Spolufinancováno Evropskou unií

IPVZ

Evropské požadavky na specializační přípravu v oboru VPL/rodinná medicína (GP/FM)

Český překlad dokumentu EURACTu:

European-training-requirements-for-gp-fm-specialist-training

Michels N., Maagaard R., Scherpbier N. Educational Training Requirements for GP/FM specialist training. European Academy of Teachers in General Practice (EURACT), 2018.

Neoficiální překlad do češtiny pro vlastní potřebu. Závazné je anglické znění originálu. Obrázek „Strom WONCA" z originálu není zařazen.

Obsah

- Předmluva
- A. Evropské požadavky na ŠKOLENCE
    a. Co se musí školenci naučit a dosáhnout (příprava založená na kompetencích)?
    b. Jak toho mají školenci dosáhnout?
    c. Jak hodnotit dosažené kompetence?
    d. Jak dlouho má příprava trvat?
    e. Kde má být příprava organizována?
    f. Jak má probíhat výběr školenců?
- B. Evropské požadavky na ŠKOLITELE
- C. Evropské požadavky na VZDĚLÁVACÍ INSTITUCE
- Literatura

Předmluva

WONCA Europe a její vzdělávací organizace EURACT vypracovaly několik důležitých dokumentů o definici a popisu oboru všeobecné praktické lékařství/rodinná medicína (General Practice/Family Medicine, GP/FM). EURACT se věnoval různým aspektům vzdělávání v oboru GP/FM, od pregraduálního až po specializační, a zahrnul také kontinuální lékařské vzdělávání a kontinuální profesní rozvoj. EURACT zdokumentoval evropskou situaci ve specializační přípravě v oboru GP/FM: existují společné rysy, ale také velká rozmanitost.

Podvýbor EURACT, „Specialist Training Committee" (Výbor pro specializační přípravu), převzal iniciativu a sestavil přehled mnoha vzdělávacích dokumentů (z let 2006 až 2014) a doplnil některá doporučení pro specializační přípravu v oboru GP/FM v Evropě.

Doufáme, že tento dokument může sloužit jako inspirace a vodítko pro všechny země, aby svou specializační přípravu v oboru GP/FM dovedly na nejvyšší standard, který opravňuje k registraci GP/FM jako lékařské specializace. Pacienti v oboru GP/FM v celé Evropě si zaslouží vynikajícím způsobem připravené specialisty.

Duben 2018, Nele Michels, Roar Maagaard a Nynke Scherpbier-de Haan jménem Specialist Training Committee EURACT

A. Evropské požadavky na ŠKOLENCE

1. Co se musí školenci naučit a dosáhnout (příprava založená na kompetencích)?

Konsenzuální dokument WONCA Europe o evropské definici GP/FM (2002, s revizemi v letech 2005 a 2011) uvádí, že GP/FM je „akademická a vědecká disciplína s vlastním vzdělávacím obsahem, výzkumem, důkazní základnou a klinickou činností a klinický obor orientovaný na primární péči“ (1).

K určení „klíčových kompetencí“* praktického lékaře nebo rodinného lékaře je definováno dvanáct ústředních charakteristik oboru, a tedy schopností, které by měl ovládat každý specialista v rodinném lékařství (viz tabulka 1).

Tabulka 1: Dvanáct ústředních charakteristik oboru (1)

Charakteristikou oboru GP/FM je, že:

	Charakteristika
a	je zpravidla místem prvního kontaktu se zdravotnickým systémem, poskytuje otevřený a neomezený přístup jeho uživatelům a řeší všechny zdravotní problémy bez ohledu na věk, pohlaví nebo jakoukoli jinou charakteristiku dotyčné osoby.
b	efektivně využívá zdroje zdravotní péče koordinací péče, spoluprací s dalšími odborníky v prostředí primární péče a řízením rozhraní s dalšími odbornostmi, a v případě potřeby se zastává pacienta.
c	rozvíjí přístup zaměřený na člověka, orientovaný na jednotlivce, jeho rodinu a jeho komunitu.
d	podporuje posílení postavení pacienta (patient empowerment).
e	má jedinečný konzultační proces, který prostřednictvím účinné komunikace mezi lékařem a pacientem navazuje vztah v čase.
f	odpovídá za zajištění dlouhodobé kontinuity péče podle potřeb pacienta.
g	má specifický rozhodovací proces, určený prevalencí a incidencí nemocí v komunitě.
h	řeší současně akutní i chronické zdravotní problémy jednotlivých pacientů.
i	řeší onemocnění, která se v raném stadiu vývoje projevují nediferencovaně a mohou vyžadovat naléhavý zásah.
j	podporuje zdraví a pohodu vhodnými a účinnými intervencemi.
k	nese specifickou odpovědnost za zdraví komunity.

	Charakteristika
l	řeší zdravotní problémy v jejich fyzických, psychologických, sociálních, kulturních a existenciálních rozměrech.

Dvanáct charakteristik lze seskupit do šesti klíčových kompetencí (s odkazem na charakteristiky):

1. Řízení primární péče (a, b)
2. Péče zaměřená na člověka (c, d, e, f)
3. Specifické dovednosti řešení problémů (g, h)
4. Komplexní přístup (i, j)
5. Orientace na komunitu (k)
6. Holistické modelování (l)

Každá klíčová kompetence může být popsána určitými schopnostmi (viz tabulka 2).

Tabulka 2: Šest klíčových kompetencí a jejich schopnosti (1, 2)

Klíčová kompetence praktického lékaře	Zahrnuté schopnosti
Řízení primární péče zahrnuje schopnost	– řídit první kontakt s pacienty a zvládat nevyselektované problémy; – pokrýt celé spektrum zdravotních stavů; – koordinovat péči s dalšími odborníky v primární péči i s dalšími specialisty; – ovládat účinné a vhodné poskytování péče a využívání zdravotních služeb; – zpřístupnit pacientovi vhodné služby v rámci zdravotnického systému; – zastávat se pacienta.
Péče zaměřená na člověka zahrnuje schopnost	– uplatňovat přístup zaměřený na člověka při jednání s pacienty a problémy v kontextu okolností pacienta; – rozvíjet a uplatňovat konzultaci v praktickém lékařství tak, aby vznikl účinný vztah lékař–pacient s respektem k autonomii pacienta; – komunikovat, stanovovat priority a jednat v partnerství; – zajišťovat dlouhodobou kontinuitu péče podle potřeb pacienta, odkazující na pokračující a koordinované řízení péče.
Specifické dovednosti řešení problémů zahrnují schopnost	– vztahovat specifické rozhodovací procesy k prevalenci a incidenci nemocí v komunitě; – selektivně sbírat a interpretovat informace z anamnézy, fyzikálního vyšetření a vyšetření a využít je pro vhodný plán péče ve spolupráci s pacientem; – uplatňovat vhodné pracovní zásady, například postupné vyšetřování, využití času jako nástroje a toleranci nejistoty; – zasáhnout

Klíčová kompetence praktického lékaře	Zahrnuté schopnosti
	neodkladně, když je to nutné; – řešit stavy, které se projevují včas a nediferencovaně; – účinně a efektivně využívat diagnostické a terapeutické intervence.
Komplexní přístup zahrnuje schopnost	– řešit současně více obtíží a patologií, akutních i chronických zdravotních problémů u jednotlivce; – podporovat zdraví a pohodu vhodným uplatňováním strategií podpory zdraví a prevence nemocí; – řídit a koordinovat podporu zdraví, prevenci, léčbu, péči, paliaci a rehabilitaci.
Orientace na komunitu zahrnuje schopnost	uvést do rovnováhy zdravotní potřeby jednotlivých pacientů a zdravotní potřeby komunity, ve které žijí, s ohledem na dostupné zdroje.
Holistické modelování zahrnuje schopnost	používat bio-psycho-sociální model s ohledem na kulturní a existenciální rozměry.

* „Klíčový“ znamená podstatný pro obor, bez ohledu na zdravotnický systém, ve kterém se uplatňuje (4).

Protože je GP/FM vědecká disciplína zaměřená na člověka, přidávají se tři rysy, které jsou podstatné pro uplatnění klíčových kompetencí (1) (podrobněji v tabulce 3):

I. **Kontextový:** porozumění kontextu samotných lékařů a prostředí, ve kterém pracují, včetně jejich pracovních podmínek, komunity, kultury, finančních a regulačních rámců.

II. **Postojový:** vychází z profesních schopností, hodnot a etiky lékaře.

III. **Vědecký:** zaujímání kritického a na výzkumu založeného přístupu k praxi a jeho udržování prostřednictvím celoživotního učení a zvyšování kvality.

Tabulka 3: Podrobný popis tří rysů, ve kterých je GP/FM zakotven

Rys	Popis
Kontextový	– využívat kontext osoby, rodiny, komunity a jejich kultury při diagnostice, rozhodování a plánování péče; – projevovat osobní zájem o pacienta a jeho prostředí a být si vědom možných důsledků nemoci pro členy rodiny a širší okolí (včetně pracovního prostředí) pacienta.
Postojový	– vychází z uvědomění si vlastních schopností a hodnot; – rozpoznávat etické aspekty klinické praxe (prevence, diagnostika, léčba, faktory ovlivňující životní styl); – zdůvodňovat a objasňovat osobní etiku; – být si vědom vzájemného působení práce a soukromého života a usilovat o dobrou rovnováhu mezi nimi.

Rys	Popis
Vědecký	– být obeznámen s obecnými principy, metodami a koncepty vědeckého výzkumu a se základy statistiky (incidence, prevalence, prediktivní hodnota apod.); – důkladně znát vědecké základy patologie, symptomů a diagnostiky, léčby a prognózy, epidemiologie, rozhodovací teorie, teorií tvorby hypotéz a řešení problémů a preventivní zdravotní péče; – umět vyhledávat, číst a kriticky hodnotit odbornou literaturu; – zaujímat kritický a na výzkumu založený přístup k praxi a udržovat jej prostřednictvím průběžného učení a zvyšování kvality.

Všechny tyto prvky, tedy charakteristiky, klíčové kompetence a doplňující rysy, spolu souvisejí, jak ukazuje „Strom WONCA“, který vytvořila Švýcarská lékařská společnost pro primární péči (Swiss College, 2004) (3).

2. Jak toho mají školenci dosáhnout?

V roce 2005 byla vydána vzdělávací agenda EURACT (EURACT Educational Agenda) (2). Poskytla ucelený rámec pro **výuku** i **učení** klíčových kompetencí a byla navržena pro různé účely, všechny související se vzděláváním v oboru GP/FM: (1) pro ty, kdo poskytují vzdělávání v oboru GP/FM a vytvářejí výukové programy, aby měli rámec pro výuku klíčových kompetencí, (2) pro ty, kdo se obor učí, aby měli vzdělávací rámec pro stanovování cílů učení a sledování jejich dosažení, (3) pro ty, kdo se podílejí na tvorbě kurikula, aby určili priority výuky a učení GP/FM.

Vzdělávací agenda EURACT definuje pro každou klíčovou kompetenci a související schopnosti učební cíle (2). Tyto cíle pokrývají <u>znalosti, dovednosti a postoje</u> požadované na konci přípravy v oboru GP/FM (podrobnosti viz Educational Agenda). Popisuje také vzdělávací metody (viz tabulka 4), dále důsledky pro prostředí (viz bod 5) a pro hodnocení (viz bod 3). To druhé je podrobně ilustrováno v pozdějším dokumentu EURACT, v dokumentu The EURACT Performance Agenda of GP/FM (2014) (4).

I když se specializační programy mohou lišit, důrazně se doporučuje zohlednit některé obecné zásady (5):

- Příprava má být **založená na výstupech**: důraz na cíle má převažovat nad důrazem na časové rámce.
- Příprava má být **zaměřená na školence**. Má vycházet z individuálních učebních cílů podle hodnocení vzdělávacích potřeb, které se probírá se školitelem. Z toho vzniká individuální studijní plán, který se pravidelně aktualizuje.
- Školenci mají být vzděláváni při každodenní práci v ordinaci nebo na pracovišti (učení na pracovišti).
- Školenci mají pracovat v interakci se školiteli, kteří jsou speciálně připraveni pro specializační přípravu (viz také část B).
- Školencům má být poskytnut chráněný čas na studium.
- Má se podporovat samostatné učení a reflektivní praxe, stejně jako reflexe v malých skupinách o kritických událostech nebo konkrétních interakcích lékař–pacient.
- Vzdělávací prostředí má být bezpečné a má být chápáno jako rozvojový prostor pro školence, tedy orientované kontextově i sociálně-emočně (6).

- Zpětná vazba má být poskytována průběžně a konstruktivně.
- „Lékař jako osoba“ má být výslovně zdůrazňován. To znamená rozvíjet osobní silné stránky a pokoušet se vyvažovat osobní hodnoty a zdraví.

Tabulka 4: Šest klíčových kompetencí a příklady relevantních vzdělávacích metod (2)

Klíčová kompetence praktického lékaře	Způsoby učení nebo výuky klíčových kompetencí
Řízení primární péče	– přímé pozorování školitele při práci v praktickém lékařství školencem; – provádění úkolů praktického lékařství školencem během praxe v ordinaci; – simulace úkolů praktického lékařství se zpětnou vazbou k výkonu; – učení pomocí portfolia, které školence vede k dokumentaci široké škály učebních aktivit v praxi, jako jsou prezentace případů, audity a řízené čtení.
Péče zaměřená na člověka	– výuka, která vychází z problémů, s nimiž pacient přichází, a dává ústřední místo příběhům a vyprávění pacientů při různých vzdělávacích akcích; – využití nástrojů, jako jsou genogramy, rodinné mapy a ekomapy, které zahrnují aspekty související s prací a volným časem; – výcvik v komunikačním modelu citlivém k pacientovi jako předpoklad klinické praxe zaměřené na pacienta; – tematické bloky na konkrétní témata, jako je společné rozhodování, respektování autonomie, poskytování zpětné vazby, nepůsobící tázání apod.; – přednášky o vymezených konceptech a modelech k tématu, které nabídnou rámec pro porozumění a metakognitivní interpretaci toho, co se děje při setkání lékaře s pacientem; – vedená praxe a modely reflektivního učení během praktické přípravy.
Specifické dovednosti řešení problémů	– samostudium incidence a prevalence (četba, přednášky); – vytvoření (nebo četba existujícího) profilu praxe; – provádění konzultací v praktickém lékařství s reflexí a supervizí rozhodování; – na úrovni znalostí četba textů o fyzikální diagnostice a metody případových studií; – na úrovni dovedností simulace odběru anamnézy a fyzikálního vyšetření (například v nácvikové laboratoři); – pozorování výkonu školence v reálné každodenní praxi a zpětná vazba

Klíčová kompetence praktického lékaře	Způsoby učení nebo výuky klíčových kompetencí
	školenci; – na úrovni postojů diskuse se školencem o hodnotě partnerství s pacientem.
Komplexní přístup	– povinná časná expozice klinickým zkušenostem v prostředí primární péče; – krátké přednášky k vysvětlení konceptů multimorbidity a fungování zdravotnického systému; – hraní rolí při výuce komunikačních dovedností; – zadání úkolů (například prezentace pro pacienty v komunitním zdravotnickém prostředí); – popisy případů a diskuse v malých skupinách k posouzení složitosti pacienta; – individuální revize konzultací; – klinický audit; – pokračující práce a reflexe v prostředí primární péče.
Orientace na komunitu	– strukturovaná reflexe pracovních zkušeností (diskuse o případech, revize záznamů pacientů); – klasické metody výuky (přednášky, semináře, malé skupiny, řešení problémů); – návštěvy zdravotnických a sociálních institucí; – terénní práce; – projekty; – audit praxe; – řízené osobní studium.
Holistické modelování	– případové studie, popisy a prezentace jednotlivých případů; – natáčení rozhovorů na video, analýza videozáznamů klinických setkání, simulovaní pacienti; – skupinová diskuse, diskuse jeden na jednoho; – terénní návštěvy, pozorování v praxi, supervize v ordinacích školitelů; – práce s uměním, literaturou a filmy.

3. Jak hodnotit dosažené kompetence?

V roce 2015 Výbor pro specializační přípravu EURACT napsal prohlášení o hodnocení ve specializační přípravě v oboru GP/FM (7). Protože dokument navrhuje komplexní model hodnocení specializační přípravy praktických lékařů, citujeme celý dokument jako úvod k tomuto tématu.

Historicky bylo hodnocení přísně definováno buď jako sumativní, nebo formativní, ale toto rozdělení bylo zpochybněno. Dnes se uznává, že hodnocení musí být zakotveno v přípravě, musí být nedílnou součástí kurikula a hnací silou, která podporuje rozvoj školence. Hodnocení má být spolupracující a usnadňovat partnerský přístup mezi školencem a školitelem. Prohlášení nastiňuje základní principy a nástroje, které lze použít a které lze upravit pro místní potřeby.

Proces hodnocení bude podporovat reflexi. Reflektivní činnost je kognitivní proces, který umožňuje učícím se převést učení do výkonu. Učící se, kteří dobře reflektují, podávají lepší výkon než ti, kdo

nereflektují. Reflektivní činnost může zvýšit profesionalitu učících se a lepší zapojení do jejich profesního života.

Cílem je zajistit rozvoj sebevědomého lékaře, který je kompetentní, přebírá odpovědnost za péči o pacienta a funguje jako bezpečný, nezávislý a profesionální rodinný lékař. Tento přístup bude podporovat silné uvědomění si potřeby reflektivní praxe a celoživotního učení.

Nejdůležitější rysy hodnocení školenců v oboru GP (8):

- Hodnocení má být kvalitní, **programové**† a zakotvené v kurikulu specializační přípravy. Má být transparentní a předem naplánované jako součást specializačního programu. Plánování kurikula bude vyžadovat jasný plán hodnocení hned na začátku. Hodnocení bude muset být účinné, robustní, citlivé, profesionální a vědecky podložené.
- Hodnocení bude vyžadovat závazek poskytnout přiměřený chráněný čas a vyškolit hodnotitele; toto školení bude muset zahrnovat i srovnávání hodnotitelů (benchmarking).
- Hodnocení má vést k poskytnutí smysluplné zpětné vazby, nikoli pouze ke skóre jako jedinému výstupu. Smysluplná zpětná vazba se vyznačuje oboustranným rozhovorem mezi školitelem a školencem, dynamickým procesem, při kterém se školenec dozví od školitele o svém výkonu a zamyslí se nad způsoby, jak případně svůj výkon v budoucnu upravit. Tento proces může být okamžitý nebo probíhat v relativně krátkém časovém rámci.
- Bude vyžadován proces dokumentace hodnocení a reflexí o učení.
- Hodnocení na této úrovni odpovídá činnosti na vrcholu Millerovy pyramidy, na úrovni „Does“ (dělá), a poskytuje prostředí pro profesní, etický, duchovní a osobní růst.
- Tato forma hodnocení pomáhá včas odhalit problémy ve výkonu školence a určit, zda se zlepší vhodnou intervencí. Poskytuje také podklady pro rozhodování o tom, zda má školenec v přípravě pokračovat.
- Hodnocení bude přispívat k pravidelnému souhrnnému hodnocení, které provádí externí zdroj, blízký vzdělávacímu procesu, ale nebudoucí součástí průběžného vztahu školitele a školence. Souhrnné důkazy posoudí externí zdroj. Význam externího zdroje spočívá v tom, že poskytuje určitou ochranu zásadního vztahu školitele a školence. Jde o rozhodnutí s vysokými sázkami, která musí být obhajitelná.
- Hodnocení se bude nevyhnutelně opírat hlavně o pracoviště a zahrnovat posouzení různých aspektů praxe, například nemocnice, návštěv v domácnostech a ordinace.
- Zpětná vazba bude získávána od pacientů, kolegů a dalších odborníků. Velká část neformálního mentorování, které školitelé provádějí, je nedílnou součástí tohoto rámce. Lze použít více metod, ale všechny musí stimulovat reflexi a usnadňovat zpětnou vazbu a učení.

Obecně platí, že výkon praktického lékaře se nejlépe hodnotí v jeho každodenní praxi, na místě, na jeho pracovišti (hodnocení na pracovišti, workplace-based assessment), nejlépe přímým pozorováním (4). Může probíhat během vzdělávacího procesu nebo na jeho konci.

K dosažení dostatečné spolehlivosti a validity je nezbytné používat různé metody, tedy kombinaci nástrojů v různých prostředích a různými hodnotiteli. Zásadní význam má také vzdělávací řídicí systém, který zajišťuje chráněný čas na vzdělávání, plánovanou návaznost a přímé pozorování.

S ohledem na tyto obecné zásady je možné pro každou klíčovou kompetenci definovat některé konkrétní hodnoticí nástroje nebo metody, které lze použít (soubor nástrojů). Aby bylo hodnocení školenců

kvalitně provedené a robustní, mají tvůrci přípravy volit nástroje podle svých cílů, prostředí a organizace specializačního programu.

† „Programové“ znamená, že hodnocení je zakotveno v celém vzdělávacím programu. Předem naplánovanou kombinací nástrojů, které se použijí v různých časech, v různých prostředích a různými hodnotiteli, mohou školenci využít zpětnou vazbu k rozvoji a ke kroku k profesionalitě, tedy k tomu, aby se stali praktickými lékaři.

V následující tabulce (tabulka 5) jsou uvedeny nástroje pro jednotlivé kompetence (viz EURACT Educational Agenda) (2). Metody hodnocení pro jednotlivé kompetence jsou navíc podrobně popsány v EURACT Performance Agenda (4).

Tabulka 5: Šest klíčových kompetencí a příklady souvisejících metod hodnocení (2, 4)

Klíčová kompetence praktického lékaře	Příklady souvisejících metod hodnocení
Řízení primární péče	– znalosti: MCQ (testy s výběrem odpovědí) a eseje; – manažerské dovednosti: OSCE a zkoušky se simulovanými pacienty; – výkon v každodenní práci: opakované kontrolní seznamy a celková hodnocení; získávání postojů: pozorování (například přímé pozorování, sezení u konzultace, videozáznam); – diskuse nebo rozhovor při sumativním a formativním hodnocení; – diskuse nad případem (CBD); – nástroje pozorování konzultace (COT); – zpětná vazba z více zdrojů (MSF); – přirozeně vznikající důkazy (NOE); – dotazník spokojenosti pacienta (PSQ); – revize záznamů pacientů (RPR); – audit výkonu (PA); – simulovaný nebo standardizovaný pacient (SP).
Péče zaměřená na člověka	– pozorování (přímé pozorování konzultace nebo prostřednictvím simulovaných konzultací); – hodnocení zpětné vazby od pacientů; – chronologický postup případu; – videozáznam případu pacienta a reflexe; – diskuse nad případy pacientů a ústní reflexe simulovaných případů; – skupinové diskuse, prezentace problémů nebo porady personálu ordinace; – reflektivní vzdělávací portfolio.
Specifické dovednosti řešení problémů	– OSCE; – přímé pozorování praxe pomocí kontrolních seznamů a celkových hodnocení; – ústní zkouška pomocí hypotetických a vyvíjejících se situací případů; znalost prevalence a incidence lze hodnotit pomocí MCQ, MEQ a ústních

Klíčová kompetence praktického lékaře	Příklady souvisejících metod hodnocení
	zkoušek; – rozhovory s pacienty nebo dotazníky lze použít k hodnocení spokojenosti pacientů s tím, jak se je školenec snažil zapojit do péče.
Komplexní přístup	– průřezové (pozorování několika pacientů) i longitudinální (několik setkání v lékařských záznamech) hodnocení: – pozorování kolegy: přítomnost u konzultace, video a audio záznamy, zrcadlo s jednostranným průhledem; – audit zdravotnické dokumentace; – zpětná vazba od pacientů a příbuzných.
Orientace na komunitu	– revize záznamů ke kontrole dosažení cílů; – revize záznamů k posouzení postupů pro potřeby pacientů, kteří do ordinace nechodí; – kazuistika, popis případu; – pozorování lékaře a týmu při práci; – kdo může hodnotit? Sebehodnocení, interní audit; – externí audit: posouzení procesu hodnocením kolegy; – dokumentační nástroje: kontrolní seznamy, seznamy pozorování, mapy konzultací.
Holistické modelování	Přímé metody: – přítomnost u konzultace praktického lékaře; – analýza natočené konzultace; – simulovaná konzultace; – rozhovory s pacienty, členy rodiny, lékaři, pečujícími (formálními i neformálními) a dalšími zdravotnickými pracovníky v ordinaci; – rozhovory s kolegy nebo specializovanými profesionály. Nepřímé metody: – konzultace lékařských záznamů při hledání informací o třech oblastech/úrovních.

4. Jak dlouho má příprava trvat?

Příprava v oboru GP/FM vyžaduje čas. Kromě zvládnutí všech klinických a obecných znalostí a dovedností musí být praktický lékař/rodinný lékař sebevědomý při zvládání nejistot a složitostí pracoviště GP/FM (8, 9). Školenci se musí naučit pracovat s pacienty s nediferencovanými příznaky, kteří se na praktické lékaře/rodinné lékaře obracejí jako na lékaře v první linii. Proměnlivá povaha pracovní síly praktických lékařů navíc vyžaduje vyšší dovednosti v řízení praxe a v celoživotním učení (8).

Průzkum mezi členy Rady EURACT ukazuje potřebu povýšit GP/FM alespoň na stejnou úroveň jako ostatní lékařské obory a specializace vzhledem ke složitosti a významu GP/FM (10). Průměrná délka přípravy v GP/FM v Evropě se pohybuje mezi dvěma a šesti lety (8, 11)‡. Novější publikace vyzývají k

revizi minimální délky (8, 12). Zásadní je kvalita základního lékařského vzdělání a specializační přípravy praktických lékařů při získávání výše uvedených kompetencí.

V roce 1986 Evropské společenství stanovilo povinnou specifickou přípravu pro GP/FM ve všech členských státech (13). V roce 1993 směrnice (Directive 93/16/EEC) vymezila také minimální přípustnou délku specifické přípravy (14), která byla upravena novou směrnicí v roce 2005 (Directive 2005/36/CE) (15) (viz článek 28 a příloha 5.1.4). Obě směrnice stanovují tyto minimální požadavky: 1) celodenní kurz trvající alespoň tři roky§ a 2) na jedné straně alespoň šest měsíců ve schválené nemocnici nebo klinice a na druhé straně alespoň šest měsíců ve schválené ordinaci všeobecného lékařství nebo ve schváleném centru, kde lékaři poskytují primární péči (14, 15). Příprava musí být více praktická než teoretická a musí být soustředěna v ordinaci praktického lékaře (alespoň 50 % přípravy) (8, 14, 15). To druhé je zásadní pro dosažení odpovídajících výsledků přípravy (viz bod 5).

5. Kde má být příprava organizována?

Jak je uvedeno výše (bod 4), zásadní část (alespoň 50 %) přípravy má probíhat v prostředí praktického lékařství, protože je to jediné místo, kde se lze naučit klíčové kompetence GP/FM. V prostředí praktického lékařství se školenci setkávají s pacienty, kteří jsou reprezentativní pro jejich budoucí populaci (16). Ve většině (západních) evropských zemí tomu tak je (8, 11, 17).

To odpovídá vzdělávacímu principu učení na pracovišti, tedy pří péči o pacienty (učení při práci). Důležité a specifické výstupy však lze získat i v nemocničním prostředí.

Školitelé mají pracovat v ordinacích GP/FM schválených pro specializační přípravu. Hlavní principy schválených školících ordinací zahrnují:

- má existovat důkaz o celém cyklu auditu vzdělávací činnosti;
- školitelé mají být specialisté v rodinné medicíně a mají uspokojivě absolvovat certifikovaný kurz pro učitele (o výuce a hodnocení) a navíc mají prokázat, že se zapojují do vzdělávacích aktivit;
- ordinace má zajistit chráněný výukový čas s určeným školitelem;
- počas ordinačních hodin má být kdykoli k dispozici porada a tutorování od určeného tutora;
- má být zajištěn přístup k odborným textům a časopisům;
- má být zajištěno vybavení pro konzultace pozorované školitelem;
- příprava má využívat národní kurikulum GP/FM;
- ordinace má poskytovat multiprofesní vzdělávací prostředí;
- ordinace má mít dobrou strukturu pro spolupráci s dalšími poskytovateli zdravotní péče;
- školitelé musí poskytovat výuku a vzdělávací prostředí, které zaručuje spravedlnost vůči všem školencům bez ohledu na etnický původ, pohlaví, postižení a zvláštní vzdělávací potřeby;
- školitelé musí mít osobní vzdělávací plán založený na potřebách učení, který se každý rok přezkoumává;
- školitelé mají se učit účinnému využívání osobního vzdělávacího plánu a reflexi nad ním;
- přípravu v GP má rozvíjet, organizovat, spravovat a hodnotit lékaři, kteří pocházejí z aktivní praxe praktických lékařů, a akademičtí praktický lékaři.

Nemocniční místa tradičně hrála důležitou roli při přípravě budoucích praktických lékařů, především kvůli službám, které tito mladí lékaři nemocnicím poskytovali, a příprava vycházela ze systému učení vyučením, tedy učení prací. Nemocniční příprava má pro školence v oboru GP/FM stále hodnotu. Při

výběru vhodných nemocničních míst je však třeba brát ohled na některé základní klíčové principy. EURACT poskytl vodítko v této věci v prohlášení o nemocničních místech (16).

Klíčové principy (vzdělávací kontext):

- příprava na nemocničních místech je důležitá a výslovné cíle učení tam mají formulovat kolegia praktických lékařů nebo jiní zástupci praktických lékařů. Učení v nemocnicích je tedy také zaměřeno na kompetence a cíle, orientované na GP/FM;
- všichni lékaři-školitelé odborníci mají být přiměřeně vyškoleni a akreditováni jako učitelé;
- všichni školenci mají mít po dobu vzdělávání vzdělávacího dohlížitele, nejlépe praktického lékaře;
- všichni školenci mají pravidelně dostávat formativní zpětnou vazbu ke svým vzdělávacím potřebám, která vede k vzdělávacímu plánu;
- na konci každého místa se mají posoudit pokračující potřeby učení;
- všechna místa mají poskytovat uvolnění pro praxi v praktickém lékařství;
- obsah přípravy a klinická práce mají být relevantní pro budoucí práci praktického lékaře, zejména s důrazem na ambulantní práci;
- výběr a hodnocení nemocničních míst mají vycházet z dosažení vzdělávacích cílů a z pravidelných inspekcí.

Příprava na nemocničních místech má rozšířit znalosti školenců o (stručné shrnutí klinického obsahu):

- život ohrožujících onemocněních, jejich komplikacích a důsledcích, a poskytnout praktickou zkušenost se širokou škálou rozhodnutí řízení péče;
- soustředěné vystavení vážné morbiditě a zkušenost s ní, které jsou velmi důležité pro klinické řízení v praktickém lékařství, ale zpřítomněné jen zřídka;
- poskytnout vhled do rozhraní mezi primární a sekundární péčí.

Kromě toho, kde školenec pracuje a učí se, má probíhat také učení mimo pracoviště (mimo ordinaci). Během chráněného času na studium si školenci musí sami zorganizovat doplňkové vzdělávání založené na kurikulu. Je to čas pro skupinové učení, reflexi, vzájemné učení, semináře a workshopy, návštěvy konferencí a učení konkrétních dovedností. Takové vzdělávání má zahrnovat supervizi a hodnocení školence učitelem. Školenec má k plánování těchto aktivit využít svůj osobní vzdělávací plán (12).

6. Jak má probíhat výběr školenců?

Výběrové postupy hrají klíčovou roli při získání přístupu ke specializační přípravě v GP/FM. Tyto postupy mají být důvěryhodné, spravedlivé a veřejně obhajitelné.

Evropské země čelí různým situacím, pokud jde o výběr při přijímání do specializační přípravy v GP/FM. Mezi zeměmi je velká rozmanitost výběrových postupů (18). Postupy pravděpodobně formují místní okolnosti, jako je počet volných míst, počet uchazečů nebo výše a původ finančních zdrojů. Je cílem identifikovat a vyřadit uchazeče, kteří budou v přípravě podvýkonní (výběr vyřazením), nebo identifikovat nejlépe fungující uchazeče, aby z nich byli nejlepší budoucí praktickí lékaři? Má proces seřadit uchazeče podle toho, jak si výběrovém řízení vedli? Nebo je vítaný téměř každý uchazeč, protože se o specializační přípravu v GP hlásí málo lékařů?

Centrálním cílem výběrového řízení by mělo být vybrat nejvhodnější uchazeče. To není tak jednoduché, jak se zdá. Vše záleží na prediktivní validitě použitých výběrových nástrojů. Nejlepší výběrová praxe zahrnuje analýzu pracovní pozice, která identifikuje požadované kompetence, návrh spolehlivých hodnoticích metod k jejich měření a průběžnou kontrolu prediktivní validity vzhledem k budoucímu výkonu. V nedávném přehledu BEME o výběrových postupech pro postgraduální specializační přípravu (nejen v GP) zjistili Roberts a kol., že Multiple Mini Interviews, Situational Judgement Tests a Clinical Problem Solving Tests mají příznivé psychometrické důkazy. Mají však své náklady. Nákladová efektivita nebyla správně vyhodnocena. U tradičních pohovorů, doporučení a osobních prohlášení neexistoval pevný důkaz užitečnosti (19).

V každé zemi se má rozhodnout, který postup nejlépe vyhovuje místní situaci s ohledem na počet volných míst, počet uchazečů a náklady. Když školenci selžou, je moudré podívat se zpět na výběrové řízení a vyhodnotit, zda v jeho průběhu nebyly znamení, která mohla být zachycena.

B. Evropské požadavky na ŠKOLITELE

V roce 2002 (a aktualizováno v roce 2012) Výbor EURACT pro specializační přípravu popsal kritéria výběru školitelů a školících ordinací pro specifickou přípravu v oboru GP/FM (20).

Pokud jde o školitele GP/FM, uvádí se, že mají:

- pracovat v ordinaci GP/FM schválené pro specializační přípravu;
- uspokojivě absolvovat schválený/akreditovaný kurz pro učitele;
- prokázat, že se zapojují do vzdělávacích aktivit relevantních pro výuku GP/FM uvnitř praxe i mimo ni, například se podílet na aktivitách výuky a učení v rámci kontinuálního profesního rozvoje;
- účastnit se kontinuálního profesního rozvoje v oblasti metod přípravy a výuky (školení pro učitele);
- mít potvrzení o absolvování specializační přípravy v rodinné medicíně;
- být obeznámeni s regulačním rámcem specializační přípravy v GP/FM;
- být obeznámeni s technickými a administrativními aspekty hodnocení školenců GP/FM;
- využívat své národní kurikulum GP/FM;
- rozumět struktuře a účelu své role v školicím programu svých školenců.

Pro ordinace GP/FM, kde se školenci vzdělávají, jsou rovněž dané pokyny. Rozlišuje se infrastruktura, řízení (governance) a vzdělávací zařízení.

Infrastruktura: školící ordinace specializační přípravy GP/FM mají:

- splňovat národní předpisy o ochraně zdraví a bezpečnosti;
- poskytovat školencům a vzdělávacím pracovníkům bezpečné pracovní prostředí, kde není ohrožena osobní bezpečnost;
- zajistit, že jsou zdravotnické záznamy vedené na přiměřené úrovni v souladu s národními regulačními standardy;
- zajistit dobře vybavenou vyhrazenou místnost pro konzultace školenců;
- prokázat poskytování komplexní, nákladově efektivní a průběžné služby pacientům (podložené příslušnými protokoly a postupy);

- prokázat důkaz o účinném využití týmu primární zdravotní péče;
- udržovat proces přezkoumání závažných událostí / postup vyřizování stížností pacientů;
- udržovat a rozvíjet „Practice Orientation Guide“ (úvodní průvodce ordinací) pro každého nově nastupujícího školence.

Řízení (governance): školící ordinace specializační přípravy GP/FM mají:

- systématičtě informovat pacienty, že jde o školící ordinaci;
- prokázat vzorové uplatňování klinického řízení (clinical governance);
- prokázat aktivní program auditu;
- pořádat pravidelné porady ordinace, kterých se školenec účastní a přispívá k nim;
- reagovat na průzkumy spokojenosti pacientů.

Vzdělávací zařízení: školící ordinace specializační přípravy GP/FM mají:

- udržovat vzdělávací prostředí dostatečné pro každého školence;
- zajistit relevantní odbornou znalost speciálně pro obor tam, kde je to nutné (přístup k relevantnímu specialistovi, například k očnímu lékaři, pro tutoriál nebo klinickou zkušenost);
- poskytovat přístup k odpovídajícímu IT vybavení v ordinaci;
- zajistit chráněný výukový čas s určeným školitelem;
- poskytovat počas ordinačních hodin kdykoli radu a tutorování od určeného školitele;
- zajistit vybavení pro konzultace pozorované školitelem;
- poskytovat přístup k odborným textům / časopisům.

Kromě pokynů jsou stanoveny další podmínky k zajištění správné realizace specializační přípravy v GP/FM: školitelé a ordinace mají poskytovat vzdělávací příležitosti, přiměřenou zpětnou vazbu založenou na pozorování a hodnocení, rozvrh přípravy a vhodnou supervizi. Dále se má podporovat spravedlnost vůči všem školencům bez ohledu na etnický původ, pohlaví a zvláštní vzdělávací a další potřeby.

Protože nelze předpokládat, že každý kompetentní praktický lékař je i kompetentním učitelem, školitelé by profitovali z doplňkového a systémového školení v dovednostech, teorii nebo znalostech výuky (21). Měli by se naučit zvládat různé styly učení a různé potřeby školenců. Součástí školení pro školitele (train-the-trainer) mají být také (nové) koncepty výuky, koučování a hodnocení. Na těchto školeních nebo kurzech se mají zohledňovat i různé úrovně a odbornost učitelů. Proto některé programy, například projekt Leonardo da Vinci (spolupráce EURACT se sedmi partnerskými organizacemi), pořádají kurzy na třech úrovních odbornosti učitelů (začínající, kompetentní a expert) (21).

Být vyškoleným učitelem významné klinické práce je náročné a vyžaduje zajištění dostatku času a zdrojů na školení školitelů. To je třeba řešit zejména na makroúrovni, tedy členy fakult a tvůrci politik.

C. Evropské požadavky na VZDĚLÁVACÍ INSTITUCE

S odkazem na evropskou legislativu hovoří směrnice z roku 2005 (15) o „kompetentním orgánu“. Je to každý orgán nebo subjekt zmocněný členským státem speciálně k vydávání nebo přijímání diplomů o přípravě a dalších dokumentů nebo informací a k přijímání žádostí a rozhodování.

I když existují příklady dobré specializační přípravy mimo univerzity, vzdělávací instituce mají být s výhodou začleněny do univerzit nebo jiných akademických institucí nebo s nimi propojeny. Je to důležité pro akademickou úroveň a vědeckou kvalitu školících programů a učitelů. Znamená to také investice do výzkumu a výzkumných projektů speciálně pro GP/FM (10). Pro zajištění kontinuity vzdělávání by instituce specializační přípravy v GP měly mít navíc úzké vztahy s programem pro praktické lékařství, který se poskytuje v rámci kurikula lékařského vzdělávání. Kvalitní výuka v oboru GP pro pregraduální studenty a časná klinická expozice GP jsou také důležité pro přilákání budoucích praktických lékařů (10, 22).

‡ Tyto údaje byly zkontrolovány a doplněny průzkumem mezi členy Rady EURACT (duben 2018).

§ Článek 28 směrnice uvádí: „Specifická příprava ve všeobecném lékařství, jejímž výsledkem je udělení dokladu o fornální kvalifikaci vydaného před 1. lednem 2006, trvá alespoň dva roky na plný úvazek. V případě dokladů o formální kvalifikaci vydaných po tomto datu trvá příprava alespoň tři roky na plný úvazek.“ Doklady o formální kvalifikaci praktických lékařů viz příloha 5.1.4.

Literatura

Literatura je ponechána v originálním znění.

1. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. The European definition of General Practice / Family Medicine, revision 2011 by Mola E. and Eriksson T.; 2011.
2. Heyrman J. EURACT Educational Agenda of General Practice / Family Medicine. European Academy of Teachers in General Practice EURACT, Leuven 2005.
3. Grüninger U, Kissling B. Die Hausarztmedizin als eigene Disziplin und als Spezialgebiet (Family Medicine - a specialty of its own). Primary Care 2005;5:269-71.
4. Wilm S. Assessment of General Practitioners' Performance in Daily Practice: The EURACT Performance Agenda of General Practice / Family Medicine; 2014.
5. Specialist Training Committee of EURACT. Selection of General Practice / Family Medicine (GP/FM) Trainers / Practices and Implementation of Specialist Training in GP/FM. In; 2012.
6. Van der Zwet J, Zwietering P, Teunissen P, Van der Vleuten C, Scherpbier A. Workplace learning from a socio-cultural perspective: creating developmental space during the general practice clerkship. Advances in Health Sciences Education 2011;16:389-73.
7. Stavric K, De Fine Licht E, Degryse J, et al. EURACT Statement on Assessment in Specialty Training for Family Medicine - "Assessment for learning". In; 2015.
8. O'Shea E. Extension of training for general practice: a review of the evidence. Education for Primary Care 2009;20:15-20.
9. Agius S, Lewis B, Kirk B, Hayden J. The perceived benefits of a two-year period of extended specialty training in general practice: the trainees' perspective. Education for Primary Care 2014;25:26-35.
10. Zarbailov N, Wilm S, Tandeter H, Carelli F, Brekke M. Strengthening general practice/family medicine in Europe - advice from professionals from 30 European countries. BMC Family Practice 2017;18:80.
11. European Academy of Teachers in General Practice (EURACT). Specialist Training Database. In. EURACT website.

12. McNaughton. General practice specialty training: an innovative programme. British Journal of General Practice 2006;56:740-2.
13. Council directive of 15 September 1986 on specific training in general medical practice. Official Journal of the European Communities L 1986;September 19:26-9 (86/457/EEC).
14. Council directive 93/16 of 5 April 1993 to facilitate the free movement of doctors and the mutual recognition of their diplomas, certificates and other evidence of formal qualifications. Official Journal of the European Communities L 1993;July 7:1-24. (93/16/EEC).
15. DIRECTIVE 2005/36/EC OF THE EUROPEAN PARLIAMENT AND OF THE COUNCIL of 7 September 2005 on the recognition of professional qualifications. Official Journal of the European Union L 2005;255/22.
16. European Academy of Teachers in General Practice EURACT. EURACT Statement on Hospital Posts used for Training in General Practice / Family Medicine. Graz Austria; 2013.
17. Turkeshi E, Michels N, Hendrickx K, Remmen R. Impact of family medicine clerkships in undergraduate medical education: a systematic review. BMJ open 2015;5.
18. Vermeulen M, Kuyvenhoven M, Zuithoff N, Tromp F, van der Graaf Y, Pieters R. Selection for Dutch postgraduate GP training; time for improvement. Eur J Gen Pract 2012;18:201-5.
19. Roberts C, Khanna P, Rigby L, et al. Utility of selection methods for specialist medical training: A BEME (best evidence medical education) systematic review: BEME guide no. 45. Medical Teacher 2018;40:3-19.
20. European Academy of Teachers in General Practice EURACT. Selection of General Practice / Family medicine (GP/FM) Trainers / Practices and Implementation of Specialist Training in GP / FM. Jerusalem Israel; 2012.
21. Guldal D, Windak A, Maagaard R, Allen J, Kjaer N. Educational expectations of GP trainers. A EURACT needs analysis. European Journal of General Practice 2012;18:233-7.
22. Alberti H, Randles H, Harding A, McKinley R. Exposure of undergraduates to authentic GP teaching and subsequent entry to GP training: a quantitative study of UK medical schools. British Journal of General Practice 2017;67:e248-e52.