

WONCA

Οικογενειακοί Ιατροί σε Όλο τον Κόσμο. Φροντίζοντας για τον Άνθρωπο.

ΕΥΡΩΠΗ

Ο ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΣ ΟΡΙΣΜΟΣ

της ΓΕΝΙΚΗΣ / ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ

ΙΑΤΡΙΚΗΣ

WONCA, ΕΥΡΩΠΗ 2002

**Επιμέλεια μετάφρασης : Χρήστος Λιονής
Αθανάσιος Συμεωνίδης**

Μετάφραση : Γιώργος Χρ. Σπαθαράκης

Άδεια μετάφρασης : Ελληνική Εταιρεία Γενικής Ιατρικής

**Ο ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΣ ΟΡΙΣΜΟΣ της ΓΕΝΙΚΗΣ /
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

**Τα Κύρια Χαρακτηριστικά Γνωρίσματα του Επιστημονικού
Κλάδου της Γενικής Ιατρικής**

Ο Ρόλος του Γενικού Ιατρού

και

**Μία Περιγραφή των Βασικών Δεξιοτήτων του Ιατρού Γενικής /
Οικογενειακής Ιατρικής**

***Επεξεργασία για Λογαριασμό της WONCA Τμήμα Ευρώπης
(Ευρωπαϊκή Εταιρεία για την Γενική / Οικογενειακή Ιατρική), 2002***

Dr Justin ALLEN
-Διευθυντής Μεταπτυχιακής
Εκπαίδευσης στη Γενική Ιατρική,
Κέντρο Μεταπτυχιακής
Ιατρικής Εκπαίδευσης,
Πανεπιστήμιο του Leicester,
Ηνωμένο Βασίλειο
-Πρόεδρος της EURACT

Καθηγητής Jan HEYMANN
Καθολικό Πανεπιστήμιο της
Leuven, Βέλγιο.

Καθηγητής Igor SVAB
Πανεπιστήμιο της Ljubljana,
Σλοβενία.

Καθηγητής Bernard GAY
Πρόεδρος CNGE, Παρίσι, Γαλλία
Πανεπιστήμιο του Bordeaux, Γαλλία.

Dr Paul RAM
Πανεπιστήμιο του
Maastricht, Ολλανδία.

Καθηγητής Harry CREBOLDER

Επιμέλεια Έκδοσης:

Πανεπιστήμιο του Maastricht,
Ολλανδία.

Dr Philip EVANS
Πρόεδρος της WONCA
Τμήμα Ευρώπης

Αυτό το κείμενο δημοσιεύεται χάρη στην υποστήριξη και συνεργασία του Γραφείου Ευρώπης της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (ΠΟΥ), Βαρκελώνη, Ισπανία.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. Εισαγωγή	Σελίδα 4
2. Κείμενα για τους Νέους Ορισμούς και τις Δεξιότητες
.....	Σελίδα 6
3. Επεξηγηματικές Σημειώσεις – Οι Νέοι Ορισμοί	Σελίδα 9
4. Επεξηγηματικές Σημειώσεις – Βασικές Δεξιότητες ...	Σελίδα 14
5. Ακαδημαϊκή Ανασκόπηση και Ανάλυση:	
Οι νέοι Ορισμοί	Σελίδα 16
6. Ακαδημαϊκή Ανασκόπηση και Ανάλυση:	
Οι Βασικές Δεξιότητες	Σελίδα 35
7. Παραρτήματα	Σελίδα 43
Παράρτημα 1 – Ορισμοί Leuwenhorst, WONCA και Olesen	
Παράρτημα 2 – Διαδικασίες Προπαρασκευής και Διαβούλευσης	
Παράρτημα 3 – Ευχαριστίες	
Παράρτημα 4 – Χώρες Μέλη της WONCA Τμήμα Ευρώπης	
Παράρτημα 5 – Ορισμοί στην Αγγλική Γλώσσα	
Παράρτημα 6 – Επεξηγήσεις Όρων-Σχόλια	

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Αυτό το κείμενο συμφωνίας προσδιορίζει και τον επιστημονικό κλάδο της Γενικής / Οικογενειακής Ιατρικής καθώς και τα επαγγελματικά καθήκοντα. Επίσης, περιγράφει τις βασικές δεξιότητες που απαιτούνται από τους Γενικούς Ιατρούς. Σκιαγραφεί τα ουσιώδη στοιχεία του ακαδημαϊκού κλάδου και παρέχει μία αυθεντική άποψη πάνω στο τι θα έπρεπε να παρέχουν οι Οικογενειακοί Ιατροί στην Ευρώπη κατά τη διάρκεια της παροχής υπηρεσιών στους ασθενείς, ώστε η φροντίδα των ασθενών να είναι υψηλότατης ποιότητας και ταυτόχρονα οικονομικώς συμφέρουσα. Από τους ορισμούς αυτού του εγγράφου μπορούν να εξαχθούν οι συστάσεις για την εκπαίδευση, την έρευνα, την εξασφάλιση ποιότητας ώστε να διασφαλισθεί ότι η οικογενειακή ιατρική θα αναπτυχθεί ώστε να καλύψει τις ανάγκες ιατρικής φροντίδας των πληθυσμών μέσα στον 21^ο αιώνα.

Υπάρχουν σημαντικές διαφορές στον τρόπο με τον οποίο τα συστήματα φροντίδας υγείας είναι οργανωμένα και ασκείται η Οικογενειακή Ιατρική σε όλη την Ευρώπη. Για τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, καθώς και για εκείνες που φιλοδοξούν να εισέλθουν στην Ένωση, η ιατρική εκπαίδευση ρυθμίζεται από την Ευρωπαϊκή Κοινοτική Οδηγία 93/16 η οποία πρωταρχικώς σκοπεύει στην προώθηση της ελεύθερης διακίνησης των ιατρών. Ατυχώς, σε αυτή την οδηγία παρατηρείται μία έλλειψη έμφασης πάνω στο περιεχόμενο και την ποιότητα της μεταπτυχιακής άσκησης. Είναι, επομένως, αυταπόδεικτο και ιδιαίτερης σημασίας το ότι, για την προστασία των ασθενών, οι Οικογενειακοί Ιατροί θα έπρεπε να γίνουν δέκτες εκπαίδευσης που θα τους εξοπλίζει με τις

απαραίτητες ικανότητες ώστε να μπορούν να ασκούν ιατρική σε ΟΠΟΙΑΔΗΠΟΤΕ χώρα μέλος.

Αυτό το κείμενο ετοιμάστηκε για λογαριασμό του Τμήματος Ευρώπης της WONCA (Ευρωπαϊκή Εταιρεία Γενικής / Οικογενειακής Ιατρικής), της Οργάνωσης, δηλαδή, της Ευρώπης της Παγκόσμιας Οργάνωσης των Οικογενειακών Ιατρών (WONCA).

Το Τμήμα Ευρώπης της WONCA παρέχει την ακαδημαϊκή και επιστημονική καθοδήγηση για τον επιστημονικό κλάδο της Οικογενειακής Ιατρικής σε όλη την Ευρωπαϊκή ήπειρο.

Ως μέλη της περιλαμβάνει τις εθνικές ακαδημαϊκές οργανώσεις της Οικογενειακής Ιατρικής από 30 Ευρωπαϊκές χώρες και, επίσης, περιλαμβάνει προσωπικές συμμετοχές μελών από Γενικούς Ιατρούς.

Ο κύριος ρόλος της είναι να προωθήσει και να αναπτύξει τον επιστημονικό κλάδο ώστε να επιτευχθούν και να διατηρηθούν υψηλά πρότυπα εκπαίδευσης, άσκησης, έρευνας και κλινικής πρακτικής με σκοπό την ωφέλεια των ασθενών και των κοινοτήτων.

Η αναμόρφωση των εθνικών συστημάτων υγείας αποτελεί ένα κοινό χαρακτηριστικό όλων των ευρωπαϊκών χωρών, όπως και άλλων χωρών σε όλο τον κόσμο. Δεδομένων των μεταβολών στην δημογραφία, στις ιατρικές εξελίξεις, στα οικονομικά της υγείας και στις ανάγκες και προσδοκίες των ασθενών, αναζητούνται νέοι τρόποι παροχής και απονομής της φροντίδας υγείας. Διεθνείς μαρτυρίες¹ υποδηλώνουν ότι τα συστήματα υγείας που βασίζονται σε αποτελεσματική πρωτοβάθμια φροντίδα με υψηλά εκπαιδευμένους Γενικούς Ιατρούς (Οικογενειακούς Ιατρούς) που ασκούν την γενική ιατρική στην κοινότητα, παρέχουν περισσότερο αποδοτική κλινικά και οικονομικά, φροντίδα, παρά εκείνα με χαμηλό προσανατολισμό προς την πρωτοβάθμια φροντίδα.

Είναι ζωτικό ο πολύπλοκος και ουσιώδης ρόλος των Οικογενειακών Ιατρών μέσα στα συστήματα υγείας να γίνει πλήρως κατανοητός μέσα στον ιατρικό κλάδο, αλλά, επίσης και από τα επαγγέλματα που σχετίζονται με την ιατρική, τους σχεδιαστές φροντίδων υγείας, τους οικονομολόγους, τους πολιτικούς και το κοινό. Μέσα στα όρια της Ευρώπης απαιτείται αυξημένη επένδυση στην Οικογενειακή Ιατρική ώστε να γίνει δυνατό τα συστήματα υγείας να εκπληρώσουν με το δυναμικό αυτό την αποστολή τους προς το συμφέρον των ασθενών. Η επένδυση πρέπει να σχετίζεται όχι μόνο με τους ανθρώπινους πόρους και τις υποδομές, αλλά, επίσης και ότι αφορά την εκπαίδευση, την έρευνα και την εξασφάλιση ποιότητας.

Αυτοί οι νέοι ορισμοί και η αναφορά πάνω στις βασικές δεξιότητες δημοσιεύονται με σκοπό να πληροφορήσουν και να συμβάλλουν στη συζήτηση για τον ουσιώδη ρόλο της Οικογενειακής Ιατρικής μέσα στο σύστημα υγείας, τόσο σε εθνικό όσο και σε Πανευρωπαϊκό επίπεδο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΦΟΡΑ

1. Starfield B.: Primary Care: balancing health needs, services and technology (Πρωτοβάθμια Φροντίδα: Ισορροπώντας τις Ανάγκες Υγείας, τις Υπηρεσίες και την Τεχνολογία). Oxford: Oxford University Press, 1998.

2. ΟΙ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΙ ΟΡΙΣΜΟΙ 2002

Ο ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΣ ΚΛΑΔΟΣ και Η ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ της ΓΕΝΙΚΗΣ / ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

Η Γενική / Οικογενειακή Ιατρική αποτελεί έναν ακαδημαϊκό και επιστημονικό κλάδο με το δικό του διακριτό εκπαιδευτικό περιεχόμενο, έρευνα, βάση επιστημονικών δεδομένων και κλινική δραστηριότητα και αποτελεί μία κλινική ειδικότητα προσανατολισμένη προς την πρωτοβάθμια φροντίδα.

I. Τα χαρακτηριστικά του επιστημονικού κλάδου της Γενικής / Οικογενειακής Ιατρικής είναι τα παρακάτω:

α) αποτελεί φυσιολογικά το σημείο της πρώτης ιατρικής επαφής μέσα στο σύστημα φροντίδας υγείας, παρέχοντας ανοιχτή και απεριόριστη πρόσβαση στους χρήστες του, ασχολούμενος με όλα τα προβλήματα υγείας ανεξάρτητα από την ηλικία, το φύλο ή οποιοδήποτε άλλο χαρακτηριστικό του ενδιαφερόμενου ατόμου.

β) κάνει αποδοτική χρήση των πόρων φροντίδας υγείας μέσα από τη συντονισμένη φροντίδα, συνεργαζόμενος με άλλους επαγγελματίες υγείας στον χώρο της πρωτοβάθμιας φροντίδας και διαχειριζόμενος την επικοινωνία με άλλες ιατρικές ειδικότητες, παίζοντας ρόλο συνηγόρου υπέρ του ασθενούς, όταν αυτό χρειασθεί.

γ) αναπτύσσει μία μοναδική προσωποκεντρική προσέγγιση, επικεντρωμένη στο άτομο, την οικογένειά του και την κοινότητά τους.

δ) διαθέτει μία μοναδική διαδικασία – τεχνική συμβουλευτικής συνέντευξης, μέσα από την οποία καθιερώνεται μία προσωπική σχέση πέρα από χρονικά όρια, με τη βοήθεια αποτελεσματικής επικοινωνίας ανάμεσα στον ιατρό και τον ασθενή.

ε) είναι υπεύθυνος για την παροχή μακροχρόνιας συνέχειας στη φροντίδα, όπως αυτό προσδιορίζεται από τις ανάγκες του ασθενή.

στ) διαθέτει μία ειδική διαδικασία λήψης αποφάσεων προσδιοριζόμενη από τις έννοιες του επιπολασμού και της επίπτωσης των ασθενειών στην κοινότητα.

ζ) διαχειρίζεται ταυτόχρονα και οξεία και χρόνια προβλήματα υγείας των ασθενών του.

η) διαχειρίζεται ασθένειες οι οποίες εμφανίζονται με έναν μη διαφοροποιημένο, μη ειδικό τρόπο σε κάποιο πρώιμο στάδιο της εξέλιξής τους και οι οποίες μπορεί να απαιτήσουν επείγουσα παρέμβαση.

θ) προάγει την υγεία και την ευεξία μέσα από κατάλληλες και αποτελεσματικές παρεμβάσεις.

ι) έχει μία ιδιαίτερη ευθύνη για την υγεία της κοινότητας.

ια) διαχειρίζεται προβλήματα υγείας στις σωματικές, ψυχολογικές, κοινωνικές, πολιτισμικές και υπαρξιακές διαστάσεις τους.

II. Η Ειδικότητα της Γενικής / Οικογενειακής Ιατρικής

Οι Γενικοί / Οικογενειακοί Ιατροί είναι εξειδικευμένοι ιατροί, εκπαιδευμένοι σύμφωνα με τις αρχές του επιστημονικού κλάδου τους. Είναι προσωπικοί ιατροί του κάθε ασθενούς, κύρια υπεύθυνοι για την παροχή σφαιρικής και συνεχιζόμενης φροντίδας προς κάθε άτομο που αναζητά την ιατρική φροντίδα ανεξάρτητα από την ηλικία, το φύλο και το είδος της ασθένειας. Φροντίζουν τα άτομα σε συνάρτηση με την οικογένεια, την κοινότητα και την κουλτούρα τους, πάντοτε σεβόμενοι την αυτονομία των ασθενών τους. Αναγνωρίζουν ότι, επίσης, φέρουν κάποια επαγγελματική υπευθυνότητα απέναντι στην κοινότητα την οποία υπηρετούν. Στη διαπραγμάτευση των σχεδίων διαχείρισης με τους ασθενείς τους ενσωματώνουν σωματικούς, ψυχολογικούς, κοινωνικούς, πολιτισμικούς και υπαρξιακούς παράγοντες, χρησιμοποιώντας τη γνώση και την εμπιστοσύνη που έχουν γεννηθεί μέσα από τις επανειλημμένες επαφές. Οι Γενικοί / Οικογενειακοί Ιατροί εξασκούν τον επαγγελματικό ρόλο τους προάγοντας την υγεία, προλαμβάνοντας τη νόσο και παρέχοντας θεραπεία, φροντίδα ή παρηγορία. Αυτό επιτυγχάνεται είτε απευθείας είτε διαμέσου των υπηρεσιών άλλων σύμφωνα με τις ανάγκες υγείας και τους διαθέσιμους -μέσα στην

κοινότητα όπου υπηρετούν- πόρους, υποβοηθώντας τους ασθενείς, όπου χρειάζεται, στην αξιολόγηση αυτών των υπηρεσιών. Θα πρέπει να αναλάβουν την ευθύνη για την ανάπτυξη και την διατήρηση των ικανοτήτων τους, της προσωπικής τους ισορροπίας και των αξιών τα οποία θα αποτελέσουν τη βάση για αποτελεσματική και ασφαλή φροντίδα των ασθενών.

III. Οι Βασικές Δεξιότητες του Γενικού / Οικογενειακού Ιατρού

Ο ορισμός του επιστημονικού κλάδου της Γενικής / Οικογενειακής Ιατρικής και του εξειδικευμένου Οικογενειακού Ιατρού πρέπει να οδηγούν απευθείας στις Βασικές (κεντρικές, κυριότερες) Δεξιότητες του Γενικού / Οικογενειακού Ιατρού. Ο όρος “Κεντρικός” υποσημαίνει το Ουσιώδες για τον επιστημονικό κλάδο, ανεξάρτητα από το σύστημα φροντίδας υγείας μέσα στο οποίο εφαρμόζονται.

§ 1. Τα έντεκα κεντρικά χαρακτηριστικά τα οποία προσδιορίζουν τον επιστημονικό κλάδο σχετίζονται με τις έντεκα ιδιότητες τις οποίες κάθε εξειδικευμένος Οικογενειακός Ιατρός θα έπρεπε να κατέχει. Αυτές μπορούν να ομαδοποιηθούν σε έξι βασικές ικανότητες (με αναφορά στα χαρακτηριστικά):

1. Διαχείριση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας (α, β)
2. Προσωποκεντρική Φροντίδα (γ, δ, ε)
3. Ειδικές Ικανότητες Επίλυσης Προβλημάτων (στ, ζ)
4. Σφαιρική Προσέγγιση (η, θ)
5. Προσανατολισμός προς την Κοινότητα (ι)
6. Ολιστικό Πρότυπο (ια)

§ 2. Για να εξασκήσει την ειδικότητα ο ικανός ιατρός εφαρμόζει αυτές τις δεξιότητες σε τρεις κατευθύνσεις:

- α. Κλινικά Καθήκοντα,
- β. Επικοινωνία με τους Ασθενείς και
- γ. Διαχείριση της Κλινικής Πρακτικής (Ιατρείου).

§ 3. Όπως σε ένα ανθρωποκεντρικό επιστημονικό κλάδο, τρία χαρακτηριστικά γνωρίσματα του επιστημονικού υπόβαθρου θα έπρεπε να θεωρηθούν ως θεμελιώδη:

- α. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ : η χρήση του πλαισίου ζωής του ατόμου, της οικογένειας, της κοινότητας και της κουλτούρας του
- β. ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΟ : βασίζεται στις επαγγελματικές ικανότητες, τις αξίες και την ηθική του ιατρού.
- γ. ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ : η υιοθέτηση μίας κριτικής και βασισμένης στην έρευνα προσέγγισης της κλινικής πράξης και η διατήρησή της μέσα από τη συνεχιζόμενη μάθηση και τη βελτίωση της ποιότητας.

Η συσχέτιση των βασικών δεξιοτήτων, των κατευθύνσεων εφαρμογής και των θεμελιωδών γνωρισμάτων χαρακτηρίζει αυτό τον επιστημονικό κλάδο και υπογραμμίζει την πολυπλοκότητα της ειδικότητας.

Είναι αυτή η περίπλοκη συσχέτιση των βασικών δεξιοτήτων εκείνη που θα έπρεπε να καθοδηγεί και να αντανάκλαται στην ανάπτυξη οδηγιών για τη εκπαίδευση, την έρευνα και τη βελτίωση της ποιότητας.

3. ΕΠΕΞΗΓΗΜΑΤΙΚΕΣ ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ – ΟΙ ΝΕΟΙ ΟΡΙΣΜΟΙ

Ο Επιστημονικός Κλάδος και η Ειδικότητα της Γενικής / Οικογενειακής Ιατρικής

Υπάρχει η ανάγκη να προσδιορισθεί τόσο ο επιστημονικός κλάδος της Γενικής / Οικογενειακής Ιατρικής όσο και ο ρόλος του εξειδικευμένου Οικογενειακού Ιατρού. Ο προσδιορισμός του πρώτου απαιτείται για να ορισθεί η ακαδημαϊκή βάση (υπόστρωμα) και το επιστημονικό πλαίσιο πάνω και μέσα στα οποία κτίζεται ο επιστημονικός κλάδος και, έτσι, να υπάρξουν πληροφορίες για την ανάπτυξη της εκπαίδευσης, της έρευνας και της βελτίωσης της ποιότητας. Το δεύτερο είναι αναγκαίο ώστε να μεταφερθεί αυτός ο ακαδημαϊκός ορισμός στην καθημερινή πραγματικότητα του εξειδικευμένου Οικογενειακού Ιατρού ο οποίος εργάζεται με ασθενείς ενταγμένος σε συστήματα φροντίδας υγείας σε όλο τον Ευρωπαϊκό χώρο.

1. Τα χαρακτηριστικά του επιστημονικού κλάδου της Γενικής / Οικογενειακής Ιατρικής είναι τα παρακάτω:

α) αποτελεί φυσιολογικά το σημείο της πρώτης ιατρικής επαφής μέσα στο σύστημα φροντίδας υγείας, παρέχοντας ανοιχτή και απεριόριστη πρόσβαση στους χρήστες του, ασχολούμενος με όλα τα προβλήματα υγείας ανεξάρτητα από την ηλικία, το φύλο ή οποιοδήποτε άλλο χαρακτηριστικό του ενδιαφερόμενου ατόμου.

Ο όρος «Φυσιολογικά» χρησιμοποιείται για να υποδηλώσει ότι σε ορισμένες περιπτώσεις, π.χ. σοβαρός τραυματισμός, δεν αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής. Πάντως, θα έπρεπε να αποτελεί το σημείο της πρώτης επαφής στις περισσότερες από τις υπόλοιπες καταστάσεις. Δεν θα έπρεπε να υπάρχουν περιορισμοί στην πρόσβαση και οι Οικογενειακοί Ιατροί θα έπρεπε να αντιμετωπίζουν όλα τα είδη ασθενών, νέους και ηλικιωμένους, άνδρες ή γυναίκες και τα προβλήματα υγείας τους. Η Γενική Ιατρική αποτελεί τον πρώτο και τον ουσιώδη πόρο παροχής υπηρεσιών υγείας. Καλύπτει ένα ευρύ πεδίο δραστηριοτήτων προσδιοριζόμενο από τις ανάγκες και τις θελήσεις των ασθενών. Αυτή η άποψη προβάλλει τις πολλές όψεις

του επιστημονικού κλάδου και την ευκαιρία της χρήσης τους στη διαχείριση ατομικών και κοινοτικών προβλημάτων.

β) κάνει αποδοτική χρήση των πόρων φροντίδας υγείας μέσα από τη συντονισμένη φροντίδα, συνεργαζόμενος με άλλους επαγγελματίες υγείας στον χώρο της πρωτοβάθμιας φροντίδας και διαχειριζόμενος την επικοινωνία με άλλες ιατρικές ειδικότητες, παίζοντας ρόλο συνηγόρου υπέρ του ασθενούς, όταν αυτό χρειασθεί.

Αυτός ο συντονιστικός ρόλος αποτελεί ένα κομβικό χαρακτηριστικό της οικονομικά αποδοτικής χρήσης (cost effectiveness) της καλής ποιότητας πρωτοβάθμιας φροντίδας, η οποία εξασφαλίζει ότι οι ασθενείς θα δουν τον πλέον κατάλληλο επαγγελματία φροντίδας υγείας για το ιδιαίτερο πρόβλημά τους. Η σύνθεση των ομάδων των διαφόρων παροχών φροντίδας, η κατάλληλη διανομή (κυκλοφορία) των πληροφοριών και οι ρυθμίσεις για τη συνταγογράφηση βασίζεται στην ύπαρξη μίας συντονιστικής μονάδας. Η Γενική Ιατρική μπορεί να εκπληρώσει αυτό τον κεντρικό ρόλο, εφόσον οι δομικές συνθήκες του συστήματος υγείας το επιτρέπουν. Η ανάπτυξη ομαδικής εργασίας περί τον ασθενή με εμπλοκή όλων των επαγγελματιών υγείας θα ωφελήσει την ποιότητα της φροντίδας. Διαχειριζόμενος την επικοινωνία με άλλες ιατρικές ειδικότητες, ο επιστημονικός κλάδος της Γενικής Ιατρικής εξασφαλίζει ότι εκείνοι που απαιτούν υπηρεσίες υψηλής τεχνολογίας, που ανευρίσκονται στον χώρο της δευτεροβάθμιας φροντίδας, μπορούν να έχουν κατάλληλη πρόσβαση προς αυτές. Ένας κεντρικός ρόλος για τον κλάδο είναι η συνηγορία (συμβουλευτική) υπέρ του ασθενή, προστατεύοντάς τον από τη βλάβη η οποία μπορεί να προκληθεί μέσα από μη αναγκαίες διαδικασίες προληπτικής ιατρικής, εξετάσεων και θεραπειών καθώς, επίσης, καθοδηγώντας τον μέσα από τις πολυπλοκότητες του συστήματος φροντίδας υγείας.

γ) αναπτύσσει μία μοναδική προσωποκεντρική προσέγγιση, επικεντρωμένη στο άτομο, την οικογένειά του και την κοινότητά τους.

Η Οικογενειακή Ιατρική ασχολείται με ανθρώπους και τα προβλήματά τους μέσα στο πλαίσιο των περιστάσεων της ζωής τους, και όχι με απρόσωπες παθολογίες ή “περιστατικά”. Το σημείο αναφοράς της διαδικασίας είναι ο ασθενής. Είναι σημαντικό να γίνεται κατανοητό το πως οι ασθενείς βλέπουν και αντιμετωπίζουν την ασθένειά τους καθώς και το πως διαχειρίζονται την ίδια την

διεργασία της ασθένειας. Ο κοινός παρονομαστής είναι τα άτομα με τις πεποιθήσεις, τους φόβους, τις προσδοκίες και τις ανάγκες τους.

δ) διαθέτει μία μοναδική διαδικασία – τεχνική συμβουλευτικής συνέντευξης, μέσα από την οποία καθιερώνεται μία προσωπική σχέση πέρα από χρονικά όρια, με τη βοήθεια αποτελεσματικής επικοινωνίας ανάμεσα στον ιατρό και τον ασθενή.

Κάθε επαφή ανάμεσα στους ασθενείς και στον Οικογενειακό τους Ιατρό συμβάλλει σε μία θετική εξελικτική διαδικασία προσέγγισης και κάθε ξεχωριστή συνέντευξη μπορεί να επιπροστεθεί σε αυτή την προηγηθείσα κοινή εμπειρία. Η αξία αυτής της προσωπικής σχέσης προσδιορίζεται από τις επικοινωνιακές ικανότητες του Οικογενειακού Ιατρού και είναι αυτή καθεαυτή θεραπευτική.

ε) είναι υπεύθυνος για την παροχή μακροχρόνιας συνέχειας στη φροντίδα, όπως αυτό προσδιορίζεται από τις ανάγκες του ασθενή.

Η προσέγγιση της Γενικής Ιατρικής πρέπει να είναι σταθερή από τη γέννηση (και μερικές φορές από πιο πριν) μέχρι και τον θάνατο (και μερικές φορές κατόπιν). Εξασφαλίζει τη συνέχεια της φροντίδας παρακολουθώντας τους ασθενείς στη διάρκεια όλης της ζωής τους. Ο ιατρικός φάκελος (αρχείο) είναι η ρητή απόδειξη αυτής της σταθερότητας. Αποτελεί την αντικειμενική μνήμη των συνεντεύξεων, αλλά μόνο ένα μέρος της κοινής ιστορίας ιατρού – ασθενή. Οι Οικογενειακοί Ιατροί θα παρέχουν φροντίδα για σημαντικής διάρκειας περιόδους της ζωής των ασθενών τους, μέσω πολλών επεισοδίων της ασθένειας. Είναι, επίσης, υπεύθυνοι για την εξασφάλιση παροχής φροντίδας υγείας καθόλο το 24ωρο, προμηθεύοντας και συντονίζοντας αυτή τη φροντίδα, όταν δεν είναι ικανοί να την παρέχουν προσωπικά.

στ) διαθέτει μία ειδική διαδικασία λήψης αποφάσεων προσδιοριζόμενη από τις έννοιες του επιπολασμού και της επίπτωσης των ασθενειών στην κοινότητα.

Τα προβλήματα εμφανίζονται στους Οικογενειακούς Ιατρούς στην κοινότητα με έναν πολύ διαφορετικό τρόπο από τον τρόπο εμφάνισής τους στην δευτεροβάθμια φροντίδα. Ο επιπολασμός και η επίπτωση των ασθενειών είναι διαφορετική από την επιφαινόμενη σε ένα νοσοκομειακό ίδρυμα και οι σοβαρές παθήσεις εμφανίζονται λιγότερο συχνά στη Γενική Ιατρική από ότι στο Νοσοκομείο επειδή δεν υπάρχει προηγούμενη επιλογή. Το φαινόμενο αυτό απαιτεί μία

ειδική διαδικασία λήψης αποφάσεων βασισμένη στις πιθανότητες η οποία διαμορφώνεται από τη γνώση των ασθενών και της κοινότητας. Η προγνωστική αξία, θετική ή αρνητική, ενός κλινικού σημείου ή μίας διαγνωστικής δοκιμασίας φέρει ένα διαφορετικό βάρος στην Οικογενειακή Ιατρική σε σύγκριση με το νοσοκομειακό ίδρυμα. Συχνά οι Οικογενειακοί Ιατροί πρέπει να καθησυχάσουν αυτούς από τους ασθενείς που εμφανίζουν άγχος για ασθένειες, αφού πρώτα έχουν προσδιορίσει και βεβαιώσει τη μη παρουσία τέτοιων ασθενειών.

ζ) διαχειρίζεται ταυτόχρονα και οξεία και χρόνια προβλήματα υγείας των ασθενών του.

Η Οικογενειακή Ιατρική αντιμετωπίζει όλα τα προβλήματα φροντίδας υγείας ενός συγκεκριμένου ασθενή. Δεν μπορεί να αυτοπεριορισθεί μόνο στη διαχείριση της εμφανιζόμενης ασθένειας και συχνά ο Ιατρός θα πρέπει να διαχειρισθεί πολλαπλά προβλήματα. Ο ασθενής συχνά προσέρχεται στη συνέντευξη με αρκετά παράπονα (προβλήματα), ο αριθμός των οποίων αυξάνεται με την ηλικία. Η ταυτόχρονη απάντηση σε αρκετές απαιτήσεις καθιστά αναγκαία μία ιεραρχική διαχείριση των προβλημάτων, η οποία λαμβάνει υπόψη τις προτεραιότητες τόσο του ασθενούς όσο και του ιατρού.

η) διαχειρίζεται ασθένειες οι οποίες εμφανίζονται με έναν μη διαφοροποιημένο, μη ειδικό τρόπο σε κάποιο πρώιμο στάδιο της εξέλιξής τους και οι οποίες μπορεί να απαιτήσουν επείγουσα παρέμβαση.

Ο ασθενής συχνά προσέρχεται κατά την έναρξη των συμπτωμάτων και είναι δύσκολο να τεθεί η διάγνωση σε ένα πρώιμο στάδιο. Αυτός ο τρόπος εμφάνισης σημαίνει ότι σημαντικές για τους ασθενείς αποφάσεις πρέπει να ληφθούν επί τη βάση περιορισμένης πληροφόρησης καθώς και η προγνωστική αξία της κλινικής εξέτασης και των κλινικών δοκιμασιών είναι λιγότερο βέβαιη. Ακόμα και όταν τα κλινικά σημεία μίας συγκεκριμένης νόσου είναι γενικά καλά γνωστά, αυτό δεν ισχύει για τα πρώιμα σημεία της νόσου, τα οποία είναι, συνήθως, μη ειδικά και κοινά σε μία πλειονότητα παθήσεων. Η διαχείριση του κλινικού κινδύνου κάτω από αυτές τις περιστάσεις αποτελεί ένα κεντρικό χαρακτηριστικό γνώρισμα του επιστημονικού κλάδου. Έχοντας αποκλείσει μία άμεση σοβαρή έκβαση, η απόφαση μπορεί πολύ καλά να χρειαστεί να αναμένει περαιτέρω εξελίξεις και υστερότερη επανεξέταση. Το αποτέλεσμα

μίας μοναδικής ιατρικής συνέντευξης συχνά παραμένει στο επίπεδο ενός ή μερικών συμπτωμάτων, μερικές φορές στην υποψία μίας νόσου, σπάνια σε μία ολοκληρωμένη διάγνωση.

θ) προάγει την υγεία και την ευεξία μέσα από κατάλληλες και αποτελεσματικές παρεμβάσεις.

Οι παρεμβάσεις πρέπει να είναι κατάλληλες, αποτελεσματικές και βασισμένες σε ισχυρές ενδείξεις, όποτε αυτό είναι δυνατό. Κάποια παρέμβαση, όταν τίποτα δεν χρειάζεται, μπορεί να προκαλέσει βλάβη και κατασπαταλεί πολύτιμους πόρους φροντίδας υγείας.

ι) έχει μία ιδιαίτερη ευθύνη για την υγεία της κοινότητας.

Ο επιστημονικός κλάδος αναγνωρίζει ότι έχει την υπευθυνότητα τόσο για τον συγκεκριμένο ασθενή όσο και για την ευρύτερη κοινότητα ως προς την αντιμετώπιση θεμάτων φροντίδας υγείας. Σε ορισμένες περιπτώσεις αυτό μπορεί να δημιουργήσει ένταση και μπορεί να οδηγήσει σε συγκρούσεις συμφερόντων, οι οποίες θα πρέπει να ρυθμισθούν κατάλληλα.

ια) διαχειρίζεται προβλήματα υγείας στις σωματικές, ψυχολογικές, κοινωνικές, πολιτισμικές και υπαρξιακές διαστάσεις τους.

Ο επιστημονικός κλάδος πρέπει να αναγνωρίσει όλες αυτές τις διαστάσεις ταυτόχρονα και να προσδώσει την κατάλληλη βαρύτητα σε καθεμία από αυτές. Η συμπεριφορά και τα πρότυπα της νόσου διαφοροποιούνται από πολλά από αυτά τα ζητήματα και πολλή δυστυχία προκαλείται από παρεμβάσεις που δεν απευθύνονται στην ριζική αιτία του προβλήματος του ασθενή.

2. Η Ειδικότητα της Γενικής / Οικογενειακής Ιατρικής

«Οι Γενικοί / Οικογενειακοί Ιατροί είναι εξειδικευμένοι ιατροί, εκπαιδευμένοι σύμφωνα με τις αρχές του επιστημονικού κλάδου τους. Είναι προσωπικοί ιατροί του κάθε ασθενούς, κύρια υπεύθυνοι για την παροχή σφαιρικής και συνεχιζόμενης φροντίδας προς κάθε άτομο που αναζητά την ιατρική φροντίδα ανεξάρτητα από την ηλικία, το φύλο και το είδος της ασθένειας. Φροντίζουν τα άτομα σε συνάρτηση με την οικογένεια, την κοινότητα και την κουλτούρα τους, πάντοτε σεβόμενοι την αυτονομία των ασθενών τους. Αναγνωρίζουν ότι, επίσης, φέρουν κάποια επαγγελματική υπευθυνότητα απέναντι στην κοινότητα

την οποία υπηρετούν. Στη διαπραγμάτευση των σχεδίων διαχείρισης με τους ασθενείς τους ενσωματώνουν σωματικούς, ψυχολογικούς, κοινωνικούς, πολιτισμικούς και υπαρξιακούς παράγοντες, χρησιμοποιώντας τη γνώση και την εμπιστοσύνη που έχουν γεννηθεί μέσα από τις επανειλημμένες επαφές. Οι Γενικοί / Οικογενειακοί Ιατροί εξασκούν τον επαγγελματικό ρόλο τους προάγοντας την υγεία, προλαμβάνοντας τη νόσο και παρέχοντας θεραπεία, φροντίδα ή παρηγορία. Αυτό επιτυγχάνεται είτε απευθείας είτε διαμέσου των υπηρεσιών άλλων σύμφωνα με τις ανάγκες υγείας και τους διαθέσιμους -μέσα στην κοινότητα όπου υπηρετούν- πόρους, υποβοηθώντας τους ασθενείς, όπου χρειάζεται, στην αξιολόγηση αυτών των υπηρεσιών. Θα πρέπει να αναλάβουν την ευθύνη για την ανάπτυξη και την διατήρηση των ικανοτήτων τους, της προσωπικής τους ισορροπίας και των αξιών τα οποία θα αποτελέσουν τη βάση για αποτελεσματική και ασφαλή φροντίδα των ασθενών»

Ο ορισμός του ρόλου του Οικογενειακού Ιατρού θέτει τα χαρακτηριστικά του επιστημονικού κλάδου, που περιγράφηκαν παραπάνω, μέσα στο πλαίσιο λειτουργίας του εξασκούντος ιατρού. Αντιπροσωπεύει ένα ιδεατό προς το οποίο όλοι οι Οικογενειακοί Ιατροί μπορούν να φιλοδοξήσουν. Ορισμένα από τα στοιχεία σε αυτό τον ορισμό δεν ισχύουν αποκλειστικά μόνο για τους Οικογενειακούς Ιατρούς, αλλά είναι γενικά εφαρμόσιμα για το σύνολο του ιατρικού επαγγέλματος. Η ειδικότητα της Γενικής / Οικογενειακής Ιατρικής είναι παρόλα αυτά η μόνη ειδικότητα η οποία μπορεί να εκφράζει ταυτόχρονα όλα αυτά τα χαρακτηριστικά. Παράδειγμα μίας κοινής υπευθυνότητας είναι εκείνη της διατήρησης των ικανοτήτων, στόχος ο οποίος μπορεί να εμφανίζει ιδιαίτερες δυσκολίες για τους Οικογενειακούς Ιατρούς οι οποίοι συχνά εργάζονται σε απομόνωση.

4. ΕΠΕΞΗΓΗΜΑΤΙΚΕΣ ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ – ΒΑΣΙΚΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ

Ο ορισμός του επιστημονικού κλάδου της Γενικής / Οικογενειακής Ιατρικής και του εξειδικευμένου Οικογενειακού Ιατρού πρέπει να οδηγούν απευθείας στις Βασικές (κεντρικές, κυριότερες) Δεξιότητες του Γενικού / Οικογενειακού Ιατρού.

Ο όρος “Κεντρικός” υποδηλώνει το Ουσιώδες για τον επιστημονικό κλάδο, ανεξάρτητα από το σύστημα φροντίδας υγείας μέσα στο οποίο εφαρμόζονται. Οι Βασικές Δεξιότητες ομαδοποιούνται σε τρεις παραγράφους αναφορικά με: τον επιστημονικό κλάδο (§ 1), την εξάσκηση της ειδικότητας (§ 2) και με ορισμένα βασικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα του επιστημονικού υπόβαθρου (§ 3).

§ 1. Τα έντεκα κεντρικά χαρακτηριστικά του επιστημονικού κλάδου συνδέονται με τις έντεκα ικανότητες τις οποίες κάθε εξειδικευμένος Οικογενειακός ιατρός θα έπρεπε να κατέχει. Αυτές μπορούν να ομαδοποιηθούν σε έξι βασικές ικανότητες:

1. Διαχείριση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας

α) η ικανότητα της διαχείρισης της πρωτογενούς επαφής με τους ασθενείς

β) ο συντονισμός της φροντίδας με άλλους επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας και με άλλους ειδικούς που οδηγεί στην αποτελεσματική και κατάλληλη παροχή φροντίδας, λαμβάνοντας υποστηρικτική για τον ασθενή θέση, όταν αυτό απαιτείται

2. Προσωποκεντρική Φροντίδα

γ) η ικανότητα να υιοθετεί μία προσωποκεντρική προσέγγιση στην αντιμετώπιση των ασθενών και των προβλημάτων τους

δ) η ανάπτυξη και εφαρμογή της τεχνικής συνέντευξης της Γενικής Ιατρικής, ώστε να δημιουργηθεί μία καλή σχέση Ιατρού – Ασθενούς

ε) η παροχή μακροχρόνιας συνέχειας στην φροντίδα όπως αυτή προσδιορίζεται από τις ανάγκες του ασθενή

3. Ειδικές Ικανότητες Επίλυσης Προβλημάτων

στ) η χρήση της ειδικής διαδικασίας λήψης αποφάσεων όπως αυτή προσδιορίζεται από τον επιπολασμό και την επίπτωση της νόσου στην κοινότητα

ζ) η διαχείριση παθολογικών καταστάσεων οι οποίες μπορούν να εμφανίζονται σε πρόωμη και μη διαφοροποιημένη μορφή και η επείγουσα παρέμβαση, όταν αυτό καθίσταται αναγκαίο

4. Σφαιρική Προσέγγιση

η) η ταυτόχρονη διαχείριση και των οξέων και των χρόνιων προβλημάτων υγείας του ατόμου

θ) η προαγωγή της υγείας και της ευεξίας με την κατάλληλη εφαρμογή των στρατηγικών μεθόδων προαγωγής της υγείας και πρόληψης της ασθένειας

5. Προσανατολισμός προς την Κοινότητα

ι) η συμφιλίωση των αναγκών υγείας των ατόμων – ασθενών με τις ανάγκες υγείας της κοινότητας μέσα στην οποία διαβιούν, σε ισορροπία με τους διαθέσιμους πόρους.

6. Ολιστικό Πρότυπο

ια) η ικανότητα της χρήσης ενός βιο-ψυχο-κοινωνικού μοντέλου το οποίο συνυπολογίζει και τις πολιτισμικές και υπαρξιακές διαστάσεις

§ 2. Για να εξασκήσει την ειδικότητα ο ικανός ιατρός εφαρμόζει αυτές τις ικανότητες σε τρεις κατευθύνσεις:

- α. Κλινικά Καθήκοντα,
- β. Επικοινωνία με τους Ασθενείς και
- γ. Διαχείριση της Κλινικής Πρακτικής (Ιατρείου).

§ 3. Όπως σε ένα ανθρωποκεντρικό επιστημονικό κλάδο, τρία χαρακτηριστικά γνωρίσματα του επιστημονικού υπόβαθρου θα έπρεπε να θεωρηθούν ως θεμελιώδη:

α. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ: η χρήση του πλαισίου ζωής του ατόμου, της οικογένειας, της κοινότητας και της κουλτούρας τους.

β. ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΟ: βασίζεται στις επαγγελματικές ικανότητες, τις αξίες και την ηθική του ιατρού.

γ. ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ: η υιοθέτηση μίας κριτικής και βασισμένης στην έρευνα προσέγγισης της κλινικής πράξης και η διατήρησή της μέσα από τη συνεχιζόμενη μάθηση και τη βελτίωση της ποιότητας.

Η διασυσχέτιση των βασικών δεξιοτήτων, των κατευθύνσεων εφαρμογής και των θεμελιωδών γνωρισμάτων χαρακτηρίζει αυτό τον επιστημονικό κλάδο και υπογραμμίζει την πολυπλοκότητα της ειδικότητας.

Είναι αυτή η περίπλοκη διασυσχέτιση των βασικών δεξιοτήτων εκείνη που θα έπρεπε να καθοδηγεί και να αντανακλάται στην ανάπτυξη σχεδιασμών εργασίας για τη διδασκαλία, την έρευνα και τη βελτίωση της ποιότητας.

5. ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΑΝΑΛΥΣΗ: ΟΙ ΝΕΟΙ ΟΡΙΣΜΟΙ

Εισαγωγή

Η ομάδα Leeuwenhorst παρήγαγε το κείμενο με τίτλο «Ο Γενικός Ιατρός στην Ευρώπη» το 1974¹. Σε εκείνο το στάδιο η Γενική / Οικογενειακή Ιατρική βρισκόταν στη νηπιακή της ηλικία ως επιστημονικός κλάδος, ιδιαίτερα σε ότι αφορά τη διδασκαλία της και την βάση της έρευνάς της. Σχεδόν 30 χρόνια αργότερα ο κόσμος έχει προχωρήσει προς τα εμπρός και πουθενά αλλού δεν έχει γίνει περισσότερο εμφανής αυτή η μεταβολή παρά στον τομέα της παροχής φροντίδας υγείας. Η Γενική / Οικογενειακή Ιατρική βρίσκεται τώρα καλά καθιερωμένη σε όλα τα συστήματα φροντίδας υγείας ανά την Ευρώπη και αναγνωρίζεται από τους παροχείς υπηρεσιών υγείας ως αντικείμενο συνεχώς αυξανόμενης σπουδαιότητας. Η άποψη αυτή τονίσθηκε με έμφαση το 1998 στο έγγραφο πλαισίου του Τμήματος Ευρώπης της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (ΠΟΥ)² και με την ευκαιρία του γεγονότος ότι η Γενική / Οικογενειακή Ιατρική εισήχθη στις περισσότερες από τις χώρες του πρώην Σοβιετικού συνασπισμού ως βάση για τα νέα τους συστήματα φροντίδας υγείας.

Η κοινωνία έχει αλλάξει μέσα στα τελευταία 30 χρόνια και υπήρξε μία αύξηση της βαρύτητας του ρόλου του ασθενούς, ως προσδιοριστικού παράγοντα, στην φροντίδα υγείας και την παροχή της. Η γνώμη του κλινικού ιατρού δεν θεωρείται πλέον ως ιερή και απαραβίαστη και ένας νέος τύπος διαλόγου προβάλλει ανάμεσα στους καταναλωτές και τους παροχείς της φροντίδας υγείας. Ο μελλοντικός Οικογενειακός Ιατρός πρέπει όχι μόνο να είναι ενήμερος αυτής της αλλαγής, αλλά να είναι ικανός να ευδοκιμήσει μέσα σε ένα τέτοιο περιβάλλον. Είναι σημαντικό ο επιστημονικός κλάδος της Γενικής / Οικογενειακής Ιατρικής να συνεχίσει να εξελίσσεται, καθώς τα συστήματα φροντίδας υγείας μέσα στα οποία λειτουργεί μεταβάλλονται, και να ανταποκρίνεται στις ανάγκες υγείας των ασθενών. Οι Οικογενειακοί Ιατροί πρέπει να εμπλέκονται στη συνεχιζόμενη ανάπτυξη του συστήματος φροντίδας υγείας στο οποίο εργάζονται και ως άτομα θα πρέπει να είναι ικανοί να αλλάξουν με σκοπό να ικανοποιήσουν αυτές τις νέες προκλήσεις.

Ο Van Weel στην πρόσφατη ομιλία του στην Εαρινή Συνάντηση του RCGP (Βασιλικού Κολεγίου των Γενικών Ιατρών)³ τόνισε εμφατικά την ανάγκη της ακαδημαϊκής ανάπτυξης ώστε να γίνει δυνατή η μεταφορά της γνώσης, των δεξιοτήτων και της εμπειρίας, η ανάπτυξη τεχνικών και μεθοδολογίας που να απευθύνεται στις ειδικές απαιτήσεις της Γενικής Ιατρικής και η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας της πρωτοβάθμιας κλινικής φροντίδας. Επίσης, έδωσε έμφαση στην σπουδαιότητα της ίδιας της βάσης αξιών της Οικογενειακής Ιατρικής και της ανάγκης για μία κοινή κουλτούρα (κατεύθυνση) στη διδασκαλία, την έρευνα και την πρακτική άσκηση. Είναι, επομένως, επίκαιρη η επανεξέταση των ορισμών για τον ρόλο του Οικογενειακού Ιατρού και η προετοιμασία ενός ξεκάθਾਰου κειμένου δήλωσης ως προς τα χαρακτηριστικά του επιστημονικού κλάδου της Γενικής / Οικογενειακής Ιατρικής.

Υπάρχει μία επιπλέον επιτακτική ανάγκη για τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) και για εκείνες που φιλοδοξούν να εισέλθουν στην Ένωση. Η Κατευθυντήρια Οδηγία 93/16 της ΕΕ⁴ έχει ως σκοπό την προώθηση της ελεύθερης διακίνησης των Ιατρών και, επομένως, της προστασίας των ασθενών. Είναι αυταπόδεικτο ότι οι Οικογενειακοί Ιατροί θα έπρεπε να υποβάλλονται σε πρακτική εκπαίδευση η οποία θα τους εφοδιάζει με τις αναγκαίες ικανότητες, ώστε να μπορούν να ασκούν ιατρική σε **οποιαδήποτε** χώρα – μέλος, καθώς τα προσόντα τους θα τους δίνουν το δικαίωμα να εργάζονται ως κλινικοί ιατροί οπουδήποτε στην ΕΕ χωρίς περαιτέρω εκπαίδευση. Είναι συνακόλουθο ότι είναι σημαντικό να υπάρξει μία κοινή άποψη συμφωνίας η οποία θα καθορίζει τα χαρακτηριστικά του επιστημονικού κλάδου και τα καθήκοντα τα οποία θα πρέπει να επιτελούν οι Οικογενειακοί Ιατροί.

Η Κατευθυντήρια Οδηγία 93/16 προσδιορίζει μόνο μία ελάχιστη περίοδο εκπαίδευσης 2 ετών και μία ελάχιστη υπηρεσία έξι μηνών σε ένα ιατρείο Γενικής Ιατρικής. Το διάστημα αυτό επιμηκύνθηκε σε 3 ή περισσότερα χρόνια από ορισμένες χώρες. Το έγγραφο συμφωνίας UEMO του 1994 σχετικά με την εξειδικευμένη πρακτική εκπαίδευση για τη Γενική Ιατρική⁵ υποστήριζε την ανάγκη της παράτασης της περιόδου εκπαίδευσης ειδικότητας προς μία ελάχιστη διάρκεια 3 ετών, η οποία θα περιλαμβάνει ένα πρακτικό και ένα θεωρητικό μέρος, από τα οποία ένα ελάχιστο 50% του χρόνου της κλινικής εκπαίδευσης θα υπηρετείται σε περιβάλλον Γενικής Ιατρικής. Η Συμβουλευτική Επιτροπή για την Ιατρική Εκπαίδευση (ACMT)⁶ αποδέχθηκε τις απόψεις της UEMO και πρότεινε στην

Ευρωπαϊκή Επιτροπή να αναθεωρήσει κατάλληλα την Κατευθυντήρια Οδηγία –να καθιερώσει έναν χρόνο εκπαίδευσης ειδικότητας 3 ετών, 50% του χρόνου να αφιερώνεται στην κλινική πρακτική και οι Γενικοί Ιατροί να εμπλέκονται και να είναι υπεύθυνοι για την εκπαίδευση στη Γενική Ιατρική σε όλα τα επίπεδα. Ατυχώς, πάντως, αυτές οι συστάσεις δεν έχουν ακόμα γίνει αποδεκτές από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή.

Τα προβλήματα σχετικά με τη δημιουργία της τροποποίησης του Τίτλου (Άρθρου) 4 της ιατρικής κατευθυντήριας οδηγίας, η οποία σχετίζεται με τη Γενική / Οικογενειακή Ιατρική και την ανάγκη βελτίωσης της θέσης της Οικογενειακής Ιατρικής μέσα στο πρόγραμμα σπουδών των ιατρικών σχολών, οδήγησαν στην εισήγηση ότι επιπλέον βελτιώσεις για τον επιστημονικό κλάδο θα μπορούσαν να επιτευχθούν ευκολότερα εάν ο “Ειδικός της Οικογενειακής Ιατρικής” θα μπορούσε να αποτελέσει μέρος των ιατρικών ειδικοτήτων που παρατίθενται στο Άρθρο 3 – το οποίο καλύπτει όλες τις υπόλοιπες ιατρικές ειδικότητες. Δεν αποτελεί σκοπό αυτού του εγγράφου η διερεύνηση του ζητήματος αυτού: ο σκοπός, εδώ, είναι η επεξεργασία των αρχών που θεμελιώνουν τον επιστημονικό κλάδο της Γενικής / Οικογενειακής Ιατρικής..

ΡΟΛΟΣ, ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΣ ΚΛΑΔΟΣ και ΣΥΣΤΗΜΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

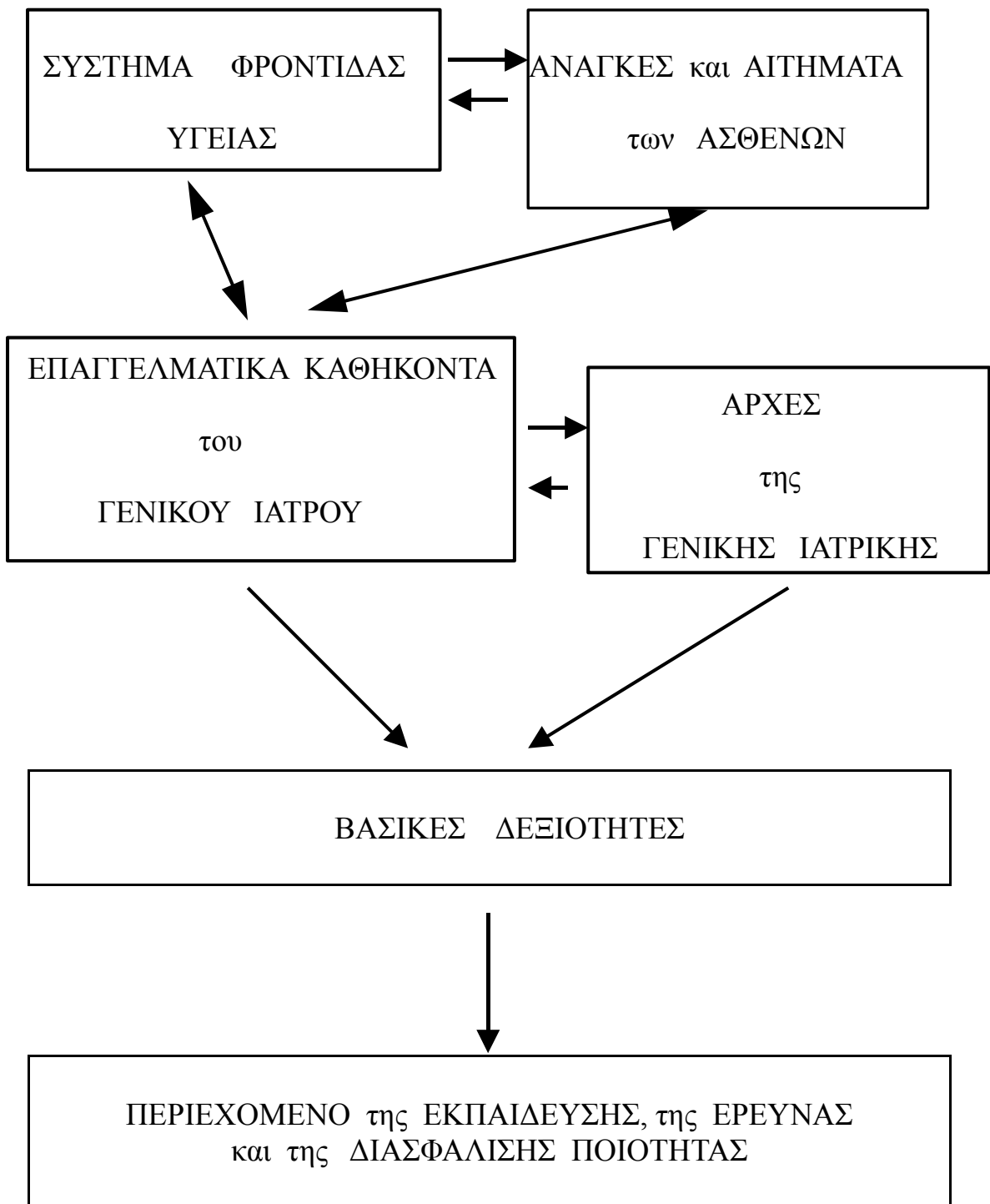
Υπάρχουν διαφορετικοί τρόποι για την προσέγγιση του προβλήματος της παραγωγής ενός νέου ορισμού. Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε από την ομάδα Leeuwenhorst, και περισσότερο πρόσφατα από τον Olesen και συνεργάτες⁷, ήταν ο προσδιορισμός των παραμέτρων του επιστημονικού κλάδου με την περιγραφή των τύπων των καθηκόντων που ο Οικογενειακός Ιατρός πρέπει να επιτελεί. Μία εναλλακτική προσέγγιση είναι η προσπάθεια προσδιορισμού των θεμελιωδών αρχών του επιστημονικού κλάδου της Γενικής / Οικογενειακής Ιατρικής. Αυτός ο τρόπος προσέγγισης επιλέχθηκε από τον Gay σε μία παρουσίαση κατά την εναρκτήρια συνάντηση του Τμήματος Ευρώπης της WONCA στο Στρασβούργο το 1995⁸ και, επίσης, χρησιμοποιήθηκε για το έγγραφο πλαισίου που αναπτύχθηκε από το Τμήμα Ευρώπης της ΠΟΥ.

Ο Gay εισηγήθηκε ότι υπάρχει κάποια συσχέτιση μεταξύ των αρχών και των καθηκόντων, με κάποιες επιρροές πάνω στα

καθήκοντα που προκαλούνται και από τους ασθενείς και από το σύστημα φροντίδας υγείας. Αυτό στη συνέχεια θα μπορούσε να οδηγήσει σε ορισμούς των δεξιοτήτων οι οποίες θα προσδιορίσουν το περιεχόμενο της εκπαίδευσης στη Γενική Ιατρική. Η σχέση αυτή αναπαρίσταται στο Σχήμα 1.

Τα παραπάνω υποδηλώνουν τη δυναμική συσχέτιση που υπάρχει μεταξύ των υποκείμενων αρχών του επιστημονικού κλάδου και των καθηκόντων τα οποία πρέπει να επιτελούν οι Οικογενειακοί Ιατροί. Αυτά τα καθήκοντα καθορίζονται σε σημαντικό βαθμό από το σύστημα φροντίδας υγείας μέσα στο οποίο εργάζονται οι Γενικοί Ιατροί και από τις μεταβαλλόμενες ανάγκες και απαιτήσεις των ασθενών.

Τα χαρακτηριστικά, όπως περιγράφονται από το Τμήμα Ευρώπης της ΠΟΥ, μπορούν, επίσης, να θεωρηθούν ως σκοποί της Γενικής Ιατρικής μέσα στο σύστημα φροντίδας υγείας. Αυτές οι ιδέες εντάσσουν στο παιχνίδι την έννοια της αποτελεσματικότητας και, εάν κάποιος αποδεχθεί ότι το σύστημα φροντίδας υγείας προσδιορίζει κατά το μάλλον ή ήττον το έργο το οποίο ένας Οικογενειακός Ιατρός είναι ικανός να αναλάβει, οποιοσδήποτε νέος ορισμός θα πρέπει να συνυπολογίζει το πλαίσιο μέσα στο οποίο εργάζεται ο Οικογενειακός Ιατρός και να αντικατοπτρίζει τις μεταβαλλόμενες ανάγκες των ασθενών και τις προόδους στην παροχή φροντίδας υγείας.



Σ Χ Η Μ Α 1

Αυτές οι προσεγγίσεις δεν αποκλείουν η μία την άλλη και οποιοδήποτε νέο ορισμοί θα πρέπει να λάβουν υπόψη τις θεμελιώδεις αρχές του επιστημονικού κλάδου, τα βασικά καθήκοντα του Οικογενειακού Ιατρού μέσα στο σύστημα φροντίδας υγείας και την επίδραση του συστήματος υγείας πάνω στην παροχή της Οικογενειακής Ιατρικής.

Οι αρχές του επιστημονικού κλάδου όπως προτάθηκαν από τον Gay ήταν:

- | | |
|---|---|
| 1. Προσωποκεντρική Προσέγγιση | 6. Νόσοι σε Πρώιμο Στάδιο |
| 2. Προσανατολισμός προς την Οικογένεια και το Κοινωνικό Πλαίσιο | 7. Ταυτόχρονη Διαχείριση Πολλαπλών Παραπόνων και Παθολογιών |
| 3. Πεδίο Δραστηριοτήτων Προσδιοριζόμενο από τις Ανάγκες και τα Αιτήματα των Ασθενών | 8. Συνεχιζόμενη Διαχείριση |
| 4. Μη Επιλεγμένα και Πολύπλοκα Προβλήματα Υγείας | 9. Συντονισμένη Φροντίδα |
| 5. Χαμηλή Επίπτωση Σοβαρών Νόσων | 10. Αποτελεσματικότητα |

και είναι κατά πολλούς τρόπους παρόμοιες με τα χαρακτηριστικά της Γενικής / Οικογενειακής Ιατρικής, όπως περιγράφονται στο κείμενο πλαισίου της ΠΟΥ:

- | | |
|-----------------|--|
| A. Γενικευμένη | E. Συνεργατική |
| B. Συνεχής | ΣΤ. Προσανατολισμένη προς την Οικογένεια |
| Γ. Σφαιρική | Z. Προσανατολισμένη προς την Κοινότητα |
| Δ. Συντονισμένη | |

Το κείμενο της ΠΟΥ συνεχίζει την επεξεργασία της επεξήγησης αυτών των 7 χαρακτηριστικών:

Γενικευμένη: -

- Μη Επιλεγμένα Προβλήματα Υγείας Ολόκληρου του Πληθυσμού
- Δεν Εξαιρεί Ομάδες Ασθενών εξαιτίας της Ηλικίας, του Φύλου, της Κοινωνικής Τάξης, της Φυλής ή της Θρησκείας ή λόγω του Είδους του Προβλήματος Υγείας
- Εύκολη Πρόσβαση, που δεν Περιορίζεται από Γεωγραφικούς, Πολιτισμικούς, Διοικητικούς ή Οικονομικούς Φραγμούς

Συνεχής: -

- Προσωποκεντρική
- Μακροχρόνια Φροντίδα Υγείας, για Σημαντικές Περιόδους της Ζωής του Ατόμου, μη Περιοριζόμενη σε ένα Νοσηρό Επεισόδιο

Σφαιρική: -

ολοκληρωμένη φροντίδα που περιλαμβάνει

- Προαγωγή της Υγείας, Πρόληψη της Ασθένειας, Θεραπευτική και Υποστηρικτική Φροντίδα, Φροντίδα Αποκατάστασης
- Σωματικές, Ψυχολογικές και Κοινωνικές Προοπτικές
- Κλινικές, Ανθρωπιστικές και Ηθικές Απόψεις της Σχέσης Ιατρού – Ασθενούς

Συντονισμένη: -

- Φροντίδα Διαχειριζόμενη από την Πρώτη Επαφή
- Παραπομπές σε Υπηρεσίες Ειδικών
- Παροχή Πληροφόρησης σε Ασθενείς για τις Διαθέσιμες Υπηρεσίες
- Συντονισμός και Διαχείριση της Φροντίδας

Συνεργατική: -

- Εργασία σε Ομάδες Επαγγελματιών Πολλών Ειδικοτήτων
- Εξουσιοδότηση Άλλων για Φροντίδα Ασθενούς, όπου αυτό κριθεί Κατάλληλο
- Άσκηση Ηγετικού Ρόλου

Προσανατολισμένη στην Οικογένεια: -

αντιμετωπίζοντας ατομικά προβλήματα μέσα στο πλαίσιο των:

- Οικογενειακών Συνθηκών
- Κοινωνικών και Πολιτισμικών Δικτύων
- Συνθήκες Εργασίας και Κατοικίας

Προσανατολισμένη προς την Κοινότητα: -

υποδηλώνει ότι οι Οικογενειακοί Ιατροί θα έπρεπε να αντιμετωπίζουν τα προσωπικά προβλήματα στο πλαίσιο των:

- Αναγκών Υγείας της Κοινότητας
- Άλλων Επαγγελματιών και Υπηρεσιών Υγείας

Η WONCA, στο κείμενό της του 1991 σχετικά με τον ρόλο του Γενικού / Οικογενειακού Ιατρού μέσα στα Συστήματα Φροντίδας Υγείας⁹, παρήγαγε έναν ορισμό του ρόλου του Γενικού Ιατρού και τον συνέδεσε με χαρακτηριστικά γνωρίσματα της Γενικής / Οικογενειακής Ιατρικής τα οποία περιγράφει στις κατηγορίες των δεσμεύσεων και ιδιαιτεροτήτων.

Το κείμενο της WONCA του 1991 περιλαμβάνει τα ακόλουθα

- Σφαιρική Φροντίδα
- Προσανατολισμός προς τον Ασθενή
- Εστιασμός προς την Οικογένεια
- Σχέση Ιατρού / Ασθενούς
- Συντονισμός με Άλλες Υπηρεσίες
- Υποστηρικτική Συνηγορία
- Διαχείριση Πόρων και δημιουργία Εύκολης Πρόσβασης

Υπάρχει σημαντική αλληλοεπικάλυψη ανάμεσα στα χαρακτηριστικά της ΠΟΥ, τις “ιδιαιτερότητες” του εγγράφου της WONCA και στις αρχές όπως προσδιορίστηκαν από τον Gay. Αυτό μπορεί να καταδειχθεί παραθέτοντας παράλληλα αυτά τα στοιχεία, όπως φαίνεται στον παρακάτω πίνακα:

ΠΟΥ 1998	WONCA 1991	"ΑΡΧΕΣ" όπως περιγράφονται από τον GAY
Γενικευμένη	Σφαιρική Φροντίδα	3. Πεδίο Δραστηριοτήτων Προσδιοριζόμενο από τις Ανάγκες και τα Αιτήματα των Ασθενών 4. Μη Επιλεγμένα και Πολύπλοκα Προβλήματα Υγείας
Συνεχής *	Προσανατολισμός προς τον Ασθενή	1. Προσέγγιση Επικεντρωμένη στον Ασθενή 8. Συνεχιζόμενη Διαχείριση
Σφαιρική	Σφαιρική Φροντίδα	3. Πεδίο Δραστηριοτήτων Προσδιοριζόμενο από τις Ανάγκες και τα Αιτήματα των Ασθενών 4. Μη Επιλεγμένα και Πολύπλοκα Προβλήματα Υγείας
Συντονισμένη	Συντονισμός με Άλλες Υπηρεσίες	9. Συντονισμένη Φροντίδα
Συνεργατική	Συντονισμός με Άλλες Υπηρεσίες	9. Συντονισμένη Φροντίδα
Προσανατολισμένη προς την Οικογένεια	Εστιασμός προς την Οικογένεια	2. Προσανατολισμός προς το Οικογενειακό και Κοινωνικό Πλαίσιο
Προσανατολισμένη προς την Κοινότητα	Δέσμευση προς την Κοινότητα	2. Προσανατολισμός προς το Οικογενειακό και Κοινωνικό Πλαίσιο

- Η σύγχυση στη χρήση της ορολογίας στο έγγραφο της ΠΟΥ μπορεί να προκαλέσει κάποια δυσκολία. Η σύγχυση δημιουργείται ανάμεσα στους όρους « ΣΥΝΕΧΗΣ (Continuous) » και «ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΟΣ (Continuing) » και στο πλαίσιο του εγγράφου της ΠΟΥ ο όρος «ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΟΣ» θα ήταν ο καταλληλότερος.
- ΣΥΝΕΧΗΣ : σημαίνει χωρίς διακοπή, χωρίς διάλειμμα, π.χ, όπως ο περιμετρικός φράκτης γύρω από κάποια φυλακή.
- ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗ : σημαίνει ότι μία διεργασία ή δραστηριότητα θα διατηρηθεί, συνεχισθεί, θα συνεχίσει στο μέλλον, όχι χωρίς διακοπή, αλλά και χωρίς λήξη.
- Η διάκριση αυτή μπορεί να επιδειχθεί καλύτερα με τη χρήση τους αναφορικά με την ιατρική εκπαίδευση. Η ΣΥΝΕΧΗΣ ιατρική εκπαίδευση ότι κάποιος ποτέ δεν θα έκανε κάτι άλλο: πρωί, μεσημέρι και βράδυ θα υποβαλλόταν σε ιατρική εκπαίδευση. Η ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗ Ιατρική Εκπαίδευση, από την άλλη πλευρά, θα περιέγραφε μία διαδικασία η οποία θα ήταν διαλείπουσα και κατά επεισόδια, αλλά η οποία θα μπορούσε να συνεχισθεί αενάως. Η μακροχρόνια φροντίδα του Οικογενειακού Ιατρού καλύτερα περιγράφεται ως Συνεχιζόμενη.

Υπάρχουν, πάντως, κάποιες ενδιαφέρουσες διαφορές. Τα σημεία τα οποία περιγράφονται από την ΠΟΥ και την WONCA

αναφέρονται στην επαγγελματική δραστηριότητα μέσα στο σύστημα φροντίδας υγείας και όχι στον επιστημονικό κλάδο ως ιατρική δραστηριότητα που χρησιμοποιεί μία ιδιαίτερη διαδικασία. Πραγματικά, τα παρακάτω 3 στοιχεία αφορούν τον επιστημονικό κλάδο και δεν ενσωματώνονται πραγματικά στα χαρακτηριστικά της ΠΟΥ ή της WONCA.

Οι αναφορές «Χαμηλός Επιπολασμός Σοβαρών Νοσημάτων», «Ασθένειες σε Πρώιμο Στάδιο» και «Ταυτόχρονη Διαχείριση Πολλαπλών Παραπόνων και Παθολογιών» στην παρουσίαση του Gay αποτελούν μέρος της «Σφαιρικής Φροντίδας» στο έγγραφο της WONCA, αλλά δεν καλύπτονται στα χαρακτηριστικά της ΠΟΥ. Ωστόσο, καλύπτουν μία κρίσιμη άποψη της Γενικής Ιατρικής -ότι πρόκειται για έναν επιστημονικό κλάδο που είναι ανθρωποκεντρικός (σε αντίθεση με τον βασισμένο στην παθολογία ή το όργανο του σώματος) και ότι είναι προσανατολισμένος προς την φυσιολογικότητα (σε αντίθεση με τον προσανατολισμό προς τη διαταραχή του φυσιολογικού στη δευτεροβάθμια φροντίδα), αλλά, επίσης, ότι οι Οικογενειακοί Ιατροί θα συναντήσουν και θα χρειασθεί να διαχειρισθούν σοβαρές παθήσεις σε ένα πρώιμο και μη διαφοροποιημένο στάδιο. Αυτή η δήλωση της WONCA, επίσης, τονίζει ότι η επίπτωση της νόσου και τα κλινικά σημεία εμφάνισής της είναι πολύ διαφορετικά στην πρωτοβάθμια φροντίδα από εκείνα που απαντώνται στο νοσοκομείο, όπου αυτά, συνήθως, διδάσκονται.

Το Πλαίσιο Εργασίας της ΠΟΥ αποτυγχάνει να διερευνήσει σε κάποιο βάθος εκείνο το οποίο θα πρέπει να θεωρείται ως ο ακρογωνιαίος λίθος της Γενικής / Οικογενειακής Ιατρικής, την ατομική συνέντευξη ανάμεσα στον ασθενή και τον Οικογενειακό Ιατρό. Ο Gay πρότεινε ένα θεωρητικό μοντέλο για τη Γενική Ιατρική: ένα ΣΦΑΙΡΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ, με ανοικτές προοπτικές, που θεωρεί την ασθένεια ως το αποτέλεσμα οργανικών, ανθρώπινων και περιβαλλοντολογικών παραγόντων. Αυτή η άποψη, κατά την οποία η υγεία αντιστοιχεί σε μία πολύπλοκη σύνθεση, προσομοιάζει στο βιο-ψυχο-κοινωνικό μοντέλο του Engel: είναι ένα «ολιστικό» μοντέλο.

Η ιατρική συνέντευξη συμπεριλαμβάνεται στο κείμενο της WONCA, το οποίο, επίσης, περιγράφει την ανάγκη έκφρασης του ορισμού των προβλημάτων των ασθενών και με βιοϊατρικούς και ανθρωπιστικούς (υπαρξιακούς) όρους: δηλαδή με όρους σωματικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς. Αυτή η διατύπωση

προέρχεται από την αναφορά μίας ομάδας εργασίας του Βασιλικού Κολεγίου των Γενικών Ιατρών (RCGP)¹⁰ και έχει τόσο ενσωματωθεί στη σκέψη του επιστημονικού κλάδου, ώστε υπάρχει ο κίνδυνος να θεωρηθεί ως δεδομένη.

Η «αποτελεσματικότητα» είναι μία επιπλέον δήλωση του Gay η οποία δεν αναφέρεται ειδικά στα χαρακτηριστικά της ΠΟΥ. Αυτή, προφανώς, αναφέρεται στην οικονομική αποτελεσματικότητα η οποία γίνεται αποδεκτή ως ένα χαρακτηριστικό γνώρισμα των καλά ανεπτυγμένων συστημάτων φροντίδας υγείας. Το κείμενο της WONCA αναπτύσσει περαιτέρω την ιδέα, υποδηλώνοντας ότι ο οικογενειακός Ιατρός παίζει κάποιο ρόλο στη διαχείριση πόρων στα συστήματα φροντίδας υγείας.

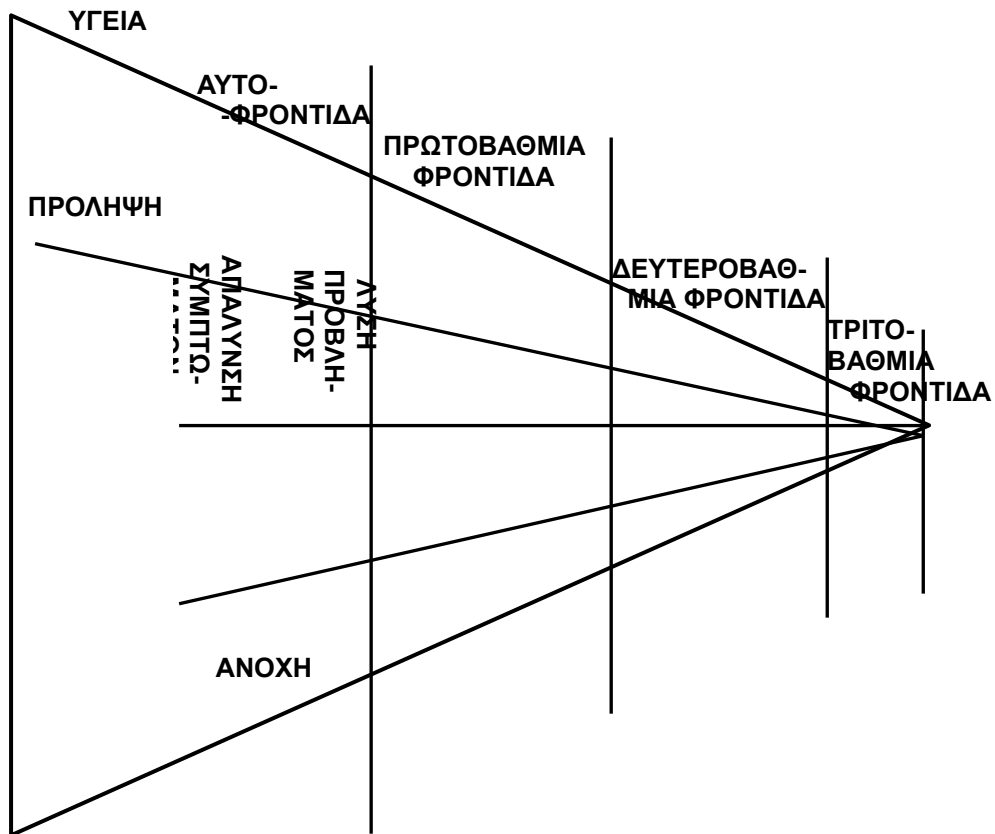
Η στενή διασυσχέτιση μεταξύ των προσδιοριστικών αρχών του επιστημονικού κλάδου, όπως περιγράφηκαν προηγουμένως, και των περιγραφών των διαφόρων ρόλων μπορεί να γίνει αντιληπτή εάν κανείς εξετάσει τους τελευταίους με κάποια λεπτομέρεια (δείτε Παράρτημα 1). Ο αρχικός ορισμός Leeuwenhorst φαίνεται να έχει το πλεονέκτημα σε σχέση με τους άλλους, διότι άντεξε τη δοκιμασία του χρόνου και έχει γίνει ευρέως αποδεκτός. Στην ουσία δημιουργήθηκε σε μία χρονική στιγμή κατά την οποία η Γενική Ιατρική αποτελούσε έναν πολύ νέο επιστημονικό κλάδο με περιορισμένο ερευνητικό και εκπαιδευτικό υπόβαθρο και, συνήθως, εθεωρείτο ως ο κλάδος του ιατρικού επαγγέλματος στον οποίο κάποιος ιατρός κατέληγε όταν δεν είχε τις δεξιότητες όλων των άλλων ειδικοτήτων. Δέχθηκε στοιχεία, τουλάχιστον εν μέρει, από τον ορισμό του επαγγέλματος που παρήχθη από την ομάδα εργασίας του Βασιλικού Κολεγίου των Γενικών Ιατρών το 1972¹⁰, ο οποίος, επίσης, φαίνεται να επηρέασε τον ορισμό της WONCA. Καλύπτει πολλά από τα χαρακτηριστικά τα οποία αργότερα περιγράφηκαν στο πλαίσιο εργασίας της ΠΟΥ, αλλά τα θέτει μέσα στην προοπτική της καθημέραν εργασίας στη Γενική Ιατρική. Πάντως, δεν είναι από μόνος του αρκετός για να υπάρξει ως μοναδικός ορισμός: δεν είναι σφαιρικός – για παράδειγμα οι φροντίδες θεραπείας, αποκατάστασης και υποστήριξης δεν αναφέρονται συγκεκριμένα.

Ο Olesen και οι συνεργάτες έχουν υποστηρίξει ότι ο αρχικός ορισμός του Leeuwenhorst είναι παρωχημένος και δεν αντικατοπτρίζει τη σημερινή πραγματικότητα της Οικογενειακής Ιατρικής. Μάλλον φαίνεται, πάντως, ότι το μεγαλύτερο μέρος των σημείων δυσαρέσκειας που εκφράσθηκε από τον Olesen και τους

συνεργάτες του οφείλεται στο ότι πολλοί από εκείνους που θεωρούν εαυτούς Οικογενειακούς Ιατρούς εργάζονται σε συστήματα φροντίδας υγείας στα οποία δεν είναι δυνατόν να συμμορφωθούν ως προς όλα τα χαρακτηριστικά (της Γενικής Ιατρικής). Έτσι, εγκαταλείπουν ορισμένα από τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα, τα οποία πολλοί θα θεωρούσαν ως θεμελιώδη για την εργασία του Οικογενειακού Ιατρού, ιδιαίτερα την απώλεια των εννοιών της εργασίας στην κοινότητα και της μακροχρόνιας – συνεχιζόμενης φροντίδας. Παραθέτουν παραδείγματα όπως τους Οικογενειακούς Ιατρούς που εργάζονται σε Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ), για να υποστηρίξουν την άποψή τους.

Οι δύο ορισμοί που ακολούθησαν, εκείνοι της WONCA του 1991 και του Olesen του 2000, ακόμα φαίνεται να διατηρούν μεγάλο μέρος των ριζών τους στον ορισμό Leeuwenhorst. Το κείμενο της WONCA του 1991 φαίνεται να κατασκευάσθηκε για να σχετίζεται καλύτερα με τα διάφορα συστήματα φροντίδας υγείας και ενσωματώνει, όπως περιγράφηκε, ορισμένα περιγραφικά στοιχεία του επιστημονικού κλάδου. Στο τμήμα που αναφέρεται στη Λήψη Κλινικών Αποφάσεων περιγράφει την πρόωμη εμφάνιση μη διαφοροποιημένων κλινικών προβλημάτων, τον μεγάλο αριθμό προβλημάτων τα οποία δεν εμπίπτουν στις προτυποποιημένες βιοϊατρικές διαγνώσεις και τον διαφορετικό επιπολασμό νόσων και ασθενειών στον υγειονομικό σχηματισμό της Γενικής Ιατρικής σε σύγκριση με τον σχηματισμό της δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας.

Όταν κανείς εξετάζει τα συστήματα φροντίδας υγείας, τότε το μοντέλο φροντίδας υγείας που καταδεικνύεται στο Σχήμα 2 είναι σήμερα γενικά αποδεκτό¹¹. Εάν χρησιμοποιήσουμε τον ορισμό της πρωτοβάθμιας φροντίδας ο οποίος παρατίθεται στην εισαγωγή –«ο σχηματισμός μέσα σε ένα σύστημα φροντίδας υγείας, συνήθως εγκατεστημένος στην ίδια την κοινότητα του ασθενούς, στον οποίο γίνεται η πρώτη επαφή με τον επαγγελματία υγείας»– προσεγγίζουμε μία αντίληψη του πλαισίου μέσα στο οποίο εργάζεται ο Οικογενειακός Ιατρός. Οι χώροι επικοινωνίας ανάμεσα στην αυτο-φροντίδα, την πρωτοβάθμια, τη δευτεροβάθμια και την τριτοβάθμια φροντίδα υγείας και οι αλληλεπιδράσεις ανάμεσα στους διάφορους παροχείς φροντίδας υγείας σε κάθε επίπεδο φροντίδας αποτελούν σημαντικά ζητήματα τα οποία πρέπει να ληφθούν υπόψη.



Σ Χ Η Μ Α 2

Υπάρχει ένας αριθμός προτύπων παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ευρώπη, με διαφορές στο είδος του πληθυσμού των ασθενών που εξυπηρετείται από Οικογενειακούς Ιατρούς και ένας αυξανόμενος αριθμός διάφορων επαγγελματιών υγείας που εργάζονται στην πρωτοβάθμια φροντίδα σε διαφορετικά συστήματα φροντίδας υγείας. Οι συνθήκες μέσα στις οποίες εργάζονται τέτοιοι Οικογενειακοί Ιατροί είναι πολύ διαφορετικές, αλλά οι υποκείμενες αρχές του επιστημονικού κλάδου θα έπρεπε ακόμα να βρίσκουν εφαρμογή. Προφανώς, ορισμένα από τα συστήματα φροντίδας υγείας μπορεί να μην είναι από τα πλέον προσανατολισμένα προς τη δημιουργία μίας καλής Οικογενειακής Ιατρικής και, παρόλο που τέτοια συστήματα δεν οδηγούνται εύκολα σε αλλαγές, δεν θα έπρεπε να φοβόμαστε να προωθήσουμε την άποψη ενός ιδεώδους μοντέλου του συστήματος φροντίδας υγείας το οποίο πιθανόν να παρείχε τα καλύτερα αποτελέσματα υγείας και οικονομικά συμφέρουσα φροντίδα. Αυτό είναι κάτι που βασίζεται στην Οικογενειακή Ιατρική υψηλής ποιότητας. Αυτό, επίσης, ήταν μία από

τις κύριες παραινέσεις του εγγράφου του Πλαισίου Εργασίας του ΠΟΥ.

Σκοπός είναι ο προσδιορισμός εκείνου που αποτελεί την ιδιαίτερη δραστηριότητα του Οικογενειακού Ιατρού - του Κλινικού Γενικού Ιατρού. Οι Οικογενειακοί Ιατροί θα έπρεπε, μέσα από τις δραστηριότητές τους στην προληπτική ιατρική και στην εκπαίδευση υγείας, να εξασκούν κάποια επίδραση στην αυτο-φροντίδα των ατόμων. Σε ορισμένα από τα συστήματα φροντίδας υγείας επηρεάζουν την παροχή και της δευτεροβάθμιας και της τριτοβάθμιας φροντίδας και μπορεί να παίζουν έναν διευκολυντικό ρόλο στον συντονισμό της κατάλληλης πρόσβασης προς αυτές τις υπηρεσίες. Σε άλλα, εξειδικευμένοι ιατροί με στενό επιστημονικό πεδίο, επίσης, εργάζονται στους σχηματισμούς πρωτοβάθμιας φροντίδας, συχνά ενασχολούμενοι με προβλήματα που σε άλλες χώρες θα τύγχαναν διαχείρισης από τους Οικογενειακούς Ιατρούς. Σε ορισμένα συστήματα φροντίδας υγείας οι Οικογενειακοί Ιατροί, οι οποίοι εργάζονται κυρίως στην πρωτοβάθμια φροντίδα, μπορεί να παίζουν και κάποιον περιορισμένο ρόλο δευτεροβάθμιας φροντίδας.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Μπορεί όλα αυτά τα τόσο διαφοροποιημένα κείμενα και ορισμοί να συνδυασθούν σε έναν ορισμό; Άραγε χρειαζόμαστε ένα νέο ορισμό και θα έπρεπε αυτός να αποτελεί μία περιγραφή του καθήκοντος / ρόλου ή των χαρακτηριστικών γνωρισμάτων του επιστημονικού κλάδου; Αυτό τέθηκε σε δοκιμασία σε μία συνάντηση εργασίας κατά τη διάρκεια της Συνδιάσκεψης του Τμήματος Ευρώπης της WONCA στο Tampere (της Φινλανδίας), όπου μία σημαντική πλειονότητα των συνέδρων θεώρησε ότι θα έπρεπε να υπάρξει ένας νέος ορισμός και ότι αυτός θα έπρεπε να συμπεριλαμβάνει μία περιγραφή και των καθηκόντων και των αρχών του επιστημονικού κλάδου.

Υπάρχουν πολλές ομοιότητες μεταξύ των κειμένων που αφορούν τις αρχές οι οποίες προσδιορίζουν τον επιστημονικό μας κλάδο και τις περιγραφές των καθηκόντων ενός Γενικού Ιατρού, αλλά, επίσης, υπάρχουν σημαντικές διαφοροποιήσεις. Όπως έχει καταδειχθεί, υπάρχουν κενά σε όλα τα κείμενα συμφωνίας τα οποία μπορεί να οφείλονται σε διαφορές στον τρόπο ερμηνείας των κειμένων. Κανένας από αυτούς τους κανονισμούς *καθ'εαυτούς* δεν καλύπτει όλα τα κεντρικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα του επιστημονικού κλάδου της Γενικής Ιατρικής. Υπάρχει, επομένως, μία ανάγκη για

συνθετική προσέγγιση των διαφόρων κειμένων που εξετάστηκαν μέχρι στιγμής με σκοπό την εξέταση των διαφορών, την κάλυψη των κενών και την εξασφάλιση της πληρότητας.

Μεγάλο μέρος του προβληματισμού αναφορικά με τον ορισμό Leeuwenhorst που εκφράστηκε από τον Olesen και τους συνεργάτες του στο σχετικό έγγραφο τους φαίνεται να έχει σχέση με την ερμηνεία του σε απόλυτους όρους. Για παράδειγμα τι εννοείται με τον όρο «προσωπική φροντίδα»; Αναφέρεται σε φροντίδα από τον ίδιο ιατρό σε κάθε περίπτωση; Εάν όχι, ποιες είναι οι συνθήκες κάτω από τις οποίες αυτή γίνεται αποδεκτή όταν προσφέρεται από έναν αντικαταστάτη – λ.χ. εκτός των ωρών εργασίας. Ή μήπως εννοούμε πιο πολύ φροντίδα για το άτομο παρά παθολογία – ο προσανατολισμός της φροντίδας προς τα άτομα που περιγράφεται από τον Gay και την ΠΟΥ; Και πάλι η συνάντηση εργασίας του Tampere ερωτήθηκε για αυτό: πολύ λίγοι από τους συμμετέχοντες δέχθηκαν ότι οι Γενικοί Ιατροί θα έπρεπε να παρέχουν προσωπική φροντίδα σε 24ωρη βάση, αλλά μία σημαντική πλειοψηφία υποστήριξε ότι οι Γενικοί Ιατροί θα έπρεπε να παρέχουν συνεχιζόμενη προσωπική φροντίδα για σημαντικές χρονικές περιόδους.

Όταν φθάσουμε στο σημείο της επανεξέτασης των ορισμών μας, υπάρχει ένας αριθμός άλλων ζητημάτων τα οποία θα πρέπει να τονισθούν εμφατικά. Η μοναδική αλληλεπίδραση ανάμεσα στον Οικογενειακό Ιατρό και τον ασθενή, που αντιστοιχεί στη συνέντευξη της Γενικής Ιατρικής, αξίζει περαιτέρω διερεύνησης. Αυτή έχει περιγραφεί ως ένα σύμβολο από τον McWhinney¹², το οποίο φέρει τη δική του θεραπευτική ισχύ. Αυτή η σχέση ανάμεσα στον ιατρό και τον ασθενή στη Γενική Ιατρική ώθησε τον Balint¹³ να επινοήσει τον όρο «ο ιατρός φάρμακο». Η χρήση της αλληλεπίδρασης της συνέντευξης ως ενός θεραπευτικού εργαλείου πρέπει να θεωρηθεί ως ένα κεντρικό χαρακτηριστικό γνώρισμα της γενικής Ιατρικής και πρέπει να αποτελέσει διδασκόμενο τμήμα κατά την εκπαίδευση σε αυτήν. Ο Pereira-Gray¹⁴ διερεύνησε παραπέρα το ζήτημα της συνέχειας και της χρήσης του χρόνου, θεωρώντας τις ξεχωριστές συνεντεύξεις ανάμεσα στον Γενικό Ιατρό και τον ασθενή στη διάρκεια του χρόνου ως μέρος ενός συνεχούς. Υποσημείωσε ότι ο μέσος πολίτης του Ηνωμένου Βασιλείου συμβουλευεται τον Γενικό Ιατρό του πέντε φορές κατ' έτος, συσσωρεύοντας ένα συνολικό χρόνο 47 λεπτών της ώρας ανά έτος.

Μία περιοχή αυξανόμενης σπουδαιότητας στη διάρκεια των πρόσφατων ετών υπήρξε η έννοια της αυτονομίας του ασθενή και με αυτήν ο ρόλος του Οικογενειακού Ιατρού στην ανάπτυξη της εμπειρίας των ασθενών για τη διαχείριση της ίδιας τους της ασθένειας και η συμβολή σε αυτή την διαχείριση με την αλλαγή συμπεριφορών. Είναι πιθανόν η σπουδαιότητά της να αυξάνεται συνεχώς, καθώς οι ασθενείς είναι όλο και καλύτερα ενημερωμένοι εξαιτίας της μεγάλης ποικιλίας συστημάτων παροχής πληροφοριών που τώρα τίθενται στη διάθεσή τους, για παράδειγμα το Διαδίκτυο.

Η υποστηρικτική συνηγορία εμφανίζεται μόνο στο κείμενο της WONCA, παρόλο που εμφανιζόταν στα προσχέδια του κειμένου εργασίας του ΠΟΥ. Περιγράφεται ως «η υποβοήθηση του ασθενή να παίξει κάποιον ενεργό ρόλο στη διαδικασία λήψης των κλινικών αποφάσεων και της συνεργασίας με την κυβέρνηση και άλλες αρχές ώστε να μεγιστοποιηθεί η ισότιμη κατανομή των υπηρεσιών σε όλα τα μέλη της κοινωνίας». Αυτό θα μπορούσε να εμφανίζεται να αποτελεί μία περαιτέρω λειτουργία του Οικογενειακού Ιατρού, η οποία συνίσταται στην υποβοήθηση των ασθενών να διαπραγματευθούν την διακίνησή τους μέσα στα δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια τμήματα των συστημάτων φροντίδας υγείας.

Η επιδημιολογία της Γενικής Ιατρικής είναι ουσιαστικά διαφορετική από εκείνη της δευτεροβάθμιας φροντίδας: σοβαρές παθήσεις εμφανίζονται πρώιμα και με έναν μη διαφοροποιημένο τρόπο - πολλά ελάσσονα, αυτοπεριοριζόμενα προβλήματα απαντώνται μόνο ή κυρίως στην πρωτοβάθμια φροντίδα - και η Οικογενειακή Ιατρική διαχειρίζεται μεγάλο μέρος της μακροχρόνιας φροντίδας των χρόνιων παθήσεων. Πολλές ιατρικές συνεντεύξεις έχουν ως σκοπό την απάλυνση του άγχους της πιθανότητας ύπαρξης της νόσου σε ασθενείς οι οποίοι δεν εμφανίζουν καμία παθολογία – ο προσανατολισμός προς τη φυσιολογικότητα της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Η έννοια του προσανατολισμού προς τη φυσιολογικότητα είναι πολύπλοκη και καλύπτει έναν αριθμό ζητημάτων. Συμπεριλαμβάνει τη δραστηριότητα προαγωγής της υγείας και της ευεξίας και την προσδοκία ότι πολλά από τα προβλήματα που παρουσιάζονται στους Γενικούς Ιατρούς δεν έχουν κάποια παθολογική βάση. Την ίδια στιγμή οι Γενικοί Ιατροί πρέπει να διαγνώσουν και να διαχειριστούν σοβαρές παθήσεις, η επίπτωση των οποίων είναι διαφορετική σε σύγκριση με τη δευτεροβάθμια και την τριτοβάθμια φροντίδα. Πρέπει να χρησιμοποιήσουν ικανότητες επίλυσης προβλημάτων για τη λύση των διλημμάτων που αυτό προκαλεί, ένα πολύ πολύπλοκο καθήκον το οποίο απαιτεί μία ειδική διεργασία

λήψης αποφάσεων, βασισμένη στην χαμηλή επίπτωση των σοβαρών ασθενειών και στο γεγονός ότι η θετική προγνωστική αξία των συμπτωμάτων, των κλινικών σημείων και των διαγνωστικών δοκιμασιών είναι διαφορετική στην πρωτοβάθμια φροντίδα **και, για έναν αριθμό σημαντικών καταστάσεων, χαμηλότερη από ότι στους νοσοκομειακούς σχηματισμούς.** Συχνά, δεν υπάρχει καμία βιοϊατρική αιτία για την ανησυχία που εμφανίζει ο ασθενής και είναι σημαντικό να γνωρίζει ο ιατρός πότε πρέπει να σταματήσει τη διερεύνηση ενώ συνεχίζει τη φροντίδα. Επίσης, υπάρχει η ανάγκη της προστασίας των ασθενών από τις βλάβες της κατάχρησης ιατρικών υπηρεσιών για τα προβλήματα που εμφανίζουν και αυτό εφόσον είναι αναγκαίο με τη “διάσωσή” τους **από μη αναγκαίους ελέγχους, διαγνωστικές δοκιμασίες και θεραπείες.**

Ο McWhinney¹⁵ έδωσε έμφαση στο οργανοκεντρικό μοντέλο των βιολογικών διεργασιών σύμφωνα με το οποίο ο τρόπος κατά τον οποίο ο κάθε ξεχωριστός οργανισμός θα συμπεριφερθεί εν μέρει εξαρτάται από το ιστορικό, από τις συνθήκες και από το περιβάλλον. Αυτό απαιτεί οι Γενικοί Ιατροί να αναζητούν την πολυπλοκότητα και να αποδέχονται την αβεβαιότητα και τονίζει ότι, από όλες τις κλινικές ειδικότητες, η Γενική Ιατρική λειτουργεί στο υψηλότερο επίπεδο πολυπλοκότητας και παρεπόμενης αβεβαιότητας. Σε αυτή την ομιλία έδωσε έμφαση σε αρκετά από τα ζητήματα που ήδη συζητήθηκαν – σχέσεις, προσωπικό προσανατολισμό κάθε ατόμου και στη δυαδικότητα ανάμεσα στο πνεύμα και το σώμα (σωματική, ψυχολογική και κοινωνική διάσταση).

Σε αυτή την εποχή του καταναλωτισμού και της διαχείρισης της απόδοσης, υπάρχει η προσδοκία ότι οι Οικογενειακοί Ιατροί θα διατηρήσουν τις δεξιότητές τους μέσω της δια βίου εκπαίδευσης και θα τις επιδείξουν μέσα από τις διαδικασίες της εξασφάλισης ποιότητας. Σε ορισμένα συστήματα φροντίδας υγείας αυτό οδηγεί σε υποχρεωτική επαναπιστοποίηση σε περιοδική βάση. Άλλες κοινωνικές μεταβολές θα τροποποιήσουν την άποψη του καταναλωτή σχετικά με τον τρόπο παροχής της φροντίδας υγείας και ο Γενικός Ιατρός πρέπει να είναι ευέλικτος ώστε να μπορεί να ανταποκρίνεται σε αυτές τις αλλαγές. Αυτή η ευελιξία (προσαρμοστικότητα) θα πρέπει να αντιμετωπίσει τις ταχείες μεταβολές στο βιοϊατρικό πεδίο, το οποίο για τον Γενικό Ιατρό καλύπτει όλο το φάσμα της διαχείρισης ασθενειών.

Οι αυξημένες ταξιδιωτικές μετακινήσεις και η αυξημένη μετανάστευση μπορούν να προκαλέσουν ταχείες μεταβολές στην

κατανομή της υγείας και της ασθένειας. Αυτό αντιπροσωπεύει καινούργιες προκλήσεις για τον Γενικό Ιατρό και μία μεταβολή στην επιδημιολογία της Γενικής Ιατρικής. Ο Οικογενειακός ιατρός χρειάζεται μία ευρύτερη κατανόηση των πολιτισμικών, εθνικών και θρησκευτικών διαφορών και της επίδρασής τους πάνω στην ασθένεια και την υγεία και τις εμπλοκές τους στη θεραπεία.

Επίσης, υπάρχει ένα αυξανόμενος ρόλος αναφορικά με τη διαχείριση των πόρων. Καθώς το κόστος της φροντίδας υγείας αυξάνεται συνεχώς, ο Γενικός Ιατρός σε συνεργασία με τον / την ασθενή του κατέχει μία μοναδική θέση στον καθορισμό προτεραιοτήτων στην παροχή φροντίδα υγείας και στην κατανομή των πόρων. Οι Οικογενειακοί Ιατροί, επίσης, χρειάζεται να είναι ενήμεροι του ρόλου τους στην προώθηση μίας οικονομικά αποδοτικής κλινικής πρακτικής, όχι μόνο για τους εαυτούς τους, αλλά, επίσης, για τους συναδέλφους τους. Μπορεί να υπάρχει μία σύγκρουση ανάμεσα στις επιθυμίες και τις ανάγκες ενός συγκεκριμένου ασθενή και τις ανάγκες της κοινότητας ως συνόλου. Ο Οικογενειακός Ιατρός πρέπει να έχει σαφή γνώση αυτού του γεγονότος, να είναι ικανός να εξασφαλίσει την κατάλληλη ισορροπία και να μεταδώσει την πληροφορία αυτή προς τον ασθενή.

Μία περιοχή ενδιαφέροντος η οποία δεν αναφέρεται ειδικά σε κανένα από τους προηγούμενους ορισμούς είναι η έννοια των υψηλής χρήσης ικανοτήτων και των υψηλού κινδύνου ικανοτήτων. Υψηλής χρήσης ικανότητες είναι εκείνες οι οποίες χρησιμοποιούνται συχνά στον σχηματισμό Γενικής Ιατρικής εξαιτίας της συχνότητας με την οποία απαιτείται η χρήση τους: για παράδειγμα, η κλινική εξέταση παιδιών, η λήψη ιστορικού υπό συνθήκες περιορισμένου χρόνου, η κλινική εξέταση ώτων, ρινός και φάρυγγα, κλπ. Οι ικανότητες υψηλού κινδύνου απαιτούνται σε περιπτώσεις, οι οποίες δεν εμφανίζονται συχνά στον Γενικό Ιατρό, αλλά κατά τις οποίες εμφανίζεται μέγιστος κίνδυνος για τον ασθενή: για παράδειγμα, η εφαρμογή μίας καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης, η αντιμετώπιση ενός ασθενούς με επιληπτικούς σπασμούς ή ενός επιθετικού / επικίνδυνου ασθενή.

Τελικά, θα πρέπει να είναι ξεκάθαρο ότι η εκπαιδευτική μας διαδικασία θα πρέπει να προετοιμάζει τους Οικογενειακούς Ιατρούς για τις πολύ διαφορετικές κλινικές διαδικασίες οι οποίες δεν είναι πρωταρχικά μηχανιστικές ή τεχνικές στη φύση τους και οι οποίες, όμως, αποτελούν τον τρόπο κατά τον οποίο ακόμα διδάσκεται η ιατρική στις Ιατρικές Σχολές σε ολόκληρο τον κόσμο.

Υπάρχει η ανάγκη για ένα ισχυρό κείμενο δήλωσης το οποίο να προσδιορίζει τόσο τον επιστημονικό κλάδο της Γενικής / Οικογενειακής Ιατρικής όσο και τα καθήκοντα του Γενικού Ιατρού και να τα συσχετίζει, τουλάχιστον με γενικούς όρους, στο πλαίσιο του συστήματος φροντίδας υγείας.

Αυτό θα έπρεπε να αναλύει:

1. Εκείνα τα ουσιώδη στοιχεία του επιστημονικού κλάδου που τον ορίζουν και δεν εξαρτώνται από τα συστήματα υγείας.

2. Εκείνα τα επαγγελματικά καθήκοντα (υποχρεώσεις) τα οποία είναι γενικώς εφαρμόσιμα, αλλά μπορεί να μεταβάλλονται ανάλογα με το πλαίσιο λειτουργίας. Ένα παράδειγμα αυτού θα μπορούσε να είναι ότι η παραπομπή στη δευτεροβάθμια φροντίδα αποτελεί ένα ουσιώδες συστατικό της λειτουργίας, αλλά η λειτουργία του φύλακα της πύλης (gate keeping) προς τη δευτεροβάθμια φροντίδα δεν είναι.

3. Τα επαγγελματικά καθήκοντα τα οποία, ως αποτέλεσμα διαφορών των συνθηκών, δεν είναι γενικώς εφαρμόσιμα, παρά μόνο όπου η κατάσταση θεωρείται ως μη ικανοποιητική (λ.χ. εάν πιστεύουμε ότι οι Οικογενειακοί Ιατροί θα έπρεπε να ασχολούνται με όλες τις ηλικίες, συμπεριλαμβανομένων και των παιδιών και ότι αυτό δεν είναι δυνατό σε ένα συγκεκριμένο σύστημα φροντίδας υγείας). Στις περιπτώσεις αυτές θα έπρεπε να προτείνουμε το σύστημα φροντίδας υγείας να αλλάξει με σκοπό τη μεγιστοποίηση των ωφελειών για τους ασθενείς συνυπολογίζοντας τα αποτελέσματα για τη γενική υγεία και την κοινωνία σε συνδυασμό με την οικονομικά αποδοτική φροντίδα.

Αυτά μας οδηγούν προς την κατεύθυνση νέων ή τουλάχιστον αναθεωρημένων ορισμών. Απαιτούμε έναν ορισμό των χαρακτηριστικών ή αρχών του επιστημονικού κλάδου της Οικογενειακής Ιατρικής **ΚΑΙ** έναν ορισμό του ρόλου των Οικογενειακών Ιατρών, κατηγοριοποιημένα αναφορικά με το σύστημα φροντίδας υγείας μέσα στο οποίο εργάζονται.

ΟΙ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΙ ΟΡΙΣΜΟΙ 2002

Ο Επιστημονικός Κλάδος και Η Ειδικότητα της Γενικής / Οικογενειακής Ιατρικής

Η Γενική / Οικογενειακή Ιατρική αποτελεί έναν ακαδημαϊκό και επιστημονικό κλάδο και μία κλινική ειδικότητα με το δικό τους διακριτό εκπαιδευτικό περιεχόμενο, έρευνα, βάση επιστημονικών δεδομένων και κλινική δραστηριότητα, προσανατολισμένη προς την πρωτοβάθμια φροντίδα.

I. Τα χαρακτηριστικά του επιστημονικού κλάδου της Γενικής / Οικογενειακής Ιατρικής είναι τα παρακάτω:

α) αποτελεί φυσιολογικά το σημείο της πρώτης ιατρικής επαφής μέσα στο σύστημα φροντίδας υγείας, παρέχοντας ανοιχτή και απεριόριστη πρόσβαση στους χρήστες του, ασχολούμενος με όλα τα προβλήματα υγείας ανεξάρτητα από την ηλικία, το φύλο ή οποιοδήποτε άλλο χαρακτηριστικό του ενδιαφερόμενου ατόμου.

β) κάνει αποδοτική χρήση των πόρων φροντίδας υγείας μέσα από τη συντονισμένη φροντίδα, συνεργαζόμενος με άλλους επαγγελματίες υγείας στον χώρο της πρωτοβάθμιας φροντίδας και διαχειριζόμενος τη συνεργασία με άλλες ιατρικές ειδικότητες, παίζοντας ρόλο συνηγόρου υπέρ του ασθενούς, όταν αυτό χρειασθεί.

γ) αναπτύσσει μία μοναδική προσωποκεντρική προσέγγιση, επικεντρωμένη στο άτομο, την οικογένειά του και την κοινότητά τους.

δ) διαθέτει μία μοναδική διαδικασία – τεχνική συμβουλευτικής συνέντευξης, μέσα από την οποία καθιερώνεται μία προσωπική σχέση πέρα από χρονικά όρια, με τη βοήθεια αποτελεσματικής επικοινωνίας ανάμεσα στον ιατρό και τον ασθενή.

ε) είναι υπεύθυνος για την παροχή μακροχρόνιας συνέχειας στη φροντίδα, όπως αυτό προσδιορίζεται από τις ανάγκες του ασθενή.

στ) διαθέτει μία ειδική διαδικασία λήψης αποφάσεων προσδιοριζόμενη από τις έννοιες του επιπολασμού και της επίπτωσης των ασθενειών στην κοινότητα.

ζ) διαχειρίζεται ταυτόχρονα και οξεία και χρόνια προβλήματα υγείας των ασθενών του.

η) διαχειρίζεται ασθένειες οι οποίες εμφανίζονται με μη διαφοροποιημένο τρόπο σε κάποιο πρώιμο στάδιο της εξέλιξής τους και οι οποίες μπορεί να απαιτήσουν επείγουσα παρέμβαση.

θ) προάγει την υγεία και την ευεξία μέσα από κατάλληλες και αποτελεσματικές παρεμβάσεις.

ι) έχει μία ιδιαίτερη ευθύνη για την υγεία της κοινότητας.

ια) διαχειρίζεται προβλήματα υγείας στις σωματικές, ψυχολογικές, κοινωνικές, πολιτισμικές και υπαρξιακές διαστάσεις τους.

II. Η Ειδικότητα της Γενικής / Οικογενειακής Ιατρικής

Οι Γενικοί / Οικογενειακοί Ιατροί είναι εξειδικευμένοι ιατροί, εκπαιδευμένοι σύμφωνα με τις αρχές του επιστημονικού κλάδου τους. Είναι προσωπικοί ιατροί του κάθε ασθενούς, κύρια υπεύθυνοι για την παροχή σφαιρικής και συνεχιζόμενης φροντίδας προς κάθε άτομο που αναζητά την ιατρική φροντίδα ανεξάρτητα από την ηλικία, το φύλο και το είδος της ασθένειας. Φροντίζουν τα άτομα σε συνάρτηση με την οικογένεια, την κοινότητα και την κουλτούρα τους, πάντοτε σεβόμενοι την αυτονομία των ασθενών τους. Αναγνωρίζουν ότι, επίσης, φέρουν κάποια επαγγελματική υπευθυνότητα απέναντι στην κοινότητα την οποία υπηρετούν. Στη διαπραγμάτευση των σχεδίων διαχείρισης με τους ασθενείς τους ενσωματώνουν σωματικούς, ψυχολογικούς, κοινωνικούς, πολιτισμικούς και υπαρξιακούς παράγοντες, χρησιμοποιώντας τη γνώση και την εμπιστοσύνη που έχουν γεννηθεί μέσα από τις επανειλημμένες επαφές. Οι Γενικοί / Οικογενειακοί Ιατροί εξασκούν τον επαγγελματικό ρόλο τους προάγοντας την υγεία, προλαμβάνοντας τη νόσο και παρέχοντας θεραπεία, φροντίδα ή παρηγορία. Αυτό επιτυγχάνεται είτε απευθείας είτε διαμέσου των υπηρεσιών άλλων σύμφωνα με τις ανάγκες υγείας και τους διαθέσιμους -μέσα στην κοινότητα όπου υπηρετούν- πόρους, υποβοηθώντας τους ασθενείς, όπου χρειάζεται, στην αξιολόγηση αυτών των υπηρεσιών. Θα πρέπει να αναλάβουν την ευθύνη για την ανάπτυξη και τη διατήρηση των ικανοτήτων τους, της προσωπικής τους ισορροπίας και των αξιών τα οποία θα αποτελέσουν τη βάση για αποτελεσματική και ασφαλή φροντίδα των ασθενών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

1. The General Practitioner in Europe: A statement by the working party appointed by the European Conference on the Teaching of General Practice, Leeuwenhorst, Netherlands, 1974 (Ο Γενικός Ιατρός στην Ευρώπη: Ένα κείμενο δήλωσης από την ομάδα εργασίας που ορίστηκε από την Ευρωπαϊκή Συνδιάσκεψη για τη Διδασκαλία της Γενικής Ιατρικής, Leeuwenhorst, Ολλανδία, 1974)
2. Framework for Professional and Administrative Development of General Practice / Family Medicine in Europe, WHO Europe, Copenhagen, 1998 (Πλαίσιο Εργασίας για την Επαγγελματική και Διοικητική Ανάπτυξη της Γενικής / Οικογενειακής Ιατρικής στην Ευρώπη, Τμήμα Ευρώπης της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, Κοπεγχάγη, 1998)
3. Van Weel C.: The Impact of Science on the Future of Medicine: RCGP Spring Meeting, 2001 (Η Επίδραση της Επιστήμης πάνω στο Μέλλον της Ιατρικής: Εαρινή Συνάντηση του Βασιλικού Κολεγίου Γενικών Ιατρών, 2001)
4. Council Directive 93/16/EEC to facilitate the free movement of doctors and the mutual recognition of their diplomas, certificates and other evidence of formal qualifications; Official Journal of the European Community, **165**: 7/7/93 (Κατευθυντήρια Οδηγία του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου 93/16/EEC περί «της διευκόλυνσης της ελεύθερης διακίνησης των ιατρών και της αμοιβαίας αναγνώρισης των διπλωμάτων, πιστοποιητικών και άλλων αποδεικτικών επίσημων εξειδικεύσεων». Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Κοινότητας, **165**: 7/7/93)
5. Proceedings UEMO Consensus Conference on Specific Training for General Practice. UEMO. Published by the Danish Medical Association. Copenhagen 1995 (Πρακτικά της Συνδιάσκεψης Συμφωνίας της UEMO σχετικά με την Ειδική Εκπαίδευση Εξειδίκευσης για τη Γενική Ιατρική. UEMO. Δημοσιεύθηκε από την Δανική Ιατρική Εταιρεία. Κοπεγχάγη, 1995)
6. Report and Recommendations on the Review of Specific Training in General Medical Practice: Advisory Committee on Medical Training (to the European Commission), XV/E/8433/95-EN October 1995 (Αναφορά και Συστάσεις σχετικά με την Αναθεώρηση της Ειδικής Εκπαίδευσης Εξειδίκευσης στη Γενική Ιατρική: Συμβουλευτική Επιτροπή για την Ιατρική Εκπαίδευση [προς την Ευρωπαϊκή Επιτροπή]. XV/E/8433/95-E Οκτώβριος 1995)

7. Olesen F., Dickinson J., Hjortdahl P.: General Practice – time for a new definition (Γενική Ιατρική – Η ώρα για έναν νέο ορισμό) *BMJ* 2000; **320**, 354-357
8. Gay Bernard: What are the basic principles to define general practice. Presentation to Inaugural Meeting of European Society of General Practice / Family Medicine, Strasbourg, 1995 (Ποιες είναι οι βασικές αρχές για τον προσδιορισμό της Γενικής Ιατρικής. Παρουσίαση κατά την Εναρκτήρια Συνάντηση της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Γενικής / Οικογενειακής Ιατρικής, Στρασβούργο, 1995)
9. The Role of the General Practitioner / Family Physician in Health Care Systems: a statement from WONCA, 1991 (Ο Ρόλος του Γενικού / Οικογενειακού Ιατρού στα Συστήματα Φροντίδας Υγείας: ένα κείμενο δήλωση από την WONCA, 1991)
10. The Future General Practitioner – Learning and Teaching: London; RCGP, 1972 (Ο Μελλοντικός Γενικός ιατρός – Μάθηση και Διδασκαλία: Λονδίνο, Βασιλικό Κολέγιο Γενικών Ιατρών, 1972)
11. The Nature of General Medical Practice – Report from General Practice 27: London; RCPG 1996 (Η Φύση της Γενικής Ιατρικής - Αναφορά από τη Γενική Ιατρική 27, Λονδίνο, Βασιλικό Κολέγιο Γενικών Ιατρών 1996)
12. McWhinney Ian R.: Primary care core values: core values in a changing world (Βασικές Αξίες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας: βασικές αξίες σε έναν μεταβαλλόμενο κόσμο). *BMJ*, 1998, 317 (7147), 1807-1809
13. Balint M.: The Doctor, his Patient and the Illness (Ο Ιατρός, ο Ασθενής του και η Ασθένεια): Pitman Medical; London, 1964
14. Pereira – Gray D.: Forty-seven minutes a year for the patient (Σαράντα-επτά Λεπτά της Ώρας Κατ' Έτος για τον Ασθενή). *British Journal of General Practice* 1998, 48 (437): 1816-1817
15. McWhinney Ian R.: The importance of being different (Η σημασία του να είσαι διαφορετικός). *British Journal of General Practice* 1996, **46**, 433-436

6. ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΑΝΑΛΥΣΗ: ΟΙ ΒΑΣΙΚΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ

§ 1. Πρόλογος

1.1 Η περιγραφή των δεξιοτήτων αποτελεί το αποτέλεσμα μίας ιεραρχικής διεργασίας. Από τις αρχές του επιστημονικού κλάδου της Γενικής Ιατρικής προέρχονται τα επαγγελματικά καθήκοντα της ειδικότητας του Γενικού Ιατρού (ΓΙ, GP) και από αυτά τα καθήκοντα ακολουθούν οι βασικές δεξιότητες.

1.2 Ο προσδιορισμός των βασικών επαγγελματικών καθηκόντων και δεξιοτήτων υποδηλώνει ότι, επίσης, υπάρχουν και μη ουσιώδη στοιχεία. Πολύ συχνά αυτά σχετίζονται με διαφοροποιήσεις ανάμεσα στα συστήματα φροντίδας υγείας και τις κοινωνίες στις οποίες εργάζεται ο ΓΙ. Η Ευρώπη διαθέτει μία ποικιλία συστημάτων φροντίδας υγείας και διάφορες περιστάσεις στις οποίες η φροντίδα παρέχεται από τον ΓΙ. Υπάρχουν βασικές πολιτιστικές (συμπεριλαμβανομένων και των θρησκευτικών) και πολιτικές διαφορές ανάμεσα στις κοινωνίες και τους πληθυσμούς τους οποίους υπηρετεί ο ΓΙ. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε μία ποικιλομορφία στην περιγραφή των επαγγελματικών εργασιών. Η Γενική Ιατρική είναι η κλινική ειδικότητα η οποία, περισσότερο από οποιαδήποτε άλλη, επηρεάζεται από τις κοινωνικές διαφοροποιήσεις. Ο ΓΙ είναι ο διαμεσολαβητής μεταξύ της κοινωνίας και της ιατρικής.

1.3 Ως δεξιότητα μπορεί να ορισθεί η ικανότητα του ΓΙ να επιτελεί επιτυχώς μία σειρά διακεκριμένων και παρατηρήσιμων καθηκόντων σε απομόνωση από την πραγματική εργασία¹. Έτσι, η δεξιότητα μπορεί να θεωρηθεί ως η ικανότητα ενός ατόμου να δρα σε ένα απαιτούμενο επίπεδο σε μία δεδομένη κατάσταση. Στην πυραμίδα του Miller τα επίπεδα “γνωρίζει” (βασικό επίπεδο), “γνωρίζει πως γίνεται” (ικανός να εφαρμόσει τη γνώση) και “επιδεικνύει πως γίνεται” (ικανός να επιδεικνύει τις ικανότητες) σχετίζονται με την έννοια της δεξιότητας.

Ως επίδοση μπορεί να ορισθεί αυτό που ο ιατρός πραγματικά εκτελεί κατά την κλινική φροντίδα και η επικοινωνία με τους ασθενείς στην καθημέρα πράξη. Η επίδοση σχετίζεται με το επίπεδο

“κάνει” κατά Miller¹. Η επίδοση θεωρείται σημαντικά εξαρτημένη από τις συνυπάρχουσες συνθήκες και απαιτήσεις της φροντίδας υγείας, από τις οικονομικές και δομικές ευκαιρίες, από τις συνθήκες εξάσκησης της ιατρικής και την υποστήριξη που δίδεται.

Εξαιτίας της θέλησης για ευρεία εφαρμογή σε όλη την Ευρώπη, το παρόν έγγραφο περιορίζεται μόνο στις κεντρικές (βασικές) δεξιότητες του ΓΙ / ΟΙ (Οικογενειακού Ιατρού). Κατ’ αυτό τον τρόπο οι δεξιότητες σχηματίζουν ένα θεωρητικό μοντέλο ή πλαίσιο εργασίας. Η πραγματικότητα της κλινικής πρακτικής μπορεί και θα διαφέρει από αυτές τις δεξιότητες.

§ 2. Από τις Βασικές Αρχές της Γενικής / Οικογενειακής Ιατρικής στις Βασικές Δεξιότητες

Τα έντεκα κεντρικά χαρακτηριστικά του επιστημονικού κλάδου συνδέονται με τις έντεκα ικανότητες τις οποίες κάθε εξειδικευμένος Οικογενειακός Ιατρός θα έπρεπε να κατέχει. Κάθε ομαδοποίηση περιγράφεται σύμφωνα με τις κύριες απόψεις της.

1. Η Διαχείριση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας περιλαμβάνει την ιδιότητα:

- της διαχείρισης της πρωτογενούς επαφής με τους ασθενείς, της αντιμετώπισης μη επιλεγμένων προβλημάτων,
- της κάλυψης όλου του φάσματος των καταστάσεων υγείας,
- του συντονισμού της φροντίδας με άλλους επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας και με άλλους ειδικούς,
- του ελέγχου της παροχής αποτελεσματικής και κατάλληλης φροντίδας και χρήσης των υπηρεσιών υγείας,
- να καθιστά διαθέσιμες στον ασθενή τις κατάλληλες υπηρεσίες μέσα στο σύστημα φροντίδας υγείας,
- να δρα ως συνήγορος (υποστηρικτής) του ασθενή.

2. Η Προσωποκεντρική Φροντίδα περιλαμβάνει την ιδιότητα:

- της υιοθέτησης μίας προσωποκεντρικής προσέγγισης στην αντιμετώπιση των ασθενών και των προβλημάτων τους μέσα στο πλαίσιο των συνθηκών ζωής του ασθενή
- της εφαρμογής της τεχνικής συνέντευξης της Γενικής Ιατρικής ώστε να δημιουργηθεί μία ουσιαστική σχέση Ιατρού – Ασθενούς, με σεβασμό της αυτονομίας – αυτοβουλίας του ασθενή,
- να επικοινωνεί με τους ασθενείς, να θέτει προτεραιότητες και να δρα σε συνεργασία με τον ασθενή,

- της παροχής μακροχρόνιας συνέχειας στην φροντίδα, όπως αυτή προσδιορίζεται από τις ανάγκες του ασθενή, επιδιδόμενος σε διαχείριση της συνεχιζόμενης και συντονισμένης φροντίδας.

3. Οι Ειδικές Ικανότητες Επίλυσης Προβλημάτων περιλαμβάνουν την ιδιότητα:

- της σύνδεσης της ειδικής διαδικασίας λήψης αποφάσεων με τον επιπολασμό και την επίπτωση της νόσου στην κοινότητα,
- της επιλεκτικής συλλογής και ερμηνείας πληροφοριών από τη λήψη του ιστορικού, τη φυσική εξέταση και τις διαγνωστικές διερευνήσεις και της εφαρμογής τους σε ένα κατάλληλο σχέδιο διαχείρισης σε συνεργασία με τον ασθενή,
- της υιοθέτησης κατάλληλων αρχών εργασίας, λ.χ. βαθμιαίας και σταδιακής διερεύνησης, της διαχείρισης του χρόνου ως εργαλείου και της ανοχής της αβεβαιότητας,
- της επείγουσας παρέμβασης, όταν αυτό καθίσταται αναγκαίο,
- της διαχείρισης παθολογικών καταστάσεων οι οποίες μπορούν να εμφανίζονται πρώιμα και με μία μη διαφοροποιημένη μορφή,
- της δραστικής και αποτελεσματικής χρήσης διαγνωστικών και θεραπευτικών παρεμβάσεων.

4. Η Σφαιρική Προσέγγιση περικλείει την ιδιότητα:

- της ταυτόχρονης διαχείρισης πολλαπλών παραπόνων και παθολογιών καθώς και των οξέων και των χρόνιων προβλημάτων υγείας του ατόμου,
- της προαγωγή της υγείας και της ευεξίας με την κατάλληλη εφαρμογή των στρατηγικών μεθόδων προαγωγής της υγείας και πρόληψης της ασθένειας,
- της διαχείρισης και συντονισμού της προαγωγής, της πρόληψης της υγείας, της θεραπείας, της φροντίδας, της αποκατάστασης και της παρηγορητικής παρέμβασης.

5. Ο Προσανατολισμός προς την Κοινότητα περικλείει την ιδιότητα:

- της συμφιλίωσης (συνδυασμού) των αναγκών υγείας των ατόμων – ασθενών με τις ανάγκες υγείας της κοινότητας μέσα στην οποία διαβιούν, σε ισορροπία με τους διαθέσιμους πόρους.

6. Το Ολιστικό Πρότυπο περικλείει την ιδιότητα:

- της χρήσης ενός βιο-ψυχο-κοινωνικού μοντέλου το οποίο συνυπολογίζει και τις πολιτισμικές και υπαρξιακές διαστάσεις.

§ 3. Τρεις Περιοχές Ενέργειας:

Για να εξασκήσει την ειδικότητα ο ικανός ιατρός εφαρμόζει αυτές τις δεξιότητες σε τρεις σημαντικές κατευθύνσεις¹⁻³:

A. ΚΛΙΝΙΚΑ ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ

- η ικανότητα διαχείρισης ενός ευρέως πεδίου παραπόνων, προβλημάτων και ασθενειών, όπως αυτά εμφανίζονται,
- ο έλεγχος μακροχρόνιας διαχείρισης και παρακολούθησης,
- η εξισορρόπηση ενδείξεων και εμπειρίας κατά αποτελεσματικό τρόπο.

B. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΕ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

- η ικανότητα δόμησης της ιατρικής συνέντευξης,
- η παροχή πληροφοριών οι οποίες είναι εύκολα κατανοητές και η επεξήγηση διαδικασιών και ευρημάτων,
- η κατανόηση και η κατάλληλη αντιμετώπιση των διαφόρων συναισθηματικών αντιδράσεων.

Γ. ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ (ΙΑΤΡΕΙΟΥ)

- η παροχή κατάλληλης προσβασιμότητας και διαθεσιμότητας στους ασθενείς,
- η αποτελεσματική οργάνωση, εξοπλισμός και οικονομική διαχείριση του κλινικού ιατρείου και η συνεργασία με την ομάδα του,
- η συνεργασία με το υπόλοιπο προσωπικό της πρωτοβάθμιας φροντίδας και με άλλους ειδικούς.

§ 4. Χαρακτηριστικά Γνωρίσματα του Υπόβαθρου του Επιστημονικού Κλάδου

Τρία χαρακτηριστικά γνωρίσματα είναι ουσιώδη σε ένα ανθρωποκεντρικό επιστημονικό κλάδο: Κοινωνικό Πλαίσιο, Στάση – Συμπεριφορά και Επιστημονικό Περιεχόμενο.⁴⁻⁸

ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ

- Η χρήση των κοινωνικών διαστάσεων του ασθενούς, του ιστορικού του, της κατάστασής του και του κοινωνικού περιγύρου στη διάγνωση, τη λήψη αποφάσεων και τον διαχειριστικό σχεδιασμό.

- Η επίδειξη προσωπικού ενδιαφέροντος προς τον ασθενή και το περιβάλλον του και η συνειδητοποίηση των πιθανών συνεπειών της ασθένειας από τα μέλη της οικογένειας και το ευρύτερο περιβάλλον (συμπεριλαμβανομένου και του περιβάλλοντος εργασίας) του ασθενή.

ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΕΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ

- Η συνειδητοποίηση των προσωπικών δυνατοτήτων και αξιών,
- Η ταυτοποίηση των ηθικών διαστάσεων της κλινικής πρακτικής (πρόληψη / διάγνωση / θεραπεία / παράγοντες που επηρεάζουν τον τρόπο ζωής),
- Η υποστήριξη και η διευκρίνιση της προσωπικής ηθικής,
- Η συνειδητοποίηση της αμοιβαίας αλληλεπίδρασης της εργασίας και της προσωπικής (ιδιωτικής) ζωής και η προσπάθεια για μία σωστή μεταξύ τους ισορροπία

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ

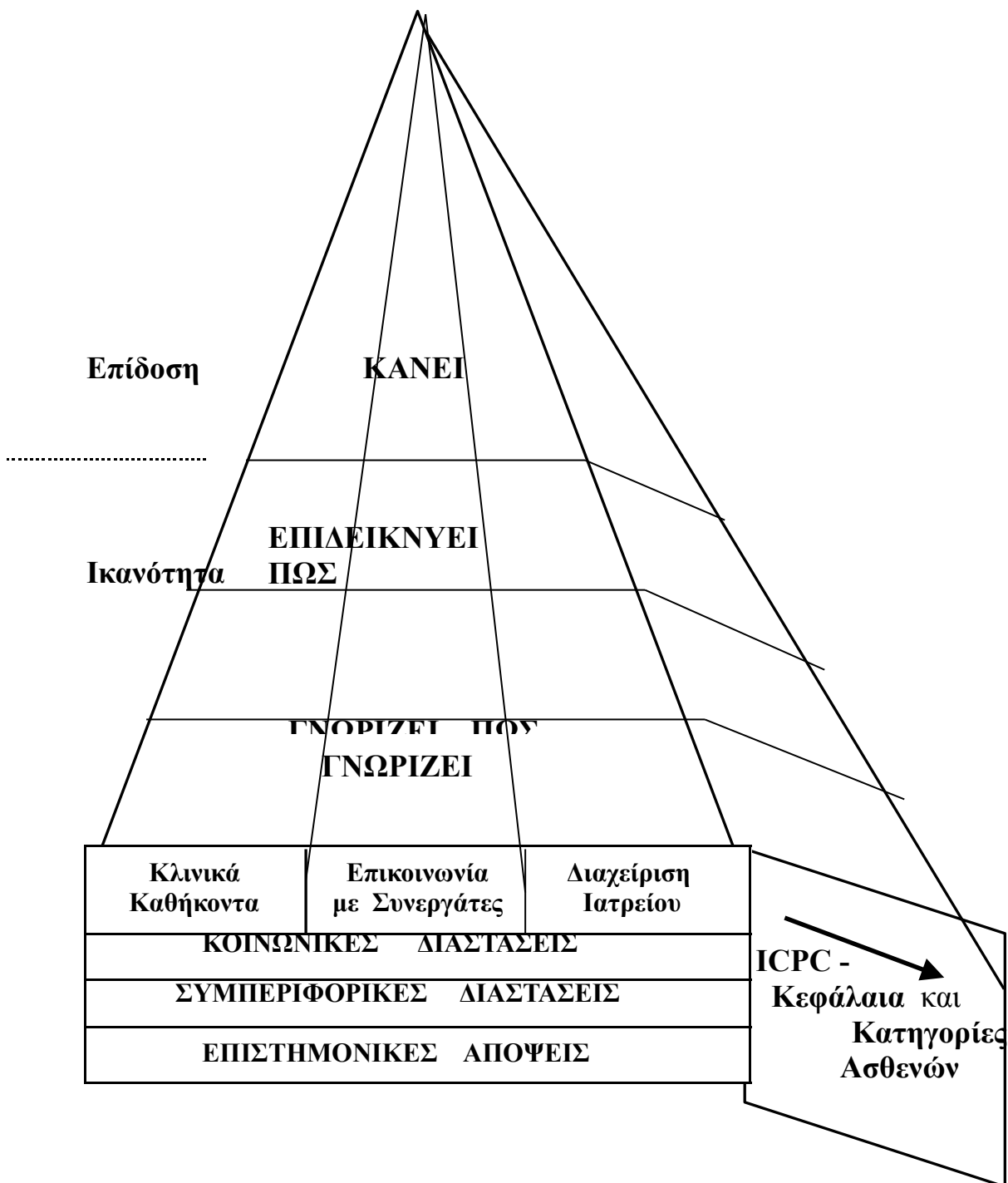
- Να είναι γνώστης των γενικών αρχών, μεθόδων, εννοιών της επιστημονικής έρευνας και των θεμελιωδών στοιχείων της στατιστικής (επίπτωση, επιπολασμός, προγνωστική αξία, κλπ.)
- Να διαθέτει μία πλήρη γνώση του επιστημονικού υποστρώματος της παθολογίας, των συμπτωμάτων και σημείων, της θεραπείας και της πρόγνωσης, της επιδημιολογίας, της θεωρίας λήψης αποφάσεων, των θεωριών διατύπωσης υποθέσεων και επίλυσης προβλημάτων, της προληπτικής φροντίδας υγείας,
- Να είναι ικανός να προσεγγίσει, αναγνώσει (κατανοήσει) και αξιολογήσει με κριτικό τρόπο την ιατρική βιβλιογραφία,
- Να αναπτύξει και να διατηρήσει τη συνεχιζόμενη μάθηση και τη βελτίωση της ποιότητας.

§ 5. Το Πλαίσιο Διασυσχέτισης των Δεξιοτήτων, Οπτική Αναπαράσταση

Η διασυσχέτιση των βασικών δεξιοτήτων, των κατευθύνσεων εφαρμογής και των θεμελιωδών γνωρισμάτων χαρακτηρίζει αυτό τον επιστημονικό κλάδο και υπογραμμίζει την πολυπλοκότητα της ειδικότητας.

Έχουν χρησιμοποιηθεί πολλά μοντέλα για την οπτική αναπαράσταση των διασυσχετίσεων των βασικών δεξιοτήτων: το τρίγωνο του Miller, ο κύβος του Fabb, το πλαίσιο δομής, διεργασίας και αποτελέσματος

του Donabedian. Προηγούμενη έρευνα από τον Ram και τους συνεργάτες του επεξεργάστηκε τα παραπάνω^{2,3} (δείτε Σχήμα 3).



Σ Χ Η Μ Α 3: Πλαίσιο Διασυσχέτισης Δεξιοτήτων

Το εκτεταμένο πεδίο της φροντίδας της Γενικής Ιατρικής κατανεμήθηκε σε τρεις κύριες περιοχές πάνω σε έναν άξονα: κλινικά καθήκοντα, επικοινωνία με τους ασθενείς και διαχείριση του ιατρείου (δείτε § 3).

Για να καταγραφούν ομαδοποιημένα τα παράπονα και οι ασθένειες, μπορεί να χρησιμοποιηθεί ένα είδος ταξινόμησης σύμφωνα με τα κεφάλαια της Διεθνούς Ταξινόμησης στην Πρωτοβάθμια φροντίδα (ICPC)⁹. Αυτές οι απόψεις και οι κατηγορίες ασθενών αναπαριστώνται πάνω στον δεύτερο άξονα.

Πάνω στον τρίτο άξονα, το μοντέλο αντιπροσωπεύει τις τρέχουσες εξελίξεις των θεωρητικών απόψεων και της ιατρικής εμπειρίας, από τη δεξιότητα (δηλαδή Γνωρίζει, Γνωρίζει Πως, Επιδεικνύει) προς την επίδοση, πραγματοποίηση (δηλαδή Κάνει). Η κορυφή αυτής της πυραμίδας, το επίπεδο επίδοσης, αντικατοπτρίζει την κλινική και επικοινωνιακή επίδοση, καθώς επίσης και τη διαχείριση του κλινικού έργου και ιατρείου στην καθημέρα πράξη.

Το πλαίσιο εργασίας του Donabedian, επίσης, αναπαρίσταται σε αυτή την πυραμίδα. Η δομή (οργάνωση και διαχείριση του κλινικού έργου – ιατρείου) και η διαδικασία (επικοινωνία με ασθενείς και κλινική επίδοση) περιλαμβάνονται στον οριζόντιο άξονα. Η έκβαση των ασθενών (παράμετροι σχετιζόμενοι με τη νόσο και γενική ποιότητα ζωής) μπορούν να θεωρηθούν ως αποτέλεσμα της δυναμικής αλληλεπίδρασης ανάμεσα σε τρεις άξονες.

Καθώς η Γενική Ιατρική αποτελεί έναν επιστημονικό κλάδο επικεντρωμένο στο άτομο, τα τρία χαρακτηριστικά γνωρίσματα δεξιότητας της ειδικότητας τοποθετούνται σχηματίζοντας τη βάση της πυραμίδας: κοινωνικές διαστάσεις, συμπεριφορικές διαστάσεις και επιστημονικές απόψεις (δείτε § 4). Ο επικεντρωμένος στο άτομο επαγγελματίας χρησιμοποιεί το πλαίσιο ζωής του ατόμου στη διεργασία λήψης της απόφασης, Παρόλο που η επικοινωνία με τους ασθενείς περιλαμβάνει τη στάση, με την εισαγωγή της στάσης ως ενός ξεχωριστού χαρακτηριστικού γνωρίσματος καλύπτονται οι επαγγελματικές συμπεριφορικές διαστάσεις του επιστημονικού κλάδου. Καθώς η μεταπτυχιακή εκπαίδευση στη Γενική Ιατρική αποτελεί μία ακαδημαϊκή προσπάθεια για την οποία υπονοείται η ύπαρξη μίας βασισμένης σε αποδείξεις προσέγγισης, μία επιστημονική διάθεση θα έπρεπε να διαπερνά όλα τα επαγγελματικά καθήκοντα.

Το Σχήμα επιδεικνύει την πολύπλοκη διασυσχέτιση των βασικών δεξιοτήτων. Είναι αυτή η περίπλοκη διασυσχέτιση των βασικών δεξιοτήτων εκείνη που θα έπρεπε να καθοδηγεί και να αντικατοπτρίζεται στην ανάπτυξη σχεδιασμών εργασίας για τη διδασκαλία, την έρευνα και τη βελτίωση της ποιότητας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

1. Ram P, van der Vleuten CPM, Rethans JJ, Grol R, Aretz K: Assessment of practicing family physicians in a multiple-station examination using standardized patients with observation of consultation in daily practice (Αξιολόγηση ενεργών οικογενειακών ιατρών σε μία πολυκεντρική εξέταση χρησιμοποιώντας προτυποποιημένους ασθενείς με παρατήρηση της ιατρικής συνέντευξης στην καθημέρα πράξη). Acad Med 1999; 74: 62-9.
2. Ram P: Comprehensive assessment of general practitioners. A study on validity, reliability and feasibility (Σφαιρική αξιολόγηση των γενικών ιατρών. Μία μελέτη της εγκυρότητας, της αξιοπιστίας και της εφαρμοσιμότητας). Thesis 1998, Maastricht University.
3. Van den Hombergh P, Grol R, van den Hoogen HJM, van den Bosch WJHM: Assessment of management in general practices: validation of a practice visit method (Αξιολόγηση της διαχείρισης σε ιατρεία γενικής ιατρικής: πιστοποίηση μίας μεθόδου επίσκεψης ιατρείων). Br J Gen Pract 1998; 48: 1743-50.
4. Heath I, Evans P, van Weel C: The specialist of the discipline of general practice (Ο ειδικός του κλάδου της Γενικής Ιατρικής). Br Med J 2000; 320: 326-7.
5. Van Weel C: Examination of context of medicine (Εξέταση του πλαισίου της ιατρικής). Lancet 2001; 357: 733-4.
6. Stephenson A, Higgs R, Sugarman J: Teaching professional development in medical schools (Διδάσκοντας την επαγγελματική εξέλιξη στις ιατρικές σχολές). Lancet 2001; 357: 867-70.
7. Metz JCM, Stoelinga GBA et al.: Blueprint 1994: training of doctors in the Netherlands. Objectives of undergraduate medical education (Φωτογραφική Αποτύπωση του 1994: εκπαιδύοντας ιατρούς στην Ολλανδία. Αντικειμενικοί στόχοι

- της προπτυχιακής ιατρικής εκπαίδευσης). Nijmegen University, 1994.
8. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Gray JA, Haynes RB: Evidence based medicine: how to practice and teach EBM (Ιατρική Βασισμένη στις Αποδείξεις: πως να εξασκούμε και να διδάσκουμε IBA). Edinburgh: Churchill Livingstone, 1997.
 9. Lamberts H, Wood M eds. International Classification of Primary Care (ICPC) [Διεθνής Ταξινόμηση για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα]. Oxford: Oxford University Press, 1987.

7. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

Ορισμός Leeuwenhorst 1974

“Ο Γενικός Ιατρός είναι ένας διπλωματούχος απόφοιτος της Ιατρικής Σχολής ο οποίος παρέχει προσωπική, πρωτοβάθμια και συνεχιζόμενη φροντίδα σε άτομα, οικογένειες και έναν πληθυσμό του ιατρείου του, ανεξάρτητα από την ηλικία, το φύλο και την ασθένεια. Είναι η σύνθεση αυτών των λειτουργιών που την καθιστά μοναδική. Θα φροντίζει τους ασθενείς του στο ιατρείο εξέτασης που διαθέτει και στις οικίες τους και ορισμένες φορές σε κλινική ή νοσοκομείο. Σκοπός του είναι οι πρώιμες διαγνώσεις. Θα συμπεριλαμβάνει και ενσωματώνει σωματικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες στη μελέτη του για την υγεία και την ασθένεια. Αυτό θα εκφρασθεί στη φροντίδα των ασθενών του. Θα παίρνει μία αρχική απόφαση σχετική με κάθε πρόβλημα που παρουσιάζεται σε αυτόν ως ιατρό. Θα αναλαμβάνει τη συνεχιζόμενη διαχείριση των ασθενών του με χρόνιες, υποτροπιάζουσες ή τελικές νόσους. Παρατεινόμενη επαφή σημαίνει ότι μπορεί να χρησιμοποιεί διαδοχικές ευκαιρίες επαφής για τη συλλογή πληροφοριών με έναν ρυθμό κατάλληλο για κάθε ασθενή και για τη δημιουργία μίας σχέσης εμπιστοσύνης την οποία μπορεί να χρησιμοποιεί επαγγελματικά. Θα εξασκεί την ιατρική σε συνεργασία με άλλους συναδέλφους, ιατρούς και μη ιατρούς. Θα γνωρίζει πως και πότε να παρεμβαίνει μέσω της αγωγής, της πρόληψης και της εκπαίδευσης για να προάγει την υγεία των ασθενών και των οικογενειών τους. Θα αναγνωρίζει ότι και αυτός, επίσης, διαθέτει μία επαγγελματική υπευθυνότητα προς την κοινότητα.”

Ορισμός WONCA 1991

“Ο Γενικός ή Οικογενειακός Ιατρός είναι ο ιατρός ο οποίος είναι πρωταρχικά υπεύθυνος για την παροχή σφαιρικής φροντίδας σε κάθε άτομο που αναζητά την ιατρική φροντίδα και για τη διευθέτηση της παροχής υπηρεσιών από άλλους επαγγελματίες υγείας, όταν αυτό καθίσταται αναγκαίο. Ο Γενικός / Οικογενειακός Ιατρός λειτουργεί ως ένας ιατρός γενικών καθηκόντων ο οποίος δέχεται καθένα που να ζητά φροντίδα, ενώ άλλοι παροχείς της υγείας θέτουν περιορισμούς στην πρόσβαση στις υπηρεσίες τους ανάλογα με την ηλικία, το φύλο ή τη διάγνωση.

Ο Γενικός / Οικογενειακός Ιατρός φροντίζει για το άτομο μέσα στο πλαίσιο της οικογένειας και για την οικογένεια στο πλαίσιο της κοινότητας, ανεξάρτητα από την φυλή, τη θρησκεία, την κουλτούρα ή την κοινωνική τάξη. Είναι κλινικά επαρκής ώστε να μπορεί να παρέχει το μεγαλύτερο μέρος της φροντίδας τους, αφού συνυπολογίσει το πολιτιστικό, κοινωνικο-οικονομικό και ψυχολογικό υπόβαθρο. Επιπρόσθετα, αναλαμβάνει την υπευθυνότητα της παροχής προς τους ασθενείς του σφαιρικής και συνεχιζόμενης φροντίδας.

Ο Γενικός / Οικογενειακός Ιατρός εξασκεί τον επαγγελματικό ρόλο του / της παρέχοντας φροντίδα είτε απευθείας είτε διαμέσου των υπηρεσιών άλλων σύμφωνα με τις ανάγκες υγείας των ασθενών και τους διαθέσιμους, μέσα στην κοινότητα στην οποία υπηρετεί, πόρους.”

Ορισμός Olesen 2000

“Ο Γενικός Ιατρός είναι ένας ειδικευμένος ιατρός εκπαιδευμένος να εργάζεται στην πρώτη γραμμή του συστήματος φροντίδας υγείας και να εκτελεί τα αρχικά βήματα στην παροχή υγείας για οποιοδήποτε πρόβλημα ή οποιαδήποτε προβλήματα υγείας τα οποία μπορεί να εμφανίζουν οι ασθενείς. Ο Γενικός Ιατρός φροντίζει για τα άτομα μέσα στην κοινωνία, ανεξάρτητα από το είδος της ασθένειας ή άλλα προσωπικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά και οργανώνει τους διαθέσιμους πόρους του συστήματος φροντίδας υγείας προς το μεγαλύτερο όφελος των ασθενών. Ο Γενικός Ιατρός ενασχολείται με αυτόβουλα άτομα στα πεδία της πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας, φροντίδας και παρηγορίας, χρησιμοποιώντας και ενσωματώνοντας τις επιστήμες της βιοϊατρικής, της ιατρικής ψυχολογίας και της ιατρικής κοινωνιολογίας.”

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

Διαδικασίες Προπαρασκευής και Διαβούλευσης

Αυτό το έγγραφο αρχικά προετοιμάστηκε από μία Ομάδα Εργασίας του Συμβουλίου της Ευρωπαϊκής Ακαδημίας Δασκάλων στη Γενική Ιατρική (EURACT) και στη συνέχεια τροποποιήθηκε στη διάρκεια των συναντήσεων του Τμήματος Ευρώπης της WONCA που πραγματοποιήθηκαν στην Βαρκελώνη της Ισπανίας τον Οκτώβριο του 2001 και στο Noordwijk της Ολλανδίας τον Μάρτιο του 2002. Έχει ως σκοπό να αποτελέσει το πρώτο βήμα στη διαδικασία επίτευξης μίας πανευρωπαϊκής συμφωνίας. Από αυτούς τους ορισμούς μπορούν να εξαχθούν οι βασικές δεξιότητες καθώς οι διατάξεις εργασίας για την έρευνα, τη διασφάλιση ποιότητας και τη διδασκαλία που αναπτύχθηκαν για να καλύψουν τις ανάγκες της Οικογενειακής Ιατρικής στον 21^ο αιώνα.

Η αιτία της αρχικής εργασίας μέσα στα πλαίσια του Συμβουλίου του EURACT ήταν η δημοσίευση από τον Olesen και συνεργάτες 4 από τους προτεινόμενους αναθεωρημένους ορισμούς για τον ρόλο του Οικογενειακού Ιατρού. Αυτοί επιχειρηματολογούν υπέρ ενός νέου ορισμού βασισμένου στο «ιδεώδες περιεχόμενο της ειδικότητας». Προτείνουν ότι αυτός θα έπρεπε να είναι οικουμενικός, και όχι ειδικός για τις χώρες, και ότι θα έπρεπε να παρέχει ένα πλαίσιο εργασίας για τη διδασκαλία και την εκπαίδευση και συνέχισαν για να παράξουν έναν νέο ορισμό. Παρόλο που οι προθέσεις τους ήταν υποβοηθητικές, δεν θεωρήθηκε ότι ο ορισμός τους κάλυψε, στην πραγματικότητα, ακόμα και τις ίδιες τις απαιτήσεις τους.

Τα ερωτήματα τα οποία η Ομάδα Εργασίας του Συμβουλίου του EURACT κλήθηκε να εξετάσει ήταν τα ακόλουθα:

Τι είναι οι Γενικοί Ιατροί; Τι πράττουν αυτή τη στιγμή και τι θα έπρεπε να πράττουν;

Θα έπρεπε να προσδιορίσουμε τον επιστημονικό κλάδο ορίζοντας τα καθήκοντα του Οικογενειακού Ιατρού ή θα έπρεπε πρώτα να εξετάσουμε τις υποκείμενες αρχές ή να δούμε και τα δύο;

Υπάρχουν πολλοί που εργάζονται στον επιστημονικό τους κλάδο κατά περιορισμένο τρόπο (εξαιτίας του συστήματος φροντίδας υγείας το οποίο υπηρετούν): πρέπει να θεωρηθούν ως Γενικοί Ιατροί; Υπάρχει

κάποια διαφορά ανάμεσα σε έναν Γενικό Ιατρό και ένα ειδικό της Οικογενειακής Ιατρικής;

Η διαδικασία που χρησιμοποιήθηκε ήταν η συζήτηση αυτών των ζητημάτων για κάποια χρονική περίοδο ώστε να διερευνηθούν κάποιες από τις κύριες διεθνείς δημοσιεύσεις σε αυτό τον τομέα, αλλά όχι η εξαντλητική διερεύνηση όλης της εκτεταμένης βιβλιογραφίας γύρω από τα θέματα αυτά. Στη συνέχεια αναλήφθηκε μία διαδικασία χαρτογράφησης, η οποία αναζητούσε ομοιότητες ανάμεσα στις διαφορετικές προσεγγίσεις που περιγράφηκαν προηγουμένως και την αιτία των διαφορών που παρατηρήθηκαν. Ακολούθησε μία περιορισμένη διαβούλευση πάνω σε μία αρχική εκδοχή αυτού του εγγράφου μέσω της διεθνούς συνδιάσκεψης εργασίας του Tampere τον Μάιο του 2001: σε αυτήν συμμετείχαν περισσότεροι από 90 Γενικοί Ιατροί από όλη την Ευρώπη.

Το Τμήμα Ευρώπης της WONCA σε σύνδεσμο με την EURACT (Ευρωπαϊκή Ακαδημία Δασκάλων στη Γενική Ιατρική), το SEMFYC, το Γραφείο Βαρκελώνης της ΠΟΥ, την EGPRW (Ευρωπαϊκή Συνάντηση Εργασίας για την Έρευνα στη Γενική Ιατρική), την EquIP και το EUROPREV, οργάνωσε μία συνδιάσκεψη διαβούλευσης και συμφωνίας στην οποία προσκλήθηκαν σημαντικής σημασίας οργανώσεις. Το γεγονός αυτό έλαβε χώρα τον Οκτώβριο του 2001 και υιοθετήθηκε μία αρχική δήλωση για μεγαλύτερη και ευρύτερη διαβούλευση. Αυτό πραγματοποιήθηκε από το Τμήμα Ευρώπης της WONCA, το οποίο έστειλε τα έγγραφα για σχολιασμό σε όλους τους Ευρωπαίους συναδέλφους και εθνικές εταιρείες καθώς και σε άλλες οργανώσεις που εμπλέκονται με την Οικογενειακή Ιατρική στην Ευρώπη. Αυτές οι απαντήσεις αντιπαραβλήθηκαν και παρουσιάστηκαν σε μία συνδιάσκεψη αυτών των οργανώσεων στο Noordwijk, τον Μάρτιο του 2002. Μετά από αυτό δόθηκε στο έγγραφο η τελική του μορφή.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3

Γνωστοποιήσεις – Ευχαριστίες

Το ΤΜΗΜΑ ΕΥΡΩΠΗΣ της WONCA είναι ευγνώμον προς όλες εκείνες τις οργανώσεις και άτομα τα οποία συνέβαλαν με γραπτά σχόλια ή έλαβαν μέρος στις συμβουλευτικές διαδικασίες οι οποίες οδήγησαν στην ανάπτυξη αυτού του εγγράφου. Σε αυτές περιλαμβάνονται:

Αυστριακή Εταιρεία Γενικής / Οικογενειακής Ιατρικής
Κολέγιο Οικογενειακών Ιατρών Καναδά
Εθνικό Κολέγιο Εκπαιδευτών Γενικών Ιατρών, Γαλλία
Δανικό Κολέγιο Γενικών Ιατρών
Ολλανδικό Κολέγιο Γενικών Ιατρών
Ευρωπαϊκή Ακαδημία Δασκάλων στη Γενική Ιατρική
Ευρωπαϊκή Συνάντηση Εργασίας για την Έρευνα στη Γενική Ιατρική
Ευρωπαϊκό Δίκτυο για την Πρόληψη και την Προαγωγή της Υγείας στην Οικογενειακή και Γενική Ιατρική
Ευρωπαϊκή Ένωση Γενικών Ιατρών
Ευρωπαϊκή Ομάδα Εργασίας για τη Διασφάλιση Ποιότητας
Ισλανδικό Κολέγιο Οικογενειακών Ιατρών
Κολέγιο Οικογενειακών Ιατρών της Μάλτας
Νορβηγικό Κολέγιο Γενικών Ιατρών
Βασιλικό Κολέγιο των Γενικών Ιατρών, Ηνωμένο Βασίλειο
Σλοβακική Εταιρεία Γενικής / Οικογενειακής Ιατρικής
Ισπανική Εταιρεία Οικογενειακής και Κοινωνικής Ιατρικής
Σουηδικός Σύλλογος Γενικής Ιατρικής
Ελβετική Εταιρεία Γενικής Ιατρικής
Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (ΠΟΥ), Γραφείο Βαρκελώνης
Παγκόσμια Οργάνωση Οικογενειακών Ιατρών
Δρ M. Boland
Δρ G. Buckley
Δρ J. Horder
Καθηγητής X. Λιονής

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4

Τμήμα Ευρώπης της WONCA - ΚΡΑΤΗ ΜΕΛΗ

ΑΝΔΟΡΑ

ΟΛΛΑΝΔΙΑ

ΑΥΣΤΡΙΑ

ΝΟΡΒΗΓΙΑ

ΒΕΛΓΙΟ

ΠΟΛΩΝΙΑ

ΚΡΟΑΤΙΑ

ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ

ΤΣΕΧΙΑ

ΡΟΥΜΑΝΙΑ

ΚΥΠΡΟΣ

ΣΛΟΒΑΚΙΑ

ΔΑΝΙΑ

ΣΛΟΒΕΝΙΑ

ΕΣΘΟΝΙΑ

ΙΣΠΑΝΙΑ

ΓΑΛΛΙΑ

ΣΟΥΗΔΙΑ

ΦΙΝΛΑΝΔΙΑ

ΕΛΒΕΤΙΑ

ΓΕΡΜΑΝΙΑ

ΟΥΚΡΑΝΙΑ

ΕΛΛΑΣ

ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ

ΙΣΛΑΝΔΙΑ

ΙΡΛΑΝΔΙΑ

ΙΣΡΑΗΛ

ΙΤΑΛΙΑ

ΛΙΘΟΥΑΝΙΑ

ΜΑΛΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5

Γλωσσικοί Ορισμοί

Υπάρχει σημαντική σύγχυση αναφορικά με την ορολογία που χρησιμοποιείται στη Γενική / Οικογενειακή Ιατρική^{8,9} και την ερμηνεία της. Με σκοπό να μην υπάρχουν λανθασμένες ερμηνείες ή κατανοήσεις αναφορικά με τους στόχους αυτών των εγγράφων συμφωνίας οι ακόλουθοι όροι ερμηνεύονται ως εξής:

GENERAL PRACTITIONER - ΓΕΝΙΚΟΣ ΙΑΤΡΟΣ FAMILY DOCTOR – ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ	Συνώνυμα τα οποία χρησιμοποιούνται για να περιγράψουν εκείνους τους ιατρούς οι οποίοι έχουν υποβληθεί σε μεταπτυχιακή εκπαίδευση στη Γενική Ιατρική τουλάχιστον έως το επίπεδο που έχει προσδιορισθεί στον Τίτλο (Άρθρο) 4 της Κατευθυντήριας Οδηγίας της ΕΕ για τους Ιατρούς
PRIMARY CARE PHYSICIAN - ΙΑΤΡΟΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	Ο ιατρός οποιασδήποτε Ειδικότητας ο οποίος εργάζεται σε σχηματισμό Πρωτοβάθμιας Φροντίδας
SECONDARY CARE PHYSICIAN - ΙΑΤΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	Ο ιατρός ο οποίος έχει υποβληθεί για κάποια χρονική περίοδο σε ανώτερη μεταπτυχιακή εκπαίδευση σε επιστημονικό κλάδο εξειδικευμένο σε κάποιο ή κάποια όργανα ή σε κάποια ασθένεια και ο οποίος εργάζεται κυρίως πάνω στο πεδίο αυτό σε νοσοκομειακό σχηματισμό
SPECIALIST - ΕΙΔΙΚΟΣ	Ο ιατρός οποιασδήποτε ειδικότητας ο οποίος έχει υποβληθεί σε μία περίοδο ανώτερης μεταπτυχιακής Εκπαίδευσης
PRIMARY CARE - ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	Ο σχηματισμός μέσα σε ένα σύστημα φροντίδας υγείας, συνήθως ευρισκόμενος στη ίδια την κοινότητα του ασθενούς, στον οποίο γίνεται η πρώτη επαφή του με έναν επαγγελματία υγείας (με εξαίρεση τους σοβαρούς τραυματισμούς)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 6

ΕΠΕΞΗΓΗΣΕΙΣ ΟΡΩΝ

- **Discipline** : Κλάδος. Μαζί με τον όρο specialty υποδηλώνουν την έννοια που στην Ελλάδα αναφέρεται στην ειδικότητα. Εδώ όμως θεωρείται πως ο όρος discipline περιλαμβάνει την έννοια της ειδικότητας(όρος-πρόγραμμα εκπαίδευσης-περιεχόμενο εκπαίδευσης) καθώς και τη λειτουργία και τον ρόλο του αντίστοιχου ειδικού στο σύστημα υγείας. Γι αυτό ο όρος κλάδος αγκαλιάζει καλύτερα αυτές τις έννοιες.
- **Core** : Ο όρος εμπεριέχει την έννοια του πυρήνα, κάτι κομβικό όπως η καρδιά, ζωτικό που χωρίς αυτό δεν υφίσταται το αντικείμενο. Γι αυτό ο όρος κεντρικός πλησιάζει πιο επιτυχημένα την έννοια μιας που περιέχει την έννοια του θεμέλιου, του βασικού του απαραίτητου.
- **Competency** : Ο όρος περιέχει την έννοια της ανταγωνιστικότητας. Και για να είναι κάποιος ανταγωνιστικός πρέπει να αποκτήσει ικανότητες και δεξιότητες. Όμως οι δεξιότητες περιέχονται στις ικανότητες όπως και οι στάσεις και συμπεριφορές. Επομένως ο όρος ικανότητα κρίνεται ως καταλληλότερος.
- **Consultation** : Προτείνεται ο όρος ιατρική εξέταση διότι στην Ελλάδα είναι ευρέως διαδεδομένος και κατανοητός ενώ οι όροι συνέντευξη ή διαβούλευση δεν συνάδουν με την έννοια αυτή. Η ιατρική εξέταση περιλαμβάνει και τη λήψη ιστορικού -επικοινωνία-και τη φυσική εξέταση και τη λήψη αποφάσεων.
- **Contextual** : Πολύ δύσκολος όρος. Παρ'όλο που ο όρος 'φιλοσοφικός' ταιριάζει δεν είναι ο καλύτερος. Πάντως το 'κοινωνικός' θέλει αναθεώρηση.
- **Attitudinal** : Ομοίως δύσκολος και πολυσύνθετος όρος. Ο όρος συμπεριφορικός φαίνεται να είναι ο πιο κατάλληλος.
- **Thrush** : Παραίνεση, προτροπή, ενθάρρυνση.
- **Conducive** : Προσανατολισμένος' φαίνεται να αποδίδει καλύτερα το νόημα.
- **Interface** : Παρ'όλο που ο όρος διάδραση είναι σωστός(σύμφωνα με τα λεξικά) φαίνεται πως ο όρος συνεργασία περνάει και το μήνυμα της συλλειτουργίας με γιατρούς άλλων ειδικοτήτων, τομέας που δεν αναδεικνύονται οι γιατροί ιδιαίτερα.
- **Preamble** : Πρόλογος
- **Referring** : Ξέχωρα από την μετάφραση του όρου, που περιέχει την ρίζα παραπέμπω, σε πιο ελεύθερη απόδοση μπορεί να χρησιμοποιηθεί ο όρος παρέχοντας.