

Aile hekimliğinde kapsamlı bakım yeterliliği ve değerlendirilmesi

Zekeriya Aktürk, H. Acemoğlu

Angaben zur Veröffentlichung / Publication details:

Aktürk, Zekeriya, and H. Acemoğlu. 2012. "Aile hekimliğinde kapsamlı bakım yeterliliği ve değerlendirilmesi." *Eurasian Journal of Family Medicine* 1(1): 23–28.

Nutzungsbedingungen / Terms of use:

CC BY-NC-ND 4.0

Dieses Dokument wird unter folgenden Bedingungen zur Verfügung gestellt: / This document is made available under these conditions:
CC-BY-NC-ND 4.0: Creative Commons: Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitung
Weitere Informationen finden Sie unter: / For more information see:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>



Aile Hekimliğinde Kapsamlı Bakım Yeterliliği ve Değerlendirilmesi

Comprehensive Care and its Evaluation in Family Medicine

YAZARLAR

Zekeriya Aktürk

Aile Hekimliği Anabilim
Dalı, Atatürk
Üniversitesi Tıp
Fakültesi, Erzurum

Hamit Acemoğlu

Tıp Eğitimi Anabilim
Dalı, Atatürk
Üniversitesi Tıp
Fakültesi, Erzurum

ÖZET

Kapsamlı bakım, yeterliliğe dayalı eğitim ve eğitimin değerlendirilmesi aile hekimlerinin önem verdiği güncel konulardandır. Bu yazıda bu konuların aile hekimliği bakış açısıyla değerlendirilmesi ve birbirleri ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Dünya Aile Hekimleri Birliği (Wonca) aile hekimleri için altı adet temel yeterlilik ve bunlarla ilişkili 11 özellik tanımlamıştır. Bu özellikler bir ağaca benzetilirse, ağacın köklerinin Tutum, Bilim ve Ortam olduğu söylenebilir. Bu yeterliliklerin hepsi aile hekimliğine özgün olmakla birlikte, hekimlik uygulamaları için en vazgeçilmez olanın “Kapsamlı sağlık hizmeti” olduğunu söyleyebiliriz. Yeterliliğe Dayalı Eğitim, toplumun ihtiyacına uygun eleman yetiştirmesi açısından önemlidir. Yeterliliğe dayalı eğitim verilebilmesi için öncelikle yeterliliklerin neler olacağının iyi belirlenmesi gerekir. Türkiye’de aile hekimlerinin yeterlilikleriyle ilgili bir çalışma Türkiye Aile Hekimleri Yeterlilik Kurulu (TAHYK) tarafından yürütülmüş ve yayınlanmıştır. Bu çalışmada aile hekimliği uzmanının sahip olması gereken yeterlilikler “Bilir”, “Uygular”, “Koruyucu hekimlik hizmeti verir”, “Tanı koyar”, “Tanı koyup tedavi eder”, “Acil müdahalede bulunur” gibi başlıklar altında ayrıntılı olarak belirtilmiştir. Yeterliliklerin ölçme ve değerlendirilmesinde, objektif yapılandırılmış sınavlar gibi yöntemler ve Çalışma Ortamında Ölçme yöntemleri kullanılabilir. Çalışma Ortamında Ölçme diğer yöntemlere göre daha zor olmakla birlikte, kişinin gerçek performansını değerlendirmesi açısından önemlidir ve dört bileşenden oluşmaktadır: İnceleme, Yönetim kayıtları, Günlükler ve Gözlemler. Sonuç olarak, Aile hekimliği için son derece önemli olan kapsamlı bakım hizmetinin etkin bir şekilde sunulması için öncelikle aile hekimliği uzmanlık eğitiminin yeterliliklerinin iyi belirlenmesi, aile hekimi asistanlarının belirlenen yeterliliklere ulaşp ulaşmadıklarının değerlendirilmesi ve aile hekimliği asistanına eksik bulunan yeterlilikleri tamamlaması için imkân ve fırsatların sağlanması gerekir.

Anahtar Kelimeler: aile hekimliği, kapsamlı bakım, yeterliliğe dayalı eğitim, ölçme değerlendirme

ABSTRACT

Comprehensive care, competency based education, and evaluation of education are topics with great importance for family physicians. In this article we aim to discuss the relationships of these terms with each other in the context of family medicine. The World Organization of Family Doctors (Wonca) has defined six core competencies and eleven related characteristics of family medicine. If we resemble these features to a tree, attitude, science, and context would compose its roots. Although all these competencies are important, we can claim that “comprehensive care” the inevitable one for the practice of family medicine. Competency based education is important in order to train professionals meeting the needs of the population. For this, the first step is to define what will be the required competencies. The Turkish Board of Family Medicine (TAHYK) published a set of competencies needed for Turkish family physicians. This document sub categorizes the competencies into “Knows”, “Applies”, “Performs preventive tasks”, “Diagnoses”, “Diagnoses and treats”, and “Applies emergency interventions”. Assessment methods such as the objective structured clinical exams and work-based assessments can be used in the evaluation of competencies. Although the work based assessment is more difficult, is more superior in the evaluation of real performance and is composed of four components: audit, admin database, diary, and observation. As a conclusion, in order to provide comprehensive care, which is of utmost importance for family physicians, required competencies should be defined first, followed by evaluation of whether the family medicine trainees are meeting these competencies or not, and lastly a training atmosphere has to be established for the trainee with sufficient infrastructure and opportunities to meet the lacking competencies.

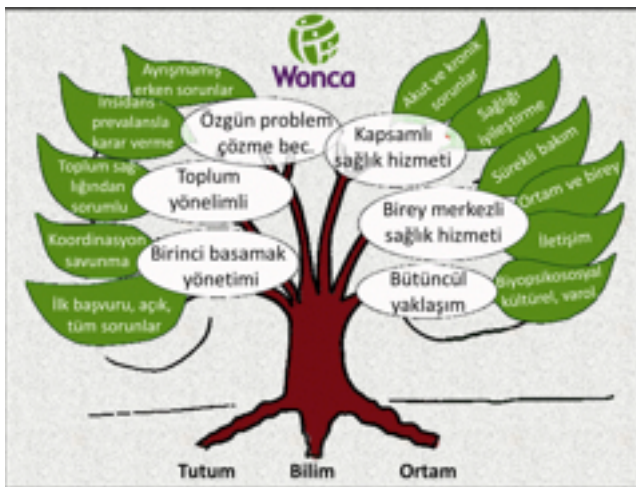
Keywords: family medicine, comprehensive care, competency based education, assessment and evaluation

Giriş

Kapsamlı bakım, yeterliliğe dayalı eğitim ve eğitimin değerlendirilmesi aile hekimlerinin önem verdiği güncel konulardandır. Bu yazıda her birisi önemli bir makale konusu olabilecek bu başlıkların aile hekimliği bakış açısıyla değerlendirilmesi ve bir arada, birbirleri ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Kapsamlı Sağlık Hizmeti

Kapsamlı sağlık bakımı aile hekimliği disiplinin en önemli özelliklerinden biridir. Saultz, aile hekimliğini diğer disiplinlerden ayıran dört özellik (continuity of care, comprehensive care, coordination of care, contextual care) arasında kapsamlı bakıma özel bir önem vermektedir (8). Dünya Aile Hekimleri Birliği de (Wonca) 2005 yılında güncellediği tanımlarında altı adet temel yeterlilik ve bunlarla ilişkili 11 özellik belirlemiştir (1; 3). Bu tanımdaki özellikler bir ağaca benzetilirse (Şekil 1), ağacın köklerinin aile hekimliğinin kendine özgü profesyonellik değerleri ve yaklaşımı (Tutum), kanıta dayalı tıp uygulamaları ve kendi araştırma temeli (Bilim) ve hizmetin sunulabilmesi için gerekli sistem, donanım, altyapı vb. Ortamın sağlanması olduğu söylenebilir. Ağacın dallarını ise altı adet temel yeterlilik oluşturur. Bu yeterliliklerin hepsi aile hekimliğine özgün olmakla birlikte, hekimlik uygulamaları için en vazgeçilmez olanın “Kapsamlı sağlık hizmeti” olduğunu söyleyebiliriz.



Şekil 1: Wonca ağacı (U. Grueninger – İsviçre Aile Hekimliği Koleji).

Amerikan Aile Hekimliği Akademisi (AAFP) kapsamlı bakımı “Sürekli kapsamlı bakım hizmet uygulaması, bir hastanın birden fazla fiziksel ve ruhsal sağlık sorunlarını aile, yaşam olayları ve çevre ilişkisi içinde belli bir sürede eşzamanlı olarak önleme ve yönetmedir.” olarak tanımlamaktadır (7). Dolayısıyla aile hekiminin gerek sağlık sorunlarının yelpazesi olarak her çeşit sağlık sorununa yaklaşım sunabilmesi, gerekse her bir sağlık sorunu için koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini bir arada sunabilmesi “Kapsamlı Bakım” tanımının içerisinde değerlendirilmelidir.

Yeterlilikler

Yeterlilikler ve yeterliliğe dayalı eğitim çağdaş eğitim terminolojisinde önemli bir yer tutmaktadır. Yeterliliğe dayalı eğitimin önemi daha 1970’li yıllarda kavranmıştır. Schneck yeterliliğe dayalı eğitimi “Sonuç temelli öğretimdir ve öğrenciler, öğretmenler ve toplumun değişen ihtiyaçlarına göre uyarlanabilir.” olarak tanımlamaktadır (9).

Yeterlilikler, öğrencilerin günlük hayatta sık karşılaşılan durumlarda temel ve diğer becerileri uygulama yeteneklerini tanımlar. Böylece Yeterliliğe dayalı eğitim (YDE), öğrencilerin tipik olarak yaşamdaki rollerinin analiz edilerek oluşturulmasına dayanmaktadır.

YDE, toplumun ihtiyacına uygun eleman yetiştirmesi açısından önemlidir. Bununla birlikte, “iş yapabilmek” her zaman gerçekten bilmek anlamına gelmemektedir. Bu açıdan yeterliliğe dayalı eğitime bazı eleştiriler de getirilmiştir. Yeterliliğe dayalı eğitimin iyi planlanmaması halinde bilgi içeriği açısından zayıf yetiştirileceği ve eğiticilere gereksiz bürokratik yük yükleneceği bu eleştiriler arasındadır.

Yeterliliğe dayalı eğitim verilebilmesi için öncelikle yeterlilik ifadelerinin iyi tanımlanması gerekir. Ardından içeriğin öğrenen ihtiyacına göre belirlenmesi, ustalaşana kadar eğitime devam etmesi ve eğitim programını ancak yeterliliğini ispat ettikten sonra bitirebilmesi gibi standartlar önerilmiştir (11).

Yeterliliklerin belirlenmesi Kern tarafından önerilen müfredat geliştirme yaklaşımında da ilk adımı oluşturur (4). Bu yaklaşıma göre öncelikle



Şekil 3: Yeterlilik haritasının çıkarılması (Weddel KS).

genel ihtiyaçlar iyi belirlenmeli, ardından öğrenende var olan birikimlerle karşılaştırması yapılarak müfredat içeriği tasarlanmalıdır (Şekil 2).

Yeterliliklerin alt başlıklara ayrılması ve öğrenme ihtiyacı haritalarının çıkarılması önemlidir. Bu amaçla Weddel'in örneği Şekil 3'te gösterilmiştir.

Türkiye'de aile hekimlerinin yeterlilikleriyle ilgili bir çalışma Türkiye Aile Hekimleri Yeterlilik Kurulu (TAHYK) tarafından yürütülmüş ve yayınlanmıştır (10). Bu çalışmada aile hekimliği uzmanının sahip olması gereken yeterlilikler "Bilir", "Uygular", "Koruyucu hekimlik hizmeti verir", "Tanı koyar", "Tanı koyup tedavi eder", "Acil müdahalede



Şekil 2: Yeterliliğe dayalı öğrenme ihtiyacının belirlenmesi

bulunur” gibi başlıklar altında ayrıntılı olarak belirtilmiştir (Şekil 4).

B. Hastalık Yönetimi			
1. Kalp ve Damar Sistemi Hastalıkları			
1.1	İskemik Kalp Hastalığı	K, TT, A	1, 3
1.2	Dislipidemiler	K, TT, A	1, 3
1.3	Kalp Yetmezliği	K, TT, A	1, 3
1.4	Kalp Kapak Hastalıkları	K, T	1, 3
1.5	Akut Romatizmal Ateş (ARA)	K, TT, A	1, 2, 3
1.6	Ritim Bozuklukları	K, TT, A	1, 2, 3
1.7	Periferik Damar Hastalıkları	K, TT, A	1, 3, 5

Şekil 4: TAHYK Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Programı – Kalp ve Damar Sistemi Hastalıkları.

TAHYK tarafından belirlenen iskemik kalp hastalığı yeterliliğini cümleye dönecek olursak şu şekilde bir ifade ortaya çıkabilir: “Aile hekimliği uzmanı iskemik kalp hastalığında koruyucu hekimlik yaklaşımı sunabilir, bu hastalığın tanısını koyup tedavisini planlayabilir ve gerektiğinde acil müdahalede bulunabilir.” Başarılı bir eğitim için bu yeterliliğin alt başlıklarıyla ilgili yeterlilik haritasını çıkarmalı ve öğrenenin eksik olduğu alanları saptayıp uygun bir eğitim planı çıkarmalıyız.

Yeterliliğin Değerlendirilmesi

Eğitimde sıkça başvurulanan bir değerlendirme yaklaşımı Miller’in 1990’da tanımladığı piramit yaklaşımıdır (5). Bu yaklaşıma göre piramidin alt kısmındaki bilgi ve becerileri çoktan seçmeli sınavlar, sözlü sınavlar, objektif yapılandırılmış sınavlar gibi yöntemlerle değerlendirmek mümkün iken kişinin performansını gerçekten uyguladığını değerlendirmenin ancak çalışma ortamında değerlendirme yöntemleriyle mümkün olduğu belirtilmektedir.

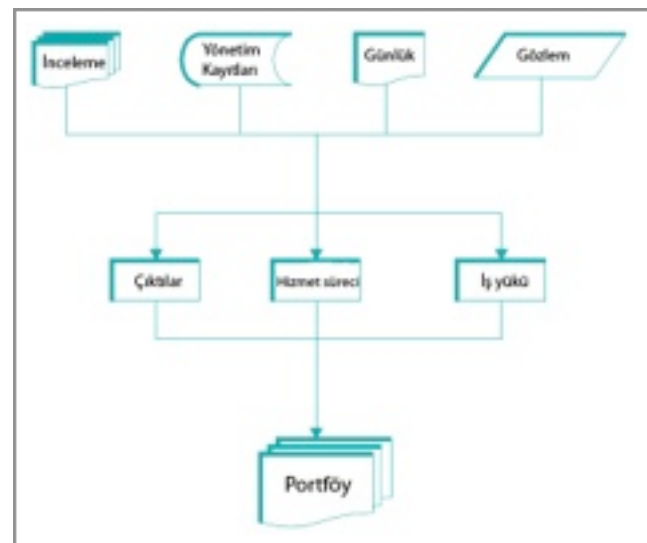
Çalışma ortamında ölçme (Workbased assessment), diğer yöntemlere göre daha zor olmakla birlikte, kişinin gerçek performansını değerlendirmesi açısından önemlidir. Bununla birlikte, kişinin gerçek performansı sadece kendi yeterliliğine bağlı değildir. Sağlık sistemiyle ilgili faktörler ve kişinin o andaki beden ve ruh sağlığı gibi bireysel faktörler de performansta önemli belirleyicilerdir (2).

Çalışma ortamında ölçme ve değerlendirme yapmak için Norcini tarafından önerilen yaklaşım (6)

dört bileşenden oluşmaktadır: İnceleme, Yönetim kayıtları, Günlükler ve Gözlemler (Şekil 6).



Şekil 5: Miller Piramidi



Şekil 6: Çalışma ortamında değerlendirme.

Klinik Uygulama Kayıtları

Çıktılar, süreçler ve hacim hakkında en iyi bilgi kaynaklarından birisi klinik uygulama kayıtlarıdır. Bu kayıtların dış denetimi geçerli ve verilerin kaynağı güvenilir. Ancak, kayıtların özetlenmesi, pahalı, zaman alıcı ve genellikle eksik veya okunamaz olduğu gerçeği bu uygulamayı elverişsiz kılmaktadır. Bu sorunların çözümü elektronik tıbbi kayıtların

yaygınlaşması ile olabilir. Bu arada bazı doktorlar kendi kayıtlarına güvenerek değerlendirme yapmaktadırlar. Dış denetimle birlikte bu yöntem güvenilir ve uygun bir alternatiftir.

Çıktılar

Bir doktor hastalarının sonuçları ile ilgili kararı kendisi değerlendirebilir. Örneğin bir kardiyolog, akut miyokard infarktüsü olan hastalarında 30 gün içinde mortalite olasılığını değerlendirebilir. Tarihsel olarak, mortalite ve morbidite sonuçları sınırlı kalmıştır. Ancak son yıllarda, klinik uç noktaları genişletilmiş oldu. Hasta memnuniyeti, fonksiyonel durumu, maliyet-etkinlik ve ara sonuçlar- örneğin, diyabetik hastalarda HbA1c ve lipid düzeyleri-kabul edilmiştir. İlgi yanlış tanı hataları çevresinde toplanmakla birlikte, tüm bunlardan sonra, yukarıda belirtilen pek çok alanlarda eğer doğru tanıya dayanılıyorsa bu uygulama faydalıdır. Sadece konjestif kalp yetmezliği çeken bir hasta, astım için tüm tanı kriterlerini karşılayabilir.

Bakım süreci

Bakım süreci ile ilgili kararı bir aile hekimi verir. Örneğin, 50 yaş üzeri bir hastanın kaç kez kolorektal kanser taraması yapılması gerektiğini değerlendirebilmelidir. Genel ölçme süreçleri; koruyucu tarama hizmetleri, tanı, yönetim, reçete yazma, hasta ve danışmanlık eğitimini içerir. Buna ek olarak, doktorun, örneğin diyabetik hastalarının HbA1c düzeyleri düzenli olarak izlenip izlenmediği ve rutin ayak muayenesinin yapıp yapılmadığı gibi duruma özgü süreçler hakkında karar vermeleri de temel bir hizmet olabilir.

Performans-Volüm

Hekimlerin çalışma performansını değerlendirmenin üçüncü bir yolu, yapılan belirli bir aktivitenin katsayısı hakkında karar vermeleridir. Örneğin, bir cerrahın kalite ölçümlerinden biri, belli bir prosedürün kaç kez yapıldığının sayısı olabilir. Bu tür bir değerlendirme için dayanak noktası, bakım kalitesinin daha yüksek performans ile ilişkili olduğunu belirten araştırmalardır. Sonuçlar ve süreçler karşılaştırıldığında, performansa dayanan işe dayalı değerlendirmenin problemlere atfedilen önemin azalması, karmaşanın elimine edilmesi gibi

sebeplerle avantajları vardır. Ancak, tek başına performansa dayalı bir değerlendirme, işin düzgün bir şekilde yapıldığına dair bir güvence sunmamaktadır.

Günlükler

Doktorlar, özellikle de stajyerler, sık sık günlük kullanırlar veya yaptıkları uygulamaların kaydını tutarlar. Amaçlarına bağlı olarak, günlükler doktor rolünün tanımlanması, endikasyonun doğru olup olmadığı ve gözlemcinin adı ve komplikasyon listesini içerebilir. Elektronik sağlık kaydı yapılmıyorsa kadar performansa ait veri toplamak ve klinik uygulamada kayıtlarının özetlenmesi için günlükler kabul edilebilir alternatif bir yoldur.

Gözlem

Veri pek çok açıdan pratik gözlem yoluyla toplanabilir, ama Miller'in iş tabanlı değerlendirmesi tanımı ile tutarlı olması için, gözlemler rutin olmalıdır. Bu gözlemler herhangi bir yolla ve herhangi sayıda farklı gözlemci tarafından yapılabilir. Gözlem tabanlı değerlendirmenin en yaygın biçimi denetçiler, meslektaşlar ve hastaların yaptığı değerlendirmedir, ancak, aynı zamanda hemşire ve diğer yardımcı sağlık profesyonellerden de bir doktorun performansı hakkında bilgi alınabilir. Çok kaynaklı geribildirim araçlarının kombinasyonla kullanımı değerlendirmeyi basitleştirir. Diğer gözlem örnekleri, doktorların ameliyatları için standardize hasta vizitesi ve ses veya video kasetlerini sayabiliriz.

Sonuç

Aile hekimliği için son derece önemli olan kapsamlı bakım hizmetinin etkin bir şekilde sunulması için öncelikle aile hekimliği uzmanlık eğitiminin yeterliliklerinin yeniden gözden geçirilmesi ve ayrıntılı yeterlilik haritalarının çıkarılması gerekmektedir. Ardından aile hekimliği asistanlarının ihtiyaçları doğru belirlenmeli ve bu ihtiyaçları karşılayabilecek müfredat içerikleri ve eğitim ortamı sağlanmalıdır. Aile hekimliği uzman adaylarının TAHYK tarafından belirlenen yeterliliklere ulaşmış olmalarının değerlendirilmesi için aile hekimliği asistanı eğitimi boyunca değerlendirilmeli ve bir öğrenme portföyü oluşturulmalıdır. Aile hekimliği asistanına eksik bulunan yeterlilikler tamamlaması için imkân ve fırsatlar sağlanmalıdır.

Kaynaklar

1. Allen J. The European Definition of General Practice / Family Medicine, Wonca Europe, Barcelona, 2005.
2. Cantillon PW, D. ABC of Learning and Teaching in Medicine. pp 48. Blackwell Publishing Ltd; 2010.
3. Evans PEB, Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik Avrupa Tanımı. Basak O. (Çeviri Ed.) Wonca Europe, Barselona, 2002.
4. Kern DE. Curriculum Development for Medical Education – A Six-Step Approach. Baltimore: The Johns Hopkins Univ. Press; 1998.
5. Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. *Acad Med* 1990;65:63.
6. Norcini JJ. ABC of learning and teaching in medicine. Work based assessment. *BMJ* 2003;326.
7. Physicians AAoF. Comprehensive Care, Definition of. 2008. <http://www.aafp.org/online/en/home/policy/policies/c/comprehensivecare2.html>
8. Saultz JM. Textbook of Family Medicine. New York: McGraw-Hill Professional Publishing; 1999. pp:17.
9. Schneck EA.. Approaches and Methods in Language Teaching In A Guide to Identifying High School Graduation Competencies:141. Portland: Northwest Regional Educational Laboratory; 1978. p:141.
10. TAHYK. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Programı. 2006. http://www.tahud.org.tr/uploads/content/AHU_egitimi_mufredat.pdf
11. Weddel KS. Competency Based Education and Content Standards. 2006. <http://www.cde.state.co.us/cdeadult/download/pdf/CompetencyBasedEducation.pdf>

İletişim için:

Prof. Dr. Zekeriya Aktürk,
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD,
25240 Erzurum,
Tel: 05545409798, Faks: +904422360968,
e-posta: zekeriya.akturk@gmail.com