

AİLE HEKİMLİĞİ

Tıp bilimlerindeki uzmanlık dallarının tarihçesine baktığımızda tümünün bir gereksinim doğrultusunda doğduğunu görürüz. Aile hekimliğine olan gereksinim ilk kez 1923 yılında Francis Peabody tarafından gündeme getirilmiştir. Bunu takiben American Medical Association'un 1966 yılında "Millis Raporu ve Willard Raporu" olarak bilinen 2 raporu yayınlaması sonrasında "primer bakım" (primary care) konusunda çalışan yeni bir uzmanlık dalı tanınmıştır. Bu uzmanlar kimi ülkelerde genel pratisyen, kimi ülkelerde ise aile hekimi olarak adlandırılmaktadır. Ülkemizde bu uzmanlık dalının adı 1983 yılında yayınlanan tababet uzmanlık tüzüğünde belirtildiği üzere "**aile hekimi**"dir.

Günümüzde aile hekimliğinin sağlık sistemleri içindeki vazgeçilmez yeri ve önemi çeşitli bilimsel makalelerde de sıklıkla vurgulanmaktadır. Öyleki Avrupa Birliği ülkeleri birinci basamak sağlık hizmeti sunan birimlerde çalışacak hekimlerin, tıp fakültesinden mezun olduktan sonra en az 3 yıl klinik eğitim almış aile hekimliği uzmanları olmasını 1997 yılından bu yana şart koşturmaktadır.

Mesleki eğitim yanında aile hekimliği eğitiminin bir diğer yanı temel tıp eğitimidir. Temel tıp eğitiminde aile hekimliği eğitimine özel bir yer ayrılmasının toplumun gereksinimlerini daha iyi karşılayacak hekimler yetiştirilmesindeki önemi DSÖ dökümanlarında da zaman zaman yer almaktadır. Bu konuda karşılaşılan en büyük zorluk, toplumun gereksinimlerine göre değilde tıp biliminin gereksinimlerine yönelik oluşturulmuş klasik (kişileri hasta, hekimleri tedavi edici olarak gören) tıp eğitim programlarının değiştirilmesine karşı olan dirençtir. Ancak değişen koşullara ve insanların beklentilerine ayak uydurmak zorunda olan tıp fakülteleri konunun önemini anlamışlar ve eğitim programlarında bazı düzenlemelere gitmişlerdir. Bu konuda tıp ve eğitim literatüründe gün geçtikçe daha fazla sayıda makale yayınlanmaktadır.

Aile Hekimliği kavramı ülkemizde ilk kez tüm dünya ile eş zamanlı olarak 1970'li yılların ortalarında tartışılmaya başlanmış ve o dönemde genel olarak sağlık ocağı hekiminin fonksiyonlarından biri olarak düşünülmüş, ayrı bir uzmanlık olması fikri genel bir kabul görmemiştir.

Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'deki aile hekimliğinin de gelişimsel süreci önce idari ve daha sonra da bilimsel yönde olmuştur. İdari gelişim sürecinde ilk aşama 1983 yılında tababet uzmanlık tüzüğüne alınarak Türkiye'de **aile hekimliği** bir uzmanlık dalı olarak kabul edilmesidir.

Aile hekimliğinin bir uzmanlık dalı olarak kabul edilmesiyle birlikte birçok tartışma da ortaya çıkmıştır. Bu tartışmaların kökeninde Türkiye'deki aile hekimliği tanımının bir uzmanlık dalı olarak değil de bir "sistem" olarak yapılması yatmaktadır. Ancak bu yanlışlığı gören Sağlık Bakanlığı bu yıl yayınladığı belgelerde "**aile hekimliğini**" bir uzmanlık alanı olarak tariflemekte; önerilen sistemde hastaların ilk başvuracakları ve sağlık hizmetini alacakları doktorluk uygulamasını ise "**aile doktorluğu**" olarak adlandırmaktadır.

Geçmişte Sağlık Bakanlığının sağlık sisteminin finansmanında yapmayı planladığı köklü değişikliklerin temeline kendisinin yaptığı aile hekimliği tanımı yerleştirmesi özellikle halk sağlığı ile uğraşan bilim adamlarının karşı çıkmasına ve sanki sadece genel sağlık sigortası varsa aile hekimleri varmış bu sigorta kurulamazsa aile hekimleri de olmayacakmış gibi bir düşünce geliştirmelerine neden olmuştur. Hatta bazı fanatik çevreler bu durumu "..... birinci basamağı aile hekimlendirecekler. Pratisyen hekimlere -daha doğrusu- sağlık ocaklarını kaldırmaya çalışıyorlar." şeklinde yorumlayarak aile hekimliğinin sosyalizasyon sistemine bir alternatif olduğu imajını yaratmaya çalışmaktadırlar. Halbuki ne mevcut pratisyen hekimlerin tek çalışma alanı sağlık ocaklarıdır, ne

de aile hekimliği sağlık sisteminin olmazsa olmaz kurallarından biri olan basamaklı hizmet sunumu koşuluna bir alternatiftir. Tam aksine sağlık ocaklarında birinci basamak tanı, tedavi ve kişiye yönelik koruyucu hizmetler konusunda uzmanlaşmış aile hekimlerinin çalışması, günümüzde maddi-manevi birçok nedenle büyük oranda atıl hale gelmiş bu yapıları yeniden sağlık sistemine kazandıracaktır.

Temeli eksik bilgi ve tartışma yetersizliğine dayanan bu saptırmaların, Türkiye'ye yararlı olacak "karşılıklı fikir alışverişleri" haline dönüşebilmesi için kişisel güç kaybı endişesinden arındırılması gerekir.

Sonuç olarak aile hekimliği;

- Hastalara ulaşılabilir ve kabul edilebilir hizmetler,
- Sağlık hizmeti kaynaklarının adil dağılımı,

- Kapsamlı tedavi, palyasyon ve koruyucu hizmetlerle sağlığın geliştirilmesini sağlayan hizmetleri entegre ve koordine bir şekilde ulaştırılması,

- İkincil (ikinci basamak) teknoloji ve ilaçların rasyonel kullanımı,

- Hizmetlerin maliyet-etkinlik oranlarında artma sağlayabilmektedir.

Sonuçta bu kazanımlar, hastanelerde verilen uzmanlaşmış sağlık hizmetinin işyükü ve kalitesini de olumlu yönden etkileyecek etkin ve verimli, yüksek kalitede bir sağlık hizmeti anlamına gelir.

Prof. Dr. Süleyman GÖRPELİOĞLU
KOÜ Aile Hekimliği A.B.D. Başkanı

KAYNAKÇA

* Rakel RE. The Family Physician. Textbook of Family Practice'de 5th Edition. (Ed) Rakel RE.

W.B.Saunders Company, Philadelphia, 1995

* Hayden J. The importance of general practice in a primary care led national health service. Br J Gen Pract May 1996; 267-68

* 5 Nisan 1993 tarih ve 93/16/EEC sayılı "Avrupa Konseyi Doktorların Serbest Dolaşımı ve Diplomaların ve Diğer Resmi Belgelerin Karşılıklı Tanınması Hakkındaki Direktifi

* WHO-WONCA. Making medical education more relevant to people's needs: the contribution of the family doctor. WHO-WONCA Konferansı, Ontario, Kanada 6-8 Kasım 1994

* Abrahamson S. Time to return medical schools to their primary purpose: education. Acad Med 1996; 71(4): 343-47

* Culbertson RA. How successfully can academic faculty practices compete in developing managed care markets Acad Med 1996; 71(8): 858-70

* Osborn EHS, O'Neil EH. "Bimodal" medical schools: excelling in research and primary care. Acad Med 1996; 71(9): 941-49