Project for Achieving Consensus in Training

autorstwa

Europejskiej Rady i Kolegium Położnictwa i Ginekologii (ang. European Board and College of Obstetrics and Gynaecology, EBCOG)

F. Scheele, J.E. van der Aa, A.J. Goverde (red.)

Created with funding of

Erasmus+

Spis treści

Wstęp

Rozdział 1: **Treść programu — program podstawowy**

Rozdział 2: **Treść programu — program fakultatywny**

Rozdział 3: **Kompetencje ogólne i umiejętności miękkie**

Rozdział 4: **Szkolenie dotyczące komunikacji i umiejętności psychospołecznych**

Rozdział 5: **Szkolenie symulacyjne w zakresie umiejętności ginekologicznych**

Rozdział 6: **Szkolenie symulacyjne w zakresie umiejętności położniczych**

Rozdział 7: **Szkolenie w zakresie umiejętności ultrasonograficznych**

Rozdział 8: **Powierzanie samodzielności i portfolio**
Załącznik 1: Przykładowe formularze oceny
Załącznik 2: Przykładowe portfolio

Rozdział 9: **Zarządzanie jakością i uznanie kształcenia**

Rozdział 10: **Rozwój kadry**

Słownik

Współautorzy

Wstęp

Zmiany demograficzne, postępy w nauce i polityce ochrony zdrowia w ostatnim dwudziestoleciu miały duży wpływ na świadczenia zdrowotne na całym świecie. Zmiany te miały znaczący wpływ na kształcenie i szkolenie specjalistów oraz członków fachowego personelu medycznego.

Struktura, treść i realizacja podyplomowej edukacji medycznej podlegają dalszym usprawnieniom wraz z rozwojem medycyny; pojawiają się nowe wyzwania, a wraz z nimi uznanie nauki oraz metod nauczania i przyswajania wiedzy. Pedagodzy starają się stworzyć program odpowiedni do potrzeb, aby wyposażyć specjalistów w umiejętności niezbędne do reagowania w stale zmieniającym się środowisku.

Europejska Rada i Kolegium Położnictwa i Ginekologii (EBCOG) jest liderem w dziedzinie poprawy opieki nad kobietami i ich dziećmi w Europie i poza nią. Usprawniła ona standardy szkoleń w dziedzinie położnictwa i ginekologii poprzez wizytacje w szpitalach, wprowadzenie rejestru oraz ostatnio przez wprowadzenie egzaminu członkowskiego (EFOG). Europa ze swoją różnorodnością stwarza istotne wyzwanie w zakresie szkoleń w dziedzinie położnictwa i ginekologii. Oprócz swobodnego przepływu specjalistów przez granice obserwuje się także swobodny przepływ pacjentek, których potrzeby medyczne są zróżnicowane. EBCOG zmierza do ustalenia standardów w zakresie szkoleń poprzez określenie poziomu kompetencji, jakie powinien posiadać certyfikowany specjalista. Określenie **najważniejszych kompetencji** specjalistów na dużym obszarze geograficznym, charakteryzującym się zróżnicowanymi czynnikami społeczno-demograficznymi jest poważnym i wymagającym zadaniem. „Project for Achieving Consensus in Training" (PACT) pozwolił zdefiniować najważniejsze kompetencje, jakie muszą zdobyć wszyscy specjaliści, oraz **kompetencje fakultatywne,** które są opcjonalne w ramach głównego programu. Niniejszy dokument powinien także ułatwić opracowanie programu nauczania dotyczącego **specjalizacji szczegółowych**.

Mimo iż nabycie niektórych kompetencji może być łatwe w niektórych krajach, zróżnicowanie kompetencji w ramach ogólnoeuropejskiego programu nauczania może ułatwić dostosowanie nowego programu do potrzeb danego kraju.

Ogromne wysiłki i wyniki uzyskane przez zespół ds. PACT należy traktować jako narzędzie przeznaczone dla wszystkich. PACT jednoczy europejskich specjalistów w dziedzinie położnictwa i ginekologii w czasach, kiedy jedność jest najbardziej pożądana.

Korzystając z okazji, pragnę podziękować wszystkim członkom i grupom roboczym ds. PACT.

Prof. Jacky Nizard

Prezes Europejskiej Rady i Kolegium Położnictwa i Ginekologii

Program szkoleń EBCOG-PACT: nowy standard szkoleń podyplomowych w dziedzinie położnictwa i ginekologii

Dzięki opracowaniu programu szkoleń EBCOG-PACT w dziedzinie położnictwa i ginekologii ziściło się długotrwałe marzenie. Rada EBCOG zawsze zdawała sobie sprawę ze znaczenia kształcenia jako siły napędowej kierującej optymalną opieką nad kobietami i ich dziećmi w Europie. Wprowadzając program kształcenia EBCOG-PACT, obejmujemy stanowisko specjalistycznej organizacji medycznej, która wdraża najnowocześniejsze szkolenia w Europie.

Dokument zastępujący „Standards of Care for Women's Health in Europe", opublikowany przez EBCOG w 2014 r. program kształcenia EBCOG-PACT definiuje standardy w zakresie kształcenia podyplomowego w dziedzinie położnictwa i ginekologii w Europie. Standardy te dotyczą egzaminów końcowych w domenach medycznych i zawodowych, ale także dostarczają wytycznych w zakresie metod szkoleniowych, zgody na wykonywanie czynności, rozwoju kadry oraz zarządzania jakością kształcenia. W procesie poszukiwania konsensusu w sprawie kompetencji, jakie powinni uzyskiwać po ukończeniu szkolenia na poziomie samodzielnej praktyki wszyscy lekarze w trakcie specjalizacji w zakresie położnictwa i ginekologii, EBCOG-PACT stanowi fundament do wdrożenia standardów dotyczących kształcenia w całej Europie.

Projekt powstał we współpracy w ramach EBCOG. Dzięki wsparciu finansowemu z programu Unii Europejskiej Erasmus+ delegaci, zarówno specjaliści, jak i lekarze w trakcie specjalizacji, z całej Europy dzielili się swoimi pomysłami i pracą. Pragnę podziękować wszystkim, którzy przyczynili się do powstania EBCOG-PACT, w szczególności zaś:

- Przewodniczącemu projektu — Fedde Scheele i kierownikowi projektu — Jessice van der Aa z Holandii;
- Przewodniczącej ds. programu medycznego — Chiarze Benedetto oraz członkini jej personelu Annalisie Tancredi z Włoch, które ściśle współpracowały z Jaroslavem Feyereislem i Petrem Velebilem z Republiki Czeskiej;
- Przewodniczącemu ds. kompetencji ogólnych i umiejętności miękkich — Peterowi Hornnesowi i członkom jego personelu Betinie Ristorp Andersen oraz Annette Settnes z Danii. Otrzymali oni informacje o opiniach osób zainteresowanych z organizacji zrzeszających pacjentki reprezentowane przez Joyce Hoek-Pula i Britt Myren, europejskie pielęgniarki reprezentowane przez Petrę Kunkeler, europejskie położne reprezentowane przez Noortje Jonker oraz administratorów szpitali reprezentowanych przez Hansa van der Schoota i Fedde Scheele;
- Przewodniczącemu ds. szkolenia w zakresie umiejętności i symulacji ginekologicznych Rudiemu Campo z Belgii i jego współpracownikom Yves van Belle z Belgii i Helderowi Ferreirze z Portugalii;
- Przewodniczącej ds. szkolenia w zakresie umiejętności i symulacji położniczych Jette Led Sorenson z Danii i jej współpracownikom Rucie Nadisauskiene z Litwy i Diogo Ayres-de-Campos z Portugalii;
- Przewodniczącej ds. szkolenia w zakresie komunikacji i umiejętności psychospołecznych Sibil Tschudin ze Szwajcarii;
- Rolfowi Kirschnerowi z Norwegii za połączenie EBCOG-PACT z egzaminem EBCOG;

- „Powierzanie samodzielności i portfolio” opisano pod kierownictwem Fedde Scheele, będącego uznanym na całym świecie ekspertem w tej dziedzinie;
- Przewodniczącemu ds. zarządzania jakością i uznawania szkoleń Juriyowi Wladimiroffowi z Holandii, który przewodniczył także grupie zajmującej się umiejętnościami w zakresie ultrasonografii we współpracy z Piotrem Sieroszewskim z Polski;
- Moim współpracownikom Fedde Scheele i Živie Novak Antolič ze Słowenii w zakresie projektu dotyczącego rozwoju kadry;
- Annie Aabakke z Danii i Laurze Spinnewijn z Holandii, które w imieniu Europejskiej Sieci lekarzy w trakcie specjalizacji w Dziedzinie Położnictwa i Ginekologii (ang. European Network of Trainees in Obstetrics and Gynaecology, ENTOG) miały cenny wkład w projekt dotyczący zgody na wykonywanie czynności i oceny;
- Członkom komisji sterującej Jacky'emu Nizardowi i Tahirowi Mahmoodowi, członkom komitetu wykonawczego EBCOG, oraz Annie Aabakke, byłej prezes ENTOG, za nadzorowanie procesu i konstruktywne opinie w trakcie projektu;
- Członkom zewnętrznej komisji doradczej za wsparcie;
- Członkom stałej komisji ds. kształcenia i oceny, w tym przedstawicielom Europejskiego Towarzystwa Ginekologii Dzieci i Młodzieży (ang. European Association of Paediatric and Adolescent Gynaecology, EURAPAG), Międzynarodowego Stowarzyszenia Położnictwa i Ginekologii Psychosomatycznej (ang. International Society of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology, ISPOG), Europejskiego Stowarzyszenia na Rzecz Antykoncepcji i Zdrowia Reprodukcyjnego (ang. European Society of Contraception and Reproductive Health, ESC), Europejskiego Towarzystwa Endoskopii Ginekologicznej (ang. European Society of Gynaecological Endoscopy, ESGE), za cenne dyskusje na temat różnych fragmentów programu;
- Członkom komitetu wykonawczego EBCOG oraz krajowym delegatom w Radzie EBCOG za zaufanie i cenne opinie.

Program EBCOG-PACT jest wynikiem wzorcowej współpracy. W nadchodzących latach naszym celem będzie wprowadzenie tego programu w całej Europie.

Dr Angelique J. Goverde
Przewodnicząca stałej komisji EBCOG ds. kształcenia i oceny

EBCOG-PACT: od wizji do rzeczywistości

EBCOG wniosła ważny wkład w ochronę zdrowia w Europie, opracowując standardy opieki w ginekologii w Europie. Dzięki temu obowiązuje teraz wspólny pogląd na optymalną opiekę zdrowotną. Jednakże droga od wizji do realizacji może być wyboista, dlatego należy użyć wszystkich dostępnych środków, aby ułatwić i wdrożyć optymalną opiekę zdrowotną. W tym celu pożądane jest zwiększenie mobilności ginekologów i lekarzy w trakcie specjalizacji w Europie, ponieważ pozwoli nam to dowiedzieć się więcej o systemach ochrony zdrowia i wymieniać się najlepszymi praktykami. Z tego powodu wspólne podejście do kształcenia ginekologów-położników ma kluczowe znaczenie dla tych lekarzy w trakcie specjalizacji, którzy pragną być kształceni zgodnie z najlepszą europejską praktyką.

W ramach EBCOG-PACT zdefiniowano wiedzę, umiejętności i postawy wymagane od każdego ginekologa w Europie („program podstawowy"). Dodatkowo opisano także program fakultatywny, który zajmuje miejsce pomiędzy programem podstawowym i specjalizacjami szczegółowymi. Każdy lekarz w trakcie specjalizacji powinien przejść szkolenie w zakresie co najmniej jednej kompetencji fakultatywnej. Program podstawowy i program fakultatywny zostały opracowane z wykorzystaniem formalnych technik dochodzenia do konsensusu oraz dyskusji w ramach EBCOG i organizacji ds. specjalizacji szczegółowych. Poza kompetencjami medycznymi zdefiniowaliśmy wymagane kompetencje ogólne i umiejętności miękkie. Dzięki pomocy europejskich pacjentek, pielęgniarek, położnych i administratorów szpitali opracowano zakres kompetencji dopasowanych do potrzeb ginekologów-położników w Europie. Kompetencje ogólne i umiejętności miękkie obejmują kwestie, które można postrzegać jako uniwersalne prawa człowieka w kontekście kobiet. Są one ściśle powiązane ze standardami opieki według EBCOG. Niniejszy program zawiera porozumienie w sprawie kompetencji medycznych i ogólnych dla nowych europejskich ginekologów-położników.
Niniejsze warunki ukończenia nie są ostateczne. W kolejnych latach zajdzie prawdopodobnie konieczność poprawienia programu podstawowego oraz przewiduje się konieczność zdefiniowania dodatkowych kompetencji fakultatywnych. Pojawiła się już dyskusja wokół kwestii czy kolposkopia powinna stanowić element programu podstawowego czy też programu fakultatywnego oraz czy seksuologia, zajmująca się takimi chorobami jak westibulodynia, powinna zająć wyższe miejsce w programie podstawowym. Program nauczania jest dokumentem dynamicznym, ale w tym momencie PACT jest najnowocześniejszy w Europie.

Poza określeniem rezultatów kształcenia PACT zawiera także wskazówki dotyczące kształcenia na poziomie technicznym, pozostawiając jednocześnie miejsce na różnice w sposobie wdrażania, który może zależeć od lokalnego kontekstu i wizji. Na poziomie technicznym uwzględniono następujące elementy:

- Szkolenie symulacyjne jako ważny fundament systemu kształcenia;
- Zgoda na wykonywanie czynności zawodowych w oparciu o portfolio doświadczeń związanych z kształceniem, oceny i analizy przeprowadzone przez komisję ds. kompetencji;
- Zarządzanie jakością w placówce szkoleniowej i uznanie przez zewnętrzną organizację akredytującą.

Za pomocą niniejszego dokumentu EBCOG dostarczyła program, który został dokładnie omówiony w społeczności specjalistów oraz pomiędzy stronami zainteresowanymi. Słowo curriculum (program nauczania) pochodzi od łacińskiego słowa oznaczającego wózek. Wózek służy do przemieszczania się we właściwym kierunku. Kolejnym etapem jest wprowadzenie programu we wszystkich ośrodkach szkoleniowych pragnących prowadzić kursy w sposób europejski. Aby to osiągnąć, należy uwzględnić złożoność procesów zmiany. Europejscy ginekolodzy-położnicy mogą stać się liderami w dziedzinie kształcenia i mobilności w całej Europie w porównaniu do przedstawicieli innych specjalizacji. Jeśli wdrożenie PACT zakończy się powodzeniem, ułatwi to zapewnienie optymalnej opieki zdrowotnej kobietom w Europie. Aby sprostać temu wyzwaniu, potrzebujmy także Twojego zaangażowania!

Prof. dr Fedde Scheele
Lider projektu EBCOG-PACT

Treść programu nauczania
Program podstawowy

Autorzy: Fedde Scheele, Angelique Goverde, Jessica van der Aa, Chiara Benedetto, Annalisa Tancredi, Jaroslav Feyereisl, Petr Velebil, Anna Aabakke

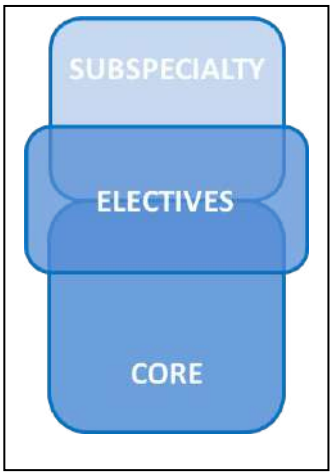
Wprowadzenie

Kształcenie podyplomowe w dziedzinie położnictwa i ginekologii trwa co najmniej pięć lat. Obejmuje program podstawowy i fakultatywny.
W niniejszym dokumencie opisano treść medycznego programu nauczania podstawowego w zakresie kształcenia podyplomowego w Europie w dziedzinie położnictwa i ginekologii. Treść programu podstawowego została ustalona w procesie dochodzenia do konsensusu z udziałem europejskich ginekologów i lekarzy w trakcie specjalizacji [1,2]. Program łączy wiedzę i umiejętności, jakie powinny zostać nabyte w trakcie kształcenia w celu pozyskania podstawowych kompetencji przez europejskiego ginekologa.

W ogólnoeuropejskim programie wprowadzono wyraźne rozróżnienie pomiędzy kształceniem podstawowym i modułami fakultatywnymi:

Program podstawowy

- Wspólny szkielet, który jest obowiązkowy dla wszystkich lekarzy w trakcie specjalizacji w dziedzinie położnictwa i ginekologii.
- Minimalny czas trwania wynosi trzy lata i może podlegać przepisom krajowym i lokalnym.
- Minimalne standardy kształcenia.
- Treść jednoznacznie zdefiniowana w konsensusie europejskim.
- Minimalna liczba w przypadku kilku procedur zalecanych w trakcie kształcenia.
- Warunki ukończenia odnoszą się do poziomu samodzielnej praktyki, co oznacza, że lekarz w trakcie specjalizacji jest zdolny do samodzielnego wykonania tych procedur.



Program fakultatywny

- Co najmniej jedna kompetencja fakultatywna jest obowiązkowa dla wszystkich lekarzy w trakcie specjalizacji.
- Szkolenie jest w tym przypadku bardziej intensywne niż w ramach programu podstawowego oraz obejmuje nowe wiadomości i umiejętności, bardziej dogłębną analizę stanu patologicznego i dalsze leczenie.
- Określa profil zawodowy lekarza w trakcie specjalizacji, uzupełniając go o szczególne zainteresowania.
- Treść części fakultatywnej można zmieniać, a jej miejsce znajduje się pomiędzy programem podstawowym i specjalizacją szczegółową.
- W niektórych krajach kompetencja fakultatywna może być ujęta w programie obowiązkowym (np. choroby piersi).

Specjalizacja szczegółowa

- Szkolenie w zakresie specjalizacji szczegółowej nie jest przedmiotem programu kształcenia podyplomowego w dziedzinie położnictwa i ginekologii.
- Treść została ustandaryzowana i uznana przez stowarzyszenia zajmujące się specjalizacjami szczegółowymi.

Instrukcje dla czytelnika

- Treść (podstawowa i fakultatywna) ogólnoeuropejskiego programu musi być realistyczna i możliwa do wdrożenia we wszystkich krajach Europy.
- Standardy opieki według EBCOG określają warunki, na jakich świadczona jest opieka i wykonywane są procedury; zostały one opracowane w porozumieniu ze stowarzyszeniami zajmującymi się specjalizacjami szczegółowymi. Lekarze w trakcie specjalizacji muszą przestrzegać tych warunków.
- Treść programu (podstawowa i fakultatywna) jest zgodna z aktualnymi standardami w zakresie opieki i kształcenia. Z uwagi na częste postępy w dziedzinie położnictwa i ginekologii treść nie zawsze będzie odzwierciedlać ostatnie zalecenia, chociaż standardy w zakresie kształcenia będą okresowo aktualizowane.
- Szkolenie do poziomu samodzielnej praktyki oznacza, że lekarz w trakcie specjalizacji będzie mógł świadczyć opiekę lub wykonywać procedury bez ingerencji nadzoru. Przepisy krajowe określają, czy konieczny jest nadzór (bez ingerencji) podczas świadczenia opieki lub wykonywania procedury przez lekarza w trakcie specjalizacji.
- W przypadku niektórych spośród opisanych procedur (np. zabiegów chirurgicznych) osiągnięto konsensus dotyczący niezbędnej liczby przypadków w ramach kształcenia. Wartości te oznaczają minimalną liczbę przypadków danej procedury, jaką lekarz w trakcie specjalizacji musi wykonać jako pierwszy operator. Wartości te stanowią wytyczne, ponieważ w całej Europie występuje zmienność pod względem częstości występowania oraz najlepszych praktyk.
- Zgodnie z europejskim konsensusem procedura histerektomii brzusznej jest ujęta w programie podstawowym. Wiadomo, że częstość występowania danej procedury może różnić się w zależności od położenia geograficznego, co sprawia, że żądanie od wszystkich lekarzy w trakcie specjalizacji szkolenia *in vivo* do osiągnięcia poziomu samodzielnej praktyki jest nierealistyczne. W związku z tym procedurę można przećwiczyć podczas symulacji do poziomu samodzielnej praktyki, kiedy histerektomia jest niezbędna ze względu na ciężki krwotok poporodowy.

Wiedzę i umiejętności w dziedzinie położnictwa i ginekologii pogrupowano w dziesięć najważniejszych zagadnień. Dla każdego zagadnienia opisano w tym dokumencie co powinno wchodzić w zakres programu podstawowego.

1. Ogólna wiedza i umiejętności medyczne
2. Opieka prenatalna
3. Opieka okołoporodowa i poporodowa
4. Łagodne schorzenia ginekologiczne
5. Medycyna rozrodu
6. Uroginekologia
7. Stany przednowotworowe
8. Onkologia ginekologiczna
9. Ginekologia dziecięca i zdrowie seksualne
10. Choroby piersi

Dla każdego zagadnienia opisano rezultaty szkolenia. Podzielono je według faz procesu klinicznego. Każda kolejna faza wymaga bardziej zaawansowanej integracji wiedzy i umiejętności w porównaniu do poprzedniej. Po zakończeniu szkolenia lekarz w trakcie specjalizacji będzie posiadał wiedzę i umiejętności niezbędne w przypadku wszystkich faz oraz wszystkich rezultatów na poziomie samodzielnej praktyki.

Identyfikacja problemu: określenie zapotrzebowania na badania diagnostyczne lub rozpoznanie patologii

Rozpoznanie: rozpoznanie bez wykorzystania konkretnych umiejętności

Rozpoznanie: rozpoznanie z wykorzystaniem konkretnych umiejętności

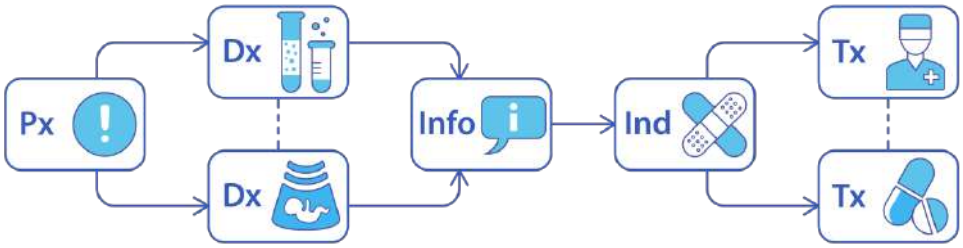
Informacja: przekazanie informacji i porady dotyczącej rozpoznania i jego konsekwencji

Wskazanie do leczenia: określenie wskazania do konkretnej terapii po uwzględnieniu wszystkich dostępnych opcji terapeutycznych

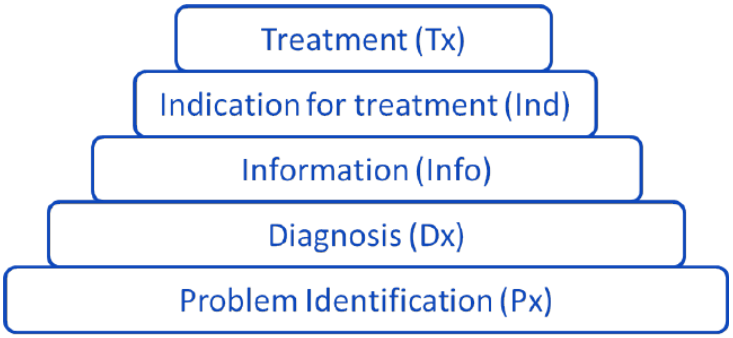
Leczenie: omówienie wszystkich opcji terapeutycznych, określenie wskazania do konkretnej terapii, udzielenie porady w sprawie leczenia, a także prowadzenie leczenia bez wykorzystania konkretnych umiejętności (np. leczenie zachowawcze)

Leczenie: omówienie wszystkich opcji terapeutycznych, określenie wskazania do konkretnej terapii, udzielenie porady w sprawie leczenia, a także prowadzenie leczenia z wykorzystaniem konkretnych umiejętności (np. leczenie chirurgiczne)

Fazy są zintegrowane z procesem klinicznym w następujący sposób:



Jeśli lekarz w trakcie specjalizacji może zapewnić leczenie (Tx) choroby, zakłada się, że może ustalić wskazania do leczenia (Ind), przekazać informacje o rozpoznaniu (Info), rozpoznać chorobę (Dx) oraz zidentyfikować problem wymagający badań diagnostycznych (Px).



Piśmiennictwo

1. Van der Aa JE, Goverde AJ, Teunissen PW, Scheele F. Paving the road for a European postgraduate training curriculum. Eur J Obstet Gynaecol Reprod Biol 2016;203:229-31.
2. Van der Aa JE, Tancredi A, Goverde AJ, Velebil P, Feyereisl J, Benedetto C, Teunissen PW, Scheele F. What European gynaecologists need to master: Consensus on medical expertise outcomes of pan-European postgraduate training in obstetrics & gynaecology. Eur J Obstet Gynaecol Reprod Biol 2017;216:143-53.

1. Ogólna wiedza i umiejętności medyczne

Lekarz w trakcie specjalizacji potrafi zapewnić opiekę położniczą i ginekologiczną na poziomie samodzielnej praktyki w warunkach ambulatoryjnych, na sali porodowej i izbie przyjęć.

We wszystkich sytuacjach lekarz w trakcie specjalizacji:

- Ma szczegółową wiedzę na temat embriologii, anatomii i fizjologii żeńskich narządów płciowych i piersi.
- Zbiera wywiad chorobowy i rodzinny, w tym informacje społeczne, wykonuje dokładne kliniczne badanie parametrów życiowych, wewnętrznych oraz zewnętrznych narządów płciowych i brzucha oraz odpowiednio interpretuje wyniki.
- Potrafi zdiagnozować, ocenić, zbadać, monitorować oraz interpretować dane dotyczące najczęstszych chorób położniczych i ginekologicznych (schorzenia zostaną określone w danym zagadnieniu).
- W porę wykonuje odpowiednie badania, np. badanie próbek mikrobiologicznych, badania laboratoryjne oraz obrazowanie radiologiczne, i interpretuje ich wyniki we współpracy innymi, np. radiologami w odniesieniu do obserwacji klinicznych, aby sformułować rozpoznanie różnicowe.
- Kieruje oddziałem z wykorzystaniem podejścia interdyscyplinarnego, zarządza przyjmowaniem i wypisywaniem pacjentek na oddziale i sali porodowej oraz zarządza kierowaniem ich do innych gabinetów.
- Potrafi wykonać podstawowe interwencje terapeutyczne, w tym bezpieczne i stosowne zalecenie oraz zastosowanie tlenu, leków i terapii, produktów krwiopochodnych, wspomagania krążenia i cewnikowania pęcherza moczowego.
- Zarządza oceną, profilaktyką i leczeniem bólu.
- Potrafi rozpoznać i przeprowadzić triaż u pacjentek w stanach ostrych oraz wdrożyć odpowiednie postępowanie, w tym u pacjentek septycznych, pacjentek z powikłaniami okołoporodowymi oraz pacjentek wymagających resuscytacji.
- Utrzymuje skuteczną komunikację z pacjentkami i ich krewnymi, zgodnie z zasadami wspólnego podejmowania decyzji i świadomej zgody, dokładnie dokumentuje przebieg komunikacji i wykonuje pracę zespołową dzięki skutecznemu przepływowi informacji w zespole ds. opieki.
- Ma konkretną wiedzę na temat opieki okołooperacyjnej, w tym klasyfikacji ASA, wskazań i przeciwwskazań do zabiegów operacyjnych, zagrożeń związanych z operacjami, wskazań do przetoczenia krwi, powikłań pozabiegowych oraz wskazań do przyjęcia na oddział intensywnej terapii.
- Rozumie, w jaki sposób schorzenia ginekologiczne wpływają na funkcje seksualne, pyta o funkcje seksualne i możliwe negatywne doświadczenia seksualne oraz rozumie konsekwencje przemocy seksualnej dla schorzeń ginekologicznych i zachowań.
- Rozumie biospołeczne aspekty schorzeń położniczych i ginekologicznych.

2. Opieka prenatalna

Rozpoznanie: rozpoznanie z wykorzystaniem konkretnych umiejętności

Rozpoznanie	Umiejętności
o Żywotność zarodka i płodu	o USG przezpochwowe i przezbrzuszne
o Lokalizacja ciąży (wewnątrzmaciczna i pozamaciczna)	o USG przezpochwowe i przezbrzuszne
o Wiek ciążowy	o USG przezpochwowe i przezbrzuszne
o Ciąż pojedyncza lub wielopłodowa	o USG przezpochwowe i przezbrzuszne
o Długość szyjki macicy	o USG przezpochwowe i przezbrzuszne
o Liczba łożysk	o USG przezpochwowe i przezbrzuszne
o Biometria płodu	o USG przezpochwowe i przezbrzuszne
o Położenie płodu	o USG przezpochwowe i przezbrzuszne
o Miejsce łożyskowe	o USG przezpochwowe i przezbrzuszne
o Objętość płynu owodniowego	o USG przezpochwowe i przezbrzuszne
o Przepływ w tętnicy pępowinowej	o Pomiar przepływu metodą Dopplera

Informacja: przekazanie informacji i porady dotyczącej rozpoznania i jego konsekwencji

- o Karmienie piersią
- o Ciąża u nastolatek
- o Ciąża i otyłość
- o Ciąża i cukrzyca
- o Ciąża u matek starszych
- o Ciąża i występujące wcześniej nadciśnienie tętnicze
- o Stosowanie leków (np. w związku z chorobami psychicznymi)
- o Niewydolność szyjki macicy
- o Ciąża wielopłodowa
- o Cholestaza ciążowa
- o Następstwa porodu powikłanego dla kolejnej ciąży i porodu
- o Zaburzenia chromosomalne na podstawie przezierności karkowej/testu podwójnego/testu potrójnego/ amniocentezy/biopsji kosmówki/NIPT

Leczenie: omówienie wszystkich opcji terapeutycznych, określenie wskazania do konkretnej terapii, udzielenie porady w sprawie leczenia, a także prowadzenie leczenia bez wykorzystania konkretnych umiejętności (np. leczenie zachowawcze)

- o Ciąża o nieznanej lokalizacji
- o Wymioty niepowściągliwe
- o Poronienie (nawykowe)
- o Krwawienia w pierwszym trymestrze

- Krwawienia w drugim i trzecim trymestrze
- Terminacja ciąży w drugim trymestrze
- Niezgodność grup krwi
- Nosicielstwo paciorkowca z grupy B
- Problemy brzuszne
- (Drobne) urazy jamy brzusznej w ciąży
- Nieprawidłowe położenie płodu
- Cukrzyca ciążowa
- Małowodzie
- Wielowodzie
- Zaburzenia związane z nadciśnieniem w ciąży (nadciśnienie ciążowe, stan przedrzucawkowy, rzucawka, HELLP)
- Zmniejszona aktywność płodu
- Ograniczenie wzrostu płodu
- Przedwczesne przerwanie błon
- Wewnątrzmaciczny zgon płodu
- Ciąża po terminie
- Zakażenia okołoporodowe (toksoplazmoza, kiła, ospa wietrzna i półpasiec, parwowirus B19, różyczka, cytomegalowirus, opryszczka)

3. Opieka okołoporodowa i poporodowa

Rozpoznanie: rozpoznanie z wykorzystaniem konkretnych umiejętności

Rozpoznanie	Umiejętności
o Prawdopodobieństwo porodu	o Badanie fizykalne

Wskazanie do leczenia: określenie wskazania do konkretnej terapii po uwzględnieniu wszystkich dostępnych opcji terapeutycznych

- Krwotok poporodowy; embolizacja tętnicy

Leczenie: omówienie wszystkich opcji terapeutycznych, określenie wskazania do konkretnej terapii, udzielenie porady w sprawie leczenia, a także prowadzenie leczenia bez wykorzystania konkretnych umiejętności (np. leczenie zachowawcze)

- Indukcja dojrzewania płuc
- Przedwczesne skurcze
- Brak postępu porodu
- Gorączka śródporodowa
- Płyn owodniowy zabarwiony smółką
- Cięcie cesarskie w wywiadzie
- Ból okołoporodowy
- Poporodowe zapalenie sutka (z ropniem)
- Poporodowe zatrzymanie moczu
- Proces zakrzepowo-zatorowy
- Krwotok poporodowy

Leczenie: omówienie wszystkich opcji terapeutycznych, określenie wskazania do konkretnej terapii, udzielenie porady w sprawie leczenia, a także prowadzenie leczenia z wykorzystaniem konkretnych umiejętności (np. leczenie chirurgiczne)

Rozpoznanie	Umiejętności	Liczba
o Poród niepowikłany	o Asysta przy porodzie niepowikłanym	50
o Poród powikłany	o Asysta przy porodzie przedwczesnym	
	o Poród pochwowy z użyciem próżnociągu	10–20
	o Poród z użyciem kleszczy*	0–10
	o Poród pośladkowy*	5
	o Asysta przy porodzie pochwowym w przypadku ciąży wielopłodowej	
	o Cięcie cesarskie	20
	o Ponowne cięcie cesarskie	10–15

o Stan zagrożenia płodu	o Cięcie cesarskie u pacjentki otyłej o Monitorowanie KTG o Pobieranie próbki krwi ze skóry głowy płodu* o Nacięcie krocza	0–10
o Przedwczesne odklejenie łożyska	o Nagłe cięcie cesarskie	10–15
o Pęknięcie macicy	o Nagłe cięcie cesarskie	
o Dystocja barkowa	o Wszystkie manewry stosowane w przypadku dystocji*	
o Krwotok poporodowy	o Wewnątrzmaciczna tamponada balonowa o Chirurgiczna kompresja macicy atonicznej (szew B-Lyncha)* o Histerektomia brzuszna*	
o Łożysko zatrzymane	o Ręczne i chirurgiczne usunięcie łożyska	
o Wynicowanie macicy	o Ręczne odprowadzenie macicy*	
o Uraz układu rozrodczego	o Naprawa urazu układu rozrodczego	
o Krwiak sromu	o Odbarczenie krwiaka sromu	
o Rana po nacięciu krocza	o Zszycie rany po nacięciu krocza	
o Pęknięcie krocza 1./2./3. stopnia	o Zszycie pęknięcia krocza 1./2./3. stopnia	
o Pęknięcie krocza 4. stopnia	o Zszycie pęknięcia krocza 4. stopnia	
o Pomoc neonatologiczna	o Wspomaganie wstępnej opieki nad noworodkiem zdrowym/urodzonym przed terminem (z niskim wynikiem w skali Apgar) o Prawidłowa resuscytacja noworodka w ciągu pierwszych 10 minut po porodzie (w oczekiwaniu na pediatrę)*	

**= ćwiczenie umiejętności co najmniej w warunkach symulacji*

4. Łagodne schorzenia ginekologiczne

Rozpoznanie: rozpoznanie z wykorzystaniem konkretnych umiejętności

Rozpoznanie
- Zaburzenia sromu
- Zaburzenia wewnątrzmaciczne
- Zaburzenia macicy i przydatków
- Zaburzenia jajników

Umiejętności
- Biopsja gruboigłowa w znieczuleniu miejscowym
- Histeroskopia lub USG diagnostyczne (2D lub 3D)
- Laparoskopia lub USG diagnostyczne (2D lub 3D)
- USG diagnostyczne (2D lub 3D)

Wskazanie do leczenia: określenie wskazania do konkretnej terapii po uwzględnieniu wszystkich dostępnych opcji terapeutycznych

- Antykoncepcja u zdrowych osób dorosłych
- Antykoncepcja u pacjentki z problemem natury zdrowotnej lub chorobą współistniejącą
- Endometrioza
- Ropień jajowodu i jajnika
- Obfite miesiączkowanie
- Mięśniaki macicy
- Przegroda pochwy

Leczenie: omówienie wszystkich opcji terapeutycznych, określenie wskazania do konkretnej terapii, udzielenie porady w sprawie leczenia, a także prowadzenie leczenia bez wykorzystania konkretnych umiejętności (np. leczenie zachowawcze)

- Choroby przenoszone drogą płciową
- Choroba zapalna miednicy/zapalenie jajowodu
- Ból brzucha/w miednicy
- Zespół napięcia przedmiesiączkowego
- Bolesne miesiączkowanie
- Obfite miesiączkowanie
- Nieprawidłowe krwawienia z macicy
- Problemy dotyczące menopauzy
- Upławy
- Zapalenie pochwy i sromu
- Włókniaki macicy
- Stany patologiczne przydatków
- Endometrioza
- Kłykciny sromu
- Torbiel gruczołu Bartholina
- Ropień sromu

Leczenie: omówienie wszystkich opcji terapeutycznych, określenie wskazania do konkretnej terapii, udzielenie porady w sprawie leczenia, a także prowadzenie leczenia z wykorzystaniem konkretnych umiejętności (np. leczenie chirurgiczne)

Rozpoznanie	Umiejętności	Liczba
o Antykoncepcja	o Założenie krążka dopochwowego/kapturka naszyjkowego o Założenie wkładki wewnątrzmacicznej o Założenie implantu podskórnego o Sterylizacja laparoskopowa	20
o Ciąża ektopowa	o Laparoskopowe usunięcie ciąży ektopowej (salpingostomia) lub salpingektomia	10
o Poronienie wczesne	Poszerzenie i kiretaż za pomocą ssaka lub tępej kirety*	15
o Terminacja ciąży w pierwszym trymestrze	o Poszerzenie i kiretaż za pomocą ssaka lub tępej kirety*	10
o Torbiel gruczołu Bartholina	o Chirurgiczna marsupializacja torbieli	5
o Ropień sromu	o Chirurgiczne wycięcie ropnia	
o Torbiel jajnika	o Laparoskopowa aspiracja igłowa torbieli prostej o Laparoskopowa elektrokoagulacja jajnika o Prosta laparoskopowa cystektomia jajnika	
o Stany patologiczne przydatków	o Salpingo-ooforektomia laparoskopowa o Salpingo-ooforektomia laparotomijna	
o Polip wewnątrzmaciczny	o Histeroskopowa resekcja polipa	
o Mięśniaki macicy	o Histeroskopowa resekcja mięśniaka typu 0–1 (< 4 cm) Laparotomijna miomektomia mięśniaka podsurowiczego	
o Zrosty w miednicy	o Prosta laparoskopowa adhezjoliza o Laparotomia z minimalną adhezjolizą	
	Zabiegi laparoskopowe ogółem	30

**= zgodnie z lokalnymi i krajowymi protokołami i przepisami*

5. Medycyna rozrodu

Identyfikacja problemu: określenie zapotrzebowania na badania diagnostyczne lub rozpoznanie patologii

- Obniżona płodność u mężczyzn i kobiet oraz ocena płodności
- Podstawowa endokrynologia rozrodu oraz zaburzenia endokrynologiczne, które mogą prowadzić do zaburzeń cyklu (pierwotny brak miesiączki, wtórny brak miesiączki, skąpe miesiączkowanie, mlekotok, hiperprolaktynemia i hirsutyzm)
- Techniki zachowania płodności

Rozpoznanie: rozpoznanie bez wykorzystania konkretnych umiejętności

- Pierwotny brak miesiączki
- Mlekotok

Rozpoznanie: rozpoznanie z wykorzystaniem konkretnych umiejętności

Rozpoznanie	Umiejętności	Liczba
o Obniżona płodność; drożność jajowodów	o Laparoskopia diagnostyczna z badaniem jajowodów o Histeroskopia diagnostyczna z badaniem jajowodów	
o Odpowiedź na leczenie niepłodności	o USG przezpochwowe ze zliczaniem pęcherzyków i pomiarami pęcherzyków	50
o Zespół hiperstymulacji jajników	o USG przezpochwowe z oceną pęcherzyków i płynu w jamie otrzewnej	

Informacja: przekazanie informacji i porady dotyczącej rozpoznania i jego konsekwencji

- Czynniki prognostyczne ciąży ogółem
- Prawdopodobieństwo utrzymania ciąży, poronienia spontanicznego oraz ciąży ektopowej związane z różnymi metodami leczenia niepłodności

Wskazanie do leczenia: określenie wskazania do konkretnej terapii po uwzględnieniu wszystkich dostępnych opcji terapeutycznych

- Techniki wspomaganego rozrodu (IUI, IVF, ICSI)

Leczenie: omówienie wszystkich opcji terapeutycznych, określenie wskazania do konkretnej terapii, udzielenie porady w sprawie leczenia, a także prowadzenie leczenia bez wykorzystania konkretnych umiejętności (np. leczenie zachowawcze)

- Zaburzenia cyklu typu II według WHO-II; indukcja owulacji za pomocą cytrynianu klomifenu
- Wstępne/nagłe leczenie OHSS

6. Uroginekologia i dno miednicy

Identyfikacja problemu: określenie zapotrzebowania na badania diagnostyczne lub rozpoznanie patologii

- Rozpoznanie potrzeby skierowania do fizjoterapeuty specjalizującego się w schorzeniach dna miednicy lub innego specjalisty zajmującego się nietrzymaniem moczu wysiłkowym i/lub z parcia.

Rozpoznanie: rozpoznanie z wykorzystaniem konkretnych umiejętności

Rozpoznanie	Umiejętności
o Wypadnięcie przedziału wierzchołkowego o Wypadnięcie przedziału przedniego o Wypadnięcie przedziału tylnego o Przetoka odbytniczo-pochwowa	o Skala POP-Q

Wskazanie do leczenia: określenie wskazania do konkretnej terapii po uwzględnieniu wszystkich dostępnych opcji terapeutycznych

- Zabieg naprawczy przedniego/tylnego odcinka pochwy
- Zabieg naprawczy wierzchołka pochwy

Leczenie: omówienie wszystkich opcji terapeutycznych, określenie wskazania do konkretnej terapii, udzielenie porady w sprawie leczenia, a także prowadzenie leczenia z wykorzystaniem konkretnych umiejętności (np. leczenie chirurgiczne)

Rozpoznanie	Umiejętności	Liczba
o Obniżenie macicy	o Dopasowanie pessara i dalsza opieka	10
	o Kolpokleza*	
o Wypadanie przedniej ściany pochwy/cewki moczowej	o Prosty zabieg naprawczy przedniej ściany pochwy	10
o Uchyłek jelita/odbytnicy	o Prosty zabieg naprawczy tylnego odcinka pochwy	10

*****= *ćwiczenie umiejętności co najmniej w warunkach symulacji*

7. Stany przednowotworowe

Identyfikacja problemu: określenie zapotrzebowania na badania diagnostyczne lub rozpoznanie patologii

- Osłabione kobiety w podeszłym wieku z wieloma chorobami współistniejącymi i polipragmazją
- Przednowotworowe stany sromu

Rozpoznanie: rozpoznanie z wykorzystaniem konkretnych umiejętności

Rozpoznanie	Umiejętności	Liczba
o Badanie przesiewowe szyjki macicy	o Cytologia	
o Przednowotworowe stany szyjki macicy	o Kolposkopia (z biopsją)	20

Leczenie: omówienie wszystkich opcji terapeutycznych, określenie wskazania do konkretnej terapii, udzielenie porady w sprawie leczenia, a także prowadzenie leczenia bez wykorzystania konkretnych umiejętności (np. leczenie zachowawcze)

- Przednowotworowe schorzenia ginekologiczne

Leczenie: omówienie wszystkich opcji terapeutycznych, określenie wskazania do konkretnej terapii, udzielenie porady w sprawie leczenia, a także prowadzenie leczenia z wykorzystaniem konkretnych umiejętności (np. leczenie chirurgiczne)

Rozpoznanie	Umiejętności	Liczba
o Przednowotworowe stany szyjki macicy	o LLETZ szyjki macicy	20

8. Onkologia ginekologiczna

Identyfikacja problemu: określenie zapotrzebowania na badania diagnostyczne lub rozpoznanie patologii

- Zaawansowane nowotwory ginekologiczne
- Atypowe reakcje na żałobę

Rozpoznanie: rozpoznanie bez wykorzystania konkretnych umiejętności

- Rak sromu i szyjki macicy na podstawie badania histopatologicznego

Rozpoznanie: rozpoznanie z wykorzystaniem konkretnych umiejętności

Rozpoznanie
- Ciążowa choroba trofoblastyczna
- Nowotwory złośliwe lub stany przednowotworowe endometrium

Umiejętności
- USG przezpochwowe
- Biopsja endometrium

Informacja: przekazanie informacji i porady dotyczącej rozpoznania i jego konsekwencji

- Rak jajnika
- Rak szyjki macicy
- Nawrót lub postęp ginekologicznych schorzeń onkologicznych

9. Ginekologia dziecięca i zdrowie seksualne

Identyfikacja problemu: określenie zapotrzebowania na badania diagnostyczne lub rozpoznanie patologii

- Zaburzenia funkcji seksualnych
- Molestowanie seksualne
- Okaleczenie narządów płciowych
- Wydzielina z pochwy u dziecka
- Ostry ból brzucha u dziecka
- Choroby przenoszone drogą płciową u dziecka
- Uraz sromu, pochwy, krocza i/lub odbytnicy u dziecka
- Podejrzenie przemocy domowej lub molestowania dziecka

Rozpoznanie: rozpoznanie z wykorzystaniem konkretnych umiejętności

Rozpoznanie
- Schorzenia ginekologiczne u dziecka*

Umiejętności
- Dostosowanie komunikacji do poziomu dziecka
- Dokładne badanie ginekologiczne dziecka*

Wskazanie do leczenia: określenie wskazania do konkretnej terapii po uwzględnieniu wszystkich dostępnych opcji terapeutycznych

- Antykoncepcja u zdrowej młodzieży

Leczenie: omówienie wszystkich opcji terapeutycznych, określenie wskazania do konkretnej terapii, udzielenie porady w sprawie leczenia, a także prowadzenie leczenia bez wykorzystania konkretnych umiejętności (np. leczenie zachowawcze)

- Choroby przenoszone drogą płciową u dorosłych, młodzieży oraz dzieci przed okresem dojrzewania i w okresie dojrzewania

Leczenie: omówienie wszystkich opcji terapeutycznych, określenie wskazania do konkretnej terapii, udzielenie porady w sprawie leczenia, a także prowadzenie leczenia z wykorzystaniem konkretnych umiejętności (np. leczenie chirurgiczne)

Rozpoznanie
- Uraz sromu/pochwy/krocz/odbytnicy u dziecka*

Umiejętności
- Nagłe leczenie sromu/pochwy/krocza/odbytnicy

** = dzieci przed okresem dojrzewania i w okresie dojrzewania*

10. Choroby piersi

Identyfikacja problemu: określenie zapotrzebowania na badania diagnostyczne lub rozpoznanie patologii

- Nowotwory złośliwe piersi
- Genetyczne ryzyko nowotworu złośliwego piersi
- Badania przesiewowe w chorobach piersi

Rozpoznanie: rozpoznanie z wykorzystaniem konkretnych umiejętności

Rozpoznanie

- Mlekotok
- Ból sutka

Umiejętności

- Dokładne badanie piersi

Treść programu nauczania
Treść programu fakultatywnego

Autorzy: Fedde Scheele, Angelique Goverde, Jessica van der Aa, Chiara Benedetto, Annalisa Tancredi, Jaroslav Feyereisl, Petr Velebil, Anna Aabakke

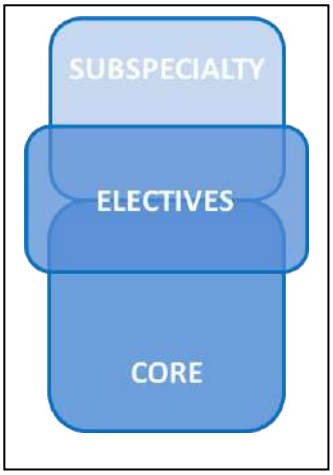
Wprowadzenie

Kształcenie podyplomowe w dziedzinie położnictwa i ginekologii trwa co najmniej pięć lat. Obejmuje program podstawowy i fakultatywny.
W niniejszym dokumencie opisano medyczną treść modułów fakultatywnych w zakresie kształcenia podyplomowego w Europie w dziedzinie położnictwa i ginekologii. Treść modułów fakultatywnych została ustalona w toku procedury konsensusu przeprowadzonej z udziałem europejskich ginekologów i lekarzy w trakcie specjalizacji [1,2]. Łączy ona wiedzę i umiejętności, jakie powinny zostać nabyte w celu pozyskania kompetencji przez europejskiego ginekologa w trakcie szkolenia dodatkowego.

W ogólnoeuropejskim programie wprowadzono wyraźne rozróżnienie pomiędzy kształceniem podstawowym i modułami fakultatywnymi:

Program podstawowy

- Wspólny szkielet, który jest obowiązkowy dla wszystkich lekarzy w trakcie specjalizacji w dziedzinie położnictwa i ginekologii.
- Minimalny czas trwania wynosi trzy lata i może podlegać przepisom krajowym i lokalnym.
- Minimalne standardy kształcenia.
- Treść jednoznacznie zdefiniowana w konsensusie europejskim.
- Minimalna liczba w przypadku kilku procedur zalecanych w trakcie kształcenia.
- Warunki ukończenia odnoszą się do poziomu samodzielnej praktyki, co oznacza, że lekarz w trakcie specjalizacji jest zdolny do samodzielnego wykonania tych procedur.



Program fakultatywny

- Co najmniej jedna kompetencja fakultatywna jest obowiązkowa dla wszystkich lekarzy w trakcie specjalizacji.
- Szkolenie jest w tym przypadku bardziej intensywne niż w ramach programu podstawowego oraz obejmuje nowe wiadomości i umiejętności, bardziej dogłębną analizę stanu patologicznego i dalsze leczenie.
- Określa profil zawodowy lekarza w trakcie specjalizacji, uzupełniając go o szczególne zainteresowania.
- Treść programu fakultatywnego stanowi obszar zmian, a jego miejsce znajduje się pomiędzy programem podstawowym i specjalizacją szczegółową.
- W niektórych krajach kompetencja fakultatywna może być ujęta w programie obowiązkowym (np. choroby piersi).

Specjalizacja szczegółowa

- Szkolenie w zakresie specjalizacji szczegółowej nie jest przedmiotem programu kształcenia podyplomowego w dziedzinie położnictwa i ginekologii.
- Treść została ustandaryzowana i uznana przez stowarzyszenia zajmujące się specjalizacjami szczegółowymi.

Instrukcje dla czytelnika

- Treść (podstawowa i fakultatywna) ogólnoeuropejskiego programu musi być realistyczna i możliwa do wdrożenia we wszystkich krajach Europy.
- Standardy opieki według EBCOG określają warunki, na jakich świadczona jest opieka i wykonywane są procedury; zostały one opracowane w porozumieniu ze stowarzyszeniami zajmującymi się specjalizacjami szczegółowymi. Lekarze w trakcie specjalizacji muszą przestrzegać tych warunków.
- Treść programu (podstawowa i fakultatywna) jest zgodna z aktualnymi standardami w zakresie opieki i kształcenia. Z uwagi na częste postępy w dziedzinie położnictwa i ginekologii treść nie zawsze będzie odzwierciedlać ostatnie zalecenia, chociaż standardy w zakresie kształcenia będą okresowo aktualizowane.
- Szkolenie do poziomu samodzielnej praktyki oznacza, że lekarz w trakcie specjalizacji będzie mógł świadczyć opiekę lub wykonywać procedury bez ingerencji nadzoru. Przepisy krajowe określają, czy konieczny jest nadzór (bez ingerencji) podczas świadczenia opieki lub wykonywania procedury przez lekarza w trakcie specjalizacji.

Zidentyfikowano osiem modułów fakultatywnych obejmujących następujące zagadnienia:

1. Zaawansowane położnictwo oraz medycyna matczyno-płodowa
2. Łagodne schorzenia ginekologiczne
3. Medycyna rozrodu
4. Uroginekologia i dno miednicy
5. Choroby dolnego odcinka układu rozrodczego i seksuologia
6. Ginekologia dzieci i młodzieży
7. Onkologia ginekologiczna
8. Choroby piersi

Dla każdego modułu fakultatywnego opisano rezultaty szkolenia. Podzielono je według faz procesu klinicznego. Każda kolejna faza wymaga bardziej zaawansowanej integracji wiedzy i umiejętności w porównaniu do poprzedniej. Po zakończeniu szkolenia lekarz w trakcie specjalizacji będzie posiadał wiedzę i umiejętności niezbędne w przypadku wszystkich faz oraz wszystkich rezultatów na poziomie samodzielnej praktyki.

Fazy:

Identyfikacja problemu: określenie zapotrzebowania na badania diagnostyczne lub rozpoznanie patologii

Rozpoznanie: rozpoznanie <u>bez</u> wykorzystania konkretnych umiejętności

Rozpoznanie: rozpoznanie <u>z</u> wykorzystaniem konkretnych umiejętności

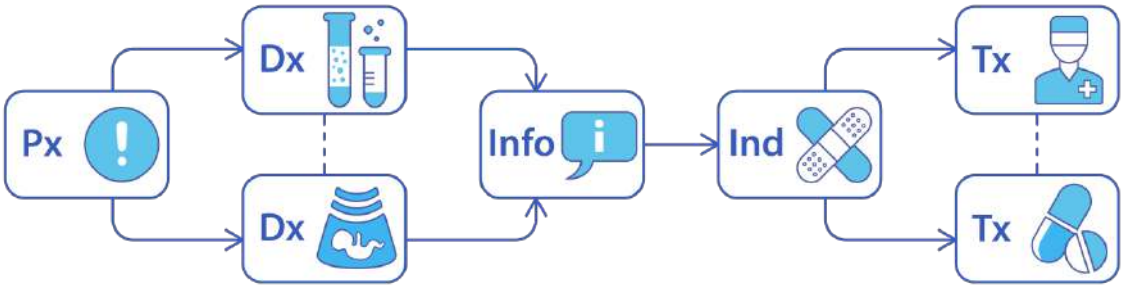
Informacja: przekazanie informacji i porady dotyczącej rozpoznania i jego konsekwencji

Wskazanie do leczenia: określenie wskazania do konkretnej terapii po uwzględnieniu wszystkich dostępnych opcji terapeutycznych

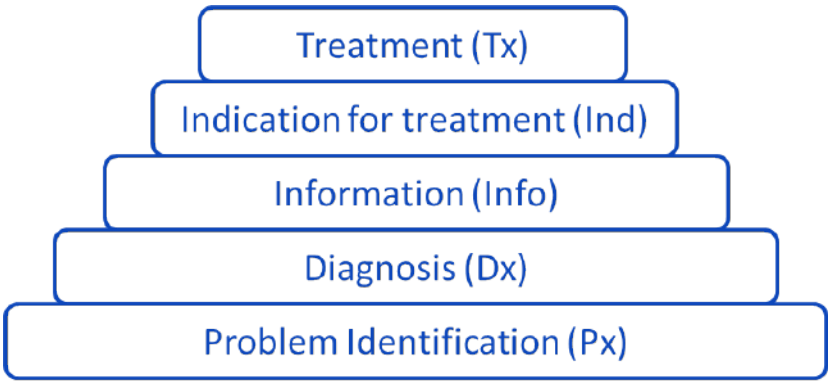
Leczenie: omówienie wszystkich opcji terapeutycznych, określenie wskazania do konkretnej terapii, udzielenie porady w sprawie leczenia, a także prowadzenie leczenia <u>bez</u> wykorzystania konkretnych umiejętności (np. leczenie zachowawcze)

Leczenie: omówienie wszystkich opcji terapeutycznych, określenie wskazania do konkretnej terapii, udzielenie porady w sprawie leczenia, a także prowadzenie leczenia z wykorzystaniem konkretnych umiejętności (np. leczenie chirurgiczne)

Fazy są zintegrowane z procesem klinicznym w następujący sposób:



Jeśli lekarz w trakcie specjalizacji może zapewnić leczenie (Tx) choroby, zakłada się, że może ustalić wskazania do leczenia (Ind), przekazać informacje o rozpoznaniu (Info), rozpoznać chorobę (Dx) oraz zidentyfikować problem wymagający badań diagnostycznych (Px).



Piśmiennictwo

1. Van der Aa JE, Goverde AJ, Teunissen PW, Scheele F. Paving the road for a European postgraduate training curriculum. Eur J Obstet Gynaecol Reprod Biol 2016;203:229-31.
2. Van der Aa JE, Tancredi A, Goverde AJ, Velebil P, Feyereisl J, Benedetto C, Teunissen PW, Scheele F. What European gynaecologists need to master: Consensus on medical expertise outcomes of pan-European postgraduate training in obstetrics & gynaecology. Eur J Obstet Gynaecol Reprod Biol 2017;216:143-53.

1. Zaawansowane położnictwo oraz medycyna matczyno-płodowa

Identyfikacja problemu: określenie zapotrzebowania na badania diagnostyczne lub rozpoznanie patologii

- Zaburzenia psychiczne wymagające skierowania do specjalisty ds. zdrowia psychicznego, pracownika pomocy społecznej lub ośrodka leczenia uzależnień

Rozpoznanie: rozpoznanie bez wykorzystania konkretnych umiejętności

- Zaburzenia psychiczne w okresie ciąży i po porodzie
- Strach przed porodem i zespół stresu pourazowego po porodzie
- Złożone problemy psychospołeczne w trakcie ciąży
- Uzależnienie od substancji
- Postępowanie w przypadku żałoby

Rozpoznanie: rozpoznanie z wykorzystaniem konkretnych umiejętności

Rozpoznanie

- Nieprawidłowy przepływ w tętnicy macicznej
- Nieprawidłowy przepływ w tętnicy środkowej mózgu
- Nieprawidłowy przepływ w przewodzie żylnym
- Wady wrodzone
- Zaburzenia chromosomalne

Umiejętności

- USG tętnicy macicznej z pomiarem przepływu metodą Dopplera
- USG tętnicy środkowej mózgu z pomiarem przepływu metodą Dopplera
- USG przewodu żylnego z pomiarem przepływu metodą Dopplera
- Zaawansowane ultrasonograficzne badania przesiewowe
- Amniocenteza

Informacja: przekazanie informacji i porady dotyczącej rozpoznania i jego konsekwencji

- Informowanie o zagrożeniach w przypadku wszystkich procedur położniczych
- Prowadzenie spotkania interdyscyplinarnego w sprawie złożonych problemów psychospołecznych w trakcie ciąży

Leczenie: omówienie wszystkich opcji terapeutycznych, określenie wskazania do konkretnej terapii, udzielenie porady w sprawie leczenia, a także prowadzenie leczenia bez wykorzystania konkretnych umiejętności (np. leczenie zachowawcze)

- Zaburzenia związane z nadciśnieniem w ciąży
- Występująca wcześniej cukrzyca
- Ciąża wielopłodowa
- Cholestaza ciążowa
- Depresja poporodowa

2. Łagodne schorzenia ginekologiczne

Wskazanie do leczenia: określenie wskazania do konkretnej terapii po uwzględnieniu wszystkich dostępnych opcji terapeutycznych

- Psychospołeczne aspekty przewlekłego bólu w miednicy

Leczenie: omówienie wszystkich opcji terapeutycznych, określenie wskazania do konkretnej terapii, udzielenie porady w sprawie leczenia, a także prowadzenie leczenia z wykorzystaniem konkretnych umiejętności (np. leczenie chirurgiczne)

Rozpoznanie	Umiejętności
o Antykoncepcja	o Sterylizacja histeroskopowa
o Mięśniaki macicy typu 2 (< 3 cm)	o Histeroskopowa resekcja mięśniaka typu 2 (< 3 cm)
o Mięśniaki macicy (niereagujące na leczenie zachowawcze)	o Histerektomia laparoskopowa
o Obfite miesiączkowanie	o Histeroskopowa ablacja lub resekcja endometrium o Histerektomia laparoskopowa
o Endometrioza (< stadium 2)	o Laparoskopowe leczenie endometriozy
o Ropień jajowodu i jajnika	o Postępowanie laparoskopowe w przypadku ropnia jajowodu i jajnika
o Zrosty w miednicy	o Adhezjoliza laparoskopowa

3. Medycyna rozrodu

Identyfikacja problemu: określenie zapotrzebowania na badania diagnostyczne lub rozpoznanie patologii

- Mikro- i przezskórna aspiracja nasienia
- Pobranie nasienia z jądra
- Zaburzenia genetyczne
- Diagnostyka przedimplantacyjna

Wskazanie do leczenia: określenie wskazania do konkretnej terapii po uwzględnieniu wszystkich dostępnych opcji terapeutycznych

- Sytuacja psychospołeczna par przechodzących leczenie niepłodności (wspólne podejmowanie decyzji)

Leczenie: omówienie wszystkich opcji terapeutycznych, określenie wskazania do konkretnej terapii, udzielenie porady w sprawie leczenia, a także prowadzenie leczenia bez wykorzystania konkretnych umiejętności (np. leczenie zachowawcze)

- Zaawansowane techniki indukcji owulacji
- Stymulacja IUI
- Mlekotok
- Hiperprolaktynemia
- Gruczolak przysadki

Leczenie: omówienie wszystkich opcji terapeutycznych, określenie wskazania do konkretnej terapii, udzielenie porady w sprawie leczenia, a także prowadzenie leczenia z wykorzystaniem konkretnych umiejętności (np. leczenie chirurgiczne)

Rozpoznanie

- Obniżenie płodności
- Zespół hiperstymulacji jajników

Umiejętności

- Inseminacja wewnątrzmaciczna
- Paracenteza

4. Uroginekologia i dno miednicy

Identyfikacja problemu: określenie zapotrzebowania na badania diagnostyczne lub rozpoznanie patologii

- Zaburzenia neurologiczne (rozszczep kręgosłupa, stwardnienie rozsiane, choroba Parkinsona, uszkodzenie kręgosłupa, neuropatia)

Rozpoznanie: rozpoznanie z wykorzystaniem konkretnych umiejętności

Rozpoznanie	Umiejętności
o Zaburzenia siły i ruchliwości dna miednicy i mięśnia dźwigacza odbytu	o Ręczny, palpacyjny pomiar siły i ruchliwości dna miednicy i mięśnia dźwigacza odbytu o USG przezkroczowe i doodbytnicze

Wskazanie do leczenia: określenie wskazania do konkretnej terapii po uwzględnieniu wszystkich dostępnych opcji terapeutycznych

- Psychospołeczne aspekty wypadania i nietrzymania moczu

Leczenie: omówienie wszystkich opcji terapeutycznych, określenie wskazania do konkretnej terapii, udzielenie porady w sprawie leczenia, a także prowadzenie leczenia z wykorzystaniem konkretnych umiejętności (np. leczenie chirurgiczne)

Rozpoznanie	Umiejętności
o Nietrzymanie moczu wysiłkowe i z parcia o Obniżenie macicy	o Założenie taśmy podcewkowej o Operacja sposobem Manchestera-Fothergilla o Histerektomia przezpochwowa o Kolpokleza

5. Choroby dolnego odcinka układu rozrodczego i seksuologia

Rozpoznanie: rozpoznanie z wykorzystaniem konkretnych umiejętności

Rozpoznanie

- Stany przednowotworowe i nowotwory złośliwe sromu
- Problemy natury seksualnej
- Ból narządów płciowych i miednicy oraz zaburzenia penetracji
- Pochwica pierwotna

Umiejętności

- Wulwoskopia z biopsją
- Model poradnictwa seksuologicznego PLISSIT
- Szkoleniowe badanie ginekologiczne

Wskazanie do leczenia: określenie wskazania do konkretnej terapii po uwzględnieniu wszystkich dostępnych opcji terapeutycznych

- Psychospołeczne aspekty chorób pochwy i sromu
- Psychospołeczne aspekty okaleczenia narządów płciowych
- Psychospołeczne aspekty molestowania seksualnego

Leczenie: omówienie wszystkich opcji terapeutycznych, określenie wskazania do konkretnej terapii, udzielenie porady w sprawie leczenia, a także prowadzenie leczenia bez wykorzystania konkretnych umiejętności (np. leczenie zachowawcze)

- Choroby skóry sromu
- Brak popędu płciowego
- Medyczne aspekty molestowania seksualnego

Leczenie: omówienie wszystkich opcji terapeutycznych, określenie wskazania do konkretnej terapii, udzielenie porady w sprawie leczenia, a także prowadzenie leczenia z wykorzystaniem konkretnych umiejętności (np. leczenie chirurgiczne)

Rozpoznanie

- Kłykciny kończyste narządów płciowych
- Okaleczenie narządów płciowych typu III

Umiejętności

- Waporyzacja laserowa
- Chirurgiczne wycięcie zmian
- Operacja rekonstrukcyjna blizny po infibulacji

6. Ginekologia dzieci i młodzieży

Rozpoznanie: rozpoznanie z wykorzystaniem konkretnych umiejętności

Rozpoznanie	Umiejętności
o Uporczywe problemy dotyczące sromu i/lub dróg moczowych	o Cystoskopia/waginoskopia

Informacja: przekazanie informacji i porady dotyczącej rozpoznania i jego konsekwencji

- o Krwawienie z pochwy przed okresem dojrzewania
- o Guzy przydatków

Wskazanie do leczenia: określenie wskazania do konkretnej terapii po uwzględnieniu wszystkich dostępnych opcji terapeutycznych

- o Uraz sromu/pochwy/krocza/odbytnicy

Leczenie: omówienie wszystkich opcji terapeutycznych, określenie wskazania do konkretnej terapii, udzielenie porady w sprawie leczenia, a także prowadzenie leczenia bez wykorzystania konkretnych umiejętności (np. leczenie zachowawcze)

- o Antykoncepcja u młodzieży z problemami natury zdrowotnej
- o Ból pochwy i sromu
- o Wydzielina z pochwy
- o Ostry ból brzucha
- o Przewlekły ból brzucha
- o Przedwczesne dojrzewanie
- o Opóźnienie dojrzewania
- o Zaburzenia miesiączkowania (np. pierwotny brak miesiączki)
- o Zaburzenia rozwojowe układu płciowego
- o Stany patologiczne pochwy i sromu (np. liszaj twardzinowy)

Leczenie: omówienie wszystkich opcji terapeutycznych, określenie wskazania do konkretnej terapii, udzielenie porady w sprawie leczenia, a także prowadzenie leczenia z wykorzystaniem konkretnych umiejętności (np. leczenie chirurgiczne)

Rozpoznanie	Umiejętności
o Ciało obce w pochwie lub sromie	o Waginoskopia z usunięciem ciała obcego

Wszystko dotyczy dzieci przed okresem dojrzewania i w okresie dojrzewania oraz młodzieży.

7. Onkologia ginekologiczna

Rozpoznanie: rozpoznanie z wykorzystaniem konkretnych umiejętności

Rozpoznanie	Umiejętności
o Stany przednowotworowe i nowotwory złośliwe sromu	o Wulwoskopia z biopsją
o Nowotwór złośliwy jajnika	o Obliczanie współczynnika ryzyka nowotworu złośliwego (RMI)

Leczenie: omówienie wszystkich opcji terapeutycznych, określenie wskazania do konkretnej terapii, udzielenie porady w sprawie leczenia, a także prowadzenie leczenia z wykorzystaniem konkretnych umiejętności (np. leczenie chirurgiczne)

Rozpoznanie	Umiejętności
o Przednowotworowe stany szyjki macicy	o Konizacja szyjki macicy
o Rak endometrium o niskiej złośliwości w stadium I	o Histerektomia laparoskopowa
	o Histerektomia brzuszna
o Mutacja genetyczna ze wskazaniem do salpingo-ooforektomii w celu redukcji ryzyka	o Salpingo-ooforektomia laparoskopowa
	o Salpingo-ooforektomia laparotomijna

8. Choroby piersi

Rozpoznanie: rozpoznanie z wykorzystaniem konkretnych umiejętności

Rozpoznanie

- Stany przednowotworowe/nowotwory złośliwe piersi

Umiejętności

- Aspiracja cienkoigłowa*
- Biopsja sutka[3]

** Nie dotyczy krajów, w których procedura ta jest wykonywana przez radiologów.*

Informacja: przekazanie informacji i porady dotyczącej rozpoznania i jego konsekwencji

- Nawrót lub postęp nowotworu złośliwego piersi
- Graniczne zmiany patologiczne piersi
- Genetyka w przypadku nowotworów złośliwych piersi

Wskazanie do leczenia: określenie wskazania do konkretnej terapii po uwzględnieniu wszystkich dostępnych opcji terapeutycznych

- Stany przednowotworowe piersi
- Nowotwory złośliwe piersi

Leczenie: omówienie wszystkich opcji terapeutycznych, określenie wskazania do konkretnej terapii, udzielenie porady w sprawie leczenia, a także prowadzenie leczenia bez wykorzystania konkretnych umiejętności (np. leczenie zachowawcze)

- Mlekotok
- Ból sutka
- Poporodowe zapalenie sutka

Leczenie: omówienie wszystkich opcji terapeutycznych, określenie wskazania do konkretnej terapii, udzielenie porady w sprawie leczenia, a także prowadzenie leczenia z wykorzystaniem konkretnych umiejętności (np. leczenie chirurgiczne)

Rozpoznanie

- Graniczne zmiany w piersi
- Poporodowy ropień sutka

Umiejętności

- Chirurgiczne wycięcie zmiany w piersi
- Nakłucie lub drenaż ropnia

Kompetencje ogólne i umiejętności miękkie

Autorzy:Betina Ristorp Andersen, Annette Settnes, Peter Hornnes, Anna Aabakke, Joyce Hoek-Pula, Britt Myren, Noortje Jonker, Petra Kunkeler, Fedde Scheele, Chiara Benedetto, Jessica van der Aa

Wprowadzenie

W niniejszym dokumencie opisano kompetencje ogólne i umiejętności miękkie, jakie należy wyćwiczyć w ramach programu kształcenia podyplomowego w Europie w dziedzinie położnictwa i ginekologii. Umiejętności te powinny zostać nabyte w trakcie kształcenia, dodatkowo do doświadczenia medycznego, w celu zaspokojenia potrzeb społeczności i stron zainteresowanych powiązanych z ginekologiem. Kompetencje ogólne i umiejętności miękkie podzielono na cztery obszary kompetencji: *„Opieka skoncentrowana na pacjentce”, „praca zespołowa”, „praktyka systemowa”* oraz *„rozwój osobisty i zawodowy”*. Każdy obszar opisuje specyficzne kompetencje, jakie należy rozwinąć, oraz umiejętności, jakie należy wyćwiczyć. Kompetencje i umiejętności zostały ustalone na podstawie badania naukowego przeprowadzonego wśród stron zainteresowanych w całej Europie.

Sugestie dotyczące oceny tych umiejętności można znaleźć w punkcie „Powierzanie samodzielności i portfolio” w tym programie. Formularze oceny obejmują kompetencje ogólne i umiejętności miękkie.

Opisane poniżej kompetencje ogólne są ściśle powiązane z Powszechną Deklaracją Praw Człowieka sporządzoną przez ONZ. Ponadto określono poufność oraz korzyść dla postępu nauki.

Kompetencje ogólne i umiejętności miękkie do wyćwiczenia

Opieka skoncentrowana na pacjentce

- Postrzeganie pacjentki w perspektywie holistycznej, szacunek dla różnorodności i zapewnianie zindywidualizowanej opieki
- Nawiązanie komunikacji pełnej szacunku i empatii, aktywne słuchanie z zamiarem osiągnięcia obustronnej pewności i zaufania
- Zapewnienie motywacji i uzyskanie świadomej zgody pacjentki, wpływające korzystnie na równowagę pomiędzy zaleceniami opartymi na dowodach a preferencjami pacjentki w zakresie procesu wspólnego podejmowania decyzji
- Wykazanie przywództwa, aby zapewnić bezpieczeństwo i ciągłość opieki nad pacjentką
- Praca zgodna ze standardami etycznymi oraz powszechnymi prawami człowieka dotyczącymi kobiet

Praca zespołowa

- Pełna szacunku współpraca z innymi członkami fachowego personelu medycznego, takimi jak pielęgniarki i położne, oraz wkład w tworzenie bezpiecznego i konstruktywnego środowiska pracy
- Ułatwianie interdyscyplinarnego podejmowania decyzji, uznając i polegając na doświadczeniu innych
- Skupienie się na działaniu zespołu, zachowując jednocześnie standardy opieki i przestrzegając przepisów
- Wykazywanie się przywództwem, zwłaszcza w sytuacjach krytycznych

Praktyka systemowa

- Poznanie i wydajna praca w organizacji systemu ochrony zdrowia, w tym jej systemu prawnego
- Poznanie i dostosowanie się do różnorodności, rozwoju i innowacji
- Praca zgodnie z wytycznymi i standardami opieki oraz stosowanie systemów bezpieczeństwa pacjentek

- Zbilansowanie rezultatów i kosztów związanych z pacjentką
- Triaż i ustalanie zadań priorytetowych z uwzględnieniem dostępnych zasobów
- Zapewnienie poufności i komfortu pacjentki w zakresie świadczenia opieki, warunków i kontekstu

Rozwój osobisty i zawodowy

- Uczenie się przez całe życie i służenie wzorem
- Zbilansowanie pracy i życia prywatnego
- Uznanie osobistych kompetencji i ograniczeń
- Dawanie, poszukiwanie i akceptowanie opinii, zastanowienie nad nimi i wykorzystanie ich do samodoskonalenia
- Ciągła poprawa w zakresie empatycznego słuchania, a także skutecznej i jednoznacznej komunikacji
- Wkład w postępy opieki zdrowotnej poprzez badania, kształcenie oraz ułatwianie wprowadzania innowacji

Szkolenie dotyczące komunikacji i umiejętności psychospołecznych

Autorzy: Sibil Tschudin, Marieke Paarlberg, Heather Rowe, Angelique Goverde

Wprowadzenie

Skuteczna komunikacja to zasadnicza umiejętność w relacji pacjentka — lekarz, jak określono w kompetencjach ogólnych w programie podstawowym. Wykazano, że poprawia ona rezultaty zdrowotne, a także zadowolenie pacjentek. Ponadto praca zespołowa zależy od umiejętności w zakresie komunikacji. Natomiast umiejętności w zakresie komunikacji pisemnej są ważne w kontekście prowadzenia dokumentacji medycznej oraz zgłaszania informacji dotyczących ochrony zdrowia. Kompetencje w zakresie komunikacji zależą częściowo od cech osobniczych, jednakże umiejętności dotyczące komunikacji można dalej rozwijać dzięki kierowanemu szkoleniu, opiniom i ocenom.

Niniejszy dokument dostarcza wstępnych wytycznych dotyczących szkolenia w zakresie komunikacji oraz umiejętności psychospołecznych, które pozwolą lekarzowi w trakcie specjalizacji opracować skuteczny osobisty styl komunikacji z uwzględnieniem autonomii pacjentki, odpowiednie ujęcie aspektów biopsychospołecznych oraz spojrzenie na seksualność w kontekście stanów położniczych i ginekologicznych.

Komunikacja i umiejętności psychospołeczne

Komunikacja to podstawa interakcji każdego lekarza z pacjentkami i ich krewnymi. Lekarz ponosi odpowiedzialność za stworzenie bezpiecznych warunków, w których zarówno pacjentka, jak i lekarz będą czuli się komfortowo podczas rozmowy. Szkolenie w zakresie umiejętności dotyczących komunikacji umożliwi lekarzowi w trakcie specjalizacji i pacjentce wymianę informacji oraz nawiązanie terapeutycznej relacji lekarz — pacjentka w różnych sytuacjach klinicznych. Skuteczna komunikacja opiera się na zasadach etyki biomedycznej (dobroczynność, nieszkodzenie, szacunek i autonomia) [1], jej celem jest świadome podejmowanie decyzji i dotyczy ona podejścia skoncentrowanego na pacjentce. Podejście skoncentrowane na pacjentce charakteryzuje się autentycznym, stosownym i transparentnym stosunkiem, polega na aktywnym słuchaniu [2], tj. oczekiwaniu, sprawdzaniu, naśladowaniu i podsumowaniu oraz na stosowaniu zindywidualizowanego przekazywania informacji w oparciu o strategię komunikacyjną EPE, tj. uzyskać informację – przekazać informację – wywołać reakcję[3].

W szczególnie wymagających sytuacjach, np. podczas przekazywania złych informacji, w trakcie rozmowy o funkcjach seksualnych lub ich zaburzeniach (w tym o molestowaniu seksualnym) oraz przewlekłych zespołach bólowych pochwy lub sromu, zalecane są bardziej specyficzne umiejętności, np.

- 6-etapowy protokół SPIKES (ang. Setting/Perception/Invitation/Knowledge/Emotions/Strategy — warunki/odbiór/zaproszenie/wiedza/emocje/strategia) [4].
- NURSE (ang. Naming/Understanding/Respecting/Supporting/Exploring — nazwanie/zrozumienie/szacunek/wsparcie/zbadanie) [5].
- PEARLS (ang. Partnership/Empathy/Apology/Respect/Legitimation/Support — partnerstwo/empatia/przeprosiny/szacunek/uznanie/wsparcie) [6].

Inny aspekt komunikacji dotyczy roli lekarza w zespole ds. opieki. Współpraca i wspólna odpowiedzialność za świadczenie opieki stwarzają dodatkowe wymagania wobec lekarzy, zwłaszcza w obszarze udostępniania danych, w tym informacji medycznych. Dokumentowanie informacji medycznych w różnych źródłach, np. w dokumentacji pacjentki, sprawozdaniu z operacji, wypisie lub opisie konsultacji, nie tylko służy dostarczaniu opieki, ale też jest wymagane prawem.

Niezbędne jest, aby lekarz w trakcie specjalizacji rozwinął:

- Umiejętności w zakresie skutecznego przekazania pacjentki, np. z wykorzystaniem metody SBAR (ang. Situation/Background/Assessment/ Recommendation — sytuacja/tło/ocena/zalecenia [7])
- Umiejętności w zakresie prowadzenia i pisania dokumentacji medycznej.

Szkolenie i ocena dotycząca komunikacji i umiejętności psychospołecznych

Podobnie jak inne umiejętności w dziedzinie położnictwa i ginekologii, przyswajanie i udoskonalanie umiejętności w zakresie komunikacji to proces ciągły, oparty na połączeniu wiedzy teoretycznej, doświadczenia nabytego w sytuacjach symulowanych oraz pracy pod bezpośrednim (a później pośrednim) nadzorem. Zaleca się stosowanie zorganizowanego planu lub modelu umiejętności w zakresie komunikacji. Plan musi zawierać opis różnych elementów interakcji lekarz — pacjentka oraz specyficznych umiejętności, jakie należy wyćwiczyć. Opinie oraz własne refleksje mają kluczowe znaczenie dla oceny postępów pozwalającej kierować dalszym kształceniem.

Szkolenie dotyczące komunikacji werbalnej i umiejętności biopsychospołecznych

Wiedza teoretyczna pochodzi z podręczników (np. Bio-Psycho-Social Obstetrics and Gynecology; a competency-oriented approach by Paarlberg KM i Van de Wiel HB) i/lub szkoleń internetowych, indywidualnych lub specjalnie opracowanych kursów na poziomie lokalnym, krajowym i międzynarodowym [np. przez Międzynarodowe Stowarzyszenie Położnictwa i Ginekologii Psychosomatycznej (ang. International Society of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology, ISPOG)].

Ćwiczenia polegające na odgrywaniu ról lub prowadzeniu pacjentek symulowanych umożliwiają przećwiczenie „na sucho" interakcji lekarza z pacjentką; symulacje mogą uzupełniać ćwiczenia „na żywo" prowadzone pod nadzorem bezpośrednim i pośrednim (omówienie przypadku). W trakcie tych szkoleń należy uwzględnić różne aspekty komunikacji, np. empatię, strukturę, ekspresję werbalną i niewerbalną, a także wrażenie ogólne. Zasadnicze znaczenie ma przekazanie opinii w sposób uporządkowany z uwzględnieniem osobowości lekarza w trakcie specjalizacji.

Ocena dotycząca komunikacji i umiejętności biopsychospołecznych

Najlepszą metodą kształcenia w zakresie umiejętności komunikacyjnych jest bezpośrednia obserwacja. Należy zająć się zarówno komunikacją werbalną, jak i pozawerbalną. Ponadto inni członkowie fachowego personelu medycznego (przedstawiciele zawodów paramedycznych) mogą mieć swój wkład w ocenę poprzez opinie z wielu źródeł. Jeśli bezpośrednia obserwacja jest niemożliwa, przydatna może być wideorejestracja interakcji lekarz w trakcie specjalizacji — pacjentka.

Należy zachować dokumentację obejmującą opinie z wielu źródeł i oceny OSCE, która może też obejmować krótkie refleksje lekarza w trakcie specjalizacji.

Ćwiczenie umiejętności komunikacyjnych w warunkach pracy zespołowej

Specyficzne kursy symulacyjne dotyczące przekazywania pacjentek i sytuacji złożonych są organizowane na poziomie lokalnym, krajowym lub międzynarodowym. W przypadku komunikacji w zespołach zaleca się metodę SBAR.

Szkolenie i ocena komunikacji pisemnej

W zależności od dokumentu oraz warunków lokalnych i/lub krajowych należy jednoznacznie określić kryteria dotyczące dokumentacji medycznej i przekazać je lekarzowi w trakcie specjalizacji. Omówienie dokumentów medycznych przygotowanych przez lekarzy w trakcie specjalizacji wykaże, w jakim zakresie lekarz w trakcie specjalizacji spełnił te kryteria.

Piśmiennictwo

1. Beauchamp TL, Childress JF. Principles biomedical ethics. 5th ed. Oxford: Oxford University Press; 2001.
2. Rogers C, Farson R. Active listening: In: Kolb D, Rubin I, MacIntyre J, editors. Organizational psychology. 3rd ed. Englewood: Prentice Hall; 1979.
3. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people for change. New York: Guilford Press; 2000.
4. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. Oncologist. 2000;5(4):302-11.
5. Back AL et al. Efficacy of communications skills training for giving bad news and discussing transitions to palliative care. Arch Intern Med 2007; 167: 453—460
6. Clark W, Hewson M, Fry M, Shorey J. Communication skills reference card. St. Louis, MO: American Academy on Communication in Healthcare; 1998.
7. Institute for Healthcare improvement: www.ihi.org/resources/Pages/Tools/SBARToolkit.aspx

Szkolenie symulacyjne w zakresie umiejętności ginekologicznych

Autorzy: Rudi Campo, Helder Ferreira, Yves van Belle, Vasilios Tanos, Benoit Rabischong, Grigoris Grimbizis, Attilio Di Spiezio Sardo

Wprowadzenie

Obecnie powszechnie akceptuje się, że model uczeń — nauczyciel nie jest odpowiedni w przypadku ćwiczenia wszystkich umiejętności niezbędnych w chirurgii ginekologicznej, a w szczególności w chirurgii endoskopowej [1]. Uznano, że w przeciwieństwie do zabiegów otwartych zabiegi endoskopowe wymagają umiejętności chirurgicznych i umiejętności psychomotorycznych, które niekoniecznie powinny być ćwiczone jednocześnie. Coraz większa liczba dowodów zdecydowanie sugeruje, że umiejętności psychomotoryczne trzeba wyćwiczyć wcześniej i poza salą operacyjną. W tym celu zaproponowano kilka modeli [2–7].
W konsekwencji sześć organizacji zrzeszających ginekologów: ESGE, EBCOG, EAGS, ENTOG, ACOG i AAGL wydało wspólne zalecenia dotyczące szkoleń w zakresie chirurgii endoskopowej oraz zapewnienia jakości. Zgodnie z tymi zaleceniami każdy szpital kształcący w zakresie chirurgii endoskopowej powinien być wyposażony w pracownię symulacji zabiegów endoskopowych, przeznaczoną do szkolenia i zwiększania biegłości lekarzy pod względem umiejętności w chirurgii endoskopowej.
Zalecenie to uzasadnia się tym, że endoskopia wymaga zarówno umiejętności psychomotorycznych, jak i chirurgicznych. Kluczowe znaczenie ma fakt, aby umiejętności psychomotoryczne były ćwiczone i wypróbowane w bezpiecznym środowisku przed szkoleniem na sali operacyjnej, ponieważ obniża to wskaźniki chorobowości i umieralności u pacjentek, ogranicza kontakt pacjentek z lekarzami w trakcie specjalizacji nieposiadającymi odpowiednich kwalifikacji i znacząco zwiększa skuteczność kształcenia.

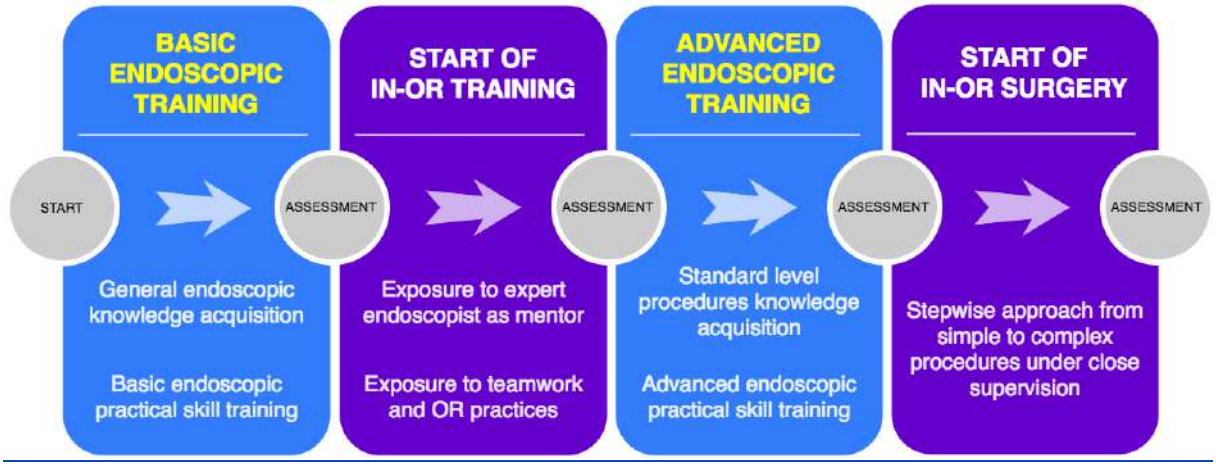
W tym rozdziale przedstawiono symulatory szkoleniowe, z których część podano z wykorzystaniem nazwy handlowej lub marki. Należy pamiętać, że dostępnych jest wiele różnych narzędzi szkoleniowych oraz że obszar symulacji stale się rozwija. Zalecenia i porady dotyczące określonych symulatorów szkoleniowych lub narzędzi można znaleźć na stronie ESGE.

Podczas zdobywania wiedzy i ćwiczenia umiejętności psychomotorycznych należy zastosować zorganizowane podejście, umożliwiające lekarzom w trakcie specjalizacji przejście do kolejnego etapu programu wyłącznie po osiągnięciu jasno zdefiniowanych i mierzalnych celów po uzyskaniu oceny W niedawnym badaniu wykazano, że szkolenie w zakresie podstawowych laparoskopowych umiejętności psychomotorycznych (koordynacja ręka – oko) przed szkoleniem w zakresie umiejętności zakładania szwów poprawia zarówno przyswajanie, jak i utrwalanie bardziej zaawansowanych czynności endoskopowych, np. laparoskopowego wiązania węzłów w ciele pacjentki [8], co z kolei wskazuje na potrzebę zastosowania podejścia strukturalnego, w którym podstawowe umiejętności psychomotoryczne ćwiczy się przed bardziej zaawansowanymi umiejętnościami laparoskopowymi.

Program szkolenia

Szkolenie lekarzy w trakcie specjalizacji, aby stali się biegłymi chirurgami-ginekologami nie powinno rozpoczynać się od szkolenia na sali operacyjnej, ale od symulacji [8,9]. Formalny program szkolenia ginekologicznego powinien całkowicie bazować na takim podejściu oraz obejmować szereg jasno określonych etapów, łącząc szkolenie „na sucho” ze szkoleniem na sali operacyjnej. Podczas każdej fazy należy przeprowadzić ocenę, aby potwierdzić, czy lekarz w trakcie specjalizacji może przejść do kolejnego poziomu.
W tym podejściu można zdefiniować następujące etapy:

- Podstawowe szkolenie endoskopowe (pracownia symulacji): Zgromadzenie wiedzy na temat ogólnych zasad i technik endoskopowych w połączeniu z podstawowym praktycznym szkoleniem w zakresie umiejętności endoskopowych.
- Rozpoczęcie szkolenia na sali operacyjnej: Kiedy lekarz w trakcie specjalizacji udowodni, że zdobył niezbędną wiedzę w zakresie endoskopii i umiejętności praktyczne, można rozpocząć szkolenie na sali operacyjnej. W tej fazie lekarz w trakcie specjalizacji może asystować doświadczonemu chirurgowi endoskopowemu, który pełni rolę mentora, i uczestniczyć w podstawowych praktykach i w pracy zespołowej na sali operacyjnej.
- Zaawansowane szkolenie endoskopowe (pracownia symulacji): Zdobycie wiedzy na temat procedur standardowych i szkolenie w zakresie zaawansowanych umiejętności praktycznych.
- Rozpoczęcie szkolenia na sali operacyjnej: Po zakończeniu fazy nabywania umiejętności w pracowni można dopuścić lekarza w trakcie specjalizacji do operacji, stosując podejście etapowe i rozpoczynając od pracy pod ścisłym nadzorem i prostych zabiegów, a następnie stopniowo ograniczać nadzór w przypadku prostych procedur oraz przechodzić do bardziej skomplikowanych.



Celem tego podejścia jest wyćwiczenie i ocena niezbędnych umiejętności endoskopowych w pracowni w jak najszerszym zakresie przed przejściem do zabiegów wykonywanych na sali operacyjnej u rzeczywistych pacjentek. Zapewnia to potrójne korzyści:

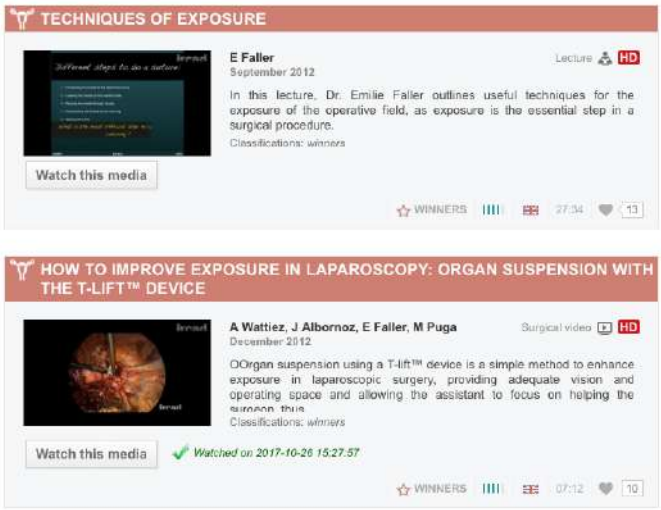
1. Przekraczając próg sali operacyjnej, lekarze w trakcie specjalizacji są bardziej pewni siebie, ponieważ nabyli niezbędną wiedzę i umiejętności;
2. Mentorzy będący ekspertami w swojej dziedzinie nie tracą czasu na nauczanie podstawowych umiejętności, mogą otrzymać od lekarzy w trakcie specjalizacji odpowiednią pomoc i mogą bardziej skupić się na wykonywanych procedurach;
3. Pacjentka otrzymuje lepszą opiekę dzięki prawidłowemu przeszkoleniu lekarzy w trakcie specjalizacji i jest znacznie mniej narażona na kontakt z lekarzami w trakcie specjalizacji nieposiadającymi wystarczających umiejętności.

Szkolenie endoskopowe powinno obejmować teorię i umiejętności praktyczne. Zdobycie prawidłowej wiedzy w zakresie ogólnych zabiegów laparoskopowych i zabiegów standardowych jest tak samo ważne jak nabycie niezbędnych umiejętności psychomotorycznych w celu skutecznego wykonywania manipulacji endoskopowych. Szkolenie na sali operacyjnej może rozpocząć się wyłącznie po potwierdzeniu zdobycia wiedzy i umiejętności.

Zdobycie wiedzy

Zdobycie ogólnej wiedzy na temat endoskopii oraz, na późniejszym etapie, zabiegów standardowych może nastąpić przed lub jednocześnie ze szkoleniem w zakresie umiejętności praktycznych. Aby tego rodzaju

szkolenie było jak najbardziej przystępne cenowo, można zaoferować je w postaci łatwo dostępnego, strukturalnego programu szkoleń internetowych w połączeniu z modułami samodzielnej oceny, które lekarz w trakcie specjalizacji może realizować we własnym tempie.
Taki sposób zdobywania wiedzy można uzupełnić o co najmniej jedną sesję grupową, przy czym zawsze powinna po niej następować oficjalna ocena lekarza w trakcie specjalizacji.



Wykłady dotyczące „technik ekspozycji" w programie szkoleń internetowych Winners Project

Przykład: **Program szkolenia internetowego Winners Project** oferuje bezpłatne podręczniki internetowe oraz teoretyczną wiedzę na temat laparoskopii i endoskopii.

Szkolenie w zakresie umiejętności praktycznych

Powszechnie akceptuje się fakt, że szkolenie w pracowni przed szkoleniem na sali operacyjnej ogranicza chorobowość i umieralność pacjentek w przypadku wszystkich dyscyplin chirurgii endoskopowej, dlatego kluczowe znaczenie ma ćwiczenie umiejętności praktycznych w placówce z wykorzystaniem podejścia strukturalnego oraz zatwierdzonych metod i narzędzi szkoleniowych. Ponadto niezbędna jest platforma zarządzania ułatwiająca stosowanie tego podejścia do zbierania danych i tworzenia sprawozdań.

Platforma zarządzania

Aby osiągnąć program strukturalny, ważna jest dostępność niezbędnego oprogramowania, do zarządzania wszystkimi procesami gromadzenia danych. Gromadzenie danych odbywa się na dwóch poziomach, są to: profile i doświadczenie lekarzy w trakcie specjalizacji oraz wyniki szkolenia i przeprowadzonych sesji testowych. Najlepiej aby taki system umożliwiał śledzenie postępów lekarzy w trakcie specjalizacji z upływem czasu, porównywanie wyników szkolenia ze współpracownikami za pomocą wzorca w zależności od poziomu ekspozycji oraz automatyczne generowanie wszystkich istotnych sprawozdań i potencjalnych certyfikatów.

Przykłady i wyposażenie

Laparotomia i podstawowe umiejętności chirurgiczne

W przypadku podstawowych umiejętności chirurgicznych opisywane są bardzo proste modele:

Przykład rurki z gumy piankowej, której można użyć do ćwiczenia umiejętności szycia oraz produkcji prostego modelu pochwy

Przykład rurkowatych balonów naśladujących moczowody (symulacja anastomozy moczowodu itd.) oraz jajowody (operacje jajowodu)

Tkaniny do ćwiczenia szycia i wiązania węzłów

Balony do ćwiczenia cystektomii jajnika

Aby zapoznać się i przeszkolić w zakresie całkowitej histerektomii brzusznej metodą laparoskopową, dostępne są proste, niedrogie modele, które można łatwo odtworzyć [10, 11]. W połączeniu z wykładami dydaktycznymi oraz prawdziwymi instrumentami instruktażowymi modele te mogą być cennymi narzędziami symulacyjnymi w kształceniu lekarzy w trakcie specjalizacji. Model całkowitej histerektomii brzusznej skonstruowano tak, aby obejmował macicę, tętnice maciczne, jajniki, pęcherz moczowy, podtrzymujące więzadła, jajowód, więzadło obłe i więzadło maciczno-jajnikowe, pochwę oraz moczowody (poniżej).

Histerektomia przezpochwowa (VH), zabiegi naprawcze przedziału tylnego i przedniego

Opisano rozwój, konstrukcję, koszt i użyteczność niedrogiego i anatomicznie reprezentatywnego symulatora VH. Po ocenieniu i przebadaniu wielu materiałów i rozwiązań skonstruowano symulator histerektomii, w którym uwzględniono zalety każdej z badanych koncepcji (poniżej).

Laparoskopia

Zalecana konfiguracja pracowni symulacji do ćwiczeń umiejętności laparoskopowych obejmuje:

- <u>Symulator miednicy:</u>

  Symulator miednicy symuluje porty stosowane podczas wykonywania zabiegu laparoskopowego u pacjentki. Głównym celem portów jest ograniczenie ruchu instrumentów oraz wymuszenie użycia kamery endoskopowej. Razem z modelami szkoleniowymi tworzą one idealną kombinację pozwalającą ćwiczyć takie umiejętności, jak nawigacja kamerą czy prawidłowa koordynacja ręka – oko.

Przykład: Symulator laparoskopowy SZABO-BERCI-SACKIER

Przykład: Akademicki symulator miednicy

- <u>Modele szkoleniowe do ćwiczenia laparoskopowych umiejętności psychomotorycznych:</u>

Model szkoleniowy znajduje się wewnątrz symulatora miednicy i umożliwia wykonanie wielu zadań, pozwalających ćwiczyć podstawowe umiejętności w zakresie manipulacji laparoskopem, np. nawigację kamerą i koordynację ręka – oko, w tym koordynację oburęczną.

Przykład: Model LASTT umieszczony w symulatorze miednicy

Model szkoleniowy LASTT (ang. Laparoscopic Skills Training and Testing Method), czyli metoda szkolenia i sprawdzania umiejętności laparoskopowych Model LASTT to zatwierdzony model szkoleniowy, który odzwierciedla rozkład przestrzenny oraz orientację różnych płaszczyzn i kątów w miednicy kobiety. Umożliwia on wykonywanie zatwierdzonych zadań laparoskopowych, aby wyćwiczyć i sprawdzić lekarza w trakcie specjalizacji pod kątem laparoskopowych umiejętności psychomotorycznych [1, 14-39].

Zadania wykonuje się z wykorzystaniem standardowych instrumentów laparoskopowych: części optycznej 10 mm 0º, części optycznej 10 mm 30º, kleszczyków dysekcyjnych 5 mm, chwytaka 5 mm.

Pierwsze zadanie pozwala przećwiczyć zdolność lekarza w trakcie specjalizacji do nawigacji kamerą oraz pracy z częścią optyczną 30°; konieczne jest zidentyfikowanie 14 celów w określonej kolejności.

Drugie zadanie pozwala wyćwiczyć koordynację ręka – oko i polega na umieszczeniu przez lekarza w trakcie specjalizacji 6 małych pierścieni na gwoździu. Ostatnie zadanie pozwala wyćwiczyć koordynację oburęczną i polega na przeniesieniu przez lekarza w trakcie specjalizacji 6 przedmiotów podobnych do szpilki pomiędzy chwytakami, a następnie do odpowiedniego celu.

- Modele szkoleniowe do ćwiczenia laparoskopowych umiejętności w zakresie zakładania szwów:

  Laparoskopowy model przeznaczony do ćwiczenia umiejętności w zakresie zakładania szwów znajduje się wewnątrz symulatora miednicy i umożliwia lekarzowi w trakcie specjalizacji zakładanie szwów oraz wiązanie węzłów na różnych poziomach trudności.

Przykład: Model SUTT2 umieszczony w symulatorze miednicy

Model szkoleniowy SUTT (ang. Suturing and Knot Tying Training and Testing Method), czyli metoda szkolenia i sprawdzania umiejętności w zakresie zakładania szwów i wiązania węzłów Model SUTT obejmuje dwa poziomy, SUTT1 i SUTT2, i pozwala ćwiczyć laparoskopowe zakładanie szwów i wiązanie węzłów na różnych, rosnących poziomach trudności.

Zadania wykonuje się z wykorzystaniem standardowych instrumentów laparoskopowych: części optycznej 10 mm 0º i imadeł do igieł.

SUTT1 obejmuje jedno zadanie polegające na ćwiczeniu zakładania szwów i wiązania węzłów.

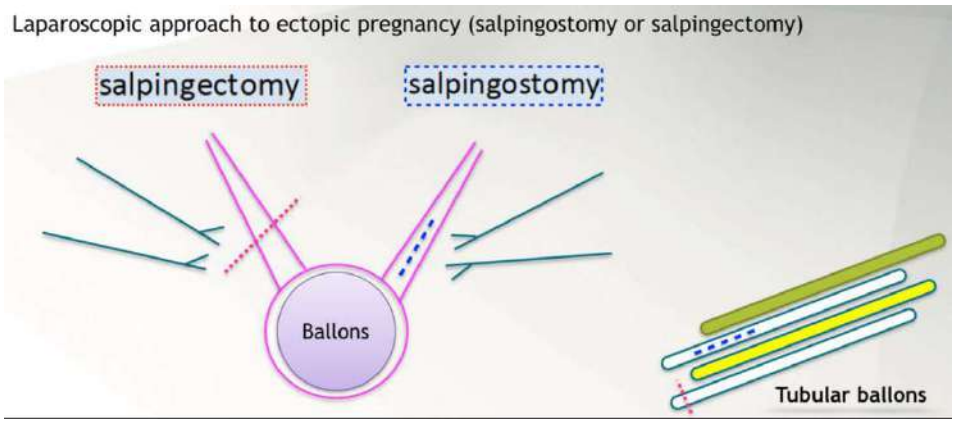
SUTT2 obejmuje cztery zadania: zakładanie szwu typu greckiego, szycie oburącz, wiązanie węzłów i zbliżanie krawędzi tkanki.

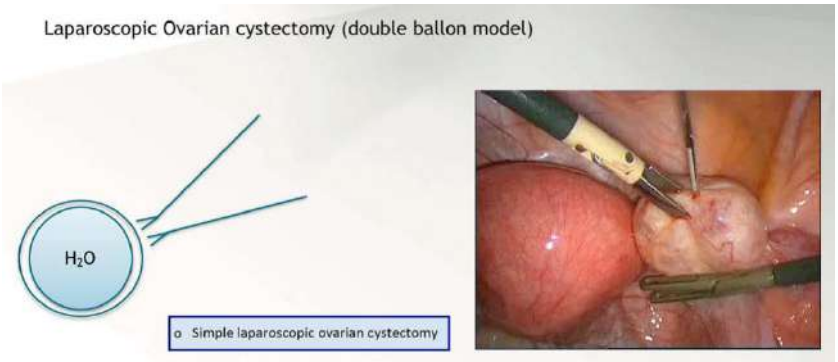
- Model szkoleniowy typu all-in-one do ćwiczenia laparoskopowych umiejętności psychomotorycznych i umiejętności w zakresie zakładania szwów

Przykład: Model szkoleniowy all-in-one Encilap

- Modele symulacyjne zabiegów laparoskopowych

Na rurkowatym balonie można wykonać podłużne nacięcie, aby odtworzyć salpingostomię lub wykonać pełne cięcie w celu wykonania salpingektomii.





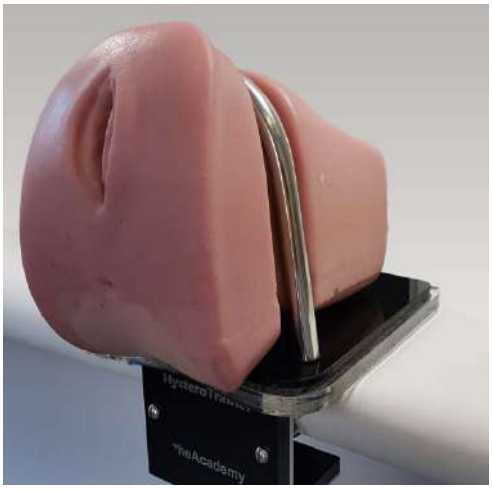
Balon wypełniony wodą umieszczony w drugim balonie można wykorzystać do symulacji cystektomii jajnika poprzez usunięcie balonu zewnętrznego bez rozerwania balonu wewnętrznego.

Histeroskopia

Zalecana konfiguracja pracowni symulacji do ćwiczeń umiejętności histeroskopowych obejmuje:

- Model żeńskich narządów płciowych

  Aby wykonać symulację jak najbardziej zbliżoną do warunków naturalnych, zaleca się korzystanie z modeli żeńskich narządów płciowych, w których można umieścić modele szkoleniowe.

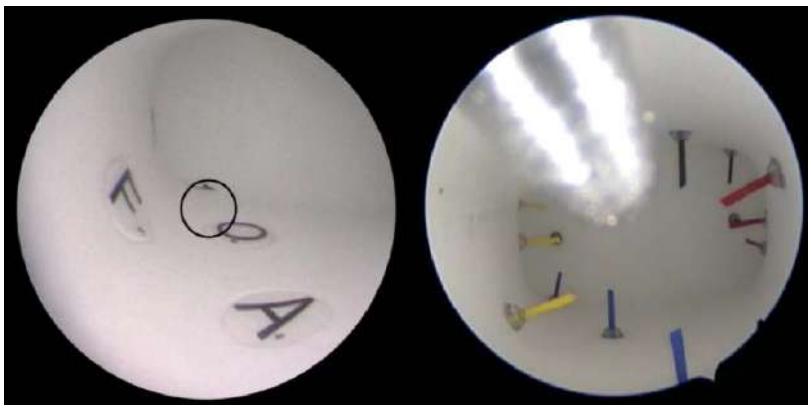


Przykład: Akademicki uchwyt nablatowy z modelem narządów płciowych

Przykład: Symulator histeroskopowy STORZ EVE

- Modele szkoleniowe do ćwiczenia histeroskopowych umiejętności psychomotorycznych

  Model szkoleniowy znajduje się wewnątrz modelu żeńskich narządów płciowych i umożliwia wykonanie odpowiednich zadań, które symulują wszystkie możliwe ruchy podczas zabiegu histeroskopowego. Przykład:

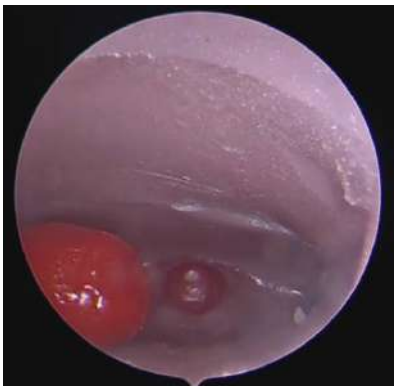


Widok z wewnątrz zadania HYSTT 1 i 2

Model szkoleniowy HYSTT (ang. Hysteroscopic Skills Training and Testing Method), czyli metoda szkolenia i sprawdzania umiejętności histeroskopowych Model HYSTT umożliwia wyćwiczenie i sprawdzenie umiejętności w zakresie nawigacji kamerą histeroskopową i manipulacji instrumentami. Model ma kształt podobny do macicy człowieka i jest zainstalowany w modelu żeńskich narządów płciowych. Obejmuje on dwa poziomy trudności, HYSTT1 i HYSTT2, z których każdy obejmuje dwa zadania.
Zadanie 1 pozwala ocenić umiejętności lekarza w trakcie specjalizacji w zakresie obsługi kamery i pracy z częścią optyczną 30º w środowisku histeroskopowym. W celu wyeliminowania efektu zapamiętywania przez uczestników stosowane są różne zestawy modułów.
Zadanie 2 pozwala ocenić umiejętności w zakresie jednoczesnej obsługi kamery i instrumentu oraz koordynacji ręka – oko i polega ono na podniesieniu i usunięciu 14 szpilek.

- Modele szkoleniowe do ćwiczenia umiejętności w zakresie rozpoznania

Szkolenie dotyczące przypadków diagnostycznych odbywa się zwykle za pomocą wykładów i filmów. Jednakże zastosowanie modelów symulacyjnych zapewnia istotne korzyści w porównaniu z metodami tradycyjnymi, ponieważ uczy lekarza w trakcie specjalizacji, jak dostać się do macicy i ostrożnie kontynuować procedurę, aby zidentyfikować anatomiczną lokalizację nieprawidłowości, prawidłowo formułować obserwacje, przedstawiać je współpracownikom i formułować na ich podstawie rozpoznanie. Diagnostyczne modele szkoleniowe znajdują się w modelu żeńskich narządów rozrodczych. Przykład:



Widok wnętrza modelu szkoleniowego z polipem i wczesną ciążą

Umiejętności ginekologiczne do wyćwiczenia (program podstawowy)

Umiejętności w poradni:

- Założenie wkładki wewnątrzmacicznej
- Założenie implantu podskórnego
- Biopsja endometrium
- Kolposkopia (z biopsją)
- LLETZ szyjki macicy

Podstawowe (zasadnicze) tradycyjne umiejętności chirurgiczne:

- Biopsja gruboigłowa w znieczuleniu miejscowym
- Chirurgiczna marsupializacja torbieli
- Chirurgiczne wycięcie ropnia

Zaawansowane (zasadnicze) tradycyjne umiejętności chirurgiczne

- Laparotomia z minimalną adhezjolizą
- Salpingo-ooforektomia laparotomijna
- Prosty zabieg naprawczy przedniej ściany pochwy
- Prosty zabieg naprawczy tylnego odcinka pochwy
- Laparotomijna miomektomia mięśniaka podsurowiczego
- Kolpokleza (co najmniej w warunkach symulacji)

Podstawowe (zasadnicze) umiejętności endoskopowe:

Laparoskopia:

- Laparoskopia diagnostyczna
- Laparoskopia diagnostyczna z badaniem jajowodów
- Prosta laparoskopowa adhezjoliza
- Sterylizacja laparoskopowa
- Laparoskopowe usunięcie ciąży ektopowej (salpingostomia) lub salpingektomia
- Laparoskopowa aspiracja igłowa torbieli prostych
- Laparoskopowa elektrokoagulacja jajnika
- Prosta laparoskopowa cystektomia jajnika
- Salpingo-ooforektomia laparoskopowa

Histeroskopia:

- Histeroskopia diagnostyczna
- Histeroskopia diagnostyczna z badaniem jajowodów
- Histeroskopowa resekcja polipa
- Histeroskopowa resekcja mięśniaka typu 0–1 (< 4 cm)

Włączenie szkolenia symulacyjnego do programu

Według Harden *et al*. i Kern *et al [40, 41]*

- Potrzeby: wdrożenie szkolenia w zakresie umiejętności ginekologicznych przed czynnościami klinicznymi
- Cele: opracowanie jednolitych i strukturalnych programów kształcenia i szkolenia w Europie
- Treść: strukturalny program kształcenia, szkolenia i oceny w ginekologii
- Ułożenie treści: Swobodny dostęp do recenzowanych poradników zawierających samodzielnie ocenione modele; nabycie umiejętności psychomotorycznych w pracowni symulacji z wykorzystaniem nieruchomych modeli; standaryzowana zatwierdzona ocena wyżej wymienionych umiejętności; rozpoczęcie programu szkolenia klinicznego (kiedy właściwe).
- Strategie kształcenia: Struktura od wiedzy do umiejętności, a następnie do czynności klinicznych; moduł obiektywnej oceny każdego z powyższych; obiektywna metoda oceny stosowana przez wszystkich nauczycieli.
- Metody kształcenia: Dostępne, zatwierdzone i niedrogie; standaryzowane zadania w pracowni symulacji; dostęp do Internetu; model uczeń — nauczyciel po zdobyciu wiedzy teoretycznej i umiejętności psychomotorycznych.
- Ocena: obiektywna ocena zadań strukturalnych, certyfikacja, najlepiej zewnętrzne osoby oceniające, sprawozdania nauczycieli lub osób nadzorujących, skale samooceny, ocena ciągła i po zakończeniu szkolenia, egzaminy sprawdzające wiedzę teoretyczną.
- Komunikacja: lokalne stowarzyszenia naukowe, komisje w szpitalach uniwersyteckich, nauczyciele/osoby nadzorujące lekarzy w trakcie specjalizacji.
- Środowisko kształcenia: Infrastruktura lokalna z dostępem do wiedzy (wideoprzewodniki online, strukturalne programy kształcenia) i pracownie symulacji; większe pracownie umożliwiające ćwiczenie kompetencji chirurgicznych z dedykowanym środowiskiem szkoleniowym, w których lekarze w trakcie specjalizacji nabywają umiejętności pracy w zespole interdyscyplinarnym, dedykowane endoskopowe placówki szkoleniowe (pracownia wykorzystująca zwierzęta, operacje na żywo, rzeczywistość wirtualna).
- Proces: Poinformowanie stowarzyszeń krajowych o treści programu. Dostarczanie im różnych narzędzi niezbędnych do wdrożenia programu: - Swobodny dostęp do recenzowanych poradników zawierających samodzielnie ocenione modele (np. program GESEA). - Nabycie umiejętności psychomotorycznych w pracowni symulacji z wykorzystaniem nieruchomych modeli (symulatory miednicy, boksy umożliwiające wykonywanie prostych zadań z wykorzystaniem szpilek/pierścieni i kamery internetowej).
- Nabycie kompetencji chirurgicznych z wykorzystaniem dostępnych i niedrogich modeli (np. histerektomia brzuszna i przezpochwowa, cystektomia jajnika, ciąża ektopowa, korekta ubytków w przedziale przednim i tylnym) zgodnie z programem symulacji „krok po kroku".
- Zapewnienie standaryzowanej, zatwierdzonej oceny powyższych umiejętności (platformy oceniania online); rozpoczęcie programu kształcenia klinicznego (kiedy właściwe).

Przykład programu szkolenia symulacyjnego w zakresie umiejętności endoskopowych

Europejska Akademia Chirurgii Ginekologicznej wraz z ESGE opracowała dobrze zbilansowany program dyplomowy: *program Gynaecological Endoscopic Surgical Education and Assessment* (kształcenie i ocena w zakresie endoskopii i chirurgii ginekologicznej, GESEA), oparty na strukturalnym podejściu podobnym do proponowanego w tym dokumencie [18].

Program dyplomowy GESEA obejmuje obecnie dwa aktywne poziomy, poziom *licencjata* i poziom *minimalnie inwazyjnego chirurga ginekologicznego* (ang. Minimal Invasive Gynaecological Surgeon, MIGS).

- Licencjat GESEA (poziom 1) jest dostępny dla wszystkich endoskopistów i jest ukierunkowany specjalnie na lekarzy w trakcie specjalizacji. Rozpoczyna się od przewodników dla licencjatów na platformie internetowej

Winners, po którym następują praktyczne zadania dotyczące umiejętności psychomotorycznych w zakresie laparoskopii (LASTT i SUTT1) oraz histeroskopii (HYSTT1). Egzamin obejmuje test teoretyczny i testy praktyczne, a uzyskany certyfikat upoważnia do wstępu na salę operacyjną, ponieważ program zapewnia umiejętności niezbędne do rozpoczęcia szkolenia na bloku operacyjnym.

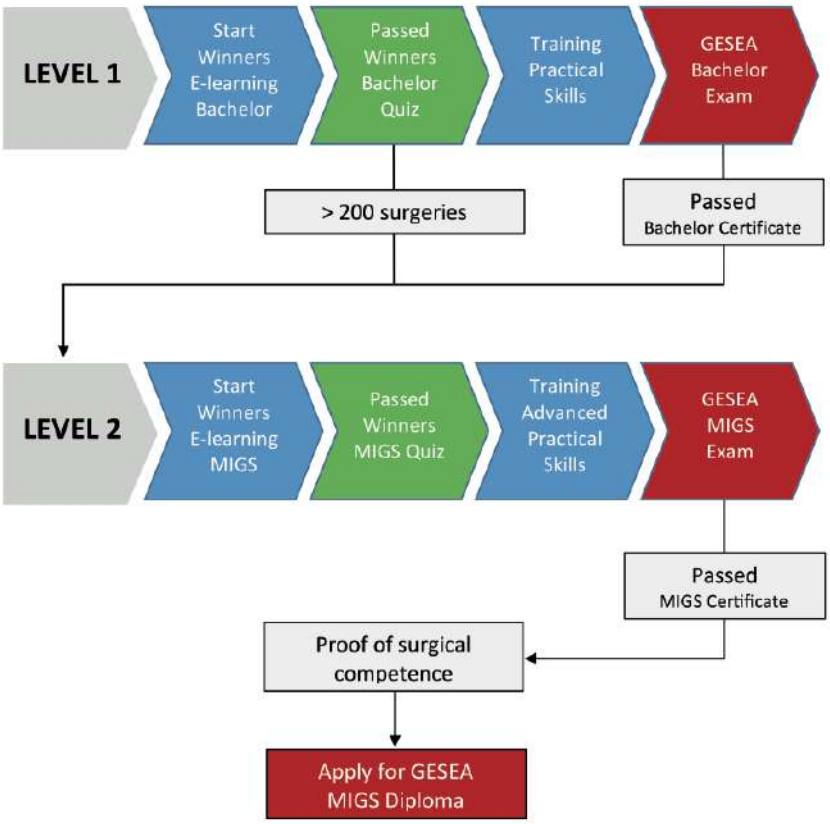
- MIGS GESEA (poziom 2) jest dostępny dla ginekologów i chirurgów układu rozrodczego i rozpoczyna się od bardziej zaawansowanych przewodników na platformie internetowej Winners. Zadania szkoleniowe obejmują zaawansowane praktyczne umiejętności psychomotoryczne (LASTT, SUTT2 i HYSTT2), a uzyskany certyfikat upoważnia do wykonywania tradycyjnych, ginekologicznych, laparoskopowych i histeroskopowych interwencji chirurgicznych.

W celu wzięcia udziału w tym programie niezbędny jest dostęp do (co najmniej):

1. Nieruchomych modeli do ćwiczenia umiejętności w zakresie zabiegów otwartych
2. Programu endoskopowego GESEA
3. Infrastruktury

   Program podstawowy: Pracownia symulacji wyposażona w komputer z dostępem do wideoprzewodników online, sprzęt endoskopowy i narzędzia szkoleniowe, najlepiej dostępne dla wszystkich dyscyplin chirurgicznych. Symulatory rzeczywistości wirtualnej są dopuszczalne, jednakże nie posiadają one zalet wspomnianych powyżej niedrogich modeli nieruchomych.

   Program fakultatywny:Symulator rzeczywistości wirtualnej, umiejętności w zespole interdyscyplinarnym, szkolenie na zwłokach i szkolenia na zwierzętach. Sesje chirurgiczne na żywo lub streaming sesji szkoleniowych. Aby czerpać korzyści z profesjonalnego środowiska szkoleniowego, szkolenie należy zorganizować w regionalnych lub nawet międzynarodowych ośrodkach szkoleniowych.



Piśmiennictwo

1. Campo R, Wattiez A, Tanos V, Di Spiezio Sardo A, Grimbizis G, Wallwiener D, et al. Gynaecological endoscopic surgical education and assessment. A diploma programme in gynaecological endoscopic surgery. Gynecol Surg. 2016;13:133-7.
2. Diesen DL, Erhunmwunsee L, Bennett KM, Ben-David K, Yurcisin B, Ceppa EP, et al. Effectiveness of laparoscopic computer simulator versus usage of box trainer for endoscopic surgery training of novices. J Surg Educ. 2011;68(4):282-9.
3. Escamirosa FP, Flores RM, Garcia IO, Vidal CR, Martinez AM. Face, content, and construct validity of the EndoViS training system for objective assessment of psychomotor skills of laparoscopic surgeons. Surg Endosc. 2015;29(11):3392-403.
4. Hofstad EF, Vapenstad C, Chmarra MK, Lango T, Kuhry E, Marvik R. A study of psychomotor skills in minimally invasive surgery: what differentiates expert and nonexpert performance. Surg Endosc. 2013;27(3):854-63.
5. Munro MG. Surgical simulation: where have we come from? Where are we now? Where are we going? J Minim Invasive Gynecol. 2012;19(3):272-83.
6. Mulla M, Sharma D, Moghul M, Kailani O, Dockery J, Ayis S, et al. Learning basic laparoscopic skills: a randomized controlled study comparing box trainer, virtual reality simulator, and mental training. J Surg Educ. 2012;69(2):190-5.
7. Sroka G, Feldman LS, Vassiliou MC, Kaneva PA, Fayez R, Fried GM. Fundamentals of laparoscopic surgery simulator training to proficiency improves laparoscopic performance in the operating room-a randomized controlled trial. Am J Surg. 2010;199(1):115-20.
8. Molinas CR, Binda MM, Campo R. Dominant hand, non-dominant hand, or both? The effect of pre-training in hand-eye coordination upon the learning curve of laparoscopic intra-corporeal knot tying. Gynecol Surg. 2017;14(1):12.
9. Campo R, Wattiez A, Wallwiener D, et al. Training and education in endoscopic surgery: is there a future for endoscopy in OB&GYN training? Gynecol Surg. 2005;2:57–65.
10. Hong A, Mullin PM, Al-Marayati L, Peyre SE, Muderspach L, Macdonald H, et al. A low-fidelity total abdominal hysterectomy teaching model for obstetrics and gynecology residents. Simul Healthc. 2012;7(2):123-6.
11. Opper N, Lee R. A Low-Fidelity Total Abdominal Hysterectomy Teaching Model for Obstetrics and Gynecology Residents. Simulation in Healthcare 7 (2), 123-126, 2012
12. 12. Barrier B, Thompson A, McCullough M, Occhino J. A Novel and Inexpensive Vaginal Hysterectomy Simulator. Simulation in Healthcare. 7(6), 374-379, Dec 2012
13. 13. Geoffrion R, Suen MW, Koenig NA, Yong P, Brennand E, Mehra N, et al. Teaching Vaginal Surgery to Junior Residents: Initial Validation of 3 Novel Procedure-Specific Low-Fidelity Models. J Surg Educ. 2016;73(1):157-61.
14. 14. Campo R, Wattiez A, Tanos V, Di Spiezio SA, Grimbizis G, Wallwiener D, Brucker S, Puga M, Molinas R, O'Donovan P, Deprest J, Van BY, Lissens A, Herrmann A, Tahir M, Benedetto C, Siebert I, Rabischong B, De Wilde RL (2016) Gynaecological endoscopic surgical education and assessment. A diploma programme in gynaecological endoscopic surgery. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 199:183–186
15. Campo R, Reising C, Van Belle Y, Nassif J, O'Donovan P, Molinas CR (2010) A valid model for testing and training laparoscopic psychomotor skills. Gynecol Surg 7:133–141
16. Molinas CR, Campo R (2010) Defining a structured training program for acquiring basic and advanced laparoscopic psychomotor skills in a simulator. Gynecol Surg 7:427–435
17. Molinas CR, De Win G, Ritter O, Keckstein J, Miserez M, Campo R (2008) Feasibility and construct validity of a novel laparoscopic skills testing and training model. Gynecol Surg 5:281–290
18. Campo R, Wattiez A, Tanos V, Di Spiezio SA, Grimbizis G, Wallwiener D, Brucker S, Puga M, Molinas CR, O'Donovan P, Deprest J, Van Belle Y, Lissens A, Herrmann A, Tahir M, Benedetto C, Siebert I, Rabischong B, De Wide RL (2016) Gynaecological endoscopic surgical education and assessment. A diploma programme in gynaecological endoscopic surgery. Gynecol Surg 13:133–137
19. Campo R, Molinas CR, De Wilde RL, Brolmann H, Brucker S, Mencaglia L, Odonovan P, Wallwiener D, Wattiez A (2012) Are you good enough for your patients? The European certification model in laparoscopic surgery. Facts Views Vis Obgyn 4:95–101
20. Campo R, Wattiez A, De Wilde RL, Molinas CR (2012) Training in laparoscopic surgery: from the lab to the OR. Zdrav Var 51:285–298
21. Palter VN, Orzech N, Reznick RK, Grantcharov TP. Validation of a structured training and assessment curriculum for technical skill acquisition in minimally invasive surgery: a randomized controlled trial. Ann Surg. 2013 Feb;257(2):224-30.
22. Gala R, Orejuela F, Gerten K, Lockrow E, Kilpatrick C, Chohan L, Green C, Vaught J, Goldberg A, Schaffer J. Effect of validated skills simulation on operating room performance in obstetrics and gynecology residents: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol. 2013 Mar;121(3):578-84.
23. Burden C, Oestergaard J, Larsen CR. Integration of laparoscopic virtual-reality simulation into gynaecology training. BJOG. 2011 Nov;118 Suppl 3:5-10.
24. Hur HC, Arden D, Dodge LE, Zheng B, Ricciotti HA. Fundamentals of laparoscopic surgery: a surgical skills assessment tool in gynecology. JSLS. 2011 Jan-Mar;15(1):21-6.
25. Antoniou SA, Antoniou GA, Koutras C, Antoniou AI (2012), Endoscopy and laparoscopy: a historical aspect of medical terminology. Surg Endosc 26:3650–3654
26. De Win G, Van Bruwaene S, Kulkarni J, Van Calster B, Aggarwal, R, Allen C, Lissens A, De Ridder D, Miserez M (2015) An evidence based laparoscopic simulation curriculum shortens the clinical learning curve and reduces surgical adverse events. BJS 102: 110–110
27. He H, Zeng D, Ou H, Tang Y, Li J, Zhong H (2013) Laparoscopic treatment of endometrial cancer: systematic review. J Minim Invasive Gynecol 20(4):413–423
28. Okholm C, Goetze JP, Svendsen LB, Achiam MP (2014) Inflammatory response in laparoscopic vs. open surgery for gastric cancer. Scand J Gastroenterol 49(9):1027–1034
29. 29. Nieboer TE, Johnson N, Lethaby A, et al. (2009) Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. Cochrane Database Syst Rev Issue 3:CD003677

30. Medeiros LR, Rosa DD, Bozzetti MC, et al. (2009) Laparoscopy versus laparotomy for benign ovarian tumour. Cochrane Database Syst Rev Issue 2:CD004751
31. De Win G, Everaerts W, De Ridder D, Peeraer G (2015) Laparoscopy training in Belgium: results from a nationwide survey, in urology, gynecology, and general surgery residents. Adv Med Educ Pract 6:55–63
32. Sinitsky DM, Fernando B, Berlingieri P (2012) Establishing a curriculum for the acquisition of laparoscopic psychomotor skills in the virtual reality environment. Am J Surg 204(3):367–376
33. 33. Aggarwal R, Tully A, Grantcharov T, Larsen CR, Miskry T, Farthing A, Darzi A (2006) Virtual reality simulation training can improve technical skills during laparoscopic salpingectomy for ectopic pregnancy. BJOG 113:1382–1387
34. Ascher-Walsh CJ, Capes T (2007) An evaluation of the resident learning curve in performing laparoscopic supracervical hysterectomies as compared with patient outcome: five-year experience. J Minim Invasive Gynecol 14:719–723
35. Simons AJ, Anthone GJ, Ortega AE, Franklin M, Fleshman J, Geis WP, Beart RW (1995) Laparoscopic-assisted colectomy learning curve. Dis Colon Rectum 38:600–603
36. Ghomi A, Littmann P, Prasad A, Einarsson JL (2007) Assessing the learning curve for laparoscopic supracervical hysterectomy. JSLS 11:190–194
37. Van Der Wal G. (2007) Risico's minimaal invasieve chirurgie onderschat. http://www.igz.nl/zoekresultaten.aspx?q=laparoscopische%20operaties. Pobrano: 15 grudnia 2015 r.
38. Tijam IM, Persoon M, Hendrikx AJ, Muijtjens AM, Witjes JA, Scherpbier AJ (2012) Program for laparoscopic urologic skills: a newly developed and validated educational program. Urology 79(4):815–820
39. Stefanidis D, Acker C, Heniford BT (2008) Proficiency-based laparoscopic simulator training leads to improved operating room skill that is resistant to decay. Surg Innov 15(1):69–73
40. Harden RM. Ten questions to ask when planning a course or curriculum. Med Educ. 1986;20(4):356-65.
41. Kern DE, Thomas PA, Howard DM, Bass EB. Curriculum development for medical education. A six step approach. London: The John Hopkins University Press; 2009.

Szkolenie symulacyjne w zakresie umiejętności położniczych

Autorzy: Jette Led Sørensen, Ruta Nadisauskiene, Tim Draycott, Diogo Ayres-de-Campos, Guid Oei, Fedde Scheele, Jessica van der Aa

Wprowadzenie

Ta część europejskiego programu w dziedzinie położnictwa i ginekologii opisuje znaczenie szkolenia symulacyjnego dla nabycia umiejętności położniczych oraz zawiera przykłady osiągnięcia tego w warunkach lokalnych.
Szkolenie symulacyjne jest zalecane jako główny element programu w dziedzinie położnictwa i ginekologii w celu nabycia niezbędnych umiejętności, np. porodu z zastosowaniem próżnociągu lub kleszczy, przed wykorzystaniem tych umiejętności w praktyce klinicznej. Nagłe sytuacje położnicze są rzadkie i dlatego ich przećwiczenie w warunkach klinicznych może być trudne. W związku z tym zasadnicze znaczenie ma także szkolenie symulacyjne w zakresie nagłych sytuacji położniczych [1-6]. Dodatkowo szkolenie symulacyjne zapewnia rozwój umiejętności indywidualnych i umiejętności pracy zespołowej.
Szkolenie symulacyjne obejmuje *urządzenia, osoby przeszkolone, środowiska wirtualne przypominające rzeczywistość oraz aranżowane sytuacje społeczne naśladujące problemy, zdarzenia lub warunki, jakie występują w sytuacjach zawodowych.* Szkolenia te mogą odbywać się w różnych warunkach [7,8].
Niektórzy eksperci mogą twierdzić, że zaangażowanie oficjalnych ośrodków symulacji ma zasadnicze znaczenie, podczas gdy inni sugerują, że szkolenie symulacyjne jest najskuteczniejsze, kiedy prowadzone jest lokalnie na oddziale lub w szpitalu [2, 3, 9, 10]. Jednakże eksperci są zgodni, że konieczne jest powtarzanie szkoleń, ponieważ efekty takiego szkolenia maleją po kilku miesiącach [11, 12]. Jak wynika z europejskiego programu, szkolenie symulacyjne w zakresie umiejętności położniczych musi być racjonalne i możliwe do wdrożenia we wszystkich krajach Europy. Kraje lub placówki mogą realizować programy bardziej ambitne niż opisany w niniejszym dokumencie.

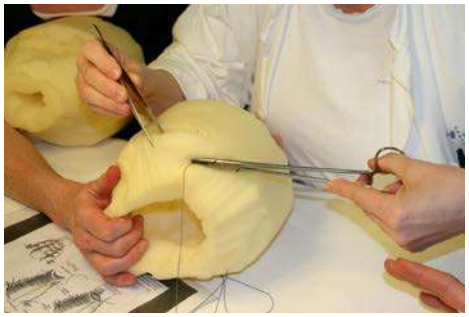
Wyposażenie

Potencjalne wyposażenie niezbędne podczas szkoleń może być bardzo zróżnicowane i zdecydowanie może być niedrogie. Poniżej przedstawiono przykładowe wyposażenie, narzędzia, modele, symulatory lub manekiny, przy czym ułożono je w kolejności od tanich do drogich (a tym samym bardziej zaawansowanych) opcji:

- Podstawowe manekiny porodowe

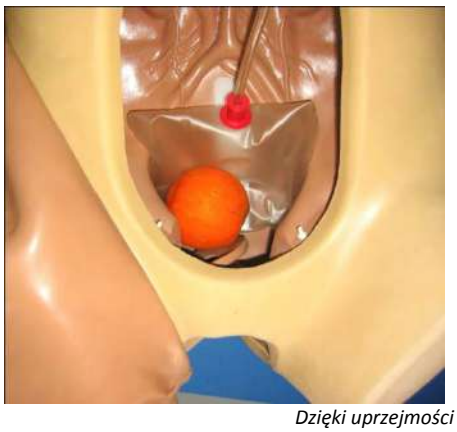
- Podstawowe ginekologiczne modele szkoleniowe zmodyfikowane do stosowania próżnociągu, Kiwi, kleszczy, monitorowania KTG, pobierania próbki krwi płodu, szwu B-Lyncha (guma piankowa) itd.

Dzięki uprzejmości Jette Led Sørensen, Dania



Dzięki uprzejmości Diogo Ayres-de-Campos, Portugalia

- Manekiny noworodkowe do resuscytacji podstawowej
- Manekiny dorosłe do resuscytacji podstawowej
- Zaawansowane manekiny porodowe (tj. z pomiarem siły)
- Symulator operacji naprawczej krocza
- Zwierzęce modele naprawy krocza
- Symulator do szkolenia umiejętności w zakresie cięcia cesarskiego
- Symulator histerektomii w sytuacji nagłej/histerektomii śródporodowej
- Zaawansowany symulator porodowy w pełnej skali



Dzięki uprzejmości Diogo Ayres-de-Campos, Portugalia

- Symulator hybrydowy: może stanowić kombinację pacjentki (aktora) i symulatora lub skojarzenie kilku różnych symulatorów [13]. Na przykład może to obejmować pacjentkę (aktora) z manekinem porodowym między nogami lub może to być manekin dorosły do resuscytacji podstawowej połączony z podstawowym manekinem porodowym.

Hydralab® dzięki uprzejmości Ruty Nadisauakiene, Litwa

- Technologie gamingowe: Na potrzeby szkoleń medycznych dostępne są wszelkiego rodzaju symulatory komputerowe i gry edukacyjne.
- Prezentacje, filmy i narzędzia wdrożeniowe, w tym algorytmy postępowania.

Wszystkie oddziały położnictwa i ginekologii są zobowiązane do dostarczenia podstawowych manekinów porodowych do szkolenia indywidualnych umiejętności technicznych oraz symulatorów hybrydowych do szkolenia zespołu interdyscyplinarnego.

Rodzaje i przykłady szkoleń symulacyjnych

Szkolenie indywidualnych umiejętności technicznych

- Poziom podstawowy i szkolenie umiejętności podstawowych (podstawowe manekiny porodowe)
- Szkolenie umiejętności na poziomie zaawansowanym (bardziej zaawansowane manekiny)

Szkolenie w zespole interdyscyplinarnym

- Podstawowe szkolenie zespołowe z wykorzystaniem symulatora hybrydowego
- Wierna symulacja z wykorzystaniem zaawansowanego symulatora porodowego w pełnej skali

Symulacja w położnictwie (wymagania minimalne)

- Podstawowe manekiny porodowe
- Podstawowe ginekologiczne modele szkoleniowe zmodyfikowane do stosowania próżnociągu, Kiwi, kleszczy, monitorowania KTG, pobierania próbki krwi płodu, szwu B-Lyncha (guma piankowa) itd.

Szkolenie w zespole interdyscyplinarnym

- Symulatory hybrydowe
- Pacjentki (aktorzy)

Dzięki uprzejmości Tima Draycotta i Cathy Winter, PROMPT, Wielka Brytania

Dzięki uprzejmości Jette Led Sørensen, Dania

Warunki symulowane

Brak zaleceń dotyczących określonych warunków czy lokalizacji.

Istnieją trzy rodzaje warunków symulowanych, przy czym wszystkie z nich mają pewne zalety i wady [8]:

- Ośrodek symulacji (symulacja poza jednostką): z dala od rzeczywistego oddziału, na którym odbywa się opieka nad pacjentkami

- W placówce, w innym miejscu na oddziale (symulacja poza jednostką): gabinety szkoleniowe przygotowane specjalnie do szkolenia symulacyjnego z dala od oddziału, na którym odbywa się opieka nad pacjentkami, ale w szpitalu. Pomieszczenia szkoleniowe w placówce mogą być częścią oddziałów szpitalnych
- Symulacja in situ: połączenie środowiska symulowanego i rzeczywistego środowiska pracy umożliwia szkolenie w warunkach roboczych. Takie sytuacje mogą być zapowiedziane (personel jest wcześniej informowany o symulacji) lub niezapowiedziane (personel nie jest wcześniej informowany).

Żaden z tych warunków nie ma większego wpływu na szkolenie indywidualne lub zespołowe [8]. Jednakże korzystny wpływ na kształcenie w placówce można osiągnąć dzięki lokalnej symulacji w warunkach oddziału, np. symulacji w placówce, a w szczególności symulacji in situ [2, 3, 8, 12]. Aby ustalić preferowane warunki symulacji dla danej placówki, przydatne może być uwzględnienie ogólnych celów kształcenia symulacyjnego, a także specyficznych czynników lokalnych, np. wykonalności [8, 14, 15].

Umiejętności położnicze do wyćwiczenia (program podstawowy)

Ogólna wiedza i umiejętności medyczne

Umiejętności zespołowe ujęte w programie EBCOG-PACT można wyćwiczyć dzięki symulacji z wykorzystaniem hybrydowych strategii szkoleniowych.

Zamiast symulacji można zastosować inne strategie kształcenia z wykorzystaniem interaktywnej technologii rzeczywistości mieszanej/mikrosymulacji oraz filmów, slajdów, zdjęć, rysunków i książek.

- *Kieruje oddziałem z wykorzystaniem podejścia interdyscyplinarnego, zarządza przyjmowaniem i wypisywaniem pacjentek na oddziale i sali porodowej oraz zarządza kierowaniem ich do innych gabinetów.*
- *Potrafi rozpoznać i przeprowadzić triaż u pacjentek w stanach ostrych, pacjentek septycznych, pacjentek z powikłaniami okołoporodowymi oraz pacjentek wymagających resuscytacji i wdrożyć odpowiednie postępowanie.*

Podstawowe umiejętności położnicze

Umiejętności położnicze ujęte w programie EBCOG-PACT należy wyćwiczyć w drodze symulacji we wszystkich krajach z wykorzystaniem podstawowych manekinów porodowych lub innych modeli podstawowych.

- Asysta przy porodzie niepowikłanym
- Poród pochwowy z użyciem próżnociągu
- Poród z użyciem kleszczy
- Poród pośladkowy
- Asysta przy porodzie pochwowym w przypadku ciąży wielopłodowej
- Pobieranie próbki krwi płodu
- Wszystkie manewry stosowane w przypadku dystocji (w tym dystocji barkowej wyćwiczone co najmniej podczas symulacji)
- Wewnątrzmaciczna tamponada balonowa (w tym postępowanie w przypadku krwawienia poporodowego)
- Chirurgiczna kompresja macicy atonicznej (w tym postępowanie w przypadku krwawienia poporodowego)
- Szew B-Lyncha (w tym postępowanie w przypadku krwawienia poporodowego wyćwiczone co najmniej podczas symulacji)

Umiejętności w zakresie naprawy krocza

Symulatory naprawy krocza będą dostępne w niektórych krajach, jednakże nie oczekuje się ich dostępności w całej Europie. Zamiast symulacji można zastosować inne strategie kształcenia z wykorzystaniem interaktywnej technologii rzeczywistości mieszanej/mikrosymulacji oraz filmów, slajdów, zdjęć, rysunków i książek.

- Nacięcie krocza
- Naprawa urazu układu rozrodczego

- Zszycie rany po nacięciu krocza
- Pęknięcie krocza pierwszego, drugiego i trzeciego stopnia
- Zszycie pęknięcia krocza czwartego stopnia

Zaawansowana chirurgia położnicza

W niektórych krajach, ale nie w całej Europie, dostępne będą bardziej zaawansowane modele, np. symulatory do ćwiczenia umiejętności niezbędnych do wykonania cięcia cesarskiego oraz symulatory histerektomii w sytuacji nagłej/histerektomii śródporodowej.

Zamiast symulacji można zastosować inne strategie kształcenia z wykorzystaniem interaktywnej technologii rzeczywistości mieszanej/mikrosymulacji oraz filmów, slajdów, zdjęć, rysunków i książek.

- Cięcie cesarskie
- Ponowne cięcie cesarskie
- Cięcie cesarskie u pacjentki otyłej
- Nagłe cięcie cesarskie
- Histerektomia brzuszna (co najmniej w warunkach symulacji lub z zastosowaniem alternatywnych strategii kształcenia)
- Ręczne i chirurgiczne usunięcie łożyska
- Ręczna rewersja macicy (co najmniej w warunkach symulacji lub z zastosowaniem alternatywnych strategii kształcenia)
- Odbarczenie krwiaka sromu

Manekiny noworodkowe do resuscytacji podstawowej

Umiejętności ujęte w programie EBCOG-PACT należy wyćwiczyć w drodze symulacji we wszystkich krajach.

Manekiny noworodkowe do resuscytacji podstawowej można wykorzystać do:

- Wspomagania wstępnej opieki nad noworodkiem zdrowym/urodzonym przed terminem (z niskim wynikiem w skali Apgar)
- Właściwej resuscytacji noworodka w ciągu pierwszych 10 minut po porodzie (w oczekiwaniu
- na pediatrę)

Włączenie szkolenia symulacyjnego do programu

Zasadniczo istnieje niewielkie prawdopodobieństwo braku wyposażenia symulacyjnego do symulacji podstawowej. Jednakże wiele symulatorów szkoleniowych jest niewystarczająco wykorzystywanych z powodu braku programów kształcenia i braku wsparcia technicznego.

Obserwuje się także brak instruktorów, którzy mogliby prowadzić szkolenia zespołowe.

Na podstawie badania dotyczącego symulacji lotu wywnioskowano, że „najważniejszy jest program, nie sprzęt". W przypadku symulacji medycznych wspominano także, że: „Symulatory nie tworzą programu, są one jedynie narzędziami na jego potrzeby" [8].

Przydatne może być zastosowanie modeli programów, np. klasycznego artykułu „Ten questions to ask when planning a course or curriculum" autorstwa Hardena [14] lub sześcioetapowego podejścia według Kern et al [15].

Jako przykład poniżej podano listę dziesięciu pytań Hardena, jakie należy zadać w trakcie planowania kursu lub programu:

1. Potrzeby
2. Cele
3. Treść
4. Ułożenie treści
5. Strategie kształcenia

6. Metody kształcenia
7. Ocena
8. Komunikacja
9. Środowisko kształcenia
10. Proces

Symulacja i wyposażenie symulacyjne są elementami pytań 5 i 6: Strategie kształcenia i metody kształcenia. Pod uwagę należy także wziąć wszystkie inne etapy planowania kursu lub programu.
W literaturze dotyczącej symulacji opisywane są trzy fazy rozwoju umiejętności: 1. faza kognitywna (gdzie nauka odbywa się poprzez instruktaż i demonstrację), 2. faza asocjacyjna (integracja zdobytych wcześniej umiejętności i tworzenie wzorców) i 3. faza autonomiczna (działanie staje się bardziej automatyczne i wprowadza się procedury). W przypadku początkowych faz szkolenia, tj. dla użytkowników w fazie kognitywnej, odpowiednie są mniej realistyczne symulatory, podczas gdy symulatory bardziej realistyczne można stosować w przypadku użytkowników w fazie asocjacyjnej i autonomicznej [16].

Szkolenie zespołowe

Wystąpienie błędów medycznych w sytuacjach nagłych jest często związane z jakością pracy zespołowej i komunikacji w zespole. W związku z tym szkolenia zespołowe w dziedzinie medycyny to ważna innowacja w ostatnich latach, której celem jest usprawnienie pracy zespołowej, zwłaszcza w sytuacjach nagłych. Wiele dobrych przykładów programów szkoleń zespołowych, zwłaszcza na wypadek nagłych sytuacji położniczych, opracowano w różnych placówkach oraz określono, że są one skuteczne w redukcji ryzyka błędów medycznych. Wykazano, że interwencje zespołowe w zespołach ds. opieki usprawniają pracę i poprawiają rezultaty uzyskiwane u pacjentek [17].
W tej części znajdują się zalecenia dotyczące przygotowania szkolenia zespołowego dotyczącego położniczych sytuacji nagłych.
Zidentyfikowano pewne kluczowe elementy szkoleń zespołowych:

1. Decyzje podejmowane są przez zespół przy skutecznym wykorzystaniu dostępnych informacji.
2. Oczekuje się otwartych wypowiedzi, co oznacza, że każdy członek zespołu ma prawo do wypowiedzenia się i jest do tego zachęcany.
3. Powinna odbyć się analiza misji; czy zespół wydajnie korzysta z dostępnych zasobów?
4. Najważniejsza jest komunikacja; uważne słuchanie i sprawdzanie, czy informacja dotarła do całego zespołu.
    a. Kontrola użycia — podwójna kontrola.
    b. Korzystanie z metody ISBAR w przypadku rozmów telefonicznych (przedstawienie się — opis sytuacji — podstawowe informacje o przypadku — ocena — zalecenia dotyczące dalszych działań.
    c. Zastosowanie procedur Time-Out, aby każdemu członkowi zespołu umożliwić zastanowienie się i przekazanie informacji.
5. Uznanie przywództwa i wykorzystanie możliwości wszystkich członków zespołu.
6. Dostosowanie do nowych informacji; czy zespół może zmienić zasady?
7. Zachowanie świadomości sytuacji, które można poprawić dzięki zastosowaniu procedur Time-Out.

Opracowano kilka list elementów szkoleń zespołowych, dzięki czemu można wybrać najlepiej dopasowaną do potrzeb.

Szkolenie zespołowe z udziałem aktora w roli pacjentki może stworzyć bardzo realistyczne warunki i dlatego może być bardzo skuteczne. Jednakże w przypadku symulacyjnego szkolenia zespołowego z udziałem aktora jako pacjentki, konieczne jest spełnienie pewnych wymagań wstępnych.

- Listy kontrolne powinny być oparte na protokołach dotyczących opieki.
- Scenariusze powinny być dopasowane do sytuacji nagłych, które mają zostać przećwiczone.
- Niezbędne są instrukcje dla każdego instruktora, pacjentki (aktora) oraz uczestnika.

- Zespół musi zostać przeszkolony w zakresie resuscytacji i podstawowych położniczych sytuacji nagłych.
- Aktor powinien być w stanie odegrać rolę pacjentki.
- Można użyć podstawowych symulatorów szkoleniowych.
- Należy stworzyć zespół (złożony z położnika, położnej i/lub pielęgniarki) odpowiedzialny za przygotowanie scenariuszy, poinstruowanie wszystkich uczestników, przekazywanie informacji w trakcie szkolenia oraz odprawę uczestników po szkoleniu.
- Należy stworzyć atmosferę pośpiechu typową dla oddziału, a także poziomu zarządzania. Po wdrożeniu powinna nastąpić zmiana zasad zarządzania [17].

Przykład symulacyjnego szkolenia zespołowego

Scenariusz: Po wprowadzeniu dotyczącym przypadku kobiety w 40. tygodniu pierwszej ciąży, która została przyjęta z powodu silnego bólu głowy i nadciśnienia wynoszącego 160/100 mmHg, zespół spotyka się z pacjentką (aktorką), u której występują przedmiotowe i podmiotowe objawy napadu rzucawkowego.
Pacjentka powinna otrzymać MgSO4 w celu przerwania drgawek oraz lek obniżający ciśnienie krwi. Lek jest faktycznie przygotowywany, chociaż nie zostanie podany pacjentce. Ponadto przygotowywane są 2 wlewy kroplowe z pominięciem wkłucia, ale kroplówka mocowana jest za pomocą plastrów i bandaża. Manekinowi zostaje założony cewnik urologiczny.
W trakcie wszystkich czynności jeden z członków zespołu odczytuje na głos listę kontrolną oraz stosowane są procedury Time-Out, aby podnieść świadomość sytuacji.
Trzecie zdjęcie przedstawia obserwatora w tle, który przygotowuje dane do odprawy.

Dzięki uprzejmości Fedde Scheele, Holandia

Po ustabilizowaniu pacjentki została ona przewieziona na salę operacyjną w celu wykonania cięcia cesarskiego z powodu nieoptymalnego zapisu rytmu serca płodu. Nieoptymalny zapis został wspomniany przez instruktora. Po przewiezieniu pacjentki zespół na sali operacyjnej został poinformowany, że są to ćwiczenia oraz że pacjentka nie wymaga w rzeczywistości zabiegu. W międzyczasie obserwator odnotowuje wszelkie problemy dotyczące zespołu i niedociągnięcia logistyczne. Na piątym zdjęciu pediatra obserwuje resuscytację noworodka przez członków zespołu, a ostatnie zdjęcie wykonano podczas odprawy.

Dzięki uprzejmości Fedde Scheele, Holandia

W trakcie odprawy członkowie zespołu pytani są o mocne strony ich pracy, np. skuteczną podwójną kontrolę w trakcie komunikacji, stosowanie metody ISBAR w rozmowie telefonicznej, korzystanie z list kontrolnych.
Następnie omawiane są elementy, które można poprawić, np. niewystarczające przywództwo lub sugestię wydłużenia czasu w trakcie procedur Time-Out w celu rozdziału zadań, sugestię dla pielęgniarki w sprawie częstszego wypowiadania się oraz przykładania większej uwagi do przekazywania informacji pacjentce. Ponadto zgłasza się niedoskonałości infrastrukturalne administracji.

Fedde Scheele, szpital uniwersytecki OLVG, Amsterdam, Holandia

Piśmiennictwo

1. Merien AE, Van der Ven J, Mol BW, Houterman S, Oei SG. Multidisciplinary team training in a simulation setting for acute obstetric emergencies: a systematic review. ObstetGynecol. 2010;115(5):1021-31.
2. Bergh AM, Baloyi S, Pattinson RC. What is the impact of multi-professional emergency obstetric and neonatal care training? BestPractResClinObstetGynaecol. 2015;29:1028-43.
3. Draycott TJ, Collins KJ, Crofts JF, Siassakos D, Winter C, Weiner CP, Donald F et al. Myths and realities of training in obstetric emergencies. BestPractResClinObstetGynaecol. 2015;29:1067-76.
4. Issenberg SB, McGaghie WC, Petrusa ER, Lee GD, Scalese RJ. Features and uses of high-fidelity medical simulations that lead to effective learning: a BEME systematic review. MedTeach. 2005;27(1):10-28.
5. McGaghie WC, Issenberg SB, Petrusa ER, Scalese RJ. A critical review of simulation-based medical education research: 2003-2009. MedEduc. 2010;44(1):50-63.
6. Motola I, Devine LA, Chung HS, Sullivan JE, Issenberg SB. Simulation in healthcare education: a best evidence practical guide. AMEE Guide No. 82. MedTeach. 2013;35(10):e1511-e30.
7. McGaghie WC, Issenberg SB, Barsuk JH, Wayne DB. A critical review of simulation-based mastery learning with translational outcomes. MedEduc. 2014;48(4):375-85.
8. Sørensen JL, Ostergaard D, LeBlanc V, Ottesen B, Konge L, Dieckmann P, van der Vleuten C, et al. Design of simulation-based medical education and advantages and disadvantages of in situ simulation versus off-site simulation. BMC medical education. 2017;17(1):20.
9. Fransen AF, Van der Ven J, Merien A, de Wit-Zuurendonk L, Houterman S, Mol B, et al. Effect of obstetric team training on team performance and medical technical skills: a randomised controlled trial. BJOG. 2012;119:1387-93.
10. van de Ven J, van Baaren GJ, Fransen AF, van Runnard Heimel PJ, Mol BW, Oei SG. Cost-effectiveness of simulation-based team training in obstetric emergencies (TOSTI study). European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology. 2017;216:130-7.
11. van de Ven J, Fransen AF, Schuit E, van Runnard Heimel PJ, Mol BW, Oei SG. Does the effect of one-day simulation team training in obstetric emergencies decline within one year? A post-hoc analysis of a multicentre cluster randomised controlled trial. European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology. 2017;216:79-84.
12. Sørensen JL, Løkkegaard E, Johansen M, Ringsted C, Kreiner S, McAleer S. The implementation and evaluation of a mandatory multi-professional obstetric skills training program. Acta ObstetGynecolScand. 2009;88(10):1107-17.
13. Kneebone R, Nestel D, Wetzel C, Black S, Jacklin R, Aggarwal R, Yadollahi F, Wolfe J, Vincent C, Darzi A. The human face of simulation: patient-focused simulation training. Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges. 2006;81(10):919-24.
14. Harden RM. Ten questions to ask when planning a course or curriculum. MedEduc. 1986;20(4):356-65.
15. Kern DE, Thomas PA, Howard DM, Bass EB. Curriculum development for medical education. A six step approach. London: The John Hopkins University Press; 2009.
16. Hays RT, Singer MJ. Simulation fidelity in training systems design. Bridging the gap between reality and training. New York, Berlin, Heidelberg, London, Paris, Tokyo: Springer-Verlag; 1989.
17. The checklist manifesto: How to get things right. Atul Gawande.
18. Diffusion of Innovations. Everett M. Rogers

Szkolenie w zakresie umiejętności ultrasonograficznych

Autorzy: Juriy Wladimiroff, Piotr Sieroszewski, Angelique Goverde

Wprowadzenie

Ultrasonografia jest uznawana za ważne narzędzie diagnostyczne w codziennej praktyce w położnictwie i ginekologii. Kluczowe znaczenie ma, aby lekarze w trakcie specjalizacji przeszli strukturalne i nadzorowane szkolenie w zakresie ultrasonografii, ponieważ ostatecznie to umiejętności ultrasonografisty, tj. ginekologa, determinują jakość zdjęć i dodaną wartość kliniczną tej formy badań diagnostycznych.
Podstawowy i fakultatywny program kształcenia podyplomowego w dziedzinie położnictwa i ginekologii polega na niezależnym ćwiczeniu umiejętności ultrasonograficznych przez ginekologa. W tej części można znaleźć zwięzły opis programu szkolenia w zakresie umiejętności ultrasonograficznych pod względem

- wiedzy i umiejętności w zakresie ultrasonografii, jakie lekarz w trakcie specjalizacji zdobędzie po zakończeniu szkolenia do poziomu kompetencji opisanych w programie podstawowym EBCOG;
- metod zdobywania tych umiejętności;
- narzędzi do oceny jakości tych umiejętności.

Z programu głównego wybrano określone elementy i pogrupowano je według wspólnych cech lub zagadnienia. Sugestie dotyczące szkolenia i oceny opracowano na podstawie zaleceń komisji ISUOG ds. kształcenia w sprawie podstawowego szkolenia w zakresie ultrasonografii położniczej i ginekologicznej [1].

Ogólny zarys szkolenia w zakresie ultrasonografii

Zalecany jest trzyetapowy program:

1. szkolenie teoretyczne: techniczne aspekty wyposażenia, obrazowania i raportowania;
2. szkolenie praktyczne: pod nadzorem u rzeczywistych pacjentek do osiągnięcia samodzielności;
3. ocena umiejętności lekarza w trakcie specjalizacji: dziennik zdarzeń lub zbiór zdjęć jako ilustracja zdolności lekarza w trakcie specjalizacji do wykonywania wysokiej jakości zdjęć i rozpoznawania stanów patologicznych.

Program szkolenia w zakresie ultrasonografii

Ogólne zasady obrazowania ultrasonograficznego

1. Podstawowe zasady USG, w tym bezpieczeństwo;
2. Głowica, generowanie obrazu, pokrętła, płaszczyzny obrazowania (TA i TV), pomiary;
3. Podstawowe zasady USG metodą Dopplera, w tym tętnicy pępowinowej metodą Dopplera;
4. USG z wlewem (wlew żelu lub soli fizjologicznej): bezpieczeństwo i wskazania;
5. Dokumentowanie wyników.

Wiedzę na temat zasad ogólnych zdobywa się z podręcznika i/lub modułów internetowych oraz omawia się ją z dedykowaną osobą nadzorującą.
Umiejętności praktyczne w zakresie postępowania z głowicami i skanerem, a także USG z wlewem będą ćwiczone pod bezpośrednim nadzorem przeszkolonego ultrasonografisty do momentu osiągnięcia pełnej biegłości.
Ocena: ocena na podstawie wiedzy (egzamin), bezpośrednia obserwacja kliniczna

Ultrasonografia w ginekologii

Ocena prawidłowego i nieprawidłowego wyglądu endometrium, mięśniówki i przydatków; zastosowanie kryteriów ultrasonograficznych do odróżnienia obserwacji prawidłowych od nieprawidłowych (np. RMI [2], IOTA [3]).

Te zagadnienia zdobywa się w procesie etapowym:

1. Zorientowanie się w temacie dzięki podręcznikowi i/lub modułom internetowym
2. Doświadczenie praktyczne pod bezpośrednim nadzorem; nadzór zostanie ograniczony w miarę zdobywania doświadczenia

Ocena: ocena na podstawie wiedzy (egzamin), bezpośrednia obserwacja kliniczna, portfolio co najmniej 50 przypadków [różne stany patologiczne macicy (mięśniówki i endometrium) oraz przydatków]

Ultrasonografia w okresie ciąży

a. Pierwszy trymestr
    1. Ocena prawidłowych i nieprawidłowych obserwacji pomiędzy 4. i 10. tygodniem ciąży pojedynczej i bliźniaczej (w tym ciąży ektopowej);
    2. Ocena prawidłowych i nieprawidłowych obserwacji pomiędzy 10. i 14. tygodniem ciąży pojedynczej i bliźniaczej (liczba łożysk);
    3. Datowanie ciąży

b. Trymestr drugi i trzeci
    1. Położenie płodu
    2. Biometria płodu: datowanie, ocena wielkości i szacowanie masy ciała płodu
    3. Ocena łożyska i objętości płynu owodniowego
    4. Odróżnienie prawidłowej i nieprawidłowej wielkości płodu oraz wzorców wzrostu, pomiar przepływu w tętnicy pępowinowej metodą Dopplera
    5. Ocena długość szyjki macicy

Te zagadnienia zdobywa się w procesie etapowym:

1. zorientowanie się w temacie dzięki podręcznikowi i/lub modułom internetowym
2. doświadczenie praktyczne pod bezpośrednim nadzorem; w miarę zdobywania doświadczenia potrzebny będzie coraz mniejszy nadzór

Ocena: ocena na podstawie wiedzy (egzamin), bezpośrednia obserwacja kliniczna, portfolio co najmniej 50 przypadków (różne przypadki w pierwszym, drugim i trzecim trymestrze).

Piśmiennictwo

1. ISUOG Education Committee recommendations for basic training in obstetric and gynaecological ultrasound. Ultrasound Obstet Gynaecol 2013; DOI 10.1002/uog.13208
2. Jacobs I, Oram D, Fairbanks J et al A risk of malignacy index incorporating Ca125, ultrasound and menopausal status for the acurate preoperative diagnosis of ovarian cancer. Br J Obstet Gynaecol 1990;97:922-929
3. Timmerman DV, Bourne TH, Collins WP et al. Terms, definitions and measurements to describe the sonographic features of adnexal tumors: a consensus opinion from the International Ovarian Tumor Analysis (IOTA) group. Ultrasound Obstet Gynecol 2000; 16:500-505.

Powierzanie samodzielności i portfolio

Autorzy: Fedde Scheele, Angelique Goverde, Jessica van der Aa, Laura Spinnewijn

Wprowadzenie

W tej części opisano znaczenie ogólnoeuropejskiego programu kształcenia podyplomowego w dziedzinie położnictwa i ginekologii, za pomocą którego określa się postęp kompetencji lekarza w trakcie specjalizacji. Program obejmuje 10 zagadnień obejmujących różne czynności zawodowe. Po osiągnięciu przez lekarza w trakcie specjalizacji pełnej kompetencji w zakresie wykonywania określonej czynności zawodowej, tj. na poziomie samodzielnej praktyki, lekarz w trakcie specjalizacji uzyska zgodę na wykonywanie tej czynności zawodowej i ostatecznie na całe zagadnienie. W przypadku szkolenia zgodnie z decyzjami dotyczącymi zgody na wykonywanie czynności lekarz w trakcie specjalizacji powinien zawsze pamiętać o możliwości poproszenia o nadzór, nawet jeśli otrzymał już zgodę na wykonywanie określonej czynności. Wymaga to od lekarza w trakcie specjalizacji praktyki refleksyjnej. W sytuacjach wysokiego ryzyka oczekuje się, że lekarz w trakcie specjalizacji rozpozna zagrożenie i poprosi o nadzór ze względu na bezpieczeństwo pacjentki. W niektórych krajach samodzielna praktyka jest ograniczona prawnie i dlatego sposób udzielenia zgody na wykonywanie czynności może być dostosowany do przepisów lokalnych lub regionalnych.
Z upływem lat lekarz w trakcie specjalizacji będzie uzyskiwał zgody na wykonywanie różnych czynności zawodowych, co oznacza, że uzyskanie zgody nie odbywa się wyłącznie w ostatnim dniu szkolenia. Faktyczny schemat udzielenia zgody zostanie określony i dostosowany do infrastruktury lokalnej lub regionalnej.
Zgoda na wykonywanie czynności, jak opisano poniżej, obejmuje nie tylko ocenę i jest dokumentowana w osobistym portfolio lekarza w trakcie specjalizacji. W niniejszym dokumencie opisano czynności, jakie należy podjąć w procesie szkolenia w celu uzyskania zgody na wykonywanie czynności. Dokument ten zawiera wytyczne dotyczące oceny portfolio oraz podejmowanie decyzji dotyczących udzielenia zgody na wykonywanie czynności, w tym narzędzia służące do oceny.

Zgoda na wykonywanie czynności zawodowych

Czynność zawodowa obejmuje wszystkie zadania i aspekty niezbędne do wykonania takiej czynności w kontekście opieki nad pacjentką. Na przykład czynność zawodowa „cięcie cesarskie” obejmuje nie tylko umiejętności techniczne niezbędne do wykonania operacji, ale też proces podejmowania decyzji przed operacją, komunikację z pacjentką, pracę zespołową na sali operacyjnej itd. Udzielenie lekarzowi w trakcie specjalizacji zgody na wykonywanie czynności zawodowej oznacza, że został on uznany za osobę kompetentną pod względem wszystkich aspektów czynności zawodowej w taki sposób, że może wykonywać tę czynność samodzielnie.
Proces kształcenia lekarza w trakcie specjalizacji, ukierunkowany na osiągnięcie poziomu samodzielnej praktyki, jest oparty na aktywnym zaangażowaniu w świadczenie opieki, przekazywanie opinii przez kliniczny personel nadzorujący oraz refleksji lekarza w trakcie specjalizacji nad postępem. Z czasem takie czynności kliniczne doprowadzą do wzrostu kompetencji, co spowoduje konieczność odpowiedniego dostosowania nadzoru. Na początkowych etapach szkolenia nadzór będzie ścisły, a kliniczny personel nadzorujący musi być obecny, kiedy lekarz w trakcie specjalizacji wykonuje określoną czynność, aby przeprowadzić go przez proces oraz w razie potrzeby zainterweniować. W miarę kiedy lekarz w trakcie specjalizacji stopniowo zdobywa doświadczenie i kompetencje nadzór będzie zmierzał do roli bardziej kierującej i wspomagającej przy malejącym zapotrzebowaniu na interwencję. Umożliwia to lekarzowi w trakcie specjalizacji doświadczenie większej autonomii. Kiedy lekarz w trakcie specjalizacji osiągnie kompetencję, można delegować mu czynność, a nadzór może odbywać się pośrednio (bez fizycznej obecności w tym samym pomieszczeniu) oraz według uznania lekarza w trakcie specjalizacji. Kiedy kliniczny personel nadzorujący, na podstawie portfolio i własnej oceny,

zyska przekonanie, że lekarz w trakcie specjalizacji może wykonywać czynność bez interwencji osoby nadzorującej, lekarz w trakcie specjalizacji otrzyma ***zgodę na wykonywanie*** tej czynności zgodnie z opisanym poniżej procesem. Strategia udzielenia zgody na wykonywanie czynności oparta jest na międzynarodowej literaturze [1-4].
Rozwój kompetencji obejmuje pięć etapów: od lekarza w trakcie specjalizacji obserwującego wykonywanie czynności (poziom 1) do lekarza w trakcie specjalizacji wykonującego tę czynność całkowicie samodzielnie (*„bez obecności osoby nadzorującej”*). Przedstawiono to w tabeli 1.

Tabela 1: Pięć poziomów kompetencji w drodze do uzyskania zgody na wykonywanie czynności.

Poziomy kompetencji:	**1 Czynność wykonuje osoba nadzorująca, lekarz w trakcie specjalizacji obserwuje**	**2 Osoba nadzorująca słownie prowadzi lekarza w trakcie specjalizacji przez kolejne etapy czynności**	**3 Osoba nadzorująca interweniuje incydentalnie**	**4 Osoba nadzorująca może być obecna na wszelki wypadek**	**5 Osoba nadzorująca nie musi być obecna**
Lekarz w trakcie specjalizacji:	Rozwój kompetencji lekarza w trakcie specjalizacji →				**Zgoda na wykonywanie czynności** (zostaje przyznana po podjęciu decyzji formalnej)

Portfolio

W portfolio lekarz w trakcie specjalizacji dokumentuje wszystkie czynności i perspektywy związane z jego rozwojem, aby uzasadnić wniosek o przyznanie wyższego poziomu kompetencji i na koniec zgody na wykonywanie czynności. W celu wydania decyzji dotyczących poziomu kompetencji i przyznania zgody na wykonywanie czynności gromadzone są dane z trzech źródeł (przyznanie zgody na podstawie trzech źródeł):

A) Doświadczenia związane z kształceniem: *przedstawienie osiągnięć naukowych lekarza w trakcie specjalizacji*
   - Dziennik podsumowujący doświadczenie kliniczne, w tym określone rozpoznania i terapie.
   - Kursy, np. kurs szkoleniowy w zakresie umiejętności laparoskopowych, kurs zarządzania itd.
   - Doświadczenie akademickie, praca naukowa, prezentacje, artykuły naukowe.
   - Plan rozwoju osobistego z regularnymi aktualizacjami dotyczącymi postępu szkolenia, refleksyjnymi sprawozdaniami i sprawozdaniami z rozmów z nauczycielem.

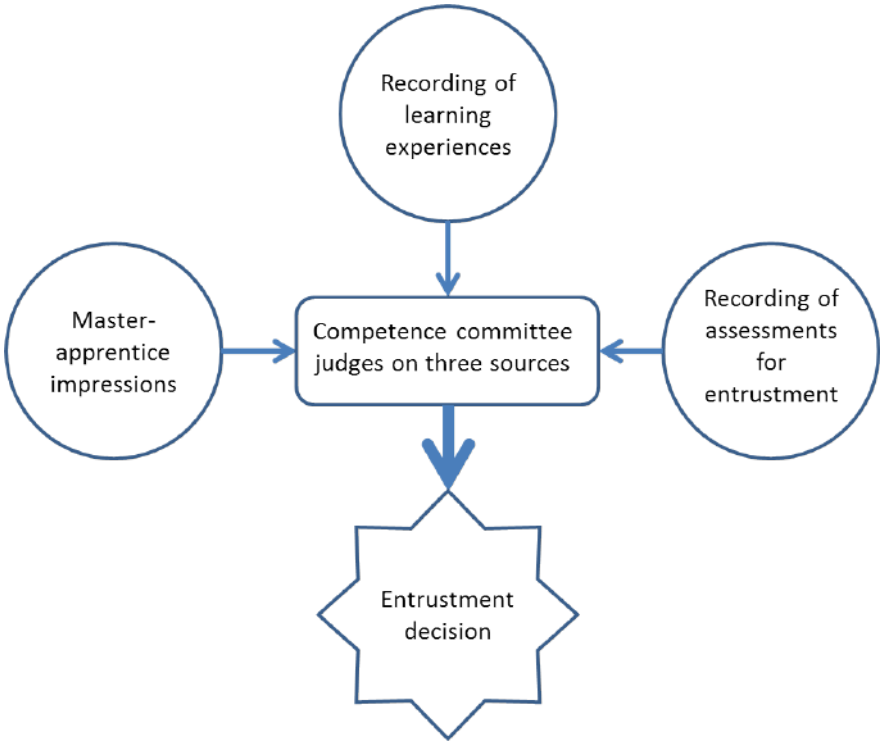
B) Ocena w celu przyznania zgody na wykonywanie czynności: *przedstawienie oceny osiągnięć lekarza w trakcie specjalizacji*
   - Strukturalna opinia osób nadzorujących, współpracowników i pacjentek, np. opinia 360-stopniowa (patrz załącznik 1).
   - Oceny w miejscu pracy, np. mini-CEX, OSATS[1]
   - Ocena wiedzy i umiejętności, np. wyniki egzaminu

C) Komisja ds. kompetencji dodaje wrażenia profesjonalne: *odzwierciedlające stosunek „uczeń — nauczyciel”*
   - Krótki protokół z zebrania komisji ds. kompetencji opisujący wrażenia profesjonalne, które dodawane są do portfolio.

Proces przyznania zgody na wykonywanie czynności i decyzja

W momencie formalizacji przyznania zgody na wykonywanie czynności lekarz w trakcie specjalizacji powinien odgrywać aktywną rolę w rozpoczęciu procesu podejmowania decyzji dotyczących udzielenia zgody. Jednakże faktyczną decyzję w sprawie udzielenia zgody na wykonywanie czynności podejmuje komisja ds. kompetencji. Zaleca się, aby komisja ds. kompetencji liczyła co najmniej 2 członków, którzy dobrze znają osiągnięcia lekarza w trakcie specjalizacji i najlepiej co najmniej 2 innych członków kadry klinicznej.
Raz na 3 do 6 miesięcy lekarz w trakcie specjalizacji powinien złożyć jasny i zwięzły wniosek do komisji ds. kompetencji, w którym będzie sugerował przejście na wyższy poziom kompetencji w zakresie danej czynności. Wniosek powinien być poparty informacjami w portfolio. Na podstawie trzech źródeł informacji komisja ds. kompetencji określi poziom kompetencji i w związku z tym poziom nadzoru wymaganego w przypadku czynności zawodowych wymienionych we wniosku. Proces ten może być szczególnie ważny w momencie przejścia z 3. do 4. poziomu kompetencji, a także z poziomu 4. do 5. (decyzja o pozwoleniu na wykonywanie czynności). W przypadku zmian w obrębie niższych poziomów komisja ds. kompetencji może upoważnić kliniczny personel nadzorujący do podjęcia decyzji, aby zapobiec zbędnej rozbudowie procesu administracyjnego.

Rysunek 1: Przyznanie zgody na podstawie trzech źródeł



Istnieją dwa możliwe rezultaty tego procesu:

1. Jeśli komisja ds. kompetencji jest niezdecydowana co do osiągniętego poziomu umiejętności uczestnika, gromadzi dalsze informacje na temat postępów lekarza w trakcie specjalizacji, a moment podjęcia decyzji zostaje odłożony.
2. Jeśli komisja ds. kompetencji jest zgodna co do poziomu kompetencji lekarza w trakcie specjalizacji, do decyzji zostaje dołączone pisemne uzasadnienie (do dołączenia do portfolio) i możliwość wykonywania danej czynności zostaje zatwierdzona.

Kiedy lekarz w trakcie specjalizacji osiągnie najwyższy poziom kompetencji, komisja ds. kompetencji wydaje zgodę na wykonywanie danej czynności zawodowej.

W niektórych krajach wykonywanie czynności klinicznej przez lekarza w trakcie specjalizacji bez jakiegokolwiek nadzoru jest prawnie zabronione. W takich przypadkach, kiedy komisja ds. kompetencji uzna, że lekarz w trakcie specjalizacji posiada kompetencje niezbędne do samodzielnej praktyki, jednakże nie może on wykonywać tych czynności z przyczyn formalnych, lekarz w trakcie specjalizacji może otrzymać pisemną zgodę na wykonywanie czynności pod warunkiem, że wejdzie ona w życie po zakończeniu szkolenia.

Podejmowane przez komisję ds. kompetencji decyzje dotyczące kompetencji i zgody na wykonywanie czynności są odnotowywane w portfolio, dzięki czemu lekarz w trakcie specjalizacji, kadra kliniczna i komisja ds. kompetencji mogą w dowolnym momencie zweryfikować, jaki poziom kompetencji został osiągnięty oraz czy udzielono zgody na wykonywanie czynności.

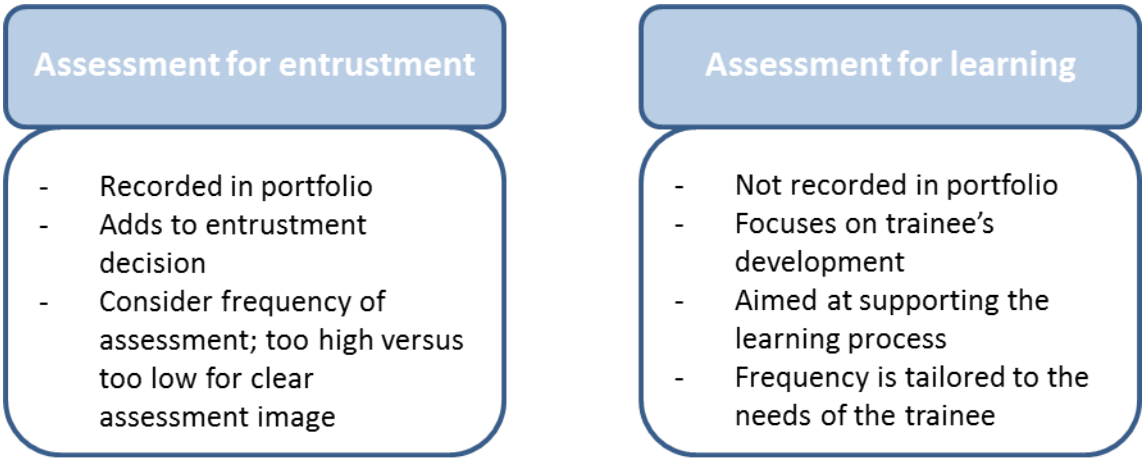
Dokumentacja oceny

Należy podkreślić, że ocena w celu wydania pozwolenia na wykonywanie czynności jest tylko jednym ze źródeł, na którym opierana jest decyzja.
W kontekście oceny w celu przyznania zgody na wykonywanie czynności należy rozważyć:

- Im większa liczba ocen, tym więcej elementów w dokumentacji oceny.
- Zróżnicowanie narzędzi oceny (przykłady patrz załącznik 1) odpowiada za zróżnicowanie schematu kolorów w dokumentacji oceny i dzięki temu zapewnia bardziej jednoznaczny obraz.
- Dokonywanie wielu ocen w celu wydania pozwolenia na wykonywanie czynności wymaga poświęcenia czasu, wysiłku i pieniędzy. Ocena w celu przyznania zgody na wykonywanie czynności powinna być przydatna, a zasoby niezbędne do jej przeprowadzenia należy wykorzystywać w sposób ekonomiczny. Wyłącznie w razie konieczności, np. w przypadku wątpliwości co do postępów lekarza w trakcie specjalizacji, liczba ocen może zostać zwiększona w celu uzyskania bardziej szczegółowego obrazu postępów lekarza w trakcie specjalizacji (ocena sekwencyjna).
- W trakcie szkolenia ocena może zmienić się opartej raczej na wiedzy na opartą raczej na umiejętnościach w warunkach klinicznych oraz obserwacjach w miejscu pracy, co wynika ze zwiększenia samodzielności w praktyce.

Ocenę i opinię można wykorzystać do wydania pozwolenia na wykonywanie czynności oraz do celów związanych z kształceniem. W kontekście oceny i opinii na temat kształcenia należy rozważyć:
W procesie kształcenia kadra kliniczna musi posiadać informacje na temat poziomu biegłości zawodowej lekarza w trakcie specjalizacji, aby zapewnić lekarzowi w trakcie specjalizacji optymalne informacje i instruktaż niezbędny do zwiększenia kompetencji. Lekarz w trakcie specjalizacji odbiera opinię dotyczącą kształcenia inaczej niż ocenę związaną z wydaniem pozwolenia na wykonywanie czynności, ponieważ jest ona dla niego mniej istotna. Ocena i opinie dotyczące kształcenia są niezwykle ważne w celu ustalenia optymalnej relacji pomiędzy uczniem i nauczycielem oraz zapewnienia lekarzowi w trakcie specjalizacji odpowiedniej opieki naukowej. W związku z tym zaleca się stworzenie środowiska kształcenia, które jest jak najbardziej bezpieczne oraz rezygnację z odnotowywania w portfolio mniej istotnej oceny i opinii dotyczącej kształcenia. Portfolio jest ukierunkowane na bardzo istotne informacje niezbędne do wydania pozwolenia na wykonywanie czynności.
Mniej istotną ocenę i opinię dotyczącą kształcenia należy przekazywać osobno od bardziej istotnej oceny związanej z wydaniem pozwolenia na wykonywanie czynności, ponieważ w razie ich połączenia lekarze w trakcie specjalizacji mogą uznać ocenę i opinię dotyczącą kształcenia za bardziej istotną (przeszkodę w uzyskaniu pozwolenia, a nie coś, z czego należy wyciągnąć wnioski).

Rysunek 2: Ocena w celu przyznania zgody na wykonywanie czynności w porównaniu z oceną dotyczącą kształcenia



Ustalenie harmonogramu szkolenia i postępów lekarza w trakcie specjalizacji

Każda placówka może ustalić cele dotyczące wydawania lekarzom w trakcie specjalizacji pozwoleń na wykonywanie czynności z upływem czasu w ramach harmonogramu szkolenia (przykład patrz tabela 2). Lekarz w trakcie specjalizacji oraz komisja ds. kompetencji powinni wielokrotnie oceniać postępy lekarza w trakcie specjalizacji w czasie w celu zapewnienia zgodności z harmonogramem. Symbol „X" w tabeli oznacza rok, w którym należy przyznać pełną zgodę na wykonywanie czynności zawodowej.

Tabela 2: Przykład harmonogramu szkolenia w celu uzyskania pozwoleń na wykonywanie czynności z upływem czasu.

Zagnieżdżone EPA w ramach jednego zagadnienia (nadrzędne EPA)	**Rok 1**	**Rok 2**	**Rok 3**	**Rok 4**
Leczenie przedwczesnych skurczy oraz indukcja dojrzewania płuc	x			
Asysta przy porodzie przedwczesnym	x			
Asysta przy porodzie niepowikłanym	x			
Postępowanie w porodzie z cięciem cesarskim w wywiadzie lub bólem okołoporodowym	x			
Asysta przy porodzie pośladkowym (co najmniej w warunkach symulacji)			x	

Asysta przy porodzie pochwowym w przypadku ciąży wielopłodowej			x	
Wszystkie manewry stosowane w przypadku dystocji, w tym dystocji barkowej		x		
Prowadzenie porodu pochwowego z zastosowaniem próżnociągu		x		
Prowadzenie porodu z zastosowaniem kleszczy (co najmniej w warunkach symulacji)		x		
Wykonanie planowego cięcia cesarskiego		x		
Wykonanie cięcia cesarskiego w sytuacji nagłej		x		
Wykonanie ponownego cięcia cesarskiego lub cięcia cesarskiego u pacjentki otyłej			x	
Wykonanie ręcznego usunięcia łożyska			x	

Dyplom

Po zatwierdzeniu wszystkich EPA i zakończeniu szkolenia odpowiednio udokumentowane portfolio można przedstawić standardowej komisji ds. szkoleń i oceny (ang. Standard Committee for Training and Assessment, SCTA) przy EBCOG, aby uzyskać dyplom wydany przez EBCOG. Dyplom potwierdza, że ginekolog przeszedł przeszkolenie i otrzymał zgodę na wykonywanie czynności zawodowych zgodnie z europejskimi normami. Dyplom zostanie podpisany przez przewodniczącego SCTA i prezesa EBCOG.

Piśmiennictwo

1. Viewpoint: Competency-Based Postgraduate Training: Can We Bridge the Gap between Theory and Clinical Practice? O ten Cate, F Scheele. Academic Medicine 2007:82 (6), 542-547
2. The assessment of professional competence: building blocks for theory development. CPM Van der Vleuten, LWT Schuwirth, F Scheele, EW Driessen, B Hodges. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology 2010:24 (6), 703-719
3. Billett, S. (2010). Learning through practice: models, traditions, orientations and approaches [Electronic version]. In S. Billett (Ed.), *Professional and practice-based learning* (pp. 1–20). Dordrecht: Springer. Retrieved December 20, 2013
4. Managing risks and benefits: key issues in entrustment decisions. Ten Cate O. Med Educ. 2017 Sep; 51(9):879-881.
5. From aggregation to interpretation: how assessors judge complex data in a competency-based portfolio. Oudkerk Pool A, Govaerts MJB, Jaarsma DADC, Driessen EW. Adv Health Sci Educ Theory Pract. 2017 Oct 14. doi: 10.1007/s10459-017-9793-y. [Epub ahead of print]
6. Do portfolios have a future? Driessen E. Adv Health Sci Educ Theory Pract. 2017 Mar;22(1):221-228.
7. Assessment of competence and progressive independence in postgraduate clinical training. MGK Dijksterhuis, M Voorhuis, PW Teunissen, LWT Schuwirth, OTJ Ten Cate, DDM Braat, F Scheele. Medical education 2009:43 (12), 1156-1165

Załącznik 1: przykłady narzędzi oceny formalnej w klinicznym miejscu pracy

Przedstawione formularze oceny są dokumentami sugerowanymi; można stosować inne formularze, których elementy są porównywalne.

1. Formularz bezpośredniej obserwacji w praktyce klinicznej

2. Opinia z wielu źródeł/formularz obserwacji 360-stopniowej

3. Formularz OSAT

4. Mini-CEX

Bezpośrednia obserwacja w praktyce klinicznej

Imię i nazwisko lekarza w trakcie specjalizacji:
Data:

Imię i nazwisko osoby nadzorującej:
Podpis osoby nadzorującej:

Czynność zawodowa:
Podpis lekarza w trakcie specjalizacji:

Lekarz w trakcie specjalizacji charakteryzował się wiedzą medyczną w następujący sposób:

1 Czynność wykonuje osoba nadzorująca, lekarz w trakcie specjalizacji obserwuje	***2 Osoba nadzorująca słownie prowadzi lekarza w trakcie specjalizacji przez kolejne etapy czynności***	***3 Osoba nadzorująca interweniuje incydentalnie***	***4 Osoba nadzorująca może być obecna na wszelki wypadek***	***5 Osoba nadzorująca nie musi być obecna***

Mocne strony:	
Elementy wymagające poprawy:	

Wystarczy skupić się na jednym lub dwóch elementach dla każdej obserwacji

Opieka skoncentrowana na pacjentce

Działania | ***nie spełniły*** | ***spełniły*** | ***przekroczyły*** | oczekiwania

Mocne strony:	
Elementy wymagające poprawy:	

Praca zespołowa

Działania | ***nie spełniły*** | ***spełniły*** | ***przekroczyły*** | oczekiwania

Mocne strony:	

Elementy wymagające poprawy:	

Praktyka systemowa

Działania | ***nie spełniły*** | ***spełniły*** | ***przekroczyły*** | oczekiwania

Mocne strony:	
Elementy wymagające poprawy:	

Rozwój osobisty i zawodowy

Działania | ***nie spełniły*** | ***spełniły*** | ***przekroczyły*** | oczekiwania

Mocne strony:	
Elementy wymagające poprawy:	

Odniesienie do punktu „Kompetencje ogólne i umiejętności miękkie" w programie w celu wydania opinii:

Opieka skoncentrowana na pacjentce

- Postrzeganie pacjentki w perspektywie holistycznej, szacunek dla różnorodności i zapewnianie zindywidualizowanej opieki
- Nawiązanie komunikacji pełnej szacunku i empatii, aktywne słuchanie z zamiarem osiągnięcia obustronnej pewności i zaufania
- Zapewnienie motywacji i uzyskanie świadomej zgody pacjentki, wpływające korzystnie na równowagę pomiędzy zaleceniami opartymi na dowodach a preferencjami pacjentki w zakresie procesu wspólnego podejmowania decyzji
- Wykazanie przywództwa, aby zapewnić bezpieczeństwo i ciągłość opieki nad pacjentką
- Praca zgodna ze standardami etycznymi oraz powszechnymi prawami człowieka dotyczącymi kobiet

Praca zespołowa

- Pełna szacunku współpraca z innymi członkami fachowego personelu medycznego, takimi jak pielęgniarki i położne, oraz wkład w tworzenie bezpiecznego i konstruktywnego środowiska pracy
- Ułatwianie interdyscyplinarnego podejmowania decyzji, uznając i polegając na doświadczeniu innych
- Skupienie się na działaniu zespołu, zachowując jednocześnie standardy opieki i przestrzegając przepisów
- Wykazywanie się przywództwem, zwłaszcza w sytuacjach krytycznych

Praktyka systemowa

- Poznanie i wydajna praca w organizacji systemu ochrony zdrowia, w tym jej systemu prawnego
- Poznanie i dostosowanie się do różnorodności, rozwoju i innowacji
- Praca zgodnie z wytycznymi i standardami opieki oraz stosowanie systemów bezpieczeństwa pacjentek
- Zbilansowanie rezultatów i kosztów związanych z pacjentką
- Triaż i ustalanie zadań priorytetowych z uwzględnieniem dostępnych zasobów
- Zapewnienie poufności i komfortu pacjentki w zakresie świadczenia opieki, warunków i kontekstu

Rozwój osobisty i zawodowy

- Uczenie się przez całe życie i służenie wzorem
- Zbilansowanie pracy i życia prywatnego
- Uznanie osobistych kompetencji i ograniczeń
- Dawanie, poszukiwanie i akceptowanie opinii, zastanowienie nad nimi i wykorzystanie ich do samodoskonalenia
- Ciągła poprawa w zakresie empatycznego słuchania, a także skutecznej i jednoznacznej komunikacji
- Wkład w postępy opieki zdrowotnej poprzez badania, kształcenie oraz ułatwianie wprowadzania innowacji

** Jak opisano w punkcie „Kompetencje ogólne i umiejętności miękkie" w programie*

Obserwacja 360-stopniowa (opinia z wielu źródeł)

Pod nadzorem komisji ds. kompetencji należy zebrać co najmniej 10 formularzy od personelu medycznego, położnych, pielęgniarek i personelu administracyjnego, a następnie połączyć informacje.

Imię i nazwisko lekarza w trakcie specjalizacji:

Data:

Imię i nazwisko osoby nadzorującej:

Podpis osoby nadzorującej:

Czynność zawodowa:

Podpis lekarza w trakcie specjalizacji:

Prosimy o wyrażenie swojej opinii na temat tego lekarza w trakcie specjalizacji. Nie należy udzielać odpowiedzi, jeśli jest ona nieznana. Można swobodnie dodawać wyjaśnienia.

Lekarz w trakcie specjalizacji posiada wiedzę medyczną:

Działania	***nie spełniły***	***spełniły***	***przekroczyły***	oczekiwania

Mocne strony:	
Elementy wymagające poprawy:	

Zaobserwowano wykonywanie przez lekarza w trakcie specjalizacji działań zgodnie z zasadami „opieki skoncentrowanej na pacjentce"

Działania	***nie spełniły***	***spełniły***	***przekroczyły***	oczekiwania

Mocne strony:	
Elementy wymagające poprawy:	

Zaobserwowano u tego lekarza w trakcie specjalizacji „pracę zespołową"

Działania	***nie spełniły***	***spełniły***	***przekroczyły***	oczekiwania

Mocne strony:	

Elementy wymagające poprawy:	

Zaobserwowano u tego lekarza w trakcie specjalizacji działania zgodne z „praktyką systemową"

Działania	***nie spełniły***	***spełniły***	***przekroczyły***	oczekiwania

Mocne strony:	
Elementy wymagające poprawy:	

Zaobserwowano u tego lekarza w trakcie specjalizacji „rozwój osobisty i zawodowy"

Działania	***nie spełniły***	***spełniły***	***przekroczyły***	oczekiwania

Mocne strony:	
Elementy wymagające poprawy:	

Odniesienie do punktu „Kompetencje ogólne i umiejętności miękkie" w programie w celu wydania opinii:

Opieka skoncentrowana na pacjentce

- Postrzeganie pacjentki w perspektywie holistycznej, szacunek dla różnorodności i zapewnianie zindywidualizowanej opieki
- Nawiązanie komunikacji pełnej szacunku i empatii, aktywne słuchanie z zamiarem osiągnięcia obustronnej pewności i zaufania
- Zapewnienie motywacji i uzyskanie świadomej zgody pacjentki, wpływające korzystnie na równowagę pomiędzy zaleceniami opartymi na dowodach a preferencjami pacjentki w zakresie procesu wspólnego podejmowania decyzji
- Wykazanie przywództwa, aby zapewnić bezpieczeństwo i ciągłość opieki nad pacjentką
- Praca zgodna ze standardami etycznymi oraz powszechnymi prawami człowieka dotyczącymi kobiet

Praca zespołowa

- Pełna szacunku współpraca z innymi członkami fachowego personelu medycznego, takimi jak pielęgniarki i położne, oraz wkład w tworzenie bezpiecznego i konstruktywnego środowiska pracy
- Ułatwianie interdyscyplinarnego podejmowania decyzji, uznając i polegając na doświadczeniu innych
- Skupienie się na działaniu zespołu, zachowując jednocześnie standardy opieki i przestrzegając przepisów
- Wykazywanie się przywództwem, zwłaszcza w sytuacjach krytycznych

Praktyka systemowa

- Poznanie i wydajna praca w organizacji systemu ochrony zdrowia, w tym jej systemu prawnego
- Poznanie i dostosowanie się do różnorodności, rozwoju i innowacji
- Praca zgodnie z wytycznymi i standardami opieki oraz stosowanie systemów bezpieczeństwa pacjentek
- Zbilansowanie rezultatów i kosztów związanych z pacjentką
- Triaż i ustalanie zadań priorytetowych z uwzględnieniem dostępnych zasobów

- Zapewnienie poufności i komfortu pacjentki w zakresie świadczenia opieki, warunków i kontekstu

Rozwój osobisty i zawodowy

- Uczenie się przez całe życie i służenie wzorem
- Zbilansowanie pracy i życia prywatnego
- Uznanie osobistych kompetencji i ograniczeń
- Dawanie, poszukiwanie i akceptowanie opinii, zastanowienie nad nimi i wykorzystanie ich do samodoskonalenia
- Ciągła poprawa w zakresie empatycznego słuchania, a także skutecznej i jednoznacznej komunikacji
- Wkład w postępy opieki zdrowotnej poprzez badania, kształcenie oraz ułatwianie wprowadzania innowacji

OSAT procedury chirurgicznej

Imię i nazwisko lekarza w trakcie specjalizacji: **Data:**

Imię i nazwisko osoby nadzorującej: **Podpis osoby nadzorującej:**

Czynność zawodowa: **Podpis lekarza w trakcie specjalizacji:**

Objective Structured Assessment of Technical Skills (OSATS): globalna skala oceny działań chirurgicznych*

Prosimy zakreślić liczbę odpowiadającą działaniom lekarza w trakcie specjalizacji w każdej kategorii, niezależnie od poziomu szkolenia

	1	2	3	4	5
Szacunek dla tkanki	Często stosował zbędny nacisk na tkankę lub spowodował uszkodzenia w wyniku nieprawidłowego korzystania z instrumentów		Ostrożnie manipulował tkanką, ale okazjonalnie doprowadził do niezamierzonego uszkodzenia		W sposób powtarzalny odpowiednio manipulował tkanką przy minimalnym uszkodzeniu
	1	2	3	4	5
Czas i ruchy	Wiele zbędnych ruchów		Wydajne wykorzystanie czasu/ruchów i pewna liczba ruchów zbędnych		Wyraźna ekonomia ruchu i maksymalna wydajność
	1	2	3	4	5
Wiedza i posługiwanie się instrumentami	Brak wiedzy na temat instrumentów		Kompetentne użytkowanie instrumentów, okazjonalnie sztywne lub niezdarne		Oczywista znajomość instrumentów
	1	2	3	4	5
Płynność działania	Często przerywał procedurę i wydawał się być niepewny kolejnego ruchu		Wykazał się pewnym planowaniem przy umiarkowanym postępie procedury		W widoczny sposób planował przebieg procedury i płynnie przechodził od jednego ruchu do kolejnego
	1	2	3	4	5
Korzystanie z asysty	W sposób powtarzalny nieprawidłowo rozmieszczał asystentów lub nie korzystał z nich		Prawidłowo korzystał z asysty przez większość czasu		Zawsze w strategiczny sposób korzystał z asysty, maksymalnie wykorzystując wsparcie
	1	2	3	4	5
Wiedza o konkretnej procedurze	Brak wiedzy Potrzebował szczegółowych instrukcji na większości etapów		Znał wszystkie ważne etapy procedury		Wykazał się znajomością wszystkich aspektów operacji

Działania | ***nie spełniły*** | ***spełniły*** | ***przekroczyły*** | oczekiwania

Mocne strony:	
Elementy wymagające poprawy:	

*= *na podstawie Hiemstra et al. J Can Chir 201*

Kliniczna ocena ćwiczenia dotyczącego konsultacji pacjentki (ang. mini clinical evaluation exercise of a patient consultation, mini-CEX)

Imię i nazwisko lekarza w trakcie specjalizacji: **Data:**

Imię i nazwisko osoby nadzorującej: **Podpis osoby nadzorującej:**

Czynność zawodowa: **Podpis lekarza w trakcie specjalizacji:**

Mini-CEX dotyczy klinicznej oceny ćwiczenia polegającego na obserwacji lekarza w trakcie specjalizacji przez osobę nadzorującą w sytuacji bezpośredniego kontaktu z pacjentką. Osoba nadzorująca wyraża opinię na temat interakcji lekarza w trakcie specjalizacji z pacjentką, w sposób ogólny ocenia działanie lekarza w trakcie specjalizacji w kilku domenach (można wybrać część domen) oraz opisuje modyfikacje niezbędne w celu prawidłowego wykonania zadania.
Opinia dotyczy wyłącznie obserwowanych domen. Przed rozpoczęciem ćwiczenia osoba nadzorująca i lekarz w trakcie specjalizacji omawiają, które domeny będą oceniane w danej sytuacji.

Zbieranie wywiadu chorobowego

Działania	***nie spełniły***	***spełniły***	***przekroczyły***	oczekiwania

Należy zwrócić uwagę na kompetencje ogólne i umiejętności miękkie:*

- *Postrzeganie pacjentki w perspektywie holistycznej, szacunek dla różnorodności i zapewnianie zindywidualizowanej opieki*
- *Nawiązanie komunikacji pełnej szacunku i empatii, aktywne słuchanie z zamiarem osiągnięcia obustronnej pewności i zaufania*

Mocne strony:	
Elementy wymagające poprawy:	

Badanie fizykalne

Działania	***nie spełniły***	***spełniły***	***przekroczyły***	oczekiwania

Należy zwrócić uwagę na kompetencje ogólne i umiejętności miękkie:*

- *Nawiązanie komunikacji pełnej szacunku i empatii*
- *Zapewnienie poufności i komfortu pacjentki w zakresie świadczenia opieki w kontekście lekarza, warunków i kontekstu*

Mocne strony:	
Elementy wymagające poprawy:	

Podejmowanie świadomej zgody/poradnictwo

Działania	***nie spełniły***	***spełniły***	***przekroczyły***	oczekiwania

Należy zwrócić uwagę na kompetencje ogólne i umiejętności miękkie:*

- *Nawiązanie komunikacji pełnej szacunku i empatii, aktywne słuchanie z zamiarem osiągnięcia obustronnej pewności i zaufania*
- *Zapewnienie motywacji i świadomej zgody pacjentki, wpływające korzystnie na równowagę pomiędzy zaleceniami opartymi na dowodach oraz preferencjami pacjentki w zakresie procesu wspólnego podejmowania decyzji*

Mocne strony:	
Elementy wymagające poprawy:	

Ocena kliniczna/wnioskowanie

Działania	***nie spełniły***	***spełniły***	***przekroczyły***	oczekiwania

Należy zwrócić uwagę na kompetencje ogólne i umiejętności miękkie:*

- *Postrzeganie pacjentki w perspektywie holistycznej, szacunek dla różnorodności i zapewnianie zindywidualizowanej opieki*
- *Ułatwianie interdyscyplinarnego podejmowania decyzji, uznając i polegając na doświadczeniu innych*
- *Praca zgodnie z wytycznymi i standardami opieki oraz stosowanie systemów bezpieczeństwa pacjentek*

Mocne strony:	
Elementy wymagające poprawy:	

Profesjonalizm

Działania	***nie spełniły***	***spełniły***	***przekroczyły***	oczekiwania

Należy zwrócić uwagę na kompetencje ogólne i umiejętności miękkie:*

- *Wykazanie przywództwa, aby zapewnić bezpieczeństwo i ciągłość opieki nad pacjentką, także w sytuacjach krytycznych*
- *Praca zgodna ze standardami etycznymi oraz powszechnymi prawami człowieka dotyczącymi kobiet*
- *Zapewnienie poufności i komfortu pacjentki w zakresie świadczenia opieki w kontekście lekarza, warunków i kontekstu*
- *Uznanie osobistych kompetencji i ograniczeń*
- *Zbilansowanie rezultatów i kosztów związanych z pacjentką*

Mocne strony:	
Elementy wymagające poprawy:	

Organizacja/wydajność

Działania	***nie spełniły***	***spełniły***	***przekroczyły***	oczekiwania

Należy zwrócić uwagę na kompetencje ogólne i umiejętności miękkie:*

- *Pełna szacunku współpraca z innymi członkami fachowego personelu medycznego, takimi jak pielęgniarki i położne, oraz wkład w tworzenie bezpiecznego i konstruktywnego środowiska pracy*
- *Triaż i ustalanie zadań priorytetowych z uwzględnieniem dostępnych zasobów*

Mocne strony:	
Elementy wymagające poprawy:	

** Jak opisano w punkcie „Kompetencje ogólne i umiejętności miękkie" w programie*

Załącznik 2: przykładowe portfolio

Portfolio pełni przede wszystkim rolę dokumentu potwierdzającego proces wydania pozwolenia na wykonywanie czynności zawodowych przez każdego lekarza w trakcie specjalizacji. Zawiera ono wykaz osiągnięć lekarza w trakcie specjalizacji zarówno w placówce kształcącej, jak i innych placówkach, potencjalnie w innych krajach, które mogą później rozważać zatrudnienie lekarza w trakcie specjalizacji. W związku z tym portfolio powinno być dokumentem uznawanym na całym świecie.

Decyzje w portfolio dotyczące wydania pozwolenia na wykonywanie czynności

Portfolio gromadzi lekarz w trakcie specjalizacji, jednak decyzje dotyczące wydania pozwolenia na wykonywanie czynności podejmuje komisja ds. kompetencji. Dla każdej dozwolonej czynności zawodowej (ang. Entrusted Professional Activity, EPA) portfolio powinno wskazywać trzy źródła, które doprowadziły do wydania decyzji:

A. Doświadczenia związane z kształceniem
B. Ocena w celu przyznania zgody na wykonywanie czynności
C. Profesjonalne wrażenia komisji ds. kompetencji

Te trzy źródła zostały opisane bardziej szczegółowo w części programu EBCOG-PACT dotyczącej pozwolenia na wykonywanie czynności.

Zagadnienia

Program podstawowy obejmuje dziesięć zagadnień. Każde zagadnienie odpowiada jednej nadrzędnej EPA i składa się z wielu mniejszych czynności zawodowych nazywanych „zagnieżdżonymi EPA".

1. Ogólna wiedza i umiejętności medyczne
2. Opieka prenatalna
3. Opieka okołoporodowa i poporodowa
4. Łagodne schorzenia ginekologiczne
5. Medycyna rozrodu
6. Uroginekologia i dno miednicy
7. Stany przednowotworowe
8. Onkologia ginekologiczna
9. Ginekologia dziecięca i zdrowie seksualne
10. Choroby piersi

Dla każdego zagadnienia w portfolio należy odnotować wszystkie trzy źródła, a także zmiany poziomu kompetencji. Portfolio jest własnością lekarza w trakcie specjalizacji, który powinien dbać o jego aktualność. Jednakże komisja ds. kompetencji może rejestrować postępy każdego lekarza w trakcie specjalizacji w harmonogramie szkolenia. Kierownik programu oraz kadra kliniczna ponoszą odpowiedzialność za optymalne ułatwienie możliwości szkoleniowych, ocen, dyskusji i oceny planu rozwoju osobistego oraz na koniec za decyzje dotyczące wydania pozwolenia na wykonywanie czynności.

Jak uzyskać pozwolenie na wykonywanie czynności na podstawie portfolio:

1. Lekarz w trakcie specjalizacji wnioskuje o wydanie pozwolenia na wykonywanie określonej czynności zawodowej i przygotowuje portfolio.
2. Wniosek lekarza w trakcie specjalizacji jest omawiany przez komisję ds. kompetencji
3. a. Jeśli komisja ds. kompetencji jest niezdecydowana co do osiągniętego poziomu kompetencji, zbierane są dalsze informacje na temat postępów lekarza w trakcie specjalizacji, a moment podjęcia decyzji zostaje odłożony.

   b. Jeśli komisja ds. kompetencji jest zgodna, do decyzji zostaje dołączone pisemne uzasadnienie (do dołączenia do portfolio) i możliwość wykonywania danej czynności zostaje zatwierdzona.

Na kolejnych stronach przedstawiono przykładowe portfolio opisujące trzy źródła szkolenia dla zagadnienia (a więc EPA). Przykład spełnia minimalne wymagania dla portfolio. W rzeczywistości portfolio można rozszerzyć według potrzeb lub zgodnie z lokalnymi wymaganiami.

1. Ogólna wiedza i umiejętności medyczne — przykładowe portfolio

A. Doświadczenia związane z kształceniem
- Oddziały
- Poradnie
- Kursy
- Symulacje, np. umiejętności w zakresie komunikacji
- Odzwierciedlenie postępu szkolenia
- Plan rozwoju osobistego

B. Ocena w celu przyznania zgody na wykonywanie czynności
- Sprawdzenie wiedzy: Egzamin europejski (lub egzamin państwowy)
- Egzamin symulacyjny
- Bezpośrednia obserwacja w praktyce
- Opinia z wielu źródeł
- OSATS

C. Komisja ds. kompetencji
- W procesie wydawania decyzji o pozwoleniu na wykonywanie czynności komisja ds. kompetencji uwzględnia poczynione w miejscu pracy obserwacje dotyczące relacji uczeń — nauczyciel.
- Komisja ds. kompetencji określa poziom kompetencji osiągnięty przez lekarza w trakcie specjalizacji.
- Komisja ds. kompetencji określa, czy postępy lekarza w trakcie specjalizacji są zgodne z oczekiwanymi w odniesieniu do harmonogramu szkolenia.
- Komisja ds. kompetencji sporządza krótką odpowiedź na wniosek lekarza w trakcie specjalizacji o wydanie pozwolenia na wykonywanie czynności, która razem z refleksją lekarza w trakcie specjalizacji jest umieszczana w portfolio.
- Kiedy lekarz w trakcie specjalizacji osiągnie najwyższy poziom kompetencji dla wszystkich zagnieżdżonych EPA w ramach EPA dla jednego zagadnienia, komisja ds. kompetencji może wydać zgodę dotyczącą EPA dla jednego zagadnienia.

Etapy osiągnięcia EPA:	**W toku**	**W toku**	**W toku**	**Osiągnięty**	**Osiągnięty**
Poziom kompetencji: **Czynność (program podstawowy)**	***1*** ***Czynność wykonuje osoba nadzorująca, lekarz w trakcie specjalizacji obserwuje***	***2*** ***Osoba nadzorująca słownie prowadzi lekarza w trakcie specjalizacji przez kolejne etapy czynności***	***3*** ***Osoba nadzorująca interweniuje incydentalnie***	***4*** ***Osoba nadzorująca może być obecna na wszelki wypadek***	***5*** ***Osoba nadzorująca nie musi być obecna***
Zbieranie wywiadu chorobowego i wykonywanie badania fizykalnego					
Zlecanie odpowiednich dodatkowych badań diagnostycznych					
Prowadzenie oddziału					
Wykonywanie podstawowych interwencji terapeutycznych					
Leczenie dolegliwości bólowych					
Rozpoznawanie i triaż ciężko chorych pacjentek					
Odpowiednia komunikacja oraz wspólne podejmowanie decyzji i świadoma zgoda					
Odpowiednie dokumentowanie danych pacjentki					

Podstawowa opieka okołooperacyjna					
Wykazywanie zrozumienia w zakresie seksuologii					
Wykazywanie zrozumienia w zakresie biospołecznych aspektów schorzeń położniczych i ginekologicznych					
Wykazywanie zrozumienia dla osłabionych kobiet w podeszłym wieku z wieloma chorobami współistniejącymi i polipragmazją					

Zatwierdzenie EPA

Imię i nazwisko	
Szpital	
Adres	
Numer telefonu	
Adres e-mail	
Podpis	

2. Opieka prenatalna — przykładowe portfolio

A. Doświadczenia związane z kształceniem
- Oddziały
- Poradnie
- Kursy
- Symulacje, np. umiejętności w zakresie komunikacji
- Odzwierciedlenie postępu szkolenia
- Plan rozwoju osobistego

B. Ocena w celu przyznania zgody na wykonywanie czynności
- Sprawdzenie wiedzy: Egzamin europejski (lub egzamin państwowy)
- Egzamin symulacyjny
- Bezpośrednia obserwacja w praktyce
- Opinia z wielu źródeł
- OSATS

C. Komisja ds. kompetencji
- W procesie wydawania decyzji o pozwoleniu na wykonywanie czynności komisja ds. kompetencji uwzględnia poczynione w miejscu pracy obserwacje dotyczące relacji uczeń — nauczyciel.
- Komisja ds. kompetencji określa poziom kompetencji osiągnięty przez lekarza w trakcie specjalizacji.
- Komisja ds. kompetencji określa, czy postępy lekarza w trakcie specjalizacji są zgodne z oczekiwanymi w odniesieniu do harmonogramu szkolenia.
- Komisja ds. kompetencji sporządza krótką odpowiedź na wniosek lekarza w trakcie specjalizacji o wydanie pozwolenia na wykonywanie czynności, która razem z refleksją lekarza w trakcie specjalizacji jest umieszczana w portfolio.
- Kiedy lekarz w trakcie specjalizacji osiągnie najwyższy poziom kompetencji dla wszystkich zagnieżdżonych EPA w ramach EPA dla jednego zagadnienia, komisja ds. kompetencji może wydać zgodę dotyczącą EPA dla jednego zagadnienia.

Etapy osiągnięcia EPA:	**W toku**	**W toku**	**W toku**	**Osiągnięty**	**Osiągnięty**
Poziom kompetencji: **Czynność (program podstawowy)**	***1*** ***Czynność wykonuje osoba nadzorująca, lekarz w trakcie specjalizacji obserwuje***	***2*** ***Osoba nadzorująca słownie prowadzi lekarza w trakcie specjalizacji przez kolejne etapy czynności***	***3*** ***Osoba nadzorująca interweniuje incydentalnie***	***4*** ***Osoba nadzorująca może być obecna na wszelki wypadek***	***5*** ***Osoba nadzorująca nie musi być obecna***
Wykonywanie USG przezpochwowego w celu określenia żywotności zarodka/płodu, wieku i lokalizacji ciąży					
Wykonywanie USG przezpochwowego w celu określenia ciąży jedno- lub wielopłodowej i liczby łożysk					
Wykonywanie USG przezpochwowego w celu określenia długości szyjki macicy					
Wykonywanie USG w celu rozpoznania nieprawidłowego położenia					
Wykonywanie biometrii płodu i pomiaru płynu owodniowego					
Pomiar przepływu w tętnicy pępowinowej metodą					

Dopplera					
Przekazywanie informacji i porady dotyczącej rozpoznania i jego konsekwencji w zakresie najważniejszych problemów związanych z ciążą					
Zachowawcze leczenie większości problemów we wczesnej ciąży					
Zachowawcze leczenie większości problemów w średnio zaawansowanej i późnej ciąży					

Zatwierdzenie EPA

Imię i nazwisko	
Szpital	
Adres	
Numer telefonu	
Adres e-mail	
Podpis	

3. Opieka okołoporodowa i poporodowa — przykładowe portfolio

A. Doświadczenia związane z kształceniem
- Oddziały
- Poradnie
- Kursy
- Symulacje, np. umiejętności w zakresie komunikacji
- Odzwierciedlenie postępu szkolenia
- Plan rozwoju osobistego

B. Ocena w celu przyznania zgody na wykonywanie czynności
- Sprawdzenie wiedzy: Egzamin europejski (lub egzamin państwowy)
- Egzamin symulacyjny
- Bezpośrednia obserwacja w praktyce
- Opinia z wielu źródeł
- OSATS

C. Komisja ds. kompetencji
- W procesie wydawania decyzji o pozwoleniu na wykonywanie czynności komisja ds. kompetencji uwzględnia poczynione w miejscu pracy obserwacje dotyczące relacji uczeń — nauczyciel.
- Komisja ds. kompetencji określa poziom kompetencji osiągnięty przez lekarza w trakcie specjalizacji.
- Komisja ds. kompetencji określa, czy postępy lekarza w trakcie specjalizacji są zgodne z oczekiwanymi w odniesieniu do harmonogramu szkolenia.
- Komisja ds. kompetencji sporządza krótką odpowiedź na wniosek lekarza w trakcie specjalizacji o wydanie pozwolenia na wykonywanie czynności, która razem z refleksją lekarza w trakcie specjalizacji jest umieszczana w portfolio.
- Kiedy lekarz w trakcie specjalizacji osiągnie najwyższy poziom kompetencji dla wszystkich zagnieżdżonych EPA w ramach EPA dla jednego zagadnienia, komisja ds. kompetencji może wydać zgodę dotyczącą EPA dla jednego zagadnienia.

Etapy osiągnięcia EPA:	**W toku**	**W toku**	**W toku**	**Osiągnięty**	**Osiągnięty**
Poziom kompetencji: **Czynność (program podstawowy)**	***1*** ***Czynność wykonuje osoba nadzorująca, lekarz w trakcie specjalizacji obserwuje***	***2*** ***Osoba nadzorująca słownie prowadzi lekarza w trakcie specjalizacji przez kolejne etapy czynności***	***3*** ***Osoba nadzorująca interweniuje incydentalnie***	***4*** ***Osoba nadzorująca może być obecna na wszelki wypadek***	***5*** ***Osoba nadzorująca nie musi być obecna***
Leczenie przedwczesnych skurczy oraz indukcja dojrzewania płuc					
Asysta przy porodzie przedwczesnym					
Asysta przy porodzie niepowikłanym					
Ustalanie prawdopodobieństwa porodu					
Wykonywanie zapisu KTG					
Wykonywanie pobierania próbki krwi ze skóry głowy płodu (co najmniej w warunkach symulacji)					
Postępowanie w przypadku braku postępu porodu					
Postępowanie w przypadku płynu owodniowego zabarwionego smółką					
Postępowanie w przypadku gorączki śródporodowej					

Postępowanie w porodzie z cięciem cesarskim w wywiadzie lub bólem okołoporodowym					
Asysta przy porodzie pośladkowym (co najmniej w warunkach symulacji)					
Asysta przy porodzie pochwowym w przypadku ciąży wielopłodowej					
Wszystkie manewry stosowane w przypadku dystocji, w tym dystocji barkowej					
Prowadzenie porodu pochwowego z użyciem próżnociągu					
Prowadzenie porodu z użyciem kleszczy (co najmniej w warunkach symulacji)					
Wykonanie planowego cięcia cesarskiego					
Wykonanie cięcia cesarskiego w sytuacji nagłej					
Wykonanie ponownego cięcia cesarskiego lub cięcia cesarskiego u pacjentki otyłej					
Leczenie poporodowego zapalenia sutka (z ropniem), zatrzymania moczu i procesu zakrzepowo-zatorowego					
Farmakoterapia krwotoku poporodowego					
Wykonanie ręcznego usunięcia łożyska					
Wykonywanie wewnątrzmacicznej tamponady balonowej, co najmniej w warunkach symulacji, chirurgicznej kompresji macicy atonicznej (szew B-Lyncha), rewersji macicy i histerektomii brzusznej					
Określanie wskazań do embolizacji tętniczej w związku z krwotokiem poporodowym					
Zszycie rany po nacięciu krocza i pęknięcia krocza 1. i 2. stopnia					
Zszycie pęknięcia krocza 3. stopnia oraz co najmniej w warunkach symulacji pęknięcia krocza 4. stopnia					
Wykonywanie odbarczenia krwiaka sromu					
Wykonywanie właściwej resuscytacji noworodka w ciągu pierwszych 10 minut po porodzie (w oczekiwaniu na pediatrę), co najmniej w warunkach symulacji					

Zatwierdzenie EPA

Imię i nazwisko	
Szpital	
Adres	
Numer telefonu	
Adres e-mail	
Podpis	

4. Łagodne schorzenia ginekologiczne — przykładowe portfolio

A. Doświadczenia związane z kształceniem
- Oddziały
- Poradnie
- Kursy
- Symulacje, np. umiejętności w zakresie komunikacji
- Odzwierciedlenie postępu szkolenia
- Plan rozwoju osobistego

B. Ocena w celu przyznania zgody na wykonywanie czynności
- Sprawdzenie wiedzy: Egzamin europejski (lub egzamin państwowy)
- Egzamin symulacyjny
- Bezpośrednia obserwacja w praktyce
- Opinia z wielu źródeł
- OSATS

C. Komisja ds. kompetencji
- W procesie wydawania decyzji o pozwoleniu na wykonywanie czynności komisja ds. kompetencji uwzględnia poczynione w miejscu pracy obserwacje dotyczące relacji uczeń — nauczyciel.
- Komisja ds. kompetencji określa poziom kompetencji osiągnięty przez lekarza w trakcie specjalizacji.
- Komisja ds. kompetencji określa, czy postępy lekarza w trakcie specjalizacji są zgodne z oczekiwanymi w odniesieniu do harmonogramu szkolenia.
- Komisja ds. kompetencji sporządza krótką odpowiedź na wniosek lekarza w trakcie specjalizacji o wydanie pozwolenia na wykonywanie czynności, która razem z refleksją lekarza w trakcie specjalizacji jest umieszczana w portfolio.
- Kiedy lekarz w trakcie specjalizacji osiągnie najwyższy poziom kompetencji dla wszystkich zagnieżdżonych EPA w ramach EPA dla jednego zagadnienia, komisja ds. kompetencji może wydać zgodę dotyczącą EPA dla jednego zagadnienia.

Etapy osiągnięcia EPA:	**W toku**	**W toku**	**W toku**	**Osiągnięty**	**Osiągnięty**
Poziom kompetencji: **Czynność (program podstawowy)**	***1*** ***Czynność wykonuje osoba nadzorująca, lekarz w trakcie specjalizacji obserwuje***	***2*** ***Osoba nadzorująca słownie prowadzi lekarza w trakcie specjalizacji przez kolejne etapy czynności***	***3*** ***Osoba nadzorująca interweniuje incydentalnie***	***4*** ***Osoba nadzorująca może być obecna na wszelki wypadek***	***5*** ***Osoba nadzorująca nie musi być obecna***
Wykonywanie biopsji gruboigłowej w znieczuleniu miejscowym					
Wykonywanie USG przezpochwowego w celu uzyskania ogólnego obrazu macicy i przydatków					
Wykonywanie USG przezpochwowego w celu rozpoznania nieprawidłowości wewnątrzmacicznych					
Wykonywanie USG przezpochwowego w celu rozpoznania nieprawidłowości przydatków					
Antykoncepcja u zdrowych osób dorosłych, w tym założenie IUD					
Antykoncepcja u pacjentki z problemem natury zdrowotnej lub chorobą współistniejącą					

Poradnictwo w przypadku kłykcin sromu					
Poradnictwo i leczenie endometriozy					
Poradnictwo i leczenie włókniaków					
Poradnictwo i leczenie stanów patologicznych przydatków					
Poradnictwo w przypadku ropnia jajowodu i jajnika					
Poradnictwo i farmakoterapia obfitego miesiączkowania i bolesnego miesiączkowania					
Poradnictwo i leczenie w przypadku nieprawidłowego krwawienia z macicy					
Poradnictwo i leczenie w przypadku chorób przenoszonych drogą płciową oraz chorób zapalnych narządów miednicy					
Poradnictwo i leczenie w przypadku wydzieliny z pochwy oraz zapalenia pochwy i sromu					
Poradnictwo i leczenie w przypadku bólu brzucha/miednicy					
Poradnictwo i leczenie w przypadku problemów dotyczących menopauzy					
Poradnictwo i leczenie w przypadku zespołu napięcia przedmiesiączkowego					
Poradnictwo i leczenie w przypadku torbieli gruczołu Bartholina i ropnia sromu					
Wykonywanie sterylizacji laparoskopowej					
Wykonywanie poszerzania i kiretażu za pomocą ssaka lub tępej kirety w przypadku poronienia oraz wiedza na temat terminacji średnio zaawansowanej ciąży					
Wykonywanie laparoskopowej aspiracji igłowej torbieli prostej					
Wykonywanie laparoskopowej elektrokoagulacji jajnika					
Wykonywanie prostej laparoskopowej cystektomii jajnika					
Wykonywanie salpingo-ooforektomii laparoskopowej					
Wykonywanie prostej laparoskopowej adhezjolizy					
Wykonywanie histeroskopowej resekcji polipa					
Wykonywanie histeroskopowej resekcji mięśniaka typu 0–1 (< 4 cm)					
Wykonywanie salpingo-ooforektomii laparotomijnej					
Wykonywanie laparotomijnej miomektomii mięśniaka podsurowiczego					
Wykonywanie laparotomii z minimalną adhezjolizą					

Zatwierdzenie EPA

Imię i nazwisko	
Szpital	
Adres	
Numer telefonu	
Adres e-mail	
Podpis	

5. Medycyna rozrodu — przykładowe portfolio

A. Doświadczenia związane z kształceniem
- Oddziały
- Poradnie
- Kursy
- Symulacje, np. umiejętności w zakresie komunikacji
- Odzwierciedlenie postępu szkolenia
- Plan rozwoju osobistego

B. Ocena w celu przyznania zgody na wykonywanie czynności
- Sprawdzenie wiedzy: Egzamin europejski (lub egzamin państwowy)
- Egzamin symulacyjny
- Bezpośrednia obserwacja w praktyce
- Opinia z wielu źródeł
- OSATS

C. Komisja ds. kompetencji
- W procesie wydawania decyzji o pozwoleniu na wykonywanie czynności komisja ds. kompetencji uwzględnia poczynione w miejscu pracy obserwacje dotyczące relacji uczeń — nauczyciel.
- Komisja ds. kompetencji określa poziom kompetencji osiągnięty przez lekarza w trakcie specjalizacji.
- Komisja ds. kompetencji określa, czy postępy lekarza w trakcie specjalizacji są zgodne z oczekiwanymi w odniesieniu do harmonogramu szkolenia.
- Komisja ds. kompetencji sporządza krótką odpowiedź na wniosek lekarza w trakcie specjalizacji o wydanie pozwolenia na wykonywanie czynności, która razem z refleksją lekarza w trakcie specjalizacji jest umieszczana w portfolio.
- Kiedy lekarz w trakcie specjalizacji osiągnie najwyższy poziom kompetencji dla wszystkich zagnieżdżonych EPA w ramach EPA dla jednego zagadnienia, komisja ds. kompetencji może wydać zgodę dotyczącą EPA dla jednego zagadnienia.

Etapy osiągnięcia EPA:	**W toku**	**W toku**	**W toku**	**Osiągnięty**	**Osiągnięty**
Poziom kompetencji: **Czynność (program podstawowy)**	***1*** ***Czynność wykonuje osoba nadzorująca, lekarz w trakcie specjalizacji obserwuje***	***2*** ***Osoba nadzorująca słownie prowadzi lekarza w trakcie specjalizacji przez kolejne etapy czynności***	***3*** ***Osoba nadzorująca interweniuje incydentalnie***	***4*** ***Osoba nadzorująca może być obecna na wszelki wypadek***	***5*** ***Osoba nadzorująca nie musi być obecna***
Ocena (obniżonej) płodności u mężczyzn i kobiet					
Poradnictwo dotyczące czynników prognostycznych ciąży ogółem					
Poradnictwo dotyczące prawdopodobieństwa utrzymania ciąży, poronienia spontanicznego oraz ciąży ektopowej związane z różnymi metodami leczenia niepłodności					
Poradnictwo dotyczące technik wspomaganego rozrodu (IUI, IVF, ICSI)					
Leczenie zaburzeń cyklu typu II według WHO-II; indukcja owulacji					
Wstępne (nagłe) leczenie OHSS					
Wykonywanie laparoskopii diagnostycznej z					

badaniem jajowodów					
Wykonywanie histeroskopii diagnostycznej z badaniem jajowodów					
Wykonywanie USG przezpochwowego ze zliczaniem pęcherzyków i pomiarami pęcherzyków					
Wykonywanie USG przezpochwowego z oceną pęcherzyków i płynu w jamie otrzewnej					

Zatwierdzenie EPA

Imię i nazwisko	
Szpital	
Adres	
Numer telefonu	
Adres e-mail	
Podpis	

6. Uroginekologia i dno miednicy — przykładowe portfolio

A. Doświadczenia związane z kształceniem
- Oddziały
- Poradnie
- Kursy
- Symulacje, np. umiejętności w zakresie komunikacji
- Odzwierciedlenie postępu szkolenia
- Plan rozwoju osobistego

B. Ocena w celu przyznania zgody na wykonywanie czynności
- Sprawdzenie wiedzy: Egzamin europejski (lub egzamin państwowy)
- Egzamin symulacyjny
- Bezpośrednia obserwacja w praktyce
- Opinia z wielu źródeł
- OSATS

C. Komisja ds. kompetencji
- W procesie wydawania decyzji o pozwoleniu na wykonywanie czynności komisja ds. kompetencji uwzględnia poczynione w miejscu pracy obserwacje dotyczące relacji uczeń — nauczyciel.
- Komisja ds. kompetencji określa poziom kompetencji osiągnięty przez lekarza w trakcie specjalizacji.
- Komisja ds. kompetencji określa, czy postępy lekarza w trakcie specjalizacji są zgodne z oczekiwanymi w odniesieniu do harmonogramu szkolenia.
- Komisja ds. kompetencji sporządza krótką odpowiedź na wniosek lekarza w trakcie specjalizacji o wydanie pozwolenia na wykonywanie czynności, która razem z refleksją lekarza w trakcie specjalizacji jest umieszczana w portfolio.
- Kiedy lekarz w trakcie specjalizacji osiągnie najwyższy poziom kompetencji dla wszystkich zagnieżdżonych EPA w ramach EPA dla jednego zagadnienia, komisja ds. kompetencji może wydać zgodę dotyczącą EPA dla jednego zagadnienia.

Etapy osiągnięcia EPA:	**W toku**	**W toku**	**W toku**	**Osiągnięty**	**Osiągnięty**
Poziom kompetencji: **Czynność (program podstawowy)**	***1*** ***Czynność wykonuje osoba nadzorująca, lekarz w trakcie specjalizacji obserwuje***	***2*** ***Osoba nadzorująca słownie prowadzi lekarza w trakcie specjalizacji przez kolejne etapy czynności***	***3*** ***Osoba nadzorująca interweniuje incydentalnie***	***4*** ***Osoba nadzorująca może być obecna na wszelki wypadek***	***5*** ***Osoba nadzorująca nie musi być obecna***
Kierowanie pacjentek z nietrzymaniem moczu wysiłkowym i/lub z parcia do fizjoterapeuty specjalizującego się w schorzeniach dna miednicy lub innego specjalisty					
Rozpoznawanie przetoki odbytniczo-pochwowej					
Poradnictwo dotyczące zabiegu naprawczego przedniego/tylnego odcinka pochwy					
Dopasowywanie pessara i dalsza opieka					
Wykonywanie kolpoklezy[1]					
Wykonywanie zabiegu naprawczego przedniego/tylnego odcinka pochwy					

Zatwierdzenie EPA

Imię i nazwisko	
Szpital	
Adres	
Numer telefonu	
Adres e-mail	
Podpis	

7. Stany przednowotworowe — przykładowe portfolio

A. Doświadczenia związane z kształceniem
- Oddziały
- Poradnie
- Kursy
- Symulacje, np. umiejętności w zakresie komunikacji
- Odzwierciedlenie postępu szkolenia
- Plan rozwoju osobistego

B. Oceny formalne
- Sprawdzenie wiedzy: Egzamin europejski (lub egzamin państwowy)
- Egzamin symulacyjny
- Bezpośrednia obserwacja w praktyce
- Opinia z wielu źródeł
- OSATS

C. Komisja ds. kompetencji
- W procesie wydawania decyzji o pozwoleniu na wykonywanie czynności komisja ds. kompetencji uwzględnia poczynione w miejscu pracy obserwacje dotyczące relacji uczeń — nauczyciel.
- Komisja ds. kompetencji określa poziom kompetencji osiągnięty przez lekarza w trakcie specjalizacji.
- Komisja ds. kompetencji określa, czy postępy lekarza w trakcie specjalizacji są zgodne z oczekiwanymi w odniesieniu do harmonogramu szkolenia.
- Komisja ds. kompetencji sporządza krótką odpowiedź na wniosek lekarza w trakcie specjalizacji o wydanie pozwolenia na wykonywanie czynności, która razem z refleksją lekarza w trakcie specjalizacji jest umieszczana w portfolio.
- Kiedy lekarz w trakcie specjalizacji osiągnie najwyższy poziom kompetencji dla wszystkich zagnieżdżonych EPA w ramach EPA dla jednego zagadnienia, komisja ds. kompetencji może wydać zgodę dotyczącą EPA dla jednego zagadnienia.

Etapy osiągnięcia EPA:	**W toku**	**W toku**	**W toku**	**Osiągnięty**	**Osiągnięty**
Poziom kompetencji: **Czynność (program podstawowy)**	***1*** ***Czynność wykonuje osoba nadzorująca, lekarz w trakcie specjalizacji obserwuje***	***2*** ***Osoba nadzorująca słownie prowadzi lekarza w trakcie specjalizacji przez kolejne etapy czynności***	***3*** ***Osoba nadzorująca interweniuje incydentalnie***	***4*** ***Osoba nadzorująca może być obecna na wszelki wypadek***	***5*** ***Osoba nadzorująca nie musi być obecna***
Wykonywanie badania przesiewowego szyjki macicy (cytologia)					
Wykonywanie kolposkopii					
Wykonywanie elektroresekcji szyjki macicy					

Zatwierdzenie EPA

Imię i nazwisko	
Szpital	
Adres	
Numer telefonu	
Adres e-mail	
Podpis	

8. Onkologia ginekologiczna — przykładowe portfolio

A. Doświadczenia związane z kształceniem
- Oddziały
- Poradnie
- Kursy
- Symulacje, np. umiejętności w zakresie komunikacji
- Odzwierciedlenie postępu szkolenia
- Plan rozwoju osobistego

B. Ocena w celu przyznania zgody na wykonywanie czynności
- Sprawdzenie wiedzy: Egzamin europejski (lub egzamin państwowy)
- Egzamin symulacyjny
- Bezpośrednia obserwacja w praktyce
- Opinia z wielu źródeł
- OSATS

C. Komisja ds. kompetencji
- W procesie wydawania decyzji o pozwoleniu na wykonywanie czynności komisja ds. kompetencji uwzględnia poczynione w miejscu pracy obserwacje dotyczące relacji uczeń — nauczyciel.
- Komisja ds. kompetencji określa poziom kompetencji osiągnięty przez lekarza w trakcie specjalizacji.
- Komisja ds. kompetencji określa, czy postępy lekarza w trakcie specjalizacji są zgodne z oczekiwanymi w odniesieniu do harmonogramu szkolenia.
- Komisja ds. kompetencji sporządza krótką odpowiedź na wniosek lekarza w trakcie specjalizacji o wydanie pozwolenia na wykonywanie czynności, która razem z refleksją lekarza w trakcie specjalizacji jest umieszczana w portfolio.
- Kiedy lekarz w trakcie specjalizacji osiągnie najwyższy poziom kompetencji dla wszystkich zagnieżdżonych EPA w ramach EPA dla jednego zagadnienia, komisja ds. kompetencji może wydać zgodę dotyczącą EPA dla jednego zagadnienia.

Etapy osiągnięcia EPA:	**W toku**	**W toku**	**W toku**	**Osiągnięty**	**Osiągnięty**
Poziom kompetencji: **Czynność (program podstawowy)**	***1*** ***Czynność wykonuje osoba nadzorująca, lekarz w trakcie specjalizacji obserwuje***	***2*** ***Osoba nadzorująca słownie prowadzi lekarza w trakcie specjalizacji przez kolejne etapy czynności***	***3*** ***Osoba nadzorująca interweniuje incydentalnie***	***4*** ***Osoba nadzorująca może być obecna na wszelki wypadek***	***5*** ***Osoba nadzorująca nie musi być obecna***
Wykonywanie USG przezpochwowego w celu rozpoznania ciążowej choroby trofoblastycznej					
Wykonywanie biopsji endometrium					
Poradnictwo w przypadku rozpoznania złośliwego nowotworu ginekologicznego i jego następstw					

Zatwierdzenie EPA

Imię i nazwisko	
Szpital	
Adres	
Numer telefonu	
Adres e-mail	
Podpis	

9. Ginekologia dziecięca i zdrowie seksualne — przykładowe portfolio

A. Doświadczenia związane z kształceniem
- Oddziały
- Poradnie
- Kursy
- Symulacje, np. umiejętności w zakresie komunikacji
- Odzwierciedlenie postępu szkolenia
- Plan rozwoju osobistego

B. Ocena w celu przyznania zgody na wykonywanie czynności
- Sprawdzenie wiedzy: Egzamin europejski (lub egzamin państwowy)
- Egzamin symulacyjny
- Bezpośrednia obserwacja w praktyce
- Opinia z wielu źródeł
- OSATS

C. Komisja ds. kompetencji
- W procesie wydawania decyzji o pozwoleniu na wykonywanie czynności komisja ds. kompetencji uwzględnia poczynione w miejscu pracy obserwacje dotyczące relacji uczeń — nauczyciel.
- Komisja ds. kompetencji określa poziom kompetencji osiągnięty przez lekarza w trakcie specjalizacji.
- Komisja ds. kompetencji określa, czy postępy lekarza w trakcie specjalizacji są zgodne z oczekiwanymi w odniesieniu do harmonogramu szkolenia.
- Komisja ds. kompetencji sporządza krótką odpowiedź na wniosek lekarza w trakcie specjalizacji o wydanie pozwolenia na wykonywanie czynności, która razem z refleksją lekarza w trakcie specjalizacji jest umieszczana w portfolio.
- Kiedy lekarz w trakcie specjalizacji osiągnie najwyższy poziom kompetencji dla wszystkich zagnieżdżonych EPA w ramach EPA dla jednego zagadnienia, komisja ds. kompetencji może wydać zgodę dotyczącą EPA dla jednego zagadnienia.

Etapy osiągnięcia EPA:	**W toku**	**W toku**	**W toku**	**Osiągnięty**	**Osiągnięty**
Poziom kompetencji: **Czynność (program podstawowy)**	***1*** ***Czynność wykonuje osoba nadzorująca, lekarz w trakcie specjalizacji obserwuje***	***2*** ***Osoba nadzorująca słownie prowadzi lekarza w trakcie specjalizacji przez kolejne etapy czynności***	***3*** ***Osoba nadzorująca interweniuje incydentalnie***	***4*** ***Osoba nadzorująca może być obecna na wszelki wypadek***	***5*** ***Osoba nadzorująca nie musi być obecna***
Dostosowanie komunikacji do poziomu dziecka					
Wykonywanie dokładnego badania ginekologicznego dziecka[2]					
Nagłe leczenie sromu/pochwy/krocza/odbytnicy u dziecka[2]					

Zatwierdzenie EPA

Imię i nazwisko	
Szpital	
Adres	
Numer telefonu	
Adres e-mail	
Podpis	

10. Choroby piersi — przykładowe portfolio

A. Doświadczenia związane z kształceniem
- Oddziały
- Poradnie
- Kursy
- Symulacje, np. umiejętności w zakresie komunikacji
- Odzwierciedlenie postępu szkolenia
- Plan rozwoju osobistego

B. Ocena w celu przyznania zgody na wykonywanie czynności
- Sprawdzenie wiedzy: Egzamin europejski (lub egzamin państwowy)
- Egzamin symulacyjny
- Bezpośrednia obserwacja w praktyce
- Opinia z wielu źródeł
- OSATS

C. Komisja ds. kompetencji
- W procesie wydawania decyzji o pozwoleniu na wykonywanie czynności komisja ds. kompetencji uwzględnia poczynione w miejscu pracy obserwacje dotyczące relacji uczeń — nauczyciel.
- Komisja ds. kompetencji określa poziom kompetencji osiągnięty przez lekarza w trakcie specjalizacji.
- Komisja ds. kompetencji określa, czy postępy lekarza w trakcie specjalizacji są zgodne z oczekiwanymi w odniesieniu do harmonogramu szkolenia.
- Komisja ds. kompetencji sporządza krótką odpowiedź na wniosek lekarza w trakcie specjalizacji o wydanie pozwolenia na wykonywanie czynności, która razem z refleksją lekarza w trakcie specjalizacji jest umieszczana w portfolio.
- Kiedy lekarz w trakcie specjalizacji osiągnie najwyższy poziom kompetencji dla wszystkich zagnieżdżonych EPA w ramach EPA dla jednego zagadnienia, komisja ds. kompetencji może wydać zgodę dotyczącą EPA dla jednego zagadnienia.

Etapy osiągnięcia EPA:	**W toku**	**W toku**	**W toku**	**Osiągnięty**	**Osiągnięty**
Poziom kompetencji: **Czynność (program podstawowy)**	***1*** ***Czynność wykonuje osoba nadzorująca, lekarz w trakcie specjalizacji obserwuje***	***2*** ***Osoba nadzorująca słownie prowadzi lekarza w trakcie specjalizacji przez kolejne etapy czynności***	***3*** ***Osoba nadzorująca interweniuje incydentalnie***	***4*** ***Osoba nadzorująca może być obecna na wszelki wypadek***	***5*** ***Osoba nadzorująca nie musi być obecna***
Wykonywanie dokładnego badania piersi					

Zatwierdzenie EPA

Imię i nazwisko	
Szpital	
Adres	
Numer telefonu	
Adres e-mail	
Podpis	

Zarządzanie jakością i uznanie kształcenia

Autorzy: Juriy Wladimiroff, Angelique Goverde, Fedde Scheele

Wprowadzenie

Aby zapewnić optymalne kształcenie w zakresie położnictwa i ginekologii ogólnej, niezbędny jest niezawodny system zarządzania jakością oraz uznanie szkoleń zewnętrznych. Oba systemy powinny być ściśle powiązane.
Połączenie wewnętrznego systemu kontroli jakości i uznania szkoleń zewnętrznych łączy się z ciągłą poprawą jakości w krótkim cyklu dzięki kontrolom zmierzającym do zapewnienia zgodności z normami, które należy powtarzać co 5 lat.

Wewnętrzne zarządzanie jakością

W celu wewnętrznego zarządzania jakością niezbędna jest prosta struktura zarządzania z prawidłowo zdefiniowanymi obowiązkami dotyczącymi programu kształcenia. Wewnętrzne zarządzanie jakością obejmuje środki podejmowane przez placówkę szkoleniową, a jego celem jest ciągła poprawa kształcenia w ramach cyklu plan-czynność-kontrola-działanie. Ten wewnętrzny cykl jakości obejmuje kilka aspektów:

- Opis lokalnego planu szkolenia na podstawie PACT, który jest dostosowany do warunków lokalnych: program lokalny.
- Monitorowanie sposobu, w jaki lokalny plan szkolenia przekłada się na codzienną pracę: program działania. Rozmowy z lekarzami w trakcie specjalizacji kończącymi rotację mogą także dostarczyć informacji przydatnych do tego celu.
- Monitorowanie środowiska kształcenia, które można zmierzyć za pomocą kwestionariusza D-RECT [1].
- Monitorowanie i omówienie działalności dydaktycznej personelu, którą można zmierzyć za pomocą systemu EFFECT [2].
- Opracowanie planów poprawy i obserwacja ewentualnych problemów dotyczących kształcenia.

Wewnętrzny system zarządzania jakością można dostosowywać i stosować go w sposób krótkotrwały. Dostarcza on przydatnych informacji dla zewnętrznych jednostek akredytacyjnych, co sprawia, że jest to system transparentny.

Uznanie szkolenia zewnętrznego

Uznanie szkolenia zewnętrznego odbywa się przez krajowe jednostki akredytacyjne lub przez komisję EBCOG ds. akredytacji i wizytacji.
Celem uznania szkolenia zewnętrznego jest:

- Ujednolicenie kształcenia w całej Europie.
- Zapewnienie jakości: każdy nowy ginekolog w Europie jest odpowiednio przeszkolony w zakresie programu podstawowego oraz obszaru zainteresowań i potrafi bezpiecznie i samodzielnie prowadzić praktykę.
- Organ doradczy: W przypadku problemów wymagających rozwiązania sformułowana zostanie porada.

Uznanie szkolenia zewnętrznego polega na:

- Udokumentowaniu według potrzeb przez system krajowy lub EBCOG. Dokumentacja powinna dostarczyć informacji na temat:
    - Liczby lekarzy w trakcie specjalizacji w odniesieniu do liczby członków personelu nadzorującego
    - Liczby procedur w odniesieniu do liczby lekarzy w trakcie specjalizacji
    - Placówek szkoleniowych
    - Organizacji szkoleń symulacyjnych
    - Rozwoju kadry, szkoleniu trenerów
    - Indywidualnych programów kształcenia lekarzy w trakcie specjalizacji; zagadnień podstawowych i fakultatywnych

- Miejsca kompetencji ogólnych i umiejętności miękkich w szkoleniu
- Organizacji i oceny jakości w celu zatwierdzenia zgody na wykonywanie czynności zawodowych
- Portfolio lekarzy w trakcie specjalizacji
- Uczestnictwa lekarzy w trakcie specjalizacji w programach naukowych i audytach klinicznych
- Obowiązków lekarzy w trakcie specjalizacji i ról w zakresie kształcenia w zespole ds. opieki

- Sprawozdań dotyczących systemu, których celem jest ciągłe udoskonalanie programu kształcenia
- Wizyt związanych z uznaniem w cyklu 5-letnim (mniej więcej), w których lekarz w trakcie specjalizacji odgrywa aktywną rolę.

Piśmiennictwo

1. Boor K, Van Der Vleuten C, Teunissen P, Scherpbier A, Scheele F. Development and analysis of D-RECT, an instrument measuring residents' learning climate. Med Teach. 2011;33(10):820-7.
2. Fluit C, Bolhuis S, Grol R, Ham M, Feskens R, Laan R, Wensing M. Evaluation and feedback for effective clinical teaching in postgraduate medical education: validation of an assessment instrument incorporating the CanMEDS roles. Med Teach. 2012;34(11):893-901
3. Vaižgėlienė E, Padaiga Ž, Rastenytė D, Tamelis A, Petrikonis K, Kregždytė R, Fluit C. Validation of the EFFECT questionnaire for competence-based clinical teaching in residency training in Lithuania. Medicina (Kaunas). 2017;53(3):173-178.

Rozwój kadry

Autorzy: Angelique Goverde, Fedde Scheele, Živa Novak Antolič

Wprowadzenie

Rozwój kadry jest uznawany za zasadniczy instrument niezbędny do zapewnienia wysokiej jakości kształcenia podyplomowego. Rozwijanie wiedzy, umiejętności i postaw w kształceniu dorosłych umożliwia specjalistom stanie się trenerami klinicznymi, którzy będą mogli skutecznie i wydajnie kierować kształceniem podyplomowym.

Role i obowiązki trenerów klinicznych

Ponieważ kształcenie podyplomowe jest głównie „szkoleniem zawodowym", trenerzy kliniczni spotykają się z wieloma wyzwaniami. Trener kliniczny ma następujące obowiązki i role:

- bezpieczna opieka nad pacjentką
- tworzenie stymulującego środowiska kształcenia
- stosowanie narzędzi edukacyjnych, np. opinii, aby zwiększyć poziom refleksji w praktyce lekarza w trakcie specjalizacji
- monitorowanie i ocena procesu kształcenia lekarza w trakcie specjalizacji
- ciągły rozwój zawodowy w charakterze nauczyciela

Ciągły rozwój zawodowy trenerów

Trenerzy powinni przejść formalne przeszkolenie w zakresie kształcenia podyplomowego i oceny. Powinno ono obejmować co najmniej następujące informacje lub szkolenie:

- Jak uczyć w pracy (np. w klinice, na oddziałach)
- Jak uczyć indywidualnie, w małych grupach oraz na wykładach dydaktycznych
- Jak skutecznie przekazywać opinie
- Jak stosować metody oceny formującej, aby wspierać lekarzy w trakcie specjalizacji
- Jak identyfikować i wspierać lekarzy w trakcie specjalizacji w przypadku trudności
- Jak stosować i dokumentować oceny w miejscu pracy

Trenerzy kliniczni powinni aktualizować swoje kompetencje kliniczne, a także kompetencje w zakresie szkoleń. W zależności od specyficznej roli specjalisty w zespole ds. kształcenia zaleca się co najmniej dwa dni szkolenia co pięć lat.

W krajach, w których obowiązuje system oceny podsumowującej w trakcie lub po zakończeniu szkolenia (np. egzamin lokalny lub państwowy) trenerzy kliniczni, którzy są członkami komisji egzaminacyjnej powinni zostać przeszkoleni w zakresie formułowania pytań egzaminacyjnych i konstruowania zatwierdzonego egzaminu.

W przypadku dyrektorów programu uzasadnione są szczególne rodzaje kursów, które koncentrują się na zarządzaniu podyplomowym kształceniem medycznym.

EBCOG może zapewnić wsparcie w zakresie wszystkich rodzajów kursów rozwijających dla kadry.

Słownik

Ocena

Proces tworzenia opinii na temat postępów lekarza w trakcie specjalizacji w zakresie aktywności zawodowej. Konieczne jest rozróżnienie pomiędzy „oceną kształcenia" (znaną także jako ocena formująca, tj. kierowanie kształceniem w przyszłości, zapewnienie wsparcia i promowanie refleksji) oraz oceną na potrzeby wydania pozwolenia na wykonywanie czynności zawodowej (znaną także jako ocena podsumowująca, tj. formułowanie opinii na temat kompetencji lub zdolności do przejścia na kolejnym poziom odpowiedzialności).
Formy oceny obejmują oceny kliniczne (np. OSATS, bezpośrednią obserwację w praktyce klinicznej), egzaminy, symulację, oceny z wielu źródeł (360 stopni) oraz refleksyjną samoocenę.

Osoba oceniająca

Osoba tworząca opinię na temat działania lekarza w trakcie specjalizacji w zakresie aktywności zawodowej

Kadra kliniczna, kliniczna osoba nadzorująca, trener kliniczny

Grupa specjalistów medycznych (lub specjalista medyczny), który kieruje kliniczną pracą lekarza w trakcie specjalizacji Członek kadry klinicznej może pełnić rolę nauczyciela.

Trzon

Część programu, która jest obowiązkowa w programie kształcenia dla wszystkich lekarzy w trakcie specjalizacji

Kompetencja

Zdolność do integracji wiedzy, umiejętności, stanowisk i zachowań do wykorzystania w określonych sytuacjach (czynności zawodowe) w miejscu pracy

Komisja ds. kompetencji

Grupa osób w placówce szkoleniowej lub na oddziale, która określa poziom kompetencji lekarza w trakcie specjalizacji w zakresie określonej czynności zawodowej i udziela zgody na wykonywanie czynności zawodowych. Komisja ds. kompetencji składa się z co najmniej dwóch członków kadry, którzy dobrze znają osiągnięcia lekarza w trakcie specjalizacji, i co najmniej dwóch innych członków kadry klinicznej.

Program podstawowy

Program podstawowy to trzon programu EBCOG-PACT, który jest obowiązkowy dla wszystkich lekarzy w trakcie specjalizacji. Opisuje on warunki ukończenia szkolenia ustalone w europejskim konsensusie.
Patrz także: program oraz zagadnienia fakultatywne/ program fakultatywny.

Program

Program kształcenia.

Program fakultatywny

Program fakultatywny opisuje rezultaty szkolenia dotyczącego konkretnych obszarów zainteresowania w dziedzinie położnictwa i ginekologii; rezultaty szkolenia są na poziomie bardziej zaawansowanym niż program podstawowy. W związku z tym szkolenie w zakresie zagadnienia fakultatywnego ma na celu osiągnięcie wyższego poziomu kompetencji w danym obszarze zainteresowania.
Patrz także: program oraz zagadnienia podstawowe/ program podstawowy.

Osoba nadzorująca kształcenie

Patrz: nauczyciel

Pedagog

Rola zawodowa, której celem jest szkolenie i kształcenie, lub osoba szczególnie interesująca się szkoleniem i kształceniem, która zgromadziła wiedzę i spostrzeżenia na temat kształcenia podczas specyficznego szkolenia

Dozwolona czynność zawodowa, EPA

Czynność zawodowa (niezależna lub nadrzędna), w przypadku której lekarz w trakcie specjalizacji może osiągnąć poziom kompetencji odpowiadający samodzielnej praktyce, sformalizowana przez komisję ds. kompetencji

Patrz także: pozwolenie na wykonywanie czynności, zagnieżdżona dozwolona czynność zawodowa i czynność zawodowa.

Pozwolenie na wykonywanie czynności

Formalne potwierdzenie, że lekarz w trakcie specjalizacji osiągnął poziom kompetencji odpowiadający samodzielnej praktyce i może wykonywać czynność bez nadzoru.

Z przyczyn legislacyjnych w niektórych krajach formalne pozwolenie na wykonywanie czynności jest wydawane wyłącznie po zakończeniu szkolenia.

Kadra

Grupa specjalistów medycznych na oddziale uczestniczącym w procesie kształcenia

Patrz także: kadra kliniczna.

Rozwój kadry

Strukturalne szkolenie w domenie kształcenia personelu klinicznego/osób nadzorujących/trenerów zaangażowanych w dostarczanie szkoleń medycznych. Znane także jako szkolenie trenerów.

Opinia

Refleksja dotycząca działalności ze wskazaniem mocnych i słabych stron

Ocena formująca

Patrz: ocena.

Samodzielna praktyka

Świadczenie opieki medycznej w specyficznym kontekście bez nadzoru (bezpośredniego lub pośredniego), kiedy osoba świadcząca opiekę ponosi główną odpowiedzialność

Dziennik

Dokument, w którym lekarz w trakcie specjalizacji odnotowuje swoje działania w trakcie kształcenia, np. liczbę wykonanych zabiegów itd.

Patrz także: portfolio.

Model uczeń — nauczyciel

Sytuacja zawodowa, w której niedoświadczony lekarz medycyny (uczeń, *tj.* lekarz w trakcie specjalizacji) pracuje i gromadzi doświadczenie pod ścisłą kontrolą i nadzorem specjalisty (nauczyciela, *tj.* trenera, pedagoga, klinicznej osoby nadzorującej) na podstawie koncepcji kształcenia przez naśladowanie i mentoring.

Specjalista medyczny

Lekarz medycyny, który ukończył program kształcenia podyplomowego w zakresie specjalizacji medycznej

Mentor

Osoba dostarczająca wsparcie, wskazówki i obiektywne opinie na temat możliwości rozwoju lekarza w trakcie specjalizacji i postępów w środowisku pracy, wykorzystująca często krytycyzm, aby pomóc lekarzowi w trakcie specjalizacji w znalezieniu własnego rozwiązania. Mentorzy nie muszą posiadać specjalistycznej wiedzy na temat dziedziny, w której praktykuje lekarz.

Ocena/ opinia z wielu źródeł (360 stopni):
Narzędzie wykorzystywane do zebrania opinii współpracowników na temat działalności klinicznej i profesjonalnego zachowania osoby. Lekarze w trakcie specjalizacji są zachęcani do zbierania opinii od jak największej liczby współpracowników (*np.* specjalistów, lekarzy w trakcie specjalizacji, pielęgniarek, położnych, sekretarek itd.).

Zagnieżdżona czynność zawodowa, zagnieżdżona EPA
Specyficzna, dobrze zdefiniowana czynność, opisana przez zadania i aspekty niezbędne do jej wykonywania w kontekście opieki nad pacjentką w ramach nadrzędnej (dozwolonej) czynności zawodowej
Patrz także: zagadnienie.

Portfolio
Dokument, w którym lekarz w trakcie specjalizacji odnotowuje swój rozwój i postępy w trakcie kształcenia. Portfolio zawiera dokumentację dotyczącą doświadczeń związanych z kształceniem (m.in. dziennik i plan rozwoju osobistego), formularze oceny, protokoły z zebrań komisji ds. kompetencji opisujące profesjonalne wrażenia oraz decyzje dotyczące pozwoleń na wykonywanie czynności
Patrz także: dziennik.

Czynność zawodowa
Specyficzna czynność, opisana przez zadania medyczne i ogólne kompetencje niezbędne do jej wykonywania w kontekście opieki nad pacjentką.Czynność zawodowa jako zagadnienie nadrzędne opisuje grupę mniejszych czynności zawodowych, tzw. „zagnieżdżonych czynności zawodowych".
Patrz także: dozwolona czynność zawodowa, zagnieżdżona czynność zawodowa.

Dyrektor programu
Dyrektor programu jest odpowiedzialny za koordynację, monitorowanie i ocenę programu kształcenia stosowanego na jego oddziale.
Znany także jako koordynator programu.

Symulacja
Czynność związana z kształceniem, podczas której wykorzystuje się pomoce, aby odzwierciedlić/naśladować sytuację kliniczną. Do przykładów należą: symulatory laparoskopowe, manekiny miednicy lub jamy brzusznej oraz ćwiczenia w zakresie umiejętności położniczych.

Specjalizacja szczegółowa
Specyficzny obszar w ramach specjalizacji medycznej, dla którego zdefiniowany jest standaryzowany program kształcenia w ośrodku akredytowanym specjalnie do tego celu. Czynności zawodowe w ramach specjalizacji szczegółowej stanowią najbardziej złożone i zaawansowane czynności w ramach specjalizacji. Lekarze medycyny, którzy z powodzeniem ukończą taki standaryzowany program kształcenia, są nazywani specjalistami szczegółowymi.

Ocena podsumowująca
Patrz: ocena.

Osoba nadzorująca lub kliniczna osoba nadzorująca

Specjalista medyczny nadzorujący pracę lekarza w trakcie specjalizacji

Nadzór
Nadzorowanie pracy lekarza w trakcie specjalizacji

Zagadnienie
Nazwa nadrzędnej dozwolonej czynności zawodowej (EPA), opisująca konkretne tematy związane z opieką nad pacjentką w ramach specjalizacji

Lekarz w trakcie specjalizacji
Lekarz medycyny objęty oficjalnym programem kształcenia podyplomowego w celu uzyskania kwalifikacji specjalisty.
Nazywany także rezydentem.

Trener
Osoba, niekoniecznie specjalista, nadzorująca określony moment kształcenia lekarza w trakcie specjalizacji

Uznanie kształcenia
Wynik procesu zewnętrznego audytu programu kształcenia medycznego na oddziale

Nauczyciel
Specjalista medyczny kierujący procesem kształcenia poszczególnych lekarzy w trakcie specjalizacji. Nauczyciel odpowiada za ogólny nadzór i zarządzanie postępami lekarza w trakcie specjalizacji. Nauczyciel oferuje nadzór nad procesem kształcenia oraz porady zawodowe, dokonuje oceny i zapewnia regularne, ciągłe opinie (co 3–6 miesięcy).
Nazywany także osobą nadzorującą kształcenie.

Współautorzy

Projekt został zrealizowany we współpracy z wieloma stronami i osobami:

Kierownictwo projektu
Fedde Scheele
Jessica van der Aa

Dyrektorzy
Angelique Goverde
Tahir Mahmood
Jacky Nizard
Anna Aabakke

Umiejętności i wiedza
Chiara Benedetto
Annalisa Tancredi
Jaroslav Feyereisl
Petr Velebil

Wkład społeczny
Peter Hornnes
Annette Settnes
Anna Aabakke
Betina Ristorp Andersen
Joyce Hoek-Pula
Britt Myren
Noortje Jonker
Petra Kunkeler
Hans van der Schoot

Strategia kształcenia i ocena
Rudi Campo
Yves van Belle
Helder Ferreira
Jette Led Sørensen
Sibil Tschudin
Juriy Wladimiroff

Badania
Rolf Kirschner

Europejska Sieć Lekarzy w trakcie specjalizacji w Dziedzinie Położnictwa i Ginekologii
Agnieszka Horała (Polska)
Goknar Topçu (Turcja)
Laura Spinnewijn (Holandia)
Jure Klanjšček (Słowenia)
Vladimír Dvořák (Republika Słowacka)
Anna Aabakke (Dania)
Alexandra Krištúfková *(*Republika Słowacka)

Specjaliści i członkowie komitetu wykonawczego sekcji położniczo-ginekologicznej EBCOG i UEMS

Prezes
Prof. Jacky Nizard

Sekretarz generalny
Dr Rolf Kirschner

Prezes-elekt
Prof. Basil C. Tarlatzis

Skarbnik
Prof. dr Diethelm Wallwiener

Członkowie komitetu wykonawczego EBCOG
Prof. dr n. med. Johannes Bitzer
Prof. Ioannis E. Messinis
Dr Andrii Tkachenko
Prof. Petr Velebil

Przewodnicząca stałej komisji ds. kształcenia i oceny (SCTA)
Dr Angelique J. Goverde

Przewodniczący stałej komisji ds. uznawania kształcenia (SCTR)
Prof. Juriy Wladimiroff

Przewodniczący stałej komisji ds. egzaminów
Dr Rolf Kirschner

Dyrektor ds. egzaminów
Prof. Ioannis E. Messinis

Stanowiska
Dr Tahir Mahmood

Przewodnicząca grupy roboczej ds. TTT
Prof. Živa Novak Antolič

Kierownik ds. funduszy UE
Prof. André Van Assche

Europejskie Towarzystwo Uroginekologiczne (ang. European Urogynaecology Association, EUGA)
Prof. Stefano Salvatore

Europejskie Towarzystwo Medycyny Perinatalnej (ang. European Association of Perinatal-Medicine, EAPM)
Prof. Diogo Ayres-de-Campos

Europejskie Towarzystwo Onkologii Ginekologicznej (ang. European Society of Gynaecological Oncology, ESGO)
Prof. René Verheijen

Europejskie Towarzystwo Rozrodu Człowieka i Embriologii (ang. European Society of Human Reproduction and Embryology, ESHRE)
Prof. dr n. med. Anis Feki

Europejska Sieć Lekarzy w trakcie specjalizacji w Dziedzinie Położnictwa i Ginekologii (ang. European Network of Trainees in Obstetrics and Gynaecology, ENTOG)
Dr Agnieszka Horala

Webmaster
Prof. Markus Wallwiener

Przewodniczący komisji naukowej zjazdu w Paryżu
Dr Nuno Martins

Główny administrator
Charlotte Mercer

Sekretariat ds. egzaminów
Alexandros Peristeropoulos

Krajowi delegaci sekcji położniczo-ginekologicznej EBCOG i UEMS

Albania
Dr Rubena Moisiu

Austria
Prof. dr Uwe Lang
Prof. George Ralph

Belgia
Dr Willem Ombelet
Prof. Sophie Alexander

Bułgaria
Prof. nadzw. Milko Sirakov
Prof. Blagovest Pehlivanov

Chorwacja
Prof. Barišić Dubravko

Cypr
Dr Marios Liassides
Dr Patroklos A Patroclou
Dr Galinou Riana

Republika Czeska

Prof. Jaroslav Feyereisl
Prof. Vladimir Dvorak

Dania
Prof. Charlotte Hasselholt Søgaard
Dr Alexander Laschke

Estonia
Prof. Helle Karro

Finlandia
Prof. Oskari Heikinheimo
Prof. Hannu Martikainen, OYS

Francja
Prof. Bernard Hédon
Prof. Israël Nisand

Macedonia
Dr Slavejko Sapunov

Gruzja
Dr Zaza Sinauridze

Niemcy
Dr n. med. Klaus König
Prof. dr n. med. Frank Louwen

Grecja
Dr Nicolas Linardos
Prof. Basil Tarlatzis

Węgry
Prof. József Bódis
Dr Nandor Acs

Islandia
Dr Alexander Kr Smárason

Irlandia
Dr Michael Robson

Włochy
Prof. Chiara Benedetto
Prof. Yoram Jacob Meir

Kosowo
Dr Albert Lila
Prof. nadzw. dr Shefqet Lulaj

Łotwa

Prof. Dace Rezeberga

Litwa
Prof. Ruta Nadisauskiene
Prof. Daiva Vaitkiene

Malta
Prof. Mark Brincat
Mark Formosa

Holandia
Prof. Fedde Scheele
Dr Angelique J. Goverde

Norwegia
Prof. Knut Hordnes
Prof. Jone Trovik

Polska
Prof. Mirosław Wielgoś
Prof nadzw. Piotr Sieroszewski

Portugalia
Prof. Diogo Ayres-de-Campos
Dr Maria Fernanda Águas

Rosja
Prof. Gennady Sukhikh

Rumunia
Prof. Mircea Onofriescu
Prof. Radu Vladareanu

Serbia
Prof. dr Snezana Rakic

Republika Słowacka
Prof. Jan Danko
Prof. Pavol Zubor

Słowenia
Prof. Ksenija Geršak
Prof. Adolf Lukanovic

Hiszpania
Dr Carlos Damonte Khoury

Szwecja
Prof. Pia Teleman
Dr Lars Ladfors

Szwajcaria
Prof. Viola Heinzelmann
Prof. Bruno Imthurn, lek. med.

Turcja
Prof. Cansun Demir

Wielka Brytania
Prof. Lesley Regan
Prof. Fionnuala McAuliffe

Ukraina
Prof. Valerii Zaporozhan