daha uzun süreli programlara karşı olmamakla birlikte gereksiz uzun programlarda tıbbi iş gücünün boşa verileceğini ve uygulamada eğitimin daha yararlı olacağını düşünmektedir.

Kaynaklar

1. The Graduate Education of the Physician: Report of the Citizens Commission on Graduate Medical Education, American Medical Association, September, 1966.
2. Health is a Community Affair: Report of the National Commission on Community Health Services, May, 1966.
3. Comprehensive Health Care: A Challenge to American Communities. Report of the Task Force on Comprehensive Personal Health Service of the National Commission on Community Health Service May, 1966.
4. Final Report on Preparation for Family Practice: Report of the Committee on Preparation for General Practice, American Medical Association, June, 1959.
5. Weiskotten, H. G., Wiggins, W. S., Altenderfer, M. G., and Tipner, A., Trends in Medical Practice. J. M. Educ. 35:1071-1095, (Dec.) 1960.
6. Executive Director's Page, Bull. Am. Coll. Phys. 6:218 (July-Aug.) 1965.
7. Cahal, M. F., What the Public Thinks of the Family Doctor-Folklore or Fact, G. P. 25:146-157 (Feb.) 1962.
8. Ruhe, C. H. W., Present Projections of Physician Production, JAMA, In Press.
9. Medical School Admisson Requirements, U.S.A. and Canada, s. 4, 17th Edition, 1966-67, Association of American Medical Colleges.
10. Flexner, A. Medical Educaton in the United States and Canada. Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, Bulletin No. 4, 1910.
11. Beaton, L. E. A Doc Ain't Never Thru. JAMA 189:40-42, (July) 1964.

12. Essentials for Approval of Examining Boards in Medical Specialties, Council on Medical Education, American Medical Association and Advisory Board for Medical Specialties, Revised June 1963.
13. McWhinney, I. R., General Practice as an Academic Discipline, The Lancet, (Feb.) 1966.
14. Caughey, J. L. Jr., More Medical Students-The Need and Available Supply, JAMA, In Press.
15. Dryer, B. V., Lifetime Learning for Physicians, J. Med. Educ. 37:1-134 (June, Pt. 2) 1962.

Indeks

A

Ad Hoc Komitesi, 129, 132,
133, 135, 140, 145, 150,
155, 156, 157, 175, 181,
188, 190, 193, 195, 197,
198, 204, 211, 212, 213,
214

Aile hekimligi, 6, 7, 8, 26, 47,
50, 54, 125, 127, 128, 129,
130, 131, 132, 133, 146,
155, 156, 157, 158, 159,
160, 161, 162, 163, 165,
166, 167, 169, 170, 171,
172, 173, 174, 175, 176,
177, 178, 181, 182, 183,
184, 185, 186, 187, 188,
189, 193, 195, 196, 197,
198, 199, 200, 203, 204,
211, 212, 213, 214

Aile Hekimligi Egitim
Programi, 155, 158, 160

Aile hekimligi modelleri, 169,
198

Aile hekimligi uygulama
modeli, 175

Aile hekimligi uzmanlik egitimi
süresi, 211

Aile Hekiminin Çevresi, 190
Akreditasyon, 156

AMA, 11, 12, 19, 20, 25, 127,
128, 130, 131, 133, 182,
203

Amerikan Hastaneler Birliği,
26, 116

Amerikan Tabipler Birliği. Bk
AMA

Amerikan Tip Okullari Birliği,
18, 32, 111, 112, 116

Anestezi, 164

Asistanlik, 11, 15, 18, 20, 21,
23, 24, 25, 28, 29, 30, 41,
54, 57, 59, 68, 70, 71, 72,
76, 78, 79, 80, 85, 88, 105,
106, 114, 115, 117, 119,
130, 145, 154, 155, 156,
168, 169, 211

Asistanlik Denetim Komiteleri,
117

Asistanlik egitimi, 67

B

Birincil hekim, 49, 55, 56, 57,
58, 59, 60, 61, 63, 64, 65,
144

C

Cerrahi, 26, 35, 61, 76, 79,
162

Citizens Commission. Bk Tip
Egitimi Halk Komisyonu
Coggeshall raporu, 18, 32,
108

D

Destekleyici hizmetler, 192
Devlet hastanesi modeli, 174

E

Egitici hekim, 88
Egiticilik, 176, 177
Egiticilik kriterleri, 179
Egitim hastanesi, 84

Aile Hekimliginin Kilometre Taslari: Millis ve Willard Raporlari

F

Fellowship, 187
Flexner raporu, 7, 11, 12, 15,
19, 24, 42, 53, 150, 215

G

Genel klinik hizmet. *Bk* Genel
klinik servis
Genel klinik servis, 159, 169,
171
Genel pratisyen, 17, 46, 48,
130, 131, 140, 141
Genel Pratisyen Akademisi,
53
Genel pratisyenlik, 6, 47, 50,
130, 141, 185, 187
Grup muayenehanesi, 174,
177

H

Hastane aglari, 96
Hastane Akreditasyon Birligi,
27, 191

I

İç hastaliklari, 26, 73, 76, 141,
160, 161, 164, 173, 184,
187, 212
İlk temas hekimi, 49, 159
İntörlük, 11, 16, 19, 20, 23,
24, 25, 26, 27, 28, 29, 30,
41, 54, 70, 71, 72, 73, 80,
81, 82, 84, 85, 106, 130,
145, 154, 155, 156, 157,
168, 204, 211, 212
rotasyon, 26, 27, 59, 71,
73, 157
İntörlük İnceleme Komitesi,
27

J

Joint Commission on
Accreditation of Hospitals.
Bk Hastane Akreditasyon
Birligi

K

Kadin dogum, 163
Kapsamli bakım, 46, 49, 56,
59, 64, 66, 143
Kapsamli bakım için eğitim,
53
Kapsamli tip, 50
Kisisel hekimlik, 47
Klinik karar verme becerisi,
158

M

Muayenehanede eğitim, 178

N

NHS, 191
Nüfus hareketi, 36

O

Oftalmoloji, 164

P

Pediyatri, 26, 54, 59, 119, 161,
162, 163, 173, 184, 186,
212
Psikiyatri, 61, 76, 163

R

Radyoloji, 164
Resertifikasyon, 183

Aile Hekimliginin Kilometre Taslari: Millis ve Willard Raporlari

S

Saglik bakimi, 97
Sertifikasyon, 63, 72, 81, 104,
106, 119, 178, 182, 183
Sosyal ve davranissal bilimler,
166
Sürekli bakim, 157
Sürekli egitim. Bk Sürekli tip
egitimi
Sürekli öğrenme. Bk Sürekli
tip egitimi.
Sürekli saglik bakimi, 141,
143, 155
Sürekli tip egitimi, 37, 167,
169, 191, 193
Sürekliлик, 47, 172

T

Tip Egitimi Halk Komisyonu,
12, 18
Tip Egitimi Konseyi, 19, 25,
26, 29, 30, 105, 111, 112,
113, 114, 116, 127, 182
Tip egitiminin evrimi, 90
Tip Fakülteleri, 24, 25, 26,
108, 150, 186, 200
Tipta Yeterlik Kurullari
Fedarasyonu, 26

Toplum hekimligi, 165

U

Ulusal hedefler, 99
Uzmanlik egitimi, 9, 11, 58,
102, 109, 114, 115, 116,
117, 120, 127, 133, 143,
207
Uzmanlik egitiminin
denetlenmesi, 104
Uzmanlik egitiminin sürekliligi,
70
Uzmanlik egitiminin süresi, 80

Ü

Üniversite tip merkezi, 102,
171
Üniversitenin uzmanlik
egitimindeki rolü, 90

Y

Yasam boyu öğrenme, 193
Yasam boyu öğrenme, 158
Yeterlik kurulu, 23, 28, 71,
178, 181, 182, 183, 184,
213

Kırk Yılda Ne Değişti?

*E*n yaşlı tıp mesleğinden en genç uzmanlığa giden yol kolay yürünmedi. Millis ve Willard raporları, üzerinden geçen yıllara rağmen, ülkemiz sağlık çalışanları için çok tanıdık unsurlar içeriyor. Birinci basamak sağlık hizmetleri üzerine düşünen ve çalışan herkesin, bu kırk yıllık eserlerde günümüz Türkiye'sini çağrıştıran birşeyler bulması mümkün.

Bu raporları okuduğunuzda 1940'li yıllarda Genel Tababet ihtisasını başlatan bir ülkede, ikibinlerde Aile Doktorluğu'nun tartışılıyor olmasını da ilginç bulacağınızı düşünüyoruz. "Kırk yılda ne değişti?" sorusunu okuyucularımızın değerlendirmesine sunuyoruz...