Europejskie wymagania dotyczące kształcenia w zakresie położnictwa i ginekologii – 2026 r.

Europejskiej Rady i Kolegium Położnictwa i Ginekologii

Projekt na rzecz osiągnięcia konsensusu w obszarze kształcenia

Fionnuala McAuliffe Przewodnicząca SCTA, członkowie komisji SCTA, Fedde Scheele, Jessica van der Aa, Angelique Goverde (red.)

Erasmus+
Co-funded by the European Union

Spis treści

Przedmowa		**3**
Rozdział 1:	**Treść programu nauczania – podstawa programowa**	**9**
Rozdział 2:	**Treść programu nauczania – program fakultatywny**	**33**
Rozdział 3:	**Czynniki ludzkie i umiejętności nietechniczne**	**53**
Rozdział 4:	**Przywództwo kliniczne w położnictwie i ginekologii**	**55**
Rozdział 5:	**Szkolenie w zakresie komunikacji i umiejętności psychospołecznych**	**58**
Rozdział 6:	**Symulacyjny trening umiejętności ginekologicznych**	**60**
Rozdział 7:	**Symulacyjny trening umiejętności położniczych**	**66**
Rozdział 8:	**Szkolenie w zakresie umiejętności ultrasonograficznych**	**72**
Rozdział 9:	**Powierzanie samodzielności i portfolio**	**74**
	Dodatek 1: Przykłady formularzy oceny	**80**
	Dodatek 2: Przykład portfolio	**88**
Rozdział 10:	**Zarządzanie jakością i uznawanie kształcenia**	**106**
Rozdział 11:	**Rozwój kadry dydaktycznej**	**108**
	Dodatek: Program GESEA	**109**
Glosariusz		**112**
Współtwórcy		**116**
Załącznik		**122**

Przedmowa do drugiego wydania

Kompleksowe, solidne szkolenie w zakresie położnictwa i ginekologii jest niezbędne do zapewnienia wysokiej jakości opieki kobietom w całej Europie. Projekt na rzecz osiągnięcia konsensusu w szkoleniach (Project for Achieving Consensus in Training, PACT) to kompleksowy pięcioletni program szkoleniowy oparty na współpracy. Poprawiona wersja PACT jest wynikiem trzyletniego programu prac i istotnego wkładu naszych lekarzy w trakcie specjalizacji, instruktorów, kolegiów zawodowych i naszych stowarzyszonych europejskich towarzystw specjalistycznych.

Zaktualizowaliśmy sekcję dotyczącą czynników ludzkich i umiejętności nietechnicznych, aby uwzględnić sekcję dotyczącą przywództwa zawodowego, przywództwa i rozwoju osób, pracy zespołowej, świadomości sytuacji, podejmowania decyzji i zarządzania zadaniami.

Przywództwo kliniczne zostało dodane do podstawowych i fakultatywnych sekcji, które obejmują sekcje dotyczące zarządzania z podejściem systemowym, świadczenia opieki zorientowanej na osobę oraz uwzględniania poprawy jakości i bezpieczeństwa pacjentek. Audyt kliniki lub projekt poprawy jakości jest sugerowany dla lekarzy w trakcie specjalizacji w ramach oceny przywództwa klinicznego. Innymi dodatkami są znaczenie informowania skoncentrowanego na pacjencie po powikłaniach położniczych i ginekologicznych, dodanie genetyki klinicznej do podstawy programowej, aby odzwierciedlić centralną rolę, jaką genetyka odgrywa obecnie w położnictwie i ginekologii oraz podkreślenie istotności zaburzeń medycznych w ciąży i bezpiecznych leków w ciąży i karmieniu piersią.

Z myślą o zajęciach fakultatywnych opracowaliśmy oddzielne zajęcia fakultatywne z medycyny płodowej i medycyny matczynej, a do sekcji podstawowych i fakultatywnych z ginekologii stanów łagodnych dodano rozszerzoną sekcję dotyczącą menopauzy.

Sekcje dotyczące symulacji zostały poprawione i uwzględniają teraz wyniki programu GESEA4EU dotyczącego symulacji w endoskopii ginekologicznej.

Powierzenie czynności zawodowych pozostaje podstawą oceny lekarzy w trakcie specjalizacji, a dowody są gromadzone w portfolio lekarzy w trakcie specjalizacji, które obejmuje doświadczenia edukacyjne, ocenę i ewaluację kompetencji przez instruktora.

Prace nad poprawioną wersją rozpoczęły się od ogólnoeuropejskiej ankiety przeprowadzonej wśród lekarzy w trakcie specjalizacji, instruktorów, kolegiów zawodowych i towarzystw podspecjalistycznych w 2022 r. na temat tego, w jaki sposób można ulepszyć PACT. Ustalenia i proponowane zmiany zostały zatwierdzone przez Radę EBCOG w listopadzie 2022 roku. W latach 2023-2024 komitet SCTA odbywał co dwa miesiące spotkania w celu zmiany PACT z uwzględnieniem otrzymanych uwag. Zmieniona wersja z 2025 r. została zatwierdzona przez Zarząd EBCOG we wrześniu 2024 r. oraz przez Radę EBCOG w grudniu 2024 r.

Prace nad poprawioną wersją były przykładem współpracy między wszystkimi członkami SCTA, ENTOG, lekarzami w trakcie specjalizacji, instruktorami, Radą EBCOG i naszymi stowarzyszonymi towarzystwami podspecjalistycznymi (EAPM, ESGO, ESHRE, EUGA), za co chcę bardzo podziękować. Z niecierpliwością czekam na dalsze zaangażowanie i wdrożenie tego kompleksowego programu szkoleniowego.

Fionnuala M McAuliffe

2025 Przewodniczący Stałego Komitetu EBCOG ds. Szkoleń i Oceny

List od Prezesa

Zmiany demograficzne oraz postępy w nauce i polityce zdrowotnej miały ogromny wpływ na świadczenie opieki zdrowotnej na całym świecie. Zmiany te miały duży wpływ na kształcenie i szkolenie specjalistów i pracowników służby zdrowia. Teraz naprawdę wkroczyliśmy w nowy cyfrowy świat wraz ze wzrostem zachowań cyfrowych, takich jak praca zdalna, telekonferencje, prowadzenie kursów cyfrowych, a nawet świadczenie usług. Przyszłość pracy nadeszła szybciej nie tylko ze względu na postęp technologiczny, ale także ze względu na zdrowie i bezpieczeństwo, a być może także efekt globalnego ocieplenia. Będzie to miało wyraźny wpływ na szkolenia i edukację.

Struktura, treść i realizacja podyplomowego kształcenia medycznego są stale udoskonalane w miarę rozwoju medycyny, pojawiania się nowych wyzwań oraz doceniania nauki i sztuki nauczania i uczenia się. Dydaktycy dążą do stworzenia elastycznego programu nauczania, aby wyposażyć specjalistów w umiejętność reagowania na stale zmieniające się środowisko.

Europejska Rada Położnictwa i Ginekologii (EBCOG) była liderem w zakresie poprawy standardów opieki nad kobietami i ich dziećmi w Europie i poza nią. Usprawniła ona standardy szkolenia w zakresie położnictwa i ginekologii poprzez wizytacje szpitali, wprowadzenie dziennika i egzaminu stypendialnego (EFOG).

Europa ze swoją różnorodnością stanowi poważne wyzwanie w prowadzeniu szkoleń w zakresie położnictwa i ginekologii. EBCOG zobowiązuje się do określenia standardów szkolenia poprzez zdefiniowanie poziomu kompetencji certyfikowanych specjalistów. Zdefiniowanie kluczowych kompetencji specjalistów na szerokim obszarze geograficznym o zróżnicowanych czynnikach społeczno-demograficznych jest ogromnym i jednocześnie trudnym zadaniem. Projekt na rzecz osiągnięcia konsensusu w szkoleniach (PACT) był w stanie zdefiniować podstawowe kompetencje, które muszą nabyć wszyscy, oraz kompetencje fakultatywne w ramach głównego programu nauczania. Od momentu uruchomienia w 2018 r. jest integralnym narzędziem uznawania szpitali w celu zapewnienia jakości szkoleń. Szybko zdaliśmy sobie sprawę, że nadszedł czas, aby zaktualizować podstawę programową zgodnie ze zmianami w edukacji i szkoleniach.

Mamy szczęście współpracować z naszymi partnerami, aby otrzymać dotację UE na włączenie symulacji do PACT. Nowy PACT ma odświeżoną formę, a do programu nauczania włączono sprawdzone techniki symulacji. Program nauczania obejmuje e-learning dopasowany do ery cyfrowej.

Jestem wdzięczny przewodniczącemu SCTA, członkom komitetu i przedstawicielom podspecjalizacji, którzy poświęcili swój cenny czas na aktualizację tego ważnego dokumentu. Z czasem stanie się on Europejskim Wymogiem Szkoleniowym, ponieważ współpracujemy z UEMS w celu opublikowania ETR w położnictwie i ginekologii jeszcze w tym roku.

Jestem głęboko przekonany, że nowy PACT z włączoną symulacją znacznie przyczyni się do harmonizacji szkoleń w całej Europie.

Profesor Frank Louwen
Prezes Europejskiej Rady i Kolegium Położnictwa i Ginekologii

Przedmowa do pierwszego wydania
Program szkolenia EBCOG PACT: nowy standard szkolenia podyplomowego w położnictwie i ginekologii

Wraz z realizacją programu szkoleniowego EBCOG PACT dla położnictwa i ginekologii spełniło się nasze wieloletnie życzenie. EBCOG zawsze uznawało znaczenie szkoleń jako siły napędowej optymalnej opieki zdrowotnej dla kobiet i ich dzieci w Europie. Dzięki programowi szkoleniowemu EBCOG PACT zajmujemy obecnie pozycję specjalności medycznej, która wdraża najnowocześniejsze szkolenia w Europie.
Wywodzący się ze Standardów Opieki nad Zdrowiem Kobiet w Europie opublikowanych przez EBCOG w 2014 r. program szkolenia EBCOG PACT określa standardy szkolenia podyplomowego w zakresie położnictwa i ginekologii w Europie. Standardy te odnoszą się do punktów końcowych w dziedzinach medycznej i zawodowej, ale także zawierają wytyczne dotyczące metod szkoleniowych, powierzania samodzielności, rozwoju kadry dydaktycznej i zarządzania jakością szkoleń. Poprzez proces poszukiwania konsensusu w sprawie kompetencji na poziomie samodzielnej praktyki dla wszystkich lekarzy w trakcie specjalizacji w dziedzinie położnictwa i ginekologii przed zakończeniem ich szkolenia EBCOG PACT położył podwaliny pod wdrożenie standardów szkoleniowych w całej Europie.

Projekt ten opiera się na duchu współpracy w ramach EBCOG. Finansowani przez program Unii Europejskiej Erasmus+ delegaci, zarówno specjaliści medyczni, jak i lekarze w trakcie specjalizacji, z całej Europy dzielili się pomysłami i nakładem pracy. Chcę podziękować wszystkim, którzy przyczynili się do powstania EBCOG PACT, w szczególności:

Przewodniczący projektu Fedde Scheele i kierownik projektu Jessica van der Aa, oboje z Holandii;

Przewodnicząca ds. treści programów medycznych Chiara Benedetto, wspierana przez Annalisę Tancredi, obie z Włoch, w ścisłej współpracy z Jaroslavem Feyereislem i Petrem Velebilem z Czech;

Przewodniczący ds. ram kompetencji ogólnych i umiejętności miękkich Peter Hornnes, wspierany przez swoich pracowników Betinę Ristorp Andersen i Annette Settnes z Danii. Otrzymali oni informacje na temat opinii interesariuszy od organizacji pacjentek reprezentowanych przez Joyce Hoek-Pula i Britt Myren, europejskich pielęgniarek reprezentowanych przez Petrę Kunkeler, europejskich położnych reprezentowanych przez Noortje Jonker oraz administratorów szpitali reprezentowanych przez Hansa van der Schoota i Fedde Scheele;

Przewodniczący ds. szkolenia umiejętności ginekologicznych i symulacji Rudi Campo z Belgii oraz jego współpracownicy Yves van Belle (Belgia) i Helder Ferreira (Portugalia);

Przewodnicząca ds. szkolenia umiejętności położniczych i symulacji Jette Led Sørensen z Danii i jej współpracownicy Ruta Nadisauskiene (Litwa), Diogo-Ayres-de-Campos (Portugalia);

Przewodniczący ds. szkolenia w zakresie komunikacji i umiejętności psychospołecznych
Sibil Tschudin ze Szwajcarii; Rolf Kirschner (Norwegia) za połączenie EBCOG PACT i
egzaminu EBCOG;

Portfolio i powierzenie samodzielności zostały opisane pod nadzorem Fedde Scheele, który jest uznanym na całym świecie ekspertem w tej dziedzinie;

Przewodniczący ds. zarządzania jakością i uznawania szkoleń Juriy Wladimiroff (Holandia), który

również przewodniczył grupie ds. szkolenia umiejętności ultrasonograficznych, we współpracy z Piotrem Sieroszewskim (Polska);

Moi współpracownicy Fedde Scheele i Živa Novak Antolič (Słowenia) w projekcie dotyczącym rozwoju kadry dydaktycznej;

Anna Aabakke (Dania) i Laura Spinnewijn (Holandia), które w imieniu European Network of Trainees in Obstetrics and Gynaecology (ENTOG) wniosły cenny wkład w projekt powierzania samodzielności i oceny;

Członkom komitetu sterującego Jacky'emu Nizardowi i Tahirowi Mahmoodowi, członkom Komitetu Wykonawczego EBCOG oraz Annie Aabakke, byłej przewodniczącej ENTOG, za monitorowanie procesu i udzielanie konstruktywnych informacji zwrotnych w trakcie trwania projektu;

Członkom zewnętrznej rady doradczej za ich wsparcie;

Członkom Stałego Komitetu ds. Szkolenia i Oceny, w tym przedstawicielom Europejskiego Stowarzyszenia Ginekologii Dziecięcej i Młodzieżowej (EURAPAG), ISPOG, Europejskiego Towarzystwa Antykoncepcji i Zdrowia Reprodukcyjnego (ESC), Europejskiego Towarzystwa Endoskopii Ginekologicznej (ESGE), za cenne dyskusje na temat różnych części programu nauczania;

Członkom Komitetu Wykonawczego EBCOG i delegatom krajowym w Radzie EBCOG za ich zaufanie i cenne opinie.

Program nauczania EBCOG PACT jest wynikiem wzorcowej współpracy. W nadchodzących latach naszym wyzwaniem jest zapewnienie, aby ten program nauczania spisany na papierze stał się programem nauczania w całej Europie.

Dr Angelique J. Goverde

2018 Przewodniczący Stałego Komitetu EBCOG ds. Szkoleń i Oceny

2018 EBCOG PACT: od wizji do rzeczywistości

EBCOG wniósł istotny wkład w europejską opiekę zdrowotną poprzez sformułowanie Standardów Opieki nad Zdrowiem Kobiet w Europie. W rezultacie istnieje obecnie wspólna wizja zapewnienia optymalnej opieki zdrowotnej. Jednak droga od wizji do rzeczywistości może być trudna i powinniśmy wykorzystać wszystkie dostępne środki, aby ułatwić i wdrożyć optymalną opiekę zdrowotną. W tym celu pożądane jest zwiększenie mobilności ginekologów i lekarzy w trakcie specjalizacji w Europie, ponieważ umożliwi nam to uczenie się od siebie nawzajem i wymianę najlepszych praktyk. Z tego powodu wspólne podejście do szkolenia położników-ginekologów jest niezbędne dla tych lekarzy w trakcie specjalizacji, którzy dążą do uzyskania statusu przeszkolenia zgodnie z najlepszą europejską praktyką.

W EBCOG-PACT zdefiniowano wiedzę, umiejętności i postawy wymagane od każdego europejskiego ginekologa („podstawa"). Dodatkowo opisano „treści fakultatywne", które umiejscowiono między podstawą a podspecjalizacjami. Każdy lekarz w trakcie specjalizacji powinien zostać przeszkolony w co najmniej jednym module fakultatywnym. Programy podstawowe i fakultatywne zostały opracowane z wykorzystaniem formalnych technik konsensusu i dyskusji w ramach EBCOG i jego organizacji podspecjalistycznych. Oprócz kompetencji medycznych zdefiniowaliśmy wymagane kompetencje ogólne i umiejętności miękkie. Przy wsparciu europejskich pacjentek, pielęgniarek, położnych i administratorów szpitali stworzono ramy kompetencji dostosowane do europejskich położników-ginekologów. Ogólne kompetencje i umiejętności miękkie odnoszą się do kwestii, które mogą być postrzegane jako uniwersalne prawa człowieka dla kobiet i dobrze łączą się ze standardami opieki EBCOG. Ten program nauczania zawiera ustalenia dotyczące zarówno kompetencji medycznych, jak i ogólnych dla nowych europejskich położników-ginekologów.
Te warunki ukończenia nie są wiążące. W nadchodzących latach prawdopodobnie konieczne będzie udoskonalenie podstaw i oczekuje się, że zostaną zdefiniowane dodatkowe przedmioty fakultatywne. Pojawiła się już dyskusja na temat tego, czy kolposkopia powinna być częścią podstawy czy zajęć fakultatywnych oraz czy seksuologia z chorobami takimi jak vestibulodynia powinna mieć bardziej znaczące miejsce w podstawie. Program nauczania jest dokumentem dynamicznym, ale w tej chwili PACT jest najnowocześniejszy w Europie.

Oprócz definiowania wyników szkolenia PACT zapewnia również wytyczne dotyczące szkolenia na poziomie taktycznym, pozostawiając jednocześnie miejsce na różnice w operacjonalizacji, które mogą zależeć od lokalnego kontekstu i wizji. Na poziomie taktycznym poruszane są różne kwestie:

- Szkolenie symulacyjne jako ważny filar systemu szkoleniowego;
- Powierzenie czynności zawodowych na podstawie portfolio doświadczeń edukacyjnych, ocen i ewaluacji przez komisję ds. kompetencji; w zależności od lokalnych regulacji i przepisów prawa powierzenie czynności zawodowych oznacza, że lekarz w trakcie specjalizacji zostaje uznany za biegłego i może wykonywać daną czynność zawodową bez nadzoru.
- Zarządzanie jakością instytucji szkoleniowej i uznanie przez zewnętrznego akredytatora.

W niniejszym dokumencie EBCOG przedstawił program nauczania, który został dokładnie omówiony w społeczności i wśród jej interesariuszy. Słowo curriculum pochodzi od łacińskiego słowa oznaczającego wózek. Jego funkcją jest generowanie ruchu we właściwym kierunku. Następnym krokiem jest wprowadzenie programu nauczania w życie we

wszystkich instytucjach szkoleniowych, które chcą kształcić w sposób europejski. Aby to osiągnąć, musimy uwzględnić złożoność procesów zmian. Europejscy położnicy-ginekolodzy mogą stać się liderami w zakresie szkoleń i mobilności w całej Europie w porównaniu z innymi specjalizacjami medycznymi. Jeśli uda nam się wdrożyć PACT, ułatwi to zapewnienie optymalnej opieki zdrowotnej europejskim kobietom. Potrzebujemy Państwa przywództwa, aby sprostać temu wyzwaniu!

Prof. dr Fedde Scheele

Lider projektu EBCOG-PACT
2018

Treść programu nauczania
Podstawa programowa

Wprowadzenie

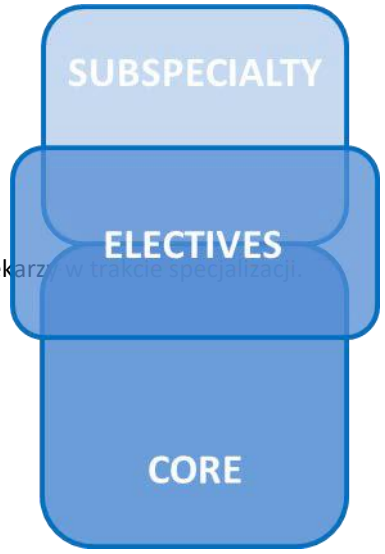
Kształcenie podyplomowe w zakresie położnictwa i ginekologii trwa co najmniej pięć lat. Składa się z programu podstawowego i fakultatywnego.

Niniejszy dokument opisuje podstawowe treści medyczne ogólnoeuropejskiego programu szkolenia podyplomowego w zakresie położnictwa i ginekologii. Zawartość podstawy została określona w drodze procedury konsensusu wśród europejskich ginekologów i lekarzy w trakcie specjalizacji [1,2]. Integruje wiedzę i umiejętności, które należy zdobyć podczas szkolenia, aby rozwinąć podstawowe kompetencje europejskiego ginekologa.

W ogólnoeuropejskim programie nauczania dokonuje się wyraźnego rozróżnienia między szkoleniem

podstawowym a modułami fakultatywnymi: Podstawa

- Wspólny rdzeń jest obowiązkowy dla wszystkich lekarzy w trakcie specjalizacji w dziedzinie położnictwa i ginekologii.
- Minimalny czas trwania wynosi trzy lata, w zależności od uregulowań krajowych lub lokalnych.
- Minimalne standardy szkolenia.
- Treść jasno określona przez konsensus europejski.
- Zalecane są minimalne liczby dla kilku procedur w celu zapewnienia odpowiedniego szkolenia.
- Warunki ukończenia odnoszą się do poziomu samodzielnej praktyki, co oznacza, że lekarz w trakcie specjalizacji jest w stanie wykonywać swoje obowiązki bez nadzoru.



Fakultatywne

- Co najmniej jeden przedmiot do wyboru jest obowiązkowy dla wszystkich lekarzy w trakcie specjalizacji.
- Obejmuje bardziej zintensyfikowane szkolenie niż podstawowe, z dodaniem nowej wiedzy i umiejętności, bardziej dogłębną analizą patologii i dalszym leczeniem.
- Określa osobisty profil zawodowy lekarza w trakcie specjalizacji wraz z obszarami szczególnego zainteresowania.
- Treść zajęć fakultatywnych znajduje się w „przesuwającym się oknie"; znajduje się pomiędzy specjalizacją podstawową a podspecjalizacją.
- Zajęcia fakultatywne mogą zostać włączone do obowiązkowego szkolenia w określonych krajach (np. w zakresie chorób piersi).

Podspecjalizacja

- Szkolenie podyplomowe wykracza poza zakres programu kształcenia podyplomowego w zakresie położnictwa i ginekologii.
- Treść ustandaryzowana i uznana przez stowarzyszenia subspecjalistyczne.

Instrukcje czytania

- Treść (podstawa i fakultety) paneuropejskiego programu nauczania musi być uzasadniona i możliwa do wdrożenia we wszystkich krajach europejskich.
- „Standardy opieki EBCOG" określają warunki świadczenia opieki i wykonywania zabiegów; zostały one opracowane w porozumieniu z towarzystwami podspecjalistycznymi. Stażyści muszą przestrzegać tych warunków.

- Treść programu nauczania (podstawowego i fakultatywnego) jest zgodna z aktualnymi standardami opieki i szkolenia. Ponieważ zmiany w dyscyplinach położnictwa i ginekologii zachodzą często, treść może nie we wszystkich przypadkach odzwierciedlać najnowsze zalecenia, chociaż standardy szkoleniowe będą okresowo aktualizowane.
- Kształcenie do poziomu samodzielnej praktyki oznacza, że lekarz w trakcie specjalizacji będzie musiał być w stanie zapewnić opiekę lub wykonać procedurę bez ingerencji nadzoru. Przepisy krajowe określają, czy nadzór musi być obecny (bez ingerencji), gdy lekarz w trakcie specjalizacji świadczy opiekę lub wykonuje procedurę.
- W przypadku niektórych opisanych procedur (np. operacji) osiągnięto konsensus co do liczby ich wykonań potrzebnych w szkoleniu. Parametry te oznaczają minimalną liczbę przypadków danej procedury, jaką lekarz w trakcie specjalizacji musi wykonać jako pierwszy operator. Liczby te stanowią wytyczne, ponieważ w całej Europie występują różnice w tych wskaźnikach, a także różnice w najlepszych praktykach.
- Procedura histerektomii brzusznej jest uwzględniona w szkoleniu podstawowym, zgodnie z konsensusem europejskim. Uznaje się, że częstość wykonywania tej procedury może różnić się w zależności od regionu, co sprawia, że nierealistyczne jest wymaganie *szkolenia in vivo* do poziomu samodzielnej praktyki od wszystkich lekarzy w trakcie specjalizacji. W związku z tym procedura może być ćwiczona w symulacji do poziomu samodzielnej praktyki, gdy histerektomia jest konieczna z powodu ciężkiego krwotoku poporodowego.

Wiedza i umiejętności w dziedzinie położnictwa i ginekologii zostały pogrupowane w dziesięć głównych tematów. Dla każdego tematu dokument ten opisuje, co powinno być przekazywane w podstawowej części programu nauczania.

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

Dla każdego tematu opisano wyniki 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 potrzeby oceny diagnostycznej lub rozpoznanie patologii.

Diagnoza; diagnozowanie bez wykorzystania określonej umiejętności.

Diagnoza; diagnozowanie z wykorzystaniem określonej umiejętności.

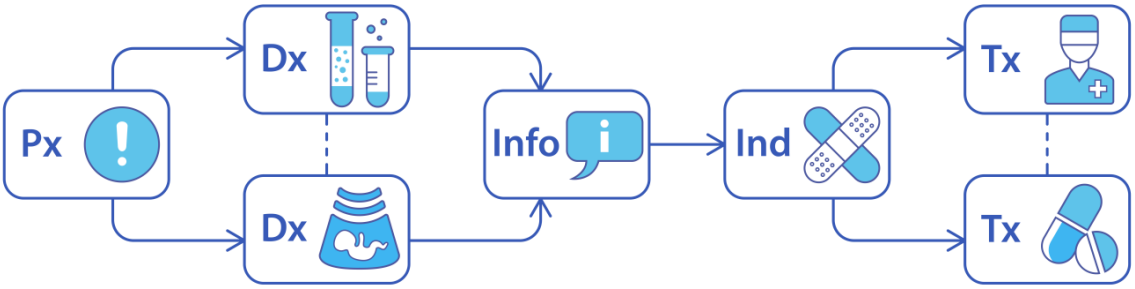
Informowanie; udzielanie informacji i porad dotyczących diagnozy i jej konsekwencji.

Wskazanie do leczenia; określenie wskazania do określonego leczenia z uwzględnieniem wszystkich opcji leczenia.

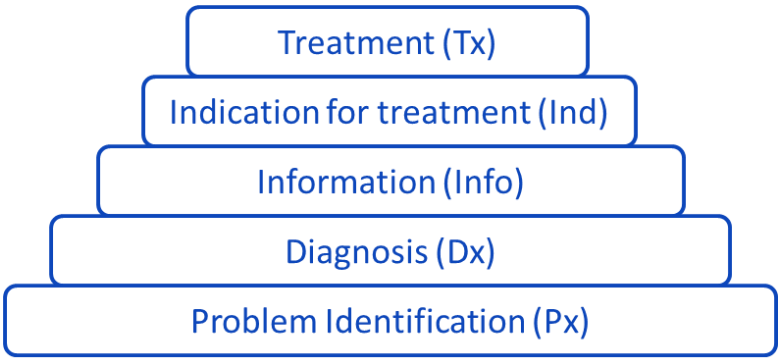
Leczenie; omówienie wszystkich opcji leczenia, określenie wskazań do określonego leczenia, doradztwo w zakresie leczenia, a także prowadzenie leczenia bez wykorzystania określonej umiejętności (np. leczenie zachowawcze).

Leczenie; omówienie wszystkich opcji leczenia, określenie wskazań do określonego leczenia, doradztwo w zakresie leczenia, a także prowadzenie leczenia z wykorzystaniem określonej umiejętności (np. leczenie chirurgiczne).

Fazy są zintegrowane z procesem klinicznym w następujący sposób:



Jeśli lekarz w trakcie specjalizacji jest w stanie zapewnić leczenie (Tx) danego schorzenia, zakłada się, że jest on również w stanie określić wskazania do leczenia (Ind), dostarczyć informacji dotyczących diagnozy (Info), zdiagnozować schorzenie (Dx) i zidentyfikować problem, który wymaga oceny diagnostycznej (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 może zapewnić opiekę położniczą i ginekologiczną na poziomie samodzielnej praktyki w ambulatorium, sali porodowej i izbie przyjęć.

We wszystkich sytuacjach lekarz w trakcie specjalizacji:

Identyfikacja problemu; określenie potrzeby oceny diagnostycznej lub rozpoznanie patologii.

- Posiada szczegółową wiedzę na temat embriologii, anatomii i fizjologii żeńskich narządów płciowych i piersi.
- Uzyskuje wywiad na temat pacjentki i rodziny, w tym kwestie społeczne, przeprowadza dokładne badanie kliniczne parametrów życiowych, wewnętrznych i zewnętrznych narządów płciowych oraz jamy brzusznej i odpowiednio interpretuje wyniki.
- Rozumie, w jaki sposób stany ginekologiczne wpływają na funkcje seksualne, pyta o funkcje seksualne i możliwe negatywne doświadczenia seksualne oraz rozumie konsekwencje przemocy seksualnej dla stanów ginekologicznych i zachowań.
- Rozumie biopsychospołeczne aspekty schorzeń położniczych i ginekologicznych.

Diagnoza; diagnozowanie bez wykorzystania określonej umiejętności.

Diagnoza; diagnozowanie z wykorzystaniem określonej umiejętności.

- Potrafi diagnozować, oceniać, badać, monitorować i interpretować dane dotyczące najczęstszych schorzeń położniczych i ginekologicznych (warunki należy wyjaśnić według tematu).
- Podejmuje terminowe i odpowiednie badania, takie jak badanie próbek mikrobiologicznych, badania laboratoryjne i obrazowanie radiologiczne oraz interpretuje wyniki we współpracy z kolegami (np. radiologami) w odniesieniu do wyników klinicznych w celu postawienia diagnozy różnicowej.

Informowanie; udzielanie informacji i porad dotyczących diagnozy i jej konsekwencji

- Utrzymuje skuteczną komunikację z pacjentkami i krewnymi zgodnie z zasadami wspólnego podejmowania decyzji i świadomej zgody, dokładnie dokumentuje tę komunikację i wykonuje pracę zespołową z efektywną komunikacją w ramach multidyscyplinarnych zespołów opieki zdrowotnej.
- Udział w spotkaniach dotyczących zachorowalności klinicznej
  Informowanie nakierowane na pacjentkę po powikłaniach położniczych i ginekologicznych.

Wskazanie do leczenia; określenie wskazania do określonego leczenia z uwzględnieniem wszystkich opcji leczenia.

- Potrafi rozpoznać i selekcjonować pacjentki w stanie ostrym oraz rozpocząć odpowiednie leczenie, w tym pacjentki z sepsą, powikłaniami okołoporodowymi i wymagające resuscytacji.
- Prowadzi obchód oddziału w wielodyscyplinarnym składzie, zarządza przyjęciem i wypisem pacjentek na oddziale i sali porodowej oraz zarządza kierowaniem ich do innych gabinetów.
- Posiada szczegółową wiedzę na temat opieki okołooperacyjnej, w tym klasyfikacji ASA, wskazań i przeciwwskazań do operacji, ryzyka operacji, wskazań do transfuzji krwi, powikłań pooperacyjnych i wskazań do przyjęcia na intensywną terapię.

Leczenie; omówienie wszystkich opcji leczenia, określenie wskazań do określonego leczenia, doradztwo w zakresie leczenia, a także prowadzenie leczenia <u>bez</u> wykorzystania określonej umiejętności (np. leczenie zachowawcze).

Leczenie; omówienie wszystkich opcji leczenia, określenie wskazań do określonego leczenia, doradztwo w zakresie leczenia, a także prowadzenie leczenia <u>z</u> wykorzystaniem określonej umiejętności (np. leczenie chirurgiczne).

- Potrafi zapewnić podstawowe interwencje terapeutyczne, w tym bezpieczne i odpowiednie przepisywanie i podawanie tlenu, leków i terapii, produktów krwiopochodnych, wspomaganie krążenia i cewnikowanie pęcherza moczowego.
- Zarządza oceną, zapobieganiem i leczeniem bólu.

2. Opieka prenatalna

Identyfikacja problemu; określenie potrzeby oceny diagnostycznej lub rozpoznanie patologii.

Proszę zapoznać się z następną sekcją

Diagnoza; diagnozowanie bez wykorzystania określonej umiejętności.

Proszę zapoznać się z następną sekcją

Diagnoza; diagnozowanie z wykorzystaniem określonej umiejętności.

Diagnoza	Umiejętność
o Żywotność zarodka i płodu	o USG przezpochwowe i przezbrzuszne
o Umiejscowienie ciąży (wewnątrz lub zewnątrzmaciczne)	o USG przezpochwowe i przezbrzuszne
o Wiek ciąży	o USG przezpochwowe i przezbrzuszne
o Ciąża pojedyncza lub mnoga	o USG przezpochwowe i przezbrzuszne
o Długość szyjki macicy	o USG przezpochwowe i przezbrzuszne
o Kosmówkowość	o USG przezpochwowe i przezbrzuszne
o Biometria płodu	o USG przezpochwowe i przezbrzuszne
o Przodowanie płodu	o USG przezpochwowe i przezbrzuszne
o Miejsce łożyska	o USG przezpochwowe i przezbrzuszne
o Objętość płynu owodniowego	o USG przezpochwowe i przezbrzuszne
o Ocena dopplerowska tętnicy pępowinowej	o Dopplerowski pomiar przepływu

Informowanie; udzielanie informacji i porad dotyczących diagnozy i jej konsekwencji.

- O Ciąża u nastolatek, ciąża w zaawansowanym wieku
- o Ciąża i otyłość
- o Ciąża i cukrzyca
- o Ciąża i istniejące wcześniej nadciśnienie tętnicze
- o Niewydolność szyjki macicy
- o Ciąża mnoga
- o Cholestaza ciężarnych
  Stosowanie leków, wskazania i bezpieczeństwo w okresie ciąży i karmienia piersią (np. w przypadku schorzeń psychiatrycznych i medycznych)
  Karmienie piersią
- o Konsekwencje powikłanego porodu dla następnej ciąży i porodu
  - o Powikłania wcześniactwa

- Ciąża o nieznanej lokalizacji
- Wymioty niepowściągliwe
- (Nawracające) poronienie
- Utrata krwi z pochwy w pierwszym trymestrze ciąży
- Utrata krwi z pochwy w drugim i trzecim trymestrze ciąży
- Nieprawidłowości chromosomalne poprzez interpretację przezierności karkowej / test podwójny / test potrójny / amniopunkcja / pobieranie próbek kosmówki / NIPT

Ind

Wskazanie do leczenia; określenie wskazania do określonego leczenia z uwzględnieniem wszystkich opcji leczenia.

Proszę zapoznać się z następną sekcją

Tx

Leczenie; omówienie wszystkich opcji leczenia, określenie wskazań do określonego leczenia, doradztwo w zakresie leczenia, a także prowadzenie leczenia bez wykorzystania określonej umiejętności (np. leczenie zachowawcze).

- Przerwanie ciąży w drugim trymestrze
- Niezgodność grup krwi
- Status nosiciela paciorkowców grupy B
- Dolegliwości brzuszne
- (Drobny) uraz brzucha w ciąży
- Nieprawidłowe przodowanie płodu
- Cukrzyca ciążowa
- Małowodzie
- Wielowodzie
- Zaburzenia nadciśnieniowe w ciąży (nadciśnienie indukowane ciążą, stan przedrzucawkowy, rzucawka), HELLP)
- Zmniejszona aktywność płodu
- Ograniczenie wzrostu płodu
- Przedwczesne pęknięcie błon płodowych
- Wewnątrzmaciczne obumarcie płodu
- Ciąża po terminie
- Infekcje okołoporodowe (toksoplazmoza, kiła, ospa wietrzna i półpasiec, parwowirus B19, różyczka, wirus cytomegalii, opryszczka)

Tx

Leczenie; omówienie wszystkich opcji leczenia, określenie wskazań do określonego leczenia, doradztwo w zakresie leczenia, a także prowadzenie leczenia z wykorzystaniem określonej umiejętności (np. leczenie chirurgiczne).

Jak opisano w powyższej sekcji.

3. Opieka śródporodowa i poporodowa

Identyfikacja problemu; określenie potrzeby oceny diagnostycznej lub rozpoznanie patologii.

Proszę zapoznać się z następną sekcją

Diagnoza; diagnozowanie bez wykorzystania określonej umiejętności.

Proszę zapoznać się z następną sekcją

Diagnoza; diagnozowanie z wykorzystaniem określonej umiejętności.

Diagnoza
- Prawdopodobieństwo porodu

Umiejętność
- Badanie fizykalne
- USG śródporodowe
- Interpretacja KTG
- Interpretacja i zastosowanie partogramu

Informowanie; udzielanie informacji i porad dotyczących diagnozy i jej konsekwencji

Proszę zapoznać się z następną sekcją

Wskazanie do leczenia; określenie wskazania do określonego leczenia z uwzględnieniem wszystkich opcji leczenia.

O Krwotok poporodowy; embolizacja tętnicza

Leczenie; omówienie wszystkich opcji leczenia, określenie wskazań do określonego leczenia, doradztwo w zakresie leczenia, a także prowadzenie leczenia bez wykorzystania określonej umiejętności (np. leczenie zachowawcze).

Opieka śródporodowa
- Indukcja dojrzewania płuc
- Przedwczesne skurcze
- Niewydolność szyjkowa
- Brak postępu porodu
- Gorączka śródporodowa
- Płyn owodniowy zabarwiony smółką
- Cesarskie cięcie w wywiadzie
- Ból okołoporodowy
- Kryzys nadciśnieniowy / ciężki stan przedrzucawkowy / HELLP
- Łożysko przodujące

Po porodzie

- Poporodowe zapalenie sutka (z ropniem)
- Zatrzymanie moczu po porodzie
- Proces zakrzepowo-zatorowy
- Krwotok poporodowy
- Bezpieczeństwo leków w okresie laktacji
- Ocena ryzyka zakrzepowego

Leczenie; omówienie wszystkich opcji leczenia, określenie wskazań do określonego leczenia, doradztwo w zakresie leczenia, a także prowadzenie leczenia z wykorzystaniem określonej umiejętności (np. leczenie chirurgiczne).

Diagnoza	Umiejętność	Liczby
o Poród niepowikłany	o Pomoc w porodzie niepowikłanym	50
o Poród powikłany	o Pomoc przy porodzie przedwczesnym	
	o Poród pochwowy z wykorzystaniem próżnociągu	10-20
	o Poród z wykorzystaniem kleszczy	0-10
	o Poród pośladkowy*	5
	o Pomoc w porodzie pochwowym ciąży mnogiej	
	o Cięcie cesarskie	20
	o Powtórne cesarskie cięcie	10-15
	o Cięcie cesarskie u pacjentki z wysokim BMI	0-10
o Poród bliźniąt	o Poród bliźniąt drogą pochwową	
o Stan zagrożenia płodu	o Monitorowanie KTG	
	o Pobranie krwi ze skalpu płodu*	
	o Nacięcie krocza	
	o Cięcie cesarskie w trybie nagłym	10-15
o Przerwanie łożyska		
o Pęknięcie macicy		
o Dystocja barkowa	o Wszystkie manewry stosowane w przypadku dystocji*	
o Krwotok poporodowy	o Wewnątrzmaciczna tamponada balonowa	
	o Chirurgiczna kompresja atonicznej macicy (szew B-Lyncha)*	
	o Histerektomia brzuszna*	
o Zatrzymane łożysko	o Ręczne i chirurgiczne usunięcie łożyska	
o Inwersja macicy	o Ręczna rewersja macicy*	
o Uraz narządów płciowych	o Naprawa urazów narządów płciowych	
o Krwiak sromu	o Odbarczenie krwiaka sromu	
o Rana po nacięciu krocza	o Szycie rany po nacięciu krocza	
o Pęknięcie krocza 1./2./3. stopnia	o Szycie pęknięcia krocza 1./2./3. stopnia	
o Pęknięcie krocza 4. stopnia	o Szycie pęknięcia krocza 4. stopnia*	

o Wsparcie dla noworodków	o Wspiercie początkowej opieki nad noworodkiem zdrowym/wcześniakiem (z niską punktacją w skali Apgar) o Precyzyjna resuscytacja noworodka w pierwszych 10 minutach po porodzie (podczas oczekiwania na przybycie pediatry)*

**= wykorzystanie umiejętności co najmniej w warunkach symulacji*

4. Łagodne schorzenia ginekologiczne

Identyfikacja problemu; określenie potrzeby oceny diagnostycznej lub rozpoznanie patologii.

- Nagłe przypadki ginekologiczne
- Nieprawidłowe krwawienie z macicy
- Przewlekły ból miednicy
- Menopauza
- Nieprawidłowe krwawienie z pochwy w okresie menopauzy

Diagnoza; diagnozowanie bez wykorzystania określonej umiejętności.

- Wydzielina z pochwy

Diagnoza; diagnozowanie z wykorzystaniem określonej umiejętności.

Diagnoza	Umiejętność	Liczby*
Nieprawidłowości sromu	Biopsja punkcyjna w znieczuleniu miejscowym	10
Nieprawidłowości wewnątrzmaciczne	Pobieranie próbki ze śluzówki macicy (aspiracja/biopsja ambulatoryjna)	10
Nieprawidłowości macicy i przydatków	Diagnostyczne badanie ultrasonograficzne	
Nieprawidłowości jajnika	Histeroskopia diagnostyczna	10

Informowanie; udzielanie informacji i porad dotyczących diagnozy i jej konsekwencji

- Badania przesiewowe szyjki macicy
- Badania przesiewowe piersi
- Badania przesiewowe w kierunku osteopenii/osteoporozy
- Zarządzanie wagą

Wskazanie do leczenia; określenie wskazania do określonego leczenia z uwzględnieniem wszystkich opcji leczenia.

- Endometrioza
- Ropień jajowodu i jajnika
- Nieprawidłowe krwawienie z macicy
- Mięśniak macicy
- Przegroda pochwy

Leczenie; omówienie wszystkich opcji leczenia, określenie wskazań do określonego leczenia, doradztwo w zakresie leczenia, a także prowadzenie leczenia bez wykorzystania określonej umiejętności (np. leczenie zachowawcze).

- Zapalenie narządów miednicy mniejszej/zapalenie jajowodów
- Ból brzucha/miednicy
- Zespół napięcia przedmiesiączkowego
- Bolesne miesiączkowanie
- Nieprawidłowe krwawienie z macicy
- Dolegliwości związane z menopauzą (patrz rysunek 1 i 2 w załączniku)
- Nieprawidłowa wydzielina z pochwy
- Zapalenie sromu i pochwy
- Mięśniaki macicy
- Stany patologiczne przydatków
- Endometrioza
- Kłykciny kończyste sromu
- Poronienie w pierwszym trymestrze ciąży
- Ciąża pozamaciczna

Leczenie; omówienie wszystkich opcji leczenia, określenie wskazań do określonego leczenia, doradztwo w zakresie leczenia, a także prowadzenie leczenia z wykorzystaniem określonej umiejętności (np. leczenie chirurgiczne).

Diagnoza	Umiejętność	Liczby*
o Nieprawidłowe krwawienie z macicy	o Założenie wkładki wewnątrzmacicznej	15
	o Ablacja endometrium	
	o Całkowita histerektomia laparoskopowa	
o Ciąża ektopowa	o Laparoskopowe usunięcie ciąży ektopowej (salpingostomia) lub salpingektomia	10
o Wczesne poronienie / Terminacja ciąży w pierwszym trymestrze	Łyżeczkowanie jamy macicy za pomocą ssaka lub tępej kirety*	15
o Torbiel gruczołu Bartholina	o Chirurgiczna marsupializacja torbieli	5
o Ropień sromu	o Chirurgiczne wycięcie ropnia	
o Torbiel jajnika	o	
	o	
	o Prosta laparoskopowa cystektomia jajnika	5
o Stany patologiczne przydatków	o Salpingo-ooforektomia laparoskopowa	5
	o Salpingo-ooforektomia laparotomijna	5
o Polip wewnątrzmaciczny	o Histeroskopowa resekcja polipa	5
o Mięśniak macicy	o Histeroskopowa resekcja mięśniaka typu 0–1 (< 4 cm)	3
	Laparotomijna miomektomia mięśniaka podsurowiczego	3
o Zrosty w miednicy	o Prosta laparoskopowa adhezjoliza	3
	o Laparotomia z minimalną adhezjolizą	3

**=zgodnie z lokalnymi i krajowymi protokołami i przepisami i może obejmować wykorzystanie umiejętności co najmniej w warunkach symulacji*

5. Medycyna rozrodu

Identyfikacja problemu; określenie potrzeby oceny diagnostycznej lub rozpoznanie patologii.

O Obniżona płodność u mężczyzn i kobiet oraz ocena płodności
o Podstawowa endokrynologia rozrodu oraz zaburzenia endokrynologiczne, które mogą prowadzić do zaburzeń cyklu
(pierwotny brak miesiączki, wtórny brak miesiączki, skąpe miesiączkowanie, mlekotok, hiperprolaktynemia i hirsutyzm)
Ocena pierwotnego i wtórnego braku miesiączki u kobiet (nieprawidłowości OUN, dysfunkcja przysadki mózgowej, nieprawidłowości jajników i owulacji, nieprawidłowości układu płciowego)
o Ocena nawracającej utraty ciąży

o Techniki wspomaganego rozrodu

o Techniki zachowania płodności

Diagnoza; diagnozowanie bez wykorzystania określonej umiejętności.

O Badanie braku miesiączki
o Zaburzenia hormonalne
o Dysfunkcja przysadki mózgowej
o PCOS i jego diagnostyka różnicowa
o Hirsutyzm i wirylizm

Diagnoza; diagnozowanie z wykorzystaniem określonej umiejętności.

Diagnoza	Umiejętność	Liczby
o Nieprawidłowości układu płciowego	o Przezpochwowe badanie ultrasonograficzne, preferowane przezpochwowe badanie ultrasonograficzne 3D	
o Obniżona płodność; drożność jajowodów	o Laparoskopia diagnostyczna z badaniem jajowodów	
	o Histeroskopia diagnostyczna z badaniem jajowodów	
o Odpowiedź na leczenie niepłodności	o Przezpochwowe badanie ultrasonograficzne ze zliczaniem pęcherzyków i pomiarami pęcherzyków	50
o Zespół hiperstymulacji jajników	o Przezpochwowe badanie ultrasonograficzne z oceną pęcherzyków i płynu w jamie otrzewnej	

Informowanie; udzielanie informacji i porad dotyczących diagnozy i jej konsekwencji.

O Ogólne czynniki prognostyczne ciąży
o Prawdopodobieństwo utrzymania ciąży, poronienia spontanicznego oraz ciąży ektopowej związane z
różnymi metodami leczenia niepłodności
o Kwestie prawne i etyczne związane z rozrodem wspomaganym medycznie

Wskazanie do leczenia; określenie wskazania do określonego leczenia z uwzględnieniem wszystkich opcji leczenia.

Leczenie	Umiejętność
o Techniki wspomaganego rozrodu	o Inseminacja domaciczna

Leczenie; omówienie wszystkich opcji leczenia, określenie wskazań do konkretnego leczenia, porady dotyczące leczenia, a także prowadzenie leczenia bez wykorzystania określonej umiejętności (np. leczenie zachowawcze).

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

Leczenie; omówienie wszystkich opcji leczenia, określenie wskazań do określonego leczenia, doradztwo w zakresie leczenia, a także prowadzenie leczenia z wykorzystaniem określonej umiejętności (np. leczenie chirurgiczne).

Proszę zobaczyć powyżej

6. Uroginekologia i dno miednicy

Identyfikacja problemu; określenie potrzeby oceny diagnostycznej lub rozpoznanie patologii.

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

Diagnoza; diagnozowanie bez wykorzystania określonej umiejętności.

Proszę zapoznać się z następną sekcją

Diagnoza; diagnozowanie z wykorzystaniem określonej umiejętności.

Diagnoza

- o Wypadnięcie przedziału wierzchołkowego
- o Wypadnięcie przedziału przedniego
- o Wypadnięcie przedziału tylnego
- o Wysiłkowe nietrzymanie moczu
- o Pęcherz nadreaktywny
- o Zatrzymanie moczu

Umiejętność

- o Ocena wypadania narządów miednicy mniejszej
- o Interpretacja dzienniczka mikcji
  - o O Pomiar resztkowej objętości moczu

Informowanie; udzielanie informacji i porad dotyczących diagnozy i jej konsekwencji

- o Porady dotyczące stylu życia

Wskazanie do leczenia; określenie wskazania do określonego leczenia z uwzględnieniem wszystkich opcji leczenia.

- O Wypadanie pochwy
- o Nietrzymanie moczu

Leczenie; omówienie wszystkich opcji leczenia, określenie wskazań do określonego leczenia, doradztwo w zakresie leczenia, a także prowadzenie leczenia bez wykorzystania określonej umiejętności (np. leczenie zachowawcze).

- o Ćwiczenia dna miednicy
- o Trening pęcherza moczowego

Leczenie; omówienie wszystkich opcji leczenia, określenie wskazań do określonego leczenia, doradztwo w zakresie leczenia, a także prowadzenie leczenia z wykorzystaniem określonej umiejętności (np. leczenie chirurgiczne).

Diagnoza	Umiejętność*	Liczby
o Wypadnięcie macicy / sklepienia pochwy	o Dopasowanie pessara i dalsza opieka	10
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

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

5. Stany przednowotworowe i onkologia ginekologiczna

Identyfikacja problemu; określenie potrzeby oceny diagnostycznej lub rozpoznanie patologii.

- Stany przednowotworowe sromu u osłabionych kobiet z wieloma chorobami współistniejącymi.
- Zaawansowane ginekologiczne nowotwory złośliwe
- Atypowe reakcje na żałobę

Diagnoza; diagnozowanie bez wykorzystania określonej umiejętności.

- Rak sromu i szyjki macicy na podstawie oceny wyników badań histopatologicznych.

Diagnoza; diagnozowanie z wykorzystaniem określonej umiejętności.

Diagnoza	Umiejętność
o Choroby narządów płciowych związane z HPV	o Wulwoskopia z biopsją Kolposkopia z biopsją
o Hiperplazja endometrium	o TVS i biopsja endometrium
o Ciążowa choroba trofoblastyczna	o TVS
o Nowotwór złośliwy endometrium	o Biopsja endometrium

Informowanie; udzielanie informacji i porad dotyczących diagnozy i jej konsekwencji.

- Rak sromu
- Rak szyjki macicy
- Rak endometrium
- Rak jajnika
- Nawrót lub progresja ginekologicznej choroby onkologicznej.

Wskazanie do leczenia; określenie wskazania do określonego leczenia z uwzględnieniem wszystkich opcji leczenia.

Omówiono w sekcjach powyżej.

Leczenie; omówienie wszystkich opcji leczenia, określenie wskazań do określonego leczenia, doradztwo w zakresie leczenia, a także prowadzenie leczenia bez wykorzystania określonej umiejętności (np. leczenie zachowawcze).

- Omówiono w sekcjach powyżej.

Leczenie; omówienie wszystkich opcji leczenia, określenie wskazań do określonego leczenia, doradztwo w zakresie leczenia, a także prowadzenie leczenia z wykorzystaniem określonej umiejętności (np. leczenie chirurgiczne).

Diagnoza	Umiejętność	Liczby*
o Stany przednowotworowe szyjki macicy	o Konizacja szyjki macicy	5
o Wewnątrznabłonkowa neoplazja szyjki macicy	o LLETZ szyjki macicy	10
o Rak endometrium o niskim stopniu złośliwości w stadium I	o Histerektomia laparoskopowa*	
	o Histerektomia brzuszna*	
o Uwarunkowania genetyczne, w tym mutacje ze wskazaniem do salpingektomii w celu zmniejszenia ryzyka	o Salpingo-ooforektomia laparoskopowa	5
	o Salpingo-ooforektomia laparotomijna	5

* *wykorzystanie umiejętności co najmniej w warunkach symulacji*

7. Ginekologia dziecięca i młodzieżowa

Identyfikacja problemu; określenie potrzeby oceny diagnostycznej lub rozpoznanie patologii.

- O Zaburzenia funkcji seksualnych
- o Molestowanie seksualne
- o Okaleczanie narządów płciowych
- o Wydzielina z pochwy u dziecka
- o Ostry ból brzucha u dziecka
- o Choroba przenoszona drogą płciową u dziecka
- o Uraz sromu, pochwy, krocza i/lub odbytu u dziecka
- o Podejrzenie przemocy domowej lub molestowania dziecka

Diagnoza; diagnozowanie bez wykorzystania określonej umiejętności.

Proszę zapoznać się z następną sekcją

Diagnoza; diagnozowanie z wykorzystaniem określonej umiejętności.

Diagnoza	Umiejętność
o Choroby ginekologiczne u dzieci*	o Dostosowanie komunikacji do poziomu dziecka o Dokładne badanie ginekologiczne dziecka*

Informowanie; udzielanie informacji i porad dotyczących diagnozy i jej konsekwencji

Proszę zapoznać się z następną sekcją

Wskazanie do leczenia; określenie wskazania do określonego leczenia z uwzględnieniem wszystkich opcji leczenia.

- O Antykoncepcja u zdrowej młodzieży

Leczenie; omówienie wszystkich opcji leczenia, określenie wskazań do określonego leczenia, doradztwo w zakresie leczenia, a także prowadzenie leczenia bez wykorzystania określonej umiejętności (np. leczenie zachowawcze).

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

Leczenie; omówienie wszystkich opcji leczenia, określenie wskazań do określonego leczenia, doradztwo w zakresie leczenia, a także prowadzenie leczenia z wykorzystaniem określonej umiejętności (np. leczenie chirurgiczne).

Diagnoza	Umiejętność
o Uraz sromu/pochwy/ krocza/odbytnicy u dziecka*	o Pilne leczenie sromu/pochwy/ krocza/odbytnicy

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

8. Zdrowie seksualne i antykoncepcja

Identyfikacja problemu; określenie potrzeby oceny diagnostycznej lub rozpoznanie patologii.

- Uzyskanie pełnego wywiadu seksualnego, w tym informacji na temat zdrowia seksualnego, formy stosowanej antykoncepcji, infekcji przenoszonych drogą płciową
- Zrozumienie fizjologicznego mechanizmu i ścieżek kobiecej reakcji seksualnej
- Zrozumienie wpływu schorzeń ginekologicznych, endokrynologicznych i położniczych na zdrowie seksualne / reakcje kobiet

Diagnoza; diagnozowanie bez wykorzystania określonej umiejętności.

Diagnoza	Umiejętność
O Zaburzenia funkcji seksualnych (zaburzenia bólowe, zaburzenia orgazmu, zaburzenia pożądania seksualnego, lubrykacja) O Molestowanie seksualne O Przemoc domowa O Okaleczanie narządów płciowych	o Umiejętności komunikacyjne

Diagnoza; diagnozowanie z wykorzystaniem określonej umiejętności.

Proszę zapoznać się z następną sekcją

IInformowanie; udzielanie informacji i porad dotyczących diagnozy i jej konsekwencji.

- Udzielanie informacji na temat zapobiegania infekcjom przenoszonym drogą płciową i niezamierzonej ciąży, porady dotyczące stylu życia
- Udzielanie informacji na temat możliwości określonych interwencji psychologicznych/psychoterapeutycznych
- Udzielanie informacji na temat psychospołecznych aspektów okaleczania narządów płciowych

Wskazanie do leczenia; określenie wskazania do określonego leczenia z uwzględnieniem wszystkich opcji leczenia.

- Niezamierzona ciąża, planowanie rodziny
- Infekcje przenoszone drogą płciową
- Dyspareunia

Leczenie; omówienie wszystkich opcji leczenia, określenie wskazań do określonego leczenia, doradztwo w zakresie leczenia, a także prowadzenie leczenia bez wykorzystania określonej umiejętności (np. leczenie zachowawcze).

- Antykoncepcja, antykoncepcja awaryjna
- Terapia hormonalna (systematyczna/lokalna)
- Zabiegi miejscowe (lubrykanty, środki nawilżające, środki miejscowo znieczulające)

Leczenie; omówienie wszystkich możliwości leczenia, określenie wskazań do określonego leczenia, doradztwo w zakresie leczenia, a także prowadzenie leczenia z wykonaniem określonej umiejętności (np. leczenie chirurgiczne).

Diagnoza

- Zaburzenia seksualne związane z bólem
- Antykoncepcja

Umiejętność

- Techniki chirurgiczne w zależności od rodzaju bólu
- Założenie krążka dopochwowego/kapturka naszyjkowego
- Założenie wkładki wewnątrzmacicznej
- Założenie implantów antykoncepcyjnych
- Sterylizacja laparoskopowa
- Medyczna i chirurgiczna terminacja ciąży

9. Choroby piersi

Identyfikacja problemu; określenie potrzeby oceny diagnostycznej lub rozpoznanie patologii.

- Nowotwory złośliwe piersi
- Genetyczne ryzyko nowotworu złośliwego piersi
- Metody badań przesiewowych w kierunku chorób piersi

Diagnoza; diagnozowanie bez wykorzystania określonej umiejętności.

Proszę zapoznać się z następną sekcją

Diagnoza; diagnozowanie z wykorzystaniem określonej umiejętności.

Diagnoza	Umiejętność
o Mlekotok	o Dokładne badanie piersi
o Ból sutka	

Informowanie; udzielanie informacji i porad dotyczących diagnozy i jej konsekwencji

Omówione w sekcjach powyżej

Wskazanie do leczenia; określenie wskazania do określonego leczenia z uwzględnieniem wszystkich opcji leczenia.

Omówione w sekcjach powyżej

Leczenie; omówienie wszystkich opcji leczenia, określenie wskazań do określonego leczenia, doradztwo w zakresie leczenia, a także prowadzenie leczenia bez wykorzystania określonej umiejętności (np. leczenie zachowawcze).

Omówione w sekcjach powyżej

Leczenie; omówienie wszystkich opcji leczenia, określenie wskazań do określonego leczenia, doradztwo w zakresie leczenia, a także prowadzenie leczenia z wykorzystaniem określonej umiejętności (np. leczenie chirurgiczne).

Omówione w sekcjach powyżej

Treść programu nauczania
Program fakultatywny

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

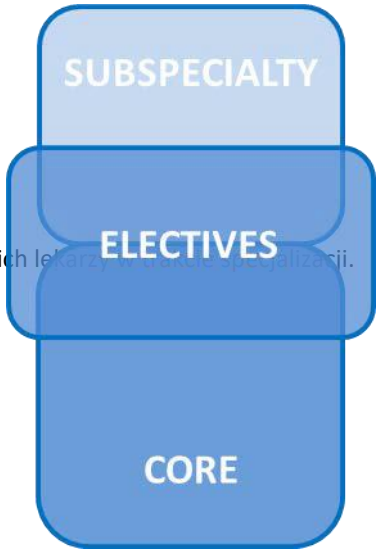
Wprowadzenie

Kształcenie podyplomowe w zakresie położnictwa i ginekologii trwa co najmniej pięć lat. Składa się z programu podstawowego i fakultatywnego.
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 nauczania dokonuje się wyraźnego rozróżnienia między szkoleniem

podstawowym a modułami fakultatywnymi: Podstawa

- Wspólny rdzeń jest obowiązkowy dla wszystkich lekarzy w trakcie specjalizacji w dziedzinie położnictwa i ginekologii.
- Minimalny czas trwania wynosi trzy lata, w zależności od uregulowań krajowych lub lokalnych.
- Minimalne standardy szkolenia.
- Treść jasno określona przez konsensus europejski.
- Zalecane są minimalne liczby dla kilku procedur w celu zapewnienia odpowiedniego szkolenia.
- Warunki ukończenia odnoszą się do poziomu samodzielnej praktyki, co oznacza, że lekarz w trakcie specjalizacji może wykonywać swoje obowiązki bez nadzoru.



Komponenty fakultatywne

- Co najmniej jeden komponent fakultatywny jest obowiązkowy dla wszystkich lekarzy w trakcie specjalizacji.
- Obejmuje bardziej zintensyfikowane szkolenie niż podstawowe, z dodaniem nowej wiedzy i umiejętności, bardziej dogłębną analizą patologii i dalszym leczeniem.
- Określa osobisty profil zawodowy lekarza w trakcie specjalizacji wraz z obszarami szczególnego zainteresowania.
- Treść zajęć fakultatywnych znajduje się w „przesuwającym się oknie"; znajduje się pomiędzy specjalizacją podstawową a podspecjalizacją.
- Zajęcia fakultatywne mogą zostać włączone do obowiązkowego szkolenia w określonych krajach (np. w zakresie chorób piersi).

Podspecjalizacja

- Szkolenie podyplomowe wykracza poza zakres programu kształcenia podyplomowego w zakresie położnictwa i ginekologii.
- Treść ustandaryzowana i uznana przez stowarzyszenia podspecjalistyczne.

Instrukcje czytania

- Treść (podstawa i fakultety) paneuropejskiego programu nauczania musi być uzasadniona i możliwa do wdrożenia we wszystkich krajach europejskich.
- „Standardy opieki EBCOG" określają warunki świadczenia opieki i wykonywania zabiegów; zostały one opracowane w porozumieniu z towarzystwami podspecjalistycznymi. Stażyści muszą przestrzegać tych warunków.

- Treść programu nauczania (podstawowego i fakultatywnego) jest zgodna z aktualnymi standardami opieki i szkolenia. Ponieważ zmiany w dyscyplinach położnictwa i ginekologii zachodzą często, treść może nie we wszystkich przypadkach odzwierciedlać najnowsze zalecenia, chociaż standardy szkoleniowe będą okresowo aktualizowane.

- Kształcenie do poziomu samodzielnej praktyki oznacza, że lekarz w trakcie specjalizacji będzie musiał być w stanie zapewnić opiekę lub wykonać procedurę bez ingerencji nadzoru. Przepisy krajowe określają, czy nadzór musi być obecny (bez ingerencji), gdy lekarz w trakcie specjalizacji świadczy opiekę lub wykonuje procedurę.

Zidentyfikowano dziewięć modułów fakultatywnych obejmujących następujące zagadnienia:

1. Medycyna płodowa
2. Medycyna matczyna
3. Łagodne schorzenia ginekologiczne
4. Medycyna rozrodu
5. Uroginekologia i dno miednicy
6. Choroby dolnego odcinka układu rozrodczego i seksuologia
7. Ginekologia dzieci i młodzieży
8. Onkologia ginekologiczna
9. Choroby piersi

Dla każdego modułu fakultatywnego opisano wyniki kształcenia. 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 potrzeby oceny diagnostycznej lub rozpoznanie patologii.

Diagnoza; diagnozowanie bez wykorzystania określonej umiejętności.

Diagnoza; diagnozowanie z wykorzystaniem określonej umiejętności.

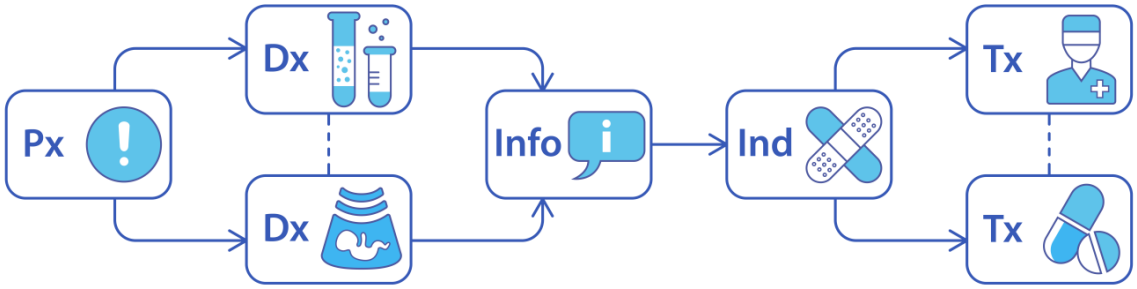
Informowanie; udzielanie informacji i porad dotyczących diagnozy i jej konsekwencji.

Wskazanie do leczenia; określenie wskazania do określonego leczenia z uwzględnieniem wszystkich opcji leczenia.

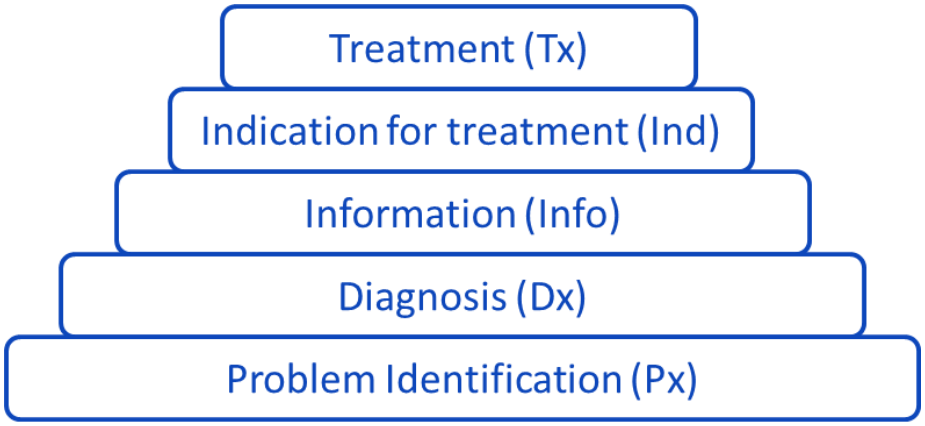
Leczenie; omówienie wszystkich opcji leczenia, określenie wskazań do określonego leczenia, doradztwo w zakresie leczenia, a także prowadzenie leczenia bez wykorzystania określonej umiejętności (np. leczenie zachowawcze).

Leczenie; omówienie wszystkich opcji leczenia, określenie wskazań do określonego leczenia, doradztwo w zakresie leczenia, a także prowadzenie leczenia z wykorzystaniem określonej umiejętności
(np. leczenie chirurgiczne).

Fazy są zintegrowane z procesem klinicznym w następujący sposób:



Jeśli lekarz w trakcie specjalizacji jest w stanie zapewnić leczenie (Tx) danej choroby, zakłada się, że jest on również w stanie określić wskazania do leczenia (Ind), przekazać informacje dotyczące diagnozy (Info), zdiagnozować stan (Dx) i zidentyfikować problem, który wymaga oceny diagnostycznej (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. Medycyna płodowa

Identyfikacja problemu; określenie potrzeby oceny diagnostycznej lub rozpoznanie patologii.

- Skierowanie do służb genetycznych dla rodzin zagrożonych lub z rozpoznaniem wady budowy płodu

Diagnoza; diagnozowanie bez wykorzystania określonej umiejętności.

- Uwzględnione w kolejnych fazach ścieżki klinicznej

Diagnoza; diagnozowanie z wykorzystaniem określonej umiejętności.

Diagnoza	Umiejętność
o Nieprawidłowy przepływ w tętnicy pępkowej	o USG tętnicy macicznej z pomiarem przepływu metodą Dopplera
o Nieprawidłowy przepływ w tętnicy środkowej mózgu	o USG tętnicy środkowej mózgu z pomiarem przepływu metodą Dopplera
o Nieprawidłowy przepływ w przewodzie żylnym	o USG przewodu żylnego z pomiarem przepływu metodą Dopplera
o Wady wrodzone	o Zaawansowane przesiewowe badania ultrasonograficzne
o Zaburzenia chromosomalne	o Amniocenteza
Rozpoznanie spektrum łożyska wrośniętego	o USG przezbrzuszne i przezpochwowe
Ograniczenie wzrostu płodu	

Informowanie; udzielanie informacji i porad dotyczących diagnozy i jej konsekwencji.

- Informowanie o zagrożeniach związanych z wszystkimi procedurami położniczymi.
- Prowadzenie interdyscyplinarnego spotkania na temat złożonych problemów psychospołecznych w czasie ciąży.

Wskazanie do leczenia; określenie wskazania do określonego leczenia z uwzględnieniem wszystkich opcji leczenia.

- Uwzględnione w kolejnych fazach ścieżki klinicznej

Leczenie; omówienie wszystkich opcji leczenia, określenie wskazań do określonego leczenia, doradztwo w zakresie leczenia, a także prowadzenie leczenia bez wykorzystania określonej umiejętności (np. leczenie zachowawcze).

Planowanie ciąży i porodu w przypadku ciąży z anomalią płodu

Terminacja ciąży z powodu anomalii płodu
Złożona ciąża bliźniacza, np. TTTS, MCDA

Leczenie; omówienie wszystkich opcji leczenia, określenie wskazań do określonego leczenia, doradztwo w zakresie leczenia, a także prowadzenie leczenia z wykorzystaniem określonej umiejętności (np. leczenie chirurgiczne).

Operacyjny poród płodu ze złożonymi wadami wrodzonymi

2. Medycyna matczyna

Identyfikacja problemu; określenie potrzeby oceny diagnostycznej lub rozpoznanie patologii.

- Problemy psychiatryczne wymagające skierowania do specjalisty zdrowia psychicznego, pracownika pomocy społecznej lub ośrodka leczenia uzależnień
- Kobiety z zaburzeniami genetycznymi

Diagnoza; diagnozowanie bez wykorzystania określonej umiejętności.

- Zaburzenia psychiczne w okresie ciąży i połogu
- Poradnictwo przedkoncepcyjne w przypadkach skomplikowanego wywiadu medycznego matki
- Strach przed porodem i zespół stresu pourazowego po porodzie
- Złożone problemy psychospołeczne podczas ciąży
- Uzależnienie od substancji
- Postępowanie w żałobie

Diagnoza; diagnozowanie z wykorzystaniem określonej umiejętności.

Proszę zapoznać się z następną sekcją

Informowanie; udzielanie informacji i porad dotyczących diagnozy i jej konsekwencji.

- Informowanie o zagrożeniach związanych z wszystkimi procedurami położniczymi.
- Prowadzenie interdyscyplinarnego spotkania na temat złożonych problemów psychospołecznych w czasie ciąży.
- Prowadzenie odprawy poporodowej

Wskazanie do leczenia; określenie wskazania do określonego leczenia z uwzględnieniem wszystkich opcji leczenia.

Proszę zapoznać się z następną sekcją

Leczenie; omówienie wszystkich opcji leczenia, określenie wskazań do określonego leczenia, doradztwo w zakresie leczenia, a także prowadzenie leczenia bez wykorzystania określonej umiejętności (np. leczenie zachowawcze).

- Złożone zaburzenia związane z nadciśnieniem w ciąży
- Wcześniej występująca cukrzyca
- Ciąża wielopłodowa

- Występująca wcześniej choroba matki
- Depresja poporodowa
- Bezpieczeństwo leków w ciąży
- Kobiety uzależnione od substancji

Leczenie; omówienie wszystkich opcji leczenia, określenie wskazań do określonego leczenia, doradztwo w zakresie leczenia, a także prowadzenie leczenia z wykorzystaniem określonej umiejętności (np. leczenie chirurgiczne).

Diagnoza	Umiejętność
Niewydolność szyjkowa	o Opierścienienie szyjki macicy

3. Łagodne schorzenia ginekologiczne

Identyfikacja problemu; określenie potrzeby oceny diagnostycznej lub rozpoznanie patologii.

Proszę zapoznać się z następną sekcją

Diagnoza; diagnozowanie bez wykorzystania określonej umiejętności.

Proszę zapoznać się z następną sekcją

Diagnoza; diagnozowanie z wykorzystaniem określonej umiejętności.

Proszę zapoznać się z następną sekcją

Informowanie; udzielanie informacji i porad dotyczących diagnozy i jej konsekwencji

Proszę zapoznać się z następną sekcją

Wskazanie do leczenia; określenie wskazania do określonego leczenia z uwzględnieniem wszystkich opcji leczenia.

- Psychospołeczne aspekty przewlekłego bólu miednicy.

Leczenie; omówienie wszystkich opcji leczenia, określenie wskazań do określonego leczenia, doradztwo w zakresie leczenia, a także prowadzenie leczenia bez wykorzystania określonej umiejętności (np. leczenie zachowawcze).

- Terapia hormonalna po menopauzie u pacjentek z chorobami współistniejącymi
- Postępowanie z osteoporozą

Leczenie; omówienie wszystkich opcji leczenia, określenie wskazań do określonego leczenia, doradztwo w zakresie leczenia, a także prowadzenie leczenia z wykorzystaniem określonej umiejętności (np. leczenie chirurgiczne).

Diagnoza	Umiejętność
Mięśniak macicy typu 2 (<3 cm)	Histeroskopowa resekcja mięśniaka typu 2 (<3 cm)
Mięśniak macicy (który nie reaguje na leczenie zachowawcze)	Laparoskopowa i otwarta miomektomia
	Histerektomia laparoskopowa i otwarta
Obfite miesiączkowanie	Histeroskopowa ablacja lub resekcja endometrium
	Histerektomia laparoskopowa i otwarta
Endometrioza (< stadium 2)	Laparoskopowe leczenie endometriozy
Ropień jajowodu i jajnika	Postępowanie laparoskopowe z ropniem jajowodu i jajnika

- Zrosty w miednicy
- Postępowanie w przypadku menopauzalnego zespołu moczowo-płciowego
- Laparoskopowa adhezjoliza

4. Medycyna rozrodu

Identyfikacja problemu; określenie potrzeby oceny diagnostycznej lub rozpoznanie patologii.

- Aspiracja nasienia metodą mikro/przezskórną
- Pobranie nasienia z jąder
- Zaburzenia genetyczne
- Diagnostyka przedimplantacyjna

Diagnoza; diagnozowanie bez wykorzystania określonej umiejętności.

Proszę zapoznać się z następną sekcją

Diagnoza; diagnozowanie z wykorzystaniem określonej umiejętności.

Proszę zapoznać się z następną sekcją

Informowanie; udzielanie informacji i porad dotyczących diagnozy i jej konsekwencji

Proszę zapoznać się z następną sekcją

Wskazanie do leczenia; określenie wskazania do określonego leczenia z uwzględnieniem wszystkich opcji leczenia.

- Sytuacja psychospołeczna par podczas leczenia niepłodności (wspólne podejmowanie decyzji)

Leczenie; omówienie wszystkich opcji leczenia, określenie wskazań do określonego leczenia, doradztwo w zakresie leczenia, a także prowadzenie leczenia bez wykorzystania określonej umiejętności (np. leczenie zachowawcze).

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

Leczenie; omówienie wszystkich opcji leczenia, określenie wskazań do określonego leczenia, doradztwo w zakresie leczenia, a także prowadzenie leczenia z wykorzystaniem określonej umiejętności (np. leczenie chirurgiczne).

Diagnoza

- Obniżona płodność
- Zespół hiperstymulacji jajników

Umiejętność

- Inseminacja domaciczna
- Paracenteza

5. Uroginekologia i dno miednicy

Identyfikacja problemu; określenie potrzeby oceny diagnostycznej lub rozpoznanie patologii.

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

Diagnoza; diagnozowanie bez wykorzystania określonej umiejętności.

Proszę zapoznać się z następną sekcją

Diagnoza; diagnozowanie z wykorzystaniem określonej umiejętności.

Diagnoza	Umiejętność
o Nieprawidłowości siły i ruchliwości dna miednicy i mięśnia dźwigacza odbytu o Nieprawidłowości w zaburzeniach układu moczowego	o Ręczny palpacyjny pomiar siły i ruchliwości dna miednicy i mięśnia dźwigacza odbytu o USG przezkroczowe i doodbytnicze o Interpretacja badań urodynamicznych

Informowanie; udzielanie informacji i porad dotyczących diagnozy i jej konsekwencji

- Praca z multidyscyplinarnym zespołem uroginekologicznym

Wskazanie do leczenia; określenie wskazania do określonego leczenia z uwzględnieniem wszystkich opcji leczenia.

- Psychospołeczne aspekty wypadania i nietrzymania moczu

Leczenie; omówienie wszystkich opcji leczenia, określenie wskazań do określonego leczenia, doradztwo w zakresie leczenia, a także prowadzenie leczenia bez wykorzystania określonej umiejętności (np. leczenie zachowawcze).

- Przepisywanie leków przeciwcholinergicznych i antymuskarynowych

Leczenie; omówienie wszystkich opcji leczenia, określenie wskazań do określonego leczenia, doradztwo w zakresie leczenia, a także prowadzenie leczenia z wykorzystaniem określonej umiejętności (np. leczenie chirurgiczne).

Diagnoza	Umiejętność
o Nietrzymanie moczu wysiłkowe i z parcia o Wypadnięcie macicy / sklepienia pochwy	o Założenie taśmy podcewkowej o Histerektomia

przezpochwowa

- Fiksacja do więzadła krzyżowo-kolcowego
- Kolpokleza

6. Choroby dolnego odcinka układu rozrodczego i seksuologia

Identyfikacja problemu; określenie potrzeby oceny diagnostycznej lub rozpoznanie patologii.

- Fizjologia i patologia dolnego odcinka układu rozrodczego kobiet
- Zrozumienie fizjologicznego mechanizmu i ścieżek kobiecej reakcji seksualnej
- Dysforia płciowa – wiedza teoretyczna

Diagnoza; diagnozowanie bez wykorzystania określonej umiejętności.

Proszę zapoznać się z następną sekcją

Diagnoza; diagnozowanie z wykorzystaniem określonej umiejętności.

Diagnoza	Umiejętność
O Stany przednowotworowe i nowotwory złośliwe sromu	o Wulwoskopia z biopsją
O Problemy seksualne	o Model poradnictwa seksuologicznego PLISSIT
O Ból narządów płciowych i zaburzenia penetracji	o Szkoleniowe badanie ginekologiczne
O Pochwica pierwotna	o Umiejętności komunikacyjne

Informowanie; udzielanie informacji i porad dotyczących diagnozy i jej konsekwencji

- Informowanie o zmianach w stylu życia, możliwościach życia seksualnego w związku z wyżej wymienionymi diagnozami
- Informowanie o możliwościach rozrodczych w przypadku problemów seksualnych (pochwica pierwotna), dysforii płciowej, stanów przednowotworowych i nowotworów złośliwych sromu
- Psychospołeczne aspekty chorób sromu i pochwy
- Psychospołeczne aspekty dysforii płciowej (wiedza teoretyczna, konsultacje z psychiatrą/seksuologiem)
- Psychospołeczne aspekty molestowania seksualnego

Wskazanie do leczenia; określenie wskazania do określonego leczenia z uwzględnieniem wszystkich opcji leczenia.

- Diagnozy wymienione powyżej w procesie diagnozowania

Leczenie; omówienie wszystkich opcji leczenia, określenie wskazań do określonego leczenia, doradztwo w zakresie leczenia, a także prowadzenie leczenia bez wykorzystania określonej umiejętności (np. leczenie zachowawcze).

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

Leczenie; omówienie wszystkich opcji leczenia, określenie wskazań do określonego leczenia, doradztwo w zakresie leczenia, a także prowadzenie leczenia z wykorzystaniem określonej umiejętności (np. leczenie chirurgiczne).

Diagnoza	Umiejętność
o Kłykciny kończyste narządów płciowych	o Waporyzacja laserowa o Chirurgiczne wycięcie zmian
o Okaleczenie narządów płciowych typu III	o Operacja rekonstrukcyjna blizny po infibulacji
o Dysforia płciowa	o W zależności od typu: FtM – histerektomia, adneksektomia

7. Ginekologia dzieci i młodzieży

Identyfikacja problemu; określenie potrzeby oceny diagnostycznej lub rozpoznanie patologii.

Proszę zapoznać się z następną sekcją

Diagnoza; diagnozowanie bez wykorzystania określonej umiejętności.

Proszę zapoznać się z następną sekcją

Diagnoza; diagnozowanie z wykorzystaniem określonej umiejętności.

Diagnoza	Umiejętność
o Uporczywe problemy dotyczące sromu i/lub dróg moczowych	o Cystoskopia / waginoskopia

Informowanie; udzielanie informacji i porad dotyczących diagnozy i jej konsekwencji.

- Krwawienie z pochwy przed okresem dojrzewania
- Guzy przydatków

Wskazanie do leczenia; określenie wskazania do określonego leczenia z uwzględnieniem wszystkich opcji leczenia.

- Uraz sromu / pochwy / krocza / odbytnicy

Leczenie; omówienie wszystkich opcji leczenia, określenie wskazań do określonego leczenia, doradztwo w zakresie leczenia, a także prowadzenie leczenia bez wykorzystania określonej umiejętności (np. leczenie zachowawcze).

- Antykoncepcja u młodzieży z problemami zdrowotnymi
- Ból sromu i pochwy
- Wydzielina z pochwy
- Ostry ból brzucha
- Przewlekły ból brzucha
- Przedwczesne dojrzewanie płciowe
- Opóźnienie dojrzewania płciowego

- Zaburzenia miesiączkowania (np. pierwotny brak miesiączki)
- Zaburzenia rozwojowe układu płciowego
- Stany patologiczne sromu i pochwy (np. liszaj twardzinowy)

Leczenie; omówienie wszystkich opcji leczenia, określenie wskazań do określonego leczenia, doradztwo w zakresie leczenia, a także prowadzenie leczenia z wykorzystaniem określonej umiejętności (np. leczenie chirurgiczne).

Diagnoza	Umiejętność
o Ciało obce w sromie lub pochwie	o Waginoskopia z usunięciem ciała obcego

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

8. Onkologia ginekologiczna

Identyfikacja problemu; określenie potrzeby oceny diagnostycznej lub rozpoznanie patologii.

Proszę zapoznać się z następną sekcją

Diagnoza; diagnozowanie bez wykorzystania określonej umiejętności.

Proszę zapoznać się z następną sekcją

Diagnoza; diagnozowanie z wykorzystaniem określonej umiejętności.

Diagnoza	Umiejętność
o Stany przednowotworowe i nowotwory złośliwe sromu	o Wulwoskopia z biopsją
o Nowotwór złośliwy jajnika	o Obliczenie współczynnika ryzyka nowotworu złośliwego (RMI)

Informowanie; udzielanie informacji i porad dotyczących diagnozy i jej konsekwencji

Proszę zapoznać się z następną sekcją

Wskazanie do leczenia; określenie wskazania do określonego leczenia z uwzględnieniem wszystkich opcji leczenia.

Proszę zapoznać się z następną sekcją

Leczenie; omówienie wszystkich opcji leczenia, określenie wskazań do określonego leczenia, doradztwo w zakresie leczenia, a także prowadzenie leczenia bez wykorzystania określonej umiejętności (np. leczenie zachowawcze).

Proszę zapoznać się z następną sekcją

Leczenie; omówienie wszystkich opcji leczenia, określenie wskazań do określonego leczenia, doradztwo w zakresie leczenia, a także prowadzenie leczenia z wykorzystaniem określonej umiejętności (np. leczenie chirurgiczne).

Diagnoza	Umiejętność
o Stany przednowotworowe szyjki macicy	o Konizacja szyjki macicy
o Rak endometrium o niskim stopniu złośliwości w stadium I	o Histerektomia laparoskopowa
	o Histerektomia brzuszna
o Uwarunkowania genetyczne, w tym mutacje ze wskazaniem do salpingoooforektomii w celu zmniejszenia ryzyka	o Salpingo-ooforektomia laparoskopowa
	o Salpingo-ooforektomia laparotomijna

9. Choroby piersi

Identyfikacja problemu; określenie potrzeby oceny diagnostycznej lub rozpoznanie patologii.

Proszę zapoznać się z następną sekcją

Diagnoza; diagnozowanie bez wykorzystania określonej umiejętności.

Proszę zapoznać się z następną sekcją

Diagnoza; diagnozowanie z wykorzystaniem określonej umiejętności.

Diagnoza	Umiejętność
o Stany przednowotworowe/nowotwory złośliwe piersi	o Aspiracja cienkoigłowa* o Biopsja sutka[3]

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

Informowanie; udzielanie informacji i porad dotyczących diagnozy i jej konsekwencji.

- Nawrót lub progresja nowotworu złośliwego piersi
- Graniczne stany patologiczne piersi
- Genetyka w nowotworach złośliwych piersi

Wskazanie do leczenia; określenie wskazania do określonego leczenia z uwzględnieniem wszystkich opcji leczenia.

- Stany przednowotworowe piersi
- Nowotwór złośliwy piersi

Leczenie; omówienie wszystkich opcji leczenia, określenie wskazań do określonego leczenia, doradztwo w zakresie leczenia, a także prowadzenie leczenia bez wykorzystania określonej umiejętności (np. leczenie zachowawcze).

- Mlekotok
- Ból sutka

- Poporodowe zapalenie sutka

Leczenie; omówienie wszystkich opcji leczenia, określenie wskazań do określonego leczenia, doradztwo w zakresie leczenia, a także prowadzenie leczenia z wykorzystaniem określonej umiejętności (np. leczenie chirurgiczne).

Diagnoza	Umiejętność
o Zmiany graniczne w piersi	o Chirurgiczne wycięcie zmiany w piersi
o Poporodowy ropień sutka	o Nakłucie i drenaż ropnia

Czynniki ludzkie i umiejętności nietechniczne

Autorzy: Anabela Serranito, Anna Aabakke, Fedde Scheele, Alexandra Krisuftova, Goknur Topcu, Sofia Tsiapakidou, Helena Bartels, Mark Formosa, Angelique Goverde, Karen Rose, AnnaLisa Tancredi, Ursula Catena, Fionnuala McAuliffe

Badania czynników ludzkich pozwalają ustalić, w jaki osoby wchodzą w interakcje w środowisku pracy. Dotyczy to czynników organizacyjnych i zawodowych, a także cech indywidualnych. Umiejętności nietechniczne zawierają się w czynnikach indywidualnych i są to umiejętności poznawcze, społeczne i osobiste, które nie odnoszą się bezpośrednio do pracy klinicznej, ale uzupełniają umiejętności techniczne i mają kluczowe znaczenie dla zapewnienia bezpiecznej i skutecznej opieki nad pacjentką.

W tej sekcji opisano czynniki ludzkie, a dokładniej umiejętności nietechniczne, które są istotne w ogólnoeuropejskim programie kształcenia podyplomowego w dziedzinie położnictwa i ginekologii. Te kompetencje i umiejętności zostały określone na podstawie badań naukowych przeprowadzonych wśród interesariuszy społecznych z całej Europy. Umiejętności te powinny być nabywane w trakcie kształcenia, obok wyników w zakresie wiedzy medycznej, w celu zaspokojenia potrzeb społeczeństwa i interesariuszy specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii. Wykorzystanie szkoleń z zakresu czynników ludzkich może potencjalnie poprawić wydajność i jakość świadczonej opieki oraz zwiększyć bezpieczeństwo pacjentek

Sugestie dotyczące oceny tych umiejętności znajdują się w sekcji „Powierzenie samodzielności i portfolio" programu nauczania. Formularze oceny odnoszą się do umiejętności nietechnicznych i opisują konkretne kompetencje, które należy rozwinąć. Komunikacja i przywództwo rozpatrzono indywidualnie w poniższych sekcjach ze względu na ich znaczenie w kształceniu w dziedzinie położnictwa i ginekologii

Przywództwo osobiste i rozwój

- Uczenie się przez całe życie i służenie wzorem
- Uważność pozwalająca uzyskać równowagę między pracą a życiem prywatnym
- Rozwijanie samoświadomości i umiejętność rozpoznawania swoich kompetencji i ograniczeń
- Dawanie, poszukiwanie i akceptowanie opinii, zastanowienie nad nimi i wykorzystanie ich do samodoskonalenia
- Stosowanie refleksyjnego podejścia do praktyki lekarza w trakcie specjalizacji nakierowane na samodoskonalenie
- Ciągłe doskonalenie empatycznego słuchania oraz skutecznej i jednoznacznej komunikacji

Profesjonalne przywództwo

- Zarządzanie obciążeniem pracą i zasobami
- Utrzymanie standardów świadczonej opieki
- Wkład w postępy opieki zdrowotnej poprzez badania, projekty poprawy jakości, edukację i ułatwianie wdrażania innowacji
- Rozumienie znaczenia planowania i ustalania priorytetów na różnych poziomach systemów opieki zdrowotnej
- Wiedza na temat różnych stylów przywództwa i umiejętność dostosowania stylu przywództwa do sytuacji

Praca zespołowa

- Pełna szacunku współpraca z innymi członkami fachowego personelu medycznego, takimi jak pielęgniarki, położne i inni pracownicy opieki zdrowotnej, oraz wkład w tworzenie bezpiecznego i konstruktywnego środowiska pracy
- Wsparcie interdyscyplinarnego podejmowania decyzji, uznanie i zaufanie dla doświadczenia innych
- Koncentracja na działaniu zespołu przy zachowaniu standardów opieki i przestrzeganiu przepisów
- Demonstrowanie przywództwa, szczególnie w sytuacjach krytycznych

Świadomość sytuacji

- Rozumienie znaczenia świadomości sytuacyjnej, szczególnie w kontekście zarządzania oddziałem porodowym i nagłymi przypadkami położniczymi.
- Rozumienie istotności gromadzenia i interpretacji informacji dla tworzenia dobrej świadomości sytuacyjnej.
- Opracowywanie planów i przewidywanie przyszłych działań w celu rozwoju świadomości sytuacyjnej jednostki i zespołu

Podejmowanie decyzji i zarządzanie zadaniami

- Rozwijanie umiejętności oceny sytuacji klinicznych, definiowania problemów i generowania różnych planów zarządczych.
- Umiejętność wyboru opcji zarządzania, wdrożenia decyzji i zweryfikowania jej wyników.
- Uznanie znaczenia planowania i przygotowania w złożonym systemie klinicznym.
- Dostosowywanie się do zmian i reagowanie na nie w odpowiednim czasie.

Następujący autorzy przyczynili się do powstania wersji tej sekcji w 2018 roku:
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

Piśmiennictwo:

1. Flin R, Kumar M. Human factors: The science behind non-technical skills. Enhancing Surgical Performance. Lip 2015 13;17.

2. Gordon M, Darbyshire D, Baker P. Non-technical skills training to enhance patient safety: a systematic review. Medical education. Lis 2012;46(11):1042-54.

3. Mastrangelo A, Eddy ER, Lorenzet SJ. The importance of personal and professional leadership. Leadership & Organization Development Journal. Lip 2004 1;25(5):435-51.

4. Wacker J, Kolbe M. Leadership and teamwork in anesthesia–making use of human factors to improve clinical performance. Trends in anaesthesia and critical care. 1 gru 2014 1;4(6):200-5.

Przywództwo kliniczne w położnictwie i ginekologii

Autorzy: Anabela Serranito, Anna Aabakke, Fedde Scheele, Alexandra Krisuftova, Goknur Topcu, Sofia Tsiapakidou, Helena Bartels, Mark Formosa, Angelique Goverde, Karen Rose, AnnaLisa Tancredi, Ursula Catena, Fionnuala McAuliffe

Skuteczne przywództwo kliniczne ma kluczowe znaczenie dla zapewnienia doskonałości w opiece zdrowotnej i wykazano, że poprawia wyniki leczenia pacjentek. W ciągu ostatnich dziesięcioleci rosnąca złożoność procesów świadczenia opieki zdrowotnej i rosnące wymagania społeczne w zakresie odpowiedzialności, przejrzystości i jakości opieki przyniosły lekarzom nowe obowiązki. Codzienna praktyka kliniczna wymaga nie tylko solidnej wiedzy i umiejętności medycznych, ale także uzupełniających je biegłości w obszarach takich jak zarządzanie usługami i rozwój, mających na celu utrzymanie wysokich standardów opieki i generowanie ciągłej poprawy jakości.

Systemy opieki zdrowotnej w całej Europie stoją przed wspólnymi wyzwaniami, takimi jak zmieniająca się demografia pacjentek (np. starzenie się społeczeństw, wysokie obciążenie chorobami), postęp naukowy (np. sztuczna inteligencja, innowacje w zakresie usług i świadczenia opieki zdrowotnej) oraz rosnące koszty opieki zdrowotnej. Dodatkowe wyzwania są odczuwalne w obszarze zasobów ludzkich, gdzie niedobór wykwalifikowanych pracowników służby zdrowia, ze względu na trudności w utrzymaniu personelu i słabe prognozy dotyczące rosnących potrzeb, powoduje wyzwania na poziomie organizacyjnym, ponieważ niedobory kadrowe prowadzą do wydłużenia godzin pracy, stresu i wypalenia zawodowego personelu, powodując dalsze trudności w utrzymaniu personelu.

Tradycyjnie przywództwo kliniczne nie było formalnie ćwiczone, ponieważ lekarze są postrzegani jako naturalni liderzy w swoich lokalnych systemach. Rosnące wymagania ze strony systemów opieki zdrowotnej i zmiany w wymaganiach dotyczących sposobu świadczenia opieki klinicznej sprawiły, że rozwój przywództwa i szkolenia stały się integralną częścią kształcenia lekarzy. Wiedza przywódcza odgrywa ważną rolę w sprawowaniu formalnych ról przywódczych (takich jak dyrektorzy kliniczni, struktury zarządzania, kierownicy kliniczni), ale jest równie ważna w nieformalnych rolach przywódczych, np. w nagłych przypadkach położniczych i podczas pracy w zespołach multidyscyplinarnych. Wymagania dotyczące przywództwa mogą również zmieniać się w czasie, a formalne szkolenie liderów generuje lepszą odporność i zdolność adaptacji, prowadząc do najlepszych wyników opieki zdrowotnej w organizacjach o wysokiej niezawodności.

W celu oceny tych umiejętności lekarz w trakcie specjalizacji powinien ukończyć audyt lub projekt poprawy jakości podczas rozwijania kluczowych kompetencji. Ponadto zaleca się, aby lekarz w trakcie specjalizacji ukończył również projekt audytu / poprawy jakości podczas zdobywania kompetencji do wyboru. Aby dalej rozwijać umiejętności przywódcze, lekarze w trakcie specjalizacji mogą wziąć udział w zajęciach fakultatywnych z przywództwa klinicznego.

Poniższa sekcja ma na celu nakreślenie ogólnych kompetencji przywódczych w kształceniu podyplomowym w dziedzinie położnictwa i ginekologii

- **Zarządzanie w oparciu o podejście systemowe**
  - Rozumienie, w jaki sposób różne elementy systemu opieki zdrowotnej łączą się, tworząc złożony system (w tym lokalna i krajowa polityka, przepisy prawne dotyczące świadczenia opieki nad kobietą).
  - Zrozumienie i dostosowanie do różnorodności, rozwoju i innowacji w poszczególnych systemach.
  - Przeprowadzanie triażu i ustalanie priorytetów zadań z uwzględnieniem dostępnych zasobów
  - Zrównoważenie wyników i kosztów powiązanych z pacjentką

- Zapewnienie opieki opartej na szacunku, prywatności i komforcie pacjentki w obszarze świadczenia opieki, otoczenia i kontekstu

➢ **Zapewnienie opieki zorientowanej na osobę**

- Spojrzenie na pacjentkę z perspektywy holistycznej, szacunek dla różnorodności i zapewnianie zindywidualizowanej opieki
- Komunikacja pełna szacunku i empatii oraz aktywne słuchanie sprzyjające wzajemnemu zaufaniu
- Ułatwianie zachowania równowagi między zaleceniami opartymi na dowodach naukowych a preferencjami pacjenta w procesach wspólnego podejmowania decyzji, zapewniając pacjentce upodmiotowienie i świadomą zgodę
- Praca zgodna ze standardami etycznymi i uniwersalnymi prawami matki i dziecka
- Rzecznictwo na rzez praw pacjentek, społeczności i pracowników służby zdrowia

➢ **Poprawa jakości i bezpieczeństwo pacjentek**

- Uznanie znaczenie ustanowienia lokalnej „właściwej kultury", która promuje bezpieczeństwo pacjentek i sprzyja poprawie jakości
- Aktywny wkład w ocenę standardów usług
- Dostrzeganie kwestii jakości i dynamiki systemu, które umożliwiają/utrudniają poprawę jakości usług
- Umożliwienie wprowadzenia nowych usług, systemów i procesów w obszarze poprawy jakości
- Pomiar wpływu opracowanych projektów poprawy jakości
- Współpraca z innymi członkami zespołu medycznego w zakresie inicjatyw na rzecz poprawy jakości i bezpieczeństwa pacjentek

Definicje:

Poprawa jakości w opiece zdrowotnej to działania podejmowane w celu poprawy wyników pacjentek, świadczenia opieki i rozwoju zawodowego w ramach złożonego i dynamicznego systemu, który podlega ciągłej ewolucji. Wiąże się z diagnozowaniem problemów w systemie opieki zdrowotnej w celu eliminacji zidentyfikowanych problemów za pomocą zarządzania zmianą, po którym następuje pomiar poprawy

Audyt kliniczny jest cyklicznym narzędziem poprawy jakości, które ma na celu przegląd praktyki klinicznej pod kątem wyraźnych standardów opartych na dowodach i wprowadzenie zmian w celu poprawy opieki nad pacjentką i wyników, jeśli standardy nie są spełniane. Cykle audytów uzupełniających można wykorzystać do potwierdzenia stopniowej poprawy praktyki klinicznej.
Właściwa kultura przyjmuje systemowe podejście do incydentów, w ramach którego istnieje wspólna odpowiedzialność za utrzymanie bezpieczeństwa pacjentek, umożliwiając pracownikom służby zdrowia uczenie się bez obawy przed odwetem

Piśmiennictwo:

1. Daly J, Jackson D, Mannix J, Davidson PM, Hutchinson M. The importance of clinical leadership in the

hospital setting. Journal of Healthcare Leadership. 21 lis 2014:75-83.

2. Health Foundation (Great Britain). *Quality improvement made simple: what everyone should know about healthcare quality improvement: quick guide*. Health Foundation, 2013.

3. Keijser WA, Handgraaf HJ, Isfordink LM, Janmaat VT, Vergroesen PP, Verkade JM, Wieringa S, Wilderom CP. Development of a national medical leadership competency framework: the Dutch approach. BMC medical education. Gru 2019;19:1-9.

4. Murray JS, Lee J, Larson S, Range A, Scott D, Clifford J. Requirements for implementing a 'just culture'within healthcare organisations: an integrative review. BMJ Open Quality. 1 maja 2023;12(2):e002237.

5. Silver SA, Harel Z, McQuillan R, Weizman AV, Thomas A, Chertow GM, Nesrallah G, Bell CM, Chan CT. How to begin a quality improvement project. Clinical Journal of the American Society of Nephrology. 1 maja 2016;11(5):893-900.

Trening umiejętności komunikacyjnych i psychospołecznych

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

Wprowadzenie

Skuteczna komunikacja jest niezbędną umiejętnością w interakcji pacjentka-lekarz zgodnie z ogólnymi kompetencjami określonymi podstawą programową. Wykazano, że poprawia ona wyniki zdrowotne, a także zadowolenie pacjentek. Co więcej, wydajność pracy zespołowej zależy od umiejętności komunikacyjnych. Natomiast umiejętności w zakresie komunikacji pisemnej są ważne w prowadzeniu dokumentacji medycznej i zgłaszaniu informacji dotyczących opieki zdrowotnej. Mimo że kompetencje komunikacyjne są po części cechą osobistą, umiejętności komunikacyjne można (dalej) rozwijać dzięki ukierunkowanemu szkoleniu, informacjom zwrotnym i ocenom.

Niniejszy dokument przedstawia wstępne wytyczne dotyczące szkolenia w zakresie komunikacji i umiejętności psychospołecznych, które pozwolą lekarzowi w trakcie specjalizacji opracować skuteczny osobisty styl komunikacji z poszanowaniem autonomii pacjentki, odpowiednio uwzględnić aspekty biopsychospołeczne oraz wziąć pod uwagę seksualność w kontekście stanów położniczych i ginekologicznych.

Umiejętności komunikacyjne i psychospołeczne

Komunikacja to podstawa każdej interakcji lekarza z pacjentkami i ich krewnymi. Obowiązkiem lekarza jest stworzenie bezpiecznego otoczenia, w którym zarówno pacjentka, jak i lekarz czują się komfortowo podczas rozmowy. Szkolenie w zakresie umiejętności komunikacyjnych umożliwia lekarzowi w trakcie specjalizacji i pacjentce skuteczną wymianę informacji i nawiązanie terapeutycznej relacji lekarz-pacjentka w różnych sytuacjach klinicznych. Skuteczna komunikacja opiera się na zasadach etyki biomedycznej (dobroczynność, nieszkodliwość, szacunek i autonomia) [1], ma na celu świadome podejmowanie decyzji i stosuje podejście zorientowane na pacjentkę. Podejście zorientowane na pacjentkę charakteryzuje się autentyczną, stosowną i transparentną postawą, polega na aktywnym słuchaniu [2], tj. czekaniu, sprawdzaniu, sprawdzaniu, naśladowaniu i podsumowywaniu oraz na dostosowanym, zindywidualizowanym udzielaniu informacji w oparciu o metodę uzyskać informację – przekazać informację – wywołać na nią reakcję [3].

W szczególnie wymagających sytuacjach, takich jak przekazywanie złych wiadomości, podczas rozmów o (dys)funkcjach seksualnych (w tym pytań o wykorzystywanie seksualne) oraz przewlekłych zespołach bólowych pochwy lub sromu, zaleca są bardziej specyficzne umiejętności, takie jak

- 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 prowadzącym opiekę zdrowotną. Współpraca i wspólna odpowiedzialność za świadczenie opieki zdrowotnej stawiają przed lekarzami dodatkowe wymagania, zwłaszcza w zakresie przekazywania informacji (medycznych). Dokumentowanie informacji medycznych w różnych przypadkach, takich jak dokumentacja kliniczna pacjentki, sprawozdanie z operacji, wypis lub opis konsultacji, służy nie tylko celom świadczenia opieki zdrowotnej, ale wynika też z wymogów medyczno-prawnych.

Konieczne jest, aby lekarz w trakcie specjalizacji rozwijał:

- Umiejętności skutecznego przekazywania pacjentek, np. z wykorzystaniem metody SBAR (ang. Situation/Background/Assessment/ Recommendation — sytuacja/tło/ocena/zalecenia [7])
- Umiejętność prowadzenia dokumentacji i pisania sprawozdań medycznych.

Szkolenie i ocena umiejętności komunikacyjnych i psychospołecznych

Podobnie jak w przypadku innych umiejętności w położnictwie i ginekologii, kształcenie i doskonalenie

umiejętności komunikacyjnych to ciągły proces oparty na łączeniu wiedzy teoretycznej, doświadczenia z sytuacji symulacyjnych i praktyki w pracy pod bezpośrednim (a później pośrednim) nadzorem. Zaleca się korzystanie z ustrukturyzowanych ram lub modelu umiejętności komunikacyjnych. Ramy te opisują różne elementy spotkania lekarza z pacjentką i konkretne umiejętności, które należy wyćwiczyć. Informacje zwrotne i stymulowanie autorefleksji są podstawą oceny kształtującej, która pozwala ukierunkować dalsze kształcenie.

Trening komunikacji werbalnej i umiejętności biopsychospołecznych

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

Odgrywanie ról lub symulacje zachowań pacjentek udostępniają ćwiczenia „na sucho" zarówno w sytuacjach lekarz-pacjent, jak i w szkoleniu zespołowym i mogą uzupełniać praktykę w warunkach rzeczywistych z bezpośrednim i pośrednim nadzorem (omówienie przypadku). Podczas tych szkoleń należy brać pod uwagę różne aspekty komunikacji, takie jak empatia, struktura, ekspresja werbalna i niewerbalna, a także ogólne wrażenie. Istotne jest, aby informacje zwrotne były przekazywane w ustrukturyzowany sposób i uwzględniały osobowość lekarza w trakcie specjalizacji.

Ocena umiejętności komunikacyjnych i biopsychospołecznych

Bezpośrednia obserwacja jest najlepszą metodą nauczania i oceny umiejętności komunikacyjnych. Można przyglądać się zarówno komunikacji werbalnej, jak i niewerbalnej. Co więcej, inni pracownicy (para)medyczni, a nawet pacjenci mogą wnieść wkład w ocenę w postaci informacji zwrotnych z wielu źródeł. Jeśli bezpośrednia obserwacja jest niemożliwa, pomocne może być nagrywanie spotkań lekarza w trakcie specjalizacji z pacjentką. Należy przechowywać portfolio z informacjami zwrotnymi z wielu źródeł i ocenami OSCE, które może też zawierać krótkie pisemne refleksje lekarza w trakcie specjalizacji.

Trening umiejętności komunikacyjnych w pracy zespołowej

Specjalne kursy symulacyjne dotyczące przekazywania pacjentek i skomplikowanych sytuacji są organizowane lokalnie, na szczeblu krajowym lub międzynarodowym. Do komunikacji w zespołach najlepiej nadaje się metoda SBAR.

Szkolenie i ocena komunikacji pisemnej

W zależności od konkretnego dokumentu oraz uwarunkowań lokalnych i/lub krajowych kryteria dotyczące dokumentacji medycznej powinny być jasno określone i przekazane lekarzowi w trakcie specjalizacji. Omówienie dokumentów medycznych przygotowanych przez lekarzy w trakcie specjalizacji wykaże, w jakim stopniu spełniają oni 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 i wsp. 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

Symulacyjny trening umiejętności ginekologicznych

Autorzy: Ursula Catena, Federica Campolo, Sofia Tsiapakidou, Helder Ferreira, Attilio Di Spiezio Sardo, Giovanni Scambia, Grigoris Grimbizis, Benoit Rabischong, Vasilios Tanos, Rudi Campo

Wprowadzenie

W 2014 r. EBCOG podpisał Wspólne Europejsko-Amerykańskie Zalecenie, w którym ustalono, że w celu poprawy kształcenia lekarzy w trakcie specjalizacji oraz zmniejszenia zachorowalności i śmiertelności pacjentek każdy szpital kliniczny powinien posiadać **pracownię symulacji ginekologicznej** .

Uzasadnieniem tego zalecenia jest fakt, że wszystkie ginekologiczne czynności diagnostyczne i chirurgiczne wymagają umiejętności psychomotorycznych. Ważne jest, aby te umiejętności psychomotoryczne zostały wyćwiczone i przetestowane w bezpiecznym środowisku przed wykonaniem czynności przy pacjentce.

W przypadku chirurgii jednoznacznie udowodniono, że szkolenie na sali operacyjnej bez wcześniejszego szkolenia w pracowni symulacji znacznie zwiększa zachorowalność i śmiertelność pacjentek. Ponadto, wraz z wprowadzeniem nowoczesnych technologii, chirurgia nabiera coraz bardziej cyfrowego charakteru i wymaga dostosowania modelu kształcenia, aby sprostać zapotrzebowaniu na nowe umiejętności potrzebne nie tylko chirurgom, ale także pracownikom służby zdrowia w ogólności. Wzrost złożoności wynikający z tych zmian wymaga dobrze naoliwionej maszyny na sali operacyjnej, gdzie chirurdzy, pielęgniarki i inny personel pomocniczy mogą działać w synergii i ze zwiększoną wydajnością.

Symulacje to doskonały sposób nie tylko na naukę, ale także na ćwiczenie w bezpieczny sposób, bez szkody dla siebie i innych oraz możliwość osobistego zastosowania strategii rozwiązywania problemów [1].

Pracownia symulacji ginekologicznej

Pracownię symulacji ginekologicznej należy zaprojektować tak, aby rozwijać i doskonalić niezbędne umiejętności kluczowe dla sukcesu przyszłych lekarzy położników i ginekologów. Rezydenci położnictwa i ginekologii na wszystkich poziomach szkolenia uczestniczą w programie symulacji i kończą go lepiej przygotowani do wykonywania złożonych procedur oraz do poprawiania jakości i bezpieczeństwa opieki zdrowotnej.

1. **Procedury ginekologiczne**
   Model: Fantom ginekologiczny
   Umiejętności: Badanie ginekologiczne
   Zakładanie wziernika
   Pobranie cytologii szyjki macicy/wymazu HPV
   Umieszczenie/usunięcie wkładki wewnątrzmacicznej
   Kolposkopia (z biopsją szyjki macicy)

2. **Chirurgia ginekologiczna**
   Model: Symulacje chirurgiczne z modelami nieożywionymi, podkładki do szycia
   Umiejętności: Szycie różnymi technikami i przy użyciu różnych materiałów
   Ćwiczenia różnych procedur chirurgicznych (szwy w obrębie górnej części pochwy, postępowanie w ciąży pozamacicznej, usuwanie lub marsupializacja torbieli)

3. **Endoskopia (laparoskopia i histeroskopia)**

Wszystkie zainteresowane strony, w tym specjaliści, lekarze w trakcie specjalizacji i pracownicy służby zdrowia, dostrzegają znaczenie ginekologicznych umiejętności endoskopowych. Umiejętności te wymagają intensywnych ćwiczeń przed wykonaniem ich u żywych pacjentek. Szkolenia oparte na symulacji ginekologicznych procedur endoskopowych są ogólnie dobrze przyswajane i oceniane. Istniejące piśmiennictwo podkreśla skuteczność szkoleń symulacyjnych w zwiększaniu efektywności uczenia się.

Korzyści obejmują możliwość uzyskania informacji zwrotnej i powtarzania ćwiczeń. Badania pokazują, że dłuższy czas ćwiczeń na symulatorze wiąże się z większymi korzyściami z nauki. W chirurgii umiejętności techniczne mają bezpośredni wpływ na wyniki kliniczne, z 2,5 razy większą liczbą ponownych hospitalizacji, 3 razy większą liczbą powikłań i do 5 razy większą liczbą zgonów po operacjach wykonanych przez osoby o słabych wynikach w porównaniu z osobami o wynikach najlepszych.

Lekarze, którzy wykonują operacje endoskopowe bez odpowiedniego przeszkolenia w zakresie określonych umiejętności psychomotorycznych, mogą z większym prawdopodobieństwem powodować zwiększoną zachorowalność i śmiertelność pacjentek. Model uczeń-nauczyciel był przydatny przez wiele lat, ale złożoność nowoczesnych technologii chirurgicznych wymaga wyćwiczenia konkretnych umiejętności również poza salą operacyjną.

W związku z rozpowszechnieniem chirurgii małoinwazyjnej i ciągłą ewolucją technologiczną, ale przede wszystkim w odpowiedzi na zapotrzebowanie na odpowiedni i niezbędny program kształcenia, opracowano i wdrożono wiele systemów szkoleniowych. Różne systemy szkoleniowe można podzielić na systemy fizyczne i wirtualne. **Symulatory fizyczne** to na przykład trenażer pudełkowy i oprzyrządowanie laparoskopowe, podczas gdy **wirtualne symulatory** to systemy komputerowe wykorzystujące oprogramowanie tworzące wirtualną rzeczywistość.

Laparoskopowe trenażery pudełkowe

Ten typ symulatora chirurgicznego wykorzystuje prawdziwe narzędzia chirurgiczne i urządzenia wideo zwykle używane na sali operacyjnej. Zazwyczaj składa się z konstrukcji przypominającej skrzynkę z portami, do których można włożyć trokary i narzędzia chirurgiczne. Wewnątrz pudełka znajdują się różne symulowane modele anatomiczne z zadaniami odzwierciedlającymi prawdziwe procedury chirurgiczne. Modelami symulacyjnymi wewnątrz pudełka manipuluje się i zarządza na podstawie informacji wizualnych tworzonych przez źródło obrazu i monitor. W tym trybie szkoleniowym lekarze ćwiczą umiejętności takie jak obsługa narzędzi, szycie i manipulowanie tkankami w kontrolowanym środowisku nieobciążonym ryzykiem.

Histeroskopowe trenażery pudełkowe

Ten typ symulatora chirurgicznego wykorzystuje prawdziwe narzędzia histeroskopowe i urządzenia wideo zwykle używane podczas procedur histeroskopowych. Zwykle składa się z modelu żeńskich narządów płciowych zawierającego nieożywiony model reprezentujący rozkład przestrzenny i orientację różnych płaszczyzn i kątów normalnej macicy.

Trenażer domowe

Trenażery domowe mają tę zaletę, że są niezależne od dość drogiego standardowego zestawu endoskopowego.

W ramach regulacji czasu pracy lekarz w trakcie specjalizacji może kształcić się w domu z ewentualnym wsparciem hybrydowym

lub, w przyszłości, wsparcia ze strony programów sztucznej inteligencji.

Dla zewnętrznych specjalistycznych ośrodków szkoleniowych:

Modele zwierzęce

Ten typ symulatorów wykorzystuje żywe, znieczulone zwierzęta, oferując najbardziej realistyczne ćwiczenia technik endoskopowych bez udziału pacjentek. Wykorzystywanie zwierząt budziło jednak wątpliwości natury etycznej i ekonomicznej.

Szkolenie na zwłokach

Ten rodzaj ćwiczeń umożliwia trójwymiarową obserwację i dysekcję ludzkiej anatomii oraz utrwalenie i zobaczenie w rzeczywistości różnych struktur anatomii miednicy. Wykorzystanie zwłok budziło jednak wątpliwości natury etycznej i ekonomicznej.

Wirtualna rzeczywistość i symulatory zabiegów chirurgicznych

Zarówno symulatory wirtualnej rzeczywistości, jak i symulatory zabiegów chirurgicznych są dość drogie, dlatego nie można ich obecnie zalecać jako niezbędnej i obowiązkowej części szpitalnej pracowni symulacji ginekologicznej.
Specjalne instytucje szkoleniowe mogą dziś zapewnić tego rodzaju szkolenie każdej osoby.

Symulatory chirurgiczne bazujące na wirtualnej rzeczywistości stanowią najnowsze osiągnięcie w obszarze kształcenia chirurgów. Zaawansowane oprogramowanie potrafi odtwarzać endoskopowe procedury chirurgiczne i umożliwia nagrywanie sesji szkoleniowych. Ta możliwość ułatwia ocenę wyników i porównanie z innymi operatorami. Dodatkowo istnieje możliwość aktualizacji oprogramowania i generowania bardziej złożonych zadań i procedur.

Symulatory zabiegów chirurgicznych to zaawansowane narzędzia szkoleniowe zaprojektowane w celu odtworzenia rzeczywistych procedur chirurgicznych. Wykorzystują one różne technologie, takie jak rzeczywistość wirtualna, rzeczywistość rozszerzona i modele fizyczne, aby tworzyć realistyczne środowiska treningowe dla chirurgów. Zaleta korzystania z tych symulatorów jest oczywista: osoba zainteresowana może uzyskać pełniejsze przeszkolenie, które obejmuje anatomię, umiejętności manualne niezbędne w chirurgii we wszystkich jej niuansach w środowisku, w którym każdy błąd nie prowadzi do komplikacji lub niepożądanych następstw.

Program szkolenia

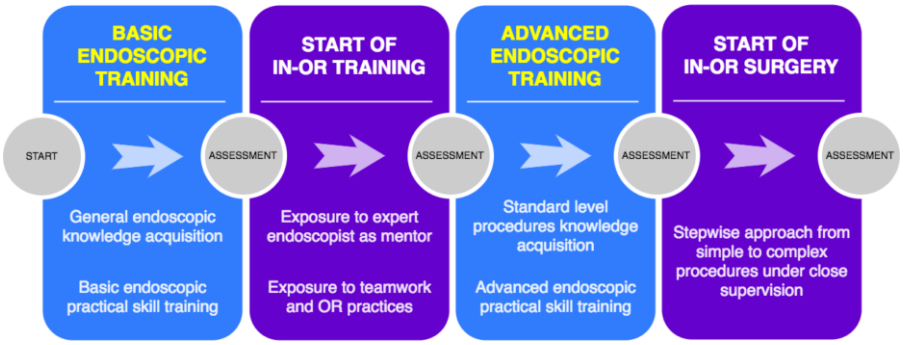
Ustrukturyzowany program szkolenia ginekologicznego powinien w pełni uwzględniać to podejście i uwzględniać szereg dobrze zdefiniowanych etapów, łącząc szkolenie „na sucho" ze szkoleniem w sali operacyjnej [2-7]. Na każdym etapie powinna zostać przeprowadzona ocena sprawdzająca, czy lekarz w trakcie specjalizacji może przejść do następnego poziomu. W tym podejściu można zdefiniować następujące etapy:

Podstawowe szkolenie endoskopowe (pracownia symulacji): Zdobycie wiedzy na temat ogólnych zasad i technik endoskopowych w połączeniu z podstawowym praktycznym ćwiczeniem umiejętności endoskopowych.

Rozpoczęcie szkolenia na sali operacyjnej: Gdy lekarz w trakcie specjalizacji udowodni, że posiadł niezbędną podstawową wiedzę z zakresu endoskopii i umiejętności praktyczne, można rozpocząć szkolenie na sali operacyjnej. Na tym etapie lekarz w trakcie specjalizacji może asystować doświadczonemu chirurgowi endoskopowemu, który pełni rolę mentora, i uczestniczyć w podstawowych czynnościach i w pracy zespołu sali operacyjnej.

Zaawansowane szkolenie endoskopowe (pracownia symulacji): Zdobycie wiedzy na temat standardowych procedur i wyćwiczenie zaawansowanych umiejętności praktycznych.

Rozpoczęcie szkolenia na sali operacyjnej: Po zakończeniu etapu kształcenia w pracowni można dopuścić szkolonych do rzeczywistych operacji, stosując podejście stopniowe, zaczynając od ścisłego nadzoru i prostych procedur, a następnie stopniowo ograniczając nadzór nad prostymi procedurami i przechodząc do procedur bardziej złożonych.



Podejście to ma na celu wyćwiczenie i ocenę niezbędnych umiejętności endoskopowych w jak największym stopniu w warunkach pracowni symulacji przed przejściem do operacji na rzeczywistych pacjentkach [8,9]. Korzyści są potrójna:

- Gdy wchodzą do sali operacyjnej, lekarze w trakcie specjalizacji mają znacznie wyższy poziom pewności siebie, ponieważ posiedli niezbędną wiedzę i umiejętności.
- Mentorzy-specjaliści oszczędzają czas, ponieważ nie uczą podstawowych umiejętności, mogą otrzymać odpowiednią pomoc ze strony lekarzy w trakcie specjalizacji i mogą głębiej skupić się na wykonywanych procedurach.
- Pacjentka otrzymuje lepszą opiekę dzięki odpowiedniemu przeszkoleniu lekarzy w trakcie specjalizacji i jest znacznie mniej narażona na konsekwencje niewystarczających kompetencji.

Przykład symulacyjnego programu szkoleniowego w zakresie umiejętności endoskopowych

Stowarzyszenia ESGE i ESHRE, działające pod auspicjami EBCOG i przyjęte do programu EU4Health, opracowały dobrze wyważony program dyplomowy: program Gynaecological Endoscopic Surgical Education and Assessment (GESEA) [10-16], który opiera się na ustrukturyzowanym podejściu podobnym do proponowanego w niniejszym dokumencie – szczegółowe informacje znajdują się w załączniku.

Umiejętności ginekologiczne do wyćwiczenia (podstawa programowa)

Umiejętności w poradni:
o Badanie ginekologiczne
o Zakładanie wziernika
o Wykonanie wymazu cytologicznego
o Umieszczenie/usunięcie wkładki wewnątrzmacicznej
o Kolposkopia (z biopsją)
o LLETZ szyjki macicy
o Zakładanie/usuwanie implantów podskórnych

Podstawowe konwencjonalne umiejętności chirurgiczne:
o Biopsja gruboigłowa w znieczuleniu miejscowym
o Chirurgiczne usunięcie i marsupializacja torbieli
o Łyżeczkowanie jamy macicy

Zaawansowane konwencjonalne umiejętności chirurgiczne
o Laparotomia z minimalną adhezjolizą
o Salpingo-ooforektomia laparotomijna
o Zabieg naprawczy przedniej ściany pochwy
o Zabieg naprawczy tylnego odcinka pochwy
o Laparotomijna miomektomia mięśniaka podsurowiczego
o Kolpokleza (co najmniej w warunkach symulacji)

Podstawowe umiejętności endoskopowe:

Laparoskopia:
o Laparoskopia diagnostyczna
o Laparoskopia diagnostyczna z badaniem jajowodów
o Prosta laparoskopowa adhezjoliza
o Sterylizacja laparoskopowa

Histeroskopia:
o Histeroskopia diagnostyczna
o Histeroskopia diagnostyczna z biopsją endometrium
o Łyżeczkowanie jamy macicy z użyciem histeroskopu [17]

Zaawansowane umiejętności endoskopowe:

Laparoskopia:
o Laparoskopowe usunięcie ciąży ektopowej (salpingostomia) lub salpingektomia
o Laparoskopowa aspiracja igłowa prostych torbieli
o Laparoskopowa elektrokoagulacja jajnika
o Prosta laparoskopowa cystektomia jajnika
o Salpingo-ooforektomia laparoskopowa

Histeroskopia:
o Histeroskopowa resekcja polipa
o Histeroskopowa resekcja mięśniaka typu 0-1 (< 2 cm)
o Histeroskopowa ablacja endometrium

Piśmiennictwo:

1. Campo R, Wattiez A, Tanos V, Di Spiezio Sardo A, Grimbizis G, Wallwiener D i wsp. 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 i wsp. 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 i wsp. 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 i wsp. Training and education in endoscopic surgery: is there a future for endoscopy in OB&GYN training? Gynecol Surg. 2005; 2:57–65.
10. 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
11. 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
12. 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
13. 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
14. 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
15. 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
16. 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
17. Casadio P, Raffone A, Salucci P, Raimondo D, Seracchioli R, Carugno J, Di Spiezio Sardo A (2023). Visual dilation and curettage for the fertility-sparing treatment of atypical endometrial hyperplasia/endometrial intra-epithelial neoplasia: an easy to perform in-office technique. Int J Gynecol Cancer. 1;33(5):837-838

Symulacyjny trening umiejętności położniczych

Autorzy: Sofia Tsiapakidou, Fedde Scheele, Fionnuala McAuliffe

Wprowadzenie

Szkolenie symulacyjne jest zalecane jako kluczowy element programu nauczania w dziedzinie położnictwa i ginekologii, ponieważ pozwala nabyć niezbędne umiejętności, takie jak poród z użyciem próżnociągu lub kleszczy przed wykorzystaniem tych umiejętności w praktyce klinicznej.

Wyposażenie

Potencjalne wyposażenie potrzebne w szkoleniu może być bardzo zróżnicowane i nie musi być wcale drogie. Poniżej podano przykładowe wyposażenie, narzędzia, modele, trenażery lub manekiny, od najtańszych do bardziej kosztownych (a tym samym bardziej zaawansowanych): podstawowe manekiny porodowe, podstawowe ginekologiczne modele szkoleniowe zmodyfikowane do zastosowania próżnociągu, Kiwi, kleszczy, monitorowania KTG, pobierania próbek krwi płodu, szwu B-Lynch (guma piankowa), manekiny noworodkowe / dorosłe do podstawowej resuscytacji, zaawansowane manekiny porodowe, trenażer operacji naprawczej krocza, trenażer do ćwiczenia cięcia cesarskiego, trenażer histerektomii w trybie pilnym / śródporodowej, zaawansowany pełnowymiarowy symulator porodowy itp.

- Symulator hybrydowy: może być kombinacją pacjentki (aktorki) i symulatora lub połączeniem kilku różnych symulatorów.
- Technologie gamingowe: Na potrzeby szkoleń medycznych dostępne są wszelkiego rodzaju symulatory komputerowe, gry i platformy rzeczywistości wirtualnej i rozszerzonej.
- Prezentacje, filmy i narzędzia wdrożeniowe, w tym algorytmy postępowania i szkolenia w wirtualnej rzeczywistości.

Wszystkie oddziały położnictwa i ginekologii są zobowiązane do zapewnienia podstawowych manekinów porodowych do indywidualnego szkolenia umiejętności technicznych oraz symulatorów hybrydowych do szkolenia zespołów wielospecjalistycznych.

- Podstawowe manekiny porodowe

Dzięki uprzejmości Jette Led Sørensen, Dania

- podstawowe ginekologiczne modele szkoleniowe zmodyfikowane do zastosowania próżnociągu, Kiwi, kleszczy, monitorowania KTG, pobierania próbek krwi płodu, szwu B-Lynch (guma piankowa) itp.

Dzięki uprzejmości Jette Led Sørensen, Dania *Dzięki uprzejmości Diogo Ayres-de-Campos, Portugalia*

- Zaawansowany, pełnowymiarowy symulator porodowy

Dzięki uprzejmości Diogo Ayres-de-Campos, Portugalia

- Symulator hybrydowy: może być kombinacją pacjentki (aktorki) i symulatora lub połączeniem kilku różnych symulatorów. Na przykład może to być pacjentka (aktorka) z manekinem porodowym między nogami lub manekin dorosły do resuscytacji podstawowej połączony z podstawowym manekinem porodowym.

Hydralab® dzięki uprzejmości Ruta Nadisauakiene, Litwa

Szkolenie w wirtualnej rzeczywistości dzięki uprzejmości Fionnuala McAuliffe, Irlandia

Rodzaje i przykłady szkoleń symulacyjnych

Szkolenie poszczególnych umiejętności technicznych

- Poziom podstawowy z podstawowym szkoleniem umiejętności (podstawowe manekiny porodowe)
- Poziom zaawansowany szkolenia umiejętności (bardziej zaawansowane manekiny)

Szkolenie zespołu wielospecjalistycznego

- Podstawowe szkolenie zespołowe z użyciem symulatora hybrydowego
- Wierna symulacja z wykorzystaniem zaawansowanego, pełnowymiarowego symulatora porodowego

Symulacja w położnictwie (wymagania minimalne)

- Podstawowe manekiny porodowe
- podstawowe ginekologiczne modele szkoleniowe zmodyfikowane do zastosowania próżnociągu, Kiwi, kleszczy, monitorowania KTG, pobierania próbek krwi płodu, szwu B-Lynch (guma piankowa) itp.

Szkolenie zespołu wielospecjalistycznego

- Symulatory hybrydowe
- Pacjentki (aktorki)

Dzięki uprzejmości Tim Draycott i Cathy Winter, PROMPT, Wielka Brytania

Dzięki uprzejmości Jette Led Sørensen, Dania

Środowisko symulacji

Istnieją trzy rodzaje warunków do przeprowadzania symulacji, z których wszystkie mają zalety i wady [8]:

- Ośrodek symulacji (symulacja poza placówką), z dala od rzeczywistego oddziału odpowiedzialnego za opiekę nad pacjentkami.
- W placówce, w innym miejscu na oddziale (symulacja poza jednostką): pracownie szkoleniowe specjalnie przystosowane do szkolenia symulacyjnego poza lokalizacją na oddziale, gdzie odbywa się opieka nad pacjentkami, ale na terenie szpitala. Gabinety szkoleniowe w placówce mogą być częścią oddziałów szpitalnych.
- Symulacja in situ – połączenie symulacji i rzeczywistego środowiska pracy umożliwiające szkolenie w warunkach roboczych. Sytuacje takie mogą być zapowiedziane (personel jest wcześniej informowany o symulacji) lub niezapowiedziane (personel nie jest uprzednio informowany).

Aby określić preferowane środowisko symulacji dla konkretnego ośrodka, warto rozważyć ogólne cele kształcenia bazującego na symulacjach, a także specyficzne czynniki lokalne, takie jak wykonalność tych działań.

Umiejętności położnicze (podstawa programowa)

Ogólna wiedza i umiejętności medyczne

- *Prowadzi obchód oddziału w wielodyscyplinarnym składzie, zarządza przyjęciem i wypisem 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 i wymagających resuscytacji i wdrożyć odpowiednie postępowanie.*

Podstawowe umiejętności położnicze

- Pomoc w porodzie niepowikłanym
- Poród pochwowy z wykorzystaniem próżnociągu
- Poród z wykorzystaniem kleszczy
- Poród pośladkowy
- Pomoc podczas porodu pochwowego ciąży mnogiej
- Pobieranie próbek krwi płodu
- Wszystkie manewry stosowane w przypadku dystocji
- Krwawienie poporodowe
- Wewnątrzmaciczna tamponada balonowa
- Chirurgiczna kompresja atonicznej macicy
- Szew B-Lyncha

Umiejętności w zakresie naprawy krocza

- Nacięcie krocza
- Naprawa urazów narządów płciowych
- Szycie rany po nacięciu krocza
- Szycie pęknięć krocza 1. / 2. / 3. stopnia
- Szycie pęknięcia krocza 4. stopnia

Zaawansowana chirurgia położnicza

- Cięcie cesarskie
- Powtórne cesarskie cięcie
- Cięcie cesarskie u pacjentki z wysokim BMI
- Cięcie cesarskie w trybie nagłym
- Histerektomia brzuszna (co najmniej w warunkach symulacji lub poprzez alternatywne strategie kształcenia)
- Ręczne i chirurgiczne usunięcie łożyska
- Ręczne rewersja macicy (co najmniej w warunkach symulacji lub z wykorzystaniem alternatywnych strategii kształcenia)
- Odbarczenie krwiaka sromu

Manekiny noworodkowe do podstawowej resuscytacji

- Pomoc w początkowej opiece nad zdrowym/przedwcześnie urodzonym noworodkiem (z niską punktacją w skali Apgar)
- Właściwa resuscytacja noworodka w ciągu pierwszych 10 minut po porodzie

Następujący autorzy przyczynili się do powstania wersji tej sekcji w 2018 roku:
Jette Led Sørensen, Ruta Nadisauskiene, Tim Draycott, Diogo Ayres-de-Campos, Guid Oei, Fedde Scheele, Jessica van der Aa

Piśmiennictwo:

1. Sørensen JL, Ostergaard D, LeBlanc V, Ottesen B, Konge L, Dieckmann P, van der Vleuten C i wsp. 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.
2. 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.

3. Harden RM. Ten questions to ask when planning a course or curriculum. MedEduc. 1986;20(4):356-65.
4. Kern DE, Thomas PA, Howard DM, Bass EB. Curriculum development for medical education. A six step approach. Londyn: The John Hopkins University Press; 2009.
5. McEvoy A, Kane D, Hokey E, Mangina E, Higgins S, McAuliffe FM. Virtual reality training for postpartum uterine balloon insertion - a multi-center randomized controlled trial. Am J Obstet Gynecol MFM. 15 lip 2024:101429. doi: 10.1016/j.ajogmf.2024.101429.
6. Ryan GV, Callaghan S, Rafferty A, Higgins MF, Mangina E, McAuliffe F Learning Outcomes of Immersive Technologies in Health Care Student Education: Systematic Review of the Literature. .J Med Internet Res. 1 lut 2022;24(2):e30082.
7. Dunlop K, Dillon G, McEvoy A, Kane D, Higgins S, Mangina E, McAuliffe FM. The virtual reality classroom: a randomized control trial of medical student knowledge of postpartum haemorrhage emergency management. Front Med (Lausanne). 19 mar 2024; 11: 1371075. doi: 10.3389/fmed.2024.1371075
8. Kane D, Ryan G, Mangina E, McAuliffe FM A randomized control trial of a virtual reality learning environment in obstetric medical student teaching. Int J Med Inform. Gru 2022; 168: 104899. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2022.104899
9. Ryan G, Rafferty A, Murphy J, Higgins MF, Mangina E, McAuliffe FM. Virtual reality learning: A randomized controlled trial assessing medical student knowledge of fetal development. Int J Gynaecol Obstet. 8 mar 2023. doi: 10.1002/ijgo.14684.
10. McEvoy A, Kane D, Hokey E, Mangina E, Higgins S, McAuliffe FM. Virtual reality training for postpartum uterine balloon insertion - a multi-center randomized controlled trial. Am J Obstet Gynecol MFM. 15 lip 2024:101429. doi: 10.1016/j.ajogmf.2024.101429.
11.

Szkolenie w zakresie umiejętności ultrasonograficznych

Autorzy: Juriy Wladimiroff, Piotr Sieroszewski, Angelique Goverde

Wprowadzenie

Ultrasonografię uznaje się za ważne narzędzie diagnostyczne w codziennej praktyce położniczej i ginekologicznej. Niezwykle ważne jest, aby lekarze w trakcie specjalizacji przeszli ustrukturyzowane i nadzorowane szkolenie w dziedzinie ultrasonografii, ponieważ ostatecznie to umiejętności ultrasonografisty, tj. ginekologa, decydują o jakości obrazów, a tym samym o dodanej wartości klinicznej tej formy badania.
Program podyplomowego kształcenia podstawowego i fakultatywnego w dziedzinie położnictwa i ginekologii opiera się na samodzielnym ćwiczeniu umiejętności ultrasonograficznych przez ginekologa. Ta sekcja zawiera zwięzły opis programu szkolenia w zakresie umiejętności ultrasonograficznych pod względem

- wiedzy i umiejętności w zakresie ultrasonografii, które lekarz w trakcie specjalizacji ma zdobyć po szkoleniu do poziomu kompetencji opisanego w podstawowym programie EBCOG;
- metod nabywania tych umiejętności;
- narzędzi do oceny jakości tych umiejętności.

Z programu podstawowego wybrano określone pozycje i pogrupowano je odpowiednio do wspólnych cech lub głównego zagadnienia. Sugestie dotyczące szkolenia i oceny opracowano na podstawie zaleceń komisji ds. edukacji przy ISUOG dotyczących podstawowego szkolenia w zakresie ultrasonografii położniczej i ginekologicznej [1].

Ogólny zarys szkolenia w dziedzinie ultrasonografii

Zalecany jest trzyetapowy program:

1. Szkolenie teoretyczne: techniczne aspekty wyposażenia, obrazowania i raportowania.
2. Szkolenie praktyczne: pod nadzorem w warunkach klinicznych do momentu osiągnięcia samodzielności.
3. Ocena lekarza w trakcie specjalizacji: dziennik lub zbiór zdjęć jako ilustracja zdolności do wykonywania wysokiej jakości zdjęć i rozpoznawania stanów patologicznych.

Program szkolenia w zakresie ultrasonografii

A. Ogólne zasady obrazowania ultrasonograficznego

1. Podstawowe fizyczne zasady działania ultradźwięków, w tym bezpieczeństwo;
2. Głowica, generowanie obrazu, pokrętła, płaszczyzny skanowania (TA i TV), pomiary;
3. Podstawowe zasady ultrasonografii dopplerowskiej i badania tętnicy pępowinowej metodą Dopplera;
4. Skanowanie z wlewem (wlew żelu lub soli fizjologicznej): bezpieczeństwo i wskazania;
5. Dokumentacja wyników.

Ogólne zasady poznaje się z podręcznika i/lub modułów w internecie oraz omawia z wyznaczonym opiekunem. Umiejętności praktyczne dotyczące postępowania z głowicami i aparatem, a także USG z wlewem, ćwiczy się pod bezpośrednim nadzorem przeszkolonego ultrasonografisty do momentu osiągnięcia pełnej biegłości.
Ocena: ocena oparta na wiedzy (egzamin), bezpośrednia obserwacja kliniczna

B. Ultrasonografia w ginekologii

Ocena prawidłowego i nieprawidłowego wyglądu endometrium, mięśniówki i przydatków; zastosowanie kryteriów ultrasonograficznych w celu rozróżnienia między prawidłowymi i nieprawidłowymi wynikami (np. RMI [2], IOTA [3]).

Te zagadnienia uczestnik opanowuje etapowo:
1. Wstępna orientacja dzięki podręcznikowi i/lub modułom internetowym.
2. Doświadczenie praktyczne pod bezpośrednim nadzorem; nadzór stopniowo ograniczany podczas zdobywania doświadczenia. Ocena: ocena oparta na wiedzy (egzamin), bezpośrednia obserwacja kliniczna, portfolio co najmniej 50 przypadków (różnorodność stanów patologicznych macicy (mięśniówki i endometrium) i przydatków).

C. Ultrasonografia podczas ciąży

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

b. Drugi i trzeci trymestr ciąży
   1. Przodowanie płodu
   2. Biometria płodu: datowanie, ocena wielkości i szacowanie masy płodu
   3. Ocena łożyska i objętość płynu owodniowego
   4. Rozróżnienie normalnych i nieprawidłowych rozmiarów płodu i wzorców wzrostu, wykorzystanie badania przepływu w tętnicy pępowinowej metodą Dopplera
   5. Ocena długości szyjki macicy

Te zagadnienia uczestnik opanowuje etapowo:
1. Wstępna orientacja dzięki podręcznikowi i/lub modułom internetowym.
2. Praktyczne doświadczenie pod bezpośrednim nadzorem; coraz mniejszy nadzór wraz z poszerzaniem doświadczenia. Ocena: ocena oparta na wiedzy (egzamin), bezpośrednia obserwacja kliniczna, portfolio co najmniej 50 przypadków (różne przypadki z pierwszego, drugiego i trzeciego trymestru).

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 i wsp. 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.

Powierzenie czynności zawodowych 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 pozwalającego ustalić stan rozwoju kompetencji lekarza w trakcie specjalizacji. Program przewiduje 10 zagadnień obejmujących różne czynności zawodowe. Po osiągnięciu przez lekarza w trakcie specjalizacji pełnych kompetencji w zakresie wykonywania określonej czynności zawodowej, tj. na poziomie samodzielnej praktyki, ta konkretna czynność zawodowa zostanie mu powierzona, a ostatecznie całe zagadnienie. W zależności od lokalnych przepisów i prawa, powierzenie czynności zawodowej oznacza, że lekarz w trakcie specjalizacji zostaje uznany za biegłego i może wykonywać daną czynność bez nadzoru. W szkoleniu zgodnie z decyzjami dotyczącymi powierzenia czynności lekarz w trakcie specjalizacji powinien zawsze pamiętać o możliwości poproszenia o nadzór nawet po otrzymaniu zgody na wykonywanie określonej czynności. Wymaga to od lekarza w takcie specjalizacji praktyki refleksyjnej. W sytuacjach wysokiego ryzyka oczekuje się, że lekarza w takcie specjalizacji rozpozna to ryzyko i poprosi o nadzór, jeśli zagrożone jest bezpieczeństwo pacjentki. W niektórych krajach samodzielna praktyka jest ograniczona przez prawo, dlatego sposób powierzania czynności może zostać dostosowany do lokalnych lub regionalnych przepisów.
Z upływem lat lekarz w trakcie specjalizacji uzyskuje dopuszczenie do wykonywania różnych czynności zawodowych, czyli powierzenie wykonywania czynności nie ogranicza się do ostatniego dnia szkolenia. Rzeczywisty sposób dopuszczania do wykonywania różnych czynności zostanie określony i dostosowany do lokalnej lub regionalnej infrastruktury.
Powierzenie czynności zawodowych, jak opisano poniżej, obejmuje nie tylko ocenę i jest dokumentowane w osobistym portfolio lekarza w trakcie specjalizacji. W niniejszym dokumencie opisano etapy w procesie szkolenia prowadzące do uzyskania dopuszczenia do wykonywania czynności. Zawiera on wytyczne dotyczące oceny portfolio i decyzji o powierzeniu czynności, w tym narzędzia wykorzystywane do oceny.

Powierzenie czynności zawodowych

Czynność zawodowa obejmuje wszystkie zadania i aspekty potrzebne do wykonania takiej czynności w kontekście opieki nad pacjentką. Na przykład czynność zawodowa „cesarskie cięcie" obejmuje nie tylko techniczną umiejętność wykonania operacji, ale także inne umiejętności, takie jak proces podejmowania decyzji przed operacją, komunikacja z pacjentką, praca zespołowa na sali operacyjnej i opieka pooperacyjna. Powierzenie czynności zawodowych lekarzowi w trakcie specjalizacji oznacza, że zostaje on uznany za kompetentnego we wszystkich aspektach danej czynności zawodowej w stopniu wystarczającym do samodzielnego jej wykonywania. Powierzenie czynności zawodowych może dotyczyć niewielkiego obszaru, takiego jak cesarskie cięcie, lub szerszego zagadnienia, takiego jak „opieka śródporodowa i poporodowa" w ramach opieki nad matką.

Proces kształcenia lekarza w trakcie specjalizacji, nakierowany na osiągnięcie poziomu samodzielnej praktyki, bazuje na aktywnym zaangażowaniu w świadczenie opieki, przekazywaniu istotnych informacji zwrotnych przez opiekunów klinicznych i refleksji lekarza w trakcie specjalizacji nad swoimi postępami. Z czasem te czynności kliniczne doprowadzą do zwiększenia kompetencji, a nadzór zostanie odpowiednio dostosowany. Na początkowych etapach szkolenia nadzór jest ścisły, a opiekunowie kliniczni muszą być obecni, gdy lekarz w trakcie specjalizacji wykonuje określoną czynność, aby przeprowadzić go przez cały proces lub interweniować w razie potrzeby. W miarę jak lekarz w trakcie specjalizacji stopniowo zdobywa doświadczenie i rozwija kompetencje, nadzór zmienia się w kierunku roli bardziej kierującej i wspierającej przy malejącej potrzebie interwencji. Pozwala to lekarzowi w trakcie specjalizacji doświadczyć wyższego zakresu autonomii. Gdy lekarz w trakcie specjalizacji

osiągnie kompetencje, można powierzyć mu czynność, a nadzór może odbywać się pośrednio (bez obecności w tym samym pomieszczeniu) i według uznania nadzorującego. Gdy opiekunowie kliniczni, na podstawie portfolio, jak i własnej oceny, zyskują przekonanie, że lekarz w trakcie specjalizacji może wykonywać daną czynność bez ingerencji opiekuna, lekarz w trakcie specjalizacji otrzymuje ***zgodę*** na wykonywanie tej czynności zgodnie z opisanym niżej procesem. Strategia powierzenia czynności oparta jest na międzynarodowej literaturze [1-4]. Rozwój kompetencji obejmuje pięć poziomów: od obserwacji opiekuna wykonującego daną czynność (poziom 1) do wykonania danej czynność w pełni samodzielnie (*„opiekun nie musi być obecny”*). Przedstawia to tabela 1.

Tabela 1: Pięć poziomów kompetencji wiodących do uzyskania powierzania czynności.

Poziomy kompetencji:	**1 Opiekun wykonuje czynność, lekarz w trakcie specjalizacji obserwuje**	**2 Opiekun przeprowadza przekazuje lekarzowi w trakcie specjalizacji instruktaż pozwalający wykonać czynność**	**3 Opiekun interweniuje incydentalnie**	**4 Opiekun może być obecny tylko „na wszelki wypadek”**	**5 Opiekun nie musi być obecny**
Lekarz w trakcie specjalizacji:	→ Rozwój kompetencji lekarza w trakcie specjalizacji				**Powierzenie wykonywania czynności** (uzyskane wskutek formalnej decyzji)

Portfolio

W portfolio lekarza w trakcie specjalizacji prowadzi rejestr wszystkich czynności i perspektyw swojego rozwoju, które służą jako uzasadnienie wniosku o uznanie wyższego poziomu kompetencji, a ostatecznie o powierzenie wykonywania czynności. W celu wydania decyzji o poziomie kompetencji i powierzenia czynności gromadzi się dane z trzech źródeł (powierzenie bazujące na trzech źródłach):

A) Doświadczenia wyniesione z procesu kształcenia: *przedstawienie osiągnięć edukacyjnych lekarza w trakcie specjalizacji*
   - Dziennik podsumowujący doświadczenie kliniczne, w tym konkretne diagnozy i zabiegi.
   - Kursy; np. kurs z zakresu umiejętności laparoskopowych, kurs zarządzania itp.
   - Doświadczenie akademickie, praca naukowa, prezentacje, recenzowane artykuły naukowe.
   - Plan rozwoju osobistego, z regularnymi aktualizacjami postępów w kształceniu, raportami refleksyjnymi i sprawozdaniami z rozmów z wykładowcami.

B) Ocena będąca podstawą powierzenia czynności: *przedstawienie oceny lekarza w trakcie specjalizacji*
   - Ustrukturyzowane opinie opiekunów, współpracowników i pacjentek, np. opinia 360-stopniowa (patrz dodatek 1)
   - Oceny z miejsca pracy; np. mini-CEX, OSATS[1] Patrz dodatek 1, gdzie podano przykłady formalnych narzędzi oceny w miejscu pracy klinicznej.
   - Oceny wiedzy i umiejętności, np. wyniki egzaminów

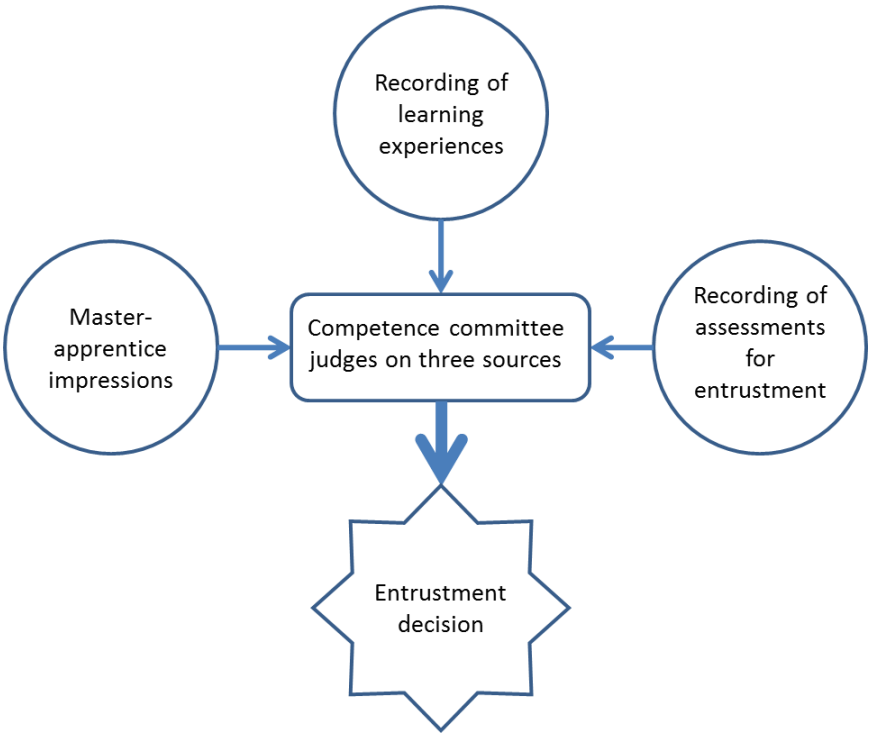
C) Komisja ds. kompetencji dodaje opinie zawodowe: *przedstawienie stosunku „mistrz-uczeń"*
   - Krótki protokół z posiedzenia komitetu ds. kompetencji opisujący oceny zawodowe dodawany do portfolio.

Proces powierzenia wykonywania czynności i podejmowania odnośnej decyzji

W trakcie formalizacji powierzenia wykonywania czynności lekarz w trakcie specjalizacji powinien odgrywać aktywną rolę w podejmowaniu odnośnej decyzji. Jednak faktyczna decyzja o powierzeniu danej czynności należy do komisji ds. kompetencji. Zaleca się, aby komisja ds. kompetencji składała się z co najmniej 2 członków, którzy dobrze znają osiągnięcia lekarza w trakcie specjalizacji i najlepiej z co najmniej 2 innych członków kadry klinicznej.

Raz na od 3 do 6 miesięcy lekarz w trakcie specjalizacji powinien sformułować jasny i zwięzły wniosek do komisji ds. kompetencji, w którym zasugeruje przejście na wyższy poziom kompetencji w zakresie określonej czynności. Wniosek powinien być poparty informacjami z portfolio. Na podstawie tych trzech źródeł informacji komisja ds. kompetencji określa poziom kompetencji, a tym samym stopień nadzoru wymagany przy wykonywaniu czynności zawodowych wskazanych we wniosku. Proces ten może być szczególnie ważny w chwili przejścia z 3. na 4. poziom kompetencji, a także przy przejściu z poziomu 4. na 5. (decyzja o powierzeniu wykonywania czynności). W przypadku
promocji w obrębie niższych poziomów komisja ds. kompetencji może przekazać podjęcie decyzji opiekunom klinicznym, aby zapobiec nadmiernemu rozrostowi procesów administracyjnych.

Rys. 1: Powierzenie czynności na podstawie trzech źródeł



Istnieją dwa możliwe wyniki tego procesu:

1. Jeśli komisja ds. kompetencji nie ma pewności co do osiągniętego poziomu kompetencji lekarza, gromadzi dodatkowe informacje na temat osiągnięć lekarza w trakcie specjalizacji, a termin podjęcia decyzji zostaje odłożony.
2. Jeśli komisja ds. kompetencji jest zgodna co do poziomu kompetencji lekarza, decyzja zostaje krótko pisemnie uzasadniona (do załączenia w portfolio), a lekarz otrzymuje dopuszczenie do wykonywania danej czynności.

Po osiągnięciu przez lekarza w trakcie specjalizacji najwyższego poziomu kompetencji komisja ds. kompetencji przyznaje mu uprawnienia do wykonywania określonej czynności zawodowej.

W niektórych jurysdykcjach prawo nie dopuszcza, aby lekarz w trakcie specjalizacji wykonywał czynności kliniczne zupełnie bez nadzoru. W takich przypadkach, gdy komisja ds. kompetencji uzna, że lekarz w trakcie specjalizacji nabył kompetencje do samodzielnego wykonywania zawodu, ale z przyczyn formalnych nie może go wykonywać, można mu pisemnie powierzyć wykonywanie danych czynności z zastrzeżeniem, że zacznie ono obowiązywać po zakończeniu szkolenia

Decyzje dotyczące kompetencji i powierzenia wykonywania czynności podejmowane przez komisję ds. kompetencji dokumentuje się w portfolio, dzięki czemu lekarza w trakcie specjalizacji, kadra kliniczna i komisja ds. kompetencji mogą w każdej chwili sprawdzić, jaki poziom kompetencji osiągnął lekarz i czy powierzenie wykonywania czynności zostało przyznane.

Obraz oceny

Należy podkreślić, że ocena mająca na celu uzyskanie powierzenia wykonywania czynności jest tylko jednym ze źródeł, na których opiera się decyzję.
W kontekście oceny mającej na celu uzyskanie powierzenia wykonywania czynności należy uwzględnić następujące punkty:

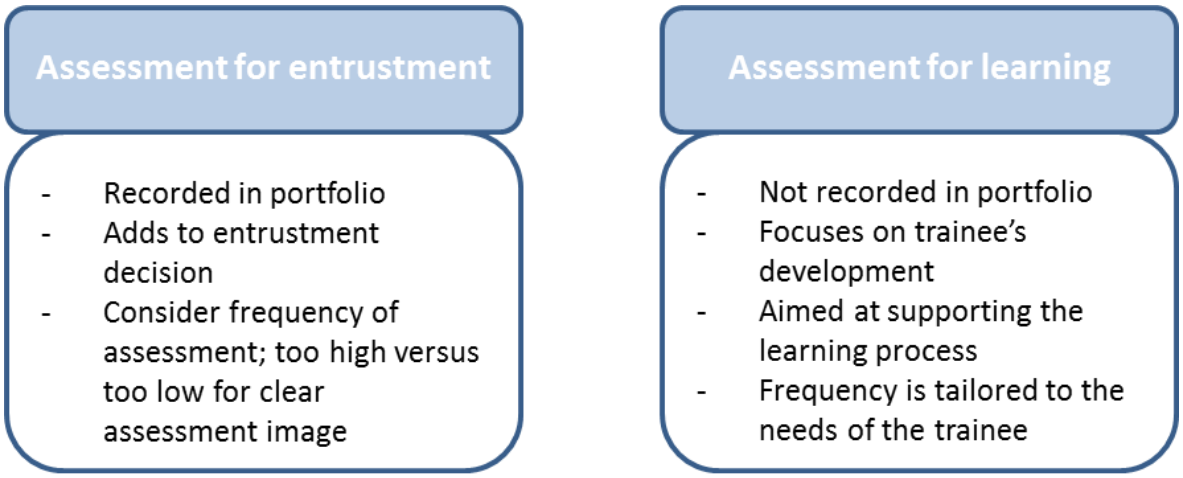
- Proces oceny w celu uzyskania powierzenia wykonywania czynności można postrzegać jako obraz zbudowany z mniejszej lub większej liczby pikseli. Im większa liczba ocen, tym więcej pikseli składa się na obraz będący podstawą oceny.
- Różnorodność narzędzi oceny (przykłady znajdują się w dodatku 1) jest źródłem zróżnicowania kolorystyki obrazu oceny i zapewnia bardziej przejrzysty obraz.
- Poddanie się wielu ocenom wymaga poświęcenia czasu, wysiłku i środków pieniężnych. Ocena pod kątem powierzenia wykonywania czynności powinna być użyteczna, a zasoby ją umożliwiające powinny być wykorzystywane w sposób ekonomiczny. Tylko i wyłącznie w razie konieczności, np. w przypadku wątpliwości co do osiągnięć lekarza, liczbę ocen można zwiększyć, aby uzyskać bardziej szczegółowy obraz tych osiągnięć (ocena sekwencyjna).
- W trakcie szkolenia ocena może zmienić się opartej w większym zakresie na wiedzy na opartą szerzej na umiejętnościach w środowisku klinicznym oraz obserwacjach w miejscu pracy. Jest to wynikiem zwiększenia samodzielności w wykonywaniu określonych czynności.

Ocena i informacje zwrotne mogą być wykorzystywane zarówno do powierzania czynności zawodowych, jak i do celów powiązanych z kształceniem lekarza. W kontekście oceny i informacji zwrotnych dotyczących kształcenia należy uwzględnić następujące punkty:
W procesie kształcenia kadra kliniczna musi posiadać informacje na temat poziomu biegłości zawodowej lekarza w trakcie specjalizacji, aby zapewniać mu optymalne informacje zwrotne i instruktaż niezbędne do doskonalenia kompetencji. Lekarz w trakcie specjalizacji postrzega informacje zwrotne na temat kształcenia inaczej niż ocenę mającą na celu powierzenie wykonywania czynności, ponieważ ma ona dla niego mniejszą wagę. Ocena i informacje zwrotne dotyczące kształcenia są niezwykle ważne dla wytworzenia optymalnej relacji „mistrz-uczeń" i zapewnienia odpowiedniej opieki dydaktycznej. Zaleca się zatem stworzenie środowiska kształceniowego, które jest możliwie najbezpieczniejsze oraz odstąpienie od umieszczania mniej ważnych ocen i informacji zwrotnych w

portfolio. Portfolio jest przeznaczone na bardziej istotne informacje niezbędne do powierzenia czynności zawodowych.

Mniej istotne ocenę i informacje zwrotne dotyczące kształcenia należy przekazywać oddzielnie od bardziej istotnej oceny związanej z powierzeniem wykonywania czynności, ponieważ wskutek ich połączenia lekarz w trakcie specjalizacji może uznać ocenę i informacje zwrotne dotyczące kształcenia za mające większe znaczenie (przeszkodę na drodze do uzyskania powierzenia czynności, a nie informacje, z których należy wyciągnąć wnioski).

Rys. 2: Ocena mająca na celu powierzenie wykonywania czynności w porównaniu z oceną dotyczącą kształcenia



Określenie harmonogramu szkolenia i postępów lekarza w trakcie specjalizacji

Każda placówka dydaktyczna może określić cele dotyczące powierzania czynności lekarzom w trakcie specjalizacji w harmonogramie szkolenia (patrz przykład w tabeli 2). Lekarz w trakcie specjalizacji oraz komisja ds. kompetencji powinni wielokrotnie oceniać osiągnięcia lekarza w miarę upływu czasu, tak aby zachować zgodność z harmonogramem. W tabeli znak X oznacza rok, w którym powinno następować pełne powierzenie wykonywania czynności.

Tabela 2: Przykład harmonogramu szkolenia z terminami uzyskiwania powierzenia wykonywania czynności

Zagnieżdżone EPA w ramach jednego zagadnienia (nadrzędne EPA)	**Rok 1**	**Rok 2**	**Rok 3**	**Rok 4**
Leczenie przedwczesnych skurczów i 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 mnogiej			x	
Wszystkie manewry związane z dystocją, w tym dystocji barkowej		x		
Prowadzenie porodu pochwowego z wykorzystaniem próżnociągu		x		
Prowadzenie porodu z zastosowaniem kleszczy (co najmniej w warunkach symulacji)		x		
Wykonanie planowego cięcia cesarskiego		x		
Wykonanie cesarskiego cięcia w trybie pilnym		x		
Wykonanie powtórnego cięcie cesarskiego lub cesarskie cięcie u pacjentki z wysokim BMI			x	
Wykonanie ręcznego usunięcia łożyska			x	

Dyplom

Po uzyskaniu zatwierdzeń poszczególnych EPA, a tym samym ukończeniu szkolenia, właściwie udokumentowane portfolio może przedstawić standardowej komisji ds. szkoleń i oceny (ang. Standard Committee for Training and Assessment, SCTA) przy EBCOG w celu uzyskania dyplomu wystawionego przez EBCOG. Dyplom potwierdza, że ginekolog przeszedł przeszkolenie i powierzono mu wykonywanie czynności zawodowych zgodnie z europejskimi normami. Dyplom podpisuje przewodniczący SCTA i prezes 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. Pobrano 20 gru 2013 r.
4. Managing risks and benefits: key issues in entrustment decisions. Ten Cate O. Med Educ. Wrz 2017; 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. 14 paź 2017. doi: 10.1007/s10459-017-9793-y. [plik epub przed oddaniem do druku]
6. Do portfolios have a future? Driessen E. Adv Health Sci Educ Theory Pract. Mar 2017;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

Dodatek 1: przykłady narzędzi oceny formalnej w klinicznym miejscu pracy

Przedstawione formularze oceny są dokumentami sugerowanymi, można wykorzystywać inne formularze zawierające porównywalne pozycje.

1. Formularz bezpośredniej obserwacji w praktyce klinicznej

2. Wieloźródłowe informacje zwrotne / formularz obserwacji 360-stopniowej

3. Formularz OSAT

4. Mini-CEX

Bezpośrednia obserwacja w praktyce klinicznej

Imię i nazwisko lekarza w trakcie specjalizacji:
Imię i nazwisko opiekuna:
Czynność zawodowa:

Data:

Podpis opiekuna:
Podpis lekarza w trakcie specjalizacji:

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

1	***2***	***3***	***4***	***5***
Opiekun wykonuje czynność, lekarz w trakcie specjalizacji obserwuje	***Opiekun przeprowadza przekazuje lekarzowi w trakcie specjalizacji instruktaż pozwalający wykonać czynność***	***Opiekun interweniuje incydentalnie***	***Opiekun może być obecny tylko „na wszelki wypadek”***	***Opiekun nie musi być obecny***

Mocne strony:	
Elementy do poprawy:	

Wystarczą nie więcej niż dwa elementy dla każdej obserwacji

Opieka zorientowana na pacjentkę

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

Mocne strony:	
Elementy do poprawy:	

Praca zespołowa

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

Mocne strony:	
Elementy do poprawy:	

Praktyka systemowa

Działania

***nie* spełniły**	***spełniły***	***przekroczyły***

oczekiwania

Mocne strony:	
Elementy do poprawy:	

Rozwój osobisty i zawodowy

Działania

***nie* spełniły**	***spełniły***	***przekroczyły***

oczekiwania

Mocne strony:	
Elementy do poprawy:	

W celu wydania opinii należy oprzeć się na punkcie „Kompetencje ogólne i umiejętności miękkie" programu nauczania:

Opieka zorientowana na pacjentkę

- Postrzeganie pacjentki z perspektywy holistycznej, szacunek dla różnorodności i zapewnianie zindywidualizowanej opieki
- Komunikowanie się z szacunkiem i empatią, aktywne słuchanie sprzyjające wzajemnemu zaufaniu
- Upodmiotowienie pacjentki i uzyskanie świadomej zgody ułatwiające zachowanie równowagi między zaleceniami opartymi na dowodach a preferencjami pacjentki w procesie wspólnego podejmowania decyzji
- Wykazanie przywództwa w celu zapewnienia bezpieczeństwa i ciągłości opieki nad pacjentką
- Praca zgodnie ze standardami etycznymi i powszechnymi prawami człowieka przysługującymi kobietom

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
- Wsparcie interdyscyplinarnego podejmowania decyzji, uznanie i zaufanie dla doświadczenia innych
- Koncentracja na działaniu zespołu przy zachowaniu standardów opieki i przestrzeganiu przepisów
- Demonstrowanie przywództwa, szczególnie w sytuacjach krytycznych

Praktyka systemowa

- Zrozumienie i skuteczna praca w organizacji opieki zdrowotnej, w tym w ramach jej systemu prawnego
- Zrozumienie i dostosowanie do różnorodności, rozwoju i innowacji
- Praca zgodnie z wytycznymi i standardami opieki oraz stosowanie systemów bezpieczeństwa pacjentek
- Zrównoważenie wyników i kosztów powiązanych z pacjentką
- Przeprowadzanie triażu i ustalanie priorytetów zadań z uwzględnieniem dostępnych zasobów
- Zapewnienie szacunku i komfortu pacjentki w obszarze świadczenia opieki, otoczenia i kontekstu

Rozwój osobisty i zawodowy

- Uczenie się przez całe życie i służenie wzorem
- Równowaga między pracą a życiem prywatnym
- Uznanie osobistych kompetencji i ograniczeń
- Dawanie, poszukiwanie i akceptowanie opinii, zastanowienie nad nimi i wykorzystanie ich do samodoskonalenia
- Ciągłe doskonalenie empatycznego słuchania oraz skutecznej i jednoznacznej komunikacji
- Wkład w postępy opieki zdrowotnej poprzez badania, edukację i ułatwianie wdrażania innowacji

**Jak opisano w sekcji „Kompetencje ogólne i umiejętności miękkie" programu nauczania*

Obserwacja 360-stopniowa (wieloźródłowe informacje zwrotne)

Pod nadzorem komisji ds. kompetencji należy zgromadzić co najmniej 10 formularzy od personelu medycznego, położnych, pielęgniarek i pracowników administracji oraz połączyć te informacje.

Imię i nazwisko lekarza w trakcie specjalizacji:
Imię i nazwisko opiekuna:
Czynność zawodowa:

Data:

Podpis opiekuna:
Podpis lekarza w trakcie specjalizacji:

Prosimy o przekazanie opinii na temat tego lekarza w trakcie specjalizacji. Prosimy nie udzielać odpowiedzi, jeśli są one nieznane. Zachęcamy do dodawania wyjaśnień.

Lekarz w trakcie specjalizacji posiada wiedzę medyczną:

Działania

nie spełniły	***spełniły***	***przekroczyły***

oczekiwania

Mocne strony:	
Elementy do poprawy:	

Zaobserwowano działania lekarza w trakcie specjalizacji zgodne z zasadami „opieki zorientowanej na pacjentkę”

Działania

nie spełniły	***spełniły***	***przekroczyły***

oczekiwania

Mocne strony:	
Elementy do poprawy:	

Zaobserwowano „pracę zespołową” tego lekarza w trakcie specjalizacji

Działania

nie spełniły	***spełniły***	***przekroczyły***

oczekiwania

Mocne strony:	
Elementy do poprawy:	

Zaobserwowano u tego lekarza w trakcie specjalizacji „praktykę systemową”

Działania

***nie* spełniły**	***spełniły***	***przekroczyły***

oczekiwania

Mocne strony:	
Elementy do poprawy:	

U tego lekarza w trakcie specjalizacji zaobserwowano działania nakierowane na „rozwój osobisty i zawodowy”

Działania

***nie* spełniły**	***spełniły***	***przekroczyły***

oczekiwania

Mocne strony:	
Elementy do poprawy:	

W celu wydania opinii należy oprzeć się na punkcie „Kompetencje ogólne i umiejętności miękkie” programu nauczania:

Opieka zorientowana na pacjentkę

- Postrzeganie pacjentki z perspektywy holistycznej, szacunek dla różnorodności i zapewnianie zindywidualizowanej opieki
- Komunikowanie się z szacunkiem i empatią, aktywne słuchanie sprzyjające wzajemnemu zaufaniu
- Upodmiotowienie pacjentki i uzyskanie świadomej zgody ułatwiające zachowanie równowagi między zaleceniami opartymi na dowodach a preferencjami pacjentki w procesie wspólnego podejmowania decyzji
- Wykazanie przywództwa w celu zapewnienia bezpieczeństwa i ciągłości opieki nad pacjentką
- Praca zgodnie ze standardami etycznymi i powszechnymi prawami człowieka

przysługującymi kobietom 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
- Wsparcie interdyscyplinarnego podejmowania decyzji, uznanie i zaufanie dla doświadczenia innych
- Koncentracja na działaniu zespołu przy zachowaniu standardów opieki i przestrzeganiu przepisów
- Demonstrowanie przywództwa, szczególnie w

sytuacjach krytycznych Praktyka systemowa

- Zrozumienie i skuteczna praca w organizacji opieki zdrowotnej, w tym w ramach jej systemu prawnego
- Zrozumienie i dostosowanie do różnorodności, rozwoju i innowacji
- Praca zgodnie z wytycznymi i standardami opieki oraz stosowanie systemów bezpieczeństwa pacjentek
- Zrównoważenie wyników i kosztów powiązanych z pacjentką
- Przeprowadzanie triażu i ustalanie priorytetów zadań z uwzględnieniem dostępnych zasobów
- Zapewnienie szacunku i komfortu pacjentki w obszarze świadczenia

opieki, otoczenia i kontekstu Rozwój osobisty i zawodowy

- Uczenie się przez całe życie i służenie wzorem
- Równowaga między pracą a życiem prywatnym
- Uznanie osobistych kompetencji i ograniczeń
- Dawanie, poszukiwanie i akceptowanie opinii, zastanowienie nad nimi i wykorzystanie ich do samodoskonalenia
- Ciągłe doskonalenie empatycznego słuchania oraz skutecznej i jednoznacznej komunikacji
- Wkład w postępy opieki zdrowotnej poprzez badania, edukację i ułatwianie wdrażania innowacji

OSAT zabiegu chirurgicznego

Imię i nazwisko lekarza w trakcie specjalizacji:
Imię i nazwisko opiekuna:
Czynność zawodowa:

Data:

Podpis opiekuna:
Podpis lekarza w trakcie specjalizacji:

Obiektywna ustrukturyzowana ocena umiejętności technicznych (ang. *Objective Structured Assessment of Technical Skills, OSATS*): globalna skala oceny działań chirurgicznych[1]

Prosimy zakreślić cyfrę odpowiadającą osiągnięciom lekarza w trakcie specjalizacji w każdej kategorii, niezależnie od poziomu szkolenia

	1	2	3	4	5
Szacunek dla tkanki	Często stosował zbędną siłę nacisku na tkanki lub powodował ich uszkodzenie wskutek nieprawidłowego użycia instrumentów		Ostrożne manipulować tkanką, ale niekiedy powodował niezamierzone uszkodzenia		Powtarzalnie odpowiednio manipulował tkankami przy minimalnych uszkodzeniach
	1	2	3	4	5
Czas i ruchy	Wiele zbędnych ruchów		Wydajne wykorzystanie czasu/ruchów przy pewnej liczbie ruchów zbędnych		Wyraźna ekonomia ruchu i maksymalna wydajność
	1	2	3	4	5
Znajomość i obsługa instrumentów	Brak znajomości instrumentów		Kompetentne korzystanie z instrumentów, ale sporadycznie w sposób sztywny lub niezręczny		Oczywista znajomość instrumentów
	1	2	3	4	5
Płynność czynności	Często przerywał procedurę i wydawał się niepewny kolejnego ruchu		Wykazał pewne planowanie przy uzasadnionym postępie procedury		W oczywisty sposób planował przebieg procedury i płynnie przechodził do kolejnych ruchów
	1	2	3	4	5
Wykorzystanie asystentów	Powtarzalnie rozmieszczał asystentów w złych lokalizacjach lub nie potrafił ich wykorzystać		Właściwe korzystał z asystentów przez większość czasu		Strategicznie wykorzystywał asystentów, aby zawsze uzyskać najlepsze korzyści
	1	2	3	4	5
Znajomość konkretnej procedury	Niedostateczna wiedza. Potrzebował szczegółowych instrukcji na większości etapów		Znał wszystkie ważne etapy procedury		Wykazał znajomość wszystkich aspektów operacji

Działania

nie spełniły	***spełniły***	***przekroczyły***

oczekiwania

Mocne strony:	
Elementy do poprawy:	

Opracowano na podstawie Hiemstra i wsp. J Can Chir 201

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

Imię i nazwisko lekarza w trakcie specjalizacji:
Imię i nazwisko opiekuna:
Czynność zawodowa:

Data:

Podpis opiekuna:
Podpis lekarza w trakcie specjalizacji:

Mini-CEX dotyczy klinicznej oceny ćwiczenia polegającego na obserwacji lekarza w trakcie specjalizacji przez opiekuna w sytuacji bezpośredniego kontaktu z pacjentką. Opiekun przekazuje informacje zwrotne na temat interakcji z pacjentką, dokonuje ogólnej oceny postępowania lekarza w trakcie specjalizacji w kilku domenach (można wybrać podzbiór domen) i opisuje korekty niezbędne do prawidłowego wykonania zadania.
Przekazywane informacje zwrotne dotyczą wyłącznie obserwowanych domen. Opiekun i lekarz w trakcie specjalizacji omawiają przed oceną, jakich domen dotyczyć będą przekazywane informacje zwrotne.

Zbieranie wywiadu

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

Należy zwrócić uwagę na kompetencje ogólne i umiejętności miękkie:*

- *Postrzeganie pacjentki z perspektywy holistycznej, szacunek dla różnorodności i zapewnianie zindywidualizowanej opieki.*
- *Komunikowanie się z szacunkiem i empatią, aktywne słuchanie sprzyjające wzajemnemu zaufaniu.*

Mocne strony:	
Elementy do poprawy:	

Badanie fizykalne

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

Należy zwrócić uwagę na kompetencje ogólne i umiejętności miękkie:*

- *Komunikacja pełna szacunku i empatii*
- *Zapewnienie prywatności i komfortu pacjentki podczas świadczenia opieki w kontekście lekarza, otoczenia i kontekstu.*

Mocne strony:	
Elementy do poprawy:	

Uzyskiwanie świadomej zgody/poradnictwo

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

Należy zwrócić uwagę na kompetencje ogólne i umiejętności miękkie:*

- *Komunikowanie się z szacunkiem i empatią, aktywne słuchanie sprzyjające wzajemnemu zaufaniu.*
- *Upodmiotowienie pacjentki i uzyskanie świadomej zgody ułatwiające zachowanie równowagi między zaleceniami opartymi na dowodach a preferencjami pacjentki w procesie wspólnego podejmowania decyzji.*

Mocne strony:	
Elementy do poprawy:	

Ocena kliniczna / wnioskowanie

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

Należy zwrócić uwagę na kompetencje ogólne i umiejętności miękkie:*

- *Postrzeganie pacjentki z perspektywy holistycznej, szacunek dla różnorodności i zapewnianie zindywidualizowanej opieki.*
- *Wsparcie interdyscyplinarnego podejmowania decyzji, uznanie i zaufanie dla doświadczenia innych.*
- *Praca zgodnie z wytycznymi i standardami opieki oraz stosowanie systemów bezpieczeństwa pacjentek.*

Mocne strony:	
Elementy do poprawy:	

Profesjonalizm

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

Należy zwrócić uwagę na kompetencje ogólne i umiejętności miękkie:*

- *Wykazanie przywództwa w celu zapewnienia bezpieczeństwa i ciągłości opieki nad pacjentką, także w sytuacjach kryzysowych.*
- *Praca zgodnie ze standardami etycznymi i powszechnymi prawami człowieka przysługującymi kobietom.*
- *Zapewnienie prywatności i komfortu pacjentki podczas świadczenia opieki w kontekście lekarza, otoczenia i kontekstu.*
- *Uznanie osobistych kompetencji i ograniczeń.*
- *Zrównoważenie wyników i kosztów powiązanych z pacjentką.*

Mocne strony:	
Elementy do 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.*
- *Przeprowadzanie triażu i ustalanie priorytetów zadań z uwzględnieniem dostępnych zasobów.*

Mocne strony:	
Elementy do poprawy:	

**Jak opisano w sekcji „Kompetencje ogólne i umiejętności miękkie" programu nauczania*

Dodatek 2: przykład portfolio

Portfolio służy głównie do dokumentowanie procesu powierzania czynności zawodowych każdemu lekarzowi w trakcie specjalizacji. Zawiera ono wykaz osiągnięć lekarza w trakcie specjalizacji zarówno w placówce dydaktycznej, jak i innych placówkach, także tych zagranicznych, które mogą później rozważać zatrudnienie lekarza. Z tego względu portfolio powinno być dokumentem uznawanym na całym świecie.

Dokumentowanie w portfolio decyzji o powierzeniu czynności zawodowych

Portfolio wypełnia lekarz w trakcie specjalizacji, jednak decyzje o powierzeniu mu czynności zawodowych podejmuje komisja ds. kompetencji. W przypadku każdej powierzonej czynności zawodowej (ang. Entrusted Professional Activity, EPA) portfolio powinno wskazywać trzy źródła będące podstawą zapadłej decyzji:

A. Doświadczenia z kształcenia
B. Ocena pod kątem powierzenia czynności zawodowych
C. Opinie zawodowe komisji ds. kompetencji

Te trzy źródła opisano bardziej szczegółowo w części programu EBCOG-PACT dotyczącej powierzania wykonywania czynności.

Zagadnienia

Podstawa programowa obejmuje dziesięć zagadnień. Każde zagadnienie odpowiada jednej nadrzędnej czynności EPA i obejmuje wiele podrzędnych czynności zawodowych określanych mianem „zagnieżdżonych EPA".

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

Dla każdego zagadnienia w portfolio należy odnotowywać wszystkie trzy źródła, a także zmiany poziomu kompetencji. Portfolio jest własnością lekarza w trakcie specjalizacji, który powinien je na bieżąco aktualizować. Komisja ds. kompetencji może jednak rejestrować postępy lekarza w trakcie specjalizacji we wzmacnianiu kompetencji w jego harmonogramie szkolenia. Dyrektor programu i wykładowcy kliniczni mają obowiązek optymalnie udostępniać możliwości szkoleniowe, oceny, dyskusje i oceny planu rozwoju osobistego, a na koniec decyzje o powierzeniu czynności zawodowych.

Jak uzyskać powierzenie czynności zawodowych w oparciu o portfolio:

1. Lekarz w trakcie specjalizacji wnioskuje o powierzenie wykonywania określonej czynności zawodowej i przygotowuje portfolio.
2. Wniosek omawia komisja ds. kompetencji
3. a. Jeśli komisja ds. kompetencji nie ma pewności co do osiągniętego poziomu kompetencji lekarza, gromadzi dodatkowe informacje na temat osiągnięć lekarza w trakcie specjalizacji, a termin podjęcia decyzji zostaje odłożony.
   b. Jeśli komisja ds. kompetencji jest zgodna, decyzja zostaje krótko pisemnie uzasadniona (do załączenia w portfolio), a lekarz otrzymuje dopuszczenie do wykonywania danej czynności.

Na kolejnych stronach przedstawiono przykład portfolio opisujący trzy źródła kształcenia dla każdego zagadnienia (czyli EPA). Przykład spełnia minimalne wymogi dla portfolio. W praktyce portfolio można rozszerzać odpowiednio do potrzeb lub lokalnych uwarunkowań.

Ogólna wiedza i umiejętności medyczne – przykład portfolio

A. Doświadczenia z kształcenia
- Oddziały
- Poradnie ambulatoryjne
- Kursy
- Symulacje, np. umiejętności komunikacyjnych
- Refleksja na temat postępów szkolenia
- Plan rozwoju osobistego

B. Ocena pod kątem powierzenia czynności zawodowych
- Sprawdziany wiedzy: egzamin europejski (lub egzamin krajowy)
- Egzamin symulacyjny
- Bezpośrednia obserwacja w praktyce
- Wieloźródłowe informacje zwrotne
- OSATS

C. Komisja ds. kompetencji
- W trakcie procesu podejmowania decyzji o powierzeniu czynności zawodowych komisja ds. kompetencji uwzględnia obserwacje relacji mistrz-uczeń poczynione w miejscu pracy.
- Komisja ds. kompetencji określa poziom kompetencji osiągnięty przez lekarza w trakcie specjalizacji.
- Komisja ds. kompetencji określa, czy postępy lekarza w trakcie specjalizacji odpowiadają oczekiwaniom w odniesieniu do harmonogramu szkolenia (patrz tabela 2).
- Komisja ds. kompetencji sporządza krótką odpowiedź na wniosek lekarza w trakcie specjalizacji o powierzenie czynności zawodowych, która wraz z refleksją lekarza trafia do portfolio.
- Gdy lekarz w trakcie specjalizacji osiągnie najwyższy poziom kompetencji dla wszystkich zagnieżdżonych EPA w jednym zagadnieniu w ramach EPA, komisja ds. kompetencji może powierzyć czynności zawodowe EPA ujęte w całym zagadnieniu.

Etap osiągnięcia EPA:	W toku	W toku	W toku	Osiągnięty	Osiągnięty
Poziom kompetencji: **Czynność (podstawa programowa)**	***1 Opiekun wykonuje czynność, lekarz w trakcie specjalizacji obserwuje***	***2 Opiekun przeprowadza przekazuje lekarzowi w trakcie specjalizacji instruktaż pozwalający wykonać czynność***	***3 Opiekun interweniuje incydentalnie***	***4 Opiekun może być obecny tylko „na wszelki wypadek”***	***5 Opiekun nie musi być obecny***
Zebranie wywiadu chorobowego i wykonanie badania fizykalnego					
Zlecanie odpowiednich badań dodatkowych					
Prowadzenie obchodu oddziału					
Wykonanie podstawowych interwencji terapeutycznych					
Leczenie bólu					
Rozpoznawanie i triaż ciężko chorych pacjentek					
Odpowiednia komunikacja, wspólne podejmowanie decyzji i uzyskiwanie świadomej zgody					
Odpowiednie dokumentowanie danych pacjentki					
Zarządzanie podstawową opieką okołooperacyjną					
Wykazywanie zrozumienia seksuologii					

Wykazywanie zrozumienia biopsychospołecznych aspektów położnictwa i ginekologii					
Wykazywanie zrozumienia dla osłabionych, starszych kobiet z wieloma chorobami współistniejącymi i wielolekowością					

Zatwierdzenie EPA

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

Opieka prenatalna – przykład portfolio

A. Doświadczenia z kształcenia
- Oddziały
- Poradnie ambulatoryjne
- Kursy
- Symulacje, np. umiejętności komunikacyjnych
- Refleksja na temat postępów szkolenia
- Plan rozwoju osobistego

B. Ocena pod kątem powierzenia czynności zawodowych
- Sprawdziany wiedzy: egzamin europejski (lub egzamin krajowy)
- Egzamin symulacyjny
- Bezpośrednia obserwacja w praktyce
- Wieloźródłowe informacje zwrotne
- OSATS

C. Komisja ds. kompetencji
- W trakcie procesu podejmowania decyzji o powierzeniu czynności zawodowych komisja ds. kompetencji uwzględnia obserwacje relacji mistrz-uczeń poczynione w miejscu pracy.
- Komisja ds. kompetencji określa poziom kompetencji osiągnięty przez lekarza w trakcie specjalizacji.
- Komisja ds. kompetencji określa, czy postępy lekarza w trakcie specjalizacji odpowiadają oczekiwaniom w odniesieniu do harmonogramu szkolenia (patrz tabela 2).
- Komisja ds. kompetencji sporządza krótką odpowiedź na wniosek lekarza w trakcie specjalizacji o powierzenie czynności zawodowych, która wraz z refleksją lekarza trafia do portfolio.
- Gdy lekarz w trakcie specjalizacji osiągnie najwyższy poziom kompetencji dla wszystkich zagnieżdżonych EPA w jednym zagadnieniu w ramach EPA, komisja ds. kompetencji może powierzyć czynności zawodowe EPA ujęte w całym zagadnieniu.

Etap osiągnięcia EPA:	W toku	W toku	W toku	Osiągnięty	Osiągnięty
Poziom kompetencji: **Czynność (podstawa programowa)**	***1 Opiekun wykonuje czynność, lekarz w trakcie specjalizacji obserwuje***	***2 Opiekun przeprowadza przekazuje lekarzowi w trakcie specjalizacji instruktaż pozwalający wykonać czynność***	***3 Opiekun interweniuje incydentalnie***	***4 Opiekun może być obecny tylko „na wszelki wypadek”***	***5 Opiekun nie musi być obecny***
Wykonywanie przezpochwowego badania ultrasonograficznego w celu określenia żywotności zarodka/płodu, wieku i lokalizacji ciąży					
Wykonywanie przezpochwowego badania ultrasonograficznego w celu określenia ciąży jedno- lub wielopłodowej i liczby łożysk					
Wykonywanie przezpochwowego badania ultrasonograficznego w celu określenia długości szyjki macicy					
Wykonywanie przezpochwowego badania ultrasonograficznego w celu rozpoznania nieprawidłowego położenia płodu					
Wykonywanie biometrii płodu i pomiarów płynu owodniowego					
Pomiar przepływu w tętnicy pępowinowej metodą					

Dopplera					
Przekazywanie informacji i porad dotyczących rozpoznania i jego konsekwencji w zakresie najważniejszych problemów związanych z ciążą					
Leczenie większości powikłań wczesnej ciąży					
Leczenie większości powikłań w środkowym i późnym okresie ciąży					

Zatwierdzenie EPA

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

Opieka śródporodowa i poporodowa – przykład portfolio

A. Doświadczenia z kształcenia
- Oddziały
- Poradnie ambulatoryjne
- Kursy
- Symulacje, np. umiejętności komunikacyjnych
- Refleksja na temat postępów szkolenia
- Plan rozwoju osobistego

B. Ocena pod kątem powierzenia czynności zawodowych
- Sprawdziany wiedzy: egzamin europejski (lub egzamin krajowy)
- Egzamin symulacyjny
- Bezpośrednia obserwacja w praktyce
- Wieloźródłowe informacje zwrotne
- OSATS

C. Komisja ds. kompetencji
- W trakcie procesu podejmowania decyzji o powierzeniu czynności zawodowych komisja ds. kompetencji uwzględnia obserwacje relacji mistrz-uczeń poczynione w miejscu pracy.
- Komisja ds. kompetencji określa poziom kompetencji osiągnięty przez lekarza w trakcie specjalizacji.
- Komisja ds. kompetencji określa, czy postępy lekarza w trakcie specjalizacji odpowiadają oczekiwaniom w odniesieniu do harmonogramu szkolenia (patrz tabela 2).
- Komisja ds. kompetencji sporządza krótką odpowiedź na wniosek lekarza w trakcie specjalizacji o powierzenie czynności zawodowych, która wraz z refleksją lekarza trafia do portfolio.
- Gdy lekarz w trakcie specjalizacji osiągnie najwyższy poziom kompetencji dla wszystkich zagnieżdżonych EPA w jednym zagadnieniu w ramach EPA, komisja ds. kompetencji może powierzyć czynności zawodowe EPA ujęte w całym zagadnieniu.

Etap osiągnięcia EPA:	W toku	W toku	W toku	Osiągnięty	Osiągnięty
Poziom kompetencji: **Czynność (podstawa programowa)**	***1 Opiekun wykonuje czynność, lekarz w trakcie specjalizacji obserwuje***	***2 Opiekun przeprowadza przekazuje lekarzowi w trakcie specjalizacji instruktaż pozwalający wykonać czynność***	***3 Opiekun interweniuje incydentalnie***	***4 Opiekun może być obecny tylko „na wszelki wypadek”***	***5 Opiekun nie musi być obecny***
Leczenie przedwczesnych skurczów i indukcja dojrzewanie płuc					
Asysta przy porodzie przedwczesnym					
Asysta przy porodzie niepowikłanym					
Ustalanie prawdopodobieństwa porodu					
Prowadzenie monitorowania KTG					
Pobieranie 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 mnogiej					
Wszystkie manewry stosowane w przypadku dystocji, w tym dystocji barkowej					
Prowadzenie porodu pochwowego z wykorzystaniem próżnociągu					
Prowadzenie porodu z zastosowaniem kleszczy (co najmniej					

w warunkach symulacji)					
Wykonanie planowego cięcia cesarskiego					
Wykonanie cesarskiego cięcia w trybie pilnym					
Wykonanie ponownego cięcia cesarskiego lub cięcia cesarskiego u pacjentki z wysokim BMI					
Leczenie poporodowego zapalenia sutka (z ropniem), zatrzymania moczu i procesu zakrzepowo-zatorowego					
Farmakoterapia krwotoku poporodowego					
Wykonanie ręcznego usunięcia łożyska					
Wykonywanie wewnątrzmacicznej tamponady balonowej oraz, co najmniej w warunkach symulacji , chirurgicznej kompresji atonicznej macicy (szew B-Lyncha), rewersji macicy oraz histerektomii brzusznej					
Określanie wskazań do embolizacji tętniczej w związku z krwotokiem poporodowym					
Zszycie rany po nacięciu krocza i pęknięcia krocza 1. i 2. stopnia					
Szycie pęknięcia krocza 3. stopnia oraz co najmniej w warunkach symulacji pęknięcia krocza 4. stopnia					
Odbarczenie krwiaka sromu					
Właściwa resuscytacja 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	

Łagodne schorzenia ginekologiczne – przykład portfolio

A. Doświadczenia z kształcenia
- Oddziały
- Poradnie ambulatoryjne
- Kursy
- Symulacje, np. umiejętności komunikacyjnych
- Refleksja na temat postępów szkolenia
- Plan rozwoju osobistego

B. Ocena pod kątem powierzenia czynności zawodowych
- Sprawdziany wiedzy: egzamin europejski (lub egzamin krajowy)
- Egzamin symulacyjny
- Bezpośrednia obserwacja w praktyce
- Wieloźródłowe informacje zwrotne
- OSATS

C. Komisja ds. kompetencji
- W trakcie procesu podejmowania decyzji o powierzeniu czynności zawodowych komisja ds. kompetencji uwzględnia obserwacje relacji mistrz-uczeń poczynione w miejscu pracy.
- Komisja ds. kompetencji określa poziom kompetencji osiągnięty przez lekarza w trakcie specjalizacji.
- Komisja ds. kompetencji określa, czy postępy lekarza w trakcie specjalizacji odpowiadają oczekiwaniom w odniesieniu do harmonogramu szkolenia (patrz tabela 2).
- Komisja ds. kompetencji sporządza krótką odpowiedź na wniosek lekarza w trakcie specjalizacji o powierzenie czynności zawodowych, która wraz z refleksją lekarza trafia do portfolio.
- Gdy lekarz w trakcie specjalizacji osiągnie najwyższy poziom kompetencji dla wszystkich zagnieżdżonych EPA w jednym zagadnieniu w ramach EPA, komisja ds. kompetencji może powierzyć czynności zawodowe EPA ujęte w całym zagadnieniu.

Etap osiągnięcia EPA:	W toku	W toku	W toku	Osiągnięty	Osiągnięty
Poziom kompetencji: **Czynność (podstawa programowa)**	***1 Opiekun wykonuje czynność, lekarz w trakcie specjalizacji obserwuje***	***2 Opiekun przeprowadza przekazuje lekarzowi w trakcie specjalizacji instruktaż pozwalający wykonać czynność***	***3 Opiekun interweniuje incydentalnie***	***4 Opiekun może być obecny tylko „na wszelki wypadek”***	***5 Opiekun nie musi być obecny***
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 wkładki wewnątrzmacicznej					
Antykoncepcja u pacjentek z problemami zdrowotnymi 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 nieprawidłowym krwawieniu z macicy					

Poradnictwo i leczenie 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 bólu brzucha/miednicy					
Poradnictwo i leczenie dolegliwości związanych z menopauzą					
Poradnictwo i leczenie zespołu napięcia przedmiesiączkowego					
Poradnictwo i leczenie torbieli gruczołu Bartholina i ropnia sromu					
Przeprowadzanie 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 prostych torbieli					
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 0–0–1 (< 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	

Medycyna rozrodu – przykład portfolio

A. Doświadczenia z kształcenia
- Oddziały
- Poradnie ambulatoryjne
- Kursy
- Symulacje, np. umiejętności komunikacyjnych
- Refleksja na temat postępów szkolenia
- Plan rozwoju osobistego

B. Ocena pod kątem powierzenia czynności zawodowych
- Sprawdziany wiedzy: egzamin europejski (lub egzamin krajowy)
- Egzamin symulacyjny
- Bezpośrednia obserwacja w praktyce
- Wieloźródłowe informacje zwrotne
- OSATS

C. Komisja ds. kompetencji
- W trakcie procesu podejmowania decyzji o powierzeniu czynności zawodowych komisja ds. kompetencji uwzględnia obserwacje relacji mistrz-uczeń poczynione w miejscu pracy.
- Komisja ds. kompetencji określa poziom kompetencji osiągnięty przez lekarza w trakcie specjalizacji.
- Komisja ds. kompetencji określa, czy postępy lekarza w trakcie specjalizacji odpowiadają oczekiwaniom w odniesieniu do harmonogramu szkolenia (patrz tabela 2).
- Komisja ds. kompetencji sporządza krótką odpowiedź na wniosek lekarza w trakcie specjalizacji o powierzenie czynności zawodowych, która wraz z refleksją lekarza trafia do portfolio.
- Gdy lekarz w trakcie specjalizacji osiągnie najwyższy poziom kompetencji dla wszystkich zagnieżdżonych EPA w jednym zagadnieniu w ramach EPA, komisja ds. kompetencji może powierzyć czynności zawodowe EPA ujęte w całym zagadnieniu.

Etap osiągnięcia EPA:	W toku	W toku	W toku	Osiągnięty	Osiągnięty
Poziom kompetencji: **Czynność (podstawa programowa)**	***1 Opiekun wykonuje czynność, lekarz w trakcie specjalizacji obserwuje***	***2 Opiekun przeprowadza przekazuje lekarzowi w trakcie specjalizacji instruktaż pozwalający wykonać czynność***	***3 Opiekun interweniuje incydentalnie***	***4 Opiekun może być obecny tylko „na wszelki wypadek”***	***5 Opiekun nie musi być obecny***
Ocena (obniżonej) płodności 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 rozrodu wspomaganego (IUI, IVF, ICSI)					
Leczenie zaburzeń cyklu typu II według WHO / indukcja owulacji					
Wstępne (pilne) 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	

Uroginekologia – przykład portfolio

A. Doświadczenia z kształcenia
- Oddziały
- Poradnie ambulatoryjne
- Kursy
- Symulacje, np. umiejętności komunikacyjnych
- Refleksja na temat postępów szkolenia
- Plan rozwoju osobistego

B. Ocena pod kątem powierzenia czynności zawodowych
- Sprawdziany wiedzy: egzamin europejski (lub egzamin krajowy)
- Egzamin symulacyjny
- Bezpośrednia obserwacja w praktyce
- Wieloźródłowe informacje zwrotne
- OSATS

C. Komisja ds. kompetencji
- W trakcie procesu podejmowania decyzji o powierzeniu czynności zawodowych komisja ds. kompetencji uwzględnia obserwacje relacji mistrz-uczeń poczynione w miejscu pracy.
- Komisja ds. kompetencji określa poziom kompetencji osiągnięty przez lekarza w trakcie specjalizacji.
- Komisja ds. kompetencji określa, czy postępy lekarza w trakcie specjalizacji odpowiadają oczekiwaniom w odniesieniu do harmonogramu szkolenia (patrz tabela 2).
- Komisja ds. kompetencji sporządza krótką odpowiedź na wniosek lekarza w trakcie specjalizacji o powierzenie czynności zawodowych, która wraz z refleksją lekarza trafia do portfolio.
- Gdy lekarz w trakcie specjalizacji osiągnie najwyższy poziom kompetencji dla wszystkich zagnieżdżonych EPA w jednym zagadnieniu w ramach EPA, komisja ds. kompetencji może powierzyć czynności zawodowe EPA ujęte w całym zagadnieniu.

Etap osiągnięcia EPA:	W toku	W toku	W toku	Osiągnięty	Osiągnięty
Poziom kompetencji: **Czynność (podstawa programowa)**	***1 Opiekun wykonuje czynność, lekarz w trakcie specjalizacji obserwuje***	***2 Opiekun przeprowadza przekazuje lekarzowi w trakcie specjalizacji instruktaż pozwalający wykonać czynność***	***3 Opiekun interweniuje incydentalnie***	***4 Opiekun może być obecny tylko „na wszelki wypadek”***	***5 Opiekun nie musi być obecny***
Kierowanie pacjentek z nietrzymaniem moczu wysiłkowym i/lub z parcia do fizjoterapeuty specjalizującego się w schorzeniach dna miednicy lub innego specjalisty					
Diagnozowanie przetoki odbytniczo-pochwowej					
Poradnictwo dotyczące zabiegu naprawczego przedniego/tylnego odcinka pochwy					
Dopasowanie pessara i dalsza opieka					
Wykonywanie kolpoklezy					
Wykonywanie prostego zabiegu naprawczego przedniego/tylnegoodcinka pochwy					

Zatwierdzenie EPA

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

Stany przednowotworowe – przykład portfolio

A. Doświadczenia z kształcenia
- Oddziały
- Poradnie ambulatoryjne
- Kursy
- Symulacje, np. umiejętności komunikacyjnych
- Refleksja na temat postępów szkolenia
- Plan rozwoju osobistego

B. Oceny formalne
- Sprawdziany wiedzy: egzamin europejski (lub egzamin krajowy)
- Egzamin symulacyjny
- Bezpośrednia obserwacja w praktyce
- Wieloźródłowe informacje zwrotne
- OSATS

C. Komisja ds. kompetencji
- W trakcie procesu podejmowania decyzji o powierzeniu czynności zawodowych komisja ds. kompetencji uwzględnia obserwacje relacji mistrz-uczeń poczynione w miejscu pracy.
- Komisja ds. kompetencji określa poziom kompetencji osiągnięty przez lekarza w trakcie specjalizacji.
- Komisja ds. kompetencji określa, czy postępy lekarza w trakcie specjalizacji odpowiadają oczekiwaniom w odniesieniu do harmonogramu szkolenia (patrz tabela 2).
- Komisja ds. kompetencji sporządza krótką odpowiedź na wniosek lekarza w trakcie specjalizacji o powierzenie czynności zawodowych, która wraz z refleksją lekarza trafia do portfolio.
- Gdy lekarz w trakcie specjalizacji osiągnie najwyższy poziom kompetencji dla wszystkich zagnieżdżonych EPA w jednym zagadnieniu w ramach EPA, komisja ds. kompetencji może powierzyć czynności zawodowe EPA ujęte w całym zagadnieniu.

Etap osiągnięcia EPA:	W toku	W toku	W toku	Osiągnięty	Osiągnięty
Poziom kompetencji: **Czynność (podstawa programowa)**	***1 Opiekun wykonuje czynność, lekarz w trakcie specjalizacji obserwuje***	***2 Opiekun przeprowadza przekazuje lekarzowi w trakcie specjalizacji instruktaż pozwalający wykonać czynność***	***3 Opiekun interweniuje incydentalnie***	***4 Opiekun może być obecny tylko „na wszelki wypadek”***	***5 Opiekun nie musi być obecny***
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	

Onkologia ginekologiczna – przykład portfolio

A. Doświadczenia z kształcenia
- Oddziały
- Poradnie ambulatoryjne
- Kursy
- Symulacje, np. umiejętności komunikacyjnych
- Refleksja na temat postępów szkolenia
- Plan rozwoju osobistego

B. Ocena pod kątem powierzenia czynności zawodowych
- Sprawdziany wiedzy: egzamin europejski (lub egzamin krajowy)
- Egzamin symulacyjny
- Bezpośrednia obserwacja w praktyce
- Wieloźródłowe informacje zwrotne
- OSATS

C. Komisja ds. kompetencji
- W trakcie procesu podejmowania decyzji o powierzeniu czynności zawodowych komisja ds. kompetencji uwzględnia obserwacje relacji mistrz-uczeń poczynione w miejscu pracy.
- Komisja ds. kompetencji określa poziom kompetencji osiągnięty przez lekarza w trakcie specjalizacji.
- Komisja ds. kompetencji określa, czy postępy lekarza w trakcie specjalizacji odpowiadają oczekiwaniom w odniesieniu do harmonogramu szkolenia (patrz tabela 2).
- Komisja ds. kompetencji sporządza krótką odpowiedź na wniosek lekarza w trakcie specjalizacji o powierzenie czynności zawodowych, która wraz z refleksją lekarza trafia do portfolio.
- Gdy lekarz w trakcie specjalizacji osiągnie najwyższy poziom kompetencji dla wszystkich zagnieżdżonych EPA w jednym zagadnieniu w ramach EPA, komisja ds. kompetencji może powierzyć czynności zawodowe EPA ujęte w całym zagadnieniu.

Etap osiągnięcia EPA:	W toku	W toku	W toku	Osiągnięty	Osiągnięty
Poziom kompetencji: **Czynność (podstawa programowa)**	***1 Opiekun wykonuje czynność, lekarz w trakcie specjalizacji obserwuje***	***2 Opiekun przeprowadza przekazuje lekarzowi w trakcie specjalizacji instruktaż pozwalający wykonać czynność***	***3 Opiekun interweniuje incydentalnie***	***4 Opiekun może być obecny tylko „na wszelki wypadek”***	***5 Opiekun nie musi być obecny***
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	

Ginekologia dziecięca i młodzieżowa – przykład portfolio

A. Doświadczenia z kształcenia
- Oddziały
- Poradnie ambulatoryjne
- Kursy
- Symulacje, np. umiejętności komunikacyjnych
- Refleksja na temat postępów szkolenia
- Plan rozwoju osobistego

B. Ocena pod kątem powierzenia czynności zawodowych
- Sprawdziany wiedzy: egzamin europejski (lub egzamin krajowy)
- Egzamin symulacyjny
- Bezpośrednia obserwacja w praktyce
- Wieloźródłowe informacje zwrotne
- OSATS

C. Komisja ds. kompetencji
- W trakcie procesu podejmowania decyzji o powierzeniu czynności zawodowych komisja ds. kompetencji uwzględnia obserwacje relacji mistrz-uczeń poczynione w miejscu pracy.
- Komisja ds. kompetencji określa poziom kompetencji osiągnięty przez lekarza w trakcie specjalizacji.
- Komisja ds. kompetencji określa, czy postępy lekarza w trakcie specjalizacji odpowiadają oczekiwaniom w odniesieniu do harmonogramu szkolenia (patrz tabela 2).
- Komisja ds. kompetencji sporządza krótką odpowiedź na wniosek lekarza w trakcie specjalizacji o powierzenie czynności zawodowych, która wraz z refleksją lekarza trafia do portfolio.
- Gdy lekarz w trakcie specjalizacji osiągnie najwyższy poziom kompetencji dla wszystkich zagnieżdżonych EPA w jednym zagadnieniu w ramach EPA, komisja ds. kompetencji może powierzyć czynności zawodowe EPA ujęte w całym zagadnieniu.

Etap osiągnięcia EPA:	W toku	W toku	W toku	Osiągnięty	Osiągnięty
Poziom kompetencji: **Czynność (podstawa programowa)**	***1 Opiekun wykonuje czynność, lekarz w trakcie specjalizacji obserwuje***	***2 Opiekun przeprowadza przekazuje lekarzowi w trakcie specjalizacji instruktaż pozwalający wykonać czynność***	***3 Opiekun interweniuje incydentalnie***	***4 Opiekun może być obecny tylko „na wszelki wypadek”***	***5 Opiekun nie musi być obecny***
Dostosowanie komunikacji do poziomu dziecka					
Wykonywanie dokładnego badania ginekologicznego dziecka					
Leczenie sromu/pochwy/krocza/odbytnicy u dziecka w trybie pilnym					

Zatwierdzenie EPA

Imię i nazwisko	
Szpital	
Adres	
Numer telefonu	
Adres e-mail	

Podpis	

Zdrowie seksualne i antykoncepcja – przykład portfolio

A. Doświadczenia z kształcenia
- Oddziały
- Poradnie ambulatoryjne
- Kursy
- Symulacje, np. umiejętności komunikacyjnych
- Refleksja na temat postępów szkolenia
- Plan rozwoju osobistego

B. Ocena pod kątem powierzenia czynności zawodowych
- Sprawdziany wiedzy: egzamin europejski (lub egzamin krajowy)
- Egzamin symulacyjny
- Bezpośrednia obserwacja w praktyce
- Wieloźródłowe informacje zwrotne
- OSATS

C. Komisja ds. kompetencji
- W trakcie procesu podejmowania decyzji o powierzeniu czynności zawodowych komisja ds. kompetencji uwzględnia obserwacje relacji mistrz-uczeń poczynione w miejscu pracy.
- Komisja ds. kompetencji określa poziom kompetencji osiągnięty przez lekarza w trakcie specjalizacji.
- Komisja ds. kompetencji określa, czy postępy lekarza w trakcie specjalizacji odpowiadają oczekiwaniom w odniesieniu do harmonogramu szkolenia (patrz tabela 2).
- Komisja ds. kompetencji sporządza krótką odpowiedź na wniosek lekarza w trakcie specjalizacji o powierzenie czynności zawodowych, która wraz z refleksją lekarza trafia do portfolio.
- Gdy lekarz w trakcie specjalizacji osiągnie najwyższy poziom kompetencji dla wszystkich zagnieżdżonych EPA w jednym zagadnieniu w ramach EPA, komisja ds. kompetencji może powierzyć czynności zawodowe EPA ujęte w całym zagadnieniu.

Etap osiągnięcia EPA:	W toku	W toku	W toku	Osiągnięty	Osiągnięty
Poziom kompetencji: **Czynność (podstawa programowa)**	***1 Opiekun wykonuje czynność, lekarz w trakcie specjalizacji obserwuje***	***2 Opiekun przeprowadza przekazuje lekarzowi w trakcie specjalizacji instruktaż pozwalający wykonać czynność***	***3 Opiekun interweniuje incydentalnie***	***4 Opiekun może być obecny tylko „na wszelki wypadek”***	***5 Opiekun nie musi być obecny***
Zbieranie szczegółowego wywiadu seksualnego					
Zbieranie wywiadu dotyczącego zaburzeń funkcji seksualnych					
Przekazywanie informacji i porad dotyczących badania i leczenia infekcji przenoszonych drogą płciową					
Przekazywanie informacji i porad dotyczących antykoncepcji, w tym antykoncepcji awaryjnej					
Zakładanie wkładki wewnątrzmacicznej					
Zakładanie podskórnych implantów antykoncepcyjnych					

Umiejętności z zakresu sterylizacji laparoskopowej					
Umiejętności z zakresu poradnictwa i wykonywania medycznej i chirurgicznej terminacji ciąży					

Zatwierdzenie EPA

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

Choroby piersi – przykład portfolio

A. Doświadczenia z kształcenia
- Oddziały
- Poradnie ambulatoryjne
- Kursy
- Symulacje, np. umiejętności komunikacyjnych
- Refleksja na temat postępów szkolenia
- Plan rozwoju osobistego

B. Ocena pod kątem powierzenia czynności zawodowych
- Sprawdziany wiedzy: egzamin europejski (lub egzamin krajowy)
- Egzamin symulacyjny
- Bezpośrednia obserwacja w praktyce
- Wieloźródłowe informacje zwrotne
- OSATS

C. Komisja ds. kompetencji
- W trakcie procesu podejmowania decyzji o powierzeniu czynności zawodowych komisja ds. kompetencji uwzględnia obserwacje relacji mistrz-uczeń poczynione w miejscu pracy.
- Komisja ds. kompetencji określa poziom kompetencji osiągnięty przez lekarza w trakcie specjalizacji.
- Komisja ds. kompetencji określa, czy postępy lekarza w trakcie specjalizacji odpowiadają oczekiwaniom w odniesieniu do harmonogramu szkolenia (patrz tabela 2).
- Komisja ds. kompetencji sporządza krótką odpowiedź na wniosek lekarza w trakcie specjalizacji o powierzenie czynności zawodowych, która wraz z refleksją lekarza trafia do portfolio.
- Gdy lekarz w trakcie specjalizacji osiągnie najwyższy poziom kompetencji dla wszystkich zagnieżdżonych EPA w jednym zagadnieniu w ramach EPA, komisja ds. kompetencji może powierzyć czynności zawodowe EPA ujęte w całym zagadnieniu.

Etap osiągnięcia EPA:	W toku	W toku	W toku	Osiągnięty	Osiągnięty
Poziom kompetencji: **Czynność (podstawa programowa)**	***1 Opiekun wykonuje czynność, lekarz w trakcie specjalizacji obserwuje***	***2 Opiekun przeprowadza przekazuje lekarzowi w trakcie specjalizacji instruktaż pozwalający wykonać czynność***	***3 Opiekun interweniuje incydentalnie***	***4 Opiekun może być obecny tylko „na wszelki wypadek”***	***5 Opiekun nie musi być obecny***
Wykonywanie dokładnego badania piersi					

Zatwierdzenie EPA

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

Zarządzanie jakością i uznawanie kształcenia

Autorzy: Juriy Wladimiroff, Angelique Goverde, Fedde Scheele

Wprowadzenie

Aby zapewnić optymalne kształcenie w dziedzinie położnictwa i ginekologii ogólnej, konieczny jest niezawodny system zarządzania jakością i uznawania zewnętrznych form kształcenia. Oba systemy powinny być ze sobą ściśle powiązane.

Połączenie wewnętrznego systemu zarządzania jakością i uznania zewnętrznych form kształcenia łączy się z ciągłą poprawą jakości w krótkim cyklu dzięki kontrolom nakierowanym na zapewnienie zgodności z normami, które należy powtarzać co 5 lat.

Wewnętrzne zarządzanie jakością

W przypadku wewnętrznego zarządzania jakością konieczna jest prosta struktura zarządzania z odpowiednio zdefiniowanymi obowiązkami dotyczącymi programu kształcenia. Wewnętrzne zarządzanie jakością obejmuje działania podejmowane przez placówkę dydaktyczną, a jego celem jest nieustanna poprawa jakości kształcenia w ramach cyklu plan-czynność-kontrola-działanie. Ten wewnętrzny cykl jakości obejmuje kilka aspektów:

- Opis lokalnego planu kształcenia na podstawie PACT, który jest dostosowany do warunków lokalnych: program lokalny.
- Monitorowanie sposobu, w jaki lokalny plan kształcenia przekłada się na codzienną pracę: program działania. Rozmowy z lekarzami w trakcie specjalizacji kończącymi rotację mogą też dostarczyć informacji przydatnych do realizacji tego celu.
- Monitorowanie klimatu kształcenia, który można mierzyć za pomocą kwestionariusza D-RECT [1].
- Monitorowanie i omawianie działalności dydaktycznej kadry, 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 krótkoterminowo. Dostarcza on przydatnych informacji dla zewnętrznych podmiotów akredytacyjnych, co sprawia, że jest to system transparentny.

Uznanie szkoleń zewnętrznych

Uznanie szkoleń zewnętrznych odbywa się przez krajowe jednostki akredytacyjne lub przez komisję EBCOG ds. akredytacji i wizytacji.

Celem uznania szkoleń zewnętrznych jest:

- Harmonizacja kształcenia w całej Europie.
- Zapewnienie jakości: każdy nowy położnik i ginekolog w Europie jest odpowiednio przeszkolony w zakresie podstawy programowej i obszaru swoich zainteresowań oraz potrafi bezpiecznie i samodzielnie wykonywać zawód.
- Organ doradczy: zapewnia doradztwo w kwestiach pojawiających się w ramach programu kształcenia.

Uznanie szkolenia zewnętrznego polega na:

- Udokumentowaniu według potrzeb przez system krajowy lub EBCOG. Dokumentacja powinna dostarczać 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 dydaktycznych
    - Organizacji szkoleń symulacyjnych
    - Rozwoju kadry, szkolenia instruktorów

- Indywidualnych programów kształcenia lekarzy w trakcie specjalizacji; zagadnień podstawowych i fakultatywnych
- Miejsca kompetencji ogólnych i umiejętności miękkich w kształceniu
- Organizacji i oceny jakości w celu zatwierdzenia powierzenia czynności zawodowych

- Portfolio lekarzy w trakcie specjalizacji
- Udziału lekarzy w trakcie specjalizacji w programach naukowych i audytach klinicznych
- Obowiązków lekarzy w trakcie specjalizacji i ich ról w zakresie kształcenia w zespole ds. opieki

- Opracowaniu sprawozdań dotyczących systemu, których celem jest ciągłe udoskonalanie programu kształcenia
- Prowadzeniu 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 dydaktycznej

Autorzy: Angelique Goverde, Živa Novak Antolič, Fedde Scheele

Wprowadzenie

Rozwój kadry uznaje się za zasadniczy instrument niezbędny do zapewnienia wysokiej jakości kształcenia podyplomowego. Pogłębianie wiedzy, rozwój umiejętności i postaw w kształceniu dorosłych umożliwia specjalistom zostanie trenerami klinicznymi, którzy mogą skutecznie i wydajnie kierować kształceniem podyplomowym.

Role i obowiązki trenerów klinicznych

Ponieważ kształcenie podyplomowe ma głównie charakter szkolenia zawodowego, trenerzy kliniczni mają do czynienia z wieloma wyzwaniami. Trener kliniczny ma następujące obowiązki i role:

- bezpieczna opieka nad pacjentką
- tworzenie stymulującego środowiska kształcenia
- stosowanie narzędzi edukacyjnych, takich jak informacje zwrotne, aby pogłębić refleksję w praktyce lekarza w trakcie specjalizacji
- monitorowanie i ocena procesu kształcenia lekarza w trakcie specjalizacji
- ciągły rozwój zawodowy w charakterze dydaktyka

Ustawiczny rozwój zawodowy trenerów

Trenerzy powinni przejść formalne przeszkolenie z zakresu 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 i w formie wykładów dydaktycznych?
- Jak skutecznie przekazywać informacje zwrotne?
- Jak korzystać z metod oceny kształtującej, aby wspierać lekarzy w trakcie specjalizacji?
- Jak identyfikować i wspierać lekarzy w trakcie specjalizacji przechodzących trudności?
- Jak stosować i dokumentować oceny w miejscu pracy?

Trenerzy kliniczni są zobowiązani do aktualizowania swoich kompetencji klinicznych, a także kompetencji szkoleniowych. W zależności od konkretnej roli specjalisty medycznego w zespole dydaktycznym zaleca się co najmniej dwudniowe szkolenie raz na pięć lat.

W krajach, w których stosuje się system oceny podsumowującej w trakcie lub na koniec szkolenia (np. egzamin lokalny lub państwowy), trenerzy kliniczni, którzy wchodzą w skład komisji egzaminacyjnej powinni zostać przeszkoleni w zakresie tworzenia pytań egzaminacyjnych i opracowywania zatwierdzonego egzaminu.
W przypadku dyrektorów programów uzasadnione są specjalne kursy, które koncentrują się na zarządzaniu podyplomowym kształceniem medycznym.

EBCOG może zapewnić wsparcie dotyczące kursów rozwijających kompetencje kadry.

Dodatek:
GESEA – przykład ustrukturyzowanego i zweryfikowanego programu nauczania i oceny w zakresie endoskopowej i robotycznej chirurgii ginekologicznej

Program Ginekologicznej Endoskopowej Edukacji Chirurgicznej i Oceny (and. Gynaecological Endoscopic Surgical Education and Assessment, GESEA)

Wraz z rozpowszechnieniem zaawansowanych technologii obrazowania i robotyki współczesna chirurgia nabiera coraz bardziej cyfrowego charakteru i wymaga dostosowania modelu kształcenia, aby sprostać zapotrzebowaniu na nowe umiejętności potrzebne nie tylko chirurgom, ale także pracownikom służby zdrowia w ogólności. Wzrost złożoności wynikający z tych zmian wymaga dobrze naoliwionej maszyny na sali operacyjnej, gdzie chirurdzy, pielęgniarki i inny personel pomocniczy mogą działać w synergii i ze zwiększoną wydajnością.

Program nauczania GESEA jest dobrze ugruntowany i zapewnia certyfikację chirurgom ginekologicznym, czego dowodzi ponad 16000 uczestników szkoleń zdalnych i ponad 5000 wydanych do tej pory certyfikatów.

GESEA to ustrukturyzowany program szkolenia i oceny w zakresie endoskopowej i zrobotyzowanej chirurgii ginekologicznej, podczas którego uczestnicy zdobywają wiedzę teoretyczną, umiejętności psychomotoryczne i umiejętności chirurgiczne, które są następnie weryfikowane, a uczestnicy otrzymują odpowiednie certyfikaty. Ważne jest, aby te **umiejętności psychomotoryczne** zostały wyćwiczone i przetestowane w bezpiecznym środowisku przed szkoleniem na sali operacyjnej. Takie podejście poprawia jakość opieki nad pacjentką i znacznie zwiększa **efektywność kształcenia** i **kompetencje chirurgiczne** chirurga.

GESEA integruje laparoskopię, histeroskopię i robotykę w unikalnym programie nauczania i weryfikacji. Podstawą programu są certyfikacja wiedzy i umiejętności psychomotorycznych przed wejściem na ścieżkę kliniczną kończącą się uzyskaniem dyplomu w dziedzinie minimalnie inwazyjnej chirurgii ginekologicznej lub chirurgii reprodukcyjnej. Trzeci poziom programu oferuje odpowiednio potwierdzony dyplom z zakresu różnych podspecjalizacji lub specjalnych obszarów zainteresowań w obszarze chirurgii zaawansowanej.

Obecnie moduły certyfikacyjne i dyplomowe programu nauczania GESEA dla chirurgów ginekologicznych są standaryzowane i wdrażane w centrach dyplomowych w całej Europie i poza nią.

EU4Health jest największym z programów zdrowotnych UE i, poprzez program GESEA4EU, zapewnia finansowanie, które ma doprowadzić do standaryzacji endoskopii ginekologicznej i szkoleń z robotyki.
GESEA4EU to dwuletni projekt bazujący na GESEA, którego realizacja rozpoczęła się w lutym 2023 roku. Ten innowacyjny projekt transgraniczny skupia 16 partnerów z 8 krajów europejskich. Ujednolici on ofertę kształceniową GESEA już dostępną dla chirurgów w 12 istniejących ośrodkach GESEA i rozszerzy ją, aby zaspokoić potrzeby szkoleniowe innych pracowników służby zdrowia, w tym pielęgniarek i pomocniczego personelu nieklinicznego.
W trakcie trwania projektu opracowanych zostanie 27 modułów edukacyjnych, a badania odbywają się w 12 ośrodkach w istniejącej sieci. Ponadto zidentyfikowano 9 nowych ośrodków w krajach UE, w których przeprowadzony zostanie pilotaż modułów edukacyjnych.

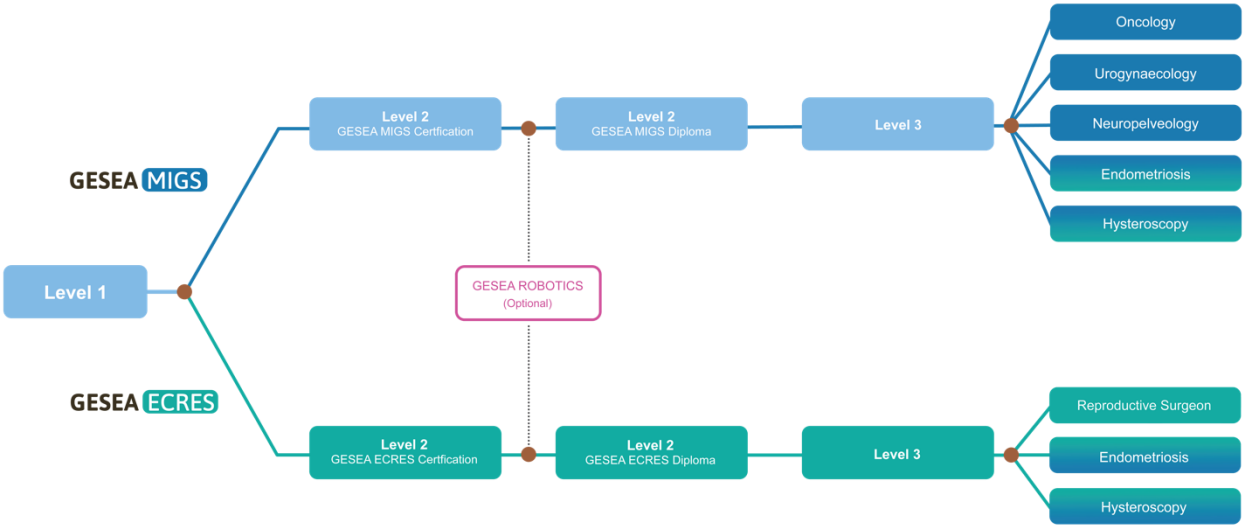
Moduły te zostaną włączone do programu GESEA, który zostanie wdrożony w całej Europie i będzie promowany przez Europejską Radę i Kolegium Położnictwa i Ginekologii.

Rys. 1: Zasady programu GESEA.

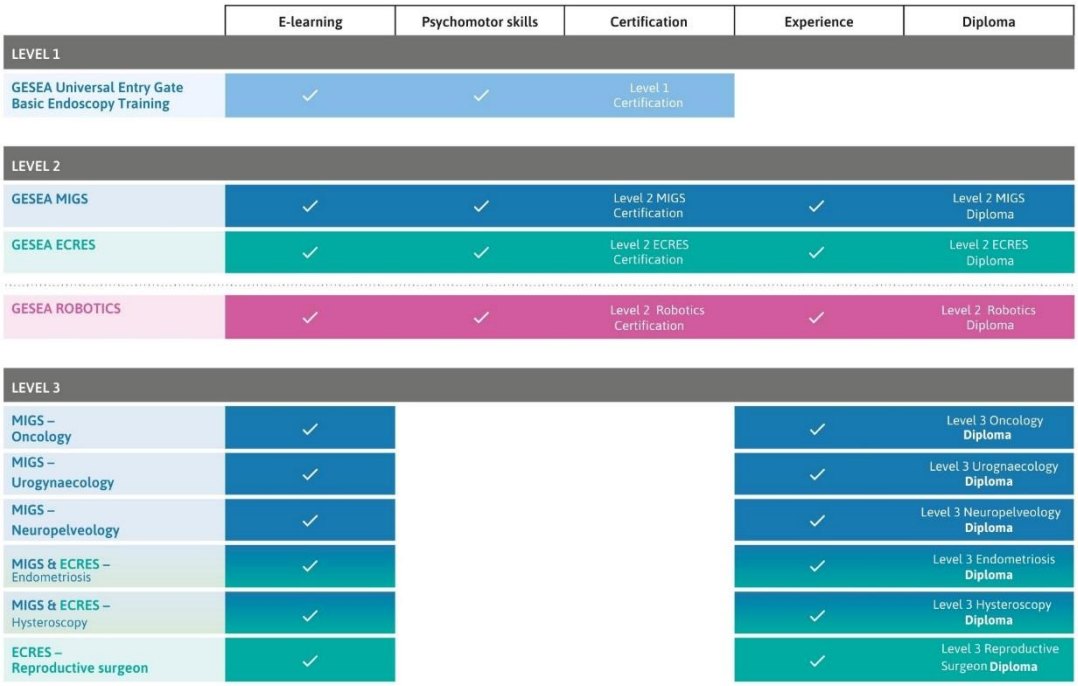
Program Ginekologicznej Endoskopowej Edukacji Chirurgicznej i Oceny (and. Gynaecological Endoscopic Surgical Education and Assessment, GESEA) to ustrukturyzowany program kształcenia w dziedzinie endoskopii ginekologicznej. Program przekazuje i potwierdza certyfikatami **wiedzę** *i* **umiejętności praktyczne** *przed rozpoczęciem rozwoju* **kompetencji chirurgicznych**.

Rys. 2: Różne poziomy programu GESEA

Poziom 1 to uniwersalny punkt wejściowy, następnie mamy 2 główne ścieżki. Na poziomie 2 naucza się i ocenia wiedzę oraz umiejętności chirurgiczne potrzebne minimalnie inwazyjnemu chirurgowi ginekologicznemu (ang. minimal invasive gynaecological surgeon, MIGS) lub chirurgowi endoskopowemu zajmującemu się rozrodem (ang. reproductive endoscopic surgeon, ECRES).
Dla obu ścieżek dostępny jest komponent poświęcony robotyce.



Rys. 3: Różne ścieżki kształcenia dla 3 poziomów wiedzy specjalistycznej



Program nauczania GESEA składa się z trzech poziomów zaawansowania, które się stopniowo rozbudowują, bazując na sobie wzajemnie. Należy spełnić kryteria dla każdego poziomu przed uzyskaniem dostępu i przejściem do następnego poziomu.

Pierwszy poziom to uniwersalny punkt wejściowy programu GESEA do podstawowego szkolenia umiejętności psychomotorycznych w endoskopii. Program nauczania GESEA jest w całości nakierowany na zapewnienie lekarzom wiedzy i umiejętności niezbędnych do rozpoczęcia szkolenia na sali operacyjnej. Certyfikat poziomu 1 jest taki sam dla każdej z dwóch ścieżek.

Poziom **drugi** programu nauczania GESEA przygotowuje lekarzy do ścieżki MIGS lub ECRES w zakresie zabiegów endoskopowych poziomu 2 na sali operacyjnej. Obie ścieżki mają zarówno wspólne, jak i specyficzne dla siebie moduły nauczania, z oddzielnymi certyfikatami i dyplomami. W przypadku obu ścieżek certyfikat/dyplom z robotyki jest opcjonalny.

Trzeci poziom programu nauczania GESEA to poziom ekspercki, który skupia się na takich specjalizacjach, jak onkologia, trudne operacje endometriozy, zaawansowana chirurgia reprodukcyjna, a także histeroskopia na poziomie eksperckim.

Glosariusz

Ocena

Proces tworzenia osądu dotyczącego wykonywania czynności zawodowych przez lekarza w trakcie specjalizacji. Niezbędne jest rozróżnienie między „oceną kształcenia" (znaną również jako ocena kształtująca, tj. ukierunkowująca przyszłą naukę, zapewniająca wsparcie i zachęcająca do refleksji) a oceną na potrzeby powierzenia czynności zawodowych (znaną również jako ocena podsumowująca, tj. dokonująca oceny kompetencji lub zdolności do przejścia na wyższe poziomy odpowiedzialności).
Formy oceny obejmują oceny kliniczne (takie jak OSATS, bezpośrednia obserwacja w praktyce klinicznej), egzaminy, symulacje, oceny wieloźródłowe (360-stopniowe) i refleksyjną samoocenę.

Osoba oceniająca

Osoba, która ocenia wykonywanie czynności zawodowych przez lekarza w trakcie specjalizacji.

Audyt kliniczny

Audyt kliniczny jest cyklicznym narzędziem poprawy jakości, które ma na celu przegląd praktyki klinicznej pod kątem wyraźnych standardów opartych na dowodach i wprowadzenie zmian w celu poprawy opieki nad pacjentką i wyników, jeśli standardy nie są spełniane. Cykle audytów uzupełniających można wykorzystać do potwierdzenia stopniowej poprawy praktyki klinicznej.

Kadra kliniczna, opiekun kliniczny, trener kliniczny

Grupa specjalistów medycznych (lub lekarz specjalista), którzy kierują pracą kliniczną lekarza w trakcie specjalizacji. Rolę nauczyciela może pełnić członek kadry klinicznej.

Trzon

Część programu nauczania obowiązkowa w programie kształcenia dla wszystkich lekarzy w trakcie specjalizacji.

Kompetencja

Zdolność do integrowania wiedzy, umiejętności, postaw i zachowań w celu zastosowania ich w określonych sytuacjach (czynnościach zawodowych) w miejscu pracy.

Komisja ds. kompetencji

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

Podstawa programowa

Podstawa programowa to trzon programu nauczania EBCOG-PACT obowiązkowy dla wszystkich lekarzy w trakcie specjalizacji. Opisuje on końcowe warunki ukończenia szkolenia określone w drodze europejskiego konsensusu.
Patrz też: program nauczania i komponenty fakultatywne / program fakultatywny.

Program nauczania

Program kształcenia.

Program fakultatywny

Program zajęć fakultatywnych opisuje wyniki kształcenia w określonych obszarów zainteresowania w ramach specjalizacji w położnictwie i ginekologii. Wyniki kształcenia są na poziomie bardziej pogłębionym niż w podstawowym programie nauczania. W związku z tym kształcenie fakultatywne ma na celu osiągnięcie wyższego

poziomu kompetencji w danym obszarze zainteresowania.
Patrz też: program nauczania i komponenty podstawowe /podstawa programowa.

Opiekun dydaktyczny
Patrz: opiekun

Dydaktyk
Rola zawodowa mająca na celu szkolenie i kształcenie lub osoba szczególnie zainteresowana szkoleniem i kształceniem, która zgromadziła wiedzę i doświadczenia w dziedzinie edukacji poprzez specjalistyczne szkolenia.

Powierzona czynność zawodowa, EPA
Czynność zawodowa (samodzielna lub nadrzędna), w przypadku której lekarz w trakcie specjalizacji może osiągnąć poziom kompetencji umożliwiający samodzielną praktykę, sformalizowana przez komisję ds. kompetencji.
Patrz też: powierzenie wykonywania czynności zawodowych, zagnieżdżona powierzona czynność zawodowa i czynność zawodowa.

Powierzenie wykonywania czynności zawodowych
Formalne potwierdzenie, że lekarz w trakcie specjalizacji osiągnął poziom kompetencji umożliwiający samodzielną praktykę i że może wykonywać daną czynność bez nadzoru.
W niektórych krajach, ze względów legislacyjnych, formalne powierzenie wykonywania czynności zawodowych następuje dopiero po zakończeniu szkolenia.

Kadra
Grupa specjalistów medycznych na oddziale zaangażowanych w procesy dydaktyczne.
Patrz też: kadra kliniczna.

Rozwój kadry
Zorganizowane szkolenie w dziedzinie kształcenia personelu klinicznego / opiekunów / trenerów zaangażowanych w prowadzenie szkoleń medycznych. Znane również jako szkolenie trenerów.

Informacje zwrotne
Refleksja nad wynikami ze wskazaniem mocnych i słabych stron.

Ocena kształtująca
Patrz: ocena

Samodzielna praktyka
Świadczenie opieki medycznej w określonym kontekście bez nadzoru (bezpośredniego lub pośredniego), gdy osoba świadcząca opiekę ponosi główną odpowiedzialność.

Właściwa kultura
Właściwa kultura przyjmuje systemowe podejście do incydentów, w ramach którego istnieje wspólna odpowiedzialność za utrzymanie bezpieczeństwa pacjentek, umożliwiając pracownikom służby zdrowia uczenie się bez obawy przed odwetem

Dziennik
Dokument, w którym lekarz w trakcie specjalizacji rejestruje swoje działania podczas szkolenia, takie jak liczba wykonanych procedur itp.
Patrz też: portfolio.

Model mistrz-uczeń

Sytuacja zawodowa, w której niedoświadczony lekarz (uczeń, *tj.* lekarz w trakcie specjalizacji) pracuje i zdobywa doświadczenie pod ścisłą kontrolą i nadzorem doświadczonego specjalisty medycznego (mistrza, *tj.* trenera, nauczyciela, opiekuna klinicznego) zgodnie z koncepcją kształcenia przez naśladowanie i mentoring.

Specjalista medyczny

Lekarz, który ukończył program kształcenia podyplomowego w określonej specjalizacji medycznej.

Mentor

Osoba, która zapewnia wsparcie, wskazówki i obiektywne opinie na temat możliwości rozwoju lekarza w trakcie specjalizacji i jego postępów w środowisku pracy, wykorzystująca często pytania naprowadzające, aby pomóc lekarzowi w trakcie specjalizacji znaleźć własne rozwiązanie. Mentorzy nie muszą posiadać specjalistycznej wiedzy na temat obszaru, w którym praktykuje lekarza.

Wieloźródłowa (360-stopniowa) ocena/informacja zwrotna:

Narzędzie stosowane do zbierania opinii współpracowników na temat wyników klinicznych i zachowań zawodowych danej osoby. Lekarze w trakcie specjalizacji są zachęcani do gromadzenia opinii od jak największej liczby współpracowników (np. specjalistów, lekarzy w trakcie specjalizacji, pielęgniarek, położnych, sekretarek itd.).

Zagnieżdżona czynność zawodowa, zagnieżdżona EPA

Konkretne, dobrze zdefiniowana czynność, opisana przez zadania i aspekty potrzebne do jej wykonywania w kontekście opieki nad pacjentką w ramach nadrzędnej (powierzonej) czynności zawodowej.
Patrz też: zagadnienie.

Portfolio

Dokument, w którym lekarz w trakcie specjalizacji rejestruje 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 opinie zawodowe i decyzje dotyczące powierzenia wykonywania czynności.
Patrz też: dziennik.

Czynność zawodowa

Konkretna czynność, opisana przez zadania medyczne i ogólne kompetencje potrzebne do jej wykonania w kontekście opieki nad pacjentką. Czynność zawodowa jako zagadnienie nadrzędne opisuje zbiór mniejszych, konkretnych czynności zawodowych, tak zwanych „zagnieżdżonych czynności zawodowych".
Patrz też: powierzona czynność zawodowa, zagnieżdżona czynność zawodowa.

Dyrektor programu

Dyrektor programu odpowiada za koordynację, monitorowanie i ocenę programu kształcenia realizowanego na jego oddziale.
Znany również jako koordynator programu.

Poprawa jakości

Poprawa jakości w opiece zdrowotnej to działania podejmowane w celu poprawy wyników pacjentek, świadczenia opieki i rozwoju zawodowego w ramach złożonego i dynamicznego systemu, który podlega ciągłej ewolucji. Wiąże się z diagnozowaniem problemów w systemie opieki zdrowotnej w celu eliminacji zidentyfikowanych problemów za pomocą zarządzania zmianą, po którym następuje pomiar poprawy.

Symulacja

Wszelkie działania edukacyjne, które wykorzystują pomoce do odtworzenia/imitacji scenariusza klinicznego.

Przykłady obejmują symulatory laparoskopowe, manekiny miednicy lub jamy brzusznej oraz ćwiczenia umiejętności położniczych.

Podspecjalizacja
Określony obszar w ramach specjalizacji medycznej, dla którego zdefiniowano standaryzowany program kształcenia w ośrodku akredytowanym specjalnie do tego celu. Czynności zawodowe w ramach podspecjalizacji stanowią najbardziej złożone i zaawansowane czynności w ramach specjalizacji. Lekarze, którzy z powodzeniem ukończą taki standaryzowany program kształcenia, są nazywani przedstawicielami określonych podspecjalizacji.

Ocena podsumowująca
Patrz: ocena

Opiekun lub opiekun kliniczny
Specjalista medyczny nadzorujący pracę lekarza w trakcie specjalizacji.

Nadzór
Nadzorowanie pracy lekarza w trakcie specjalizacji.

Zagadnienie
Nazwa nadrzędnej powierzonej czynności zawodowej (EPA) opisująca konkretne tematy związane z opieką nad pacjentką w ramach specjalizacji medycznej.

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

Trener
Osoba, niekoniecznie specjalista medyczny, nadzorująca określony etap kształcenia lekarza w trakcie specjalizacji.

Uznawanie kształcenia
Wynik procesu zewnętrznego audytu jakości 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. Oferuje też nadzór nad procesem kształcenia oraz porady zawodowe, dokonuje oceny i przekazuje regularne, ciągłe opinie (co 3–6 miesięcy).
Nazywany również opiekunem dydaktycznym.

Współautorzy wersji z roku 2025

Członkowie SCTA pod przewodnictwem przewodniczącej Fionnuali McAuliffe:

Karen Rose, Anna Aabakke, Angelique Goverde, Fedde Scheele, Alexandra Kristufkova, Sofia Tsiapakidou, Helena Bartels, Mark Formosa, Anabela Serranito, Annalisa Tancredi, Ursula Catena, Goknur Topcu

Członkowie zarządu i członkowie sekcji położniczo-ginekologicznej EBCOG i UEMS (stan na styczeń 2025 r.)

Prezes
Profesor Frank Louwen

Sekretarz Generalny
Profesor Helle Karro

Prezes-elekt
Profesor nadzw. Sambit Mukhopadhyay

Skarbnik
Profesor Piotr Sieroszewski

Członkowie Zarządu EBCOG
Profesor nadzw. Anna Aabakke
Dr Ferry Boekhorst
Profesor nadzw. Alexandra Kristufkova
Profesor Luigi Nappi
Profesor Fionnuala McAuliffe

Przewodniczący Stałego Komitetu ds. Szkoleń i Oceny (SCTA)
Profesor Fionnuala McAuliffe

Przewodniczący Stałego Komitetu ds. Uznawania Kształcenia (SCTA)
Dr Petr Velebil

Przewodniczący Stałego Komitetu Egzaminacyjnego/ Dyrektor ds. egzaminów
Profesor Ioannis E. Messinis

Przewodniczący Stałego Komitetu ds. Standardów Opieki i Opisów Stanowiskowych (SCSCPS)
Dr Tahir Mahmood

Europejska Sieć Rezydentów Położnictwa i Ginekologii (ENTOG)
Dr Sofia Tsiapakidou

Europejskie Stowarzyszenie Uroginekologiczne (EUGA)
Profesor Stavros Athanasiou

Europejskie Stowarzyszenie Medycyny Perinatalnej (EAPM)
Profesor Diogo Ayres-de-Campos

Europejskie Towarzystwo Onkologii Ginekologicznej (ESGO)
Dr Maja Pakiz

Europejskie Towarzystwo Rozrodu Człowieka i Embriologii (ESHRE)
Dr Tatjana Motrenko Simic; Profesor Antonios Makrigiannakis
Dr Borut Kovacic (embriologia)

Europejskie Stowarzyszenie Ginekologii Dziecięcej i Młodzieżowej (EURAPAG)
Profesor Zoran Stankovic

Europejskie Towarzystwo Endoskopii Ginekologicznej (ESGE)
Dr Ursula Catena

Europejska Federacja Kolposkopii (EFC)
Profesor Jana Zodzika

Europejskie Towarzystwo Antykoncepcji i Zdrowia Reprodukcyjnego (ESCRH)
Profesor Johannes Bitzer

Międzynarodowe Towarzystwo Położnictwa i Ginekologii Psychosomatycznej (ISPOG)
Profesor Sibil Tschudin

Międzynarodowe Towarzystwo Badań nad Chorobami Sromu i Pochwy (ISSVD)
Dr Pedro Vieira Baptista

Europejskie Stowarzyszenie Położnych
Prof. Victoria Vivilaki

Administrator strony WWW
Dr Jure Klanjšček

Przewodniczący Komitetu Naukowego Kongresu we Frankfurcie
Dr Nuno Nogueira Martins

Siedziba główna
Kate Thorman

Sekretariat Egzaminacyjny
Alexandros Peristeropoulos

Krajowi delegaci sekcji położniczo-ginekologicznej EBCOG i UEMS

Austria
Profesor Wolfgang Umek
Dr Philipp Foessleitner

Belgia
Dr Femke Delporte
Dr Mathieu Luyckx

Bułgaria
Profesor Emil Kovachev
Profesor Ivan Kostov

Chorwacja
Profesor Miroslav Kopjar

Cypr
Dr Afrodite Elisseou
Profesor Gabriel Kalakoutis

Republika Czeska
Profesor Marian Kacerovský
Profesor Vladimir Dvorak

Dania
Profesor nadzw. Anna Aabakke
Profesor nadzw. Hanne Brix Westergaard

Estonia
Profesor Helle Karro
Dr Piret Veerus

Finlandia
Profesor Marjo Tuppurainen
Profesor Paivi Polo

Francja
Profesor Joelle Belaisch Allart
Profesor Philippe Descamps

Niemcy
Profesor dr n. med. Dr h.c. Frank Louwen
Dr Klaus Doubek

Grecja
Dr Nicolas Linardos
Profesor Alexandros Rodolakis

Węgry
Profesor Nandor Acs

Islandia
Dr Matthildur Sigurdardottir

Irlandia
Dr Michael Robson
Profesor Fionnuala McAuliffe

Izrael (obserwator)
Profesor Ron Maymon

Włochy
Profesor Luigi Nappi
Dr Giuseppe Trojano
Dr Annalisa Tancredi

Łotwa
Dr Lasma Lidaka
Profesor Dace Rezeberga

Litwa
Profesor Zana Bumbuliene
Profesor Diana Ramasauskaite

Malta
Isabelle Saliba

Holandia
Profesor Fedde Scheele
Dr Angelique J. Goverde

Republika Macedonii Północnej
Profesor Gligor Tofoski

Norwegia
Dr Ragnar Kvie Sande
Dr Birgitte Sanda

Polska
Profesor Sebastian Kwiatkowski
Profesor nadzw. Piotr Sieroszewski

Portugalia
Profesor Teresa Almeida Santos
Profesor Helder Ferreira

Rumunia
Profesor Daniel Muresan
Profesor Radu Vladareanu

Republika Słowacka
Profesor nadzw. Alexandra Kristufkova
Dr Mikulas Redecha

Słowenia
Profesor Borut Kobul
Profesor Lili Steblovnik

Szwecja
Dr Kristin Andre
Profesor nadzw. Mehreen Zaigham

Szwajcaria
Profesor Johannes Bitzer
Profesor Gabriele Merki

Turcja
Profesor Cansun Demir

Ukraina
Profesor Vyacheslav Kaminskyy
Dr Dmytro Ledin

Wielka Brytania
Dr Ranee Thakar
Profesor Stergios K. Doumouchtsis

Współtwórcy wersji 2018

Projekt został zrealizowany we współpracy z wieloma stronami i osobami:

Kierownictwo projektu
Fedde Scheele
Jessica van der Aa

Rada projektu
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
Jurij Władimirow

Egzamin
Rolf Kirschner

Europejska Sieć Rezydentów Położnictwa i Ginekologii

Anna Aabakke

Agnieszka Horała (Polska)
Goknar Topçu (Turcja)
Laura Spinnewijn (Holandia)
Jure Klanjšček (Słowenia)
Vladimír Dvořák (Republika Słowacka)

QUICK GUIDE TO

KEY MENOPAUSE TERMS

MENOPAUSE

the permanent cessation of menstruation resulting from loss of ovarian follicular activity: may be natural or induced

TYPES OF MENOPAUSE

NATURAL

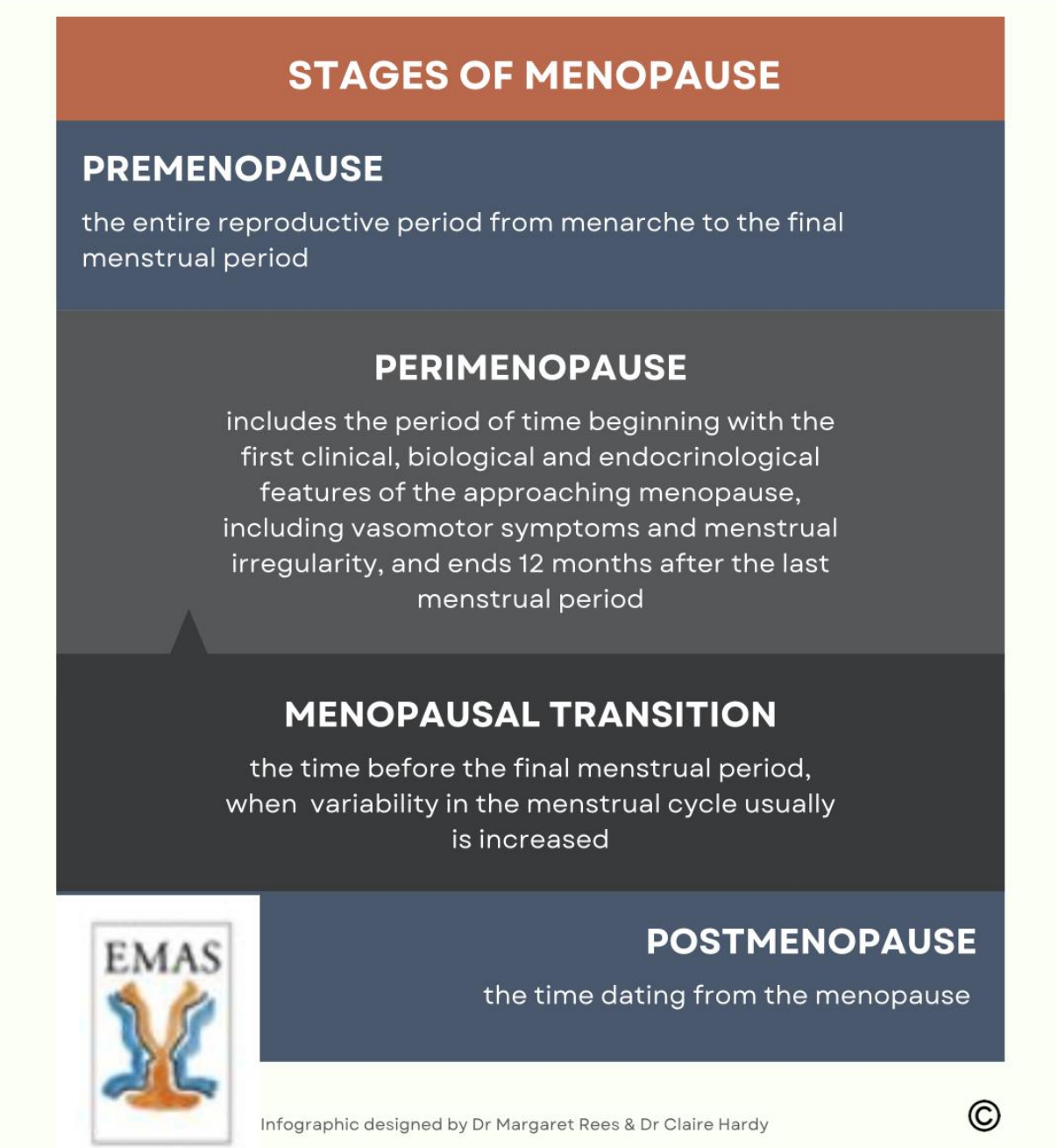
recognized to have occurred when a woman has had 12 consecutive months without periods (amenorrhea) due loss of ovarian follicular activity for which no other obvious pathological or physiological cause is present and occurs on average at the age of 51 years. Menopause occurs with the final menstrual period and thus is known with certainty only in retrospect one year after the event.

INDUCED

the cessation of menstruation which follows either surgical removal of both ovaries (with or without hysterectomy) or iatrogenic ablation of ovarian function (e.g. by chemotherapy or radiation). Surgical menopause can be timed precisely.

PREMATURE OR EARLY

menopause occurring much earlier than the average age of 51 years. Thus, menopause before the age of 40 is commonly referred to as premature menopause, although primary ovarian insufficiency (POI) is currently considered to be a better term to denote the loss of ovarian function, as it does not specify definitive failure. Menopause that occurs between 40 and 45 years is termed early menopause.


STAGES OF MENOPAUSE
PREMENOPAUSE
the entire reproductive period from menarche to the final menstrual period
PERIMENOPAUSE
includes the period of time beginning with the first clinical, biological and endocrinological features of the approaching menopause, including vasomotor symptoms and menstrual irregularity, and ends 12 months after the last menstrual period
MENOPAUSAL TRANSITION
the time before the final menstrual period, when variability in the menstrual cycle usually is increased
EMAS
POSTMENOPAUSE
the time dating from the menopause
Infographic designed by Dr Margaret Rees & Dr Claire Hardy
©

MENOPAUSE CURRICULUM FOR HEALTHCARE PROFESSIONALS

A European Menopause and Andropause Society (EMAS) position statement

Highlights

Managing perimenopausal and postmenopausal health is a key issue for all areas of healthcare, not just gynecology.

Training programs for healthcare professionals worldwide should include menopause and postmenopausal health in their curriculum.

The curriculum should include assessment, diagnosis and evidence-based management strategies.

MENOPAUSE

the permanent cessation of menstruation resulting from loss of ovarian follicular activity: may be natural or induced

Curriculum content

There are several key areas training should include:

- Menopause terminologies
- Menopause symptoms
- Clinical assessment and screening
- Staying healthy in the menopause
- Menopause symptom treatment options
- Long-term health and treatments
- Delivering menopause healthcare

Delivery

Ideally covered by:

Lectures

E-learning

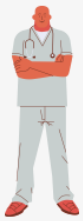
Placements

Accredited menopause experts

Healthcare professionals should provide an evidence-based approach for assessment and management and refer to specialist services as required.

Summary

Women should have access to accurate information, and be able to seek advice on how to optimize the management of their natural or induced menopause and the years beyond.



Some people require additional attention, with involvement of specialist services. These include women with chronic disease, premature ovarian insufficiency or early menopause or pre-existing disability, as well as transgender and gender-nonconforming people.

Infographic designed by Dr Claire Hardy ©

Page 9. and 33.

Subspecialty	Podspecjalizacja
Electives	Komponenty fakultatywne
Core	Podstawa

Page 11. and 35.

Treatment (Tx)	Leczenie (Tx)
Indication for treatment (Ind)	Wskazanie do leczenia (Ind)
Information (Info)	Informacje (Info)
Diagnosis (Dx)	Diagnoza (Dx)
Problem Identification (Px)	Identyfikacja problemu (Px)

Page 62.

BASIC ENDOSCOPIC TRAINING	PODSTAWOWE SZKOLENIE EDOSKOPOWE
START OF IN-OR TRAINING	ROZPOCZĘCIE SZKOLENIA NA SALI OPERACYJNEJ
ADVANCED ENDOSCOPIC TRAINING	ZAAWANSOWANE SZKOLENIE ENDOSKOPOWE
START OF IN-OR SURGERY	ROZPOCZĘCIE ZABIEGU NA SALI OPERACYJNEJ
START	ROZPOCZĘCIE
ASSESSMENT	OCENA
General endoscopic knowledge acquisition	Zdobywanie ogólnej wiedzy endoskopowej
Basic endoscopic practical skill training	Podstawowe praktyczne szkolenie endoskopowe
Exposure to expert endoscopist as mentor	Interakcja z ekspertem endoskopii jako mentorem
Standard level procedures knowledge acquisition	Zdobywanie wiedzy na temat standardowych procedur
Stepwise approach from simple to complex procedures under close supervision	Podejście etapowe od prostych do złożonych procedur pod ścisłym nadzorem
Basic endoscopic practical skill training	Podstawowe praktyczne szkolenie endoskopowe
Exposure to teamwork and OR practices	Udział w pracy zespołowej i praktykach na sali operacyjnej
Advanced endoscopic practical skill training	Zaawansowane praktyczne szkolenie endoskopowe

Page 76.

Recording of learning experiences	Dokumentowanie doświadczeń kształceniowych
Master-apprentice impressions	Opinie w modelu mistrz-uczeń
Competence committee judges on three sources	Komisja ds. kompetencji ocenia na podstawie trzech źródeł
Recording of assessments for entrustment	Dokumentowanie ocen na potrzeby powierzenia czynności zawodowych
Entrustment decision	Decyzja o powierzeniu czynności zawodowych

Page 77.

Assessment information as pixels	Informacje o ocenie jako piksele

Page 78.

Assessment for entrustment	Ocena pod kątem powierzenia czynności zawodowych
Recorded in portfolio	Odnotowywana w portfolio
Adds to entrustment decision	Składnik decyzji o powierzeniu czynności zawodowych
Consider frequency of assessment; too high versus too low for clear assessment image	Należy rozważyć częstotliwość ocen; zbyt lub niedostatecznie częsta może uniemożliwiać jednoznaczną ocenę
Assessment for learning	Ocena dotycząca kształcenia

Not recorded in portfolio	Nieodnotowywana w portfolio
Focuses on trainee's development	Skoncentrowana na rozwoju lekarza w trakcie specjalizacji
Aimed at supporting the learning process	Nakierowana na wspieranie procesu kształcenia
Frequency is tailored to the needs of the trainee	Częstotliwość dostosowana do potrzeb lekarza w trakcie specjalizacji

Page 110.

KNOWLEDGE	WIEDZA
Knowledge is trained through e-learning materials available on ESGE Academy. The acquisition of knowledge is assessed through online quizzes.	Wiedza jest przekazywana za pośrednictwem materiałów online dostępnych w ESGE Academy. Opanowanie wiedzy ocenia się za pomocą sprawdzianów online.
PSYCHOMOTOR SKILLS	UMIEJĘTNOŚCI PSYCHOMOTORYCZNE
A series of well defined exercises on laparoscopy, laparoscopic suturing, hysteroscopy and robotics train the psychomotor skills of GESEA participants.	Seria dobrze zdefiniowanych ćwiczeń z zakresu laparoskopii, szycia laparoskopowego, histeroskopii i robotyki pozwala wyćwiczyć umiejętności psychomotoryczne uczestników programu GESEA.
SURGICAL COMPETENCE	KOMPETENCJA CHIRURGICZNA
Surgical competence is measured through assessment of standardised procedures by expert review.	Kompetencje chirurgiczne mierzy się poprzez ocenę standardowych procedur dokonywaną przez ekspertów.
Level 1	Poziom 1
GESEA MIGS	GESEA MIGS
Level 2 GESEA MIGS Certification	Poziom 2 Certyfikacja GESEA MIGS
Level 3 GESEA MIGS Diploma	Poziom 3 Dyplom GESEA MIGS
Level 3	Poziom 3
Oncology	Onkologia
Urogynaecology	Uroginekologia
Neuropelveology	Neuropelweologia
Endometriosis	Endometrioza
Hysteroscopy	Histeroskopia
GESEA ECRES	GESEA ECRES
Level 2 GESEA ECRES Certification	Poziom 2 Certyfikacja GESEA ECRES
Level 2 GESEA ECRES Diploma	Poziom 2 Dyplom GESEA ECRES
Level 3	Poziom 3
Reproductive Surgeon	Chirurg reprodukcyjny
Endometriosis	Endometrioza
Hysteroscopy	Histeroskopia

Page 111.

E-learning	Kształcenie online
Psychomotor skills	Umiejętności psychomotoryczne
Certification	Certyfikacja
Experience	Doświadczenie
Diploma	Dyplom
LEVEL 1	POZIOM 1
GESEA Universal Entry Gate Basic Endoscopy Training	Uniwersalny punkt wejściowy podstawowego szkolenia z endoskopii w programie GESEA

Level 1 Certification	Certyfikacja, poziom 1
LEVEL 2	POZIOM 2
GESEA MIGS	GESEA MIGS
Level 2 MIGS Certification	Certyfikacja MIGS, poziom 2
Level 2 MIGS Diploma	Dyplom MIGS, poziom 2
GESEA ECRES	GESEA ECRES
Level 2 ECRES Certification	Certyfikacja ECRES, poziom 2
Level 2 ECRES Diploma	Dyplom ECRES, poziom 2
GESEA ROBOTICS	ROBOTYKA GESEA
Level 2 Robotics Certification	Certyfikacja z zakresu robotyki, poziom 2
Level 2 Robotics Diploma	Dyplom z zakresu robotyki, poziom 2
LEVEL 3	POZIOM 3
MIGS - Oncology	MIGS – Onkologia
Level 3 Oncology Diploma	Dyplom z zakresu onkologii, poziom 3
MIGS - Urogynaecology	MIGS – Uroginekologia
Level 3 Urogynaecology Diploma	Dyplom z zakresu uroginekologii, poziom 3
MIGS - Neuropelveology	MIGS – Neuropelweologia
Level 3 Neuropelveology Diploma	Dyplom z zakresu neuropelweologii, poziom 3
MIGS & ECRES - Endometriosis	MIGS i ECRES – Endometrioza
Level 3 Endometriosis	Endometrioza, poziom 3
MIGS & ECRES - Hysteroscopy	MIGS i ECRES – Histeroskopia
Level 3 Hysteroscopy Diploma	Dyplom z zakresu histeroskopii, poziom 3
ECRES - Reproductive surgeon	ECRES – chirurg reprodukcyjny
Level 3 Reproductive Surgeon Diploma	Dyplom chirurga reprodukcyjnego, poziom 3

Page 122

QUICK GUIDE TO KEY MENOPAUSE TERMS	KRÓTKI PRZEWODNIK PO KLUCZOWYCH TERMINACH ZWIĄZANYCH Z MENOPAUZĄ
MENOPAUSE	MENOPAUZA
the permanent cessation of menstruation resulting from loss of ovarian follicular activity: may be natural or induced	trwałe ustanie miesiączkowania wynikające z utraty aktywności pęcherzyków jajnikowych: może być naturalne lub indukowane
TYPES OF MENOPAUSE	RODZAJE MENOPAUZY
NATURAL	NATURALNA
recognized to have occurred when a woman has had 12 consecutive months without periods (amenorrhea) due loss of ovarian follicular activity for which no other obvious pathological or physiological cause is present and occurs on average at the age of 51 years. Menopause occurs with the final menstrual period and thus is known with certainty only in retrospect one year after the event.	uznaje się, że wystąpiła, gdy u kobiety stwierdza się 12 kolejnych miesięcy bez miesiączki (brak miesiączki) z powodu utraty aktywności pęcherzyków jajnikowych, dla której nie ma innej oczywistej przyczyny patologicznej lub fizjologicznej i występuje przeciętnie w wieku 51 lat. Menopauza rozpoczyna się wraz z ostatnią miesiączką, a zatem zostaje rozpoznana z całą pewnością dopiero rok po tym wydarzeniu.
INDUCED	INDUKOWANA
the cessation of menstruation which follows either surgical removal of both ovaries (with or without hysterectomy) or iatrogenic ablation of ovarian function (e.g. by chemotherapy or radiation). Surgical menopause can be timed precisely.	ustanie miesiączkowania w następstwie chirurgicznego usunięcia obu jajników (z histerektomią lub bez) lub jatrogennej ablacji funkcji jajników (np. w wyniku chemioterapii lub radioterapii). Początek menopauzy indukowanej chirurgicznie można precyzyjnie określić.
PREMATURE OR EARLY	PRZEDWCZESNA LUB WCZESNA
menopause occurring much earlier than the average age of 51 years. Thus, menopause before	menopauza występująca znacznie wcześniej niż w przeciętnym wieku 51 lat. Z tego względu

the age of 40 is commonly referred to as premature menopause, although primary ovarian insufficiency (POI) is currently considered to be a better term to denote the loss of ovarian function, as it does not specify definitive failure. Menopause that occurs between 40 and 45 years is termed early menopause.	menopauza przed 40. rokiem życia jest powszechnie określana jako przedwczesna, jednak pierwotna niewydolność jajników (POI) jest obecnie uważana za lepszy termin na określenie utraty funkcji jajników, ponieważ nie wskazuje na ostateczną niewydolność. Menopauza występująca między 40 a 45 rokiem życia nazywana jest wczesną menopauzą.
PREMENOPAUSE	PRZED MENOPAUZĄ
the entire reproductive period from menarche to the final menstrual period	cały okres rozrodczy od pierwszej do ostatniej miesiączki
PERIMENOPAUSE	PERIMENOPAUZA
includes the period of time beginning with the first clinical, biological and endocrinological features of the approaching menopause, including vasomotor symptoms and menstrual irregularity, and ends 12 months after the last menstrual period	obejmuje okres rozpoczynający się od pierwszych klinicznych, biologicznych i endokrynologicznych objawów zbliżającej się menopauzy, w tym tych naczynioruchowych i nieregularności miesiączkowania, a kończący się 12 miesięcy od ostatniej miesiączki
MENOPAUSAL TRANSITION	PRZEJŚCIE MENOPAUZALNE
the time before the final menstrual period, when variability in the menstrual cycle usually is increased	okres przed ostatnią miesiączką, kiedy zmienność cyklu miesiączkowego jest zwykle zwiększona
POSTMENOPAUSE	POSTMENOPAUZA
the time dating from the menopause	okres od rozpoczęcia menopauzy
Infographic designed by Dr Margaret Rees & Dr Claire Hardy	Infografika zaprojektowana przez dr Margaret Rees i dr Claire Hardy
MENOPAUSE CURRICULUM FOR HEALTHCARE EMAS PROFESSIONALS	PROGRAM NAUCZANIA Z ZAKRESU MENOPAUZY DLA PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA wg EMAS
A European Menopause and Andropause Society (EMAS) position statement	Stanowisko Europejskiego Towarzystwa Menopauzy i Andropauzy (EMAS)
Highlights	Najważniejsze informacje
Managing perimenopausal and postmenopausal health is a key issue for all areas of healthcare, not just gynecology.	Zarządzanie zdrowiem w okresie okołomenopauzalnym i pomenopauzalnym jest kluczową kwestią dla wszystkich obszarów opieki zdrowotnej, nie tylko ginekologii.
Training programs for healthcare professionals worldwide should include menopause and postmenopausal health in their curriculum.	Programy kształcenia pracowników służby zdrowia na całym świecie powinny obejmować menopauzę i zdrowie po menopauzie.
The curriculum should include assessment, diagnosis and evidence-based management strategies.	Program nauczania powinien obejmować ocenę, diagnozę i oparte na dowodach strategie postępowania.
MENOPAUSE the permanent cessation of menstruation resulting from loss of ovarian follicular activity: may be natural or induced	MENOPAUZA trwałe ustanie miesiączkowania wynikające z utraty aktywności pęcherzyków jajnikowych: może być naturalne lub indukowane
Curriculum content	Treść programu nauczania
There are several key areas training should include: - Menopause terminologies - Menopause symptoms - Clinical assessment and screening - Staying healthy in the menopause - Menopause symptom treatment options - Long-term health and treatments	Kształcenie powinno obejmować kilka kluczowych obszarów: - Terminologia menopauzy - Objawy menopauzy - Ocena kliniczna i badania przesiewowe - Utrzymanie zdrowia w okresie menopauzy - Sposoby leczenia objawów menopauzy

- Delivering menopause healthcare	- Długoterminowe zdrowie i leczenie - Opieka zdrowotna w okresie menopauzy
Delivery Ideally covered by Lectures E-learning Placements Accredited menopause experts	Realizacja Najlepiej poprzez Wykłady Kształcenie online Rezydentury Akredytowanych ekspertów ds. menopauzy
Healthcare professionals should provide an evidence-based approach for assessment and management and refer to specialist services as required.	Pracownicy służby zdrowia powinni zapewnić oparte na dowodach podejście do oceny i zarządzania oraz kierować do świadczeń specjalistycznych w razie potrzeby.
Summary Women should have access to accurate information, and be able to seek advice on how to optimize the management of their natural or induced menopause and the years beyond. Some people require additional attention, with involvement of specialist services. These include women with chronic disease, premature ovarian insufficiency or early menopause or pre-existing disability, as well as transgender and gender-nonconforming people.	Podsumowanie Kobiety powinny mieć dostęp do dokładnych informacji i możliwość uzyskania porady na temat tego, jak zoptymalizować postępowanie w przypadku naturalnej lub indukowanej menopauzy i następującymi później latami. Niektóre osoby wymagają dodatkowej uwagi i zaangażowania specjalistycznych służb. Należą do nich kobiety z chorobami przewlekłymi, przedwczesną niewydolnością jajników, wczesną menopauzą lub istniejącą wcześniej niepełnosprawnością, a także osoby transpłciowe i z niezgodnością płciową.
Infographic designed by Dr Claire Hardy	Infografika zaprojektowana przez dr Claire Hardy