Spolufinancováno Evropskou unií

IPVZ

Evropské vzdělávací požadavky na pregraduální kurikulum všeobecného praktického lékařství/rodinné medicíny (GP/FM)

Český překlad dokumentu EURACTu:

European-education-requirements-for-the-undergraduate-general-practice-family-medicine-curriculum)

Schváleno European Academy of Teachers in General Practice/Family Medicine (EURACT) a evropskou regionální pobočkou World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA Europe).

Simmenroth A., Carelli F., Vallersnes O. M., Sammut M. R., Zarbailov N., Cojić M., Kiknadze N., Rieder A., Madjova V., Harding A., Michels N. R., Karppinen H. pro EURACT, 2020. European Education Requirements for the Undergraduate General Practice/Family Medicine Curriculum.

Neoficiální překlad do češtiny pro vlastní potřebu. Závazné je anglické znění originálu. Obrázek „Strom WONCA“ (obrázek 1) z originálu není zařazen, tabulka 1 je přepsána do textu.

Předmluva

Jak uvádí prohlášení WONCA Europe zveřejněné v září 2017 (WONCA Europe 2017), v Evropě neexistují společné minimální standardy pro pregraduální kurikulum všeobecného praktického lékařství/rodinné medicíny (GP/FM). Standardy pro specializační přípravu v oboru GP/FM však byly nedávno zveřejněny (Michels et al. 2018).

Evropská akademie učitelů v GP/FM (EURACT) a její Výbor pro základní lékařské vzdělávání (Basic Medical Education, BME) se touto otázkou zabývají. Údaje a zkušenosti z evropských zemí byly shromážděny metodou Delphi, aby bylo popsáno patnáct nejdůležitějších položek ve vzdělávání v oboru GP/FM, a byly publikovány v roce 2011 jménem Výboru BME (Tandeter et al. 2011). Později byl v letech 2017–2018 proveden průzkum kurikul GP/FM ve 14 evropských zemích (nepublikováno). Myšlenky byly dále rozvinuty ve dvou workshopech pro zkušené učitele na konferenci WONCA Europe v Krakově (květen 2018), na lékařské vzdělávací konferenci EURACT v Lovani (září 2018) a na třech zasedáních Výboru BME EURACT (2018–2019).

Dosáhli jsme silného konsenzu. Tento dokument představuje výsledky této práce a navrhuje minimální standardy, které lze uplatnit v celé Evropě. Tato práce na harmonizaci kvality standardů lékařského vzdělávání se stala nezbytnou po přijetí nařízení EU 492/2011, které stanoví volný pohyb pracovníků v rámci EU.

„Jednou provždy musí každý evropský členský stát a vzdělávací instituce plně uznat obor a specializaci rodinné medicíny s vlastním vzdělávacím obsahem, výzkumem, důkazní základnou a klinickou činností“ (WONCA Europe, 2017).

Anne Simmenroth, Francesco Carelli, Odd Martin Vallersnes, Mario R Sammut, Natalia Zarbailov, Milena Cojić, Nino Kiknadze, Arabelle Rieder, Valentina Madjova, Alex Harding, Nele Michels a Helena Karppinen jménem Výboru BME EURACT 24. září 2020

1. Cíle učení: jaké kompetence v oboru GP/FM se musí studenti medicíny naučit?

Podle evropské definice GP/FM vydané WONCA je GP/FM samostatný lékařský akademický obor s vlastním vzdělávacím obsahem, výzkumem, důkazní základnou a klinickou činností, orientovaný na péči v komunitě (Allen et al. 2011, Tandeter et al. 2011). Jako oboru je třeba příslušné oborové znalosti předávat učitelům i studentům.

Strom WONCA (WONCA Europe 2011) popisuje šest klíčových kompetencí GP/FM rozdělených do dvanácti charakteristik, které by měly být základem pregraduálního vzdělávání v GP/FM (obrázek 1). Tento rámec jsme použili jako základ další práce.

Přidělený čas a zdroje pro vzdělávání v GP/FM v pregraduálním kurikulu jsou však často neúměrně malé vzhledem k velikosti pracovní síly v GP/FM (přibližně 50 % v mnoha evropských zemích) a ke složitosti oborových znalostí. Studenti potřebují jak obecnou zkušenost s GP/FM, tak čas na výstupy učení stanovené jednotlivými lékařskými fakultami spolu s obecnějšími znalostmi specifickými pro GP/FM. Velká část těchto oborových znalostí, reprezentovaná stromem WONCA, byla nyní formulována ve formě kurikula a učebnic (RCGP 2018, RCGP 2020).

Lepší porozumění zdravotní péči v komunitním kontextu a oborovým znalostem GP/FM umožní všem pregraduálním studentům ocenit rozdíly i podobnosti mezi GP/FM a obory orientovanými na nemocnici, a tím zajistit lepší mezioborovou spolupráci a péči o pacienty.

Klíčové rysy pregraduálního učení v GP/FM

Péče orientovaná na symptomy je typickým rysem GP/FM: v kontextu primární péče pacienti často přicházejí pouze se symptomy a v raném stadiu onemocnění. Proto má být výuka založena na symptomech, nejen na nemocech.

Klinické rozhodování lze navíc vynikajícím způsobem učit mimo univerzitní kampus, individuálně (pod dohledem) učiteli GP/FM v jejich ordinacích se skutečnými pacienty ve skutečném klinickém kontextu (Turkeshi et al. 2015, Blitz et al. 2019, Claramita et al. 2019). Studenti mohou potřebovat zvláštní přípravu týkající se rozdílů v klinické metodě mezi komunitním a nemocničním prostředím. A konečně studenti mohou pochopit složitost v rámci GP/FM, protože všechny kompetence a charakteristiky stromu WONCA budou předvedeny v praxi.

Na základě stromu WONCA jsou navrhované cíle učení pro GP/FM uvedeny v tabulce 1. Cíle jsou upraveny tak, aby vysvětlovaly kompetence a definovaly úroveň učení podle Bloomovy taxonomie (1956). Nejnižší úrovně učení (znalosti, porozumění a aplikace) jsou minimálním předpokladem pro pregraduální vzdělávání v GP/FM. Vyšší úrovně Bloomovy taxonomie (analýza, syntéza a hodnocení) lze dosáhnout během specializační přípravy v GP/FM (postgraduální).

Tabulka 1: Cíle učení v kurikulu GP/FM v pregraduálním vzdělávání, upraveno podle WONCA Europe (2011), základního kurikula EURACT (Tandeter et al. 2011) a podle Bloomovy taxonomie (1956).

Úroveň	Cíle učení
VĚDĚT (znalosti): že GP/FM je specifický lékařský obor sám o sobě	– znát pojem zdraví a pohody (wellbeing); – vyjmenovat a popsat determinanty zdraví; – znát místní/národní zdravotní systém; – znát charakteristiky zdravotní péče: všechny věkové skupiny a pohlaví, preventivní, akutní a léčebná péče; – znát nejčastější symptomy v rodinné praxi; – pojmenovat principy EBM, kriticky diskutovat nové technologie.
CHÁPAT (porozumění): že kontinuita a koordinace péče, komplexnost a první kontakt jsou základními principy GP/FM	– uvádět příklady celého spektra zdravotních stavů, prevence a podpory zdraví; – rozlišovat biologické, psychologické a sociální aspekty zdraví a nemoci; – interpretovat zdravotní problémy v kontextu okolností pacienta, zejména rodiny jako zdroje nebo příčiny nemoci; – chápat význam péče zaměřené na člověka a na komunitu; – zvládat nejistotu; – identifikovat multimorbiditu.
APLIKOVAT (aplikace): dovednosti vhodné pro konzultaci praktického lékaře	– léčit zdravé lidi a nemoci v raném, nediferencovaném stadiu; – selektivně získávat informace z anamnézy, fyzikálního vyšetření a vyšetření; – koučovat a komunikovat s pacienty a příbuznými konstruktivním a oceňujícím způsobem; – využívat základy epidemiologie a statistiky (např. prevalence, Bayesův teorém) při rozhodování; – uplatňovat biopsychosociální model s ohledem na kulturní a existenciální rozměry; – zvládat chronickou péči a spolupracovat s dalšími profesními skupinami.

GP = všeobecné praktické lékařství, FM = rodinná medicína, EBM = medicína založená na důkazech.

Časná klinická expozice je zásadní

Cíle učení uvedené v tabulce 1 se mají učit jak na univerzitě, tak ve skutečném a specifickém kontextu a prostředí GP/FM. To by mělo začít co nejdříve a může se uskutečnit při kontaktu s pacienty, při návštěvách ordinací praktických lékařů nebo jiných komunitních pracovišť, podle místních možností a podmínek (Basak et al. 2009).

Výzkum ukázal, že studenti, kterým je dána příležitost k časné zkušenosti (v prvních dvou letech studia) v klinickém prostředí, vykazují vyšší motivaci ke studiu, lépe rozumějí probírané látce a rozvíjejí důležité klinické dovednosti (Littlewood et al. 2005). Také u GP/FM je dobře známo, že časná a trvalá klinická expozice je pobídkou pro budoucí volbu kariéry v GP/FM (Pfarrwaller et al. 2015, Jordan et al. 2003, Miettola et al. 2005, Dornan et al. 2006, Barber et al. 2015).

Budoucí lékaři v GP/FM tak mohou získat znalosti o kontextu pacienta, komorbiditě, kontinuitě péče a holistickém přístupu. V ideálním případě, pokud je to možné, koncept kontinuity péče těží z longitudinálních stáží, tedy stáží v průběhu několika let základního lékařského vzdělávání (Henschen et al. 2015, Pfarrwaller et al. 2015).

2. Kolik času má být věnováno vzdělávání v GP/FM v pregraduálním lékařském kurikulu?

Existuje souvislost mezi množstvím klinické výuky GP/FM na lékařské fakultě a vstupem do specializační přípravy v GP/FM (Alberti et al. 2017). Jak bylo uvedeno, současné úrovně se zdají neúměrně nízké vzhledem k velikosti pracovní síly v GP/FM, a proto stojí za to investovat více do pregraduálního vzdělávání v GP/FM. Financování vzdělávání v GP/FM by mělo mít jasný nákladový rozbor a metodika k tomu byla nyní vymezena (Harding 2015).

Na základě vztahu mezi množstvím času a volbou kariéry (Alberti et al. 2017) a nedávno přijatých doporučení některých evropských parlamentů doporučujeme, aby optimální délka kurikula GP/FM v základním lékařském vzdělávání (BME) byla tři měsíce. S ohledem na výzvy, které existují v celé Evropě, by však minimální délka měla být čtyři týdny. Z dlouhodobého hlediska by alespoň čtyři týdny praktického výcviku v ordinaci GP/FM měly být povinné pro všechny studenty na každé lékařské fakultě. To je konsenzus, kterého bylo dosaženo na několika workshopech nebo setkáních v rámci EURACT a na kongresech (2. vzdělávací kongres EURACT a WONCA Krakov v roce 2018) (tabulka 2).

Pilotní průzkum Výboru BME EURACT v letech 2017–2018 ukázal velké rozdíly v délce pregraduálních kurikul GP/FM mezi zeměmi, čímž potvrdil výsledky předchozího průzkumu z roku 2011 (Brekke et al. 2013). Délka praktických stáží v GP/FM se navíc lišila od pouhých dvou dnů v prvním ročníku po tři měsíce v posledním ročníku. Na mnoha univerzitách mají studenti stáže v GP/FM ve všech ročnících lékařské fakulty, například ve Velké Británii to může tvořit až 40 % klinického kurikula (EURACT 2018, nepublikováno, Alberti et al. 2020).

V tabulce 2 uvádíme, jak lze část základního obsahu kurikula zajistit v průběhu studijních let.

Tabulka 2. Minimální standard načasování a délky kurikul GP/FM na evropských lékařských fakultách podle Výboru pro základní lékařské vzdělávání EURACT 2020 a dodatečné návrhy obsahu stáží v ordinaci praktického lékaře během těchto výukových období.

Kdy?	Jak dlouho?	Co? Příklad obsahu
1. ročník	1 týden	**Pozorování:** (začínající) student je vyzván, aby aktivně pozoroval aspekty setkání lékaře s pacientem (např. zaměření: komunikace). **Reflexe, praktický lékař jako vzor:** školitel praktický lékař je při konzultaci explicitní ve svém klinickém uvažování nebo cíleném klinickém vyšetření.
2.–3. ročník	1–3 týdny	**Odběr anamnézy:** školitel může část rozhovoru delegovat na studenta (přímý dohled). **Klinické vyšetření:** student může provést některé části klinického vyšetření (krevní tlak, výška a váha, poslech srdce a plic) pod přímým dohledem. **Praktická práce s pacienty:** s studentem lze

Kdy?	Jak dlouho?	Co? Příklad obsahu
		předem definovat úkol, například pomoc pacientovi s vyplněním dotazníku. Technické dovednosti: student by měl provést některé dovednosti, které se naučil v nácvikové laboratoři: šití, žilní punkce, tejpování, péče o rány atd. **Rozhovor s chronicky nemocnými pacienty:** lze vyhradit čas, aby se student setkal s chronickým pacientem (pokud je to možné, doma), který je ochoten probrat svůj příběh mimo konzultaci. **Podstata týmové spolupráce:** školitel může vysvětlit roli a význam dalších členů týmu (sestra, fyzioterapeut, psycholog, sociální pracovník atd.), jak se při stáži objevují různé situace. **Reflexe/koučování:** s praktickým lékařem jako koučem, nebo individuálně, student reflektuje svůj výkon, myšlenky nebo postoj, pokud možno písemně.
5.–6. ročník	2–3 týdny	**Skuteční pacienti**, pouze pod dohledem školitele praktického lékaře.

3. Výukové metody: jak se má GP/FM vyučovat?

Výukové metody vždy závisejí na tom, co je třeba vyučovat: znalosti, dovednosti nebo postoje (Heyrman 2005). Proto platí smíšené metody: přednášky mohou být v některých případech potřebné, jsou ekonomické a vhodné pro velmi důležité a více teoretické (nebo kognitivní) cíle učení (Willoughby et al. 2016). K výuce mnoha klíčových kompetencí GP/FM se však doporučují aktivní metody a kombinované učení (blended learning). „Praktická výuka“ (hands-on teaching) je relevantní v ambulantním prostředí se skutečnými pacienty a jde dál než jen sledování „odborníků“ při provádění například fyzikálního vyšetření.

Další metodou je „obrácená třída“ (flipped classroom), kdy například student před výukovou hodinou vypracuje léčebný plán pro pacienta s multimorbiditou. Během semináře se plány probírají s odborníkem a zjištěné problémy (například smrt syna pacienta, který byl alkoholik, finanční problémy, osamělost a polypragmazie) usnadňují studentovi porozumět přístupu zaměřenému na člověka, holistickému a orientovanému na komunitu, rozhodování založenému na incidenci nemocí, sdílenému rozhodování atd.

Výše uvedená časná klinická expozice v ordinacích GP/FM, nejlépe s longitudinálním aspektem, je zásadní pro to, aby se student naučil myslet jako lékař GP/FM. Supervize je velmi účinná výuková metoda k dosažení cílů učení v GP/FM. Jak uvádějí Guldal et al. (2012) a Nicholsen et al. (2016), ordinace GP/FM je jediné prostředí, kde se lze naučit klíčové kompetence GP/FM a složitost GP/FM. Navíc se ukázalo, že studenti medicíny nemusejí být chráněni před složitými případovými scénáři, pokud jsou výukové cíle přizpůsobeny úrovni učícího se (Dreyfus 2004). Naopak široká škála pacientů zvyšuje sebedůvěru a pocit pohody (de Jong et al. 2013, Golden et al. 2018, Herwig et al. 2018).

Integrované učení

Učitelé GP/FM jsou vybízeni ke spolupráci s dalšími odbornostmi: školitel praktický lékař se může připojit k výukovým hodinám jiných oborů, a to již od začátku lékařského kurikula. Je to pozitivní trend, protože se studenti seznamují s GP/FM spolu s ostatními obory. Kromě podpory spolupráce mezi všemi členy fakulty tento přístup postupně zlepší postoje k GP/FM jako ke specializaci s vlastním vzdělávacím obsahem, výzkumem, důkazní základnou a klinickou činností.

Měla by být podporována také interprofesní výuka s ostatními studenty zdravotnických oborů během pregraduálního vzdělávání (WONCA Europe 2011) a může být organizována jak v univerzitním kontextu, tak v ambulantním prostředí (např. se sociology, psychology, sestrami, sociálními pracovníky, fyzioterapeuty, dietology atd.).

4. Hodnocení cílů učení: jak se mají studenti hodnotit?

Hodnocení má usnadňovat učení, proto je třeba i zde použít smíšený přístup s různými metodami hodnocení. Volba metody závisí na cílech učení, na typu hodnocení (formativní nebo sumativní), které se sleduje, ale také na počtu studentů a zdrojích.

Hodnocení má být hodnocením kompetencí, nikoli pojmů, v souladu s prohlášením EURACT o hodnocení ve specializační přípravě v GP/FM (EURACT 2015). Hodnocení má být plánované, prováděné vyškolenými hodnotiteli a má vést ke smysluplné formativní zpětné vazbě (van der Vleuten et al. 2010, EURACT 2015).

Metody mohou zahrnovat písemné, ústní a výkonové hodnocení (např. OSCE, objective structured clinical examination, objektivní strukturovaná klinická zkouška). Poslední uvedené jsou vhodné pro konec studia medicíny, zejména pro simulaci celých konzultací (Heyrman 2005). Součástí programu hodnocení a zakotvením v kurikulu má být také sebereflexe studentů o výkonu a formativní zpětná vazba. Navržené metody hodnocení byly již publikovány pro specializační přípravu v GP/FM, ale mohly by se použít i jako vodítko pro hodnocení GP/FM v základním lékařském vzdělávání (EURACT 2015).

5. Požadavky na učitele GP/FM

Učiteli pregraduálního GP/FM mají být specialisté, nebo alespoň zkušení školenci v oboru GP/FM (EURACT 2014). Uznává se, že učitelé mají důležitou roli vzorů (Paice et al. 2002, Jordan et al. 2003, Miettola et al. 2005). V ideálním případě by měli mít několik let praxe a být aktuální. Systematický přehled zjistil, že nejdůležitějšími vlastnostmi pozitivního vzoru jako pedagoga je být vynikajícím, inspirativním a trpělivým klinikem a být oddán vztahu lékař–pacient (Jochemsen-van der Leeuw et al. 2013). Dobrý pedagog je kouč, který se více ptá, než dává odpovědi, a tím získává vzájemnou důvěru (Paice et al. 2002).

Učitelé mají absolvovat specifický kurz s didaktickým obsahem, například kurzy pro učitele EURACT Leonardo (Allen et al. 2012). To platí jak pro klinické učitele na univerzitách, tak pro školitele GP v ordinacích. Vzdělávací potřeby učitelů jsou různé. Úroveň a složitost přípravy je třeba přizpůsobit začínajícím i zkušeným učitelům. Požadovaný obsah se však mezi různými pedagogy GP/FM významně neliší (Guldal et al. 2012). Výuka v rušném a časově omezeném prostředí GP/FM je pro klinické supervizory náročným úkolem. Proto je zvlášť důležitý rozvoj pracovníků a podpora univerzit a lékařských institucí. To podporuje reflektivní výukové postupy a pomáhá budovat komunity praxe, které

podporují výjimečnost a nové poznání ve výuce a učení (Ramani a Leinster 2008, McLean et al. 2008, Alberti a Atkinson 2018).

Kurzy předávají dovednosti pro akademickou výuku (příprava seminářů, prezentací a dalších výukových materiálů) a pro individuální výuku a koučování v prostředí praxe. Na začátku výukového období je užitečná supervize kolegy učitele GP. Je vhodné mít také učitele z jiných profesí, jako jsou psychologové, fyzioterapeuti apod., aby se rozšířil záběr na skutečný svět a posílila interprofesní spolupráce (Iroku-Malize et al. 2013).

6. Požadavky na univerzity a lékařské instituce

Každá lékařská fakulta by měla mít katedru nebo jednotku GP/FM s rodinným lékařem jako vedoucím (EURACT 2014). Fakultní jednotky GP/FM by měly mít úzký kontakt se spolupracovníky v primární zdravotní péči. Mohou akreditovat ordinace, které jsou ochotny vyučovat studenty, aby zajistily odpovídající standardy pregraduálního vzdělávání.

Fakulta a jednotka GP/FM by měly zajistit, aby bylo učitelům a ordinacím přiděleno dostatečné množství času a zdrojů. Výuka nemůže být pouhým „doplňkem“, takže všichni učitelé by měli mít nárok na to, aby zvládali časová omezení mezi výukou a klinickými úkoly (Guldal et al. 2012).

Hlavní odpovědnost za cíle učení, strukturu kurikula, přípravu učitelů a kvalifikaci praktických lékařů by měla nést fakulta a jednotka GP/FM. V mnoha evropských zemích jsou však fakulty povinny spolupracovat s vládami nebo ministerstvy zdravotnictví a/nebo školství, nebo jimi jsou kontrolovány. V takových případech je vhodné, aby cíle učení a kurikula standardizovaly národní vědecké společnosti GP/FM. Ve všech případech je vhodná evropská standardizace: vzdělávání v GP/FM v základním lékařském vzdělávání může vycházet z evropské definice GP/FM (WONCA Europe 2011) a ze stromu WONCA.

Klíčová sdělení

Klíčová sdělení (European Education Requirements for the Undergraduate General Practice/Family Medicine Curriculum, EURACT 2020):

- Mnoho zásadních cílů učení pro každého studenta medicíny se lze efektivně naučit v GP/FM.
- Výuka má být založena na symptomech, nejen na nemocech.
- Studenti mají být vyučováni individuálně zkušenými praktickými lékaři vedle dalších forem vzdělávání.
- Výuka má zahrnovat ambulantní prostředí.
- Časná klinická expozice GP/FM má být zavedena, pokud je to vůbec možné.
- Optimální délka kurikula GP/FM má být tři měsíce, nejméně čtyři týdny.
- Každá lékařská fakulta má mít katedru nebo jednotku GP/FM s rodinným lékařem jako vedoucím.

Literatura

Literatura je ponechána v originálním znění.

ALBERTI, H., RANDLES, H., HARDING, A. and McKINLEY, R.K., 2017. 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, 67(657), pp. e248-e252.

ALBERTI, H. and ATKINSON, J., 2018. Twelve tips for the recruitment and retention of general practitioners as teachers of medical students. Medical Teacher, 40(3), pp. 227-230.

ALLEN, J., SVAB, I., PRICE, E. and WINDAK, A., 2012. Framework for Continuing Educational Development of Trainers in General Practice/Family Medicine in Europe. European Academy of Teachers in General Practice/Family Medicine, Krakow.

ALLEN, J., GAY, B., CREBOLDER, H., HEYRMAN, J., SVAB, I. and RAM, P., 2011. The European definition of General Practice / Family Medicine, revision 2011 by Mola E. and Eriksson T.

BAŞAK, O., YAPHE, J., SPIEGEL, W., WILM, S., CARELLI, F. and METSEMAKERS, J.F.M., 2009. Early clinical exposure in medical curricula across Europe: An overview. European Journal of General Practice, 15(1), pp. 4-10.

BARBER, S., BRETTELL, R., PERERA-SALAZAR, R., GREENHALGH, T. and HARRINGTON, R., 2018. UK medical students' attitudes towards their future careers and general practice: a cross-sectional survey and qualitative analysis of an Oxford cohort. BMC Medical Education, 18(1), pp. 160.

BLITZ, J., DE VILLIERS, M. and VAN SCHALKWYK, S., 2019. Designing faculty development: lessons learnt from a qualitative interpretivist study exploring students' expectations and experiences of clinical teaching. BMC Medical Education, 19(1), pp. 49.

BLOOM, B.S., 1956. Taxonomy of educational objectives. Vol. 1: Cognitive domain. New York: McKay, pp. 20-24.

BREKKE, M., CARELLI, F., ZARBAILOV, N., JAVASHVILI, G., WILM, S., TIMONEN, M. and TANDETER, H., 2013. Undergraduate medical education in general practice/family medicine throughout Europe – a descriptive study. BMC Medical Education, 13:157.

COTTRELL, E., ALBERTI, H., ROSENTHAL, J., POPE, L. and THOMPSON, T., 2020. Revealing the reality of undergraduate GP teaching in UK medical curricula: a cross-sectional questionnaire study. British Journal of General Practice, 70, pp. 698.

CLARAMITA, M., SETIAWATI, E.P., KRISTINA, T.N., EMILIA, O. and VAN, D.V., 2019. Community-based educational design for study. BMC Medical Education, 19(1), pp. 258.

DE JONG, J., VISSER, M., VAN DIJK, N., VAN, D.V. and WIERINGA-DE WAARD, M., 2013. A systematic review of the relationship between patient mix and learning in work-based clinical settings. A BEME systematic review: BEME Guide No. 24. Medical Teacher, 35(6), pp. e1181-e1196.

DORNAN, T., LITTLEWOOD, S., MARGOLIS, S.A., SCHERPBIER, A., SPENCER, J. and YPINAZAR, V., 2006. How can experience in clinical and community settings contribute to early medical education? A BEME systematic review. Medical Teacher, 28(1), pp. 3-18.

DORNAN, T., CONN, R., MONAGHAN, H., KEARNEY, G., GILLESPIE, H. and BENNETT, D., 2019. Experience based learning (ExBL): Clinical teaching for the twenty-first century. Medical Teacher, pp. 1098-1105.

DREYFUS, S.E., 2004. The Five-Stage Model of Adult Skill Acquisition. Bulletin of Science, Technology & Society, 24(3), pp. 177-181.

EU, 2020. Free Movement of Workers. Fact Sheets on the European Union – 2020.

EURACT, 2014. EURACT Statement on Undergraduate Teaching in Family Medicine in all European Universities. EURACT, Skopje.

EURACT, 2015. EURACT statement on assessment in specialty training for family medicine: assessment for learning. EURACT, Prague.

GOLDEN, B.P., HENSCHEN, B.L., GARD, L.A., RYAN, E.R., EVANS, D.B., BIERMAN, J. and CAMERON, K.A., 2018. Learning to be a doctor: Medical students' perception of their roles in longitudinal outpatient clerkships. Patient Education and Counseling, 101(11), pp. 2018-2024.

GULDAL, D., WINDAK, A., MAAGAARD, R., ALLEN, J. and KJAER, N.K., 2012. Educational expectations of GP trainers. A EURACT needs analysis. European Journal of General Practice, 18(4), pp. 233-237.

HARDING, A.M., McKINLEY, R.K., ROSENTHAL, J. and AL-SEAIDY, M., 2015. Funding the teaching of medical students in general practice; a formula for the future. Education for Primary Care, 26(4), pp. 215-219.

HENSCHEN, B.L., BIERMAN, J.A., WAYNE, D.B., RYAN, E.R., THOMAS, J.X., CURRY, R.H. and EVANS, D.B., 2015. Four-Year Educational and Patient Care Outcomes of a Team-Based Primary Care Longitudinal Clerkship. Academic Medicine, 90(11).

HERWIG, A., VIEHMANN, A., THIELMANN, A., GESENHUES, S. and WELTERMANN, B., 2017. Relevance of clerkship characteristics in changing students' interest in family medicine: a questionnaire survey. BMJ Open, 7(3), pp. e012794.

HEYRMAN, J., ed., 2005. EURACT Educational Agenda of General Practice/Family Medicine. European Academy of Teachers in General Practice. EURACT, Leuven.

IROKU-MALIZE, T., MATSON, C., FREEMAN, J., McGREW, M. and DAVID, A., 2013. Interprofessional Education. Annals of Family Medicine, 11, pp. 188-189.

JOCHEMSEN-VAN DER LEEUW, H.G.A.R., VAN DIJK, N., VAN ETTEN-JAMALUDIN, F.S. and WIERINGA-DE WAARD, M., 2013. The Attributes of the Clinical Trainer as a Role Model: A Systematic Review. Academic Medicine, 88(1).

JORDAN, J., BROWN, J.B. and RUSSELL, G., 2003. Choosing family medicine. What influences medical students? Canadian Family Physician, 49, pp. 1131-1137.

LITTLEWOOD, S., YPINAZAR, V., MARGOLIS, S.A., SCHERPBIER, A., SPENCER, J., et al., 2005. Early practical experience and the social responsiveness of clinical education: systematic review. British Medical Journal, 331, pp. 387-391.

LOPEZ-GARCIA, M., AYUSO-RAYA, M.C., LOPEZ-TORRES-HIDALGO, J., MONTOYA-FERNANDEZ, J., CAMPA-VALERA, F. and ESCOBAR-RABADAN, F., 2019. At what stage in the undergraduate curriculum is it best to train in family medicine? A study from two medical schools in Spain. European Journal of General Practice, 25(2), pp. 91-97.

McLEAN, M., CILLIERS, F. and VAN WYK, J.M., 2008. Faculty development: Yesterday, today and tomorrow: AMEE Guide no. 33. Medical Teacher, 30, pp. 555–584.

MICHELS, N.R.M., MAAGAARD, R., BUCHANAN, J. and SCHERPBIER, N., 2018. Educational training requirements for general practice/family medicine specialty training: recommendations for trainees, trainers and training institutions. Education for Primary Care, 29(6), pp. 322-326.

MIETTOLA, J., MÄNTYSELKÄ, P. and VASKILAMPI, T., 2005. Doctor-patient interaction in Finnish primary health care as perceived by first year medical students. BMC Medical Education, 5(1), pp. 34.

NICHOLSON, S., HASTINGS, A.M. and McKINLEY, R.K., 2016. Influences on students' career decisions concerning general practice: a focus group study. British Journal of General Practice, 66(651), pp. e768-e775.

PAICE, E., HEARD, S. and MOSS, F., 2002. How important are role models in making good doctors? British Medical Journal, 325(7366), pp. 707-710.

PFARRWALLER, E., SOMMER, J., CHUNG, C., MAISONNEUVE, H., NENDAZ, M., JUNOD PERRON, N. and HALLER, D.M., 2015. Impact of Interventions to Increase the Proportion of Medical Students Choosing a Primary Care Career: A Systematic Review. Journal of General Internal Medicine, 30(9), pp. 1349-1358.

RAMANI, S. and LEINSTER, S., 2008. Teaching in the clinical environment: AMEE Guide No 34. Medical Teacher, 30(4), pp. 347-364.

ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS (RCGP), 2018. Teaching general practice; guiding principles for undergraduate general practice curricula in UK medical schools.

ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS (RCGP), 2020. Learning general practice; an educational resource for medical students.

TANDETER, H., CARELLI, F., TIMONEN, M., JAVASHVILI, G., BASAK, O., WILM, S., ZARBAILOV, N., SPIEGEL, W. and BREKKE, M., 2011. A 'minimal core curriculum' for Family Medicine in undergraduate medical education: A European Delphi survey among EURACT representatives. European Journal of General Practice, 17(4), pp. 217-220.

TURKESHI, E., MICHELS, N.R., HENDRICKX, K. and REMMEN, R., 2015. Impact of family medicine clerkships in undergraduate medical education: a systematic review. BMJ Open, 5(8), pp. e008265.

VAN DER VLEUTEN, C.P.M., SCHUWIRTH, L.W.T., SCHEELE, F., DRIESSEN, E.W. and HODGES, B., 2010. The assessment of professional competence: building blocks for theory development. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, 24(6), pp. 703-719.

WILLOUGHBY, K.A., RODRÍGUEZ, C., BOILLAT, M., DOVE, M., NUGUS, P., STEINERT, Y. and LALLA, L., 2016. Assessing students' perceptions of the effects of a new Canadian longitudinal pre-clerkship family medicine experience. Education for Primary Care, 27(3), pp. 180-187.

WONCA Europe, 2011. The European Definition of General Practice / Family Medicine.

WONCA Europe, 2017. The urgent case of family medicine. Statement on session 5 (c): towards a sustainable health workforce in the WHO European region: framework for action.