

DERLEME MAKALE

İsmail Hamdi Kara¹
Tolga Günvar²
Didem Sunay³
Okay Başak⁴

¹Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi,

Aile Hekimliği AD – Düzce

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp
Fakültesi, Aile Hekimliği AD –
İzmir

³T.C. Sağlık Bakanlığı Keçiören
Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile
Hekimliği Kliniği Eğitim Sorumlusu
– Ankara

⁴Adnan Menderes Üniversitesi Tıp
Fakültesi, Aile Hekimliği AD –
Aydın

*Bu çalışma 2015 WONCA Avrupa Aile
Hekimliği Kongresinde (WONCA
EUROPE Conference, 22-25 October
2015, İstanbul) 24 Ekim 2015 tarihinde
"Workshop: Family Medicine Residency
Training in Primary Care Settings:
Famiy Health Centers for Teaching"
isimli çalıştayda tartışılan konuları
içermektedir.*

Yazışma Adresi:

Dr. İsmail Hamdi Kara
Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile
Hekimliği AD– Düzce
E-mail: ihkara13@hotmail.com

Geliş Tarihi: 20.10.2015

Kabul Tarihi:30.12.2015

Konuralp Tıp Dergisi

e-ISSN1309-3878
konuralptipdergi@duzce.edu.tr
konuralpgeneltip@gmail.com
www.konuralptipdergi.duzce.edu.tr

Aile Hekimliği Uygulama Eğitimi: Nerede, Ne Kadar, Nasıl ve Ne Zaman?

ÖZ

Bu makalede 2015 WONCA Avrupa Kongresi'nde yapılan çalıştay çerçevesinde aile hekimliği uzmanlık eğitiminin sahadaki yeri ve önemi tartışılacaktır.

Aile hekimliği uzmanlık eğitimi üç sacayağından oluşur; hastane ve diğer sağlık kurumları rotasyonları, aile hekimliği kliniklerinde eğitsel aktiviteler ve birinci basamak ortamında eğitim. 1985–2010 yılları arasında uzmanlık eğitimi sadece hastane rotasyonlarından oluşmaktaydı. 1995'ten sonra üniversite ve eğitim araştırma hastanelerinde aile hekimliği kliniklerinin hızla artmasıyla bölümlerin eğitsel aktiviteleri uzmanlık eğitiminin önemli bir parçası haline geldi. Tıpta Uzmanlık Kurulu'nun (TUK) 2010 yılında yeni çekirdek/çerçeve eğitim müfredatını kabul etmesiyle zorunlu rotasyonlar 18 aya indirildi. Uzun çabalardan sonra mevzuatta gereken değişiklikler birinci basamakta uzmanlık eğitimine olanak sağlamıştır. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD), Türkiye Aile Hekimliği Yeterlik Kurulu (TAHYK) ve Aile Hekimliği Akademisi'nin değerli katkılarına rağmen birinci basamak ortamında uzmanlık eğitiminin tartışılmasına ve açıklığa kavuşturulmasına ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Aile Hekimliği, Uzmanlık Eğitimi, Birinci Basamakta Uzmanlık Eğitimi

Family Medicine Residency Training: Where, How Much, How and When?

ABSTRACT

In this article, it will be discussed of the setting and the importance of the family medicine residency training in field related workshop framework that was made in the WONCA Europe Conference 2015. Family medicine residency training consists of three basic pillars: Rotations in hospital and other health care facilities, educational activities in family medicine departments and training in primary care settings. Between 1985 and 2011, formal residency training was consisted only of hospital rotations. With the rapid growth of family medicine departments in universities and clinics in research and training hospitals since 1995, educational activities of departments have increasingly been an important part of residency training. In 2011, with the acceptance of new core curriculum by TUK (Specialty Board in Medicine) obligatory rotations were decreased to 18 months. After a long term effort, necessary regulatory changes have been made to enable residency training in primary care. Although valuable contributions have been made by Turkish Association of Family Physicians (TAHUD), Turkish Board of Family Medicine (TAHYK) and Academy of Family Medicine residency training in primary care settings is still needed to be discussed and clarified.

Keywords: Family Medicine, Residency Training, Residency Training in Primary Care

GİRİŞ

- Dünya Aile Hekimliği Akademileri Birliği (WONCA) aile hekimini (Şekil 1):

“Aile hekimi tıbbi bakıma gereksinimi olan herkese çok yönlü bakım vermek ve gerekli olduğunda diğer sağlık personelinin hizmet sunması için organize etmekten birinci derecede sorumlu hekimdir”.

“Diğer sağlık personeli yaş, cins ya da tanı bazında hizmetlerini sınırlandırırken; aile hekimi bakım gereksinim herkesi kabul eden bir generalist olarak işlev görür”.

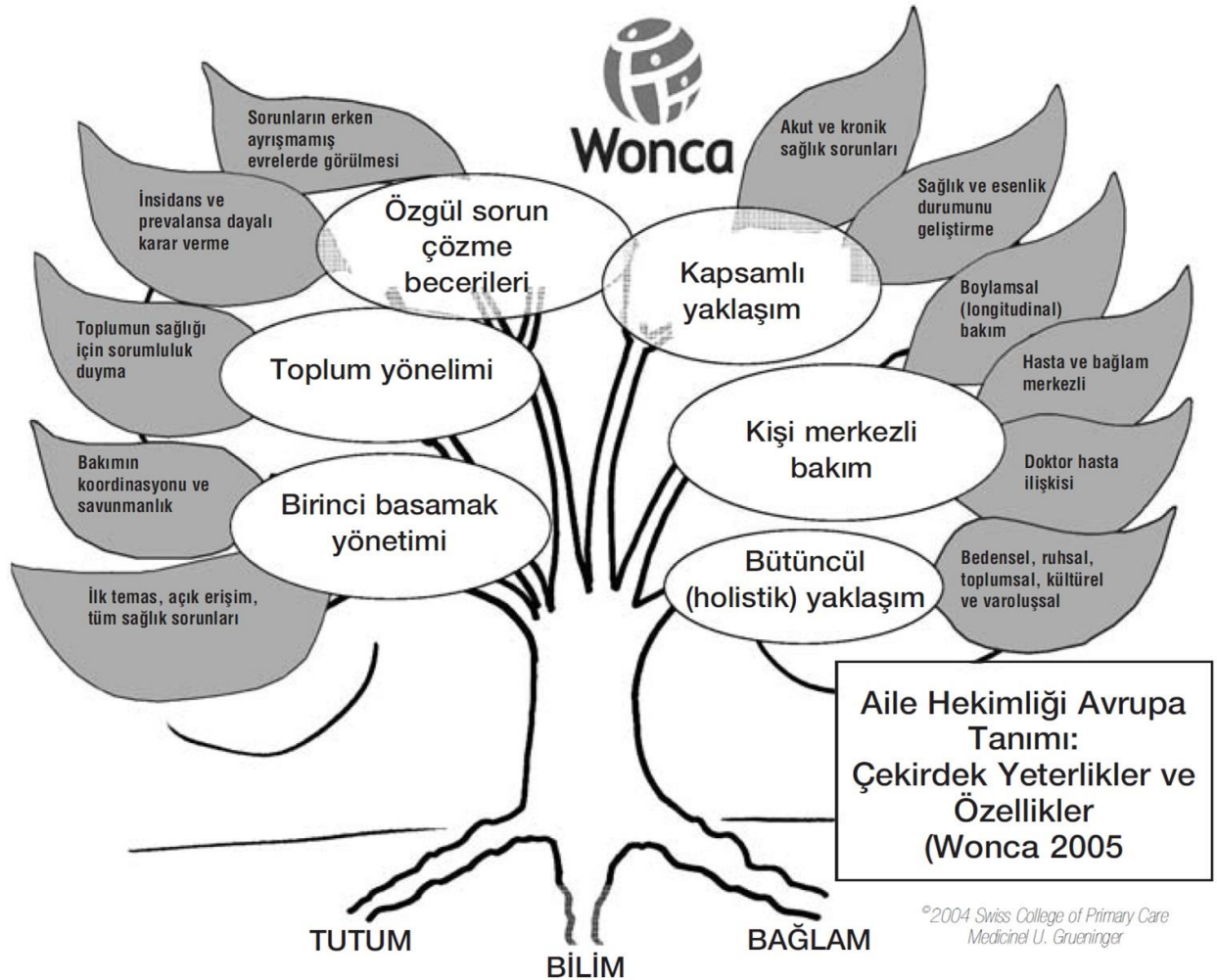
“Aile hekimi ırk, din, kültür ya da sosyal sınıf ayrımı gözetmeksizin kişiyi aile, aileyi de toplum bağlamında ele alır”.

“Hastalarının kültürel, sosyoekonomik ve psikolojik zeminlerini öğrendikten sonra bakımlarının büyük bölümünü üstlenecek kadar klinik yeterliliğe sahiptir. Ek olarak hastalarına kapsamlı ve devamlı bir bakım verme sorumluluğunu da üstlenir” şeklinde tanımlanmaktadır.

Öte yandan WONCA Europe Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik Avrupa Tanımında, Avrupa’da sağlık sistemlerinin örgütlenmesinde ve aile hekimliği uygulamalarında önemli farklılıklar olduğu belirtilmektedir.

Avrupa Birliği (AB) ülkeleri ve AB’ye girmek isteyen ülkeler için tıp eğitimi, esas olarak doktorların serbest dolaşımını sağlamayı amaçlayan AB 93/16 Direktifi’ne göre düzenlenmektedir. 93/16 Direktifinde, en az altı ayı birinci basamak aile hekimliği ortamında olmak üzere; en az iki yıl süren bir eğitim dönemi tanımlanmaktadır. Bu süre artık üç ya da daha fazla yıla uzatılmış durumdadır (1,2).

Genel pratisyenlik uzmanlık eğitimi ile ilgili 1994 yılı “European Union of General Practitioners (UEMO)” Uzlaşma Belgesinde de, eğitim süresinin uygulama ve kuramsal bölümleriyle en az üç yıla uzatılması ve klinik eğitimi süresinin en az %50’sinin birinci basamak aile hekimliği ortamında geçirilmesi gerektiği öne sürülmüştür (1,2).



Şekil 1. Dünya Aile Hekimliği Akademileri Birliği (WONCA) 2005-çekirdek yeterlikler (1)

TUKMOS-Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi (3)

Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı- Genel, sf: 5/8 6/836

Aile hekimliği uzmanlık eğitimi 1985 yılından bu yana Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde ve Tıp Fakültelerinin Aile Hekimliği Anabilim Dallarında üç yıl süreli olarak verilmektedir. Tıpta Uzmanlık Kurulu'nun 21-23.06.2010 tarih ve 82 sayılı kararına kadar aile hekimliği uzmanlık eğitiminin tamamı rotasyonlardan oluşmaktaydı. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi üç temel bölümden oluşmaktadır: Aile hekimliği uygulama eğitimi, ilgili alanlarda rotasyonlar ve program boyu süren düzenli eğitim etkinlikleri. (3)

Müfredatın Amacı ve Hedefleri

1. Birinci basamak sağlık hizmet sunumunun geliştirilmesi
2. Toplumunu oluşturan bireylerin sağlıklı olmasının sağlanması
3. Sağlığın geliştirilmesi ve korunması
4. Bireylerin sağlık anlayışının ve toplumun sağlık bilincinin geliştirilmesi
5. Bireylerin akut ve kronik sağlık sorunlarının erken tanınması ve yönetilmesi
6. Sağlık sisteminin hizmet sunum basamakları arasındaki ilişkinin sağlanması ve bireyin tüm bakım gereksinimlerinin karşılanması

TUKMOS, Çekirdek Müfredatları, Aile Hekimliği, v.1.0 23.08.2011'den itibaren geçerlidir.

Asistanlık Süreci:

- i. Kayıt Şekli: Aile Hekimliği uzmanlık eğitimine başlamak için Tıpta Uzmanlık Sınavı ile bu programa yerleştirilmek koşuldur.
- ii. Adaylarda Aranılan Şartlar: Tıp Fakültesinden mezun olmak ve ÖSYM tarafından yayımlanan TUS Kılavuzunda yer alan koşulları karşılıyor olmak.
- e. Asistanlık Süresi: 36 ay
- f. Zorunlu rotasyon süresi: 18 ay
- f. Yan Dallar: Yok

TUKMOS 5. bölüm **EĞİTİM KAYNAKLARI** (Çekirdek Müfredat Hazırlama Kılavuzu, v.1.1, 2013)

5.1. Eğitici Standartları

En az bir eğiticinin varlığında uzmanlık eğitimi verilebilir.

Aile Hekimliği Uzmanı olup profesör, doçent, eğitim görevlisi, yardımcı doçent veya başasistan unvanı olanlar bu dalda uzmanlık eğitimi verebilirler. Yardımcı doçent ve başasistan olanların bu görevlerini en az bir yıldır yapıyor olmaları gerekmektedir. Uzmanlık eğitimi verilen birimlerde Tıpta ve Dış Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliğinin yürürlüğe girdiği 18.7.2009 tarihinden önce istihdam edilmiş olan profesör ve doçentler için aile hekimliği uzmanı olmaları şartı bulunmaz.

Eğitim birimlerindeki uzmanlar ise eğiticilerin gözetiminde uzmanlık eğitiminde görev alabilirler (3).

5.2. Mekan Standartları

Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Aile Hekimliği Anabilim Dalı Poliklinikleri
EAH Aile Hekimliği Klinikleri
EAH Aile Hekimliği Poliklinikleri
Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri (ASM)
Eğitim amaçlı işbirliği yapılan ASM'ler. Bu birimler; özelliklerine göre eğitim, araştırma ve sağlık hizmeti için gerekli olan fiziksel alt yapıya sahip olmalıdır (3).

YÜKSEKÖĞRETİM VE BOLOGNA SÜRECİ

Bir üniversitenin bütünsel gelişimi, araştırma yanında öğretim kapasitesinin güçlendirilmesini de gerektirir. Öğretim kapasitesinin güçlendirilmesi ise en azından şu bileşenleri içermelidir:

1. Öğretim üyelerinin "eğiticilik" yeterliklerinin geliştirilmesi,
2. Öğretim programlarının iyileştirilmesi,
3. Öğrenme ortamlarının zenginleştirilmesi
4. Öğretim materyalleri sağlanması,
5. Yaşam boyu öğrenme becerilerinin kazandırılarak, öğrencilere de bu becerilerin kazandırılmasının sağlanması.

Bologna Süreci, 2010 yılına kadar Avrupa Yükseköğretim Alanı yaratmayı hedefleyen bir reformdur. 47 Avrupa ülkesi bu sürecin içerisinde yer almış ve süreçle ilgili çalışmaların çeşitli boyutlarında ciddi ilerlemeler kaydedilmiştir. Türkiye uygulamalarında da 31 üniversite *Avrupa Kredi Transfer Sistemi* (AKTS) etiketi, 73 üniversitede DE (Diploma Eki) etiketi almış ve uygulamalar hemen hemen tüm üniversitelere yaygınlaştırılmıştır (4-7).

19 Haziran 1999'da Bologna Üniversitesi'nde (*Almamater Studiorum Università' Di Bologna*) 29 Avrupa ülkesinin Eğitim Bakanları bir araya gelerek "Bologna

Bildirisi" olarak bilinen ortak bir bildiri yayınlamışlardır. Ülkemizin de altında imzasının bulunduğu bu bildiri de açıklanan temel amaç, 2010 yılına kadar kendi içinde uyumlu, birbirini karşılıklı olarak tamamlayan ve rekabet gücü yüksek bir "Avrupa Yükseköğretim Alanı" (*European Higher Education Area*) oluşturmaktır. Bu ana hedef doğrultusunda Bologna Bildirisi ile kapsanan konular (aktivite alanları) şunlardır:

1. Kolay anlaşılır ve birbirleriyle karşılaştırılabilir yükseköğretim diploma ve/veya dereceleri oluşturmak (bu amaç doğrultusunda Diploma Eki uygulamasının geliştirilmesi),
2. Yükseköğretimde Lisans ve Yüksek Lisans olmak üzere iki aşamalı derece sistemine geçmek,
3. Avrupa Kredi Transfer Sistemini (*European Credit Transfer System, ECTS*) uygulamak,
4. Öğrencilerin ve öğretim görevlilerinin hareketliliğini sağlamak ve yaygınlaştırmak,
5. Yükseköğretimde kalite güvencesi sistemleri ağını oluşturmak ve yaygınlaştırmak,
6. Yükseköğretimde Avrupa boyutunu geliştirmek.

19 Mayıs 2001'de Prag'da, Bologna Süreci'ne 3 hedef daha eklenmiştir:

7. Yaşam boyu öğrenmenin teşvik edilmesi,
8. Öğrencilerin ve yükseköğretim kurumlarının sürece aktif katılımının sağlanması,
9. Avrupa Yükseköğretim Alanı'nın cazip hale getirilmesi (4-7).

MİLLER PİRAMİDİ: BECERİ VE KLİNİK YETERLİĞİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Becerilerin ve klinik yeterliğin değerlendirilmesinde, her bir bileşenin doğru olarak ölçülmesini sağlayacak tek bir metottan bahsedebilmek neredeyse imkânsızdır. Miller'in piramidi (8), geçerliliğin değerlendirilmesindeki çerçeveyi belirlemesi anlamında bize yol gösterici olabilir (Şekil 2).



Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. *Academic Medicine (Supplement)* 1998; 63: S63-S7.

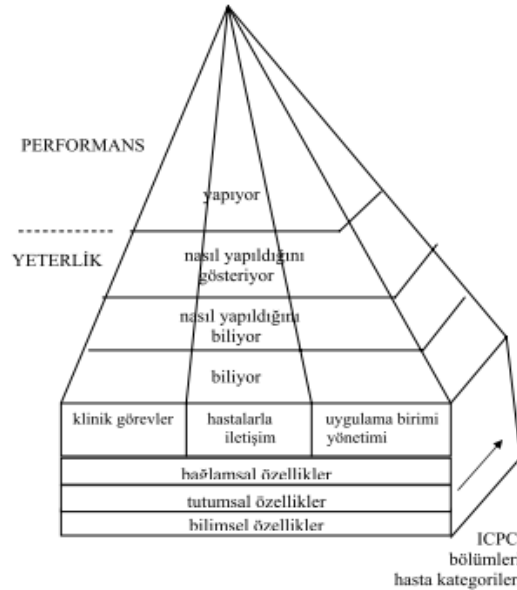
Şekil 2. Miller'in ustalık piramidi

Dört katlı bu piramit "Biliyor", "Nasıl olduğunu biliyor", "Nasıl uygulayacağını gösteriyor" ve "Uyguluyor" bölümlerinden

oluşmaktadır. Bu dört bölümü öğrencilerimizin herhangi bir beceriyi edinmesine uyarlayacak olursak; öğrenci önce bilecek, sonra onun bağlantılarını kurabilecek, daha sonra gözetim altında güvenli bir ortamda nasıl uygulayacağını gösterecek ve en sonunda gerçekten uygulama yetkisine kavuşacaktır.

Hasta yakınmalarını ve hastalıkları kaydetmek için Uluslararası Birinci Basamak Sınıflandırması'na (ICPC) 9 uygun bir sınıflandırma kullanılabilir (Şekil 3). Bu sınıflandırma özellikleri ve hasta kategorileri ikinci eksen de gösterilmektedir. Üçüncü eksen de ise model, yeterlik kazanmadan (biliyor, nasıl yapıldığını biliyor, gösteriyor) performans (yapıyor) tıpta uzmanlaşma ve kuramsal temeline ilişkin günümüzdeki yaklaşımı yansıtmaktadır. Piramidin tepesindeki performans düzeyi, günlük uygulamada hizmet biriminin yönetiminin yanı sıra hem klinik hem de iletişim performansını betimlemektedir. Bu piramit Donabedian çerçeve modelini de içermektedir.

Yapı (uygulama biriminin örgütlenmesi ve yönetimi) ve süreç (hastalarla iletişim ve klinik performans) yatay eksen de yer almaktadır. Hastaya ait sonuçlar (hastalıkla ilişkili göstergeler ve genel yaşam kalitesi) bu üç eksen arasındaki dinamik etkileşimin bir sonucu olarak görülebilir (1,9,10).



Şekil 3. Miller'in ustalık piramidinin hasta yakınmaları ve hastalıklar için ICPC'ye göre düzenlenmesi

Hollanda örneği: Eindhoven'da Eğitim Aile Hekimliği Merkezi (Dr. Olgun Göktaş Raporu) (11): *De Ondermenende Huisarts*

Eindhoven'da bu eğitim tipi aile hekimliği merkezinde eğitici aile hekimi çalışmaktadır. Aynı bahçe içinde, aile hekimliği merkezine bitişik olarak, diş ünitesi, fizyoterapist, diyetisyen ile eczane ve otopark bulunmaktadır. Bina tıp öğrencileri ve aile hekimliği asistanlarının eğitimi için özel olarak inşa edilmiştir. Aile hekimliği asistanları ihtisasın 1. ve 3. yılını burada çalışarak geçirir. İhtisas tam zamanlı (full time) olarak 3 yıl

içinde tamamlanmalıdır. Çok nadir olmakla birlikte asistanlık daha kısa olabilir ama ilgili alanda çalışıldığı anabilim dalına belgelenmeli ve kabul görmelidir.

Aile hekimliği asistanlığında tez çalışması yoktur, ama asistan 3. yılında 3 ay kadar süren **araştırma çalışmasına katılmak zorundadır**. Asistanlık sırasında isteğe bağlı bazı eğitim ve rotasyonlar olabilir. **Aile hekimliği asistanlığı saha uygulamasına dayalı**, öğrenci merkezli, zorluğu giderek artan, aktif ve otonom süreci içeren, küçük grup çalışmalarıyla desteklenen bir yapıdadır. Asistanlıkta kanıta dayalı tıp, doktor hasta iletişimi, kişisel eğilimler ve ofis yönetimi ve organizasyonu gibi konular sürekli işlenir.

Tıp Öğrencileri Tıp Eğitiminden Ne Bekliyor: Ülkemizde son yapılan bir çalışmada öğrencilerin tıp eğitimi sonrası meslekten beklentileri ile ilgili sorulara verilen cevaplara bakıldığında; **%58,8'i tıpta uzmanlık sınavını kazanarak uzman olmak istediğini**, %28,7'si iyi bir doktor olabilmeyi, %8'i iyi bir araştırmacı olabilmeyi, %2,4'ü hemen para kazanabilmeyi, sadece %0,7'si ise iyi bir pratisyen hekim olarak çalışmayı istediğini belirtmiştir (12).

Diğer bir çalışmada ise öğrencilerin %40,6'sı iyi bir pratisyen hekim olarak yetişmeyi, %57,1'i iyi bir araştırmacı olmayı, **%86,7'si de uzmanlık için gerekli bilgiyi almış olarak mezun olmayı** beklemektedir (13).

Türkiye Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu (TAHYK) Mezuniyet Sonrası eğitimle ilgili değerlendirme, geliştirme ve uygulama süreçlerine yönelik çalışmalar yaparak Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Müfredatını 2013 yılında yenilemiştir. Ülkemizdeki Aile Hekimliği asistanları eğitim kapsamındaki rotasyon sürelerinin düzenlenmesi ve içeriklerinin de Aile Hekimliği uzmanlığına uygun hale gelmesi konusuna önem vermekteydiler. 2005 ila 2008 yılları arasında yapılan çalışmalarda **“rotasyonların kısaltılarak birinci basamak eğitimi ve diğer küçük rotasyonların eklenmesi”** öncelikli önerileri oluşturuyordu. Bu rotasyonlar arasında Dermatoloji (%61,8), KBB (%58,6), Radyoloji (%52,4), Göz Hastalıkları (%38,7), Kardiyoloji (%37,2), Nöroloji (%33,5) ve Geriatri (%30,9) bulunmaktaydı (14).

Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi'nin 36 aylık bir müfredatla yürütülmesi ve bileşenlerinin aşağıdaki şekliyle uygulanması TAHYK Yürütme Kurulu tarafından uygun görülmektedir. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi 36 aydır. Tıpta Uzmanlık Kurulunun 21–23.06.2010 tarih ve 80 numaralı kararı gereğince Bu süre aşağıdaki bileşenlerden oluşmaktadır:

1. Aile Hekimliği - 18 ay (*Bu süre içinde 1'er aylık en az 2 seçmeli rotasyon önerilir, geçerli mevzuat çerçevesinde, asistanın bilgi-görüşünü artırmak amaçlı planlanabilir*),
2. İç Hastalıkları - 4 ay,
3. Kardiyoloji- 1 ay,
4. Göğüs Hastalıkları- 1 ay,
5. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları - 5 ay,

6. Kadın Hastalıkları ve Doğum - 4 ay,
7. Genel Cerrahi - 1 ay,
8. Psikiyatri - 2 ay (14).

Aile Hekimliği **“Uygulama Eğitimi”** ile ilgili olarak 2015 WONCA Avrupa Aile Hekimliği Kongresinde (WONCA EUROPE Conference, 22–25 October 2015, İstanbul) yapılan **“Workshop: Family Medicine Residency Training in Primary Care Settings: Family Health Centers for Teaching”** isimli çalıştayda aşağıdaki konular tartışılmış ve önerilerde bulunulmuştur (15).

Eğitimle İlgili Tartışmamız Gerekenler:

1. Mezuniyet öncesi eğitim

- ✓ *Mezuniyet öncesi tıp eğitiminde var olmamız,*
- ✓ *3. sınıfta teorik ders, internlik döneminde de 1 ay rotasyonun uygunluğu,*
- ✓ *2 aylık halk sağlığı rotasyonu ile birlikte Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) ve ASM'lerde aile hekimliği rotasyonu konması.*



Resim 1 ve 2. “Workshop: Family Medicine Residency Training in Primary Care Settings: Family Health Centers for Teaching” 20. WONCA, İstanbul, 24 Ekim 2015,

2. Mezuniyet sonrası eğitim

- ✓ *Verdiğimiz eğitimi nasıl ölçeceğiz?*
- ✓ *TUKMOS AH 2014'ten beri geçerli müfredat uygulanıyor.*
- ✓ *AH uzmanlık eğitimi müfredatı SB, TAHUD ve YÖK arasında imzalanacak bir protokole göre yapılsın. Revize çekirdek müfredatta AH hedefleri yok.*
- ✓ *Birincil öncelikler belirtilmemiş. Hangi semptom öğretilmeli.*
- ✓ *Alanımızın bakabileceği hastalıklar tanımlanmalı örn. Obezite vb.*
- ✓ *TUKMOS süreci; polikliniklerin kapatılması, geri ödeme yapılmaması, 18 ay rotasyon belgelenmezse belge verilmeyecek olması.*

- ✓ *Aile Hekimliği Anabilim Dalları ile görüşülüp rotasyon eğitimlerinde standardizasyon için uzlaşma sağlanması.*
- ✓ *Aile hekimliği topluluğu içinde bir kurul oluşturularak SB ile işbirliği içinde EASM vs gibi konuların resmi olarak çözülmesi. Bu kurul zaten var olan TAHUD ve TAHYK olmalı.*
- ✓ *TAHYK 2014 müfredatı standart olabilir. Bazı ülkelerdeki gibi eğitimi yeterlilik kurulu takip edebilir. Board sınavı riskli olabilir.*

3. Nöbet standardizasyonu.

- ✓ *Asistan rotasyonları için TUKMOS olarak YÖK ile kurumsal bir kimlikle görüşme.*
- ✓ *Uzmanlık sonrası toplum sağlığı merkezlerinde (TSM) görevlendirilen aile hekimliği uzmanları TSM işleyişi ile ilgili bilgilerinin olmadığını söylüyor. TSM'de aile hekimliği uzmanı varlığı rahatsız edici olabilir.*
- ✓ *YÖK başkanlığı ile görüşülüp semt poliklinikleri EASM olarak kullanılabilir mi?*
- ✓ *Sağlık Bakanlığı, EASM'lerde eğitimcileri uzak tutmaya çalışıyor, her işi asistanlar üzerinden yapmaya çalışıyor ve sorunlar bundan kaynaklanıyor. Eğitim hastanedeki gibi eğitimciler üzerinden yapılmalı asistan alt birim olmalıdır.*
- ✓ *Üniversitelerde Rektörlüğe bağlı oluşturulacak EASM'lerin bağlı olduğu AH uygulama ve araştırma merkezleri, bağımsız sistem ve bağımsız döner sermaye ile yasal ve mali problemleri çözecektir.*

4. Yarı zamanlı uzmanlık eğitimi

- ✓ *SAHU ile eşitlik, adalet, özgürlük dengesi bozuldu. 2020'de yasal süreç bitiyor, her mezun uzman olacak.*

Bir sonraki ulusal kongrede aynı çalıştayın yeniden yapılması talebi yaygın kabul görmüştür.

Sonuç olarak; iyi eğitim hedefleri dört ana kriteri yerine getirmelidir. İlk olarak, mesleki yeterliğin önemli unsurlarıyla bağlantılı olmalıdırlar ve toplumun gelecekteki sağlık ihtiyaçlarını karşılayabilmelidirler. İkinci olarak, kendi içinde tutarlı, odaklı ve açık olmalıdırlar. Üçüncü olarak, izin verilen süre içerisinde ve kendisine ayrılan kaynaklarla uygulanabilmelidirler. Son olarak, niceliksel ve niteliksel değerlerle ölçülebilen bir **“kabul edilebilir performans düzeyi”** (acceptable level of performance) göstermelidirler (16).

1-Mezuniyet öncesi uygulama eğitimi: 6. sınıf ASM ve Anabilim Dalları uygulama (12 ay boyunca süren, 1 aylık Eğitici Başına 2-4 kişiden oluşan ve her ay dönen intern gruplarında en az 12 iş günü / haftada 3 gün ASM'de Aile hekimliği Anabilim Dalından 1 eğitici gözetiminde Aile Hekimi/ Aile Hekimliği Uzmanı tarafından verilecek birebir hasta başı uygulama eğitimi, diğer günler Aile Hekimliği AD polikliniklerinde verilen teorik ve pratik eğitim TUKMOS'a ve Çekirdek Eğitim Programına uygun olarak sürdürülebilir)

2-Mezuniyet sonrası uygulama eğitimi: ASM ve Anabilim Dalları uygulama alanlarında (mevcut asistan eğitim programına uygun olarak 18 ay boyunca aile hekimliği anabilim dalında sürdürülen aile hekimliği uzmanlık eğitimi hasta başı uygulama eğitimi, en az 3 gün teorik ve pratik eğitim TUKMOS'a ve Çekirdek Eğitim Programına uygun olarak sürdürülebilir. Ancak Birinci Basamakta, ASM'de yapılacak eğitimler güncel tartışma sahasında olup, Aile Hekimliği disiplini ile sağlık politikaları arasında yeterli bir konsensus oluşturulamamıştır...).

3-Yarı Zamanlı Uzmanlık Eğitimi (SAHU): Burada koordinasyon ve eğitimde süreklilik mümkün görünmüyor, çift başlı ve çifte standartlı bir eğitim; Bologna süreci açısından hem eğitim olmaz, hem de **“telafisi mümkün olmayan”** kaos ve çatışmaya yol açacağı öngörülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Wonca World family doctors. Caring for people, Europe-Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik Avrupa Tanımı. Türkçe'ye çeviri: Haziran 2003, Çeviri Editörü: Başak O. <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20Turkish%20version.pdf> (Erişim Tarihi: 27.09.2015).
2. Proceedings UEMO Consensus Conference on Specific Training for General Practice. UEMO. Published by the Danish Medical Association. Copenhagen 1995.
3. TUKMOS-Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi- Aile Hekimliği-Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı Hazırlama Kılavuzu, v.1.1, 201304.06.2013. www.tuk.saglik.gov.tr/muf2/aile_heimligi.doc (Erişim Tarihi: 27.09.2015).
4. Prag Bildirgesi. Avrupa yükseköğretim alanına doğru Avrupa'da yükseköğretimden sorumlu bakanlar bildirgesi. Prag, 19 Mayıs 2001. <https://bologna.yok.gov.tr> (Erişim Tarihi: 10.07.2013).
5. Soran H, Akkoyunlu B, Kavak Y. Yaşam boyu öğrenme becerileri ve eğitimcilerin eğitimi programı: hacettepe üniversitesi örneği. H.Ü. Eğitim Fakültesi Dergisi [H.U. Journal of Education] 2006; 30:201-10.
6. YÖK. Bologna Süreci Nedir? <https://bologna.yok.gov.tr> (Erişim Tarihi: 27.09.2015).
7. Hacettepe üniversitesi I. Bologna Süreci Araştırmaları Kongresi, 17-18 Eylül 2015, Beytepe-Ankara. www.bolognakongresi2015.hacettepe.edu.tr/belge/BSAK15_bildirikitabi.pdf (Erişim Tarihi: 27.09.2015).

8. Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. *Academic Medicine (Supplement)* 1990;65:63-7.
9. Lamberths H, Wood M (eds). *International Classification of Primary Care (ICPC)*. Oxford: Oxford University Press, 1987.
10. Aktürk Z, Set T. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi el kitabı. <http://aile.atauni.edu.tr/asistanlar/AtaUniTipAileHekimligiAsistanElKitabi.pdf?%29> (Erişim Tarihi: 27.09.2015).
11. Göktaş O. Hollanda'da Aile Hekimliği ve Akademik Uygulama Raporu, 10 – 17 Kasım 2012.
12. Alper Z, Özdemir H. Uludağ üniversitesi tıp fakültesini tercih eden öğrencilerin kimi sosyo-demografik özellikleri ve mesleğe bakış açıları. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2004;30(2):93-6.
13. Cansever Z, Avşar ÜZ, Acemoğlu H, Çayır Y, Avşar Ü. Atatürk üniversitesi tıp fakültesi birinci sınıf öğrencilerinin tıp fakültesini tercih nedenleri ve tıp eğitiminden beklentileri. *Konuralp Tıp Dergisi [Konuralp Medical Journal]* 2014;6(1):17-21.
14. Dağdeviren HN. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çerçeve Programı. 2013 www.tahud.org.tr/uploads/dosyalar/AHU_Mufredat_2013.pdf (Erişim Tarihi: 31.10.2014)
15. Günvar T, Kara İH, Çifçili S, Başak O. Family Medicine Residency Training in Primary Care Settings: Family Health Centers for Teaching workshop; 2015 WONCA EUROPE Conference, 24 Ekim 2015, İstanbul.
16. Kocabaşoğlu YE. Öğrencilerin değerlendirilmesi, Bölüm 7. Eğiticilere Yönelik Reçete Yazma Rehberi. Ankara: Hıfzıssıhha Mektebi yayını, www.akilciilac.gov.tr/.../Egiticilere-Yonelik-Recete-Yazma-Rehberi.pdf (Erişim Tarihi: 27.09.2015).