

SÜREKLİ TIP EĞİTİM (STE) / SÜREKLİ MESLEKİ GELİŞİM (SMG) TARİHÇE VE KAVRAMLAR

S.Sema ANAK**

Giriş

Tıp eğitimi, 3 basamakta ele alınabilir:

1. Mezuniyet öncesi tıp eğitimi (temel tıp eğitimi),
2. Mezuniyet sonrası tıp eğitimi (uzmanlık eğitimi),
3. Sürekli tıp eğitimi / sürekli mesleki gelişim.

Bu üç öge "Trioloji" olarak da adlandırılmaktadır. Tıp eğitimi, tıp fakültesine girişle başlayan ve emekliliğe kadar süren yaşam boyu bir eğitimidir. Amacı toplum sağlığını en yüksek düzeyde tutacak "iyi hekim" yetiştirmektir. İyi hekim kavramını, "belli standartlara sahip hekim" olarak da tanımlayabiliriz. Bazı kaynaklar, tıp eğitiminin amacını herkese gelişmiş sağlık olarak da belirlemektedirler (1).

STE / SMG, eğitimini tamamlamış ve tıp mesleğini uygulamasına izin verilmiş bir doktorun, hastaların bakımında, kendisini yenilemek, becerilerini ve profesyonel yeteneklerini geliştirmek ve güncelleştirmek için yaptığı tüm aktivitelerdir.

Niye STE / SMG?

Tıp sürekli değişim gösteren bir bilim dalıdır. Toplumun değişime gereksinimi vardır ve doktorlar sürekli bir değişim sürecindedirler. Tüm doktorların hastalara, ailelerine ve topluma en iyiyi verebilmeleri için mesleki yetilerini geliştirmeleri gereklidir ve bu onların profesyonel sorumluluğudur. Ayrıca, artık hastalar daha bilgilidir ve doktorların güncel kalabildiklerinden emin olmak istemektedirler. Artan bilgi, artan performans demektir. Aslında hastalar, doktorların STE / SMG'ye katılmalarından çok, uygulamasını en modern ve bilgili şekilde yapmalarıyla ilgilidirler. Ve yetenek ile uygulama aynı şeyler değildir; bunları birbirine bağlayan bilgi ve yeterli alet, mekandır. Ayrıca, doktorların deneyimleri arttıkça bilgiyi algılama ve özümleme şekilleri de değişmektedir (2).

STE'de Avrupa Tıp Uzmanları Birliği (ATUB) Tüzüğü'ne (1994) göre de, STE bir etik ve ahlaki zorunluluktur. STE meslek örgütü tarafından düzenlenir, yönetilir ve denetlenir. Gönüllü katılım esastır. STE'nin üstlenilmesi için teşvikler yapılmalıdır. Zaten STE'de yer almayan uzman, doktorluk ya da uzmanlık statüsünü kaybedemez. Kalite kontrolü, meslek örgütü tarafından yapılır (3).

ATUB Basel Deklarasyonu'na (2001) göre de, ATUB, STE / SMG'yi doktorların çalışma yaşamlarında gerekli olan bilgileri, becerileri ve tutumları uygulamalarını güncelleştirmenin, geliştirmenin ve yükseltmenin eğitimsel aracı olarak tanımlamaktadır. STE / SMG'nin amacı bir tıp pratisyeninin işindeki performansını her açıdan geliştirmektir (3).

STE / SMG Tarihçesi

Adalet, yarar ve zarar vermeme Hipokrat yemininin en önemli ilkeleridir. Bu özellikleri karşılayabilmeleri için hekimler etik olarak yaşam boyu öğrenmekle yükümlüdürler. Ancak tıbbi yeminlerin çoğunda STE'nin ve sürekli öğrenmenin önemine ve getireceği yararları dikkat çekilmemiştir (4).

Buna karşın, yüzyıllar boyu, hekimler bilgilerini güncel tutmak için çok çeşitli yöntemler kullanmışlardır. STE tarihçesinde 3 dönem tanımlanmıştır:

- a. Antik çağdan - 1945'e
- b. 1945'den - günümüze
- c. Bugün ve sonrası

a. Antik çağ - 1945

Dublin deklarasyonunda da bildirildiği gibi, STE'nin geçmişi Hipokrat'a kadar dayanmaktadır. Her zaman Hipokrat yemini hekimlerin yol göstericisi olmuştur. Tüm dünya okullarında hekimler bu ilkeyle görev yapmaya yönlendirilmekte ve bunu etik bir yapıda oluşturmaları hedeflenmektedir. Bu yeminle, hekimliği seçen kişiler farklı bir yaşam sürmeyi ve bunu sürdürürken de yaşam boyu öğrenmeyi kabullenmektedirler. Bu yükümlülükler beraberinde STE'yi getirmektedir (4-6). Hipokrat'a göre yeti sadece deneyim ile değil yaşam boyu eğitim ile de artırılır ve geliştirilir. Bulger ve Barbato'ya göre, Hipokrat yeminindeki etik 3 başlıkta toplanır: yükümlülük, özen ve beceri (7). Bugün bile bu ilkelerin karşılanabilmesi meslek örgütlerinin ana amaçlarıdır. Sorunlar, özellikle demografik değişimler, yeni teknolojiler, yeni sağlık sistemleri, hasta özerkliği ve güçlü, etkinlik ve geçerlilik ilkelerinin ortaya atılması ve hükümetlerin tıp eğitimindeki akreditasyon konusundaki baskıları gibi nedenlerle daha da karmaşıklaşmaktadır (4). Bazı çalışmalar, Hipokrat'ın da STE'yi göz ardı ederek deneyimi ön plana koyduğunu savunmaktadır (4,8). Tıbbi ye-

* İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul Tabip Odası - Uzmanlık Eğitimi Çalışma Grubu (İTO-UEÇG) Üyesi

minler üzerine yapılan bir çalışmada, 1. yüz yıldan günümüze 48 yemin incelenmiş ve yaşam boyu öğrenme yükümlülüğü ve bunun yararına değinmelerine bakılmıştır. 13 eski ve orta çağ, 35 modern yeminden sadece 20'sinde yaşam boyu öğrenmeye değinilmektedir; ancak, "Cenevre Deklarasyonu" dışında hiçbiri tıp kitaplarına yansımamıştır. Bunlardan 16'sı yararlılık ilkesine değinmekte, sadece 3'ü ise STE ile yararlılık arasında bağıntı kurmaktadır (4).

13 ve 14. yüzyılda kurulan ilk Avrupa üniversitelerinde de doktorların mezuniyet sonrası mesleki becerilerini sürdürmeleri ve yenilenmeleri için gerekli aktiviteler yazılı bilimsel belgelerde tartışılmıştır. Doktorların yetilerini geliştirmeleri konusundaki ilk kanun, 1803'de Napoleon tarafından yayımlanmıştır. 19. Yüzyılda İngiltere ve Rusya'da STE için ilk kurumlar oluşturulmuştur; EE Eichwald 1885'de St.Petersburg'da ilk olarak doktorlar için STE merkezini kurmuştur.

b. 1945 – Günümüz

1948'de Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), STE ile ilgili ilk uluslararası organizasyonu kurmuştur. Bundan sonra da, tüm uluslar, uluslararası yapıya uygun şekilde kendi organizasyonlarını kurmaya başlamışlardır. 1972'de AMEE (Association for Medical Education in Europe) kuruldu ve UNESCO, WHA (World Health Assembly), DSÖ gibi organizasyonlar Avrupa'da STE kurallarını belirlemeye başladılar. 1984'den beri WFME (World Federation for Medical Education) tıp eğitiminin yeniden yapılandırılması konusunda uluslararası bir çalışma başlattı ve 1988'de Edinburgh deklarasyonunu yayımladı (9).

c. Bugün

WHA, 1989'da, Edinburgh deklarasyonu benimsedi ve 1993'de Tıp Eğitimi Zirvesi önerileri, 1995'de de Herkese Sağlık için Tıp Eğitimi ve Tıp Uygulamalarının Yeniden Yönlendirilmesi raporlarını yayımladı (9).

Yazılı kaynaklar ve klasik konuşmalar uzun süredir ve bugün de en önemli eğitim yöntemidir. 1997'de, Allery ve arkadaşları, yaptıkları çalışmada, eğitimin kişilerin profesyonel uygulamalarını geliştirmelerinde önemli olduğunu, ancak en önemli faktör olmadığını vurgulamışlardır (10). WFME, 2001'de, Tıp Eğitiminde Uluslararası Standartları belirlemek için sürdürdüğü çalışmasına STE ve SMG'yi de dahil etti. Bu konuda kurulan çalışma grubu, 2002'de Oslo'da toplanarak SMG ilkelerini belirledi. Bu raporda özellikle vurgulanan SMG'nin tıp fakülteleri ile sınırlı kalamayacağı, doktorun kendisinden uluslararası SMG sağlayıcılara kadar global bir yapısı olması gerekliliği (9).

d. Günümüz / ATUB

ATUB'un çalışmaları aşağıdaki alt başlıklarda sıralanabilir: Tıp Uzmanlarının Eğitimi (1993), Mezuniyet Sonrası Tıp Eğitimi (STE) (1994), STE Uluslararası Akreditasyonu

(1999), Tıp Uzmanı Uygulamasındaki Kalite Teminatı (1996), Eğitim Merkezlerinin Ziyareti (1997), Sürekli Mesleki Gelişim Basel Deklarasyonu (2001), İyi Tıbbi Bakımı Teşvik Etme (2004), Lüksemburg Deklarasyonu (2006) (11,12).

STE Etkin mi?

Bu konularda yapılmış çalışma sayısı son derece azdır. Davis ve arkadaşlarının 1992 ve 1995'de yaptıkları doktorlarının STE sonrası performanslarını ve bunun hastaya etkilerini araştıran çalışmada özetlendiği gibi, yapılan araştırmalar, çok sınırlıdır ve 6000 yazının toplandığı Toronto Üniversitesi kaynaklarında sadece 99 çalışma bu konudur. Yaptıkları detaylı analize göre STE'de en sık kullanılan yöntem olan konferansların etkisi çok azdır; uygulamaya dayalı eğitimler veya doğrudan kuruma ziyaretler daha etkili olmuştur. Konuşmalar ve konferanslar etkili olabilir, ancak çoğunda konuşma içerikten daha çok akılda kalır. Resmi toplantılarda meslektaşların birbirleriyle yaptığı konuşmalar "koridor etkili" bir öğrenme yöntemi ve en az konferanslar kadar etkilidir. Sackett ve arkadaşları yaptıkları kanıta dayalı çalışmada, yine de tıp mesleğinin yapılan STE'lerle güncel kaldığını kanıtlamışlardır. Tartışılması gereken STE değil, kullanılacak yöntemdir (13-15).

Yapılan yeni bir meta-analizde, STE'nin, doktorların bilgi, performans ve hasta sonuçlarına etkisini araştırmışlardır. Ele alınan 31 çalışmadaki 61 uygulamada, aktif ve karışık yöntemler orta derecede etkili bulunurken, pasif yöntemler çok az etkilidir. Etkinlikle uygulama süresi, uygulama sayısı arasında pozitif bir etki bulunurken, etkinlikle birden fazla disiplinin ele alındığı programlar ve katılımcı sayısı arasında negatif bir etki saptanmıştır. Sonuçta, STE programlarının etkileşimli olduğu, çoklu yöntemlerin kullanıldığı, tek disiplinden küçük gruplara uygulandığı zaman etkili olduğu sonucuna varılmıştır (16).

Tablo 1'de sunum tipine göre, 24 saatte hatırlama oranları özetlenmiştir (3).

Tablo 1. Sunum tipine göre, 24 saatte hatırlama oranları

Sunum Tipi	Hatırlama (%)
Konferans	5
Okuma	10
Odiyovizüel sunu	20
Gösterme	30
Tartışma Grubu	50
Yaparak Öğrenme	75
Başkalarına Öğretme	80

STE nasıl daha etkin hale getirilebilir ?

İlk olarak STE'nin tek bir etkin yöntemi olmadığı bilinmelidir. Bir erişkin olarak doktorların bazıları kitap ve dergi-

lerden, bazıları çalıştaylar ve seminerlerden, bazıları da arkadaşlarıyla ve konunun uzmanlarıyla yaptıkları söyleşilerden öğrenir. (Kolb 1984, Schon 1983, 1987) (17-19). Erişkinlerin gereksinimlerine göre öğrenecekleri gerçeği göz önüne alınarak STE programları hazırlanmalıdır. Geleneksel yöntemlerin dışında değişik eğitim yöntemleri kullanılmalı, katılımcılara yöntem seçme hakkı tanınmalıdır. Motivasyon konusu unutulmamalıdır. Bu konu en iyi Maslow'un Hiyerarşi Piramidi ile açıklanabilir (Tablo 2) (20).

Tablo 2. Maslow'un Hiyerarşi Piramidi

ERİŞKİNİN TEMEL GEREKSİNİMLERİ :
• Temel fizyolojik gereksinimler
• Güvenlik gereksinimi
• Aidiyet ve sosyal gereksinimler
"ÖĞRENME GEREKSİNİMİ"
• Saygı ve statü gereksinimi
• Kendini gerçekleştirme ve doyum gereksinimi

Bilindiği gibi, erişkinler en iyi kendileri yönlendirdiklerinde, gereksinimini hemen karşılayacaksa, kendi katılımlarıyla, deneyimlerine dayanarak, yansıtılırsa, geribildirim yapılırsa, saygı gösterildiğinde, güven içindeyse ve çevre rahatsa öğrenirler. Pedagoji ve androgojinin de öğrenme konusunda önemli farklılıkları vardır. Pedagojide, birey sınıfta ve örgün bir eğitim alır. Androgojide ise, birey erişkindir ve eğitim örgün değildir. "Öğrencinin Rolü" ne baktığımızda pedagojide, birey talimatları izler, pasif alıcıdır, bilgiyi kabul eder ve öğrenmede sorumluluğu azdır. Buna karşın androgojide, "Öğrencinin Rolü" ne baktığımızda, deneyimlerine dayanarak fikirlerini sunar, bağıntı kurar, aktif katılır ve öğrenmeden sorumludur. Pedagojide, "öğrenme için motivasyon" dıştan gelir (toplum zoruyla), öğrenici hemen yararını görmez; androgojide ise, "öğrenme için motivasyon" içten gelir ve öğrenici hemen uygulayabilir. Pedagojide, "içerik seçimi", öğretmenin kontrolindedir, öğrencinin seçiminin önemi yok ya da azdır, "yöntem" ise bilgi ve durumları öğrenme şeklindedir, androgojide ise, "içerik seçimi" öğrenci tarafından işiyle ya da yaşamıyla ilgili yapılır ve problemler olarak ifade edilir; "yöntem" ise bilgi ve deneyimleri paylaşma, oluşturma şeklindedir. Erişkinin öğrenme döngüsü, deneyim, deneyimi yanıtsıtma, deneyimi genelleme ve uygulama şeklindedir (21). STE'nin etkinliğinin nasıl artırılabilceği konusunda ABD'de yapılan çalışmada, "Tıpta Uzmanlık Dalları Kurulu" bir rapor yayımlamışlardır. Bu raporda STE için kapsamlı değişimler önerilmektedir. Özellikle eğitim yöntemleri yanında doktorun performansı ve özellikle kendisini değerlendirmesi konularında kapsamlı değişiklikler önerilirken, akreditasyon, belgelendirme, kredilendirme, lisanslandırma ve kredi kaydı bildirim ve desteklenmesi konularında öncülük edilmektedir. Kurulun önerileri arasında, tıp eğitiminin sürekliliği, kişisel değerlendirme ve yaşam boyu

öğrenme, çekirdek müfredat ve etkinliği, kanıta-dayalı eğitim, performans ve sürekli gelişim, doktorların öğrenme ve tutumlarını değiştirme konularında ölçme-değerlendirme, kaynaklar ve destek konuları sıralanabilir (9).

Sürekli Tıp Eğitimi

Mesleki uygulama içinde olan her hekim için etik bir görev ve kişisel bir sorumluluktur. Halka verilen tıbbi bakım ve tedavinin standartlarının sürekli olarak ve mümkün olan en yüksek düzeye yükseltilmesi amaçlanır. Mesleki standartları mümkün olan en yüksek düzeyde sürdürmek için gerekli olan bilimsel bilgi ve teknik becerilerin sürekli olarak yenilenmesi, geliştirilmesi ve güncellenmesi gereklidir (4).

Sürekli Tıp Eğitiminden Beklentiler

STE'de, konunun uzmanları tarafından farklı yapılarda sunulan bilgi ve becerilerin öğrenilmesi ve kişinin kendi uygulamalarıyla bütünleştirilmesi gereklidir. Hekimin performansının ve son aşamada klinik bakımın iyileştirilmesi ana amaçtır. Ancak, hekimler genellikle tıbbi bakım performansını arttıracak yöntemlerle yönlendirilmez ve bunun sonuçlarının klinik değerlendirmelere yansımaya da karıştırılmaz. Bunun da ana nedeni bu işi kompanse edecek kişinin olmaması, performansın geliştirilmesinin yararsızlığı ve zaman kaybı olması gibi ön yargıların varlığıdır. Sonuçta, değerlendirilen, kişinin performansının geliştirilmesi değil, hatalarıdır ve bu, STE programlarına da yansır (22). Bu bakımdan yeni yöntemler ve SMG anlayışı gündeme gelmiştir.

STE mi, SMG mi?

SMG, STE'nin geleneksel yapısını genişletir, aşağıdaki faktörlere dayanan yeni bir çerçeve oluşturur: Kişisel dayanma ve profesyonel büyüme, iş gelişimi ve rol adaptasyonuna dayanan stratejiler, yapabilme yetisinin eğitimi ve multidisipliner ve multimesleksel çalışma ve öğrenme konusunda eğitim (3).

STE, artık hekimlerin hastalarını tedavide bilgilerini nasıl kullanacakları konusunda eskimiş fikirlerle dolmuştur. Onun için 21. yüzyıla uyarlanmalıdır. Bu konudaki en önemli açılım SMG'dir. Hekimler standart bilgilerin yanında takım çalışmasını, araştırmayı, iletişimi, bilgiye ulaşmayı ve etkin klinik kararı verebilmeyi öğrenmelidirler. Bunu da çalıştıkları iş ortamında ve diğer sağlık çalışanları ile işlevsel ilişkideyken ve tıbbi durumlarda destek olacak teknolojiyi kullanarak yapmalıdırlar (23).

Sürekli Mesleki Gelişim (SMG)

SMG'de eğiticinin gözlem ve yönlendirmesi yerine kişinin yaşam boyu kendisinin yönlendirdiği ve öğrenme organizasyonunun parçası olduğu bir öğrenme sürecidir. SMG'de bilgi, beceri ve tutuma yönelik gelişme için önce gerekli alanlar saptanmalı, öğrenme hasta bakımı esnasında yapılmalı, öğrenilenler tekrarlanmalı ve analiz edilmelidir.

Kişi kendi isteğiyle ve yönlendirmesiyle öğrenir, hatta değerlendirir (3, 9). Yaşamımız boyunca tıpta önemli gelişmeler olmuştur ve olmaya devam edecektir. Bunların uygulanabilmesi, doktorların yeni teknikleri, tedavileri ve klinik anlayışları öğrenerek hastalarına sağladıkları bakımın kalite ve güvenilirliğini artırabilmesi ile sağlanabilir. Oluşumundan beri tıp mesleği, eğitimin önemini fark etmiş ve bunu profesyonelliğin ve etik kuralların esası yapmıştır. Bu yeni yüzyılda, değişimler hızla artmakta, karmaşıklaşmakta ve önceden kestirilemeyen büyük bir bilgi birikimi oluşmaktadır. Ayrıca, sosyal beklentiler de artmaktadır; bu nedenle doktorlara tıp fakültesinden emekliliğe kadar konusunda destek verilmelidir. Bu şekilde desteklendiklerinde ve bu sorumluluk konusunda güvenildiklerinde, doktorlar, eğitimlerinin yararlı etkilerini daha iyi uygulayacaklar ve klinik performanslarını ilerletecekler ve geliştireceklerdir.

SMG, temel tıp eğitimini takiben her doktorun tüm profesyonel yaşamını kapsayan bir eğitim sürecidir. SMG, kişinin kendi isteğine dayanan ve iş esnasında öğrenmeye dayanan bir sistemdir. Kişisel mesleki gelişim yanında, doktorların mesleki bilgi, beceri ve tutumlarını da sürdürüp geliştirerek hastaların gereksinimlerine daha iyi cevap vermelerini, tıptaki gelişmelere uyum sağlamalarını, toplum ve resmi kuruluşların gerekliliklerine uyabilmelerini de sağlar. STE'nin yerini alan SMG çok daha geniş kapsamlıdır, kanunlar ve kurallardan çok kişisel yönelimle işler. SMG'nin ilk hedefi "eğitim"dir. Bu amaçla, en iyi hasta bakımının sağlanması için SMG hem kuramsal bilgiyi ve klinik yetiyi beslemeli, hem de iş organizasyonu (ekip çalışması, liderlik), iletişim, tıbbi etik, eğitim, araştırma ve yönetme konularında eğitimi sağlamalıdır. SMG, hem hastaların en iyi şekilde bakımı, hem işveren ve toplumun gereksinimlerinin karşılanması, hem de mesleki doyumu sağlanarak tükenmenin önlenmesi konularında gerekli motivasyonu sağlamalıdır. SMG'de etkinlik, kişinin gereksinimlerinin saptanması, öğrenmenin bu gereksinimleri karşılaması, sonucun izlenmesi ile sağlanır. Gereksinimlerin değerlendirilmesi en önemli noktadır ve klasik ölçme-değerlendirme yöntemlerinden günlük klinik uygulamaların değerlendirilmesine kadar geniş bir kapsama alanı vardır. Gereksinimler özel veya genel olsun, SMG genel ve özel gereksinimler arasında bir denge sağlamalıdır. Tıp uygulamaları rutin ve önceden öngörülen bir yapıda gözükse de, her doktor, her gün karmaşık ve öngörülmeyen durumlarda yorumlar yapmak zorundadır ve bu durumlarda kararsızlık ve ikilemler kaçınılmazdır. Doktorlar bu anlarda bilgi yanında beceri ve tutumu da uygulamalarına yansıtmalıdır. Yeni bilgi her zaman uygulamaya girmez, doktorlar genellikle uygulamalarını meslektaşlarıyla diyalogları sonrası geliştirir ve değiştirirler. Bu nedenle aralıklı ve hedefli eğitimden çok sürekli gelişim daha etkindir. SMG'in organizasyonu ülkeden ülkeye çok değişir. SMG

için mesleğin kendisi sorumluluk taşıyıcı; tıbbi kurumlar, dernekler ise bu süreci başlatır, sağlar ve destekler. Klasik SMG eğitici merkezlidir ve tıp fakülteleri yanında mezuniyet sonrası eğitim kuruluşları, sağlık otoritesi, farmasötik/mediko-teknik firmalar tarafından sağlanır. SMG'den günlük bazda yararlanma çalışma ortamıyla ilgilidir ve değişkendir. Bilgi-teknolojisi izolasyondan doğabilecek sorunların bir kısmını aşmada yararlıdır. SMG'in sonuçlarını ölçmek çok karmaşıktır. Tıp kurumları bazıları kanuni gereksinim olan kontrol yöntemleri geliştirmişler ve uygulamaktadırlar. Yeniden belgelendirme bunlardan biridir. Bunun yanında son zamanlarda günlük öğrenmeyi ölçen kişisel "portfolyo" ve karne kullanımı ve diğer meslektaşlarla karşılaştırma gibi kişi temelli yöntemler de kullanıma girmektedir (24).

SMG'de global standartlar her zaman yeterli olamamaktadır; bölgesel, ulusal ve kurumsal gereksinimlere ve önceliklere göre değiştirilmeli ve uygulanmalıdır. SMG'nin ana hatları belirlenmeli, standartlar içerik, uygulama, eğitim çevresi ve sonuçlara göre ayarlanmalıdır. Standartlar her zaman değişim ve gelişim ilkeli olmalı, standartlara uyum her toplumun, ülkenin, bölgenin hedefi olmalıdır. Uluslararası ilkeler bölgesel gereksinimlerle, farklılıklarla harmanlanmalı ve uyarlanmalıdır, dinamik olmalıdır. Standartlar, uluslararası tartışma ve ortaklaşmalarla geliştirilmeli ve her bölgede etkinlikleri denenmelidir. Standartlar, iyi tanımlanmış, anlamlı, uygun, gerekli, ölçülebilir ve başarılabılır olmalı, kullanıcılarca benimsenmelidir. Değerlendirme, genelde kabul gören standartlara dayandırılır, ancak geliştirilirse sürekli gelişime de katkıda bulunabilir. Global standartların paylaşımı doktorların uluslararası kabulünü de kolaylaştırır. Sonuçta, SMG'de, katılımcı, sağlayıcı ve izleyiciler standart kurallara uymalıdır (20).

Bireysel olarak hastaların bakımında ilerlemeler yanında, STE / SMG sağlık sistemlerinin kalitesini de artırmakta önemli bir rol oynar. Bunu doktorların gelişmiş sağlık sistemi konusundaki gereksinimler ve yöntemler konusundaki farkındalığını artırarak sağlar. Bu konuda Avrupa Birliği 2006'da "Sürekli Mesleki Gelişim, Sağlıkta Kaliteyi Geliştirme, Hasta Güvenliğinin Sağlanması" başlıklı Lüksemburg Deklarasyonunu yayımlamıştır. STE / SMG bu deklarasyonun ana amacıdır, ancak multidisipliner yapıyla sağlıkla ilgili tüm alanlarda kullanılabilir (11,25).

1) SMG, doktorların tıbbi becerilerini ve klinik performanslarını sürdürmek ve geliştirmek için kullandıkları tüm eğitimsel olanaklar olarak tanımlanır; STE'yi içerir ve onun daha ilerisine gider.

2) Doktorların etik ve mesleki en önemli sorumluluğu, hastalarına uyguladıkları tıbbi bakımın güvenilir ve geçerli tıbbi verilere dayandığından emin olmaktır. Bunun için,

her doktor tıbbi gereksinimine uygun bir SMG'ye aktif olarak katılmalıdır.

3) Sonuçta, doktorlarının SMG'ye katılımlarından en büyük yararı hastalar görür; çünkü tıbbi bakımlarının kalite ve güvenliği artacaktır. Ayrıca, hastalar tıbbi eğitim materyalinden daha çok yararlanarak, kendi sağlıklarını, hastalıklarını ve tedavilerini öğrenebileceklerdir. Bu bilgi, doktorların, hastalar için bilgi sağlamada ve iletişimdeki rolünü artırarak, daha da geliştirecektir.

4) Sağlık sisteminin yapısı (işveren tabanlı, doğrudan ödeme, sigorta kaynaklı) ne olursa olsun, kaynaklar ayarlanarak, doktorların SMG'ye katılması sağlanmalıdır. SMG'yi destekleyecek kaynaklar; eğitimsel aktiviteler, bilişim teknolojilerine ulaşımın sağlanması, doktorlara eğitime katılım zamanının sağlanması, "öğrenme kültürü" için destek, maddi kaynaklar ve bunu destekleyecek bir eğitim yapısı olarak sıralanabilir.

5) Doktorlar öğrenmeye çok alıştırlar; ancak, bireysel yollarla öğrenirler, bu göz önüne alınmalıdır. Doktorlar, tercih ettikleri ve kendi öğrenme gereksinimlerinin değerlendirilmesine dayanan öğrenme yöntemini kullanmak konusunda desteklenmelidir ve eğitim olanakları bunu sağlayacak şekilde çeşitlendirilmelidir. Ayrıca doktorlar da yeni öğrenme yöntemleri geliştirmek ve bu yeni teknolojilerden en iyi şekilde yararlanmak konusunda cesaretlendirmelidir.

6) Her çalışan doktor, tüm doktorlara gerekli iyi iletişim, takım çalışması, denetim (audit) ve araştırmalardan öğrenme gibi SMG konularını öğrenmelidir. Benzer şekilde, her doktor her dal ve yan dal için "özelleşmiş" ve o alan için gerekli olan SMG'nin konularına ulaşmalıdır.

7) Doktorun çalışma ortamına özel ilgi gösterilmeli ve "iş esnasında" öğrenme konusunda destekleyici olması sağlanmalıdır. Bu doktorları, klinik uygulamasına doğrudan uygulanabilecekleri konuları özümseme ve öğrenme konusunda cesaretlendirmelidir. Sağlık sisteminin önemli öğeleri olan doktorlar, hastalarının bakımına gerekli olacak multi-disipliner ekip öğrenmesi konusunda da desteklenmelidir.

8) Doktorlar aynı zamanda iş yerleri dışındaki, okuyarak öğrenme, e-öğrenme aktiviteleri küçük grup öğrenimi, klinik konferanslar gibi tıbbi eğitim olanaklarından da yararlanmalıdır.

9) Tıbbi bakım esnasındaki problemlerden öğrenme konusunda da doktorlar desteklenmelidir. Sonuç olarak öğrenme, klinik ziyaretler, hasta ve meslektaşlarının geri bildirimleri ve klinik / kritik olay bildirimleri ile birleştirilerek, bunların kalite ve güvenlik gelişimi kültürüne katkıda bulunması sağlanmalıdır.

10) Doktorlar, ne öğrendiklerini ve bunun klinik uygulamalarına nasıl uygulanabileceğini yansıtmalıdır. Her doktor, gözlemleri bir dialogla, SMG'lerinin sonuçlarını değerlendirmeli ve bir sonraki uygulamadan önce değerlendirilecek konuları belirlemelidir. Buna yardımcı olmak için, doktorlar, SMG aktivitelerinin bir kaydını tutmalı ve öğrendiklerini vurgulamalıdır. İyi eğitime desteğin yanında, böyle bir sistem (SMG hedeflerinin ve başarılarının değerlendirilmesine dayanan) kişisel ayarlamalara da yol açar.

11) Doktorların, yüksek standartlı SMG aktivitelerine katıldıklarından emin olabilmelerini sağlayabilmek için, SMG akreditasyonuna ve sağlayıcıların geçerliliğine dayanan bir kalite garantisi getiren bir sistem sağlanmalıdır. Bunlar genellikle ulusal sistemler olmakla beraber, uluslararası toplantılarda, "European Accreditation Council for CME" (EACCME) akreditasyonu sağlanmalıdır.

12) Resmi SMG aktivitelerinin uygun düzenleme kuralları olmalıdır. Tüm resmi SMG aktivitelerini düzenleyenler de, sıklıkla ulusal düzeyde olan, SMG eğitiminin ön yargılı olmasını önleyen bu kurallara uymalıdır. Organizatörler ve eğiticiler, herhangi bir kazanç sağlayıcı durum olmadığını ve eğitimin desteğinin kaynağını net olarak açıklamalıdır.

Sonuç

Kişisel ve profesyonel kaynakların en iyi şekilde kullanımı için bilinmesi gereken en önemli gerçek, profesyonel yetide gelişme sağlamanın çok çeşitli faktörlere bağlı olduğudur. Bunlardan biri STE / SMG olabilir; ancak bir STE / SMG etkinliğini planlarken, erişkin eğitiminin kurallarını hatırlamalıyız ve planlamamızı standart konferans, seminer ve çalıştaylarla kısıtlamamalıyız.

Kaynaklar

1. Sayek İ, Tıpta Uzmanlık Eğitiminde Akreditasyon. 12. Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurultayı, İzmir, 2006.
2. Kjaer NK, Tulinius C. Learning in general Practice. Masterthesis MHPE, Maastricht University, 2002.
3. Grant J, Schummer C, Pardell H et al. Promoting Quality in CPD. CPME org [homepage on the Internet]. Brüksel : The Standing Committee of European Doctors (CPME); 2007. Available from: www.cpme.eu
4. Rancich AM, Pérez ML, Morales C et al. Beneficence, Justice, and Lifelong Learning Expressed in Medical Oaths. The Journal of Continuing Education in the Health Professions 2005; 25: 211-220.
5. Melnick DE. Physician performance and assessment and the effect on continuing medical education and professional development. J Contin Educ Health Prof 2004; 24(Suppl 1): S38-S49.
6. Bennett NL, Davis DA, Easterling WE Jr, et al. Con-

- tinuing medical education: a new vision of the professional development of physicians. *Acad Med* 2000; 75:1167–1172.
7. Bulger RJ, Barbato AL. On the Hippocratic sources of Western medical practice. *Hastings Cent Rep* 2000; 30(Suppl 4):S4–S7.
 8. Orr RD, Pang N, Pellegrino ED, Siegler M. Use of the Hippocratic oath: a review of twentieth century practice and a content analysis of oaths administered in medical schools in the U.S. and Canada in 1993. *J Clin Ethics* 1997; 8:377–388.
 9. Spivey BE. Continuing Medical Education In The United States: Why It Needs Reform And How We Propose To Accomplish It. *J Contin Educ Health Prof* 2005; 25:134-143.
 10. Allery LA, Owen PA, Robling MR. Why general practitioners and consultants change their clinical practice: a critical incident study. *BMJ* 1997; 314: 870.
 11. CPD Improving Healthcare Luxembourg, 14 December 2006, Continuing Professional Development Improving Healthcare Quality, Ensuring Patient Safety Consensus Statement. CPME org [homepage on the Internet]. Brüksel : The Standing Committee of European Doctors (CPME); 2007. Available from: www.cpme.eu
 12. UEMS Policy On Continuing Professional Development Basel Declaration, 20 October 2001. CPME org [homepage on the Internet]. Brüksel : The Standing Committee of European Doctors (CPME); 2007. Available from: www.cpme.eu
 13. Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB. Evidence for the effectiveness of CME: a review of 50 randomized controlled trials. *Journal of the American Medical Association* 1992;268:1111-7.
 14. Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB. Changing physician performance. A systematic review of the effect of continuing medical education strategies. *JAMA* 1995;274(9):700-5.
 15. Sackett DL, Rosenberg WBC. On the need for evidence-based medicine. *Journal of Public Health* 1995; 17(3):330-4.
 16. Mansouri M, Lockyer J. A Meta-Analysis of Continuing Medical Education Effectiveness. *J Contin Educ Health Prof* 2007; 27:6.
 17. Kolb, D.A. *Experiential learning: experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, 1984.
 18. Schon D. *The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action*. New York, NY: Basic Books; 1983.
 19. Schon D. *Educating the Reflective Practitioner*. San Francisco, Calif: Jossey-Bass; 1987.
 20. Abraham Maslow. Wikipedia, the free encyclopedia. Available from: http://en.wikipedia.org/wiki/Abraham_Maslow
 21. Collins J. *Education Techniques for Lifelong Learning, Principles of Adult Learning*. RadioGraphics 2004; 24:1483-1489.
 22. Staker LV. Issues Involving Practice-Based Learning and Improvement Teaching Performance Improvement: An Opportunity for Continuing Medical Education. *The Journal of continuing Education in the Health Professions* 2003; 23(Suppl 1): S34-S52.
 23. Smith MD, Schmitz TK. Epitaph for the Lone Ranger, MD: adapting continuing medical education to the twenty-first century. *J Contin Educ Health Prof* 2004; 24(Suppl 1): S9-S12.
 24. Karle H, Adams O, Bajaj J et al. Continuing Professional Development (CPD) of Medical Doctors WFME Global Standards for Quality Improvement Report. 2003. Available from: <http://www2.sund.ku.dk/wfme/Activities/WFME%20Standard%20Documents%20and%20translations/WFME%20CPD.pdf>
 25. Holm HA. Continuing Professional Development: Building and nurturing a culture of improvement, European Conference "CPD ImprovingHealthCare", Luxembourg 14 December 2006. CPME org [homepage on the Internet]. Brüksel : The Standing Committee of European Doctors (CPME); 2007. Available from: www.cpme.eu