

Szanowni Państwo,

Z upoważnienia Naczelnej Izby Lekarskiej i Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego uczestniczę w pracach Section and Board of Psychiatry Union Européen des Médecins Spécialistes.

W związku z pracami UEMS nad harmonizacją szkolenia podyplomowego lekarzy w krajach członkowskich Unii Europejskiej Sekcja i Zarząd Psychiatrii opracowała szereg dokumentów określających standardy szkolenia, standardy jego celów, a ostatnio zasady oceniania efektów kształcenia podyplomowego przez ocenę kompetencji, jakie w jego toku powinien wypracować psychiatra.

Mam nadzieję, że ogłoszenie dokumentu *Europejskie ramy kompetencji w psychiatrii* na łamach Psychiatrii Polskiej przyczyni się do poprawy jakości kształcenia podyplomowego psychiatrów. Jego pozorna złożoność znacznie się zmniejsza, kiedy zdać sobie sprawę, że w codziennej praktyce dbamy, aby szkolący się osiągnęli kompetencje określone w *Profilu psychiatrii*, a także i to, że oceniamy opanowanie sprawności, umiejętności i wiedzy.

Jacek Bomba
Katedra Psychiatrii UJ CM
Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży

EUROPEJSKA UNIA LEKARZY SPECJALISTÓW (UEMS) Europejska Rada Psychiatrii

Przyjęte w Lublanie, 17 października 2009

Rewizja: październik 2013

<http://www.uemspsychiatriy.org/board/reports/2009-Oct-EFCP.pdf>

Europejskie ramy kompetencji w psychiatrii

Wprowadzenie

W kwietniu 2007 Europejska Rada Psychiatrii (część Sekcji Psychiatrii UEMS) we współpracy z Europejską Federacją Szkolących się w Psychiatrii (EFPT) powołała grupę roboczą do opracowania ram kompetencji w psychiatrii w oparciu o Profil Psychiatrii (UEMS Section for Psychiatry 2005) i Kartę Szkolenia Specjalistycznego w Unii Europejskiej UEMS (UEMS Section for Psychiatry/European Board of Psychiatry 2003). Grupa robocza składała się z nauczycieli medycyny, doświadczonych w szkoleniu psychiatrów i szkolących się w psychiatrii.

Grupa robocza spotykała się kilkakrotnie od 2007 do 2009 roku. Kierowała się w pracy dokumentem CanMEDS 2005 (Frank 2005) zawierającym kompetencje lekarzy, posługiwała się także Podstawowymi kompetencjami w praktyce psychiatrycznej American Board of Psychiatry and Neurology (Scheiber i in. 2003), Załoženiami

i celami szkolenia psychiatrów Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (RCPS 2007) oraz Programem szkolenia specjalistycznego w psychiatrii UK Royal College of Psychiatrists (RCP 2006). Grupa opracowała niniejsze ramy kompetencji, konsultując się z organizacjami psychiatrów w krajach członkowskich, organizacjami szkolących się w psychiatrii, organizacjami pacjentów i organizacjami opiekunów, Europejskim Towarzystwem Psychiatrycznym (EPA) i Światowym Towarzystwem Psychiatrycznym (WPA).

Sekcja zaakceptowała ostatecznie tę wersję Europejskich ram kompetencji w psychiatrii (EFCP) na jesiennym spotkaniu w Lublanie w Słowenii 17 października 2009.

Ponieważ szkolenie w medycynie i praktyka psychiatrii stale się rozwijają, EFCP zamierzony jest jako dokument, który będzie okresowo oceniany i zmieniany.

Cel Europejskich ram kompetencji w psychiatrii (EFCP)

Podstawowym celem Europejskich ram kompetencji w psychiatrii (EFCP) jest dostarczenie listy wyników szkolenia, do których mogą się odwoływać stowarzyszenia psychiatrów krajów członkowskich i inne instancje kształtujące szkolenie w psychiatrii w Europie, formując programy podyplomowego kształcenia oraz programy kształcenia ustawicznego.

Program jest czymś więcej niż określeniem wyników szkolenia: winien ponadto zawierać opisy struktur i metod szkolenia, jakie należy stosować (Grant 2006). Ponieważ warunki w poszczególnych krajach określają te elementy, grupa robocza celowo powstrzymała się od ich uszczegółowienia, zdecydowała zwłaszcza nie wprowadzać kompetencji do struktury rozwoju zawodowego.

Struktura Europejskich ram kompetencji w psychiatrii (EFCP)

Wyniki kształcenia się w Europejskich ramach kompetencji w psychiatrii (EFCP) uporządkowane są według siedmiu ról lub metakompetencji lekarza, wyprowadzonych z Ram kompetencji lekarza w CanMEDS 2005 (Frank 2005), wcześniej zaadaptowanych w Profilu Psychiatrii UEMS (UEMS 2005). Siedem ról lekarza to: ekspert podejmujący decyzje kliniczne, komunikator, współpracownik, organizator, rzecznik zdrowia, uczonec i profesjonalista.

Każda z ról lekarza rozkłada się na ważne kompetencje, wspierane przez kompetencje pomocnicze. Grupa robocza usiłowała ująć i sformułować kompetencje pomocnicze w zoperacjonalizowany sposób, aby ułatwić nauczanie i ocenę. Uczyniła to świadoma potrzeby podkreślenia proporcji między potrzebą mających znaczenie wskazówek przewodnich i ryzykiem nadmiaru dyrektywnych zapisów.

Ramy zawierają siatkę sugerowanych metod, które mogą być użyteczne w ocenie stopnia uzyskania każdej z kompetencji. Uzasadnienie wyboru metod oceny opisane jest szczegółowo w słowniku terminów na końcu dokumentu.

Członkowie grupy roboczej

Andrew Brittlebank, Royal College of Psychiatrists, UK

Joanna Carroll, Royal College of Psychiatrists, UK

Roelof ten Doesschate, Dutch Psychiatric Association, the Netherlands
Manuel Gómez-Beneyto (przewodniczący), Spanish Association of Neuropsychiatry,
Spain
Izu Nwachukwu, EFPT, Ireland
Joseph Saliba (wiceprzewodniczący), Medical Association of Malta / Maltese Association of Specialists in Psychiatry, Malta
Ian Soosay, EFPT, UK

Grupa robocza konsultowała się z następującymi kolegami z UEMS:

Jacek Bomba, Polish Psychiatric Association, Poland
Homayon Chaudhry, PWG, Switzerland
Elisabete Fradique, Portuguese Medical Association, Portugal
Slađana Ivezić, Croatian Medical Association / Society for Clinical Psychiatry, Croatia
Luboš Janu, Czech Psychiatric Association, Czech Republic
Nils Lindefors, Swedish Psychiatric Association, Sweden
Anne Lindhardt, Danish Psychiatric Association, Denmark
Amit Malik, EFPT, UK
Kajsa Noström, EFPT, Sweden
Eva Pálová, Slovak Psychiatric Association, Slovakia
László Tringer, Hungarian Psychiatric Association, Hungary
Andreas Zachariadis, Hellenic Psychiatric Association, Greece
Slavko Zihrel, Psychiatric Association of Slovenia, Slovenia

Europejskie ramy kompetencji w psychiatrii

Definicja psychiatrii

Psychiatria jest gałęzią medycyny zajmującą się badaniem i stosowaniem biopsychosocjalnych zasad w etiologii, ocenie, rozpoznawaniu, leczeniu, rehabilitacji i zapobieganiu umysłowym, emocjonalnym i behawioralnym zaburzeniom występującym samodzielnie, lub wspólnie z innymi zaburzeniami medycznymi w ciągu całego życia człowieka (zaadaptowane z Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 2007).

Podstawowe kompetencje w psychiatrii

Rola psychiatrii jako:

1. **Ekspert** podejmujący decyzje kliniczne potrafi:
 - 1.1. pojmować, rozumieć i stosować umiejętności diagnostyczne w badaniu, wyjaśnianiu, opisywaniu i definiowaniu psychopatologicznych i innych danych klinicznych
 - 1.2. stosować umiejętności terapeutyczne w efektywnym i etycznym prowadzeniu opieki zdiagnozowanych problemów spektrum pacjentów
 - 1.3. stosować doświadczenie i umiejętności psychiatryczne w sytuacjach innych niż bezpośrednia opieka nad pacjentami
 - 1.4. rozpoznawać osobiste granice doświadczenia i umiejętności
 - 1.5. skutecznie konsultować

2. Komunikator potrafi:

- 2.1 nawiązać z pacjentem relację terapeutyczną
- 2.2 uzyskać od pacjenta, jego opiekunów i z innych odpowiednich źródeł informacje o istotnym znaczeniu i syntetyzować je
- 2.3 omówić z pacjentem, jego opiekunami i profesjonalistami opieki nad zdrowiem stosowne informacje, aby ułatwić optymalną opiekę. Zakłada to zdolność informowania i doradzania pacjentowi we wrażliwy sposób i z szacunkiem, tak, żeby pacjent mógł zrozumieć i podjąć aktywne współdziałanie w decyzji o opiece.

3. Współpracownik potrafi:

- 3.1 skutecznie konsultować się z innymi lekarzami i profesjonalistami opieki zdrowotnej
- 3.2 wносить skuteczny wkład w pracę zespołów wielozawodowych
- 3.3 aktywnie uczestniczyć we wspólnym podejmowaniu decyzji z pacjentami i ich opiekunami
- 3.4 efektywnie współpracować z organizacjami pacjentów i opiekunów

4. Organizator potrafi:

- 4.1 dysponować ograniczonymi zasobami opieki zdrowotnej
- 4.2 kierować ludźmi
- 4.3 pracować z organizacjami opieki zdrowotnej
- 4.4 posługiwać się technologią informacyjną dla optymalizowania opieki nad pacjentami, w kształceniu ustawicznym i innych aktywnościach

5. Rzecznik zdrowia potrafi:

- 5.1 trafnie ustalać przyczyny zaburzeń zdrowia psychicznego oraz czynniki wpływające pozytywnie na zdrowie psychiczne, aby móc zapobiegać zaburzeniu i promować zdrowie psychiczne
- 5.2 trafnie ustalać i zajmować stanowisko wobec spraw i okoliczności wymagających działań na rzecz pacjentów, zawodu lub społeczności, jeśli to jest konieczne.

6. Uczony potrafi:

- 6.1 rozwijać, stosować i dokumentować strategię własnego kształcenia ustawicznego
- 6.2 stosować zasady krytycznej oceny źródeł informacji medycznej
- 6.3 ułatwiać uczenie się pacjentom, studentom, szkolonym i profesjonalistom opieki nad zdrowiem
- 6.4 ułatwiać uczenie się kolegom, szkolonym i studentom przez właściwe stosowanie ocen, krytyki i informacji zwrotnej
- 6.5 uczestniczyć w badaniach naukowych i rozwoju nowej wiedzy

1.1.12 rozumieć i interpretować wyniki podstawowych badań neurofizjologicznych i neuroobrazowych relevantnych do zaburzeń psychicznych	WE	ASCE	
1.1.13 dostrzec i rozeznaczyć cechy i objawy, oraz wykorzystać je w wieloosiowej diagnozie różnicowej		CE	DOP DBD
1.1.14 ustalić i ocenić czynniki wpływające na przebieg i prognozę zaburzeń psychicznych	WE	ASCE	DBD
1.1.15 uwzględnić interakcje między zaburzeniem psychicznym a życiem osobistym		CE	DBD MSAP
1.1.16 ustalić i przeprowadzić niezbędny dla zakończenia procesu diagnostycznego zakres badań	WE	CE	DOP DBD
1.1.17 sformułować wstępne rozpoznanie uwzględniając czynniki ryzyka		CE	DOP DBD
1.1.18 sprawdzać i weryfikować rozpoznanie w toku opieki			BDD MSAP

DBD

Stosować umiejętności terapeutyczne w efektywnym i etycznym prowadzeniu opieki zdiagnozowanych problemów spektrum pacjentów

1.2.0 Kompetencje ogólne

	Wiedza	Kompetencje	Wykonanie
	Sprawdzanie wiedzy WE OE	Egzamin kliniczny ASCE CE	Ocena w trakcie szkolenia DBD DOP MSAP
1.2.0.1 nawiązać, podtrzymywać i naprawiać relację terapeutyczną			MSAP DOP
1.2.0.2 określić, które z dostępnych interwencji psychiatrycznych biologicznych, psychoterapeutycznych i społecznych są stosowne do oczekiwań pacjenta i okoliczności	WE DO	CE	DBD
1.2.0.3 zaplanować, udokumentować i wprowadzić plan leczenia zintegrowanego i zindywidualizowanego: biologicznego, psychoterapeutycznego i społecznego, uwzględniającego kontrolę czynników ryzyka, w konsultacji z pacjentem, opiekunami i profesjonalistami		CE	DBD MSAP
1.2.0.4 stosować przyjęcie do szpitala psychiatrycznego i postępowanie lecznicze za zgodą i bez zgody, stosownie do współpracy pacjenta, zgodnie z zasadami prawa i etyki	WE	CE	MSAP DBD

1.2.0.5 rozpoznać, zapobiegać i leczyć niekorzystne efekty związane z interwencjami terapeutycznymi	WE OE		DBD
1.2.0.6 wykonać i prowadzić podstawowe interwencje medyczne w problemach zdrowia fizycznego spotykanych w leczeniu zaburzeń psychicznych			DOP DBD
1.2.0.7 przeprowadzić podstawową resuscytację		ASCE	
1.2.0.8 optymalizować zgodność z planem terapeutycznym jak to tylko możliwe, przez okazywanie zrozumienia i zgodę pacjenta i jego opiekunów po poinformowaniu ich			DBD MSAP
1.2.0.9 sprawdzać plan terapeutyczny, zmieniać go i dokumentować zmiany			DBD MSAP
1.2.0.10 systematycznie oceniać wyniki leczenia, wiedzieć, kiedy je zakończyć i ułatwić stosowną katamnezę	WE	ASCE	DBD MSAP
1.2.0.11 rozpoznać możliwość niebezpieczeństwa dla siebie i innych w sytuacji klinicznej i umieć mu zaradzić		ASCE	DBD MSAP

Umiejętności terapeutyczne obejmują zwłaszcza:

1.2.1 Leczenie biologiczne

	Wiedza	Kompetencje	Wykonanie
	Sprawdzanie wiedzy WE OE	Egzamin kliniczny ASCE CE	Ocena w trakcie szkolenia DBD DOP MSAP
1.2.1.1 rozumienie teorii uzasadniających leczenie biologiczne zaburzeń psychicznych	WE OE		
1.2.1.2 posługiwać się bezpiecznie i skutecznie metodami leczenia biologicznego w psychiatrii, w oparciu o podstawowe wartości i dostępne dowody, o ile to możliwe - w konsultacji z pacjentami	WE		DBD
1.2.1.3 brać pod uwagę psychologiczne aspekty stosowania leczenia biologicznego takie jak medykalizacja, etykietowanie, efekt placebo i znaczenie, jakie ma dla pacjenta przepisanie mu leku			MSAP

1.2.2 Psychoterapię

	Wiedza	Kompetencje	Wykonanie
	Sprawdzanie wiedzy WE OE	Egzamin kliniczny ASCE CE	Ocena w trakcie szkolenia DBD DOP MSAP
1.2.2.1 rozumienie teorii uzasadniających akceptowane modele psychoterapii indywidualnej, grupowej i rodzinnej dostępnej do leczenia zaburzeń psychicznych	OE WE		
1.2.2.2 bezpiecznie i skutecznie stosować psychoterapię w oparciu o podstawowe wartości i dostępne dowody			DBD DOP

1.2.3 Społeczne interwencje psychiatryczne

	Wiedza	Kompetencje	Wykonanie
	Sprawdzanie wiedzy WE OE	Egzamin kliniczny ASCE CE	Ocena w trakcie szkolenia DBD DOP MSAP
1.2.3.1 rozumienie teorii uzasadniających akceptowane modele społecznej interwencji psychiatrycznej dostępnej do leczenia zaburzeń psychicznych	OE WE		
1.2.3.2 bezpiecznie i skutecznie stosować społeczne interwencje psychiatryczne w oparciu o dostępne dowody			DBD
1.2.3.3 angażować się we współpracę z lokalnymi sieciami społecznymi i kulturalnymi, organizacjami wolontariuszy i grupami samopomocy			MSAP

1.2.4 Rehabilitację

	Wiedza	Kompetencje	Wykonanie
	Sprawdzanie wiedzy WE OE	Egzamin kliniczny ASCE CE	Ocena w trakcie szkolenia DBD DOP MSAP
1.2.4.1 rozumienie teorii uzasadniających akceptowane różne modele rehabilitacji, w tym wyzdrowienia, dla ułatwienia powrotu do życia mającego dla jednostki znaczenie	WE OE		
1.2.4.2 bezpiecznie i skutecznie stosować metody rehabilitacji w oparciu o wartości i dostępne dowody			DBD MSAP

1.3 Stosować doświadczenie i umiejętności psychiatryczne w sytuacjach innych niż bezpośrednia opieka nad pacjentami

	Wiedza	Kompetencje	Wykonanie
	Sprawdzanie wiedzy WE OE	Egzamin kliniczny ASCE CE	Ocena w trakcie szkolenia DBD DOP MSAP
1.3.1 wykorzystać wiedzę medyczno-prawną i umiejętności w przedstawianiu sądom i innym organom stosownych rad psychiatrycznych		ASCE	DBD
1.3.2 stosować wiedzę i umiejętności, aby wnieść wkład w rozwój opieki zdrowotnej	OE		MSAP

1.2 Rozpoznawać osobiste granice doświadczenia i umiejętności

	Wiedza	Kompetencje	Wykonanie
	Sprawdzanie wiedzy WE OE	Egzamin kliniczny ASCE CE	Ocena w trakcie szkolenia DBD DOP MSAP
1.4.1 rozeznawać własne ograniczenia w wiedzy i doświadczeniu, np. przez samoocenę			DBD
1.4.2 konsultować się i łączyć z innymi profesjonalistami, a także szybko i sprawnie kierować, gdy to potrzebne, do najlepszej dla pacjenta opieki			MSAP, DBD

1.5 Skutecznie konsultować

	Wiedza	Kompetencje	Wykonanie
	Sprawdzanie wiedzy WE OE	Egzamin kliniczny ASCE CE	Ocena w trakcie szkolenia DBD DOP MSAP
1.5.1 proponować konsultację i współpracę profesjonalistom medycznym i niemedycznym			DOP MSAP
1.5.2 służyć profesjonalną radą w swoistych sytuacjach klinicznych		ASCE	DOP
1.5.3 służyć profesjonalistom stosowną radą werbalną lub na piśmie w sprawie pacjentów badanych konsultacyjnie			

3. Komunikator

Definicja

Zapewnienie ludzkiej opieki o wysokiej jakości wymaga od psychiatry nawiązania efektywnej i empatycznej relacji z pacjentami, ich opiekunami, innymi lekarzami i innymi profesjonalistami opieki zdrowotnej. Umiejętności porozumiewania się mają podstawowe znaczenie dla funkcjonowania psychiatry i są niezbędne, aby uzyskać informacje i przekazać je pacjentom i ich rodzinom. Ponadto umiejętności te są niezbędne dla wyjaśnienia przekonań pacjenta, jego trosk i oczekiwań związanych z chorobami, a także dla oceny najistotniejszych dla zdrowia pacjenta czynników.

Kompetencje

Psychiatra potrafi:

2.1 nawiązać relację terapeutyczną z pacjentem

	Wiedza	Kompetencje	Wykonanie
	Sprawdzanie wiedzy WE OE	Egzamin kliniczny ASCE CE	Ocena w trakcie szkolenia DBD DOP MSAP
2.1.1 mieć świadomość czynników wpływających na reakcje pacjenta na lekarza i innych, oraz własnych reakcji w kontakcie z pacjentami			DBD MSAP
2.1.2 skutecznie i empatycznie porozumiewać się werbalnie i pozawerbalnie w sytuacjach klinicznych		ASCE	DOP MSAP
2.1.3 nawiązać, utrzymywać i zakończyć odpowiednią relację terapeutyczną z pacjentami i z ich opiekunami			DBD MSAP
2.1.4 ułatwiać ustrukturuwane spotkania kliniczne		ASCE	DOP

2.2 uzyskać od pacjenta, jego opiekunów i z innych źródeł posiadające znaczenie informacje i zsyntetyzować je

	Wiedza	Kompetencje	Wykonanie
	Sprawdzanie wiedzy WE OE	Egzamin kliniczny ASCE CE	Ocena w trakcie szkolenia DBD DOP MSAP
2.2.1 systematycznie uzyskiwać zwięzłe i znaczące informacje i rozumieć ich znaczenie w kontekście kultury pacjenta, jego odmienności i oczekiwań		ASCE CE	DBD DOP

2.3 omawiać z pacjentami, ich opiekunami i profesjonalistami opieki zdrowotnej informacje mające znaczenie dla stworzenia najlepszej opieki. Zakłada to zdolność informowania pacjenta i doradzania mu we wrażliwy sposób, okazując mu szacunek, co sprzyja aktywnemu udziałowi pacjenta w podejmowaniu decyzji na temat opieki.

	Wiedza	Kompetencje	Wykonanie
	Sprawdzanie wiedzy WE OE	Egzamin kliniczny ASCE CE	Ocena w trakcie szkolenia DBD DOP MSAP
2.3.1 uznać i szanować prawo pacjenta do najlepszej informacji o jego chorobie i możliwościach leczenia		ASCE	DOP MSAP
2.3.2 porozumiewać się z pacjentem, jego rodziną i opiekunami, posługując się szerokim wachlarzem źródeł informacji, obejmującym teksty i materiały on-line		ASCE	DOP MSAP
2.3.3 wspierać wspólne z pacjentem, rodzinami, profesjonalistami podstawowej opieki zdrowotnej i innymi rozumienie zagadnień, problemów i planów – przez dyskusje, pytania i interakcje w spotkaniach		ASCE	DOP MSAP
2.3.4 skutecznie rozwiązywać stanowiące wyzwanie kwestie komunikacji, takie jak uzyskiwanie zgody o poinformowaniu, przekazywanie trudnych i złych wiadomości, zachowanie wobec reakcji emocjonalnych, oraz w innych sytuacjach, które mogą prowadzić do nieporozumień i konfliktów		ASCE	DOP
2.3.5 posłużyć się, kiedy trzeba, dostępnymi środkami dla pokonania językowych, kulturowych i innych barier w porozumieniu			DOP DBD
2.3.6 dokumentować i przedstawiać na bieżąco raporty ze spotkań klinicznych i planów opieki			DBD MSAP
2.3.7 jeśli pojawi się możliwość, efektywnie przekazywać informacje o zdrowiu psychicznym publiczności i mediom		ASCE	MSAP DOP

4. Współpracownik

Definicja

Psychiatrzy pracują w partnerstwie z innymi osobami zaangażowanymi w opiekę nad pojedynczymi pacjentami lub specjalnymi grupami pacjentów. Jest więc dla psychiatrów rzeczą o podstawowym znaczeniu zdolność do efektywnej współpracy z pacjentami, ich opiekunami, wielozawodowym zespołem ekspertów opieki zdrowotnej w celu zapewnienia pacjentom optymalnej opieki, dla kształcenia i prowadzenia badań.

Kompetencje

Psychiatra potrafi:

3.1 konsultować się skutecznie z innymi lekarzami i innymi profesjonalistami opieki zdrowotnej

	Wiedza	Kompetencje	Wykonanie
	Sprawdzanie wiedzy WE OE	Egzamin kliniczny ASCE CE	Ocena w trakcie szkolenia DBD DOP MSAP
3.1.1 jasno określać swoją rolę i odpowiedzialność wobec innych profesjonalistów		ASCE	DOP MSAP
3.1.2 uznać i szanować różnorodność ról, odpowiedzialności i kompetencji innych profesjonalistów			MSAP DOP
3.1.3 utrzymywać profesjonalne stosunki ze świadczeniodawcami opieki zdrowotnej dla zapewnienia jakości opieki			MSAP DBD
3.1.4 skutecznie pracować z innymi profesjonalistami opieki zdrowotnej, aby zapobiegać konfliktom, negocjować w nich i rozwiązywać je			MSAP DBD
3.1.5 uzyskiwać, interpretować i oceniać konsultacje innych profesjonalistów		ASCE	DBD DOP
3.1.6 służyć innym specjalistom medycznym, profesjonalistom opieki zdrowotnej i agencjom społecznym efektywną konsultacją			DOP MSAP

3.2 Efektywnie przyczyniać się do pracy zespołów interdyscyplinarnych

	Wiedza	Kompetencje	Wykonanie
	Sprawdzanie wiedzy WE OE	Egzamin kliniczny ASCE CE	Ocena w trakcie szkolenia DBD DOP MSAP
3.2.1 efektywnie uczestniczyć w pracy zespołów interdyscyplinarnych, a kiedy trzeba, okazać przywództwo			DOP MSAP
3.2.2 skutecznie działać na rzecz zapobiegania konfliktom w wielozawodowym zespole, negocjować w nich i rozwiązywać je			MSAP DOP
3.2.3 kwestionować i stymulować pracę innych członków zespołu, kiedy obniżane są standardy, być wrażliwym i odpowiadać na komentarze innych członków zespołu na temat własnej pracy			DOP MSAP

3.3 aktywnie uczestniczyć we wspólnym podejmowaniu decyzji w pacjentami i opiekunami

	Wiedza	Kompetencje	Wykonanie
	Sprawdzanie wiedzy WE OE	Egzamin kliniczny ASCE CE	Ocena w trakcie szkolenia DBD DOP MSAP
3.3.1 pracować wspólnie z pacjentami i opiekunami nad sformułowaniem i zmianami planów opieki i być wrażliwym na ich wybory i poglądy			MSAP DOP

3.4 efektywnie współpracować z organizacjami pacjentów i opiekunów

	Wiedza	Kompetencje	Wykonanie
	Sprawdzanie wiedzy WE OE	Egzamin kliniczny ASCE CE	Ocena w trakcie szkolenia DBD DOP MSAP
3.4.1 zachęcająco angażować organizacje pacjentów i opiekunów w planowanie, organizację i ocenę służb opieki nad zdrowiem psychicznym			MSAP DOP
3.4.2 utrzymywać profesjonalne stosunki z organizacjami pacjentów i opiekunów	WE		MSAP

Organizator

Definicja

Podejmując w codziennej praktyce decyzje w sprawie zasobów, współpracowników, zadań, celów, polityki i życia osobistego, psychiatrzy funkcjonują jako organizatorzy. Czynią to w warunkach indywidualnej opieki, organizacji praktyki i w szerszym kontekście systemu opieki zdrowotnej. Psychiatrzy są zatem potrzebne umiejętności hierarchizacji zadań i ich skutecznej realizacji w zespołowej pracy z kolegami oraz systematycznego podejmowania decyzji w rozdzielaniu zasobów opieki zdrowotnej. Jako organizatorzy psychiatrzy znajdują się w pozycji przywódcy w kontekście organizacji profesjonalnych i systemu opieki zdrowotnej.

Kompetencje

Psychiatra potrafi:

4.1 rozdzielić zasoby

	Wiedza	Kompetencje	Wykonanie
	Sprawdzanie wiedzy WE OE	Egzamin kliniczny ASCE CE	Ocena w trakcie szkolenia DBD DOP MSAP
4.1.1 zna i rozumie podstawowe zasady zarządzania zasobami i finansami	OE WE		

ciąg dalszy tabeli na następnej stronie

4.1.2 zna zasady organizacyjne krajowej, regionalnej i lokalnej struktury opieki zdrowotnej	OE WE		
4.1.3 rozumie znaczenie równej alokacji zasobów opieki zdrowotnej, równowagi efektywności, wydolności i dostępu pacjentów do najlepszej opieki	OE WE		DOP
4.1.4 znaleźć dostęp do informacji o alokacji środków i wskazówek klinicznych opartych na dowodach i praktyce	OE WE	ASCE	DBD
4.1.5 ustalić priorytetowość pacjentów w oparciu o ostrość, niewydolność i nagłość przypadków			DOP MSAP DBD
4.1.6 właściwie rozdzielać zadania i odpowiedzialność			DOP MSAP

4.2 zarządzać własnymi zasobami

	Wiedza	Kompetencje	Wykonanie
	Sprawdzanie wiedzy WE OE	Egzamin kliniczny ASCE CE	Ocena w trakcie szkolenia DBD DOP MSAP
4.2.1 gospodarować własnym czasem, aby zrównoważyć opiekę nad pacjentami, potrzebę zarabiania, inne aktywności i życie osobiste			MSAP DOP
4.2.2 zrównoważyć priorytety osobiste i zawodowe dla własnego zdrowia i rzetelnej praktyki			DOP MSAP

4.3 pracować z organizacjami opieki zdrowotnej

	Wiedza	Kompetencje	Wykonanie
	Sprawdzanie wiedzy WE OE	Egzamin kliniczny ASCE CE	Ocena w trakcie szkolenia DBD DOP MSAP
4.3.1 planować odpowiednie elementy opieki nad zdrowiem i wprowadzać zmiany, kiedy są potrzebne	WE		MSAP DOP
4.3.2 negocjować między konkurującymi siłami dla zapewnienia przydziału środków na opiekę zdrowotną			MSAP DOP
4.3.3 zapewnić wprowadzenie opartych na dowodach wskazówek do praktyki klinicznej			MSAP DOP
4.3.4 brać udział w kontroli klinicznej dla zapewnienia poprawy jakości świadczeń	WE		DOP
4.3.5 zna zasady rozwiązywania ryzyka i priorytety kliniczne	WE		DOP
4.3.6 rozwiązuje skargi pacjentów, opiekunów i personelu	WE OE		DBD
4.3.8 zachęca i ułatwia rozwój zawodowy kolegów i innych profesjonalistów			MSAP

4.4. posługuje się technologią informacyjną i optymalizuje opiekę nad pacjentami, kontynuuje samokształcenie i inne aktywności

	Wiedza	Kompetencje	Wykonanie
	Sprawdzanie wiedzy WE OE	Egzamin kliniczny ASCE CE	Ocena w trakcie szkolenia DBD DOP MSAP
4.4.1 rozumie informację komputerową i podstawy informatyki medycznej	WE		DOP MSAP
4.4.2 posługuje się bazami danych związanymi z pacjentami na poziomie podstawowym			MSAP DOP
4.4.3 posługuje się technologią informatyczną dla promowania bezpieczeństwa i dobra pacjentów			DOP

5. Rzecznik zdrowia

Definicja

Psychiatra zdaje sobie sprawę z wagi opowiadania na rzecz promocji zdrowia w odpowiedzi na wyzwania, jakie stwarzają czynniki społeczne, środowiskowe i biologiczne warunkujące zdrowie psychiczne i dobrostan pacjentów i społeczeństwa. Wie, że rzecznictwo jest zasadniczym i podstawowym komponentem promocji zdrowia psychicznego na poziomie indywidualnego pacjenta, objętej praktyką populacji i szerszej społeczności. Promocja zdrowia wyraża się stosownie zarówno w indywidualnym, jak i zbiorowym reagowaniu psychiatrów wpływającym na zdrowie publiczne i politykę.

Kompetencje

Psychiatra potrafi:

- 5.1 rozpoznać determinanty zaburzeń psychicznych oraz czynniki, które mogą przyczyniać się pozytywnie do zdrowia psychicznego, i w ten sposób zapobiegać zaburzeniom i promować zdrowie

	Wiedza	Kompetencje	Wykonanie
	Sprawdzanie wiedzy WE OE	Egzamin kliniczny ASCE CE	Ocena w trakcie szkolenia DBD DOP MSAP
5.1.1 rozpoznaje determinanty zdrowia psychicznego populacji i to jak polityka społeczna, łącznie z legislacją wpływają na zdrowie psychiczne	WE OE		
5.1.2 promuje zdrowie psychiczne i fizyczne pacjentów, zwłaszcza tych, w sprawie których ostrych zaburzeń psychicznych istnieją rzetelne dowody			DBD

ciąg dalszy tabeli na następnej stronie

5.1.3 zdaje sobie sprawę z wpływu zaburzenia psychicznego na rodziny i opiekunów, podejmuje stosowne środki zaradcze			DBD DOP
5.1.4 współpracuje z innymi sektorami społeczności dla promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym na każdym poziomie, skupiając się przede wszystkim na rodzinie, szkole i miejscu pracy			MSAP
5.1.5 rozpoznaje bariery i nierówności w dostępie do opieki, zwłaszcza dla populacji marginalizowanych i podatnych; podejmuje działania naprawcze			MSAP

5.2 rozpoznaje i podejmuje działania wobec problemów i sytuacji, w których aktywność na rzecz pacjentów, zawodu i społeczeństwa jest niezbędna

	Wiedza	Kompetencje	Wykonanie
	Sprawdzanie wiedzy WE OE	Egzamin kliniczny ASCE CE	Ocena w trakcie szkolenia DBD DOP MSAP
5.2.1 szanuje prawa ludzi z zaburzeniami psychicznymi i działa na rzecz ich przestrzegania; współpracuje ze stowarzyszeniami beneficjentów i opiekunów oraz z grupami rzeczników			MSAP
5.2.2 wzmacnia ludzi z zaburzeniami psychicznymi i ich opiekunów			MSAP
5.2.3 rozpoznaje uprzedzenia, stygmy i dyskryminację związane z zaburzeniami psychicznymi i ich leczeniem, oraz zajmuje w tych sytuacjach stanowisko			MSAP DOP
5.2.4 posługuje się strategiami wzmacniającymi samodzielność i autonomię pacjentów		ASCE	DBD
5.2.5 czynnie sprzeciwia się wykorzystywaniu psychiatrii do celów politycznych	WE		
5.2.6 uznaje możliwość konfliktu związanego z jego rolą jako rzecznika zdrowia na rzecz pacjentów i społeczności z rolą organizatora i decydenta	OE		DBD MSAP

6. Uczony

Definicja

Psychiatrzy angażują się w trwające całe życie dążenie do mistrzowskiego opanowania dyscypliny. Zdają sobie sprawę z potrzeby kształcenia ustawicznego (CPD). Dzięki aktywności dydaktycznej przyczyniają się do uznania wiedzy o opiece zdrowotnej, jej powiększania i rozumienia, oraz ułatwiają edukację studentów, kolegów, pacjentów i innych.

Kompetencje

Psychiatra potrafi:

6.1 rozwijać, stosować i dokumentować strategię własnego kształcenia ustawicznego

	Wiedza	Kompetencje	Wykonanie
	Sprawdzanie wiedzy WE OE	Egzamin kliniczny ASCE CE	Ocena w trakcie szkolenia DBD DOP MSAP
6.1.1 zna zasady utrzymywania kompetencji	OE		
6.1.2 zna i wprowadza do praktyki kwestie uczenia się za pomocą takich metod jak samoocena i CPD			DBD DOP
6.1.3 szuka i interpretuje stosowną wiedzę o dowodach oraz wprowadza ją do praktyki			DBD
6.1.4 ocenia wpływ każdej zmiany na praktykę			DBD
6.1.5 dokumentuje proces kształcenia się			DBD

6.2 stosuje zasady krytycznego uznania dla źródeł informacji medycznej

	Wiedza	Kompetencje	Wykonanie
	Sprawdzanie wiedzy WE OE	Egzamin kliniczny ASCE CE	Ocena w trakcie szkolenia DBD DOP MSAP
6.2.1 rozumie zasady krytycznego uznania i ich stosowania w kontekście klinicznym			DOP
6.2.2 wprowadza wnioski z krytycznej uwagi do opieki klinicznej			DBD

6.3 ułatwia uczenie się studentów, szkolonych i profesjonalistów opieki zdrowotnej

	Wiedza	Kompetencje	Wykonanie
	Sprawdzanie wiedzy WE OE	Egzamin kliniczny ASCE CE	Ocena w trakcie szkolenia DBD DOP MSAP
6.3.1 zna zasady nauczania i etyczne zasady leżące u podstawy edukacji medycznej, w tym bycie mentorem			DOP

ciąg dalszy tabeli na następnej stronie

6.3.2 pracuje z innymi nad rozpoznaniem potrzeb edukacji			MSAP
6.3.3 wybiera strategie nauczania oparte na dowodach			MSAP DOP
6.3.4 wie, że jego zachowanie w sytuacji klinicznej może być modelem dla innych			MSAP DOP
6.3.5 uczy, publikuje i uwzględnia informacje zwrotne			MSAP DOP

6.4 wykazuje właściwe używanie oceny, szacowania i informacji zwrotnej

	Wiedza	Kompetencje	Wykonanie
	Sprawdzanie wiedzy WE OE	Egzamin kliniczny ASCE CE	Ocena w trakcie szkolenia DBD DOP MSAP
6.4.1 zna i stosuje zasady oceniania, w tym różnice między ocenianiem formatywnym a skumulowanym	WE		DOP MSAP
6.4.2 zna i stosuje zasady uznawania	WE		DOP MSAP
6.4.3 przekazuje informację zwrotną na czas i konstruktywnie, okazując szacunek i zachowując poufność			DOP MSAP

6.5 uczestniczy w badaniach naukowych i przyczynia się do rozwoju nowej wiedzy

	Wiedza	Kompetencje	Wykonanie
	Sprawdzanie wiedzy WE OE	Egzamin kliniczny ASCE CE	Ocena w trakcie szkolenia DBD DOP MSAP
6.5.1 zna zasady, metodologię i etykę badań naukowych	WE OE		
6.5.2 formułuje pytania badawcze i prowadzi systematyczne badania w poszukiwaniu dowodów	WE OE		DOP
6.5.3 wybiera i stosuje metody badawcze odpowiednie do postawionych pytań	WE OE		DBD DOP
6.5.4 analizuje, interpretuje i publikuje wyniki	OE		DBD DOP
6.5.5 właściwie rozpowszechnia i wprowadza do praktyki wyniki badań			DBD DOP MSAP

7. Profesjonalista

Definicja

Psychiatrzy dysponują zasobem wiedzy, umiejętności i postaw, które mają poprawić zdrowie psychiczne i dobrostan innych. Psychiatrom zależy na najwyższych standardach doskonałości opieki klinicznej i etycznego zachowania, oraz na ustawicznym doskonaleniu mistrzostwa ich dyscypliny.

Kompetencje

Psychiatra potrafi:

7.1 dostarczyć profesjonalnej opieki najwyższej jakości

	Wiedza	Kompetencje	Wykonanie
	Sprawdzanie wiedzy WE OE	Egzamin kliniczny ASCE CE	Ocena w trakcie szkolenia DBD DOP MSAP
7.1.1 utrzymuje najwyższe standardy kompetencji klinicznej i profesjonalnego zachowania opartego na wartościach i na dowodach			MSAP DOP DBD
7.1.2 opiekuje się pacjentami całościowo we wrażliwy, empatyczny i współczujący sposób		ASCE	MSAP DOP
7.1.3 prowadzi się w sposób zapewniający poszanowanie pacjentów i opiekunów, dyskrecję; okazuje im szacunek			MSAP DOP
7.1.4 przestrzega granic zawodowej roli w relacjach z pacjentami i opiekunami			MSAP DOP
7.1.5 rozumie wszystkie aspekty relacji zawodowych, w tym różnice sił między psychiatrami a pacjentami i nie nadużywa władzy			MSAP DOP
7.1.6 rozumie problem zakończenia relacji lekarz-pacjent i wyciąga z tego wnioski praktyczne		ASCE	DOP
7.1.7 zdaje sobie sprawę ze znaczenia problemu końca życia i praktycznie się do nich odnosi w opiece nad pacjentami z zaburzeniami psychicznymi	WE		DOP

7.2 Profesjonalnie odnosi się do współpracowników

	Wiedza	Kompetencje	Wykonanie
	Sprawdzanie wiedzy WE OE	Egzamin kliniczny ASCE CE	Ocena w trakcie szkolenia DBD DOP MSAP
7.2.1 przestrzega granic roli zawodowej z kolegami i innymi osobami zaangażowanymi w opiekę nad pacjentami			MSAP DOP
7.2.2 uznaje potrzeby innych profesjonalistów i stosownie się do nich odnosi			MSAP DOP
7.2.3 z wrażliwością i na czas odpowiada na komunikaty innych pracowników opieki zdrowotnej			MSAP DOP

7.3 praktykuje medycynę w sposób etycznie odpowiedzialny i przestrzega zobowiązań medycznych, prawnych i zawodowych

	Wiedza	Kompetencje	Wykonanie
	Sprawdzanie wiedzy WE OE	Egzamin kliniczny ASCE CE	Ocena w trakcie szkolenia DBD DOP MSAP
7.3.1 przestrzega zobowiązań zawodowych, administracyjnych i prawnych na wszystkich poziomach			MSAP DOP
7.3.2 utrzymuje wysoką jakość dokumentacji spotkań klinicznych i planów			DBD
7.3.3 przestrzega kodeksów etyki zawodowej i rozwiązuje konflikty interesów			DOP MSAP
7.3.4 utrzymuje przejrzystość relacji z organizacjami dochodowymi (w tym z przemysłem farmaceutycznym) opierając się na zasadach etyki	WE OE	ASCE	DBD
7.3.5 zna zasady i granice poufności (tajemnicy lekarskiej) zdefiniowane w kodeksach zawodowych i przez prawo	WE OE	ASCE	DBD
7.4.6 rozpoznaje nieprofesjonalne zachowanie innych pracowników opieki zdrowotnej i podejmuje stosowne kroki			MSAP
7.3.7 sprawdza własne profesjonalne zachowanie i uwzględnia braki, aby zapobiegać błędom lekarskim			DBD MSAP
7.3.8 rozumie składowe zgody po poinformowaniu, w tym zdolność do jej wyrażenia			MSAP DBD
7.3.9 rozpoznaje własne ograniczenia i poszukuje rady i pomocy			MSAP DBD

Słownik terminów

Wprowadzenie

Ten słownik towarzyszy systemowi oceny – Europejskim ramom kompetencji w psychiatrii (EFCP). System oceny pokazuje zalecane metody oceniania kompetencji. Słownik ma wyjaśnić znaczenie różnych metod i podaje przykłady ilustrujące praktyczny sposób użycia różnych narzędzi opartych na tych metodach.

Powszechnie uważa się obecnie, że ocena poprawia uczenie, zatem system oceniania musi zostać uznany za integralną część każdego programu opartego o ramy kompetencji. Ma to zastosowanie zarówno do szkolenia specjalistycznego, jak i kształcenia ustawicznego.

Trzy zasady winny być przestrzegane podczas konstrukcji systemu oceny:

- System oceniania powinien być przejrzysty, tak, żeby szkolący i szkoleni wiedzieli, co i jak się ocenia.
- Należy oceniać wszystkie kompetencje, nie tylko te, które jest łatwo ocenić.
- Ocena kompetencji powinna być triangulowana, to znaczy każda powinna być oceniana na więcej niż jeden sposób i kilkakrotnie.

Rozważenia wymaga też użyteczność systemu oceniania. Van der Vleuten (1996) zwraca uwagę, że w terminach matematyki użyteczność systemu oceniania można uważać za produkt jej rzetelności, trafności, prawdopodobieństwa i wpływu edukacyjnego (tzn. wpływu, jaki ocenianie ma na uczenie). Oznacza to, że jeżeli wartość którejkolwiek z tych jakości zbliża się do zera, użyteczność oceny jest bliska zeru, nawet jeśli pozostałe mają wysoką wartość pozytywną.

Miller (1990) opisał conceptualny model różnych dziedzin umiejętności medycznych i sposobów ich osiągnięcia. Model Millera podnosi znaczenie oceny wykonania (tzn. co doktor realnie robi w codziennej praktyce), a nie surogatów, które oceniają wiedzę lub kompetencję.

W tym systemie oceniania chcieliśmy wskazać co najmniej dwie metody oceny każdej kompetencji. Dla jasności przeglądu przyporządkowaliśmy metody oceny do jednego z trzech obszarów modelu Millera: wiedzy (co doktor wie), kompetencji (co doktor może wykonać) i wykonania (co doktor robi). W kolejnych sekcjach słownika opiszemy każdą metodę oceniania i podamy, co wiadomo o rzetelności, użyteczności, prawdopodobieństwie i wpływie edukacyjnym każdego z narzędzi opartych na tych metodach, tak, aby krajowe towarzystwa i inne organy regulujące szkolenie w psychiatrii mogły dokonać poprzedzonego informacją wyboru w kwestii metod oceny. Przywiążemy więcej uwagi do testów z poziomu „wykonania” ponieważ mogą być mniej znane czytelnikom.

Ocena wiedzy (testy)

Egzaminy pisemne (WE)

Są dwa podstawowe typy oceny pisemnej: test wielokrotnego wyboru, w którym kandydat wybiera poprawną odpowiedź spośród pewnej liczby alternatywnych, oraz wypracowanie (esej) lub krótkie odpowiedzi pisemne, w których kandydat konstruuje tekst.

Test wielokrotnego wyboru: testy tak konstruowane (MCQ: Multiple choice questions) dają możliwość wyższej rzetelności na godzinę pracy egzaminacyjnej (Schurwith i van der Vleuten 2003), a dobrze skonstruowane mogą sprawdzić więcej, niż zapowiadają. Jest obecnie więcej typów pytań poza tradycyjnymi typu „prawda/fałsz”. Dają one możliwość rzetelnej i trafnej oceny pod warunkiem starannego konstruowania i analizy pytań. Możliwość analizy elektronicznej podnosi ich dostępność.

Wypracowania i krótkie odpowiedzi: używa się wypracowań do badania zdolności kandydatów do wyrażania się na piśmie i posługiwania się innymi umiejętnościami intelektualnymi (Schurwith i van der Vleuten 2003). W tak zależnej od języka dy-

scyplinie jak psychiatria mają sporą trafność. Posługiwanie się tą formą jest znacznie ograniczone przez czas, jakiego wymaga ocena wypracowań. Test krótkich odpowiedzi ocenia podobne obszary jak test wielokrotnego wyboru, lecz ponieważ odpowiedzi ocenia człowiek, mają mniejszą rzetelność i mniejsze prawdopodobieństwo.

Egzamin ustny (OE)

Egzamin ustny można zdefiniować jako „spotkanie egzaminującego z egzaminowanym, w czasie którego omawia się tematy nie związane z konkretnym pacjentem” (Wass i in. 2003). Celem tej formy jest ocena myślenia klinicznego, umiejętności podejmowania decyzji i wartości zawodowych. Swanson i in. (1995) ocenili, że potrzeba około ośmiu godzin czasu egzaminatora (indywidualnego lub w komisji), aby osiągnąć akceptowalny poziom rzetelności. Podobne badania kandydatów na lekarza rodzinnego (GP) w UK wykazały, że dobrze ustrukturuwany egzamin ustny obejmujący 20 do 25 zagadnień w ciągu 3 do 3,5 godziny pozwalał osiągnąć akceptowalny poziom rzetelności (Wass i in. 2003). Trafność tych form oceny musi być starannie monitorowana; Robert i in. (2000) udowodnili, że egzaminy ustne mają szczególnie silny potencjał ujawniania niechęci wobec kandydatów z grup mniejszościowych etnicznie.

Ocena kompetencji

Egzamin kliniczny (CE)

Egzamin w oparciu o przypadek kliniczny jest jedną z najbardziej cenionych form oceny w szkoleniu medycznym (Jolly, Grant i in. 1977). Kandydaci otrzymują godzinę do oceny nie standaryzowanego pacjenta. Oceniani są w oparciu o prezentację, jaką przedstawiają egzaminatorom, czasem także ocenia się ich na podstawie krótkiej obserwacji i rozmowy z pacjentem. Egzamin może trwać do półtorej godziny.

Są jednak poważne wątpliwości co do egzaminu w oparciu o przypadek kliniczny (Jolly, Grant i in. 1997). Zastrzeżenia tyczą tego, że egzamin opiera się na spotkaniu z jednym pacjentem, oraz tego, że pytania egzaminatorów nie są strukturuwane (Fitch i in. 2008). Norcini (2002) podaje, że rzetelność egzaminu w oparciu o przypadek kliniczny wynosi 0,24. Ocenianie przez kilku egzaminatorów i obserwacja całego spotkania podnosi wskaźnik rzetelności. Ocenianie sześciu przypadków klinicznych podnosi wskaźnik rzetelności do 0,8. Niestety, czas wymagany do tej formy egzaminów, oraz niedostatek chętnych pacjentów znacznie ogranicza dostępność tych egzaminów.

Ocena symulowanego spotkania klinicznego (ASCE)

Egzamin ASCE dąży do oceny kompetencji klinicznych, rotując każdego kandydata przez szereg standaryzowanych sytuacji. W typowej sytuacji każda „stacja” (spotkanie) zawiera scenariusz odegrany przez „aktora”, a kandydat ma do wykonania zadanie. Egzaminator obserwuje pracę kandydata i ocenia ją według określonych kryteriów. Dlatego często nazywa się taki egzamin Observed Structured Clinical Examination (OSCE). Newble i Swanson (1998) ocenili, że akceptowalny poziom rzetelności osiąga się w 16 stacjach OSCE, z jednym egzaminatorem na każdej stacji. Oznacza to około 3

godzin egzaminu na kandydata. W specjalizacyjnych egzaminach z psychiatrii w UK OSCE osiągnął zbliżony poziom rzetelności (Lunn, przekaz ustny). Nabór i szkolenie „aktorów” oraz znalezienie odpowiednich warunków lokalowych znacząco ogranicza dostępność tego sposobu egzaminowania.

Ocena wykonania

Ta forma oceniania często nazywana jest WPBA (workplace-based assessment – ocenianie w miejscu pracy) dla podkreślenia, że odnosi się do codziennej pracy lekarza w czasie rzeczywistym, i dla odróżnienia od standaryzowanych testów wymagających organizacji na poziomie krajowym lub przyjazdu do miejsc egzaminów dalekich nieraz od miejsca pracy.

Fitch i in. (2008) wyróżnili trzy metodologie WPBA:

- Obserwacja i ocena pracy lekarza – bezpośrednia obserwacja w praktyce
- Zebranie standaryzowanych danych od kilku oceniających – wieloźródłowa informacja zwrotna
- Ocena retrospektywna wykonania w rozmowie opartej na materiale pisemnym, np. historii choroby, notatnik pracy – dyskusja oparta o dokumentację.

Jak dotąd niewiele zrobiono, żeby ocenić przydatność WPBA w psychiatrii; wczesne badanie terenowe w UK wskazało, że program ocen oparty na tych trzech metodologiach jest dostępny i akceptowalny dla lekarzy i ich egzaminatorów, oraz, że ma pewien wpływ edukacyjny (Brittlebank 2007). Wszystkie dane o trafności i rzetelności pochodzą z innych specjalności medycznych.

Bezpośrednia obserwacja w praktyce (DOP)

Ta metoda wymaga bezpośredniego obserwowania lekarza podczas pracy: interakcji z pacjentem, wykonującego zabieg, kiedy wykląda lub wydaje opinie. Oceniano wiele narzędzi DOP.

W Mini-Clinical Evaluation Exercise (mini – CEX ; minówcienie oceny klinicznej) egzaminator obserwuje lekarza wykonującego zadanie: np. zbieranie wywiadu, uzyskującego zgodę na leczenie, wymagającego komunikacji z pacjentem. Trwa to około 20 minut, po którym daje 5–10 minutową obserwację zwrotną. Mini-CEX ma współczynnik generalizacji (wskaźnik rzetelności) 0,77 dla 8 ocen (Kogan i in. 2003) i rozsądną trafność konstrukcyjną (Holomboe i in. 2003).

Ćwiczenie oceny klinicznej (CEX; Clinical Evaluation Exercise): egzaminator obserwuje całe spotkanie lekarza z pacjentem, co jest odpowiednikiem WPBA dla egzaminu opartego o przypadek kliniczny, i ma wysoką trafność w psychiatrii (Brittlebank 2007). Wymaga około godziny. Rzetelność – raczej niska; Norcini (2002) podaje, że dwie oceny CEX dały w internie współczynnik rzetelności 0,39.

Bezpośrednia obserwacja umiejętności procedur (DOPS) została opracowana dla oceny wykonywania przez szkolących się procedur praktycznych takich jak wkłucie dożylnie czy intubacja (Wilkinson i in. 2003). Wczesne dane psychometryczne DOPS sugerują, że rzetelność i trafność instrumentu korzystnie wypada w porównaniu z danymi dla Mini-CEX (Wilkinson i in. 2008).

Przydatność ocen opartych na DOP dla psychiatrii zależy od długości czasu, jakiego proces wymaga, zgody pacjentów na obecność obserwatora (zwłaszcza w Mini-CEX i DOPS) i możliwości dzielenia praktyki pracy psychiatry na małe odcinki. Samo ocenianie wymaga szkolenia. Kolomboe i in. (2004) wykazali, że oceniający potrzebują szkolenia, aby mogli prowadzić ocenianie.

Pewna liczba instrumentów typu DOP jest obecnie w toku ewaluacji. Są to np. narzędzia do oceny nauczania (Assessment of Teaching), umiejętności prezentacji (Journal Club Presentation and Case Presentation) i wykonania sprawności nieklinicznych (Direct Observation of non-Clinical Skills).

Wieloźródłowe ocenianie wykonania (MSAP; Multi-source assessment of performace)

MSAP wymaga oceny pracy lekarza z kilku punktów widzenia, przy użyciu standaryzowanych pomiarów, zbieranych i przekazywanych zwrotnie lekarzowi. Informację zwrotną mogą dawać koledzy, współpracownicy różnych zawodów, z różnych poziomów hierarchii organizacyjnej, pacjenci. Może również obejmować samoocenę.

MSAP szeroko używany jest od wielu lat w zawodach niemedycznych, gdzie nazywany jest wieloźródłową informacją zwrotną lub oceną 360° (Fletcher 2004). Zdaniem Malik i in. (2008) MSAP ma dla medycyny trzy główne zalety:

- Ocena z różnych źródeł może być postrzegana jako uczciwsza
- MSAP może ułatwiać ocenę w takich obszarach wykonania, których inne metody nie ujmują (np. humanistyczny i interpersonalny aspekty medycyny)
- Objęcie szerszego zakresu problemów społecznych, za jakie odpowiada profesja medyczna.

Przydatność MSAP zależy od dostępności kompetentnych sędziów i ich dostępu do składowych praktyki lekarza. Sędziowie mogą ocenić tylko to, do czego mają dostęp i w czym są kompetentni. Są obszary praktyki, których koledzy nie obserwują i takie, których współpracownicy i pacjenci nie mogą ocenić z powodu braku kwalifikacji. Przydatność zależy też od czasu, jakiego wymaga wypełnienie narzędzi MSAP i zdolności osób zbierających dane do przekazania lekarzowi pomocnej informacji zwrotnej. Wilkinson i in. (2008) wykazali, że wypełnienie formularza w typowym MSAP wymaga około 6 minut.

Opublikowane dane na temat narzędzi MSAP z udziałem kolegów i współpracowników, używanych w szkoleniu medycznym sugerują, że odpowiedzi 4 (Archer i in. 2006) do 12 (Wilkinson i in. 2008) sędziów pozwalają osiągnąć rzetelne oceny. Co więcej, jeden z formularzy, Sheffield Peer Review Assessment Tool (SPRAT), okazał się wiarygodny i rzetelny (Srcher i in. 2005). Wysoki poziom rzetelności wykazano też dla 9 odpowiedzi w MSAP (Team Assessment of Behaviour) opracowanego jako narzędzie przesiewowe identyfikujące tych szkolących się, którzy mają trudności (Whitehouse i in. 2007).

Chociaż opracowano wiele narzędzi umożliwiających pacjentom informacje zwrotne o sprawności lekarzy, żaden nie odnosi się do szkolących się lekarzy, a tylko dwa – PAR (the Physician Achievement Review) i SHEFFPAT poddano solidnym

badaniom pod kątem rzetelności i wiarygodności (Chisholm i Askham 2006). Badania te pokazują, że trzeba odpowiedzi około 25 pacjentów, aby dostarczyć rzetelnych danych o pracy lekarza (Crossley i in. 2005, Violato i in. 2003).

Dyskusja w oparciu o dokumenty (DBD; Document Based Discussion)

W tej metodzie udokumentowane działanie lekarza w pracy klinicznej oceniane jest w rozmowie prowadzonej przez oceniającego. Są w niej właściwie dwie metody: oparta o dziennik pracy i o historie choroby. Dzienniki pracy używane są w szkoleniu lekarzy już od jakiegoś czasu, mało jest jednak w piśmiennictwie danych na temat ich używania jako części ustrukturuwanej oceny. Jest kilka opisów i ewaluacji posługiwania się historią choroby jako punktu wyjścia do oceniającej rozmowy – CSR (Chart Stimulated Recall) w USA. Przegląd tych badań (Fitch i in. 2008) pokazał, że CSR ma dobrą rzetelność i trafność w ocenianiu studentów medycyny i lekarzy.

W CSR lekarz przedstawia oceniającemu pewną liczbę historii chorób, z których ten wybiera jedną i rozwija wokół niej dyskusję. Oceniający pyta lekarza o jego działania i prowadzenie przypadku, wykorzystując zapisy lekarza w historii choroby. Dyskusja pozwala lekarzowi wyjaśnić podejmowane decyzje i poznać myślenie kliniczne lekarza, włączając aspekty medyczne, etyczne i prawne.

Proces zajmuje 20–30 minut, a oceniający wymagają pewnego szkolenia w tej metodzie, bardziej niż instrukcji. Metoda ta ma spore możliwości.

Przykłady oceny

Załączono kilka przykładów, napisanych dla zilustrowania, jak można przeprowadzać ocenę sposobu pracy lekarza w jego miejscu pracy. Nie jest to lista wyczerpująca. Ocena w miejscu pracy może być bardzo wydajna, ponieważ wykonując jedno zadanie lekarz może wykazać się kilkoma kompetencjami. Trzeba zauważyć, że ten rodzaj oceniania różni się od innych pod wieloma ważnymi względami. Najbardziej oczywiste jest, że lekarz oceniany w miejscu pracy ma inicjatywę w zapraszaniu oceniających. Ale liczba ocen i obszary oceniania zależą od programu i indywidualnego planu szkolenia lekarza. Ocena w miejscu pracy winna być zawsze przeprowadzana w toku rutynowej pracy klinicznej, a spotkania nie powinny być specjalnie aranżowane dla celów oceny. Co prawda przeprowadzenie takiej oceny angażuje pacjentów, to informacje w ocenie nie mogą łamać poufności. Jeśli to możliwe, pacjent powinien wiedzieć, że lekarz jest właśnie oceniany.

Po ocenianiu lekarz zatrzymuje pełny arkusz oceny i przechowuje go we własnej dokumentacji, by móc przedstawić ocenę odnośnym władzom, kiedy przeprowadza się kumulacyjną ocenę jego postępów. Innym ważnym aspektem jest formatywny efekt informacji zwrotnej. Lekarz może posłużyć się nią podczas kontynuowania szkolenia, tak jak to pokazano w przykładzie 5.

Przykład 1

Lekarz we wczesnym okresie kształcenia podyplomowego w psychiatrii pragnie zademonstrować swoją kompetencję w ocenie ryzyka samobójstwa (kompetencja wspierająca 1.1.16) u pacjenta zgłoszonego do szpitala po samouszkodzeniu.

W tym celu prosi starszego psychiatrę, aby obserwował jego pracę z pacjentem z użyciem mini-CEX (arkusz obserwacji bezpośredniej, DOP). Oceniający obserwuje ocenianego podczas zbierania wywiadu i oceny stanu psychicznego. Obserwacja może więc służyć także ocenie kompetencji 1.1.5, 1.1.6 i 1.1.12.

Potem prosi ocenianego o rozmowę w oparciu o historię choroby (CSR, DBD) i o postępowanie z podobnymi pacjentami. W tym ocenianiu oceniający prosi o opisanie przeprowadzonych rozmów, oraz o wyjaśnienie rozumowania, jakim oceniany się posługiwał, aby dojść do decyzji klinicznej w tych przypadkach, wszystko w oparciu o zapisy w dokumentacji lekarskiej. Takie ocenianie pozwala ocenić kompetencje 2.1.1, 2.3.6 i 7.3.2.

Przykład 2

Lekarz we wczesnym etapie szkolenia w psychiatrii prosi o ocenę konstruowania planu leczenia, kontaktu z pacjentami, opiekunami oraz budowania wspólnego rozumienia (kompetencje wspierające 1.2.0.3, 2.3.2 i 2.3.3)

Prosi opiekuna o obserwację aktywności (DOP) podczas spotkania z osobą, u której właśnie rozpoznał schizofrenię, jego matką, psychologiem klinicznym oraz pielęgniarką, którzy też znają pacjenta. Opiekun obserwuje lekarza prowadzącego spotkanie i negocjującego plan terapeutyczny z pacjentem. Ocenia następujące kompetencje: 2.1.1, 2.1.3, 2/2/1, 2.3.1, 3.3.1.

Osoby zaangażowane w spotkanie otrzymują kwestionariusze do oceny umiejętności lekarza w przedstawianiu ważnych informacji podczas spotkania (MSAP).

Po spotkaniu lekarz pisze plan terapii i ustala datę omówienia go z opiekunem (DBD). Oceniana będzie zdolność zintegrowania czynników biologicznych i społecznych w planie zapisanym. Podczas spotkania oceniona będzie też kompetencja 2.3.6.

Przykład 3

Lekarz w zaawansowanej fazie szkolenia psychiatrycznego chce być oceniony w następujących kompetencjach organizatora: wprowadzanie opartych na dowodach wskázówek do praktyki klinicznej (4.3.3), branie udziału w kontroli klinicznej dla zapewnienia poprawy jakości świadczeń (4.3.4), oraz komunikatora: świadomość czynników wpływających na reakcje pacjenta na lekarza i innych, oraz własnych reakcji w kontakcie z pacjentami (2.1.1).

Powinno to wymagać od lekarza napisania, wprowadzenia i zaprezentowania cyklu oceny sposobu, w jaki praktyka oddziału jest zgodna z opublikowanymi zaleceniami kwalifikacji pacjentów do leczenia atypowymi antypsychotykami i bezpieczeństwa ich stosowania.

Lekarz omawia ten plan na spotkaniu zespołu oddziału, pod obserwacją opiekuna, który ocenia jego pracę za pomocą bezpośredniej obserwacji umiejętności nieklinicznych (formularz DOP).

Potem przedstawia wyniki przeglądu na spotkaniu koleżeńskim, co umożliwia kolejną ocenę DOP, a uczestnicy spotkania mogą przeprowadzić ocenę MSAP. Kom-

petencja 4.3.3 jest więc oceniana w bezpośredniej obserwacji (DOP) w fazach planowania i stosowania. Kompetencja komunikatora 2.12 – w bezpośredniej obserwacji praktyki (DOP) podczas prezentacji w grupie koleżeńskej, która również pozwala na wieloźródłowe ocenianie wykonania.

Przykład 4

Lekarz w ostatnim roku szkolenia specjalistycznego chce ocenić swoją umiejętność rozwiązywania skomplikowanych sytuacji klinicznych.

W przeszłym tygodniu leczył 30-letnią samotną matkę w ostrym epizodzie psychozy, jaki rozwinął się w dwa tygodnie po porodzie. Była cudzoziemką, która właśnie otrzymała status uchodźcy. Można się było z nią porozumieć z pomocą tłumacza. Miała jeszcze troje dzieci w wieku od 3 do 10 lat. Nie miała prawie zupełnie wsparcia społecznego. Wymagała hospitalizacji bez zgody, ponieważ nie miała wglądu.

Lekarz umówił się z superwizorem klinicznym, aby ocenił go w drodze bezpośredniej obserwacji, podczas prowadzenia rozmowy z pacjentką przez tłumacza (DOP). W ten sposób chciał pokazać stopień osiągnięcia kompetencji wspierających: 1.1.6, 1.2.0.1, 2.3.4, 3.2.1, 5.1.3.

W czasie następnej superwizji szkoleniowej poprosił o ocenę swojego postępowania praktycznego w prowadzeniu tej pacjentki w oparciu o dokumentację w historii choroby (DBD). Chciał w ten sposób pokazać stopień osiągnięcia kompetencji: 1.2.0.4, 1.1.6, 1.1.14, 1.2.0.5, 2.3.5, 5.1.3.

Stan pacjentki poprawiał się bardzo wolno. Lekarz chciał zasięgnąć opinii innych specjalistów w oddziale i zorganizował prezentację pacjentki na oddziałowym omawianiu. Chciał w ten sposób być ocenionym co do umiejętności prezentacji i poprosił opiekuna o ocenę prezentacji przypadku (część DOP): 2.1.1, 2.3.6, 2.3.7, 6.3.4.

Chciał też, aby koledzy ocenili jego prezentację a także całość jego praktyki klinicznej. Zorganizował wieloźródłowe ocenianie wykonania (MSAP). Umożliwiłoby mu to wykazanie się kompetencjami: 1.1.14, 1.2.0.1, 1.2.0.3, 1.2.0.5, 1.2.0.11, 1.2.3.3, 1.4.2, 3.2.1, 4.1.6.

Przykład 5

Specjalista psychiatra niedawno zmienił pracę przenosząc się z oddziału gerontopsychiatrycznego do przychodni specjalizującej się w chorobach afektywnych. W oddziale tym główną metodą leczenia jest CBT. Psychiatra nie praktykował CBT od kilku lat. Po przeczytaniu instrukcji CBT leczy pacjentów tą formą psychoterapii.

Zgodnie z rutynowym planem zapewnienia jakości poprosił psychologa klinicznego, specjalistę, o przeprowadzenie dyskusji w oparciu o dokumentację (DBD) dla oceny jego zdolności prowadzenia CBT. Taka ocena mogła też dostarczyć okazji do oceny kompetencji: 1.2.0.6, 1.2.0.10, 1.2.0.11, 1.4.1, 1.4.2, 2.3.6, 6.1.1, 6.1.2.

W toku dyskusji przypadku poświęcili uwagę zwłaszcza jego zdolności eliminowania negatywnych myśli pacjenta i pomagania pacjentowi skupiania się na emocjach pozytywnych. Wynikiem oceniania było to, że jego technika jest nieco staroświecka. Psychiatra podjął decyzję podjęcia kursu CBT w ramach kształcenia ustawicznego.

Piśmiennictwo

1. Archer J, Norcini J, Southgate L, Heard, Davies H. *Mini-PAT (Peer Assessment Tool): A Valid Component of a National Assessment Programme in the UK?* *Advances in Health Sciences Education* 2006; 13: 2: 181–192.
2. Brittlebank AD. *Experience of piloting workplace based assessment in psychiatry.* W: Bhugra D, Malik A, Brown N (red.) *Workplace Based Assessments in Psychiatry* 11: 96–108. London: Royal College of Psychiatrists; 2007.
3. Chisholm A, Askham J. *What do you think of your doctor?* Oxford: Picker Institute Europe; 2006.
4. Crossley J, Davies H, McDonnell J, Cooper C, Archer JC, McAvoy P. *A district hospital assessing its doctors for re-licensure: can it work?* *Medical Education* 2005; 42: 359–363.
5. Fitch C, Malik A, Lelliot P, Bhugra D, Andiappan M. *Assessing psychiatric competencies: what does the literature tell us about methods of workplace-based assessment.* *Advances in Psychiatric Treatment* 2008; 14: 122–130.
6. Fletcher C. *Appraisal and Feedback, Making performance review work.* London: Chartered Institute of Personnel and Development; 2004.
7. Frank JR (red.). *The CanMEDS 2005 physician competency framework. Better standards. Better physicians. Better care.* Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 2005.
8. Grant J. *Principles of curriculum design.* Edinburgh: Association for the Study of Medical Education; 2006.
9. Holmboe ES, Huot S, Chung J i in. *Construct validity of the mini-Clinical Evaluation Exercise (mini-CEX).* *Academic Medicine*, 2003; 78: 826–830.
10. Holmboe ES, Hawkins RE, Huot SJ. *Effects of training in direct observation of medical residents clinical competence. A randomized trial.* *Annals of Internal Medicine* 2004; 140: 878–881.
11. Jolly B, Grant J. *The Good Assessment Guide.* London: Joint Centre for Education in Medicine; 1997.
12. Kogan JR, Bellini L, Shea JA. *Feasibility, reliability and validity of the mini-Clinical Evaluation;* 2003.
13. *Exercise (mini-CEX) in a medicine core clerkship.* *Academic Medicine*, 78: S33–S35.
14. Malik A, Fitch C, Lelliot P, Bhugra D. *Multi-source feedback for psychiatrists: key evidence and practical lessons.* *Advances in Psychiatric Practice* (w druku).
15. Miller GE. *The assessment of clinical skills/competence/performance.* *Academic Medicine*; 1990; 9: 63–67.
16. Newble DI, Swanson DB. *Psychometric characteristics of the objective structured clinical examination.* *Medical Education*; 1998; 22: 325–334.
17. Norcini JJ. *The death of the long case?* *Brit. J. of Med.* 2002; 324: 408–409.
18. Roberts C, Sarangi S, Southgate L, Wakeford R, Wass V. *Education and debate: oral examinations – equal opportunities, ethnicity and fairness in the MRCGP.* *Brit. Med. J.* 2000; 320: 370–374.
19. *UEMS Section and Board of Psychiatry – COMPETENCY FRAMEWORK FOR PSYCHIATRY – 23 – Royal College of Psychiatrists (2006) Specialty Curriculum for Psychiatry Training.* London: Royal College of Psychiatrists.
20. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. *Objectives of training in Psychiatry.* Ottawa: Royal, 2007.
21. College of Physicians and Surgeons of Canada.

22. Scheiber SC, Kramer TAM, Adamowski SE. *A Report of the American Board of Psychiatry and Neurology Inc. Core Competencies for Psychiatric Practice: What Clinicians Need to Know*. Washington: American Psychiatric Publishing. 2003.
23. Schurwirth L, van der Vleuten C. *ABC of learning and teaching in medicine: Written assessment*. 2003.
24. *British Medical Journal* 326: 643–645.
25. Swanson DB, Norman GR, Linn RL. *Performance-based assessment: lessons learnt from the health professions*. *Educational Researcher* 1995; 24: 5–11.
26. UEMS Section for Psychiatry/European Board of Psychiatry (2003) *Charter on Training of Medical Specialists in the EU (Chapter 6): Requirements for the Specialty of Psychiatry*.
27. UEMS Section for Psychiatry (2005). *The Profile of a Psychiatrist*.
28. Van der Vleuten C. *The assessment of professional competence: theoretical developments, research and practical implications*. *Advances in Health Sciences Education* 1996; 1: 41–67.
29. Violato C, Lockyer J, Fidler H. *Multi-source feedback: a method of assessing surgical practice*. *Brit. Med. J.* 2003; 326: 546–548.
30. Wass V, Wakeford R, Neighbour R, van der Vleuten C. *Achieving acceptable reliability in oral examinations: an analysis of the Royal College of General Practitioners membership examinations oral component*. *Medical Education* 2003; 37: 126–131.
31. Whitehouse A, Hassell A, Bullock A, Wood L, Wall D. *360 degree assessment (multisource feedback) of UK trainee doctors: field testing of team assessment of behaviours (TAB)*. *Medical Teacher* 2007; 29(2):171–176.
32. Wilkinson J, Benjamin A, Wade W. *Assessing the performance of doctors in training*. *Brit. Med. J.* 2003; 327: 91–92.
33. Wilkinson J, Crossley J, Wragg A, Mills P, Cowan G, Wade W. *Implementing workplace assessment across the medical specialties in the United Kingdom*. *Medical Education* 2008; 42: 364–373.