

Bölüm 13

Profesyonel Eğitim Uygulamaları

Stephan Chapman

1. Neden Talebe Etkide Bulunmaya Gereksinim Duyuyoruz?

Sağlık hizmetleri maliyet odaklıdır, nasıl finanse edildikleri bir önem taşımamaktadır. Bu nedenle, eşitliğin sağlanması için doktorlar, sorumlu oldukları nüfus için onların ulaşabilecekleri kaynaklardan sağlık konusunda mümkün olan en yüksek düzeyde faydalanabilmelerini sağlamalıdır. Bunun bir nevi Hipokrat yeminindeki "zarar vermeme" ilkesinin getirdiği ahlaki bir sorumluluk olup olmadığı tartışılabilir [30]. İlaçlarda maliyet etkinliği sağlamaya yönelik önkoşullardan biri, doktorların reçete yazdıkları ilacın açıklanan delil esasını anlamaları ve buna göre hareket etmeleridir. Sürekli Tıbbi Eğitim (STE)'nin birinci aşaması, sunulan öğretime yönelik delil tabanlarını tesis etmek amacıyla literatürün eleştirel değerlendirmesidir, bunun ardından, nasıl iletiildiği önemli olmaksızın ilgili bilgiye erişim sağlan-

malıdır (Bkz Bölüm 3). Cochrane İşbirliği gibi girişimlerin belirli bazı tıbbi konular hakkında sistematik delil tabanları tesis etmeye yönelik incelemelerde bulunmaları (bulguları uluslararası platformda da geçerlidir) nedeniyle, sınırlı kapasitedeki bazı ülkelerde dahi ilgili delilin elde edilmesi mümkün olabilmektedir. Bu bölümde bu tarz delillerden oluşan ilkelerin uygulamaya geçirilmesine yönelik ileri sürülen farklı yaklaşımlar ele alınmaktadır.

2. İspatlanmış İlkelerin Uygulanması

Delilin tesis edilmesinden ardından STE'ye düşen görev reçete yazanları uygulamalarını değiştirmeleri yönünde ikna etmektir: değişim her zaman gerçekleşiyor olsa da, istenilen sonuç genellikle yavaş ve zahmetlidir [8]. Yeni fikirlere tepkide bulunma konusunda doktorlar da tıpkı diğer insanlar gibidir [11.24]; fikir birkaç yenilikçi in-

san tarafından başlatılır ve emsallerince saygı gören kimi taraftarları içine alacak biçimde yavaşça yayılım gösterir. Fikrin önderliğini yapanların sayısı arttıkça kavrayış oranı da artar, sadece değişikliklere yavaş adapte olabilen ve geleneksel değerlerine sıkı sıkıya bağlı olan en son gruba, gericilere geldiğinde işlemde yine bir yavaşlama yaşanır. Bölüm 3'te tanımlandığı üzere birtakım yaklaşımlar denenmiştir. Bu bölümde bazı girişimlerin önemli özellikleri, güçlü ve zayıf yönleri ele alınmaktadır.

3. Mezuniyet Sonrası Ders ve Konferanslar

Mezuniyet sonrası merkezler ve üniversiteler aracılığıyla verilen dersler isteğe bağlıdır; bu nedenle sadece bu konuyla ilgilenen güdülenmiş kimselere cazip gelmektedir: Horder tarafından öne sürülen modele yeniden bakılırsa, bu doktorların birinci basamaktaki sağlık hizmetlerinden gelen "yenilikçi" ya da "ilk kabul edenler" olma eğilimindeki doktorlar olduğu görülür. Temel sağlık hizmetleri doktorları coğrafi olarak farklı yerlerde oldukları için, yenilikçilerin ya da ilk kabul edenlerin ağa erişimi ve fikir paylaşımı sınırlıdır ve bu nedenle yeni bir uygulamanın da yaygınlık kazanması sınırlı orandadır. Bu durumda, derslerin veya kısa süreli konferansların genelde hiçbir değişiklik sağlayamaması şaşırtıcı değildir; Davis tarafından ele alınan altı çalışmada da, sağlanan eğitimin sonuçsuz kaldığı ve hatta olumsuz etkide bulunduğu görülmüştür [14].

4. Eğitsel Erişi ve Akademik Görevlendirme

Doktorlar ilaç sektöründeki ilerlemeleri takip etmek için mezuniyet sonrası eğitim kurslarına devamlı suretle katılmadıkları için, en mantıklı olanı, eğitimi, dışarıda kendi uygulamaları esnasında almalarıdır. Yazılı bilginin mesajlanmasının etkili olmadığı görülmüştür [4], bu nedenle tek alternatif doğrudan iletişimdir. Bu eğitim erişiminin altında yatan temel ilkedir -yani, tıbbi temsilcilerinin doktorları bizzat görerek onları kendi firmalarını ilaçlarını kullanmaları konusunda ikna etmede ilaç endüstrisinin yıllardır kullandığı yöntemle aynıdır. Avorn ve Soumerai medicaid doktorlarının Amerika'da dört eyalette akademik görevlendirilmesini yürütecek olan klinik eczacılar kullanılarak kontrollü semenal randomize eğitsel erişim çalışmaları düzenlemiştir [4]. Eczacılar iletişim ve etkileme becerileri konusunda eğitildi, ayrıca kendilerine gerekli klinik bilgiler de verildi ve daha sonra beyin damarları genişleticileri, cephalixin ve propoxyphen ilaçlarının uygunsuz reçetelenmesini görüşmek üzere doktorlara iki kısa ziyarette bulundular. Eczacılar, reçete değişimine dair mesajlara vurguda bulunan önemli referanslara değinerek önemli noktaları göz alıcı ve hatırdaki kalır bir şekilde özetleyerek özel olarak tasarlanmış materyallerle kendi savlarını destekledi. Doktorlara yapılan bu türden ziyaretler uygun olmayan ilaç reçetelemesini %14 oranında azalmasını sağlamış ve destek materyallerinin ziyarette bulunmaya gerek duyulmaksızın sadece mesaj yoluyla bildirilmesinde önemli bir gelişmeyi teşkil etmiştir. Sonuçlara dayalı resmi ekonomik bir analize göre, işletimsel ölçeklendirme programı böylesi bir programın maliyetinden iki ya da üç kat daha fazla tasarruf

sağlayabilir ve bu bakım kalitesindeki gelişmelerle kısıtlanan sağlık hizmetleri maliyetin ekstra yararının dışında tutulmuştur [26]. Bir takip çalışmasının gösterdiği üzere yaş ya da uzmanlık dalı gibi hekimlik özellikleri eğitsel müdahaleye verilen tepkiyi etkilememiştir; pekiştirici mahiyette ikinci bir ziyarette reçeteleme tavsiyelerine uyma oranını büyük çapta artırmıştır [27]. Akademik görevlendirmeye ilişkin en önemli ilke ve teknikler daha sonraki bir incelemede tanımlanmaktadır [28]. Bunlar Tablo 1’de özet halinde sunulmuştur.

Reçeteleme işleminin büyük çoğunluğu topluluk içinde gerçekleştirildiği için, antibiyotiklerin yanlış kullanımının azaltılmasına yönelik hastane çalışanlarının eğitiminde ve psikoaktif ilaçların yanlış kullanımının azaltılmasında hasta bakım

evlerinde verilen eğitimde akademik görevlendirmenin başarıyla uygulanmış olmasına rağmen, eğitsel erişim programları daha çok genel sağlık hizmetleri konusunda olmaktadır.

Orijinal Amerikan çalışmalarından bu yana, akademik görevlendirme çok çeşitli sağlık hizmetleri sistemleriyle birçok ülkede başlatıldı; her ne kadar bir takım ülkelerde işleme tabi tutulması esnasında temel ilkelerden bazıları kayboldu ise de bazı ülkelerde kurumsallaştırıldı ve sağlık hizmetlerinin bir parçası haline getirildi.

İlk Birleşik Krallık çalışması pratisyenlere steroid olmayan antiinflamatuar ilaç seçenekleri konusunda tavsiyede bulunmak üzere ziyarette bulunan akademik görevli tayin etmiştir [21]. Avorn çalışmasında olduğu gibi, “görevli” özel iletişim

Tablo 1

Akademik Görevlendirmede Önemli İlkeler

- Mevcut reçeteleme örneklerine dair temel bilgi ve nedenleri incelemek üzere görüşmelerde bulunmak
- Fikir liderlerinin yanı sıra belirli bir takım gruptan doktorlara dair programlarda odaklanmak
- Açık eğitsel ve davranışsal ilkeler belirlemek
- Bağımsız saygın bir örgüt kimliğine sahip olarak, otoriter ve ön yargısız bilgi kaynaklarını referans göstererek güvenilirliği tesis etmek.
- Eğitsel etkileşimde doktorun aktif katılımını teşvik etmek
- Temel mesajı vurgular mahiyette grafiksel eğitim materyalleri kullanmak
- Takip ziyaretlerinde ileri uygulamalarının geliştirilmesini sağlamak

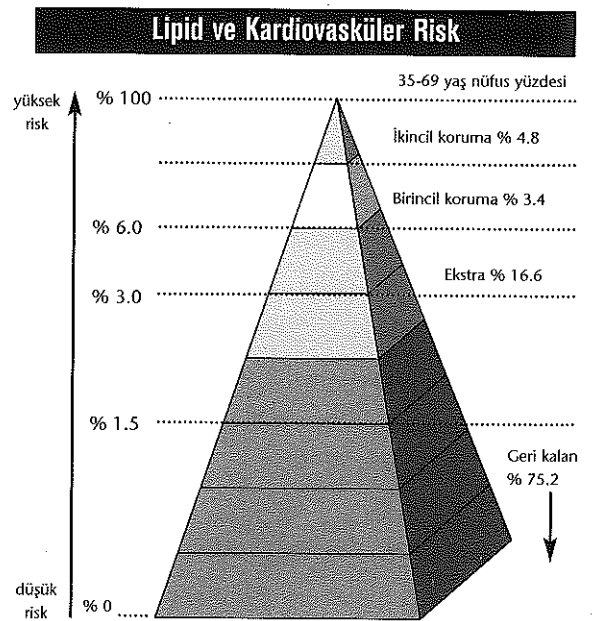
becerileri konusunda eğitim almış, mesajını desteklemek üzere özel olarak tasarlanmış destek materyalleri kullanan klinik bir eczacıydı: projeye bağımsız bir kimlik kazandırmak için PRIDE akronimleri ile tanımlanmaktaydı. Mesaj ve değerlendirme büyük oranda maliyet odaklıydı.

PRIDE çalışmasının tamamlanmasının hemen ardından, Birleşik Krallık sağlık hizmetleri reçeteleme danışmanlarından oluşan bir ağ geliştirdi; başlangıçta çoğunluk doktorlardan oluşmaktaydı, fakat iki sene içerisinde eczacılar bu topluluk içerisinde baskın grup haline geldiler. Ortalama 20 temel bakım genel uygulamasından oluşan her bir sağlık ekonomisi için tam gün çalışan en az bir danışman bulunmaktadır. Kaynak baskısı, akademik görevin ilkelerinin bu danışmanlar tarafından çiğnenmesini azaltmaktadır; örneğin, sadece birkaç danışman iletişim ve etkili konuşma becerileri konusunda eğitim almıştır; klinik güncellemeler Ulusal Reçeteleme Merkezi tarafından sağlanmaktadır, fakat, önemli mesajlar standartlaştırılmamıştır ve ziyareti sırasında danışmanı destekleyecek özel olarak tasarlanmış bir malzemesi yoktur. Yapmaları gereken ziyaret sayısı çok fazla ve aynı zamanda, diğer görevleri olan danışmanlar, nadiren yılda bir kezden daha fazla olmak üzere ya da daha az sıklıkta doktor ziyaretinde bulunur. Önceki çalışmaların da gösterdiği üzere değişikliğin oluşmasında ziyaretlerin etkisi büyüktür, bu nedenle danışmanların, uğraştıkları alanda pratisyenlerin en uygun maliyet etkin reçetelemeyi yapmasını sağlama görevlerini yerine getirmede daha fazla desteğe ihtiyaçları vardır.

Şimdiye kadar birkaç farklı model denenmiştir. Akademik görevlendirme hizmetleri içinde en

köklü olanı IMPACT projesidir (10). Bu model Avorn ve Soumerai tarafından ileri sürülen örneğe dayanmaktadır, fakat, bahsi geçen örnekle daha benzer konuma getirmek için bir takım değişiklikler yapılmıştır. Bütün uygulamaları kapsamak için tüm gün çalışan bir eczacı kullanılmaktan öte her biri yaklaşık yirmi çalışma yürüten dönemlik çalışan eczacı gruplarına yer verilmektedir. Bunun bazı dezavantajları mevcuttur: eczacı grupları pratisyenlerin reçeteleme sistemine ve hizmetlerini yürüttükleri hasta grubuna aşınadır ve bu nedenle, aile doktorlarının reçetelemeye karşı tutumları önem taşımaktadır. Yaptıkları ziyaret sayısı üzerinden kendilerine ödeme yapıldığı için, bunlar çoğunlukla görev üzerinde yoğunlaşır ve tüm gün çalışan danışmanlarda görülen "kaytarmalar" bunlarda daha az görülür. Hedef matrisleri ve öncelikli ziyaretler oluşturmak için veriler kullanılmakta ve danışmanların, hem klinik hem de etkili konuşma becerilerinin pekiştirilmesi için danışmanlık sistemi ve düzenli güncelleme programları sağlanmaktadır.

Şekil 1. Impact görev desteği örneği



35-69 yaş arası farklı kardiovasküler risk düzeyinde nüfus yüzdesi

Eczacılar, klinik mesajın desteklenmesini sağlayan etkileme becerileri konusunda yoğunlaşan role-playe dayalı üç günlük bir başlangıç eğitimi alırlar. Eğitimin ardından, ortalama her dört ayda bir yeni bir programın başlamasıyla iki günlük güncelleme kursları alırlar. Her bir program görüşmelerin yapısını sağlamlaştıracak ve klinik iletinin güçlendirilmesini sağlayan destek malzemeleri ile desteklenmektedir. Şekil 1'de tipik bir broşürden alınmış bir sayfa gösterilmektedir. Bütün materyallerin atıfta bulunulan önemli referansları mevcuttur.

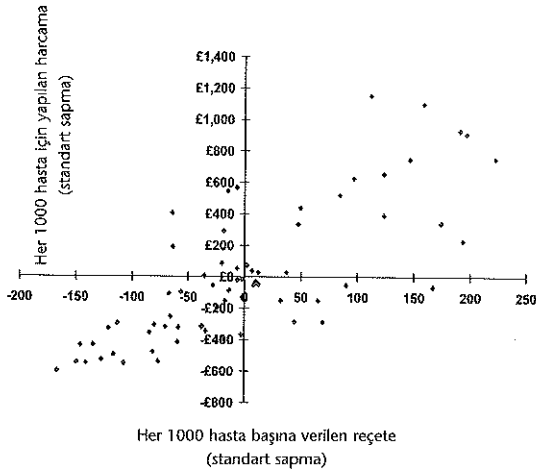
5. Uygulama Kaynaklı Denetleme ve Geribildirim

Hasta kayıtlarına erişimin sağlanması ve yeterli sayıda uygun denetçinin bulunması halinde, uygulama kaynaklı denetlemeler ve geribildirim kalıcı bir değişikliğe neden olabilir [29,31,32]. Denetleme ve geribildirim başarıları ve etkinliği değişebilmektedir ve denetçinin önerisini uygulama zamanı gelince girişimler yavaşlayabilmektedir [7]. Akademik görevlendirmede olduğu gibi ilk aşama temel reçeteleme alışkanlıklarının değiştirilmesi için potansiyel oluşturmak; yine, re-

çetelemede kaliteye dikkat edilmesi ve maliyet kesintilerinin sağlanması da ayrıca önemlidir. Önemli değişiklikler ve asli tasarruflar, uygulamalı reçeteleme sistemlerinin yeniden gözden geçirilmesi ve yenilenmesi yoluyla sağlanabilir- hesaplamalara göre ilaç maliyetinin %80'inin reçete tekrarından kaynaklanmaktadır. Doktorların reçete tekrarlanması ile ilişkili olan eczacılar konusunda bir takım kuşkuları vardı, fakat zamanla bu kavrama aşinalık kazanıp tasvip eder hale geldiler.

Medikasyon incelemeleri, yerel koşullara bağlı olarak kamu ya da klinik eczacılar ya da klinik farmakologların tarafından yürütülebilir, fakat ileri eğitim için her ikisi de gereklidir. Kamu eczacıları klinik bilgilerini güncellemeli ve vaka notlarını nasıl okunacağını öğrenmelidirler, diğer taraftan, klinik eczacılar ve farmakojistlerin birincil sağlık hizmetleri genel uygulamalarının yapısı ve işleme süreci konusunda bilgi sahibi olmaları gerekmektedir.

Değişiklik uygulanacak olan hastalar belirlendikten sonra, eczacı, reçete yazan doktor için bir eylem listesi hazırlar. Bu noktada, doktor, ilgili hastaları takip eder ve onları medikasyon incelemesine davet eden bir bildiri yazar; ya da eczacı doktor adına bu işlemi kolaylaştırabilir. Bazen, bu durumdaki bir eczacının, medikasyon değişikliği konusunda hastaya açıklamada bulunması için danışma klinikleri bulunmaktadır. Modellerden biri eczacıyı desteklemek için klinik farmakolog kullanılmaktaydı, fakat, yüksek maliyet ve bu görevi üstlenebilecek nitelikte farmakoloğun sınırlı sayıda olması nedeniyle bu sistemin benzeri İngiltere'de uygulanamadı. Hollanda'da, küçük pratisyen grupları yerel kamu eczacılarıyla kendi



Şekil 2

reçeteleme profillerini tartışmakta ve ilk seçenek tedavi alternatifleri konusunda mutabakata varmaktadır. Medikasyon değişikliğinin hastalara anlatılmasının ardından, çoğunluk, doktorlarının seçeneğine güvenerek değişiklikten duydukları rahatlığı dile getirmektedir. Bu nedenle değişiklikler uygulama odaklı eczacılar tarafından ortaya atılabilir, kolaylaştırılabilir ve bu konuda hem reçete yazan doktor hem de hasta huzurludur. Uygulama kaynaklı çalışma, kaynak yoğun bir araştırmadır ve bu nedenle, değişikliğe en elverişli olan uygulamalar hedeflenmektedir; eğitsel erişim ile birlikte kullanılması halinde olağanüstü bir sinerji ortaya çıkabilir.

6. Sonuç

Kısaca, devamlı tıbbi eğitimin geleneksel yöntemleri reçete yazanın davranışlarına herhangi bir etkide bulunamazken, güzel tasarlanmış metotlar, özellikle de reçetelemeyi olumlu yönde etkilemek üzere tasarlanan metotların etkinliği kanıtlanmıştır. Reçeteleme uygulamalarının zamanına uygun ve bulgu tabanlı olmasında bu tarz devamlı eğitim şeklinin büyük rolü vardır. Bütün bulguların değerlendirilmesi değişiklik uygulamasının ilk aşamasını teşkil etmektedir. Bunun ardından, uygulama odaklı eczacı yardımcılarının olması gerekmektedir; özel bir eğitimle bu kişiler de değişikliğin sağlanmasında etkili ajanlar olabilirler. Tıp ve eczacılık öğrencilerinin bir sonraki eğitimi önemli mahiyetteki değerlendirme becerileri derslerini içermektedir. En başarılı değişiklik stratejileri, amaçlarına ulaşabilmek için çok çeşitli yaklaşımlardan yararlanmaktadır.

Referanslar:

- [1] I. Allen, Family Planning, Sterilisation and Abortion Services, Policy Studies Institute, London, 1981.
- [2] Association of Medical Colleges, Roles for medical education in health care reform, Acad. Med. 69 (1994), 512-515.
- [3] J. Avorn, M. Chen and R. Hartley, Scientific vs commercial sources of influence on physician prescribing behaviour, Am. J. Med 73 (1982), 4-8.
- [4] J. Avorn and S.B. Soumerai, Improving drug therapy decisions through educational outreach, N. Engl. J. Med. 308 (1983), 1457-1463.
- [5] J. Avorn, S.B. Soumerai and W. Taylor, Reduction of incorrect antibiotic dosing through a structured educational order form, Arch. Intern. Med. 148 (1988), 1720-1724.
- [6] J. Avorn et al., A randomised trial of a program to reduce the use of psychoactive drugs in nursing homes, N. Engl. J. Med. 327 (1992), 168-173.
- [7] R. Baker et al., Assessing the work of medical audit advisory groups in promoting audit in general practice, Qual. Health Care 4 (1995), 234-239.
- [8] A. Blenkinsopp, W. Clark, I. Purves and M. Fisher, Getting Research into Practice in Medicines Management, R. Panton and S. Chapman, eds, BMJ Books, London, 1998, pp. 133-153.

- [9] S. Chapman, Know How Fund, Support to the Health Insurance Institute of Albania, Phase 3, Pub IHSD, London, 1998.
- [10] S. Chapman, Educational Outreach, in: Medicines Management, R. Panton and S. Chapman, eds, BMJ Books, London, 1998.
- [11] J. Coleman, E. Katz and H. Mensal, The diffusion of an innovation among physicians, *Sociometry* 20 (1957), 253-270.
- [12] J.S. Coleman, E. Katz and H. Menzel, *Mejira/ /unovariow.' A D<#M.now .SYna'y*, Bobbs-Merrill Co Inc, Indianapolis, Ind, 1966.
- [13] F. Davidoff, B. Haynes, D. Sackett and R. Smith, Evidence based medicine. A new journal to help doctors identify the information they need, *BMJ* 310 (1995), 1085-1086.
- [14] D.A. Davis, M.A. Thomson, A.D. Oxman and B. Haynes, Changing physician performance: A systematic review of the effect of continuing medical education strategies, *JAMA* 274 (1995), 700-705.
- [15] C. Edwards, D. Metcalfe, A. Burr, K. Watson, F.C.N. Steward, M.H. Jepsom and T.D. van Zwanenberg, Influence of patient age on drug costs: an investigation to validate the prescribing unit, *Int. J. Pharm. Pract.* 1 (1991), 73-78.
- [16] *Faster Access to Modern Treatment: How NICE appraisal will work*, Pub DoH, London, 1999.
- [17] P.M. Haaijer-Ruskamp and P. Denig, New approaches to influencing physician's drug choices: the practice based strategy, in: *Contested Ground*, P. Davis, ed., Oxford Univ. Press, 1996.
- [18] J. Horder, N. Bosanquet and B. Stocking, Ways of influencing the behaviour of general practitioners. *J. Royal. Col. Gen. Prac.* 36(1986), 517-521.
- [19] P. Hodgkin, E. Rosalind, I. Golton, J. Munro and G. Musson, *J. Clin. Effect* 1 (1961), 8-10.
- [20] K.K. Kaffle, Drug retailers' practices for diarrhoea, ARI, and pregnancy. Oral presentation at International Conference on Improving Use of Medicines, Chiang Mai, Thailand, April 1997.
- [21] F.A.O. Newton-Syms et al., *Br J. Clin. Pharmac.* 33 (1992), 69-73.
- [22] A.J. Pryce, H.F. Heatlie and S.R. Chapman, Buccaling under the pressure: influence of secondary care establishments on the prescribing of glyceryl trinitrate buccal tablets in primary care, *BMJ* 313 (1996), 1621-1624.
- [23] A. Robert, Cervical cytology in England and Wales 1956-1980, *Health Trends* 14 (1980), 41-43.
- [24] E.M. Rogers, *The Diffusion of Innovations*, 3rd edn, Free Press, New York, 1980.
- [25] B. Santoso, S. Suryawati and J.E. Prawitasari, Small group intervention vs formal seminar for improving appropriate drug use, *Soc. Sci. Med.* 42(8) (1996), 1163-1168.
- [26] S.B. Soumerai and J. Avorn, Economic and policy analysis of university based drug detailing, *Med. Care* 24 (1986), 313-331.

[27] S.B. Soumerai and J. Avorn, Predictors of physician prescribing change in an educational experiment to improve medication use, *AM. Care* 25 (1987), 210-221.

[28] S.B. Soumerai and J. Avorn, Principles of educational outreach (academic detailing) to improve clinical decision making, *JAMA* 263 (1990), 549-556.

[29] E. Taylor, G. Thomas and J.A. Cantrill, Changes in prescribing following a pharmacist-led audit of ulcer healing therapy in general practice, *Pharm. J.* 259 (1997), R6.

[30] K. Tunna, The ethics of prescribing, in: *Medicines Management*, R. Panton and S. Chapman, eds. BMJ Books, London, 1998, pp. 10-25.

[31] C.C.M. Veninga, P. Lagertov, R. Wahlstrom et al., Evaluating an educational intervention to improve the treatment of asthma in four European countries, *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 160 (1999), 1254-1262.

[32] C. de Vries, CoHaboration in health care; the tango to drug safety, Dissertation Univ. Groningen, 1998.