

The patient-centered clinical method: a family medicine perspective

Hasta merkezli klinik yöntem: Aile hekimliği bakış açısı

Aile Hekimliği Araştırma Günleri, İzmir, Türkiye

Moira Stewart¹

Summary

This paper describes the patient-centered clinical method for family practice. It was presented as a speech at the Family Medicine Research Days, Izmir, November 2012. As well as describing, in depth, the four components of the patient-centered clinical method, I also cover the reasons why patient-centeredness is important to patients. I offer examples that explain how patient-centered care has a role in diagnosis and cure. Our own research studies provide guides to encourage others to conduct research on patient-centered care. I cite worldwide research which has found that patient-centered care has a positive influence on patient perceptions of their care and on their own health. Finally, I describe the effective ways that patient-centeredness can be taught and learned.

Key words: Family practice, patient-centered medicine, patient-physician relationship.

Özet

Kasım 2012'de İzmir'de düzenlenen Aile Hekimliği Araştırma Günleri'nde bir konuşma olarak sunulmuş olan bu makalede, aile hekimliğinde hasta merkezli klinik yöntem anlatılmaktadır. Yöntemin dört bileşeninin tanımlanmasının yanı sıra, hasta merkezliliğin hastalar için neden önemli olduğu da tartışılmıştır. Makalede ayrıca hasta merkezli bakımın tanı ve tedavideki rolü de vurgulanmıştır. Bu alandaki araştırmalarımız, hasta merkezli bakım ile ilgili yapılacak çalışmalar için hem bir rehber olacak hem de motivasyon sağlayacaktır. Dünyada bu konuda yapılmış ve yöntemin, hastaların kendilerine sunulan hizmet ile ilgili algıları ve kendi sağlıkları üzerindeki olumlu etkisini gösteren çalışmalara atıfta bulunulmuştur. Son olarak hasta merkezliliği öğrenmenin ve öğretmenin etkin yolları tanımlanmıştır.

Anahtar sözcükler: Aile hekimliği, hasta merkezli hekimlik, hasta-hekim ilişkisi.

This paper is based on a speech that was delivered at the Family Medicine Research Days, Izmir, November 2012. It is about a key concept in family practice worldwide, the patient-centered clinical method. This paper covers the conceptual framework and the research that has illuminated it. The context derives from two sources: a book called Patient-Centered Medicine – Transforming the Clinical Method;^[1] and a previous lecture.^[2]

This paper has six sections: the concepts of patient-centered clinical method; its importance to patients; the role of patient-centered clinical method in diagnosis and cure; studies of patient-centered care; international findings about patient-centered care; and the ways that patient-centered care be taught and learned.

The Patient-Centered Clinical Method

How can the clinician work in a more patient-centered manner? What does it mean to be patient centered?

Literature on patient-family physician relationships has been reviewed critically by Mead&Bower^[3] who compared and contrasted patient-centered ideas with the conventional biomedical model. They recommended the definition from our book as the most comprehensive in the literature.^[1]

A patient-centered clinical method presupposes two overarching principles or changes in the mindset of the family physician. First, the hierarchical notion of the physician being in charge and the patient being passive does not hold here. To be patient-centered the physician

¹Family Medicine, Schulich School of Medicine & Dentistry, Western University, London, Ontario, Canada

must be able to share power in the relationship. This balance of power is the moral imperative of patient-centered practice.

Second, the objective stance of the family physician in relation to patients, that distancing of physician from patient, is not acceptable in patient-centered practice. Rather, the physician must be emotionally supportive, sensitive to the patients' suffering at the level of the whole person. This requires the clinician to balance subjective and objective responses and to try to bring together the mind and the body.

We recognise the foundational importance of Dr. George Engel's biopsychosocial model.^[4] In the 1970's Engel, an internist and psychiatrist with a psychoanalytic orientation, offered a critique of the conventional biomedical clinical method, as being too narrow, excluding clinically important information. He proposed an alternative, a biopsychosocial model, broadening the view of medicine as integrating biologic, psychologic and social data into medicine. Engel provided a model, a theory, but was less clear about what the physician must do. His model is an abstraction; but a method needed with its practical application in order to implement the model in practice. The patient-centered clinical method is an answer to this challenge. It will make the biopsychosocial model practical, that is, capable of: being put into practice; being researched; and being taught.

The patient-centered clinical method has four interacting components.

1. Exploring Both the Disease and the Illness Experience (upper left corner of **Figure 1**)

The first component involves physicians understanding two conceptualizations of ill health with all of their patients: disease and illness. Disease is a theoretical construct, or abstraction, by which physicians attempt to explain patients' problems in terms of abnormalities of structure and/or function of body organs and systems and includes both physical and mental disorders. Illness refers to patients' personal experiences of ill health, the patients' story. The diagnostic label explains what each individual with a disease has in common with all others, but the illness of each person is unique.

Effective patient care requires attending as much to patients' personal experiences of illnesses as to their diseases. The identification of disease is established by using the conventional biomedical model, but understanding illnesses requires an additional approach. A patient-centered method focuses on four principal dimensions of patients' illness experiences: first, their feelings, especially fears about being ill; second, their ideas about what is wrong with them; third, the impact of their problems on functioning; and fourth, their expectations about what should be done. The key to this approach is attention to patients'

cues related to these dimensions; the goal is to follow patients' leads, to understand patients' experiences from their own points of view. This method improves patient satisfaction, adherence, and outcomes of both illness and disease and is applicable to the everyday work of physicians with "ordinary" patients.

Reaching a therapeutic understanding of patients' illness experiences requires skill in interviewing to enable the doctor to "enter into the patient's world," to respect the patient as an expert on his/her illness and to understand the illness from the patient's point of view. Often this component will be straightforward; at other times, however, the doctor must be alert for any cues to the patient's feelings, ideas, expectations, or effects on function. Patients may prompt a physician if he or she misses cues. Sometimes, it is only at the end of an interview that a crucial comment is made, sometimes when the patient is at the door ready to leave and has a hand on the doorknob. These "doorknob" remarks may indicate that the doctor has missed earlier cues and that the patient finally has summoned up enough courage to raise a fearful or embarrassing issue before it is too late.

2. Understanding the Whole Person (upper right corner of **Figure 1**)

The second component is an integrated understanding of the whole person. Over time, doctors accumulate a myriad of information about their patients that goes beyond diagnosing disease or attending to illness responses. They begin to know the whole person and, in doing so, come to understand the patient's disease and experience of illness, in the context of his or her life setting and stage of personal development. This knowledge of the person may include the family, work, beliefs, and struggles with various life crises.

Serious illness of a family member reverberates throughout the entire family system. The doctor who understands the whole person recognizes the impact of the family in ameliorating, aggravating, or even causing illness in its members. The patient's cultural beliefs and attitudes also influence his or her care.

An understanding of the whole person can enhance the physician's interaction with the patient at specific times – for example, when the signs or symptoms do not point to a clearly defined disease process or when the patient's response to an illness appears exaggerated or out of character. On these occasions, consideration of the patient's position in the life cycle may shed some light on his or her current experience. But even when the diagnosis is clear and uncomplicated, knowledge of the whole person can help the doctor answer the question "Why now?"

Finally, understanding the whole person can deepen the doctor's knowledge of the human condition, espe-

cially the nature of suffering and the responses of persons to sickness.

**3. Finding Common Ground
(in the centre of Figure 1)**

The third component of the method is the mutual understanding of finding common ground. Developing an effective management plan requires physician and patient to reach agreement in three key areas: first, the nature of the problems and priorities; second, the goals of treatment; and third, the roles of the doctor and the patient. Often, doctors and patients have widely divergent views in each of these areas. The process of finding a satisfactory resolution is not so much one of bargaining or negotiating, but rather of moving toward a meeting of minds or finding common ground. This framework reminds physicians to incorporate patients' feelings, ideas, expectations, and function into treatment planning. This third component is central to the Patient-centered Clinical Method, which is why it is placed at the middle of the diagram.

**4. Enhancing the Patient-Doctor Relationship
(at the foundation of Figure 1).**

The fourth component of the patient-centered method is foundational and is the conscious attention to

enhancing the patient-doctor relationship. When doctors see the same patients time after time with a variety of problems, they acquire considerable personal knowledge of them that may be helpful in managing subsequent problems. At every visit, in the context of continuity of care, physicians strive to build an effective long-term relationship with each patient as a foundation for their work together and to use the relationship for its healing potential. Physicians use personal self-awareness, as well as the basic tools of effective relationships: unconditional positive regard, empathy, and genuineness. They attend fully to patients and their needs without always having to interpret or intervene. Physicians recognize that different patients require different approaches and use themselves in a variety of ways to meet the patients' needs (for example, sensing a patient who has unquenchable need for support and is vulnerable to abandonment; or recognizing and accommodating an assertive, involved patient). Physicians, at the very least, "walk with" the patients and, at most, use themselves and their relationship to mobilize the strengths of patients for a healing purpose.

In summary, then, these are four criteria on which patient-centered care can now be researched, assessed and taught.

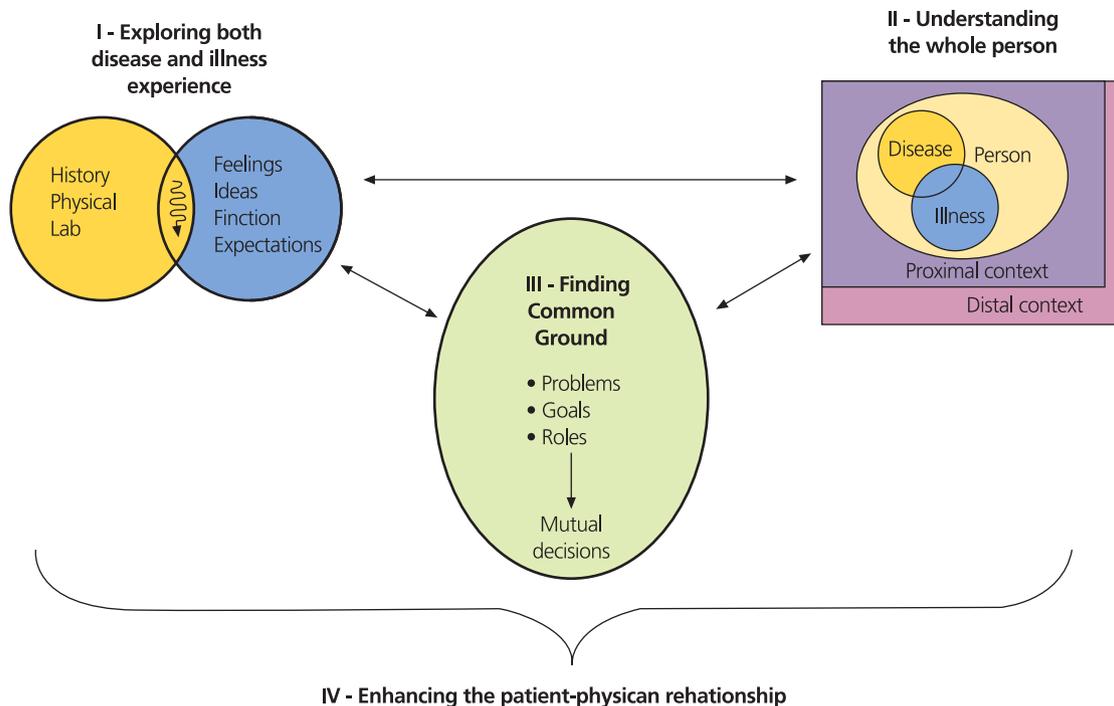


Figure 1. The patient-centered clinical method four interactive components.^[1]

Is Patient-Centeredness Important to Patients?

Little et al.'s^[5] series of studies in the UK indicate that greater than 75 percent of patients want a patient-centered approach. Furthermore, the sceptical authors asked the research question, "Do patients want all components of patient-centeredness?". The answer was "Yes".

To me, it is not such a surprise that a high proportion of patients expect a patient-centered approach. The following data provide an explanation.

These data show that adult patients visiting family physicians have not merely one condition but frequently suffer from multiple conditions at the same time. A focus on one disease at a time may not lead to high quality care; 23 percent of patients have 2 or more chronic conditions and for 65 year old patients (or older) greater than 65 percent have 2 or more chronic conditions.^[6] In addition, chronic and acute diseases are only part of the picture that patients bring to their family physician for discussion.

The following information comes from one of our studies^[7] but the information has not been published before. Of all 315 encounters or visits by patients to family physicians, 311 had at least one symptom presented. Eighty-nine percent of these patients expressed ideas about what they thought the symptom meant. For example, a patient might say: "I think these headaches may have serious significance." or "I was wondering if it could be stress"

Of the 311 patients, seventy-two percent had an expectation of what should occur during the visit. For example: "I am here to have something done about these headaches."

Fifty-seven percent of the 311 patients had problems with functioning in daily life, For example: "It sure is interfering with my sleeping what with the coughing and sweating." or "I can't go swimming anymore."

Fifty-five percent of patients expressed family, friends or life cycle issues, For example: "My son is in such big trouble."

And forty-two percent of patients expressed feelings (concerns, worries, fear, anger), For example: "I'm finding this waiting frustrating." or "This pain is really worrying me."

These issues co-occur with the symptoms that patients present verbally to family physicians. Sixteen percent of family practice patients express all five elements (ideas; expectations; problems with function in daily life; problems with family, friends and life cycle; and feelings). Almost 45 percent have four of the five and 71 percent of patients have three of the five.

These data on multimorbidity and on co-occurring illness experiences help family physicians appreciate the need for a deep understanding of all of these aspects of patients' problems and of the interplay among these elements of disease and illness. These data help us understand why patients' expect patient-centered care.

Role of the Patient-Centered Clinical Method in Diagnosis and Cure

Two examples demonstrate the importance of patient-centered components in the two central tasks in conventional medicine: diagnosis and cure. A real case shown in a teaching videotape will illustrate the role in diagnosis.^[8] The videotape shows a young woman patient, coughing and looking tired. The medical student conducts a thorough enquiry but asks closed-ended questions finding out that the cough has been going on for some time, that the patient is tired, that she has phlegm, that it hurts when she coughs. The student said the diagnosis was bronchitis and an antibiotic prescribed. The teacher later talked with the patient using a broader approach, one that I would call patient-centered. The patient was asked two broad questions which dramatically changed the differential diagnosis: with regard to her illness experience, she was asked how the illness affected her daily life and she responded, "I cannot sleep with the coughing, the nights are so difficult with drenching sweats and, actually I coughed so hard once one night there was blood in the handkerchief." As well she was asked, "What do you think this is?" and she responded that because she worked with immigrants each day, she wondered if it was something she had acquired from them. Tuberculosis. The point of telling this story is to emphasize that correct diagnosis can rely on taking a medical history that encompasses all the dimensions of human life.

The second example concerns cure. When one thinks about treating hypertension and diabetes, one immediately thinks of appropriate drug treatments. However, one rigorous intervention trial has shown that when patients are encouraged to more fully participate in their visits with their primary care doctor, their diastolic blood pressure is 83 millimetres of mercury versus 95 millimetres of mercury before (for the intervention group of patients), and 91 millimetres of mercury before and after (for the control group).^[9] While the study did not explain the mechanism, there is both biological and psychological plausibility for a process revealed by seminal qualitative studies suggesting that when doctors listen, patients begin to trust in the relationship, they feel better and become more active partners in care.^[10] They feel and become more empowered to mobilize their own resources finally leading to an improvement in physiologic health status.

Studies of Patient-Centered Care

In the 1980s and 1990s, a research program, at Western University, Department of Family Medicine, began to take shape, running three tracks each informing the other: a measurement development track; an epidemiologic track; and a qualitative track.

In order to be able to conduct studies of patient-centeredness using epidemiologic methodology, quantitative measurements had to be created. Two measures have been developed.^[7] One is the Measure of Patient-Centered Communication, based on coding and scoring audiotaped or videotaped encounters. An overall score ranging from 0-100 has been validated through correlations with Global Scores and found to be reliable between raters, after training. A coding and scoring sheet is used when listening to an audiotape of the interview.

Another measure is the Patient Perception of Patient Centeredness, which is a 14 item validated and internally reliable questionnaire which patients complete after a visit with a doctor. It is the patients' view of patient-centeredness. The 14-item questionnaire is reliable and valid.

Over two decades, the epidemiology track followed the typical epidemiologic progression: beginning with descriptive studies (of residents over a three-month period of training and of seven community-based family physicians); followed by an analytic cohort study testing the hypothesis that patient-centered care was associated with subsequent patient health and with use of medical resources. This led to our ability to justify a randomized controlled trial of an education program for doctors which contained a qualitative element.

The analytic cohort study of a random sample of family physicians and their patients with new symptoms, studied the impact of patient-centered care on outcomes in family practice.^[7] Patient-centeredness of a study visit was ascertained using the two measures I just described above: we audiotaped the visit so we could measure the patient-centered communication; and after the visits, the patient completed a questionnaire on the patient perception of patient-centeredness. Two months later the patients reported their health. As well, a chart audit ascertained the use of medical resources, i.e. referrals and diagnostic tests ordered over the same two month period. Thirty-nine randomly selected family physicians participated. 315 consecutive eligible patients were recruited.

The study found that the measure of patient-centered communication, the audiotape measure, was not significantly related to patient health outcomes nor to use of medical resources. The patients' perception that the visit had been patient-centered was, however, statistically significantly associated with patient health outcomes and

use of medical resources. This was an important, clinically significant result, in that diagnostic tests were half as likely if the visit was perceived to be patient-centered. We portray these results in this diagram indicating the patient-centered communication was associated, not directly with outcomes, (the dotted line upper left to right) but associated with the patient perceptions of patient-centeredness (center solid line going top down) which in turn affected subsequent outcomes (solid line bottom going left to right) (Figure 2). It is noteworthy that the patients' perception of Finding Common Ground influenced outcomes. For this reason, Finding Common Ground is now at the center of the conceptual diagram shown previously in Figure 1.

The next study in the program sought to translate patient-centered care into practice in a randomized controlled trial. This was entitled "Innovative Training to Improve Physician Communication with Breast Cancer Patients".^[11] We wanted to answer this research question: Does intensive education improve physician communication with breast cancer patients? The research team was supported by a breast cancer patient advisory group. There were three phases to the study: a qualitative study, a pre-test phase of the education program, and the evaluation of the education in a randomized controlled trial.

The qualitative findings of long interviews with 11 breast cancer survivors were that their experience of communication with their doctor at the time of diagnosis or diagnosis of recurrence was characterized by four key themes: relationship building including trust and hope, intertwined with information sharing, creating the experience of control, and mastering life as a whole person with a chronic disease.^[12]

The 6-hour education program included these key elements: the physicians' perspective; the patients' perspective including a discussion with breast cancer survivors; and videotaped practice sessions with feedback using standardized patients.

The randomized controlled trial included 51 family physicians, surgeons and oncologists who were randomized to experience either the 6-hour education (the Intensive Group) or a 2-hour videotape viewing and discussion (the traditional Group). The education was evaluated in terms of its influence on the measure of patient-centered communication with audiotaped visits with standardized patients (these are actors, trained to portray a case that we researchers created). These visits occurred before and after the intervention. As well, we asked real breast cancer patients' about their satisfaction and well-being.

The strengths of the research methods included seven points: random allocation; two reliable raters of communication; validated communication measures;

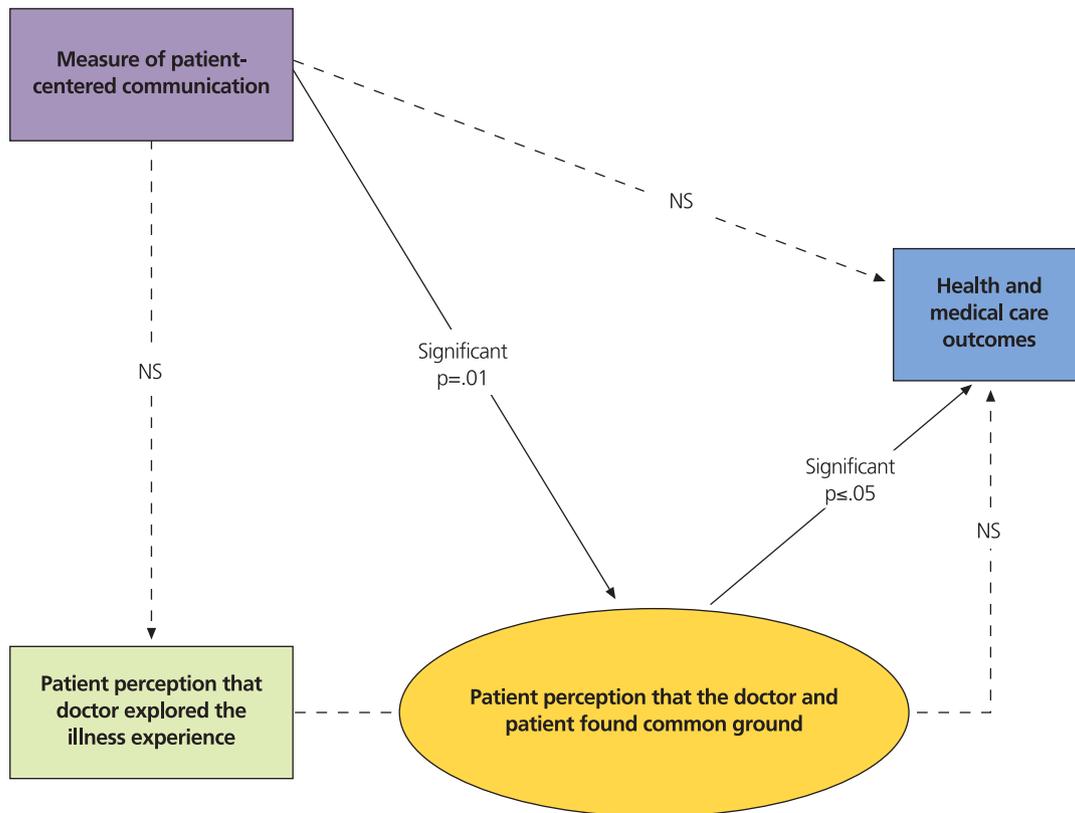


Figure 2. Relationships among measure of patient-centered communication, patient perceptions of patient-centeredness, and outcomes (NS: not significant).

raters blind to the group the physicians were in; no reason to suspect contamination; 100 percent compliance by physicians i.e. all attended the education and all completed the standardized patient interviews; and patient outcomes included.

The results were that the surgeons' and oncologists' audiotaped visits showed no change before and after the education, but the education did demonstrate a significant improvement in the family physicians.

In addition, the intervention group oncologists' and surgeons' patients were more satisfied and felt better after their visit with their doctor compared to control group patients. In other words, the patients noticed a difference that the audiotape measure did not. What more patient-centered result could one imagine in the research program – that patients' themselves are more discerning than we observers, regarding the important elements in a consultation.

Studies Conducted Around the World

Other researchers have found that patient-centered care does make a difference: to patients' experience; to patients' health; and to the efficiency of health care.

It is virtually a universal finding in the international literature that more patient-centeredness will result in more positive patient perceptions. I have chosen two examples of such studies. In South Africa, Henbest et al. showed a large and significant difference in the percent of satisfied patients, 15 percent in the not so patient-centered visits versus 46 percent satisfied after the highly patient-centered visits.^[13] In Spain, Moral et al.'s trial demonstrated significantly higher patient perceptions in the intervention group (whose family doctor had received patient-centered training), 55 percent versus 29 percent.^[14]

With regard to patient health outcomes, results are mixed in the general patient-provider communication literature but with regard to family medicine and patient-centered care, results are promising. Griffin and colleagues conducted a systematic review of world literature and found that most of the 35 interventions improved the relationship between the patient and the doctor and as well, slightly more than half of the interventions improved patients' health.^[15] This review points to several worthwhile ways to support effective patient-doctor relationships, including: patient interventions such as encouraging patients to ask questions, having

patients write down what their concerns are; and interventions with doctors such as teaching doctors how to better explore the patients' ideas, concerns and expectations, helping doctors provide clear information about disease and its treatment, and enhancing doctors' attention to emotion in the consultation. These ideas are highly relevant to the education strategies presented later segment in this paper. The health outcomes which were positively affected were: improved symptoms; decreased anxiety; and improved functional status.

Concerns about health care spending and being wise stewards of health care have led to studies on resource use and costs. In North America, both numbers and costs of diagnostic testing are lower for patients who received patient-centered care. For example, in Canada, our cohort study showed that at 24.3 percent of patients received diagnostic tests when the visit was not patient-centered in contrast to 14.6 percent when the visit was patient-centered.^[16] In the United States, Epstein found that the costs for diagnostic testing were higher when the doctor was not patient-centered (\$100 dollars) versus when the doctor was patient-centered (\$89 dollars).^[17]

In summary, we can say that patient-centered care leads to: positive patient perceptions of their experience; improved patient health; and increased efficiency through reduced use of resources and costs.

Patient-Centered Care can be Taught and Learned

From the studies that have been conducted, here are six of the elements of successful education programs whose goal was to improve patient-centered care between family doctors and patients: 1) present some of the evidence from rigorous studies; 2) know and share the concepts about what are the components or tasks of patient-centered care, (in other words describe a patient-centered clinical method); 3) learn from patients, either by asking them to share emotional stories of their illness narrative or by asking them to complete a 14-item questionnaire; practice doing patient-centered care, perhaps using role-play or videotapes of visits with patients; provide safe and constructive feedback to students regarding their visits with patients; and 6) consider integrating the teaching of patient-centered care with all other clinical tasks, as well as integrating education into everyday clinical care, by caring for patients with students.

Conclusion

I hope that this paper has helped you to better understand the patient-centered clinical method. The paper has covered the reasons why it is important to patients. The patient-centered approach can assist a family physician in making a diagnosis and achieving a cure. The paper shows that patient-centered care can be researched. As well, we have seen ways that the patient-centered clinical method can be taught and learned.

References

1. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method. 2nd ed. Oxford, UK: Radcliffe Medical Press; 2003.
2. Stewart M. Reflections on the doctor-patient relationship: from evidence and experience. *Br J Gen Pract* 2005;55:793-801.
3. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med* 2000;51:1087-110.
4. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *J Med Philos* 1981;6:101-23.
5. Little P, Everitt H, Williamson I, et al. Preferences of patients for patient-centered approach to consultation in primary care: observational study. *BMJ* 2001;322:468-72.
6. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet* 2012;380: 37-43.
7. Stewart M, Brown JB, Donner A, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract* 2000;49:796-804.
8. Platt FW. Director, The Patient's Narrative, The Medical Interview Videotape, Colorado University School of Medicine, Foundations of Doctoring Curriculum, July 2000.
9. Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE, Jr. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Med Care* 1989;27:S110-27.
10. McWilliam CL, Stewart M, Brown JB, et al. Creating empowering meaning: an interactive process of promoting health with chronically ill older Canadians. *Health Promotion International* 1997;12:111-23.
11. Stewart M, Brown JB, Hammerton J, et al. Improving communication between doctors and breast cancer patients. *Ann Fam Med* 2007;5:387-94.
12. McWilliam CL, Brown JB, Stewart M. Breast cancer patients' experiences of patient-doctor communication: a working relationship. *Patient Educ Couns* 2000;39:191-204.
13. Henbest RJ, Stewart M. Patient-centredness in the consultation 2: Does it really make a difference? *Fam Pract* 1990;7:28-33.
14. Moral RR, Alamo MM, Jurado MA, Perula de Torres L. Effectiveness of a learner-centred training programme for primary care physicians in using a patient-centred consultation style. *Fam Pract* 2001;18:60-3.
15. Griffin SJ, Kinmonth AL, Veltman MWM, Gillard S, Grant J, Stewart M. Effect on health-related outcomes of interventions to alter the interaction between patients and practitioners: a systematic review of trials. *Ann Fam Med* 2004;2:6:595-608.
16. Stewart M, Ryan BL, Bodea C. Is Patient-centred care associated with lower diagnostic costs? *Health Policy* 2011;6:27-31.
17. Epstein RM, Franks P, Shields CG, et al. Patient-centered communication and diagnostic testing. *Ann Fam Med* 2005;3:415-21.

Hasta merkezli klinik yöntem: Aile hekimliği bakış açısı

Aile Hekimliği Araştırma Günleri, İzmir, Türkiye

The patient-centered clinical method: a family medicine perspective

Moira Stewart¹

Kasım 2012 tarihinde İzmir’de düzenlenen Aile Hekimliği Araştırma Günleri’nde verilen konferans çerçevesinde hazırlanan bu makale, tüm dünyada aile hekimliğinin temel kavramlarından biri olan hasta merkezli klinik yöntemi konu almaktadır. Burada, yöntemin kavramsal çerçevesi çizilerek ona ışık tutan araştırmalardan söz edilecektir. İçeriğin hazırlanmasında başlıca iki kaynaktan yararlanılmıştır. “Hasta Merkezli Tıp – Klinik Yöntemin Dönüştürülmesi” isimli kitap^[1] ve daha önce verilen bir ders.^[2]

Makale altı bölümden oluşmaktadır: Hasta merkezli klinik yöntem ile ilgili kavramlar; yöntemin hastalar açısından önemi; hasta merkezli klinik yöntemin tanı ve iyileşmedeki rolü; hasta merkezli klinik yöntem ile ilgili araştırmalar; hasta merkezli bakım ile ilgili uluslararası bulgular ve hasta merkezli bakımı öğrenme ve öğretme yöntemleri.

Hasta Merkezli Klinik Yöntem

Bir hekim nasıl daha hasta merkezli bir şekilde çalışabilir? Hasta merkezli olmak ne demektir?

Mead ve Bower, hasta – aile hekimi ilişkisi hakkındaki literatürü eleştirel olarak derlemişler ve hasta merkezli görüşler ile geleneksel biyomedikal klinik yöntemi karşılaştırarak farklarını ortaya koymuşlardır.^[3] Bu derlemede bizim kitabımızdaki tanımın,^[1] literatürdeki en kapsamlı tanım olduğu kabul edilmiştir.

Hasta merkezli klinik yöntem, aile hekiminin düşünce yapısında birbiri ile ilişkili iki vazgeçilmez ilkenin var olmasını, bir başka deyişle iki temel değişimi gerektirir. Bu değişimlerden ilki hekimin belirleyici, hastanın ise pasif bir alıcı olduğu hiyerarşik düşünce tarzının bu yöntemde yeri olmadığını kavramaktır. Bir hekim, hasta merkezli olabilmek için ilişkideki gücü paylaşmayı öğrenmek zorundadır. Bu güçler dengesi, hasta merkezli bir uygulamanın zorunlu erdemidir.

İkincisi ise, aile hekiminin, hastası ile ilişkisindeki nesnellığı, onunla arasına mesafe koyan bir duruş olarak

göstermesinin kabul edilemeyeceğidir. Aslında hekim, duygusal olarak destekleyici ve hastasının bir birey olarak yaşamının bütün boyutlarında çektiği ızdıraba karşı duyarlı olmalıdır. Bunun için aile hekiminin hastadan gelen nesnel ve öznel tepkileri dengelemesi ve zihin ve bedeni bir arada algılamaya çalışması gerekmektedir.

Dr. George Engel’in biyopsikososyal modelinin devrimsel önemi açıktır.^[4] Hem bir dahiliyecisi hem de psikoanalitik yönelimli bir psikiyatrist olan Engel, 1970’lerde geleneksel biyomedikal yöntemi, çok dar bir bakış açısına sahip olduğu ve klinik olarak önemli bilgileri dışladığı savı ile eleştirmişti. Önerdiği alternatif, biyopsikososyal model, biyolojik, psikolojik ve sosyal verileri entegre ederek tıbbın bakış açısını genişletti. Engel bir model, bir teori ortaya koymuştu; ancak hekimin tam olarak ne yapması gerektiği çok da açık değildi. Bu model sonuçta bir soyutlamaydı ve uygulamada hayata geçebilmesi için bir yöneme gereksinim duymaktaydı. İşte, hasta merkezli klinik yöntem bu gereksinimi karşılamaktadır. Biyopsikososyal modelin hayata geçmesini, yani uygulanabilmesini, araştırılabilmesini ve öğretilebilmesini sağlamaktadır.

Hasta merkezli klinik yöntem birbirleri ile etkileşim içinde olan dört bileşenden oluşmaktadır.

1. Hem Hastalığın hem de Rahatsızlık Deneyiminin Araştırılması (Şekil 1, sol üst köşe)

İlk bileşen hekimin, her bir hastası için, sağlığın bozulması ile ilgili iki kavram olan “hastalık ve rahatsızlık”ı anlayabilmesini gerektirir. Hastalık, hekimin hastanın sorunlarını, beden organlarının ve sistemlerinin yapısal ve/veya işlevsel anormallikleri çerçevesinde, hem fiziksel hem de ruhsal hastalıklar ile açıklamaya çalıştığı teorik bir yapı, ya da bir soyutlamadır. Rahatsızlık ise hastanın kendi sağlığındaki bozulma ile yaşadığı kişisel deneyim, yani hastanın öyküsüdür. Bir insana koyduğumuz “tanı etiketi” onun aynı hastalığa sahip diğerleri ile ortaklaştığı noktaları belirlerken, her insanın “rahatsızlığı” sadece kendisine özgüdür.

¹ Western Üniversitesi Tıp ve Diş Hekimliği Fakültesi, Londra, Ontario, Kanada

*Çeviren: Tolga Günvar, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uz. Dr., İzmir, Türkiye

Etkin bir hasta bakımı, bireylerin hastalıklarını dikkate aldığımız kadar onların rahatsızlık deneyimlerini de dikkate almamız ile olasıdır. Hastalık geleneksel biyomedikal yöntem ile saptanabilir; ancak rahatsızlık deneyiminin kavranması için ek bir yaklaşıma gereksinim vardır. Hasta merkezli klinik yöntem, bireylerin rahatsızlık deneyimine dört temel boyutta yaklaşır: İlk olarak duygular, özellikle hasta olmaları nedeniyle duydukları korkular; ikinci olarak, sorunlarının ne olduğu hakkındaki görüşleri; üçüncüsü, sorunlarının günlük yaşam işlevleri üzerindeki etkisi ve son olarak da ne yapılması gerektiği hakkındaki beklentileri. Bu yaklaşımın anahtarı, hastaların bu boyutlar ile ilgili sunduğu ipuçlarına duyarlı olmaktır; amaç hastaların sunduğu ipuçlarını izlemek ve hastaların deneyimini onların bakış açısından kavramaya çalışmaktır. Bu yöntem hasta doyumunu ve iş birliğini artırır, hem rahatsızlık hem de hastalık ile ilgili çıktılarını iyileştirir ve bir hekimin günlük pratiğindeki tüm hastalar için uygulanabilir.

Hastanın rahatsızlık deneyiminin sağaltıcı bir şekilde kavranması hekimin “hastanın dünyasına girmesini”, hastanın kendi rahatsızlığı hakkındaki uzmanlığına saygı duymasını ve rahatsızlığı hastanın bakış açısından kavramasını sağlayacak bir görüşme becerisi gerektirir. Bu hedefe genellikle özel bir çaba göstermeksizin ulaşılabılırse de bazen hekimler, hastanın duyguları, düşünceleri, beklentileri ve durumunun günlük işlevi üzerindeki etkileri hakkında sunabileceği bütün ipuçlarına karşı tetikte olmak zorunda kalırlar. Hasta hekimi, ipuçlarını kaçırdığı konusunda farklı yollarla uyarabilir. Bu, bazen görüşmenin sonunda, hasta odayı terk etmek üzere ve eli kapı tokmağında yapmış hayati bir yorum olabilir. “Kapı tokmağı” yorumları, hekimin görüşme sırasında bazı ipuçlarını kaçırdığı ve hastanın korktuğu ve utandığı bir konuyu çok geç olmadan açmaya cesaret edebildiği anlamına gelebilir.

2. Bireyin Bir Bütün Olarak Kavranması (Şekil 1, sağ üst köşe)

İkinci bileşen bireyin bir bütün olarak kavranmasıdır. Hekimler zaman içinde, hastaları hakkında, hastalığa tanı koyma veya rahatsızlığa verilen tepkileri belirlemenin çok ötesine geçen bir bilgi yığını biriktirirler. Hastalarını bir birey olarak tanımaya başlarlar ve bu yolla bireyin hastalığını ve rahatsızlık deneyimini, onun yaşam ortamı ve kişisel gelişim düzeyi bağlamında değerlendirebildikleri bir kavrayışa ulaşabilirler. Birey hakkındaki bu bilgi onun ailesini, işini, inanışlarını ve çeşitli yaşam olayları ile nasıl başa çıktığını içerir.

Bir aile üyesinin ciddi bir hastalığı tüm aile sistemi içinde yankılanır. Bireyi bir bütün olarak algılayabilen bir hekim, ailenin kendi üyeleri üzerindeki iyileştirici, kötüleştirici ve hatta hasta edici olabilecek etkilerinin farkındadır. Hastanın kültürel inanış ve tutumları da kendi bakımı üzerinde etki sahibidir.

Bireyi bir bütün olarak kavramak, bazı belirli zamanlarda, hekimin hasta ile etkileşimine katkıda bulunur; ör-

neğin, belirti ve bulgular, açıkça tanımlanabilen bir hastalık sürecine işaret etmediğinde ya da hastanın rahatsızlığa verdiği tepkiler abartılı veya sıra dışı olduğunda. Bunun gibi durumlarda hastanın yaşam döngüsü evresi, o anda yaşadığı rahatsızlık deneyimine bir miktar ışık tutabilir. Ancak tanının son derece açık ve kesin olduğu durumlarda bile, birey hakkında sahip olduğu bütüncül bilgi, hekimin “Neden şimdi?” sorusunu yanıtlamasını sağlayabilir.

Son olarak, bireyi bir bütün olarak kavramak, hekimin insan yapısı ve özellikle acı çekmenin doğası ve kişilerin hasta olma durumuna tepkileri hakkındaki anlayışını derinleştirir.

3. Ortak Zemin Oluşturma (Şekil 1, orta bölüm)

Yöntemin üçüncü bileşeni karşılıklı bir anlayış içinde ortak bir zemin oluşturmaktır. Etkin bir yönetim planı oluşturabilmek için hasta ve hekimin, üç anahtar alanda ortak bir zeminde buluşmaları gerekir: İlk olarak, sorunların doğası ve öncelikler; ikinci olarak, tedavi hedefleri ve son olarak da, hekimin ve hastanın rolleri. Hekim ve hasta bu üç alanda sıklıkla oldukça farklı bakış açılarına sahiptirler. Bu ayrılığın tatmin edici bir çözüme ulaşması süreci, bir pazarlık veya müzakere sürecinden ziyade, zihinlerin buluşmasına veya ortak bir zemin oluşturulmasına doğru birlikte hareket etme sürecidir. Bu çerçevede hekime, hastanın duygularını, düşüncelerini, beklentilerini ve işlevini tedavi planına entegre etmesi gerektiğini anımsatır. Bu üçüncü bileşen hasta merkezli klinik yöntemin merkezinde yer almaktadır ve bu nedenle Şekil 1’in ortasında gösterilmiştir.

4. Hasta – Hekim İlişkisinin Geliştirilmesi (Şekil 1’in altı)

Hasta – hekim ilişkisinin geliştirilmesi yönünde harcanan bilinçli bir çabayı ifade eden dördüncü bileşen, hasta merkezli klinik yöntem için temel bir öneme sahiptir. Hekimler aynı bireyi zaman içinde farklı sorunlarla defalarca görerek, birey hakkında daha sonraki sorunların çözümünde yardımcı olabilecek hatırı sayılır bir bilgi birikimi edinirler. Hekim her bir hastası ile gerçekleştirdiği her görüşmede, bakımın sürekliliği bağlamında, hasta ile birlikte çalışmalarının temelini oluşturacak etkin bir hasta – hekim ilişkisi geliştirmeye ve bu ilişkinin sağaltıcı potansiyelini kullanmaya çalışır. Hekimler bunun için kişisel öz-farkındalıklarını ve etkin bir ilişkinin temel araçlarını kullanırlar: Koşulsuz olumlu yaklaşım, empati ve içtenlik. Her zaman yorumlama veya müdahale etme zorunluluğu duymadan hastalarına ve onların gereksinimlerine odaklanırlar. Hekimler her bir hastanın farklı yaklaşımlara gereksinim duyacağını ve bu gereksinimleri farklı yollarla (örneğin, önüne geçilemez bir destek gereksinimi içinde olan ve terkedilmeye karşı son derece kırılan bir hastayı hissetmek ya da savunmacı ve karmaşık bir hastayı tanımak ve yardım etmek) karşılamaları gerekebileceğinin farkında olmalıdırlar. Sonuçta hekimler

hastaları ile “birlikte yürüyerek”, kendilerini ve hasta ile olan ilişkilerini kullanarak, hastalarının iyileştirici güçlerini harekete geçirmeye çalışırlar.

Özet olarak, hasta merkezli bakım bu dört ölçüt aracılığı ile araştırılabilir, ölçülebilir ve öğretilebilir.

Hasta Merkezlilik Hastalar İçin Önemli midir?

Little ve ark.’nın^[5] araştırma serileri, Birleşik Krallık’ta hastaların %75’inin hasta merkezli yaklaşımı tercih ettiklerini göstermektedir. Üstelik kuşkucu yazarların araştırma sorusu, “Hastalar hasta merkezliliğin bütün bileşenlerini istiyorlar mı?” şeklindeydi. Yanıt ise kesin bir “Evet”.

Bana göre hastaların önemli bir bölümünün, hasta merkezli yaklaşım talep etmeleri şaşırtıcı değildir. Aşağıdaki veriler buna açıklık getirmektedir.

Bu veriler, aile hekimlerine başvuran erişkin hastaların nadiren sadece tek yakınmaları olduğunu, sıklıkla birden fazla durum nedeni ile rahatsızlık yaşadıklarını göstermektedir. Her seferinde tek bir soruna odaklanmak yüksek kalitede bir bakım sağlamayabilir: Hastaların %23’ü iki veya daha fazla kronik hastalığa sahipken, 65 yaş üzerindeki hastalar için bu oran %65’in üzerine çıkmaktadır.^[6] Üstelik akut veya kronik hastalıklar, bireylerin aile hekimlerine sundukları resmin yalnızca bir parçasıdır.

Aşağıdaki bilgiler bizim çalışmalarımızın birinden alınmıştır.^[7] Ancak bu bilgiler henüz yayınlanmamıştır. 315 aile hekimi-hasta görüşmesinden 311’inde en az bir semptom dile getirilmiştir. Bu hastaların %89’u semptomlarının ne anlama geldiği hakkındaki görüşlerini ifade etmişlerdir. Örneğin, bir hasta, “Bence bu baş ağrılarını ciddi bir öneme sahip” veya “Stres yüzünden olabilir mi acaba?” diyebilmektedir.

311 hastanın %72’sinin görüşme sırasında nelerin olması gerektiği ile ilgili bir beklentisi bulunmaktadır. Örneğin, “Burada olmamın nedeni baş ağrılarım için bir şeyler yapılması.”

311 hastanın %57’si günlük yaşam işlevlerinde sorun yaşamaktadır. “Elbette bu öksürük ve terleme uyumamı engelliyor” ya da “Artık yüzmeye gidemiyorum.”

Hastaların %55’i aile, arkadaş veya yaşam döngüsü ile ilgili sorunlarını dile getirmişlerdir. Örneğin, “Oğlum büyük bir sorun yaratıyor.”

Son olarak hastaların %42’si duygularını (endişe, öfke, kızgınlık) ifade etmişlerdir. Örneğin “Bu şekilde beklemeyi son derece sinir bozucu buluyorum” veya “Bu ağrı beni gerçekten endişelendiriyor.”

Hastalar aile hekimlerine semptomları ile birlikte yarıda belirtilen konuları da dile getirmişlerdir. Aile hekimlerine başvuran hastaların %16’sı bu beş boyutu da (düşüncelerini; beklentilerini; günlük yaşam işlevleri ile ilgili sorunlarını; aile, arkadaşlar ve yaşam döngüsü so-

runlarını ve duygularını) ifade etmişlerdir. Yaklaşık %45’i bu beş boyuttan dördünü ve %71’i de üçünü görüşme sırasında gündeme getirmişlerdir.

Multimorbidite ve rahatsızlık deneyiminin eş zamanlı olarak ortaya çıkması ile ilgili veriler, aile hekimlerinin hastanın sorunlarının bütün boyutlarını ve hastalık ve rahatsızlığın bileşenleri arasındaki karşılıklı etkileşimi derinlemesine kavramalarına olan gereksinimi takdir etmelerine yardımcı olabilir. Bu veriler, hastaların neden hasta merkezli bakım beklentileri olduğunu anlamamıza yardımcıdır.

Hasta Merkezli Klinik Yöntemin Tanı ve Tedavideki Rolü

Hasta merkezli klinik yöntemin, geleneksel biyomedikal yöntemin iki temel görevi olan tanı ve tedavi alanlarındaki önemi, iki örnekle ortaya konabilir. Eğitim videosu haline getirilmiş gerçek bir olgu, yöntemin tanı alanındaki rolünü gösterebilir.^[8] Bu videoda öksüren ve bitkin görünen genç bir kadın hasta yer almaktadır. Hasta ile görüşen tıp öğrencisi, ayrıntılı bir sorgulama yapmış ancak, kapalı uçlu sorular ile öksürüğün bir süredir devam ettiğini, hastanın halsizliği olduğunu, balgam çıkardığını ve öksürürken canının yandığını öğrenmiştir. Öğrenci bronşit tanısı koymuş ve antibiyotik reçete etmiştir. Daha sonra hasta ile görüşen eğitici hasta merkezli olarak nitelendirilebilecek daha geniş bir yaklaşım göstermiştir. Hastaya ayırıcı tanıyı dramatik bir şekilde değiştirecek iki açık uçlu soru sormuştur. Yaşadığı rahatsızlık deneyimi ile ilgili olarak bu hastalığın onun yaşamını nasıl etkilediği şeklindeki soruya hasta “Öksürmekten uyuyamıyorum. Sırlıklam ter içinde kaldığım için geceler çok zor geçiyor. O kadar şiddetli öksürüyorum ki bir seferinde mendilimde kan vardı.” yanıtını vermiştir. Hastaya ayrıca “Bunun ne olduğunu düşünüyorsunuz?” sorusu sorulmuş ve hasta göçmenler ile çalıştığını ve onlardan bir şey kapmış olabileceğinden korktuğunu söylemiştir. Tüberküloz. Bu öykünün anlatılmasındaki amaç, doğru tanının ancak insan yaşamının tüm boyutlarını kapsayan bir tıbbi öykü ile konulabileceğinin vurgulanmasıdır.

İkinci örnek tedavi ile ilgili. Diyabeti ve hipertansiyonu tedavi etmek dendiğinde hemen uygun ilaç tedavileri akla gelir. Ancak ciddi bir müdahale çalışmasında, hastaların birinci basamak hekimleri tarafından tedavilerinde daha etkin bir şekilde rol almaya teşvik edilmeleri sonucunda, müdahale grubunda diyastolik kan basıncı ortalamasının 95 mmHg’dan 83 mmHg’ya düştüğü, kontrol grubunda ise bu ortalamanın çalışmanın başlangıcında ve sonunda 91 mmHg olarak kaldığı saptanmıştır.^[9] Çalışma bu bulguların arkasında yatan mekanizmaları açıklamakla birlikte, ufuk açıcı niteliksel çalışmalardan elde edilen, hekimler dinlemeye başladıkça hastaların güvenlerinin arttığı ve tedavide daha aktif ortaklar haline geldikleri yönündeki bulgular, hem biyolojik hem de psikolojik mekanizmaları akla uygun hale getirmektedir.^[10]

Hastalar kendilerini daha sorumlu hissetmekte ve kendi kaynaklarını daha çok harekete geçirerek fizyolojik sağlıklarında iyileşme sağlamaktadırlar.

Hasta Merkezli Bakım ile İlgili Araştırmalar

1980’lerde ve 1990’larda Western Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı’nda, her biri diğeri için bilgi sağlayan üç koldan oluşan bir araştırma programı şekillenmeye başlamıştır: Ölçüt geliştirme kolu, epidemiyolojik kol ve niteliksel araştırma kolu.

Hasta merkezlilik alanında epidemiyolojik yöntemlilik ile araştırma yapılabilmesi için niceliksel ölçütler geliştirilmesi gerekir. Bu amaçla iki ölçüt geliştirilmiştir.^[7] Bunlardan ilki olan Hasta Merkezli İletişim Ölçütü görsel veya işitsel olarak kayda alınan görüşmelerin kodlanması esasına dayanmaktadır. 0 ile 100 arasında değişen toplam skorun Global Skorlama ile korelasyonu doğrultusunda geçerliliği ve eğitilmiş değerlendiriciler ile de güvenilirliği sınanmıştır. Görüşme kaydı dinlenirken bir kodlama ve skorlama formu kullanılmaktadır.

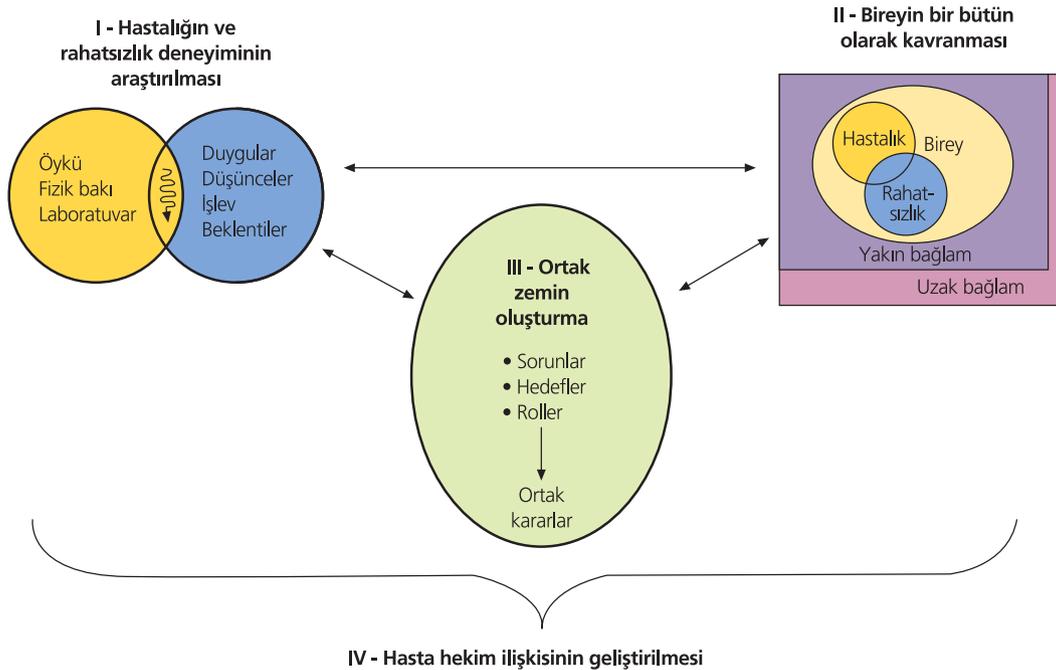
Diğ er ölçüt ise Hastanın Hasta Merkezlilik Algısı’dır. Hastanın hekim ile görüşmesinden sonra doldurduğu, geçerliliği ve güvenilirliği olan 14 soruluk bir anketir.

Epidemiyoloji kolu yirmi yıl boyunca tipik bir epidemiyolojik izlem gerçekleştirdi. Bunun için önce tanımlayıcı bir çalışma ile başlandı (uzmanlık eğitimlerinin üçüncü ayının üzerindeki uzmanlık öğrencileri ile top-

lum içinde uygulama yapan yedi aile hekimi); bunu hasta merkezli bakımın hasta sağlığı ve sağlık kaynaklarının kullanımı ile ilişkili olduğu hipotezinin test edildiği bir analitik kohort çalışması izledi. Bu da bizi, hekimler için bir eğitim programının etkisini, niteliksel bileşenler de içeren randomize kontrollü bir çalışma ile araştırabileceğimiz bir noktaya getirdi.

Rastgele seçilmiş aile hekimleri ve yeni yakınmalarla başvuran hastaları üzerinde yapılan analitik kohort çalışmasında, hasta merkezli bakımın aile hekimliği çıktıları üzerindeki etkisi araştırılmıştır.^[7] Çalışma kapsamındaki görüşmelerin hasta merkezliliği, yukarıda sözü edilen iki ölçüt ile değerlendirilmiştir: Görüşmeler hasta merkezli iletişimin ölçülebilmesi amacı ile kaydedilmiş ve görüşme sonrasında hastalar “Hastanın Hasta Merkezlilik Algısı Anketi”ni yanıtlamışlardır. İki ay sonra hastalar kendi sağlıkları ile ilgili bildirimlerde bulunmuşlardır. Ayrıca tıbbi kaynakların kullanımı da bir form aracılığı ile kaydedilmiştir. Bu kapsamda sözü edilen iki aylık dönem içindeki sevkler ve istenen tanı testleri dikkate alınmıştır. Çalışmaya rastgele seçilmiş 39 aile hekimi ve 315 hasta katılmıştır.

Çalışma sonuçlarına göre, görsel-işitsel kayıt ile değerlendirilen hasta merkezli iletişim ile ne hastanın sağlık çıktıları ne de tıbbi kaynak kullanımı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bununla birlikte hastanın görüşmenin hasta merkezli olduğu yönündeki algısı, hem hastanın sağlık çıktıları ile hem de tıbbi kaynak kullanımı ile anlamlı bir ilişki göstermiştir. Bu önemli ve klinik olarak anlamlı bir sonuçtur. Eğer görüşme hasta merkezli olarak algılanı-



Şekil 1. Hasta merkezli klinik yöntemin birbiriyle etkileşen dört bileşeni.^[1]

yorsa, tanısal test istemi yaklaşık yarı yarıya azalmaktadır. Bu sonuçlar Şekil 2’de gösterilmiştir: Hasta merkezli iletişim, çıktılar ile doğrudan ilişkili olmayıp (üstte soldan sağa uzanan noktali çizgi), hastanın hasta merkezlilik algısı ile ilişkilidir (ortada yukarıdan aşağıya uzanan düz çizgi). Bu da sonuçta çıktıları etkilemektedir (altta soldan sağa uzanan düz çizgi). Hastanın ortak zemin oluşturulduğuna ilişkin algısının çıktıları etkilediğine dikkat etmek gerekir. İşte bu nedenle “Ortak Zemin Oluşturma” Şekil 1’deki diyaframın merkezinde yer almaktadır.

Programın bir sonraki araştırması, hasta merkezli bakımın uygulamada kullanılmasını değerlendiren randomize kontrollü bir çalışma idi. Bu çalışma “Hekimlerin Meme Kanseri Hastaları ile İletişimini Geliştiren Yenilikçi bir Eğitim” olarak adlandırılmıştı.^[11] Araştırma sorumuz şu şekildeydi: “Hekimlerin meme kanseri hastaları ile iletişimle-ri yoğun bir eğitim ile iyileştirilebilir mi?” Araştırma ekibi, bir meme kanseri hastaları danışma grubu tarafından desteklendi. Araştırmanın üç fazı bulunmaktaydı: Niteliksel bir çalışma, eğitim programının test öncesi fazı ve eğitimin randomize kontrollü bir çalışma ile değerlendirilmesi.

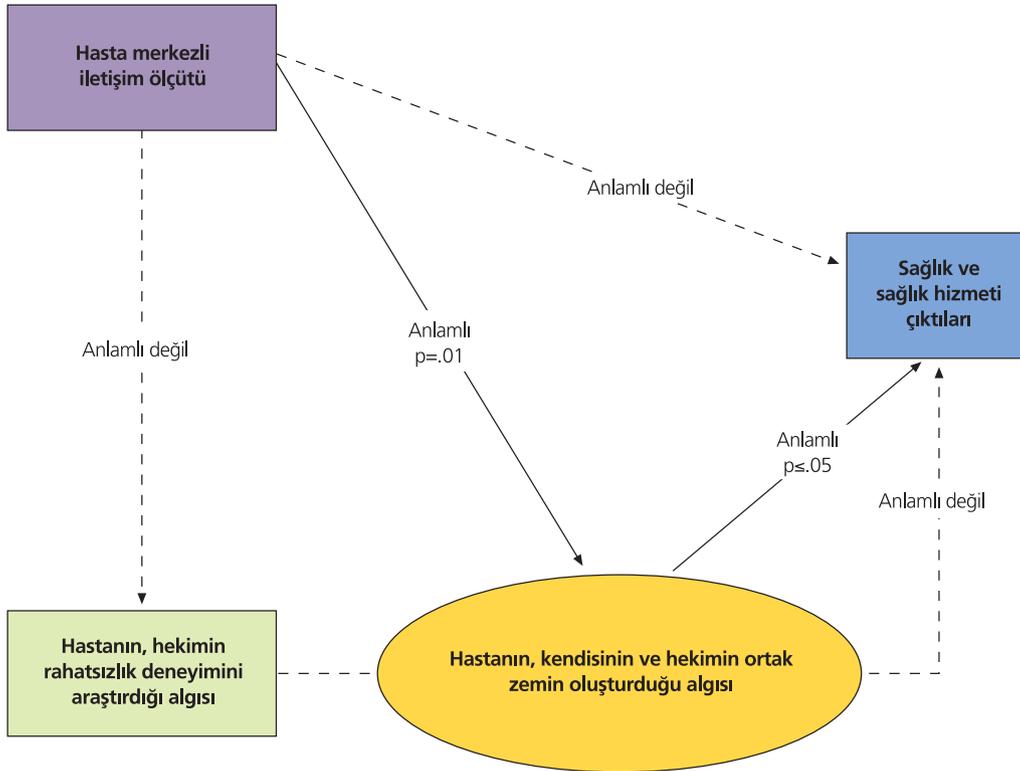
Onbir meme kanseri hastası ile yapılan ve tanı veya nüks saptanması sırasında hekimleri ile iletişim deneyimlerini araştıran, uzun görüşmelerden elde edilen niteliksel veriler sonucunda, dört ana tema ön plana çıkmıştır: Güven ve umut içeren bir ilişki geliştirilmesi, bilgi payla-

şımı, kontrol hissi yaratılması ve kronik hastalığı olan bir birey olarak yaşamı yönetebilme.^[12]

Altı saatlik eğitim programı şu ana bileşenlerden oluşmaktaydı: Hekim perspektifi; meme kanseri hastaları ile tartışma oturumunu da içeren hasta perspektifi; standardize hastalarla, kayıt altına alınan ve sonrasında geribildirim verilen görüşmeler.

Çalışmada 51 aile hekimi, onkoloji uzmanı ve cerrah altı saatlik eğitim programını (yoğun eğitim grubu) veya iki saatlik video izleme ve tartışmadan oluşan standart eğitimi (geleneksel eğitim grubu) alacak şekilde randomize edildiler. Eğitimin etkinliği, standardize hastalar (bunlar araştırmacıların yarattığı olgu senaryolarını canlandıran kişilerdi) ile yapılmış ve kayıt altına alınmış görüşmelerle hasta merkezli iletişim üzerine etkisi bakımından değerlendirildi. Görüşmeler hem eğitim öncesinde hem de eğitim sonrasında gerçekleştirildi. Aynı zamanda meme kanseri olan gerçek hastaların doyumları ve kendilerini ne derece iyi hissettikleri sorgulandı.

Araştırma yönteminin yedi güçlü yönü bulunmaktaydı: Rastgele yerleştirme; iletişimi değerlendiren iki araştırmacının tutarlılığı; geçerli iletişim ölçütleri; değerlendiren araştırmacıların hekimlerin hangi grupta olduklarını bilmemeleri; kontaminasyonu düşündüren bir kuşkunun bulunmaması; hekimlerin tam işbirliği (tüm hekimler eğitim-



Şekil 2. Hasta merkezli iletişim ölçütü, hastanın hasta merkezlilik algısı ve çıktılar arasındaki ilişkisi.

lere katıldılar ve tüm standardize hasta görüşmelerini tamamladılar) ve hasta çıktılarının dahil edilmesi.

Çalışma sonunda, cerrahlar ve onkologların kayıt altına alınan eğitim sonrası görüşmelerinde, eğitim öncesine göre herhangi bir değişim saptanmamıştır. Ancak eğitim, aile hekimlerinin görüşmelerinde anlamlı bir fark yaratmıştır.

Ek olarak, müdahale grubundaki cerrah ve onkologların hastaları, kontrol grubundaki hekimlerin hastalarına göre görüşme sonrasında daha fazla doyum elde etmiş ve kendilerini daha iyi hissetmişlerdir. Diğer bir deyişle hastalar, görsel-işitsel kayıt ölçütünün saptamadığı farkı algılamışlardır. Hastalar görüşmenin önemli bileşenleri konusunda biz araştırmacılardan daha iyi sezgilere sahip olduklarını göstermişlerdir – hasta merkezliliği inceleyen bir araştırma programında, bundan daha hasta merkezli bir sonuç elde edilebilir mi?

Dünyadaki Araştırmalar

Başka araştırmacılar da, hasta merkezli bakımın hastaların deneyimleri, sağlıkları ve sağlık bakımının etkinliği üzerinde fark yarattığını bulmuşlardır.

Uluslararası literatür göz önüne alındığında, daha hasta merkezli bakımın hasta algıları üzerindeki olumlu etkisi evrensel bir gerçek olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu şekildeki çalışmalardan iki örnek seçtim. Güney Afrika'da Henbest ve ark.'nın yaptığı çalışmada hasta merkezli olmayan ve hasta merkezli olan görüşmeler arasında hasta doyumunu açısından %15'e %46 gibi büyük ve anlamlı bir fark saptanmıştır.^[13] İspanya'da Moral ve ark., aile hekimleri hasta merkezli bir eğitim almış olan müdahale grubu ile kontrol grubu arasında, hasta algılarında %55'e %29'luk bir fark göstermişlerdir.^[14]

Hasta çıktıları göz önüne alındığında ise sonuçlar, genel hasta hekim iletişimi açısından karmaşık olmakla birlikte, aile hekimliği ve hasta merkezli bakım açısından umut vericidir. Griffin ve meslektaşları, dünya literatürü üzerinde yaptıkları bir sistematik derlemede, 35 girişimsel çalışmanın büyük çoğunluğunun hasta – hekim iletişimini güçlendirdiğini ve bunlardan yarıdan biraz fazlasının hastanın sağlığı üzerinde olumlu etkiye sahip olduğunu bulmuşlardır.^[15] Bu derleme, etkin bir hasta – hekim ilişkisini desteklemek için kullanılacak değerli yollara da işaret etmektedir. Bu yollar, hastaları soru sormaya teşvik etmek veya endişelerini kâğıda dökmelerini önermek gibi hastalara yönelik girişimlerin yanı sıra, hekimlere hastalarının görüş, kaygı ve beklentilerini nasıl araştırabilecekleri konusunda eğitim verilmesi, hastalara hastalık ve tedavisi ile ilgili daha iyi bilgi aktarabilmeleri için yardımcı olmak ve hekimlerin görüşme sırasındaki duygulara karşı dikkatini arttırmak gibi hekimler üzerindeki girişimler de olabilir. Bu görüşler, bu makalenin ilerleyen bölümlerinde söz edilecek eğitim stratejileri ile de son derece tutarlıdır. Olumlu yönde etkilenen sağlık çıktıları

ise semptomların iyileşmesi, anksiyetede azalma ve işlevsel durumun düzelmesi olarak sıralanabilir.

Sağlık harcamaları ile ilişkili endişeler ve sağlık hizmetinin bir anlamda akıl hocası olmak, kaynak kullanımı ve maliyet araştırmalarının da yapılmasına yol açmıştır. Kuzey Amerika'da hasta merkezli bakım alan hastalarda istenen tanıl testlerin hem maliyeti hem de sayısı daha düşüktür. Örneğin Kanada'da, yaptığımız bir kohort çalışması, hasta merkezli olmayan görüşmelerin %23,3'ünde, hasta merkezli olanların ise %14,6'sında tanıl test istendiğini ortaya koymuştur.^[16] Amerika Birleşik Devletleri'nde Epstein, hekim hasta merkezli olmadığından tanıl test maliyetininin 100 dolar, hasta merkezli olduğunda ise 89 dolar olduğunu göstermiştir.^[17]

Özet olarak, hasta merkezli bakımın, hastaların deneyimlerini daha olumlu algılamalarına, hastanın sağlığında olumlu gelişmelere ve kaynak kullanımının ve maliyetin azalması ile etkinliğin artmasına yol açtığını söyleyebiliriz.

Hasta Merkezli Bakım Öğretilebilir ve Öğrenilebilir

Bugüne kadar yapılan çalışmalardan, aile hekimi ve hastası arasındaki hasta merkezliliği artırma amacı taşıyan başarılı eğitim programlarının sahip olması gereken bileşenlerden altısı şöyle sıralanabilir.

1) Ciddi çalışmalardan elde edilen kanıtların sunulması, 2) Hasta merkezli bakım için gerekli bileşenlerin veya görevler ile ilgili kavramların bilinmesi ve paylaşılması (başka bir deyişle hasta merkezli klinik yöntemin öğretilmesi), 3) Duygusal deneyimlerini paylaşmaları veya 14 soruluk anketi doldurmaları istenerek hastalardan öğrenilmesi, 4) Oyunlaştırmalar veya kayıt altına alınan görüşmeler ile hasta merkezli bakım uygulaması yapılması, 5) Öğrencilerin kendi hasta görüşmeleri hakkında güvenli ve yapıcı geribildirim almalarının sağlanması, 6) Hasta merkezli bakım eğitiminin diğer klinik beceri eğitimleri ve günlük klinik uygulama ile entegre edilmesi.

Sonuç

Bu makalenin hasta merkezli klinik yöntemi daha iyi kavramanıza yardımcı olduğunu umuyorum. Bu yazıda hasta merkezli bakımının hastalar için neden önemli olduğu, bu yaklaşımın aile hekimine tanı ve tedavi alanlarında nasıl önemli katkılar sağlayabileceği tartışılmış ve yöntemin araştırılabilir, öğretilebilir ve öğrenilebilir olduğu gösterilmiştir.

Kaynaklar

Kaynak listesi 79. sayfada yer almaktadır.