

# Uluslararası Açıdan Ülkemizde Aile Hekimliği

Yrd. Doç. Dr. Ayşe ÇAYLAN  
Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi  
Aile Hekimliği Anabilim Dalı  
acaylan2000@yahoo.com

Her ülkenin esas ilgi alanı ve sorumluluğu kendi halkının sağlığını geliştirmek ve sürdürmektir. Ülkeler, maliyet-etkinliği yüksek, maksada uygun, adil ve sürdürülebilir olan yüksek kalitede bir sağlık hizmeti sağlamaya çabaladıkları için baş etmesi zor olan bir değişim ile karşı karşıya bulunmaktadır. Bu bakımdan aile hekimliği, her bir ulusun kendi koşullarına uygun sağlık hizmeti sağlamada yeterli esneklik ve kapasiteye sahip bir uzmanlık dalıdır.

Aile hekimliği yaş, cins, hastalık ayırt etmeksizin

sağlık hizmeti veren kendi disiplininin prensipleri doğrultusunda sağlık hizmeti sunan uzmanlaşmış birinci basamak hekimidir.

Wonca Europe 2002 Avrupa tanımına bakılıcak olursa “Aile Hekimi, disiplininin prensipleri doğrultusunda eğitim almış uzman doktordur. Tıbbi bakım isteyen kişiye, yaş, cinsiyet ve hastalıktan bağımsız, kapsamlı ve sürekli sağlık bakımı sunmakla sorumludur. Bu bakımı, hastalarının kararlarına da saygı göstererek kendi aile, toplum ve kültürleri bağlamında verir. Yetenek ve de-



1923'lerde Francis Weld Peabody aşırı uzmanlaşmaya dikkat çekmiş, genel tıbbı doğru hızlı bir şekilde geri dönülmesi gerekliliğini öne sürmüştür.

gerlerini etkin ve güvenli bir sağlık bakımı vermek üzere geliştirmekle yükümlüdür" şeklinde tanımlandığı görülmektedir.

Tıbbın tarihsel gelişimine bakılacak olursa ilk zamanlarda tıbbın bir sanat olarak başladığını ve usta-çırak ilişkisi şeklinde öğretildiğini görmekteyiz. Mikroskopun bulunması, bakterilerin keşfi, bilimsel ve teknolojik gelişmelerin etkisiyle tıp, pozitif bir bilim olma özelliğini kazanmıştır. Flexner'in 1910'da yayınladığı raporda bilimsel ve teknolojik gelişmeler göz önüne alındığında tıbbi uygulamaların artık usta-çırak ilişkisi şeklinde olmayacağı, tıbbın bir pozitif bilim olarak üniversitelerde öğretilmesi gerekliliği vurgulanmıştır. Flexner'in bu raporundan sonra bilim ve teknolojiye hızla ilerlemelerin devam etmesi branşlaşmanın hızla artmasına, çok ileri uzmanlık alanlarının oluşmasına neden olmuştur. Bu gelişmeler sonucunda uzmanlık alanları arasında ilişki ve koordinasyon azalmış ve teknolojiye bağımlı tanı ve tedavi yöntemleri gelişmiştir. Bunun yanı sıra sağlıklı suyun temin edilmesi, aşılarda keşfi, enfeksiyon hastalıklarında elde edilen başarılar, tanı ve tedavi olanaklarının artması, yaşam süresinin uzamasına yol açmıştır. Yaşam süresi uzadıkça yeni sağlık sorunları ortaya çıkmaya başlamıştır. Kronik hastalıklar, yaşlılık, kazalar bunlar arasında yer almaktadır. Bunun sonucunda insanı bir organ, bir sistem, bir vaka olarak değil, bir bütün, bir birey olarak ele alması gereken bir hekim tipine ihtiyaç olduğu görülmüştür.

1923'lerde Francis Weld Peabody aşırı uzmanlaşmaya dikkat çekmiş, genel tıbbı doğru hızlı bir şekilde geri dönülmesi gerekliliğini öne sürmüştür. Ancak toplumsal yapı ve tıbbın henüz buna hazır olmaması süreci geçiktirmiş ve bu süreç 1950'lerde ivme kazanma-

ya başlamıştır. Önceleri çok az hekim aile hekimliğini tercih etmiş, daha sonra 1960'larda uzmanlık giderek hız kazanmaya başlamıştır. İngiltere Genel Pratisyenlik Kraliyet Koleji'nin 1952'de kurulması, (bu olay birinci basamakta mesleki gelişimi sağlamada örnek oluşturabilecek bir örgütlenmeye gidilmesi açısından önem teşkil etmektedir), daha sonra yayınlanan Millis ve Willard Raporlarının (mezuniyet öncesi eğitimin, uzmanlık eğitiminin ve sürekli tıp eğitiminin nasıl olması gerektiği hakkında kendi içinde eleştiriler ve çözümler getiren bir rapor) Amerikan Tıp Birliği tarafından 1966'da yayınlanması, 1969'da Amerikan yeterlilik Kurulunun kurulması önemli gelişmeler arasında yer almaktadır.

Bunları takiben 1974'de Leuvenhorst' de birinci basamak ile ilgili bir araya gelen taraflar tarafından tüm dünyada kabul görmüş bir Aile Hekimliği tanımının yapılması gerekliliği vurgulanmış ve birinci basamak hekimliğinin, insanı organ veya sistemlerini esas olarak inceleyen diğer klinik uzmanlık dallarından farklı bir uzmanlık dalı olduğu belirtilerek Aile Hekimliğinin tanımı yapılmıştır. 1978'de yapılan Alma Ata Konferansında ise Birinci basamak hekimliğinin kendine özgü bilgi ve tutum içerdiği ve bu hizmet sunumunun bu alanda uzmanlaşmış hekimlerce verilmesi gerekliliği üzerine hizmet sunumunun tanımı yapılmıştır. Bu konferans sonrasında birinci basamak giderek önem kazanmaya başlamış ve sağlık politikaları tekrar gözden geçirilmiştir ve tüm uzmanlık dalları kendi alanlarını yeniden gözden geçirmişlerdir. Bunu takiben Avrupa Konseyi kararları eğitimin süresini belirlemiş ve 1994'de Ontario Konferansı ile sağlık bakımını daha eşit, maliyet etkin ve gereksinimlere yanıt verir kılabilmek için kökten değişikliklerin yapılması gerekliliği üzerinde durulmuştur.

Avrupa Topluluğu üyesi ülkelerin birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışacak hekimlerin tıp fakültesi mezuniyeti sonrası en az 2 yıl Aile Hekimliği hizmeti eğitimi alması gerektiği karara bağlanmış ancak 2001’de yayınlanan bir direktifle bu süre 3 yıla çıkarılarak konsensus sağlanmıştır.



Bu vesileyle her ülkede bağımsız aile hekimliği örgütlerinin kurulması önerilmiştir.

Avrupa Birliği kararlarına bakıldığında eğitimle ilgili olarak arka arkaya 1986, 1993, 2000 direktiflerini görmekteyiz. Bu direktiflerde Avrupa Topluluğu üyesi ülkelerin birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışacak hekimlerin tıp fakültesi mezuniyeti sonrası en az 2 yıl Aile Hekimliği hizmeti eğitimi alması gerektiği karara bağlanmış ancak 2001’de yayınlanan bir direktifle bu süre 3 yıla çıkarılarak konsensus sağlanmıştır. Bu da Avrupa Birliği ülkeleri arasında ve uluslararasılaşma yönünden verilen hizmetin standardının sağlanması için önemlidir.

Ülkeler belirledikleri sağlık hedefleri doğrultusunda hareket ettikleri için, kendi ekonomik, coğrafi ve kültürel ortamlarına en uygun stratejileri seçmeleri gerekir. Sağlık sistemlerini geliştirmeye yönelik stratejilerle ilgili evrensel bilgilerin edinilmesi, sağlık sisteminin düzenlenmesi, ülkelerinde aile hekimliğinin geliştirilmesinde

karar verici kişiler açısından bir yol gösterici olabilir.

Son onlu yıllarda Avrupa’da birinci basamakta eğitim ve araştırmalar aile hekimliğinin bir akademik disiplin olarak tanınmasında katkıda bulunmuştur. Fakat hala Avrupa birliği ülkeleri içinde tam olarak tanınmadığı yerler de vardır. Bu bağlamda Avrupa’daki ülkeler arasında farklılıklar bulunmaktadır. Bazı kuzey Avrupa ülkeleri anabilim dallarındaki akademik yapılanma sonucunda araştırma, eğitim ve yayın konusunda aile hekimliği yönünden öncü rolünü üstlenmişlerdir. Avrupa Birliği’ne yeni dahil edilen bazı ülkelerde de iyi gelişmiş aile hekimliği anabilim dalları ve diğer üye ülkelerle paylaşabilecekleri kıymetli deneyimleri bulunmaktadır. Bu ülkeler arasında homojen bir Avrupa mentalitesine sahip küçük bir aile hekimi grubu olan Malta, 45 aile hekimliği anabilim dalına sahip Türkiye ve Avrupa aile hekimliği birliklerinde yüksek düzeyde üyeleri bulunan Slovenya başta gelmektedir. Aile hekimliği, özellikle bazı Akdeniz ülkeleri arasında hala belki de politik nedenlerden



Dünyadaki bu gelişmeler sürerken Aile hekimliğinin bu perspektif içerisinde daha fazla nasıl aktif bir rol alması gerekliliği üzerinde çalışmaların teşvik edilmesi gerekmektedir.

dolayı akademik bir disiplin olarak görülememektedir. Bu da Aile Hekimliğine ait dokümanların tartışılması ve benimsenmesinde gecikmelere neden olmaktadır.

Aile hekimliğinde uluslararasılaşma büyüme ve gelişmeye, bilgi ve yeni teknolojilere ulaşmaya, deneyimleri paylaşmaya, uluslararası projelere katılmaya, uluslararası kalite standartlarının sağlanmasına yardımcı olur. Bu bağlamda birkaç yıldır Avrupa Birliği ülkeleri arasında; sınır ötesi yani diğer Avrupa Birliği ülkelerinde alınan tıbbi hizmetin geçerliliği ve paylaşımı, hasta tıbbi bilgilerinin ülkeler arası işlerliğinin sağlanması, hasta reçetelerinin paylaşımı, tıbbi kayıtların paylaşımı, ödeme sistemleri, gündeme gelmekte ve bunlarla ilgili birçok projeler yürütülmektedir. Bu projelerin yürütülmesi konusunda Calliope (Creating a European coordination network for eHealth interoperability implementation) ve daha önce SOS (Smart Open Services) olarak bilinen Epsos (European Patients Smart Open Services) gibi proje çalışma gurupları oluşturulmuş olup ülkelerin

kendi bakanlıkları tarafından geniş katkılar sağlanmaktadır.

Dünyadaki bu gelişmeler sürerken aile hekimliğinin bu perspektif içerisinde daha fazla nasıl aktif bir rol alması gerekliliği üzerinde çalışmaların teşvik edilmesi gerekmektedir.

#### KAYNAKLAR

1. Carelli F The current status of family medicine in europe- academic european family medicine version revised sept 2008
2. The European Definition of General Practice/Family Medicine.Evans P (Editor) Wonca Europe 2002.
3. Aile Hekimliğinin Kilonetre Taşları: Millis ve Willard Raporları. Aktürk Z, Dağdeviren N (çeviri editörleri) Türkiye Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği Yayınları, İstanbul 2004.
4. Sağlık Sistemlerinin Geliştirilmesinde Aile Hekimliğinin Katkısı: Klavuz Kitap Bilgel N (Çeviri editörü),Bursa 2005.
5. Aile Hekimliği Pilot Uygulama ve Değerlendirme Raporu: Mevcut Durum ve Geleceğe İlişkin Kurumsal Görüş ve Öneriler. Türkiye Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği Yayınları, 2007
6. Aile Hekimliği.Bilgel N (Editör), Medikal Tıp Kitapevi, Bursa 2006
7. <http://www.epos.eu/about-epos.html> 10.05.2010
8. <http://www.calliope-network.eu/Home/tabid/277/Default.aspx> 10.05.2010
9. <http://www.ailehekimligidergisi.org/Journal/Default.aspx?Ctrl=Text&IDArticle=82> 11.05.2010