

The training of family medicine specialists and training in general practice

Aile hekimliği uzmanlarının eğitimi ve birinci basamak aile hekimliği uygulamasında eğitim

Niels Kristian Kjaer¹

Summary

This article contains thoughts and reflections about training in general practice and the use of learning goals. It is based on experiences from Scandinavia and findings in literature. It describes the complexity of a medical competence, it suggests a structure for training in family medicine and it gives advice about how to write and how to use learning goals in vocational training.

Key words: Learning, vocational education, general practice/ family practice.

Özet

Bu makale aile hekimliğinde eğitim ve öğrenme hedeflerinin kullanımı üzerine görüş ve yansımalar içermektedir. İskandinavya'daki deneyimlere ve literatürdeki bulgulara dayanmaktadır. Makale tıbbi yeterlikteki karmaşıklıkları tanımlamaktadır, aile hekimliği eğitimi için bir yapı önermekte ve uzmanlık eğitiminde öğrenme hedeflerinin nasıl yazılacağı ve nasıl kullanılacağı hakkında tavsiyede bulunmaktadır.

Anahtar sözcükler: Öğrenme, uzmanlık eğitimi, aile hekimliği.

Family Medicine As Part of Basic Postgraduate Training

The transition from university to clinical practice can be a challenge.^[1] Many countries therefore have basic postgraduate programmes for newly educated doctors as preparation before they enter specialist training. The Foundation Programme in the United Kingdom (UK) is an example of such an introductory programme.^[2] In the UK and several Scandinavian countries, family medicine is part of this basic postgraduate medical training programme. A Danish study has compared basic postgraduate training in internal medicine departments, in surgical departments and in general practice.^[3,4]

The study showed that general practice provided better supervision and better learning support than hospital departments.^[3,4] It also showed that the inclusion of family medicine in basic training was beneficial for all young doctors, especially for doctors aiming at hospital careers.^[4]

Progressive countries that aim for a comprehensive healthcare system should consider introducing general

practice as a mandatory part of basic postgraduate training programme for all their new graduates, no matter what specialism they are aiming for.^[4]

Family Medicine Programmes Throughout Europe

The specialist training programmes for family medicine vary throughout Europe, probably due to differences in traditions and in tasks. The majority of countries have three year programmes, some have fewer and a growing number have more.

There has been a tendency to shift from training primarily in hospitals towards more and more training based in general practice surgeries, most evident in Norway. This development, however, makes it important to develop and to ensure the quality of training in general practice. Without proper learning facilities and skilled General Practitioner (GP) trainers, we cannot expect benefits from expanding the training into general practice.^[5]

¹⁾ Research Unit of General Practice, Institute of Public Health, University of Southern Denmark, Odense, Denmark

The optimal length of a family medicine program and the most beneficial distribution between training in hospitals and general practice are not known. The intensiveness of the training and the quality of supervision affects the amount of training needed.

Several European countries have successful three year programmes, from which competent family medicine specialists seem to graduate. It is my personal impression, though, that a significant number of the newly educated family physicians from the three year programmes, feel neither proficient nor confident. These GPs often request some kind of support or specific continuous professional development activities during their first years of practice. In my view, since proficient and confident doctors are presumed to be a good investment for the society, this indicates that an extension of the programmes could be beneficial.

Why Are Proficiency and Confidence Needed?

In a country like Denmark, 90% of primary patient encounters are solved completely in general practice. If Danish GPs started to refer just 1% more patients to the hospitals, it would raise the patient flow through the Danish hospitals by 10%. Even a slight impact on the competence level in general practice, therefore, would have a significant impact on the hospital sector. If a country were to decide to use the same amount of time and energy on educating their specialists in family medicine as it does on educating its other specialists, it would probably make one of the strongest and most cost effective investments possible in its health care system.^[6]

I would therefore suggest a family medicine programme lasting 4 or 5 years, depending on national ambitions and expectations of the role of family medicine within the national health care organization.

High quality demands more than length of programme. Experiences from the Nordic countries and UK show it is also necessary to have an organization which defines the framework for the family medicine training, ensures the quality of the training, sets the professional standards, develops 'train the trainer' programmes and so forth. It is clear that this organization requires a profound and comprehensive insight into the professional context of family medicine.

This could be a national family medicine college such as the Royal College of General Practitioners in the UK^[7] or the Danish College of Family Medicine in Denmark. An alternative approach could be to allow university departments in family medicine to be responsible for set-

ting the standards for training. If this road is followed, these university departments would have to run their own family medicine clinics in order to keep in touch with real patients and the core content of family medicine as a clinical speciality. Family medicine should not, however, choose a model very different from the other specialities if the intended aim is confident and proficient family physicians. I would recommend that the authorities consider how hospital specialities are run in their country, and how the quality and professional standards are ensured, and then select similar procedures for family medicine.

The Use of Learning Goals in Family Medicine Training

Almost all family medicine training programmes have a curriculum with a set of learning goals. The documentation for the benefits of learning goals in clinical education is sparse. We do not know whether the missing evidence is due the quality of the goals used, due to the conditions for clinical training or simply because it is difficult to show proper educational effect in general.

We know that learning goals can be formulated both too broadly/generally, or focused too narrowly.^[8] If a broad goal such as "handle patients with acute medical problems" is used, it remains up to the individual trainer to define the specific outcome, based on his own experience and understanding. If the trainer is a hospital consultant, this understanding might be different from that of a GP trainer. Even between family physicians at university clinics and local working GPs, there can be difference in the conceptualizing of a goal. Very different training outcomes might be achieved when using very broadly formulated goals, despite the trainees are using the same learning goals in principle,^[8] unless the learning frames are defined very precisely.

If narrow goals are used, several hundreds, maybe thousands, of goals would have to be formulated in order to cover all the issues a family physician might handle. This could easily lead to a loss of not only the overview but also the complexity of family medicine. Training would become a tick box exercise instead of the development of medical expertise.

Another challenge for authors of curriculums is the educational dilemma of opportunistic vs. goal-oriented education.^[8] Opportunistic learning is learning from the 'coincidental', from the patients of the day, while goal-oriented education focuses on obtaining the pre-defined learning outcomes. If the training is "too" goal-oriented, there is a risk of losing good learning opportunities, because the trainee has to focus on the next goal on the list

instead of on the patient in front of him. In training without any goal however, there is a risk of missing important parts of the necessary learning, missing incentives for specific feedback and missing a framework for assessment. Clinical training relies on opportunistic learning and learning from all patient encounters. The “patient centered approach” should always be defended in family medicine. In general practice it is the patient’s perception of the problem, which is the starting point for the consultation. Learning goals in family medicine should support this perspective and not harm or disturb it by setting its own agenda. It is therefore important to achieve the right balance between goal-oriented and opportunistic learning. It is also necessary to understand that it is not possible to define all the necessary competences because of the unpredictable nature of a GP’s working life.

These conditions provide a real challenge for curriculum authors, since good learning goals are nevertheless necessary. We need them as necessary arguments, in order to define and argue for proper learning frameworks. Trainers need them in order to provide efficient feedback and trainees need them as “a pair of glasses”, to make it possible to see the family medicine perspective in the sea of incalculable learning opportunities.^[9] Furthermore, a set of authentic learning goals would show the world what a GP is capable of, which is often more than hospital doctors and society expect.

How to Write a Good Learning Goal

When you write a learning goal, the verb used, is of crucial importance because there is a taxonomy in learning objectives. If you phrase the objective as: “need to know” you ask for knowledge. If you use “can apply an intra uterine device.....” you ask for skills. If, however, you use “be able to handle patients with stomach complaints” you ask for performance. In the request for performance, knowledge, skills and attitudes will be embedded. Further, a request for knowledge cannot ensure that that knowledge will be properly applied in a clinical situation. Curriculum authors therefore always have to consider carefully their choice of verb in writing learning goals.

There has been a tendency to move away from nosological (diagnosis-oriented) and procedure-oriented goals towards speciality-oriented and outcome-based goals. This seems rational because neither a diagnosis-oriented nor a procedure-oriented curriculum takes full account of the complexity of general practice.

Furthermore, a very important part of the general practitioner’s competence is the ability to detect and define the problems of unselected patients. The GP must, so to speak, be able to navigate in the pre-diagnostic phase. The diagnosis-oriented curriculum, with goals such as “be able to treat patients with pneumonia”, does not therefore fully acknowledge the GP’s competence. If you instead formulate the goal as: “be able to diagnose, treat or (if needed) refer patients with a cough”, then the goal indicates that the GP has to be able make diagnostic distinctions between asthma, cold, congestive heart disease, gastro-intestinal reflux, cancer, psychological conditions, tuberculosis, pneumonia and other possible causes of the cough. He or she has to show that the diagnostic activities are relevant and cost efficient for the specific patient he or she encounters.

I am reluctant to recommend a specialty-oriented curriculum using goals such as “be able to treat patients with urological complaints or gynecological complaints”, since these hospital-oriented specialties define the competencies on selected patients, and the clinical experiences from hospitals cannot uncritically be transferred to the unselected patients in general practices. Furthermore, many entrance symptoms to general practice cannot be classified according to a hospital specialism. In which specialism would you, for example, place the patient who says: “I am so tired doctor”?

Outcome based learning goals describe the capacities or competences, which are needed when the trainee has entered the role of a family medicine specialist.

The learning goals are often arranged in frameworks, which describe different “areas of competence”. EURACT* has made one type of framework,^[10] another example is the CanMEDS** roles.^[11] The CanMEDS framework defines a number of doctors’ roles, such as medical expert, health advocate, communicator, academic, collaborator etc.

The specific learning goals are allocated within one of these “roles”. In the daily training, frameworks are often criticized by the GP trainer. They find these frameworks artificial compared with real life. However, the use of frameworks can easily be defended. In the case of a problematic trainee, the framework and the learning goal can give a specific understanding of the nature of the problem. It can provide a language, which can be used in the feedback. GP trainers’ “gut reactions” are probably a relatively reliable way of making judgements, but they provide lit-

*EURACT: European Academy of Teachers in General Practice/Family Medicine

**CanMEDS: Physician Competency Framework of Canada

tle aid to a trainee who needs constructive and specific feedback in order to improve.

Besides supporting the detection of learner problems, outcome- or competency-based education has additional advantages. In the attempt to define and describe the competencies of a GP, it becomes apparent which learning opportunities and feedback you need to train, obtain and develop the defined competences.

Looking at the competencies of an experienced GP and turning these competencies into the learning goals for future family physicians is, in theory, the perfect solution. In reality it is a great challenge and it is far from uncomplicated. First of all, it requires that we can define all the competencies a GP possesses, which is very difficult. It is also very complicated, if not impossible, to assess these broadly defined competences in a valid and reliable way. Problems quickly arise in attempting to define the competencies. It requires a mutual understanding of the concept “competence”.

What is a Medical Competence

As previously stated, it is a challenge to define the right outcome or competences in an operational sense.

In the literature, a competence is often defined as a combination of knowledge, skills and attitudes. This understanding is inspired by Aristoteles^[12] but does not, in my opinion, provide an operational understanding suitable for educational planning.

I prefer another definition, which considers competence as a combination of evidence-based knowledge, experience-based knowledge, a motivation and ability to assess and improve oneself, and an ability to perform the relevant skills in a given context.

In other words, a competence is more than to know and to know how to, it is also to know when, to know why, to know how it works and to know without conscious knowledge.

To know “when”, is the ability to initiate your knowledge and skills in the relevant situations, and to be able to transfer knowledge obtained in one context and use it in another context (transferable ability).

It is important not to regard “evidence” and “experience” as conflicting factors.

Best practice will always be:

Evidence based medicine; Performed by experienced minds; In a clinical setting which allows academic reflections, commitment to continuous development and is relevant for the patients.^[14]

To know “why” is the moral and meta-cognitive capacity required to ensure performance as a scholar. It is also the ability to place oneself, and the organization’s qualifications, into perspective.

To know “how it works” is the ability to monitor one’s own performance, which is a prerequisite for continuous development and deliberate practice.

To know “without conscious knowledge” implies that an important part of experience skills is based on tacit knowledge^[13] and if tacit knowledge is eliminated from competence there will be a reduction in the quality in health care.^[14]

In order to educate the best qualified future specialist doctors in family medicine, consideration must be given to strengthening and including:

1. The way in which evidence-based knowledge is updated,
2. The development of personal experience-based knowledge,
3. The support of deliberate practice,
4. The importance of context.

The Importance for Learning in Context

It has long been known that context is relevant for learning,^[15] and there is a growing literature describing contextual learning.^[16] In family medicine, Kramer et al. have shown that family medicine is best learned within general practice.^[17] We have similar findings from Danish training evaluations.^[18] In medicine there seems to be a hierarchy of medical specialisms, some doctors seeming to believe that a cardiologist is superior to a family physician, and some believe it is more challenging to work at a university than in a village family medicine clinic. I have a very deep respect for university professors but it is also very important that both the professor in cardiology and the family physician are competent if we want a high quality health care system.^[19] They require competencies in different areas for different professional tasks, and therefore they require training in different settings.

You can’t learn to play folk music on a violin exclusively by sweeping the floor in a famous concert hall, nor by playing the triangle in a symphony orchestra. You also need to train together with skilled folk music violinists. Learning goals only make sense if they are trained for in a realistic setting with relevant learning opportunities.^[8]

It seems quite straightforward, but the hierarchy-based understanding seems to distract logical considerations. This understanding suggests that there is a direct correlation between professional esteem and best learn-

ing outcome, unfortunately ignoring the type of the specifically needed skills.

In my opinion a proper family medicine programme should contain both training in general practice and/or family medicine at university clinics and at hospital departments. The common health problems are easily learned in family medicine clinics but there are also some less common though significant conditions relevant for all future family physicians. These conditions are best seen at specialised departments. The clinical pre-graduate training during university training is variable in intensity and clinical decision-making is best learned after graduation.^[8] Therefore postgraduate clinical exposure to patients with relevant and significant illnesses or complications is beneficial. Furthermore, it is an advantage if hospital doctors and family physicians have a substantial understanding of each others' working conditions. This would provide better collaboration between the sectors of health care and strengthen the information given to patients.^[4] Mutual understanding is also expected to optimize the quality in referrals.^[20]

As previously stated, the most beneficial distribution between training in hospitals and general practice is not known. The distribution of the training should be decided after a thorough analysis of the required competencies, the optimal learning frame, and the quality of training and of the accessibility to skilled trainers. If university clinics for family medicine are involved, it is important to consider how close this setting is to an ordinary family medicine clinic and to the type of patients and problems there.

In my experience, 1/2 to 2/3 of the time in general practice and 1/2 to 1/3 of the time at hospital departments is the best balance. It would be very difficult to argue for a training programme which had more training at hospitals than in general practice.

Focused Learning

We have to accept that the evidence for the benefits of introducing new learning goals is sparse.^[8] It seems to be the learning frames and learning opportunities which determine the learning outcomes and not the goals.^[8,21] If the value of clinical training is to be strengthened, we have to do more than write a new curriculum. It is evident that training, in combination with feedback, stimulates the development of medical expertise. A way forward could be to strengthen "focused learning". In "focused learning" the goals should primarily be used to define the most relevant context and proper learning frames in order to ensure exposure to learning opportunities. The goals should however also be used:

The ideal training for future family physicians:

- Is based primarily in general practice with supplementary placements in relevant hospital departments.
- Is carried out in close contact with the GP trainers, who are trained in giving feedback. Includes sufficient time for supervision, discussion and feedback.
- Defines learning opportunities from an authentic curriculum which respects the complex nature of a medical competence.
- Includes a feasible assessment strategy which supports the trainee's development of awareness of their own level of competence and which detects trainees with potential problems and provides these with fair and valid testing.

- To ensure the proper teaching qualities of the trainers, in order to provide proper feedback
- To ensure time and space for supervision and feedback in the daily training
- As a guide for the trainers' feedback and as a framework for educational discussions

Feedback is of major importance for the development of medical expertise and the more specific and constructive it is the better. Some trainers miss having a language and framework to support proper feedback^[22] and this could be provided within a proper curriculum. Focused learning would benefit from a clinically authentic curriculum whilst curriculum authors should be careful not to write a traditional "university like" curriculum. Instead they should try to describe the core areas of family medicine, in order to define frameworks for focused learning and feedback in a relevant context.

Meeting the Trainee

Proper training should also focus on how to meet the trainee in the most feasible way, when he or she enters the training programme.^[23] When trainees start their postgraduate specialist training they already have a significant amount of evidence-based textbook knowledge and a strong ambition to improve. The training should focus on how to maintain both this knowledge and their motivation. But the training should also focus on how to build up their personal experience-based knowledge and skills, and how to make their knowledge and skills operational in the context of general practice. The training should recognise that trainees need close support when they enter the programme, but at the same time ensure that the trainees become independent learners during the programme. The trainees have to be capable of working on their own as FP/GPs when they leave the programme. Therefore every programme should have inbuilt the development of the learner's responsibility.^[24]

Assessment

In all learning some kind of assessment is needed. However, the issue is complex and mis-used assessment may harm learning. The role of assessment in clinical training is not part of this article, but it requires significant consideration in connection with curriculum design.

References

1. Prince KJ, Boshuizen HP, van der Vleuten CP, Scherpbier AJ. Students' opinions about their preparation for clinical practice. *Med Educ* 2005;39:704-12.
2. Hays R. Foundation programme for newly qualified doctors. *BMJ* 2005;331:465-6.
3. Kjaer NK, Qvesel D, Kodal T. An evaluation of the 18- and 12-month basic postgraduate training programmes in Denmark. *Dan Med Bull* 2010;57:A4167.
4. Kjaer NK, Kodal T, Qvesel D. The role of general practice in postgraduate basic training. *Med Teach* 2010;32:e448-52.
5. Guldal D, Windac A, Allen J, Maagaard R, Kjaer NK. Educational expectations of GP trainers. A EURACT needs analysis. *Eur J Gen Pract* 2012. doi:10.3109/13814788.2012.712958
6. Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012. *Gac Sanit* 2012;26(Suppl 1):20-6.
7. Royal College of General Practitioners. Available from: www.rcgp.org.uk.
8. Kjaer N, Kodal T, Qvesel D. Introducing competency-based postgraduate medical training: gains and losses. *International Journal of Medical Education* 2011;2:110-5.
9. Kjaer NK, Maagaard R, Wied S. Using an online portfolio in postgraduate training. *Med Teach* 2006;28:708-12.
10. EURACT. Available from: <http://woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%20EURACTshort%20version.pdf>.
11. Ringsted C, Hansen TL, Davis D, Scherpbier A. Are some of the challenging aspects of the CanMEDS roles valid outside Canada? *Med Educ* 2006;40:807-15.
12. Aristoteles. Nicomachean Ethics. 350 BC; Book VI, 15-30.
13. Ponlany M. The tacit dimension. London: Routledge & Kegan Paul; 1967.
14. Kjaer NK. Between science and practice. Science in practice--a theoretical perspective on learning. [Article in Danish] *Ugeskr Laeger* 2003;165:3397-400.
15. Godden D, Baddely, AD. Context depending memory in two natural environments: on land and underwater. *Br J Psychol* 1975;66:325-31.
16. Mikkelsen J, Holm HA. Contextual learning to improve health care and patient safety. *Educ Health (Abingdon)* 2007;20:124.
17. Kramer AW, Dusman H, Tan LH, Jansen KJ, Grol RP, van der Vleuten CP. Effect of extension of postgraduate training in general practice on the acquisition of knowledge of trainees. *Fam Pract* 2003;20:207-12.
18. Evaluer.dk. www.evaluer.dk adresinden 01.07.2012 tarihinde erişilmiştir.
19. Starfield B. Challenges to primary care from co- and multi-morbidity. *Prim Health Care Res Dev* 2011;12:1-2.
20. Kjaer NK, Maagaard R. General practice education--why and in which direction? [Article in Danish] *Ugeskr Laeger* 2008;170:3506.
21. Trowler P, Cooper A. Teaching and learning regimes: implicit theories and recurrent practices in the enhancement of teaching and learning through educational development programmes. *Higher Education Research and Development* 2002;21:221-40.
22. Kjaer N, Tulinius, C. Learning in General Practice in Denmark Maastricht University 2003. www.telemedicin.dk/nk/ref adresinden 01.07.2012 tarihinde erişilmiştir.
23. Kierkegaard S. On my work as author. Chapter one, A, paragraf two, 1859.
24. Vermunt J, Verloop, N. Congruence and friction between learning and teaching. *Learning and Instruction* 1999;9:257-80.

Aile hekimliği uzmanlarının eğitimi ve birinci basamak aile hekimliği uygulamasında eğitim

The training of family medicine specialists and training in general practice

Niels Kristian Kjaer¹

Mezuniyet Sonrası Temel Eğitimin Bir Parçası Olarak Aile Hekimliği

Üniversiteden klinik pratiğe geçiş zorlayıcı olabilir.^[1] Bu nedenle birçok ülkenin yeni mezunları için uzmanlık eğitimine başlamadan önce mezuniyet sonrası temel eğitim programları vardır. Birleşik Krallık'taki temel eğitim programı böyle bir giriş programına örnektir.^[2] Birleşik Krallık ve birçok İskandinav ülkesinde aile hekimliği, mezuniyet sonrası temel tıp eğitimi programının bir parçasıdır. Danimarka'da yapılan bir çalışma iç hastalıkları ve cerrahi bölümleriyle birinci basamakta aile hekimliği uygulamasında verilen mezuniyet sonrası temel eğitimi karşılaştırmıştır.^[3,4]

Mezuniyet Sonrası Temel Eğitimin Bir Parçası Olarak Aile Hekimliği

Üniversiteden klinik pratiğe geçiş zorlayıcı olabilir.^[1] Bu nedenle birçok ülkenin yeni mezunları için uzmanlık eğitimine başlamadan önce mezuniyet sonrası temel eğitim programları vardır. Birleşik Krallık'taki temel eğitim programı böyle bir giriş programına örnektir.^[2] Birleşik Krallık ve birçok İskandinav ülkesinde aile hekimliği, mezuniyet sonrası temel tıp eğitimi programının bir parçasıdır. Danimarka'da yapılan bir çalışma iç hastalıkları ve cerrahi bölümleriyle birinci basamakta aile hekimliği uygulamasında verilen mezuniyet sonrası temel eğitimi karşılaştırmıştır.^[3,4]

Bu çalışma hastanelere kıyasla birinci basamakta gözetim ve öğrenme desteğinin daha iyi olduğunu göstermiştir.^[3,4] Çalışma aynı zamanda temel eğitimde aile hekimliğinin yer almasının, başta hastanelerde kariyer yapmak isteyenler üzere tüm genç doktorlar için yararlı olduğunu da göstermiştir.^[4]

Kapsamlı bir sağlık sistemini hedefleyen gelişen ülkeler, hangi uzmanlık dalını hedeflerse hedeflesinler, tüm mezunları için aile hekimliğini mezuniyet sonrası temel eğitim programı içine almayı düşünmelidirler.^[4]

Avrupa'da Aile Hekimliği Programları

Olasılıkla geleneklerdeki ve görev tanımlarındaki farklılıklar nedeniyle, Avrupa genelinde aile hekimliği uzmanlık eğitimi programları çeşitlilik gösterir. Ülkelerin çoğunda üç yıllık programlar vardır; bazılarında süre daha azdır ve giderek artan sayıda ülkede ise daha uzun süreli programlar bulunmaktadır.

Norveç'te en belirgin olmak üzere, esasen hastanelerde verilen eğitimin gittikçe daha çok aile hekimliği birimlerinde verilen eğitime doğru bir eğilim görülmektedir. Ancak bu gelişme, aile hekimliğinde eğitimin kalitesinin geliştirilmesini önemli kılmaktadır. Uygun öğrenme olanakları ve eğitici becerileri edinmiş aile hekimliği eğiticileri olmadan, eğitimin aile hekimliğine yayılmasının yararlı olmasını bekleyemeyiz.^[5]

Aile hekimliği eğitim süresinin optimum uzunluğu ve eğitimin hastaneler ile aile hekimliği arasında en yararlı dağılım oranı bilinmemektedir. Eğitimin yoğunluğu ve eğitsel gözetimin kalitesi gereksinim duyulan eğitim süresini etkilemektedir.

Birçok Avrupa ülkesinde yeterlik kazanmış aile hekimliği uzmanlarının yetiştiği üç yıllık başarılı programlar vardır. Buna karşın, benim kişisel görüşüm, üç yıllık programlardan yeni mezun önemli sayıda aile hekimliği uzmanı kendilerini yeterli ve emin hissetmemektedir. Bu aile hekimleri sıklıkla mesleğin ilk yıllarında bir çeşit destek ya da sürekli mesleki gelişim etkinlikleri istemektedir. Benim görüşüme göre, yetkin ve kendinden emin doktorlar toplum için iyi bir yatırım olduğundan, eğitim programlarının uzaması yararlı olabilir.

Yetkinlik ve Kendine Güven Neden Gereklidir?

Danimarka'da, belli bir sağlık sorunuyla ilk defa başvuran hastaların sorunları %90 oranında aile hekimliğinde

¹⁾ Aile Hekimliği Araştırma Birimi, Halk Sağlığı Enstitüsü, Güney Danimarka Üniversitesi, Odense, Danimarka

çözülmemektedir. Danimarkalı aile hekimleri hastane sevklerini sadece %1 oranında artırsa, Danimarka hastanelerine hasta akışı %10 oranında artardı. Dolayısıyla aile hekimliğindeki yeterlik düzeyine etki edecek küçük bir müdahale bile hastane sektörü üzerinde anlamlı bir etki yapacaktır. Eğer bir ülke diğer uzmanların yetişmesi için harcadığı zaman ve enerjiyi aile hekimliği uzmanlarına harcamaya karar verse, olasılıkla sağlık sistemine yapabileceği en güçlü ve maliyet etkili yatırımı yapmış olurdu.^[6]

Bu nedenle, ulusal sağlık hizmeti örgütlenmesi içerisinde aile hekimliğinin rolüne ilişkin beklentilere ve isteklere bağlı olarak 4 yada 5 yıl süren bir aile hekimliği programı tavsiye ederim.

Yüksek kalite için programın uzunluğundan daha fazlasına gereksinim vardır. Kuzey ülkeleri ve Birleşik Krallık deneyimleri, aile hekimliği uzmanlık eğitimi için bir çerçeve çizen, eğitimin kalitesini güvenceye alan, mesleki standartları oluşturan, eğiticinin eğitimi programları geliştiren bir yapılanmanın gerekliliğini ortaya koymaktadır. Bu yapılanmanın aile hekimliğinin mesleki bağlamına ilişkin derin ve kapsamlı bir içgörüyü sahip olmayı gerektirdiği açıktır.

Birleşik Krallık'taki RCGP (Aile Hekimleri Kraliyet Koleji).^[7] veya Danimarka'daki DCFM (Danimarka Aile Hekimliği Koleji) gibi ulusal aile hekimliği birlikleri, bu tip yapılanmalara örnek olarak verilebilir. Eğitim standartlarını belirleme sorumluluğunun üniversite aile hekimliği bölümlerine verilmesi alternatif bir yaklaşım olabilir. Eğer bu yol seçilecek olursa üniversite bölümleri, klinik bir uzmanlık olarak aile hekimliğinin çekirdek içeriğiyle ve gerçek hastalarla temas kurmak için kendi aile hekimliği kliniklerini işletmek durumunda kalacaklardır. Bununla birlikte aile hekimliği kendine güvenen ve yetkin aile hekimleri yetiştirmeyi amaçlıyorsa seçtiği modelin diğer uzmanlıklardan fazla farklı olmaması gereklidir. Yetkili makamların ülkelerindeki hastane uzmanlıklarında bu işlerin nasıl yapıldığını, kalite ve mesleki standartların nasıl sağlandığını dikkate almalarını ve aile hekimliği için de benzer uygulamaları seçmelerini öneririm.

Aile Hekimliği Eğitiminde Öğrenme Hedeflerinin Kullanımı

Hemen hemen tüm aile hekimliği eğitim programlarında bir dizi öğrenme hedefini içeren müfredatlar bulunmaktadır. Klinik eğitimde öğrenme hedeflerinin yararları hakkındaki literatür sınırlıdır. Kanıt eksikliğinin nedeninin kullanılan hedeflerin kalitesinden, klinik eğitim koşullarından veya basitçe uygun eğitsel etkilerin gösterilmesinin genel zorluğundan kaynaklanıp kaynaklanmadığını bilmiyoruz.

Öğrenme hedeflerinin çok geniş/genel ya da çok dar ve odaklı hazırlanabileceğini biliyoruz.^[8] 'Akut tıbbi sorunları olan hastaları yönetebilmek' gibi genel bir hedef kullanıldığında, özgül çıktının tanımlanması eğiticinin kendi deneyimi ve anlayışına kalmaktadır. Eğitici bir hastane konsültanı ise, bu anlayış aile hekimliği eğiticisininkinden farklı olabilir. Üniversite kliniğinde veya bölgede çalışan aile hekimleri arasında bile hedeflerin kavramsallaştırılması açısından fark olabilir. Çok geniş oluşturulan hedefler kullanıldığında, eğitim alanlar ilkesel olarak aynı öğrenme hedeflerini kullansalar bile, öğrenme çerçeveleri çok kesin olarak tanımlanmadıkça çok farklı eğitim çıktılarına ulaşılabilir.^[8]

Eğer dar hedefler kullanılır ise bir aile hekiminin ele alabileceği bütün konuları kapsayacak şekilde yüzlerce hatta binlerce öğrenme hedefi oluşturulması gerekecektir. Bu da kolaylıkla aile hekimliğinin yalnızca genel bakışının değil karmaşıklığının da kaybolmasına yol açabilir. Eğitim tıbbi meslek deneyimi yerine bir kontrol listesi egzersizine dönüşebilir.

Müfredatları oluşturan uzmanlar için diğer bir zorluk da fırsatçı eğitim ile hedef yönelimli eğitim arasındaki eğitsel ikilemdir.^[8] Fırsatçı öğrenme günlük hastalardan raslantıyla gerçekleşen öğrenmedir; buna karşılık hedef yönelimli öğrenme önceden belirlenmiş öğrenme çıktılarını elde etmeye odaklanmaktadır. Eğer eğitim çok fazla hedef yönelimli ise, iyi öğrenme fırsatlarının kaçırılması riski vardır; çünkü öğrenen (uzmanlık öğrencisi) karşısındaki hastaya değil listedeki bir sonraki hedefe odaklanacaktır. Herhangi bir hedefi olmayan eğitimde ise, gerekli öğrenmenin önemli kısımlarını ve özgül geribildirim teşviklerini kaçırma ve değerlendirme için çerçeve eksikliği riski vardır. Klinik eğitim fırsatçı öğrenme ve tüm hasta karşılaşmalarından öğrenme temelinde gerçekleşir. Aile hekimliğinde her zaman "hasta merkezli yaklaşım" savunulmalıdır. Aile hekimliğinde hasta görüşmesinin başlangıç noktası hastanın kendi problemini nasıl algıladığıdır. Öğrenme hedefleri bu bakış açısını desteklemeli ve aile hekimleri kendi gündemlerini dayatarak engelleyici olmamalıdır. Bu nedenle hedef yönelimli ve fırsatçı öğrenme arasındaki dengenin sağlanması önemlidir. Aile hekiminin çalışma yaşamının öngörülemez doğasından ötürü gerekli tüm yeterliklerin tanımlanamayacağına anlaşılması da gereklidir.

Yine de iyi öğrenme hedefleri her zaman gerekli olduğundan, bu durumlar müfredat hazırlayanlar için önemli bir meydan okuma oluşturur. Uygun öğrenme çerçeveleri tanımlamak ve tartışmak için gerekli savlar olarak bu hedeflere gereksinmemiz vardır. Eğiticiler etkili geribildirim vermek, uzmanlık öğrencileri de etkin öğrenme fırsatları

denizinde aile hekimliği bakış açısından bakabilmek için, bu hedeflere ‘bir gözlük’ kadar gereksinim duyarlar.^[9] Bunun da ötesinde bir dizi özgün öğrenme hedefi, bir aile hekiminin genellikle hastane doktorlarınınkinden ve toplumun beklentisinden daha fazla olan yapabileceklerini tüm dünyaya gösterecektir.

İyi Bir Öğrenme Hedefi Nasıl Yazılır

Bir öğrenme hedefi yazarken, öğrenme hedeflerinin bir sınıflandırması olduğundan dolayı fiil seçimi çok önemlidir. Eğer bir hedefi “...’yı bilmesi gerekir” olarak ifade ederseniz bilgiyi sorgularsınız. Eğer “...RIA (rahim içi araç) uygular” dersiniz beceriyi sorgularsınız. Ancak eğer “mide yakınmaları olan hastaları yönetebilmelidir” dersiniz performansı sorgularsınız. Performans sorgusunun içine bilgi, beceri ve tutumlar girer. Bilgi sorgulaması bilginin klinik duruma uygun olarak kullanımını içermez. Bu nedenle müfredat hazırlayanlar öğrenme hedeflerini yazarken fiilleri dikkatle seçmelidirler.

Tanı ve girişim yönelimli hedeflerden uzmanlık yönelimli ve çıktıya dayalı hedeflere yönelme eğilimi vardır. Ne tanı ne de girişim yönelimli bir müfredat aile hekimliğinin karmaşıklığını tam olarak yansıtmadığı için bu akılcı görünmektedir. Dahası aile hekiminin yeterliğinin önemli bir bölümünü, seçilmemiş hastaların sorunlarını saptayabilme ve tanımlayabilme oluşturur. Doğrusunu söylemek gerekirse aile hekimi tanı öncesi evreyi de araştırabilmelidir. Bu nedenle “pnömonili hastaları tedavi edebilmelidir” gibi bir hedefi olan tanı yönelimli eğitim programı, aile hekiminin yeterliğini tam olarak açıklamaz. Bunun yerine hedefi “öksürüğü olan hastaları tanıyabilir, tedavi ve (gerektiğinde) sevk edebilir” şeklinde yapılandırırsanız, o zaman bu hedef aile hekiminin astım, soğuk algınlığı, kalp yetmezliği, gastrointestinal reflü, kanser, psikolojik durumlar, tüberküloz, pnömoni ve öksürüğün diğer olası nedenleri arasında ayırıcı tanı yapabileceğini gösterir. Aile hekmi, istediği tanısal etkinliklerin karşılaştığı özgül hasta için uygun ve maliyet etkili olduğunu gösterebilmelidir.

“Ürolojik veya jinekolojik yakınmaları olan hastaları tedavi edebilir” gibi hedefleri kullanan uzmanlık yönelimli bir müfredat önerilmesine karşıyım; çünkü bu hastane yönelimli uzmanlıklar seçilmiş hastalar üzerindeki yeterlikleri tanımlarlar ve hastanelerde edinilen klinik deneyimler aile hekimliği uygulamalarındaki seçilmemiş hastalara eleştiri süzgecinden geçirilmeden aktarılamaz. Dahası, ai-

le hekimliğine ilk başvurudaki yakınmalar hastane uzmanlığına göre sınıflandırılmaz. Örneğin “doktor o kadar yorgunum ki” diyen bir hastayı hangi uzmanlık dalı için uygun bulursunuz?

Çıktıya dayalı öğrenme hedefleri, uzmanlık öğrencisi aile hekimliği uzmanı olarak göreve başladığında gerekli olacak kapasite ve yeterlikleri tanımlamaktadır.

Öğrenme hedefleri sıklıkla farklı “yeterlik alanları” tanımlayacak şekilde çerçevelendirilmiştir. EURACT* bununla ilgili bir çerçeve geliştirmiştir,^[10] diğer bir örnek ise CanMEDS’in** tarif ettiği rollerdir.^[11] CanMEDS çerçevesi tıbbi uzman, sağlık savunmanı, iletişimci, akademisyen, işbirlikçi vb. birtakım doktor rollerini tanımlamaktadır.

Özgül öğrenme hedefleri bu "rollerden" biri için ayrılır. Günlük eğitimde bu tip çerçeveler genellikle aile hekimliği eğitici tarafından eleştirilmektedir. Onlar bu çerçeveleri gerçek yaşam ile karşılaştırdıklarında yapay bulmaktadırlar. Ancak çerçevelerin kullanımı kolaylıkla savunulabilir. Sorunlu bir uzmanlık öğrencisinin varlığında, çerçeve ve öğrenme hedefi sorunun doğasının açıklanmasında yararlı olabilir. Geribildirimde kullanılacak bir dil oluşturulmasını sağlar. Aile hekimliği eğitimcilerinin “sezgisel reaksiyonları” göreceli güvenilir bir karar verme yöntemi olarak kabul edilebilir, fakat bunlar gelişimi için yapıcı ve özgül geribildirim gereksinim duyan uzmanlık öğrencisine çok az yardım sağlar.

Öğrenci sorunlarının saptanmasını desteklemenin yanı sıra, çıktı veya yeterliğe dayalı eğitimin ek üstünlükleri de vardır. Bir aile hekiminin yeterliklerini tanımlama ve açıklamaya giriştiğinizde, bu yeterlikleri geliştirmek için hangi öğrenme fırsatlarına ve geribildirime gereksinim duyulacağı da netleşecektir.

Deneyimli aile hekimlerinin yeterliklerine bakmak ve bunları geleceğin aile hekimlerinin öğrenme hedeflerinin içine katmak kuramsal olarak mükemmel bir çözümdür. Gerçekte bu büyük bir meydan okumadır ve oldukça karmaşıktır. Herşeyden önce aile hekiminin yeterliklerinin tamamını tanımlayabilmeyi gerektirir ki bu oldukça zordur. Ayrıca bu geniş bir şekilde tanımlanmış yeterliklerin geçerli ve güvenilir bir şekilde değerlendirilmesi olanaksız değilse bile oldukça karmaşıktır. Yeterlikleri tanımlama girişimleri esnasında hemen sorunlar ortaya çıkar. Öncelikle “yeterlik” kavramına ilişkin karşılıklı bir anlayış gereklidir.

*EURACT: Aile Hekimliği Eğitimcileri Avrupa Akademisi (*European Academy of Teachers in General Practice/Family Medicine*)

**CanMEDS: Doktorlar için Yetkinlik Çerçevesi, Kanada (*Physician Competency Framework of Canada*)

Tıbbi Yeterlik Nedir?

Daha önce belirtildiği gibi, doğru çıktı ve yeterlikleri kullanılabilir anlamda tanımlamak hiç de kolay değildir.

Literatürde yeterlik genellikle bilgi, beceri ve tutumların birleşimi olarak tanımlanmaktadır. Aristo'dan esinlenen bu anlayış^[12] bana göre eğitim planlaması için uygun bir işleyiş sağlamaz.

Benim tercihim yeterliği, kanıta ve deneyime dayalı bilgiyle kendini geliştirme ve değerlendirme motivasyonu ve yeteneğinin ve belli bir bağlamda ilgili becerileri gerçekleştirme kabiliyetinin birleşimi olarak tanımlamaktır.

Diğer bir deyişle yeterlik bilgili olmaktan ve nasıl olduğunu bilmekten daha fazlasıdır; o aynı zamanda ne zaman ve nasıl olacağını, nasıl yapıldığını bilmek, hatta bilinçli bilgi olmadan bilmektir.

“Ne zaman” olduğunu bilmek, ilgili durumlarda bilgi ve becerilerinizi kullanmaya başlayabilme ve bir bağlamda elde edilen bilgiyi aktarabilme ve diğer bir bağlamda kullanabilme becerisidir (aktarma becerisi).

“Neden” olduğunu bilmek, öğrenci olarak performans kazanabilmek için gerekli ahlaki ve meta bilişsel kapasitedir. Aynı zamanda kişinin kendisini ve eğitim merkezinin özelliklerini belli bir perspektife oturabilme becerisidir.

“Nasıl yapıldığını” bilmek, sürekli gelişim ve titiz bir uygulama için gereken, kişinin kendi performansını izleme yeteneğidir.

“Bilinçli bilgi olmadan” bilmek, sözsüz aktarılan bilgiye dayalı deneyim becerilerinin önemli bir bölümünü ima eder^[13] ve eğer yeterlikten sözsüz aktarılan bilgi çıkarılırsa sağlık sisteminin kalitesinde bir düşme olacaktır.^[14]

Aile hekimliğinin gelecekteki en nitelikli uzman doktorlarını eğitmek için aşağıdakileri kapsama almaya ve güçlendirmeye önem verilmelidir:

- Kanıta dayalı bilginin hangi yolla güncellendiği
- Kişisel deneyime dayalı bilginin gelişimi
- Titiz bir uygulamanın desteklenmesi
- Bağlamın önemi

Kanıta ve “deneyimin” çatışan etkenler olarak görülmemesi önemlidir.

En iyi uygulama her zaman, kanıta dayalı olmalı; akademik yansımaları izin veren, sürekli gelişmeye açık ve hastalar için de uygun bir klinik ortamda deneyimli zihinler tarafından yapılmalıdır.^[14]

Bağlamında Öğrenmenin Önemi

Bağlamın öğrenmeyle ilişkisi uzun zamandan beri içinde bulunulan bilinmektedir^[15] ve bağlamsal öğrenmeyi tanımlayan literatür sayısı artmaktadır.^[16] Kramer ve ark. aile hekimliğinin en iyi olarak birinci basamak aile hekimliği uygulamasında öğrenildiğini göstermişlerdir.^[17] Danimarka'da yapılan eğitim değerlendirmelerinde benzer sonuçlarımız vardır.^[18] Tıpta bir uzmanlıklar hiyerarşisinin var olduğu görülmektedir; bazı doktorlar bir kardiyoğun aile hekiminden üstün olduğuna inanıyor gibidir ve bazıları da bir köy aile hekimliği kliniğinde çalışmaya göre üniversitede çalışmanın daha zor olduğuna inanmaktadır. Üniversite profesörlerine çok derin saygım vardır, ama eğer kalitesi yüksek bir sağlık sistemi istiyorsak hem kardiyojoloji profesörünün hem de aile hekiminin yetkin olması çok önemlidir.^[19] Her ikisi de farklı mesleki görevleri yerine getirmek için farklı alanlarda yetkinlik ve dolayısıyla farklı ortamlarda eğitim gerektirir.

Yalnızca ünlü bir konser salonunun yerlerini süpürerek veya bir senfoni orkestrasında zil çalarak, keman ile halk müziği çalmayı öğrenemezsiniz. Bununla beraber yetenekli halk müziği kemancılarıyla birlikte eğitim almanız gereklidir. Öğrenme hedefleri yalnızca ilintili öğrenme fırsatları yaratan gerçekçi bir ortamda öğretilirse anlam kazanır.^[8]

Bu çok açık gözükmeyle birlikte hiyerarşiye dayalı anlayış akılcı düşünmeden sapmalara yol açabilir gibi görünmektedir. Bu anlayış ne yazık ki özgül becerileri gözard ederek mesleki saygı ile en iyi öğrenme çıktıları arasında doğrudan ilişki olduğunu önermektedir.

Bana göre uygun bir aile hekimliği programı hem birinci basamak ve/veya üniversitelerdeki aile hekimliği kliniklerinde hem de hastanelerde eğitimi içermelidir. Sık görülen sağlık sorunları aile hekimliği kliniklerinde kolaylıkla öğrenilmektedir, fakat ayrıca geleceğin bütün aile hekimlerini ilgilendiren bazı az görülen ama önemli durumlar da vardır. Bu durumlar en iyi (hastane) uzmanlık bölümlerde görülebilir. Üniversitedeki klinik mezuniyet öncesi eğitimin yoğunluğu değişkendir ve klinik karar verme en iyi mezuniyet sonrasında öğrenilir.^[8] Bu nedenle ilintili rahatsızlıkları ya da komplikasyonu olan hastalarla mezuniyet sonrası temas yararlıdır. Dahası hastane doktorları ve aile hekimlerinin birbirlerinin çalışma koşullarını anlamaları da ek bir yarar sağlayacaktır. Böylece sağlık sektörleri arasında daha iyi işbirliği sağlanabilir ve hastalara verilen bilgilerin gücü artar.^[4] Sevkiyetlerdeki kalitenin artması için de karşılıklı anlayış beklenmektedir.^[20]

Daha önce de belirtildiği gibi, hastanelerde ve birinci basamak aile hekimliği uygulamasında yapılacak eğitimler arasındaki en yararlı dağılım bilinmemektedir. Gereken becerilerin, optimal eğitim çerçevesinin, eğitimin ve yetkin eğitimcilerle ulaşılabilirliğin kalitesinin ayrıntılı irdelen-

mesinden sonra eğitimin dağılımına karar verilmelidir. Üniversite aile hekimliği klinikleri eğitime katılacaksa, bu ortamın tipik aile hekimliği kliniklerine ve oralandaki hastalara ve sorunlara ne kadar yakın olduğu önemlidir.

Benim deneyimime göre, zamanın 1/2 ila 2/3'ü birinci basamak aile hekimliği uygulamasında ve 1/2 ila 1/3'ü hastane bölümlerinde geçirilirse en iyi zaman dengesi elde edilebilir. Hastanelerde geçirilen zamanı birinci basamaktan daha fazla olan bir eğitim programını savunmak çok zor olacaktır.

Odaklanmış Öğrenme

Yeni öğrenme hedeflerinin sunulmasının yararlarına ilişkin kanıtların az olduğunu kabul etmeliyiz.^[8] Görünen o ki öğrenme çerçeveleri ve öğrenme olanakları öğrenmenin hedeflerini değil çıktılarını belirlemektedir.^[8,21] Eğer klinik eğitimin değeri güçlendirilecekse, yeni bir eğitim programı yazmaktan daha fazla şey yapmalıyız. Geribildirim verildiği eğitimin tıbbi uzmanlığın gelişimini uyardığı açıktır. Bir sonraki adım “odaklanmış öğrenmenin” güçlendirilmesidir. “Odaklanmış öğrenmede” hedefler esasen, öğrenme fırsatlarına erişimi sağlayacak en ilintili bağlamın ve uygun öğrenme çerçevelerinin tanımlanması için kullanılmalıdır.

Bununla birlikte hedefler aşağıdakiler için de kullanılmalıdır:

- Uygun geribildirim verebilmek için eğiticilerin uygun eğitici niteliklerinin sağlanması,
- Günlük eğitimde gözetim ve geribildirim için zaman ve yer ayrılması,
- Eğiticilere geribildirim vermek için bir rehber ve eğitimsel tartışmalar için bir çerçeve olarak.

Geribildirim tıbbi uzmanlığın gelişmesi için temel öneme sahiptir ve ne kadar özgül ve yapıcı ise o kadar iyidir. Bazı eğiticiler uygun geribildirim destekleyici bir dil ve çerçeveden yoksundurlar^[22] ve bu eksiklik uygun bir müfredat ile giderilebilir. Klinik olarak özgün bir müfredatla odaklanmış öğrenme daha iyi sağlanabilir, bu nedenle müfredatı hazırlayanlar geleneksel “üniversite benzeri” müfredat yazmamaya dikkat etmelidirler. Bunun yerine, ilintili bir bağlamda odaklanmış öğrenme ve geribildirim çerçeveleri tanımlamak için aile hekimliğinin çekirdek alanlarını belirlemeye çalışmalıdırlar.

Geleceğin aile hekimleri için ideal eğitim:

- İlgili hastane bölümlerinde ek rotasyonları kapsar, ancak temel olarak aile hekimliği uygulamasında gerçekleşir.
- Geribildirim verme konusunda eğitim görmüş aile hekimliği eğiticileri tarafından yapılır ve gözetim, tartışma ve geribildirim için yeterli zaman ayrılır.
- Tıbbi yeterliğin karmaşık doğasına saygı gösteren özgün bir müfredatla öğrenme olanaklarını tanımlar.
- Uzmanlık öğrencisinin kendi yeterlik düzeyi konusunda farkındalığını geliştiren, potansiyel sorunları olanları belirleyen ve bunları adil ve geçerli bir sınamayla sağlayan uygulanabilir bir değerlendirme stratejisini içerir.

Uzmanlık Öğrencisi ile Tanışma

Uygun bir eğitim, eğitime başlarken uzmanlık öğrencisinin en iyi nasıl karşılanacağına da odaklanmalıdır.^[23] Mezuniyet sonrası uzmanlık eğitimlerine başlarken uzmanlık öğrencilerinin, hazır kanıta dayalı ders kitabı bilgileri ve gelişim için güçlü istekleri vardır. Eğitim hem bu bilginin hem de motivasyonun nasıl korunacağı ve sürdürüleceği üzerine odaklanmalıdır. Fakat eğitim aynı zamanda, kişisel deneyime dayalı bilgi ve becerilerin nasıl kazandırılacağı ile bu bilgi ve becerilerin aile hekimliği uygulaması bağlamında nasıl işlevsel kılınacağına da odaklanmalıdır. Eğitim programı eğitime başladıklarında uzmanlık öğrencilerinin yakın destek gereksinimlerini tanımalı, fakat aynı zamanda eğitimleri boyunca onların bağımsız öğrenenler olmasını da sağlamalıdır. Eğitimleri bittiğinde uzmanlık öğrencileri aile hekimliğinde kendi başlarına çalışabilecek kapasitede olmalıdır. Dolayısıyla her program öğrencide sorumluluk bilincini geliştirmelidir.^[24]

Değerlendirme

Her öğrenmede bir tür değerlendirme gereklidir. Ancak, bu konu karmaşık olup yanlış yapılan değerlendirme öğrenmeye zarar verebilir. Klinik eğitim sürecinde değerlendirmenin rolü bu yazının konusu değildir, ancak müfredat tasarlanırken ciddi anlamda üzerinde düşünülmesi gereken bir konudur.

Kaynaklar

Kaynak listesi 135. sayfada yer almaktadır.