Spolufinancováno Evropskou unií

IPVZ

Evropské požadavky na kontinuální lékařské vzdělávání (CME) v oboru GP/FM

Český překlad dokumentu EURACTu:

European-requirements-for-gp-fm-continuous-medical-education

Bednář J., Buchanan J., Michels NR., Kalda R., Vajer P., Miftode R., Homar V., Ristovska R., Kolesnyk P. European Requirements for GP/FM Continuous Medical Education. European Academy of Teachers in GP/FM (EURACT), 2020.

Neoficiální překlad do češtiny pro vlastní potřebu. Závazné je anglické znění originálu.

Shrnutí zásad účinného CME pro praktické lékaře/rodinné lékaře (GPs/FDs)

CME by mělo:

- vycházet z potřeb učení relevantních pro současnou praxi,
- využívat metody, které praktické lékaře aktivně zapojují a podporují reflexi,
- zahrnovat pohled na to, co pacienti od své zdravotní péče chtějí a potřebují, a vyvažovat potřeby a požadavky pacientů,
- zajistit, aby byli lékaři podporováni ve vhodné změně praxe,
- být vyhodnocováno a přizpůsobováno měnícím se potřebám,
- být prosté střetu zájmů,
- podporovat sociální kontakt s kolegy prostřednictvím komunit praxe,
- uznávat potřebu podporovat pohodu (well-being) lékařů.

Úvod

Evropská akademie učitelů všeobecného praktického lékařství a rodinné medicíny (EURACT) je vzdělávací sítí WONCA Europe. Skupina pro kontinuální lékařské vzdělávání (CME) a kontinuální profesní rozvoj (CPD) vypracovala tento dokument na základě přehledu současné literatury, aby podpořila kolegy, kteří se snaží zlepšit a rozvíjet programy CME pro praktické lékaře/rodinné lékaře (GPs/FDs).

I když se CPD a CME často používají zaměnitelně, většina literatury dnes definuje CME jako součást CPD. CPD je širší pojem, který zahrnuje celoživotní osobní rozvoj a zrání projevující se nejen ve vzdělání a profesionalitě, ale také v etice, hodnotách, postojích nebo komunikačních dovednostech lékaře ve vztahu k pacientovi. Pro účely tohoto dokumentu budeme používat pouze termín CME.

Definice CME

CME se definuje jako „jakákoli aktivita, která slouží k udržení, rozvoji nebo zvýšení znalostí, dovedností a profesního výkonu a vztahů, které lékař používá při poskytování služeb pacientům, veřejnosti nebo profesi“ [1]. Je nezbytnou součástí profesního života všech lékařů, protože dřívější představa, že lékařská fakulta vybaví člověka na celý život praxe, už není vzhledem k rychlému tempu změn v lékařské praxi přijatelná.

Dopad CME

Existují dobré důkazy, že CME může být účinné a má dopad na výkon lékařů i na zdravotní výsledky pacientů [2]. Panuje shoda, že tento dopad je zřejmě větší na výkon lékařů než na zdravotní výsledky pacientů [2].

Jak se učí dospělí

Porozumění teoriím o tom, jak se učí dospělí, je důležité při plánování aktivit CME. Dospělí se chtějí učit, jsou samostatní a potřebují, aby bylo učení relevantní a použitelné v jejich prostředí. Jsou-li tyto podmínky splněny, jsou vysoce motivováni [3]. V mnoha zemích pracují praktičtí lékaři/rodinní lékaři v malých ordinacích a často jsou geograficky izolovaní. Tyto zvláštní faktory je třeba mít na paměti při zajišťování CME pro tuto skupinu.

Účinné intervence

Vzhledem k tomu, že se uznává, že CME je účinné, další otázkou je, jak CME poskytovat tak, aby podporovalo lékaře ve změně praxe a zlepšování výsledků pro pacienty. Prvním krokem je uvědomit si, že učení je dynamické a probíhá denně, když se praktický lékař/rodinný lékař setkává s obtížnými problémy. Hodnocení potřeb má svou roli a vyžaduje se několik přístupů. Lékaři využívají sebeuvědomění k určení svých vzdělávacích potřeb. Pokud se to dělá dobře, existují určité důkazy, že je pravděpodobnější, že se praxe změní [4]. Nejlepšími metodami sebehodnocení jsou ty, které podporují záměrnou reflektivní praxi, například zaznamenávání každodenních problémů, u nichž se vyskytuje nejistota, zpětná vazba z údajů o preskripci, „chování“ při indikaci diagnostických testů a údaje o odesílání pacientů a diskuse o těchto údajích s kolegy a lékaři specialisty. Poskytovatelé CME by měli navíc používat některá objektivní hodnocení vzdělávacích potřeb, například vzájemné hodnocení v kruzích kvality, názory odborníků, přehled literatury, údaje o výkonu lékařů a standardizovaná hodnocení [1]. Existují příklady tohoto přístupu „shora dolů a zdola nahoru“ při tvorbě programů CME pro praktické lékaře/rodinné lékaře [3, 5].

Zajímavým vývojem je zahrnutí přístupů ke zvyšování kvality do aktivit CME [6]. Metodou, která tyto principy zahrnuje, je kruh kvality (Quality Circle), kde se malé skupiny zdravotnických pracovníků pravidelně scházejí, aby reflektovaly a zlepšovaly praxi [7]. Ve venkovských oblastech lze takovou práci zajistit prostřednictvím online komunit učících se. U nich se ukázal účinek na změnu chování, posílení sebeúcty a zvýšení profesní sebedůvěry [8].

Hodnocení potřeb

Zjištění potřeb spolu s posouzením toho, co se má naučit a proč, povede k určité jasnosti ohledně cílů a umožní vypracovat plán učení. Cíle by měly být jasné, stručné a ideálně měřitelné. Je však také třeba přijmout, že přípravu k řešení nejobtížnějších klinických problémů nelze vždy snadno shrnout do vzdělávacího cíle.

Stanovení cílů může pedagogům umožnit poskytovat účinnější příležitosti k učení. Je zřejmé, že žádná jediná forma učení nefunguje za všech okolností. Účinnost roste, když se používá více metod, které umožňují interakci, opakované vystavení a delší programy místo kratších a které se zaměřují na výstupy, jež lékaři považují za důležité [2]. Příležitost k interakci je zásadní. Může probíhat osobně i elektronicky.

Tradiční přednáška (kterou lékaři často preferují) a šíření tištěných materiálů jsou nejméně účinné metody CME, ale přesto se běžně používají. Krátké přednášky mohou mít důležitou roli při uvedení do tématu a poskytnutí aktuálních znalostí, před diskusí v malých skupinách, například nad případovými studiemi. Tato diskuse umožňuje důležitou fázi učení dospělých, tedy reflexi toho, jak je naučené relevantní a jak je lze uplatnit v praxi. Opakované vystavení v různých formátech usnadňuje změnu chování [2].

Role informačních technologií

Široký přístup k informačním technologiím umožňuje vznik nových mechanismů učení prostřednictvím online kurzů, které mohou být pro praktické lékaře/rodinné lékaře zvlášť relevantní. Online kurzy musí dodržovat stejné principy jako prezenční CME. Musí být snadno použitelné, zahrnovat praktická cvičení, opakování a zpětnou vazbu. Mohou vznikat online komunity učících se, které interakci dále usnadňují, a tyto sítě jsou zvlášť důležité pro lékaře, kteří pracují v izolaci. Učení lze kromě toho posilovat i v klinických informačních systémech, a to začleněním doporučených postupů a možností vyhledávání diagnostických a terapeutických intervencí relevantních pro konkrétní prezentaci pacienta. Musí existovat proces aktualizace těchto doporučených postupů. V této oblasti je ještě mnoho k poznání, včetně toho, jak ji ve vzdělávání nejlépe využít.

Sebeaudit a sebehodnocení

Je nutné vyvíjet IT nástroje, které praktickým lékařům umožní auditovat svou práci a porovnávat ji s výkonem ostatních pomocí ukazatelů kvality. Měly by zahrnovat informace o sledování chronických neinfekčních onemocnění, větších operacích, anamnéze nemocí, očkování, alergiích apod. Všechna tato data musí být snadno dostupná praktickým lékařům, kteří tak mohou získat vhled do vlastní práce. To může pomoci budovat profesní sebedůvěru a zlepšit sebeúctu.

Obecné nařízení o ochraně osobních údajů (GDPR)

GDPR musí být dodržováno. Mělo by být jasné, kdo má přístup k datům v elektronické zdravotnické dokumentaci (EMR), kterou vytvářejí praktičtí lékaři, a v elektronických osobních záznamech (EPR), které vytvářejí pacienti. Veškeré CME pro praktické lékaře/rodinné lékaře založené na přehledu údajů o pacientech musí zajistit, aby data nebyla identifikovatelná a byla v souladu s předpisy.

Hodnocení aktivit nebo programů CME

CME mohou poskytovat různé instituce nebo organizace. Často se organizuje ve spolupráci s lékařskou komorou nebo asociací. Aby se zlepšila a zaručila kvalita programů CME, vypracovala Pracovní skupina pro vzdělávání WONCA World soubor standardů, které lze využít [9].

Je důležité, aby poskytovatelé CME hodnotili vzdělávací aktivity, které vytvářejí. Široce se používá Kirkpatrickův model hodnocení vzdělávání. Popisuje čtyři úrovně, na nichž může hodnocení probíhat: spokojenost účastníků, změna znalostí a postojů, zlepšení klinických výsledků lékaře a zlepšení výsledků pacientů [10]. Novější model navrhli Stevenson a Moore (2018) se sedmi úrovněmi, které na vrcholu zahrnují dopad na zdraví komunity [11]. Hodnocení nad nižšími úrovněmi obou modelů není běžné. Nižší úrovně však nelze zanedbávat, protože je důležité, aby praktičtí lékaři/rodinní lékaři považovali CME za

zajímavé a stimulující. Kritéria pro určení, které úrovně se mají měřit a jak robustní hodnocení je potřeba, závisejí na typu poskytovaného vzdělávacího programu.

Učení na pracovišti

Učení na pracovišti dobře odpovídá tomu, co víme o tom, jak se učí dospělí. Je efektivní a účinné a umožňuje klinikům získat znalosti v prostředí, kde je lze použít. Je zvlášť relevantní v primární péči, protože praktičtí lékaři/rodinní lékaři pracují v jednotkách rozptýlených v komunitě. Tyto komunity praxe mohou být velmi bohatým vzdělávacím prostředím, pokud mají všichni na zřeteli neustálý rozvoj.

Role zdravotnických organizací a zaměstnavatelů

Zaměstnavatelé a zdravotnické organizace musí chápat důležitou roli, kterou CME hraje při rozvoji kvality péče a udržování motivovaných a angažovaných odborníků. Musí praktickým lékařům/rodinným lékařům umožnit účastnit se CME v průběhu pracovního týdne. Profesní organizace a regulátoři musí uznat, že akreditace hodin vzdělávání není náhradou za zlepšení kompetence. Lékařům je třeba umožnit flexibilitu v typu uznávaného vzdělávání, což by mělo zahrnovat i učení, u něhož lze prokázat změnu praxe.

Je také třeba být si vědom vlivu, který mohou mít aktivity sponzorované průmyslem na chování lékařů, zejména pokud jde o preskripci [12, 13]. Poskytovatelé CME musí být schopni rychle reagovat na náhlé změny ve společnosti a v prevalenci nemocí, například na rychlou masovou migraci nebo pandemii. Musí existovat připravenost rychle přehodnotit potřeby a rychle poskytnout účinné vzdělávací moduly. To bylo nedávno nutné v průběhu pandemie COVID-19, která vyvolala rychlou změnu způsobu poskytování CME, protože prezenční aktivity už nebyly možné.

V zájmu každé společnosti je, aby lékaři poskytovali kvalitní a bezpečnou péči, a proto vyžaduje, aby své znalosti a dovednosti udržovali aktuální. Tento proces formálního uplatnění nároku a jeho vyhodnocení se nazývá recertifikace. V některých evropských zemích je tento proces povinný, někde se doporučuje a v některých případech není jako takový formálně zaveden vůbec. První evropskou zemí, která zavedla povinnou recertifikaci v rámci CME, bylo Norsko (1985), následovalo Slovinsko (1992). Většina ostatních evropských zemí se připojila po roce 2000. Může být nezbytnou podmínkou obnovení licence nebo registrace lékaře, obvykle je spojena s profesním hodnocením a bonusy. V některých zemích souvisí s profesními nebo finančními sankcemi nebo dokonce se ztrátou licence.

Budoucnost

Stále je třeba vyvíjet přístupy k CME, které podporují lékaře ve změně praxe, zlepšování výsledků pacientů a zdraví komunity. Je zapotřebí více práce na tom, aby se pohled pacienta smysluplně zahrnul do CME. Kromě toho je třeba stále více se zaměřovat na učení společně s dalšími profesionály, kteří poskytují primární péči, aby pacienti dostávali účinnou, koordinovanou péči [14].

Tyto nově vznikající poznatky o nejúčinnějších způsobech poskytování CME v primární péči lze využít ke stanovení společných standardů v celé Evropě, které umožní jednotlivým zemím rozvíjet a zlepšovat zdraví komunity.

Závěr

Shrnuto, všichni poskytovatelé CME musí uznat, že praktičtí lékaři/rodinní lékaři nejlépe reagují na programy, které jsou relevantní pro jejich praxi a přístupným způsobem jasně reagují na jejich potřeby. Poskytování by mělo kombinovat aktualizaci znalostí a interaktivní učení. CME by mělo vést ke zvyšování kvality a lepším výsledkům pacientů.

Tento dokument nastiňuje principy poskytování účinného CME pro praktické lékaře/rodinné lékaře, které vycházejí ze současného stavu důkazní základny. S dalším vývojem důkazní základny bude třeba je přezkoumat a zpřesnit. Výbor pro CME při EURACT vypracoval sérii podkladových dokumentů, které výše uvedené principy popisují podrobněji.

Literatura

Literatura je ponechána v originálním znění.

1. Davis N, Davis D, Bloch R. Continuing Medical Education AMEE Guide 35 2010
2. Cervero RM, Gaines JK. The impact of CME on physician performance and patient health outcomes: an updated synthesis of systematic reviews. J Contin Educ Health Prof. 2015;35(2):131-8
3. VanNieuwenborg L, et al. Continuing medical education for general Practitioners; A practice format Postgrad Med J 2016;0:1–6.
4. Walsh K. How to assess your learning needs Journal Royal Society of Medicine 2006 Jan; 99(1): 29–31.
5. Kjaer NK, et al. A new comprehensive model for Continuous Professional development Eur J Gen Pract. 2017 Dec;23(1):20-26
6. Rohrbasser A, et al. Quality circles for quality improvement in primary health care: Their origins, spread, effectiveness and lacunae – A scoping review. Systematic Reviews 2013, 2;110
7. Shjannia K, et al. Continuing Medical Education and Quality Improvement: A Match Made in Heaven? Ann Internal Med 2012: 156(4):305-308
8. Rohrbasser Adrian, Bak Kirk Ulrik, Arvidsson Eva. Use of quality circles for primary care providers in 24 European countries: an online survey of European Society for Quality and Safety in family practice delegates. Scandinavian Journal of Primary Health Care 2019;37:3,302-311
9. Ng V, et al. WONCA Global Standards for Continuing Professional Development August 2016
10. Tian J, Atkinson NL, Portnoy B, Gold RS. A Systematic Review of Evaluation in Formal Continuing Medical Education. Journal of continuing education in the health professions 2007; 27: 16-27.
11. Stevenson R, Moore D. Ascent to the Summit of the CME Pyramid. JAMA 2018 319: 6 543-4
12. Frickweiler F. Interactions between physicians and the pharmaceutical industry generally and sales representatives specifically and their association with physicians' attitudes and prescribing habits: a systematic review Sept 2017, 10.1136/bmjopen-2017-016408
13. Guenova Margarita, Schäfer Robert, Palange Paola. Independent Continuing Medical Education (CME)/Continuing Professional Development (CPD) Must Deliver Unbiased Information. Journal of European CME 2019;12:8(1):1690321
14. Miller R, et al. Interprofessional Education and Primary Care EFPC Position Paper, Primary Health Care Research and Development 2019 20(e138) 1-10