A photograph of medical instruments including a stethoscope, a pen, and a scalpel, resting on a wooden desk. The image is overlaid with a semi-transparent blue rectangle containing the title text.

Kształcenie specjalizacyjne z medycyny rodzinnej

Biała księga | 2020

Biała księga

Kształcenie specjalizacyjne lekarzy rodzinnych w Polsce oczami młodych lekarzy rodzinnych

Wyniki ogólnopolskiej ankiety

Konsultant krajowa w dziedzinie medycyny rodzinnej
dr hab. n. med. Agnieszka Mastalerz-Migas

Redakcja i opracowanie danych:
lek. Aleksander Biesiada

We współpracy z Komisją Młodych Lekarzy Rodzinnych
Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce:

lek. Joanna Alksnin
lek. Michalina Bou-Matar
lek. Dominik Lewandowski
lek. Piotr Kudłacz
lek. Marta Kurdzielewicz-Roszkowska
lek. Łukasz Reczek
lek. Marta Raciborska

Spis treści



Konsultant krajowa w dziedzinie medycyny rodzinnej	4
Młodzi Lekarze Rodzinni	5
Wstęp	6
Dane metrykalne uczestników	8
Ocena staży cząstkowych	18
Ocena kursów	47
Kierownicy specjalizacji	64
Praktyczne aspekty szkolenia	69
Placówka szkoląca a szkolenie	76
Całościowa ocena specjalizacji	81
Rozwój i edukacja w toku szkolenia	84
Wolne uwagi respondentów	93
Streszczenie	101
Podsumowanie	109

Konsultant krajowa w dziedzinie medycyny rodzinnej



Szanowni Państwo,
Koleżanki i Koledzy,

oddajemy do Państwa rąk wyniki badania ankietowego, jakie zostało przeprowadzone wśród lekarzy będących w trakcie szkolenia specjalizacyjnego oraz do 5 lat po jego ukończeniu. W badaniu wzięło udział 472 lekarzy. Z jednej strony wskazuje to na duże zainteresowanie młodych lekarzy kwestiami związanymi ze szkoleniem. Z drugiej pozwala na wyciąganie wniosków z odpowiedzi udzielonych przez tak dużą grupę lekarzy.

Skąd pomysł ankiety?

Jednym z najważniejszych zadań konsultanta krajowego jest nadzór nad szkoleniem specjalizacyjnym, a ja jako nowo powołany konsultant chciałam znać opinie na temat szkolenia tych, którzy w nim aktualnie uczestniczą lub je niedawno zakończyli.

Jednocześnie w wakacje weszła w życie nowa ustawa o zawodzie lekarza, która implikuje powstanie nowych programów specjalizacji. Jest to zatem właściwy moment, aby rozmawiać o tym, co w obecnym programie jest dobre, a co powinno ulec zmianie. Jakie są bolączki szkolenia w podmiotach szkolących, na co należy zwrócić uwagę, przygotowując nowe kryteria akredytacji.

Ankieta wskazała wiele problemów. Nie wszystkie będą proste do rozwiązania.

Niemniej jednak zespół ekspertów, opracowujący nowy program specjalizacji, z uwagą zapoznał się z wynikami badania ankietowego i niewątpliwie wpłyną one na zawartość nowego programu specjalizacji.

Zachęcam Państwa do lektury i do rozmowy, wymiany poglądów, zgłaszania pomysłów. Wszystkim nam powinno zależeć, aby ta jedna z podstawowych dla systemu ochrony zdrowia specjalizacji była efektem najwyższej jakości szkolenia.

Młodzi Lekarze Rodzinni

Słowo wstępne

Jesteśmy młodymi lekarzami rodzinnymi, którym zależy na poprawie jakości leczenia w Polsce. Chcemy, aby nasza praca była szanowana i dawała nam satysfakcję. Wspólnie założyliśmy grupę **Młodych Lekarzy Rodzinnych** powołaną przy Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce.

Stawiamy na rozwój i aktywizację środowiska lekarzy rodzinnych.

Działamy kompleksowo, wspieramy naszych członków zarówno w trakcie szkolenia specjalistycznego, jak i w dalszej karierze zawodowej.

Współorganizujemy konferencje, szkolenia i wymiany młodych lekarzy oraz rezydentów na całym świecie.

Chcemy poprawy jakości w medycynie rodzinnej i satysfakcji lekarzy z wykonywanej pracy.



Wstęp

Wstęp

Ustawa z dnia 16 lipca 2020 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz niektórych innych ustaw wprowadza szereg zmian w zakresie szkolenia lekarzy - zarówno na etapie zdobywania specjalizacji, jak i w toku kształcenia ustawicznego.

Ustęp 4. i 5. ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry w art. 16f otrzymał na podstawie nowelizacji następujące brzmienie: „Program specjalizacji opracowuje co najmniej raz na 5 lat oraz aktualizuje w razie potrzeby, zgodnie z postępowaniem wiedzy medycznej, zespół ekspertów. Program specjalizacji redaguje CMKP i zatwierdza minister właściwy do spraw zdrowia.”

Konsultant krajowa w dziedzinie medycyny rodzinnej dr hab. n. med. Agnieszka Mastalerz-Migas oraz Komisja Młodych Lekarzy Rodziny Kolegium Lekarzy Rodziny w Polsce, bazując na powyższym zapisie oraz chcąc zapewnić transparentność procesu i szeroką dyskusję wokół programu nauczania lekarzy rodzinnych w Polsce, **przeprowadzili badanie.**

Badanie to, dotyczące **oceny szkolenia specjalizacyjnego**, zostało przeprowadzone w terminie 18.06.2020-14.08.2020 roku. **Wzięło w nim udział 472 lekarzy.**



Rozdział 1

Dane metrykalne uczestników

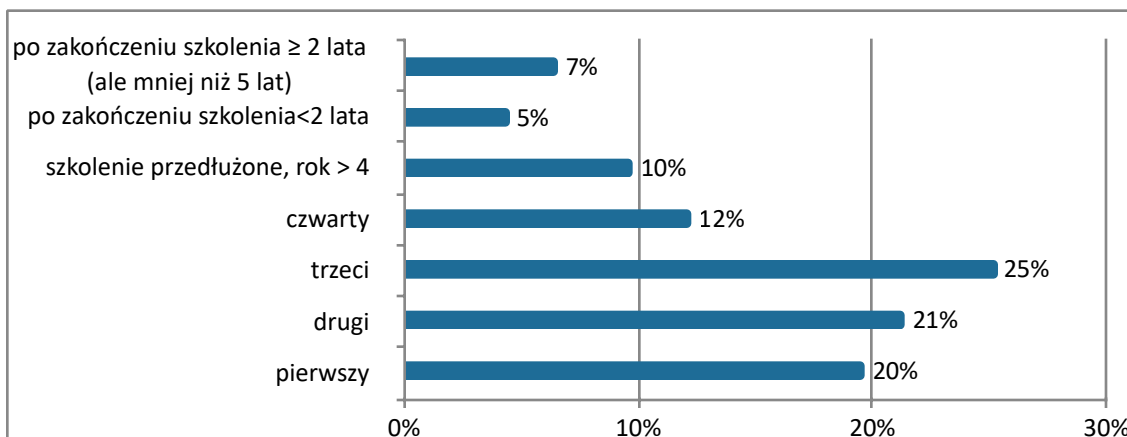
Dane metrykalne uczestników



W ankiecie, prowadzonej zdalnie w formie elektronicznej z wykorzystaniem platformy Google Form, **wzięło udział 472 lekarzy** w trakcie i do 5 lat od zakończenia szkolenia specjalizacyjnego. Badanie prowadzone było w okresie pierwszego półrocza pandemii wirusa SARS-CoV-2. Jediną realną możliwością przeprowadzenia badania na tak szeroką skalę w tym czasie było wykorzystanie mediów elektronicznych i ankiety dostępnej online.

Pozyskano informacje, na jakim etapie szkolenia są respondenci: w trakcie czy też ich szkolenie zostało przedłużone lub też zakończyli szkolenie specjalizacyjne.

Większość respondentów znajduje się aktualnie na trzecim roku szkolenia specjalizacyjnego (25% respondentów) lub na drugim (21% respondentów). Na pierwszym roku szkolenia natomiast znajduje się blisko 20% respondentów. 12% respondentów uczestniczy w czwartym roku szkolenia, a 10% z respondentów przedłużyło je o więcej niż 4 lata.



1

Rok szkolenia lub czas od zakończenia szkolenia przez respondentów (w %)

Niemal wszyscy respondenci (92%) podjęli specjalizację w trybie rezydenckim. W tym trybie jednostka zatrudnia specjalizującego się lekarza na pełny etat na czas określony czasem trwania specjalizacji, a specjalizujący się otrzymuje wynagrodzenie przyznane przez Ministerstwo Zdrowia. Natomiast tylko nieliczni respondenci (8%) podjęli szkolenie w trybie pozarezydenckim jako lekarze zatrudnieni w jednostce akredytowanej, lekarze rozpoczynający specjalizację na podstawie umowy cywilno-prawnej (bez odpłatności) lub lekarze oddelegowani ze swojego macierzystego zakładu pracy do odbywania specjalizacji w ramach płatnego urlopu szkoleniowego.

Warto zwrócić uwagę, iż zgodnie z nowelizacją ustawy o zawodzie lekarza, **szkolenie bez finansowania, to jest z wolontariatu, zostaje zniesione.**

92%

Tryb rezydencki



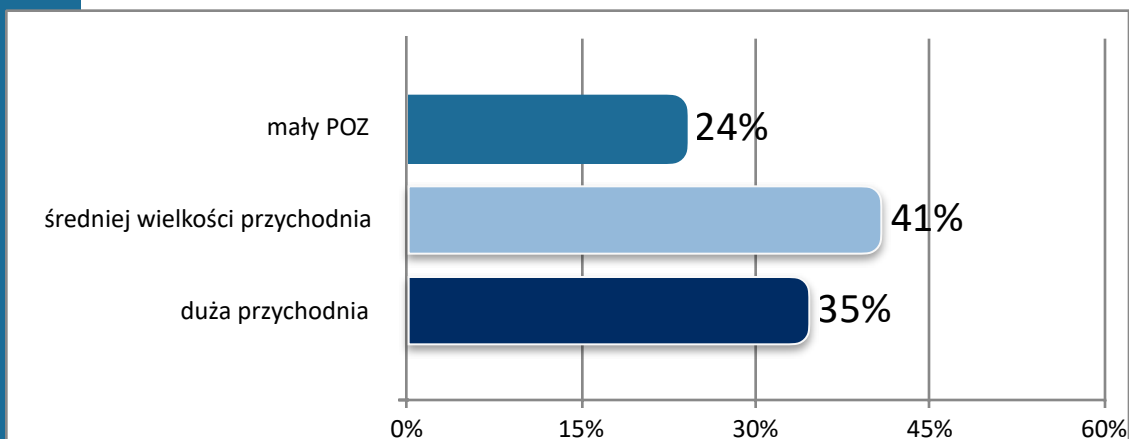
2

Tryb specjalizacji respondentów

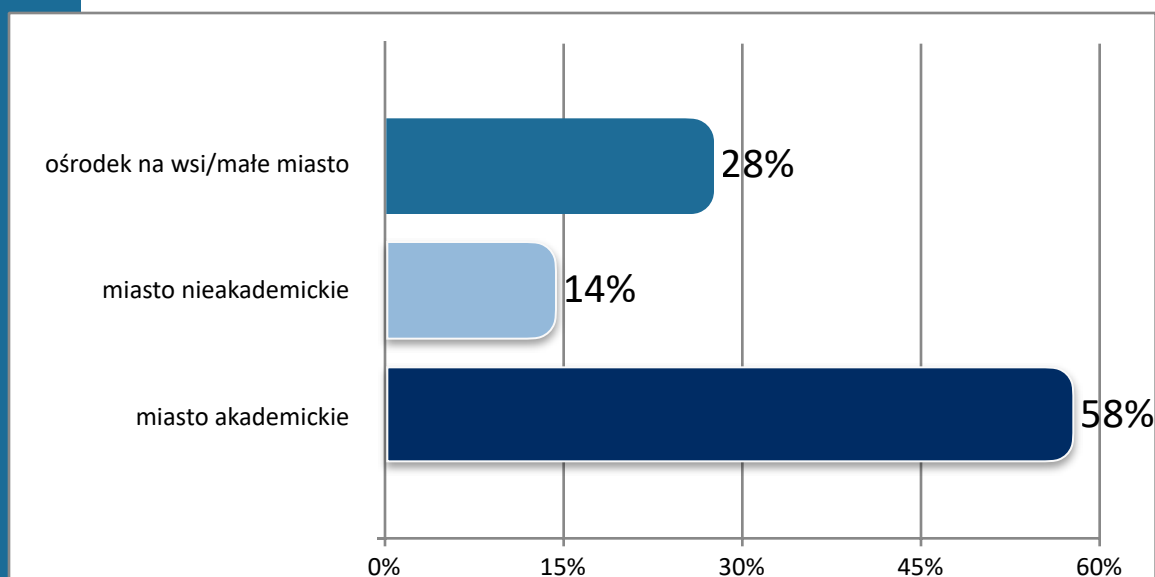
Kolejne pytanie miało na celu uzyskanie informacji na temat jednostki szkoleniowej respondentów. Mieli oni do wyboru następujące formy odpowiedzi:

- „mały POZ (poniżej 5 tys. pacjentów objętych opieką)”,
- „średniej wielkości przychodnia (5-10 tys. pacjentów)”,
- „duża przychodnia (szacunkowo powyżej 10 tys. pacjentów)”.

41% badanych realizuje szkolenie w średniej wielkości przychodni.



3 Miejsce odbywania specjalizacji (% respondentów)



4 Miejscowość szkolenia respondentów (%)

Uzyskane dane pokazują, że respondenci wybierają placówki najczęściej istniejące w systemie. Pozostaje otwartym pytanie, na ile świadomy jest to wybór. Wielkość POZ przekłada się bowiem w praktyce na możliwości realizacji szkolenia specjalizacyjnego zarówno w aspekcie merytorycznym (prowadzenia procesu leczenia różnych jednostek chorobowych, a więc wykorzystania wielu umiejętności), jak i w aspekcie technicznym.



Warto zwrócić uwagę, że wyżej wymienione dane nakładają się na dane o średniej wielkości POZ w Polsce. Na listach POZ w 2018 roku znajdowało się – według informacji Ministerstwa Zdrowia – 33 805 298 pacjentów. Podstawową opiekę zdrowotną sprawowało 43 131 lekarzy. Średnia liczba pacjentów na lekarza wynosiła 784, w zależności od województwa. Najwyższy wskaźnik miała Wielkopolska: 1708, a najniższy województwo śląskie: 353.

Następne pytanie miało na celu uzyskanie informacji o miejscowości, w której odbywało się szkolenie. Miasto akademickie stwarza różnorodne możliwości rozwoju zawodowego, dlatego wybrało je **58% respondentów**. Liczba respondentów, wybierająca ośrodek na wsi lub w małym mieście (28%), zdecydowanie przeważa nad liczbą respondentów, którzy wybrali miasto nieakademickie (14%).

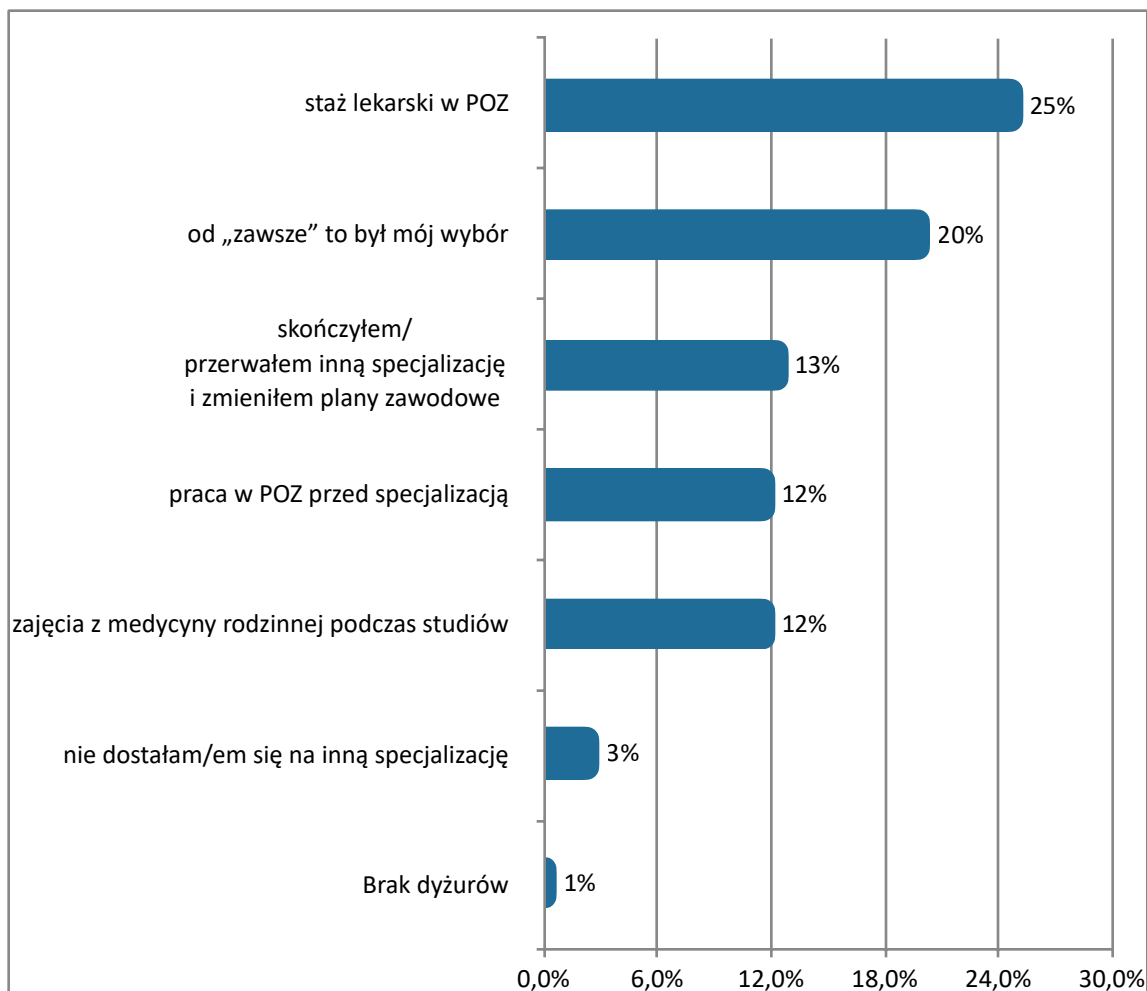
Następnie respondenci zostali zapytani o **przyczyny wyboru specjalizacji z medycyny rodzinnej**. Jak się okazuje, główną ich motywacją (dla ok. 25,3%) był staż lekarski w placówce POZ.

20,5% ankietowanych udzieliło odpowiedzi, że „od zawsze ich wyborem było podjęcie specjalizacji z zakresu medycyny rodzinnej”.

Kolejnym powodem wyboru specjalizacji z medycyny rodzinnej była praca zawodowa w placówce POZ przed specjalizacją oraz zajęcia z medycyny rodzinnej podczas studiów (12,2%).

12,9% respondentów udzieliło odpowiedzi, że ukończyli wcześniej inną specjalizację lub też przerwali ją po to, aby móc wybrać medycynę rodzinną.

Respondenci dostrzegli również korzyści, które wynikają z pracy w placówce POZ i zdecydowały o wyborze specjalizacji z medycyny rodzinnej. Za najważniejszą uznano możliwość elastycznego czasu pracy i braku nocnych dyżurów (0,7%), indywidualny charakter pracy, przyjazną atmosferę w POZ.



5

Motywacja do wyboru specjalizacji z medycyny rodzinnej (%); wykres nie uwzględnia pojedynczych odpowiedzi udzielanych przez respondentów (łącznie stanowiących 14% wszystkich odpowiedzi)

Pozostałe wypowiedzi zostały przedstawione jako wolne uwagi respondentów, pogrupowane i omówione poniżej:

Wszystkie poniższe wypowiedzi są cytataми z udzielonych w ankiecie odpowiedzi.

Ze względu na wielość czynników związanych z motywacją respondentów do wyboru specjalizacji z medycyny rodzinnej zostały one ujęte w następujące kategorie:

- A. Związane z osobowością oraz zainteresowaniami respondentów.
- B. Związane ze specyfiką pracy w POZ.
- C. Związane z procesem kształcenia.
- D. Sytuacja rodzinna.
- E. Przyczyny ekonomiczne.

A. Związane z osobowością oraz zainteresowaniami respondentów

- *Predyspozycje charakteru, chęć zdobywania szerokiej wiedzy i całościowego spojrzenia na pacjenta.*
- *Trzeba się znać na wszystkim, co kocham.*
- *Szeroka wiedza po specjalizacji, trochę zajęcia na studiach, jeszcze bardziej staż, nie mogłam się zdecydować pomiędzy pediatrią a interną.*
- *Obserwacja kołchozu, jakim jest szpital.*
- *Chciałam pracować w poradni.*
- *Zawsze lubiłam zajęcia i staże w poradniach.*
- *Po pracy w szpitalu akademickim stwierdziłam, że praca w takim trybie nie jest dla mnie-potrzebuję więcej kontaktu z pacjentem oraz innymi lekarzami.*
- *Wybór między pediatrią i interną.*
- *Projekt wycofania pediatrów z POZ.*
- *Nie chciałam pracować w szpitalu, chcę mieszkać na wsi-logicznie wybrałam rodzinną.*
- *Chciałam być pediatrą - w moim mieście nie ma możliwości robienia specjalizacji z pediatrii.*
- *Staż wakacyjny po 2. roku wydziału lekarskiego - lekarz zrobił na mnie super wrażenie.*

B. Związane ze specyfiką pracy w POZ

- W miarę spokojny tryb pracy. Brak silnej zależności od przełożonych/dyrekcji szpitala.
- Brak zwierzchnictwa ordynatora/profesor. Partnerstwo w relacjach z innymi kolegami z pracy.
- Inne specjalizacje to niewolnicza praca w szpitalu.
- Brak hierarchii, specjaliści traktujący siebie nawzajem na równi.
- Wszechstronność i wiedza z wielu dziedzin.
- Ambitna specjalizacja.
- Możliwość pracy z dorosłymi oraz z dziećmi.
- Szeroki przekrój zagadnień.
- Pierwszy stopień diagnostyki pacjenta.
- Większy wpływ na postępowanie z pacjentem w porównaniu z pracą w szpitalu.
- Poszerzenie zakresu działania placówki, gdzie pracuję.
- Różnorodność przypadków.
- Szeroki zakres pacjentów, wymagających rozległej wiedzy i szybkiego działania.
- Szeroki zakres przypadków.
- Indywidualny charakter pracy, ludzkie podejście do pacjenta, którego brak było na oddziałach, przyjazna atmosfera w POZ. Oprócz pracy cenię sobie również swoje życie prywatne, zainteresowania.
- Daje to możliwość rozwoju i bycia na pierwszej linii z pacjentem, ale jednocześnie pozwala spędzać dużo czasu z rodziną.
- Model pracy: rano, południe.
- Pragmatyzm i niejako trend na specjalizację rodzinną, wtedy aktualnie panujący, brak innego pomysłu i fakt, że specjalizacja rodzinna to szeroka dziedzina łącząca pracę z dorosłymi i dziećmi.

C. Związane z procesem kształcenia

- Względnie krótki czas specjalizacji.
- Duży wybór miejsca pracy.
- Najkrótsza specjalizacja, po której można rozpocząć kolejną i po 6 latach mam dwie (taki był plan).
- Dopłata do rezydentury.
- Ilość miejsc specjalizacyjnych.
- Specjalizacja obejmująca i pediatrię, i internę.
- Najbardziej prorodzinna specjalizacja.

D. Sytuacja rodzinna

- Przekonali mnie przyjaciele.
- Rodzice mający POZ- możliwość współpracy z nimi w przyszłości.
- Namowy znajomych lekarzy.
- Cięża.
- Samotne rodzicielstwo.
- Partner pracujący w trybie dyżurowym (zmiany).
- Brak konieczności pracy nocą, co ułatwia założenie rodziny.
- Chęć posiadania rodziny, dla której ma się czas - wolne weekendy, wieczory.
- Możliwość pogodzenia życia rodzinnego z pracą.
- Kompromis między życiem i pracą.
- Możliwość połączenia życia zawodowego i prywatnego.
- Więcej czasu dla rodziny.
- Work life-balance.
- Powody rodzinne (3 dzieci, przyjazne godziny pracy w POZ).
- Czas dla dzieci.
- Wolne weekendy i święta. Super specjalizacja dla matki lekarki z malutkimi dziećmi.

E. Przyczyny ekonomiczne

- Po uzyskaniu tytułu specjalisty chorób wewnętrznych nie było perspektyw na rozpoczęcie specjalizacji szczegółowej dla lekarza pracującego w POZ na umowę o pracę w mieście powiatowym.
- Praca dostępna w mieście/na wsi.
- Lepsze zarobki.
- Chciałam zostać internistką, ale z powodu złej organizacji szpitala i niekomfortowych warunków pracy w szpitalach, w których w mojej okolicy można zrobić specjalizację, zdecydowałam się na medycynę rodzinną.
- Wybrałam rodzinną, żeby rozpocząć szkolenie specjalizacyjne i mieć pracę. Planowałam po roku zmienić na wymarzoną specjalizację, na którą trudniej było się dostać, ale w trakcie zmieniałam zdanie .
- Praca dla lekarza rodzinnego jest dostępna także w innym państwie.
- Potrzeba wsparcia rodzinnej firmy, drastyczne braki kadrowe, jednocześnie ciekawa wszechstronna specjalizacja.

Biorąc pod uwagę czynniki związane z osobowością oraz zainteresowaniami respondentów, o wyborze ich specjalizacji z zakresu medycyny rodzinnej zdecydowała możliwość łączenia pracy jako specjalista z zakresu chorób dzieci oraz dorosłych. **Specjalizacja z medycyny rodzinnej umożliwia bowiem posiadanie ogromnej wiedzy, a przede wszystkim codzienny kontakt z pacjentami w różnych przedziałach wiekowych.** Drugim, choć nie mniej ważnym determinantem wyboru respondentów była **obserwacja pracy lekarza na oddziałach szpitalnych**, która nie spełniła oczekiwań respondentów.

Respondenci wyrazili w badaniu, że spokojny tryb pracy lekarza rodzinnego oraz **możliwość pracy w ustalonych godzinach** stanowiły czynnik zachęcający do wyboru tej specjalizacji. Umożliwia ona nie tylko realizację zawodowych zainteresowań, lecz również uczestniczenie w życiu rodzinnym.

Specyfika pracy lekarza w POZ zachęca do wyboru tej specjalizacji, gdyż pozwala lekarzowi na **samodzielną pracę z pacjentem** i nie uzależnia pełnienia obowiązków od zwierzchnictwa przełożonych lub dyrekcji szpitala, lecz umożliwia stosunki partnerskie pomiędzy lekarzami.

Biorąc pod uwagę czynniki motywujące do wykonywania zawodu lekarza rodzinnego, związane z procesem kształcenia, respondenci zwrócili uwagę na **krótki czas trwania specjalizacji** z zakresu medycyny rodzinnej, umożliwiający im podjęcie kolejnej specjalizacji, a w jej trakcie szansę uzyskania dopłaty do rezydentury. Poza tym ilość miejsc specjalizacyjnych nie jest ograniczona. Zakończenie specjalizacji, w opinii respondentów, daje gwarancję zdobycia miejsca pracy.

Biorąc pod uwagę czynniki motywujące do wykonywania zawodu lekarza rodzinnego, związane z sytuacją rodzinną, respondenci dostrzegli możliwość **łączenia pracy zawodowej z życiem prywatnym** i posiadaniem rodziny. Część z respondentów chce założyć rodzinę w przyszłości, dlatego zależy im na pracy zawodowej w ciągu dnia i popołudniami, nie zaś nocą. Druga grupa respondentów z kolei posiada już rodzinę, z czym związany jest obowiązek opieki nad dziećmi oraz dostosowaniem czasu pracy w placówce POZ do czasu pracy współmałżonka i z tego powodu wybrała specjalizację z zakresu medycyny rodzinnej.

Biorąc pod uwagę czynniki ekonomiczne, na uwagę zasługuje możliwość pracy w pobliżu miejsca zamieszkania respondentów zarówno na wsi, jak i w mieście, a nawet w innym państwie, co daje szansę na lepsze zarobki i bezpieczeństwo finansowe.

Rozdział 2

Ocena staży cząstkowych

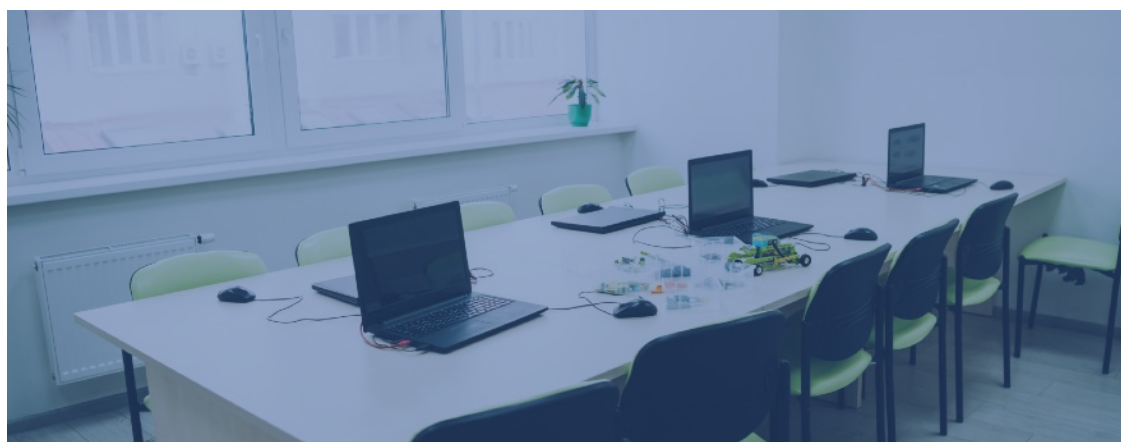
Ocena staży cząstkowych

Istotnym elementem merytorycznym ankiety było sprawdzenie, jak lekarze szkolący się w dziedzinie medycyny rodzinnej i tuż po tym szkoleniu oceniają staże kierunkowe, które każdy z nich zaliczył w toku specjalizacji.

Dla przypomnienia wskazano poniżej zestawienie staży obowiązkowych i fakultatywnych dla lekarzy nieposiadających specjalizacji I lub II stopnia, tytułu specjalisty lub zaliczonego odpowiedniego modułu podstawowego.

STAŻE KIERUNKOWE OBOWIĄZKOWE łącznie trwają 146 tygodni (730 dni roboczych); w ich skład wchodzi:

- Staż kierunkowy wprowadzający do medycyny rodzinnej:
4 tygodnie (20 dni roboczych).
- Staż podstawowy w praktyce lekarza rodzinnego:
95 tygodni (475 dni roboczych).
- Staż kierunkowy w ambulatorium i/lub oddziale chorób wewnętrznych:
21 tygodni (105 dni roboczych).
- Staż kierunkowy w ambulatorium i/lub oddziale chorób dzieci:
21 tygodni (105 dni roboczych).
- Staż kierunkowy w ambulatorium i/lub oddziale chirurgicznym:
3 tygodnie (15 dni roboczych).
- Staż kierunkowy w oddziale położniczo-ginekologicznym i/lub w poradni ginekologicznej:
2 tygodnie (10 dni roboczych).



STAŻE KIERUNKOWE FAKULTATYWNE trwają 16 tygodni (80 dni roboczych).

Specjalizujący się lekarz może wybrać spośród następujących:

- Staż kierunkowy w poradni lub oddziale geriatrycznym:
4 tygodnie (20 dni roboczych).
- Staż w poradni lub oddziale psychiatrycznym:
4 tygodnie (20 dni roboczych).
- Staż w poradni lub oddziale dermatologicznym:
4 tygodnie (20 dni roboczych).
- Staż w poradni lub oddziale laryngologicznym:
4 tygodnie (20 dni roboczych).
- Staż w poradni lub oddziale okulistycznym:
4 tygodnie (20 dni roboczych).
- Staż w poradni lub oddziale neurologicznym:
4 tygodnie (20 dni roboczych).
- Staż w poradni lub oddziale chorób zakaźnych:
4 tygodnie (20 dni roboczych).
- Staż w szpitalnym oddziale ratunkowym:
4 tygodnie (20 dni roboczych).
- Staż w poradni lub oddziale rehabilitacji:
4 tygodnie (20 dni roboczych).
- Staż w hospicjum:
4 tygodnie (20 dni roboczych).
- Staż w ośrodku interwencji kryzysowej:
4 tygodnie (20 dni roboczych).
- Staż w ośrodku pomocy społecznej:
4 tygodnie (20 dni roboczych).

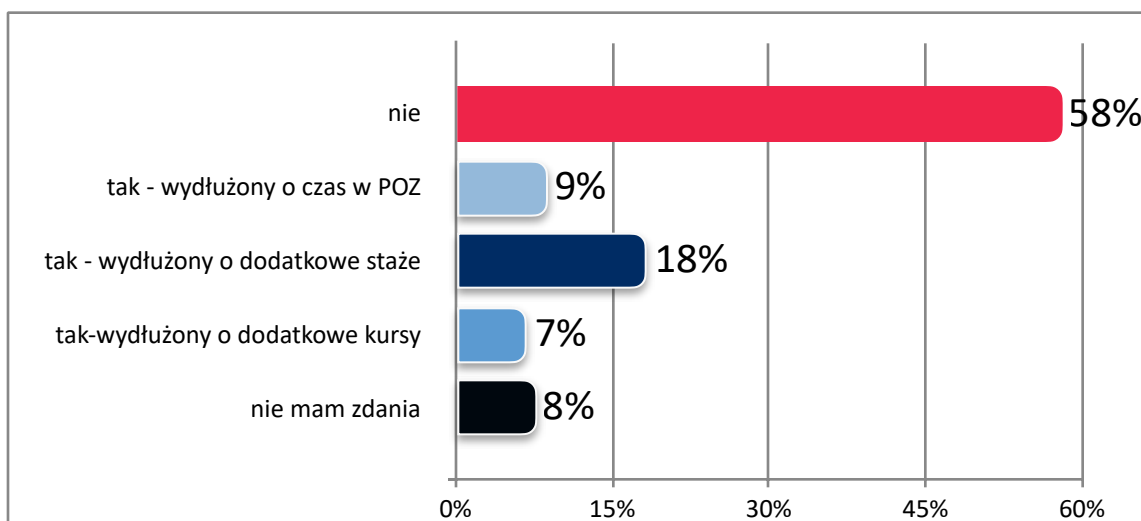


Przed rozpoczęciem zbierania odpowiedzi na temat oceny staży, zadano respondentom następujące pytanie: *Czy chciałbyś, aby program specjalizacji z medycyny rodzinnej trwał 5 lat, tak jak znaczna większość specjalizacji?*

Większość ankietowanych jest zdania, że czasu specjalizacji **nie należy wydłużać** (58%).

Część respondentów uważa, że należy czas ten wydłużyć o dodatkowe staże (18% respondentów), kursy (7% respondentów) lub czas spędzony w placówce POZ (9% respondentów).

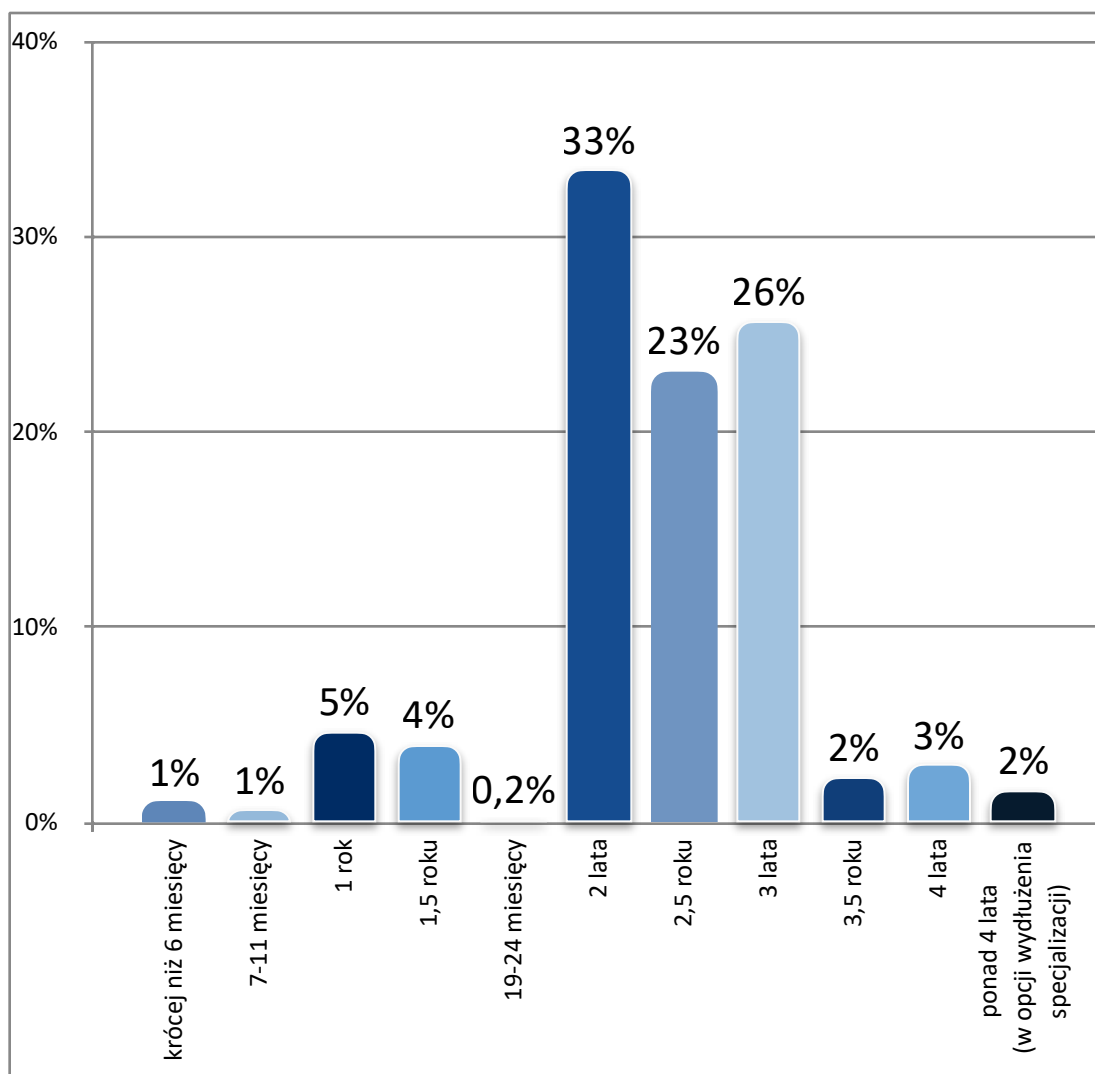
Rozbieżność odpowiedzi wynikać może z różnych przyczyn. Na pewno wielu z badanych chce być jak najlepiej przygotowana do podjęcia pracy jako specjalista medycyny rodzinnej, który musi posiadać wiedzę z zakresu różnorodnych dziedzin medycyny i być osobą w pełni wykwalifikowaną do pracy zarówno z dziećmi, jak i dorosłymi.



6

Opinia respondentów dotycząca wydłużenia programu specjalizacji z medycyny rodzinnej do 5 lat (%)

Ile - według badanych lekarzy - powinien trwać staż podstawowy w POZ w czasie specjalizacji, aby nabyć umiejętności do pracy jako lekarz rodzinny?



7

Długość czasu trwania stażu podstawowego w POZ podczas specjalizacji w opinii respondentów (w %)

Najwięcej spośród ankietowanych uznało, że **czas ten powinien wynosić 2 lata** (33% respondentów), 3 lata (26% respondentów) lub 2,5 roku (23% respondentów).

Staże obowiązkowe

Zaprezentowane na wszystkich kolejnych wykresach dane zostały (w celu poprawy czytelności) zaokrąglone do pełnych jednostek lub do części dziesiątych.

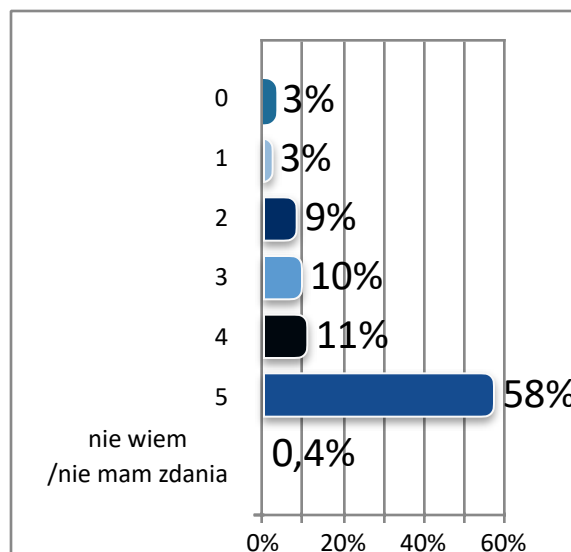
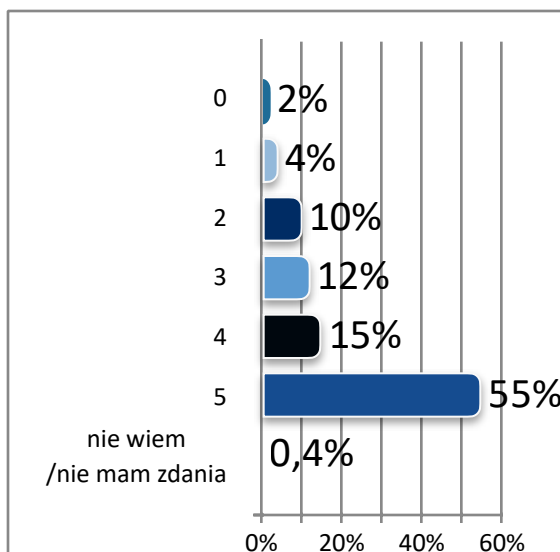


Ankietowani zostali zapytani o **przydatność poszczególnych staży** w przygotowaniu do pracy lekarza rodzinnego.

Ocena dokonana była w skali od 0-5, gdzie:
0 – zupełnie nieprzydatny,
5 – bardzo przydatny.

Staż kierunkowy z chorób wewnętrznych

Odpowiedzi zebrano zarówno w zakresie staży realizowanych w oddziałach szpitalnych, jak i w poradniach. Ponad połowa respondentów oceniła ten staż na ocenę „5”, niezależnie od miejsca realizowania stażu.



8a

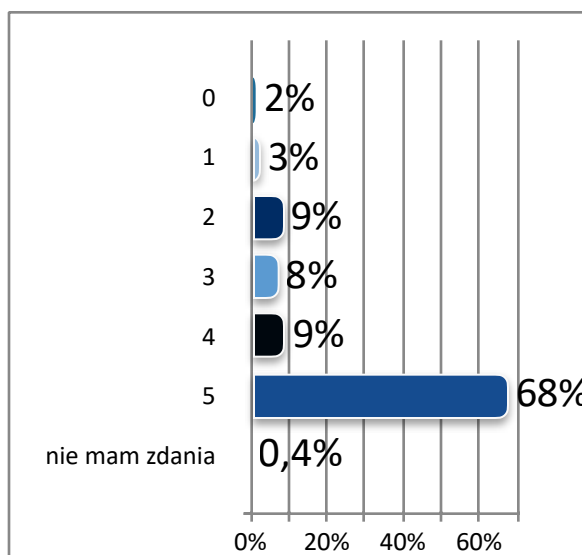
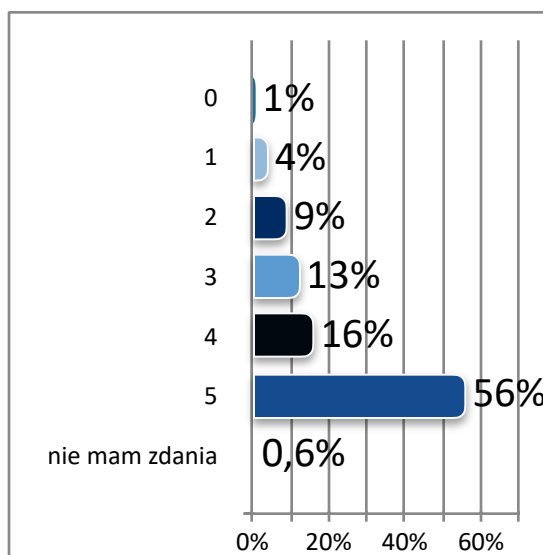
Staż w oddziale
Ocena przydatności stażu kierunkowego z chorób wewnętrznych - przygotowanie do pracy jako lekarz rodzinny, w opinii respondentów (% odpowiedzi)

8b

Staż w w poradni
Ocena przydatności stażu kierunkowego z chorób wewnętrznych - przygotowanie do pracy jako lekarz rodzinny, w opinii respondentów (% odpowiedzi)

Staż kierunkowy z pediatrii

Respondenci dokonali oceny przydatności stażu z pediatrii do przygotowania ich do pracy w charakterze lekarza rodzinnego. Respondenci znów wysoko ocenili staż, przy czym aż 56% wskazało ocenę „5” dla stażu w oddziale pediatrii, zaś prawie 68% w poradni pediatrycznej.



9a

Staż w oddziale

Ocena przydatności stażu kierunkowego z pediatrii - przygotowanie do pracy jako lekarz rodzinny, w opinii respondentów (% odpowiedzi)

9b

Staż w w poradni

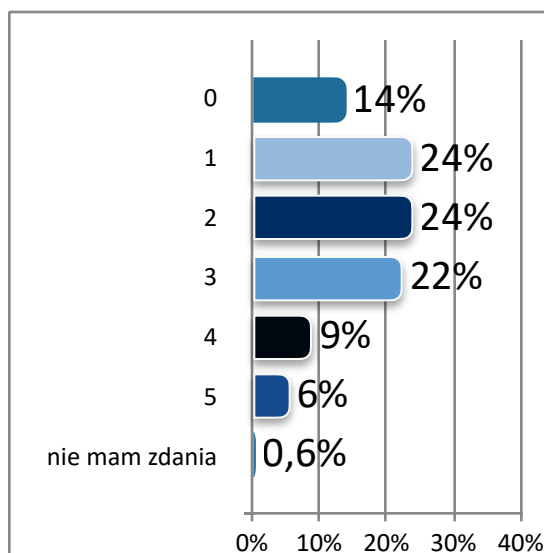
Ocena przydatności stażu kierunkowego z pediatrii - przygotowanie do pracy jako lekarz rodzinny, w opinii respondentów (% odpowiedzi)

Każdorazowo ocena dokonana była w skali od 0-5, gdzie:

**0 – zupełnie nieprzydatny,
5 – bardzo przydatny.**

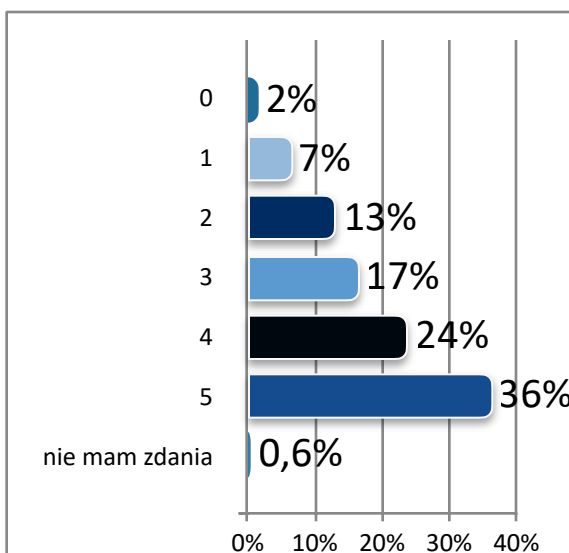
Staż kierunkowy z chirurgii

Respondenci dokonali oceny przydatności stażu z chirurgii do przygotowania ich do pracy w charakterze lekarza rodzinnego. Z analizy danych wynika, że w opinii respondentów staż w **oddziale chirurgii** jest mało przydatny w zawodzie lekarza rodzinnego. Jednocześnie zwraca uwagę **wysoka ocena (36% badanych wskazało ocenę „5”)** stażu w poradni specjalistycznej.



10a

Staż w oddziale
Ocena przydatności stażu kierunkowego z chirurgii - przygotowanie do pracy jako lekarz rodzinny, w opinii respondentów (% odpowiedzi)



10b

Staż w w poradni
Ocena przydatności stażu kierunkowego z chirurgii - przygotowanie do pracy jako lekarz rodzinny, w opinii respondentów (% odpowiedzi)

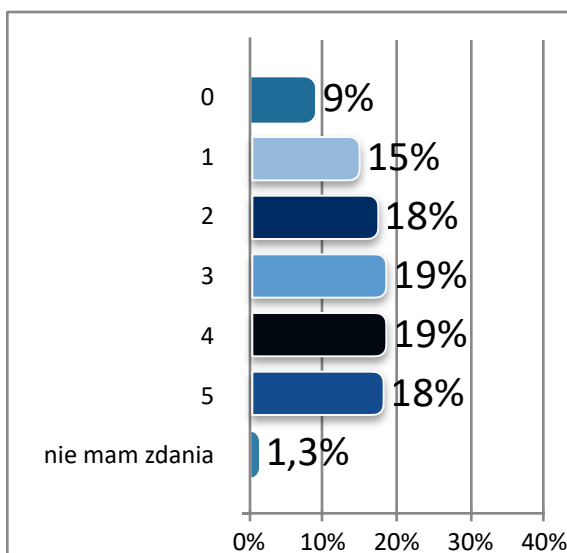
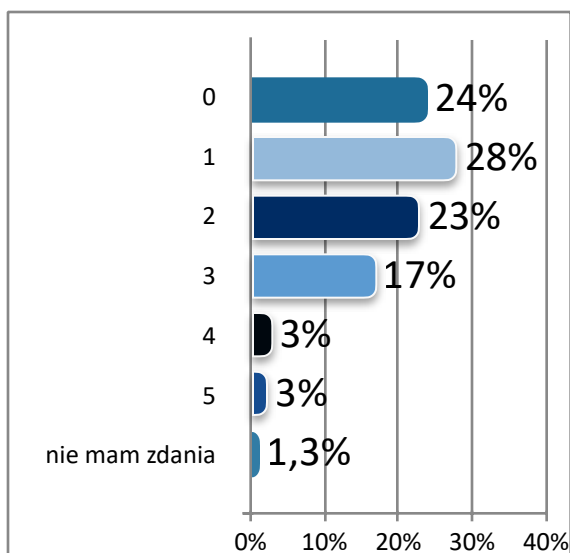
Każdorazowo ocena dokonana była w skali od 0-5, gdzie:

**0 – zupełnie nieprzydatny,
5 – bardzo przydatny.**

Staż kierunkowy z ginekologii

Respondenci w swoich ocenach wskazują, że staż z ginekologii w oddziale jest według nich nieprzydatny. 75% respondentów oceniło staż posługując się punktacją 0-2.

Lepiej oceniony został staż w poradni ginekologicznej, łącznie 37% badanych oceniło go na „4-5”.



11a

Staż w oddziale

Ocena przydatności stażu kierunkowego z ginekologii - przygotowanie do pracy jako lekarz rodzinny, w opinii respondentów (% odpowiedzi)

11b

Staż w w poradni

Ocena przydatności stażu kierunkowego z ginekologii - przygotowanie do pracy jako lekarz rodzinny, w opinii respondentów (% odpowiedzi)

Każdorazowo ocena dokonana była w skali od 0-5, gdzie:

0 – zupełnie nieprzydatny,
5 – bardzo przydatny.

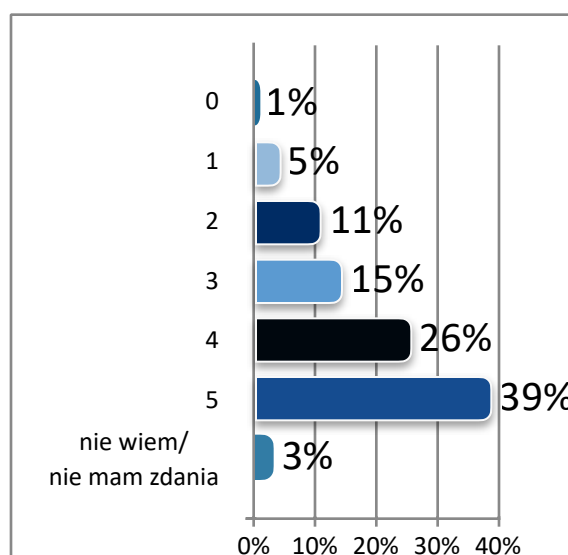
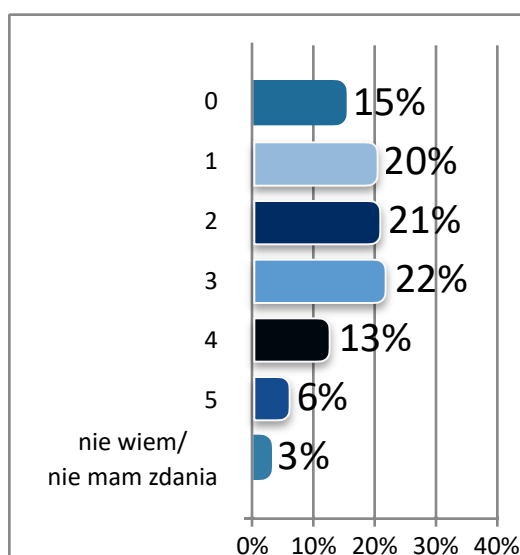
Staż fakultatywne

Staż kierunkowy z psychiatrii

Jedynie niespełna 19% respondentów oceniło staż jako bardzo przydatny w pracy lekarza rodzinnego, oceniając go w skali ocen 4 lub 5. 15% respondentów oceniło ten staż na ocenę „0”, natomiast 63% respondentów oceniło staż, przyznając mu punkty „1-3”.

Ankietowani zostali zapytani także o przydatność stażu w poradni psychiatrycznej. Ponad 39% respondentów oceniło ten staż na ocenę „5”, a 26% respondentów na „4”, co świadczy o dużej przydatności stażu dla przyszłego lekarza rodzinnego.

1% respondentów uznało staż za kompletnie nieprzydatny. Łącznie 32% respondentów uznało staż za mało przydatny, oceniając go w skali ocen 0-3, a tylko 3% respondentów nie wyraziło zdania na ten temat.



12a

Staż w oddziale

Ocena przydatności stażu kierunkowego z psychiatrii - przygotowanie do pracy jako lekarz rodzinny, w opinii respondentów (% odpowiedzi)

12b

Staż w w poradni

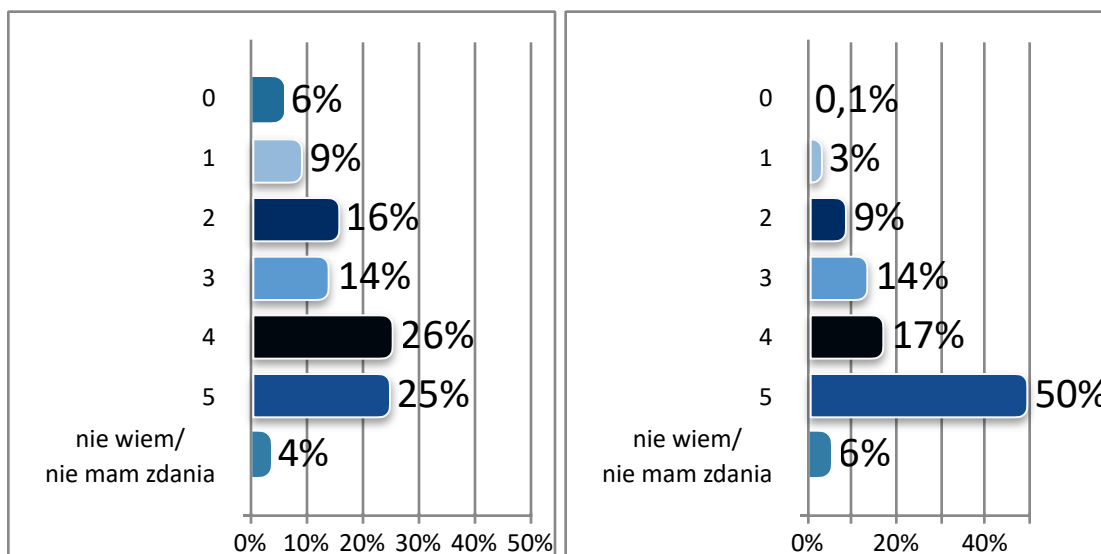
Ocena przydatności stażu kierunkowego z psychiatrii - przygotowanie do pracy jako lekarz rodzinny, w opinii respondentów (% odpowiedzi)

Staż kierunkowy z geriatryi

Ankietowani zostali zapytani o przydatność stażu w oddziale geriatrycznym do pracy na stanowisku lekarza rodzinnego w przyszłości. Około 50% respondentów oceniło staż jako przydatny w pracy lekarza rodzinnego, oceniając go w skali ocen 4 lub 5.

6% respondentów oceniło ten staż na ocenę „0”.

Jednocześnie ankietowani zostali zapytani o przydatność stażu w poradni geriatrycznej. 50% respondentów oceniło ten staż na ocenę „5”, a 17% respondentów na „4”, co świadczy o dużej przydatności stażu dla przyszłego lekarza rodzinnego.



13a

Staż w oddziale

Ocena przydatności stażu kierunkowego z geriatryi - przygotowanie do pracy jako lekarz rodzinny, w opinii respondentów (% odpowiedzi)

13b

Staż w w poradni

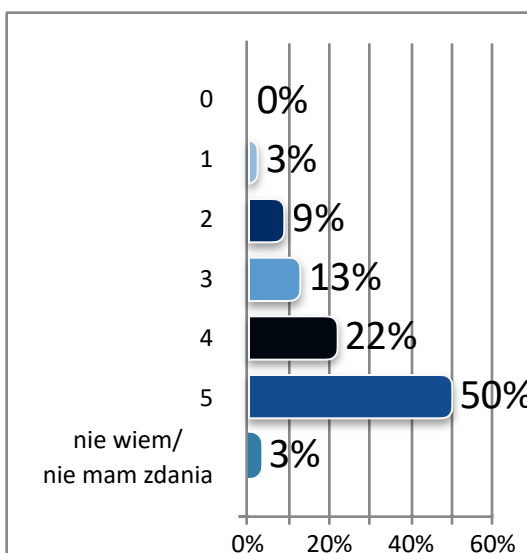
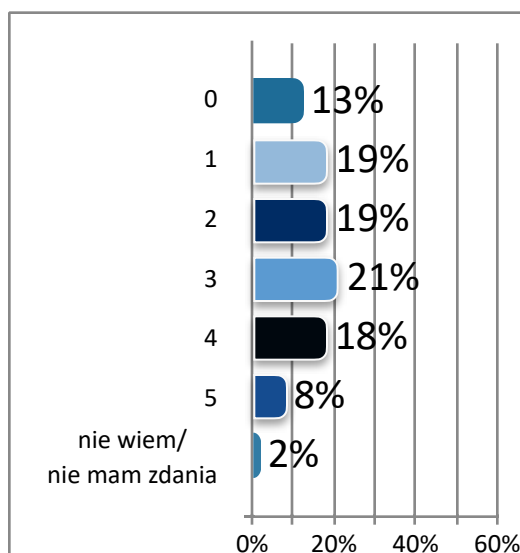
Ocena przydatności stażu kierunkowego z geriatryi - przygotowanie do pracy jako lekarz rodzinny, w opinii respondentów (% odpowiedzi)

Staż kierunkowy z dermatologii

Ankietowani zostali zapytani o przydatność stażu w oddziale dermatologicznym. Niespełna 26% respondentów oceniło staż jako przydatny w pracy lekarza rodzinnego, oceniając go w skali ocen 4 lub 5.

13% respondentów oceniło ten staż na ocenę „0”, uznając staż za kompletnie nieprzydatny lekarzowi rodzinnemu. Natomiast 59% respondentów oceniło staż, przyznając mu punkty „1-3”.

50% respondentów oceniło staż z dermatologii w poradni na ocenę „5”, a dalsze 22% respondentów na „4”, co świadczy o dużej przydatności stażu dla przyszłego lekarza rodzinnego. Blisko 12% respondentów uznało staż za mało przydatny, oceniając go w skali ocen 0-2.



14a

Staż w oddziale

Ocena przydatności stażu kierunkowego z dermatologii - przygotowanie do pracy jako lekarz rodzinny, w opinii respondentów (% odpowiedzi)

14b

Staż w w poradni

Ocena przydatności stażu kierunkowego z dermatologii - przygotowanie do pracy jako lekarz rodzinny, w opinii respondentów (% odpowiedzi)

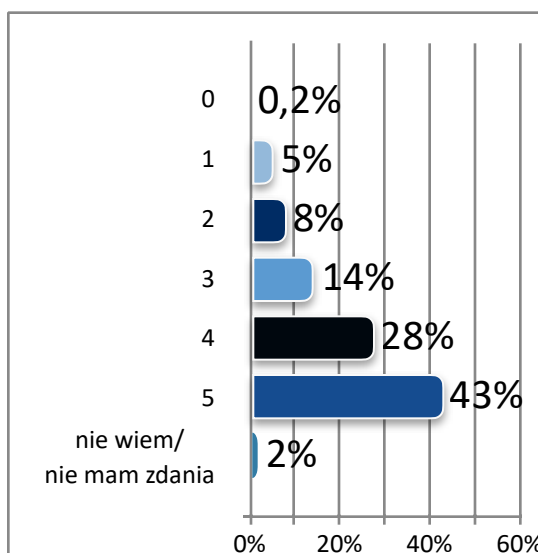
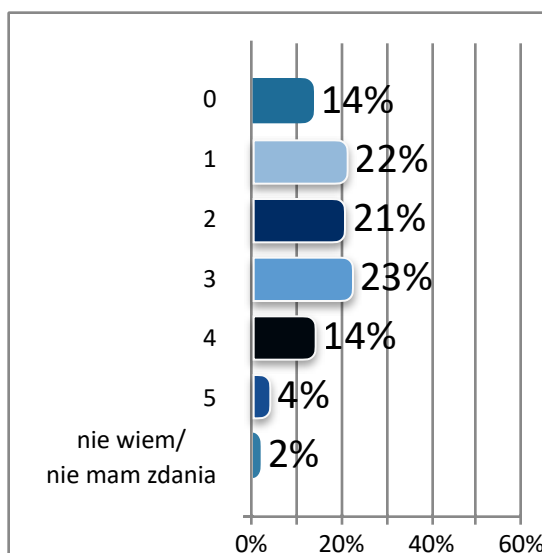
Staż kierunkowy z laryngologii

Ankietowani zostali zapytani o przydatność stażu w oddziale laryngologicznym. Jedynie 18% respondentów oceniło staż jako przydatny w pracy lekarza rodzinnego, oceniając go w skali ocen 4 lub 5.

14 % respondentów oceniło ten staż na ocenę „0”, uznając staż za kompletnie nieprzydatny lekarzowi rodzinnemu. Natomiast 66% respondentów oceniło staż, przyznając mu punkty „1-3”.

Ankietowani zostali zapytani o przydatność stażu w poradni laryngologicznej do pracy lekarza rodzinnego w przyszłości.

43% respondentów oceniło ten staż na ocenę „5”, a 28% respondentów na „4”, co świadczy o dużej przydatności stażu dla przyszłego lekarza rodzinnego.



15a

Staż w oddziale

Ocena przydatności stażu kierunkowego z laryngologii - przygotowanie do pracy jako lekarz rodzinny, w opinii respondentów (% odpowiedzi)

15b

Staż w w poradni

Ocena przydatności stażu kierunkowego z laryngologii - przygotowanie do pracy jako lekarz rodzinny, w opinii respondentów (% odpowiedzi)

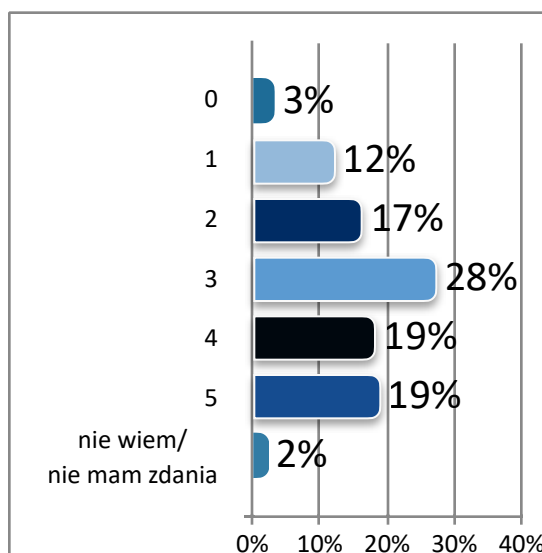
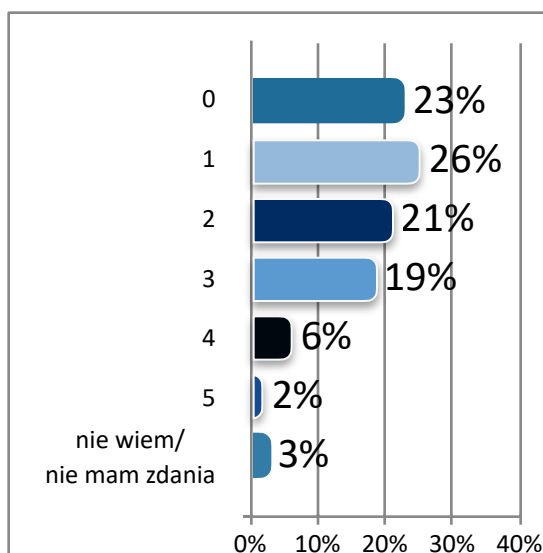
Staż kierunkowy z okulistyki

Ankietowani zostali zapytani o przydatność stażu w oddziale okulistycznym do pracy lekarza rodzinnego w przyszłości.

Około 8% respondentów oceniło staż jako przydatny w pracy lekarza rodzinnego, oceniając go w skali ocen 4 lub 5.

23% respondentów oceniło ten staż na ocenę „0”, uznając staż jako kompletnie nieprzydatny lekarzowi rodzinnemu. Natomiast 65% respondentów oceniło staż, przyznając mu punkty „1-3”.

Ankietowani zostali zapytani także o przydatność stażu w poradni okulistycznej. Ankietowani wyrazili **bardziej pozytywne opinie na temat przydatności stażu w kontekście oceny stażu prowadzonego na oddziale okulistycznym**. Łącznie 38% badanych oceniło staż na „4” lub „5”.



16a

Staż w oddziale

Ocena przydatności stażu kierunkowego z okulistyki - przygotowanie do pracy jako lekarz rodzinny, w opinii respondentów (% odpowiedzi)

16b

Staż w w poradni

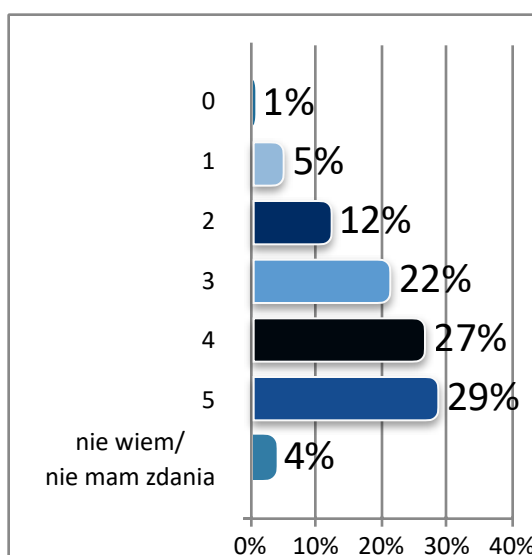
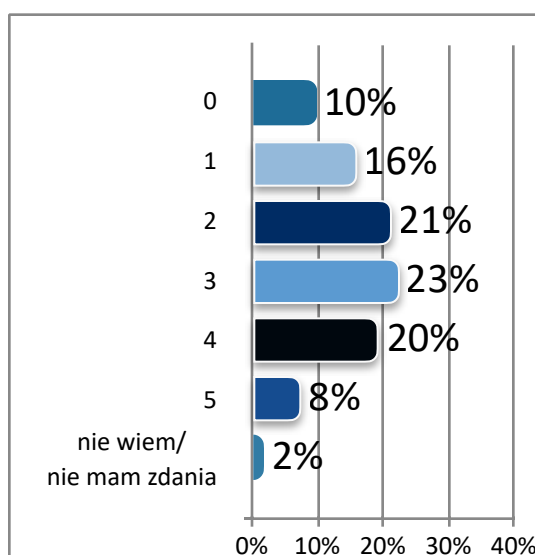
Ocena przydatności stażu kierunkowego z okulistyki - przygotowanie do pracy jako lekarz rodzinny, w opinii respondentów (% odpowiedzi)

Staż kierunkowy z neurologii

Ankietowani zostali zapytani o przydatność stażu w oddziale neurologicznym. Oceny rozłożyły się wokół najczęściej wskazywanej (23% badanych) oceny „3” z nieznaczną przewagą ocen negatywnych względem pozytywnych.

Ankietowani ocenili także przydatność stażu **w poradni neurologicznej** do pracy na stanowisku lekarza rodzinnego w przyszłości.

Blisko 56% respondentów uznało staż za przydatny, oceniając go w skali ocen 4 lub 5. Około 18% respondentów oceniło staż, przyznając mu punkty „0-2”.



17a

Staż w oddziale

Ocena przydatności stażu kierunkowego z neurologii - przygotowanie do pracy jako lekarz rodzinny, w opinii respondentów (% odpowiedzi)

17b

Staż w w poradni

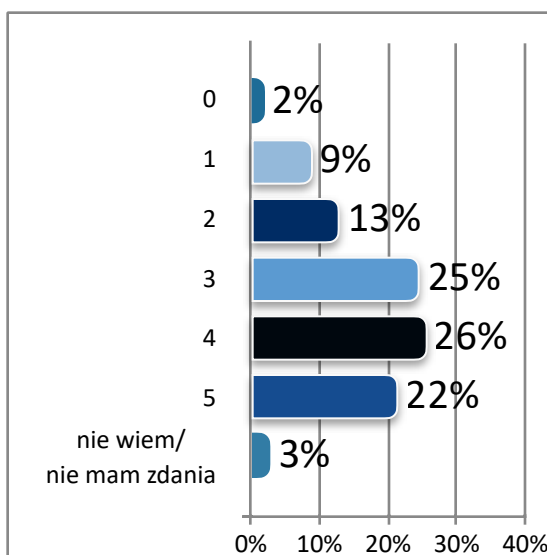
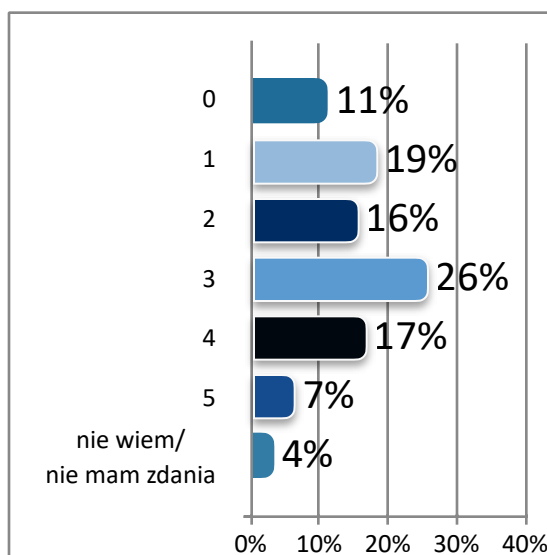
Ocena przydatności stażu kierunkowego z neurologii - przygotowanie do pracy jako lekarz rodzinny, w opinii respondentów (% odpowiedzi)

Staż kierunkowy z chorób zakaźnych

Ankietowani zostali zapytani o przydatność stażu w oddziale chorób zakaźnych do pracy lekarza rodzinnego.

Najczęściej wskazywaną oceną była „3”, łącznie wskazało ją 26% badanych; przeważały oceny negatywne („0-2”), stanowiąc łącznie 46% wskazywanych odpowiedzi.

Ankietowani zostali zapytani także o przydatność stażu **w poradni chorób zakaźnych. 48% respondentów oceniła staż jako przydatny** w pracy lekarza rodzinnego, oceniając go w skali ocen 4 lub 5.



18a

Staż w oddziale

Ocena przydatności stażu kierunkowego z chorób zakaźnych - przygotowanie do pracy jako lekarz rodzinny, w opinii respondentów (% odpowiedzi)

18b

Staż w w poradni

Ocena przydatności stażu kierunkowego z chorób zakaźnych - przygotowanie do pracy jako lekarz rodzinny, w opinii respondentów (% odpowiedzi)

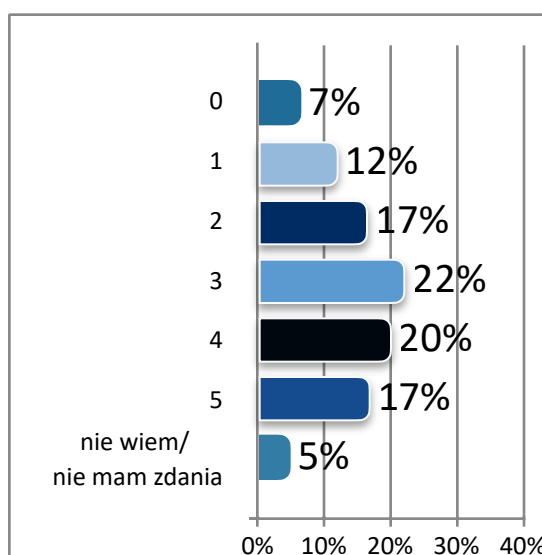
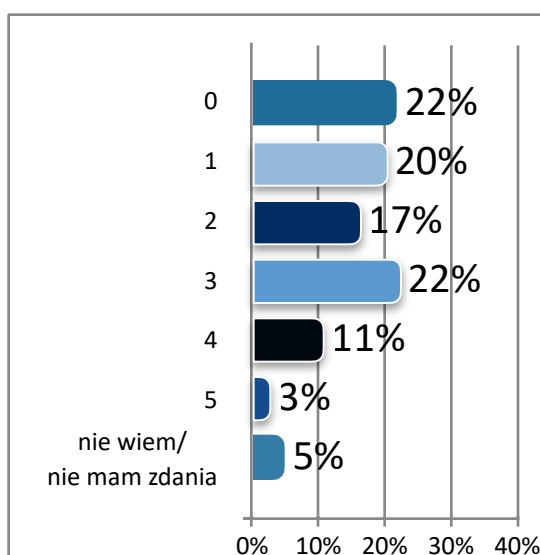
Staż kierunkowy z rehabilitacji medycznej

Ankietowani zostali zapytani o przydatność stażu w oddziale rehabilitacji medycznej. Jedynie 14% respondentów oceniło staż jako bardzo przydatny w pracy lekarza rodzinnego, oceniając go w skali ocen 4 lub 5.

22% respondentów oceniło ten staż na ocenę „0”, uznając za kompletnie nieprzydatny lekarzowi rodzinnemu. Łącznie aż 59% respondentów oceniło staż, przyznając mu punkty „0-2”.

Ankietowani zostali zapytani również o przydatność stażu w **poradni rehabilitacji medycznej**. **37% respondentów oceniło staż jako bardzo przydatny** w pracy lekarza rodzinnego, oceniając go w skali ocen 4 lub 5.

36% respondentów oceniło staż, przyznając mu oceny „0-2”.



19a

Staż w oddziale

Ocena przydatności stażu kierunkowego z rehabilitacji medycznej - przygotowanie do pracy jako lekarz rodzinny, w opinii respondentów (% odpowiedzi)

19b

Staż w poradni

Ocena przydatności stażu kierunkowego z rehabilitacji medycznej - przygotowanie do pracy jako lekarz rodzinny, w opinii respondentów (% odpowiedzi)

Staż kierunkowy z medycyny paliatywnej

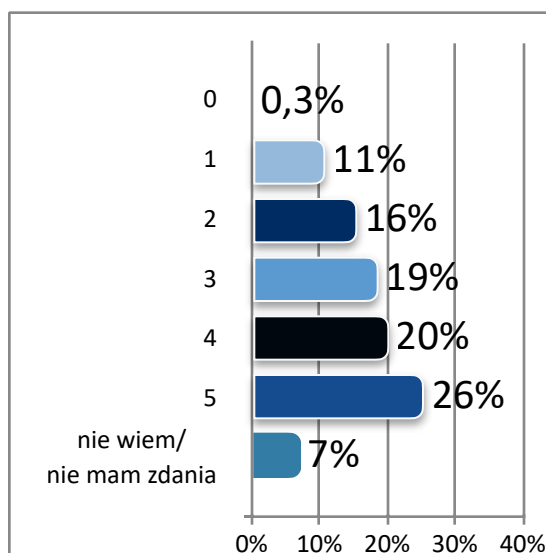
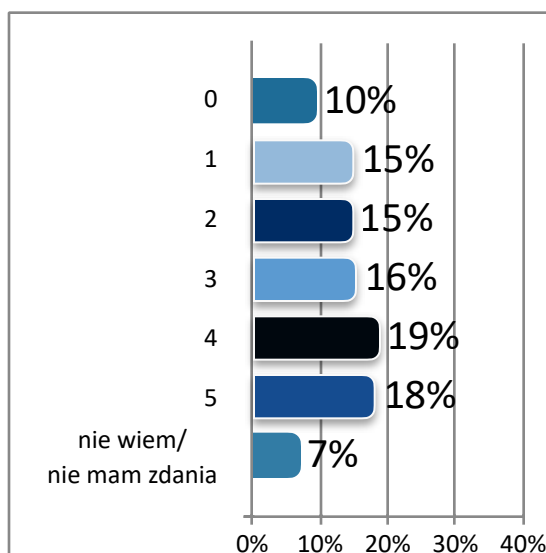
Ankietowani zostali zapytani o przydatność stażu w **hospicjum** do pracy na stanowisku lekarza rodzinnego w przyszłości.

37% respondentów oceniło staż jako bardzo przydatny w pracy lekarza rodzinnego, oceniając go w skali ocen 4 lub 5.

10% respondentów oceniło ten staż na ocenę „0”, uznając za kompletnie nieprzydatny lekarzowi rodzinnemu.

Zebrano także informacje dotyczące pracy **w poradni medycyny paliatywnej**.

46% respondentów oceniło staż jako bardzo przydatny w pracy lekarza rodzinnego, oceniając go w skali ocen 4 lub 5. Jednocześnie 27% respondentów oceniło staż, przyznając mu punkty „0-2”.



20a

Staż w hospicjum

Ocena przydatności stażu kierunkowego z medycyny paliatywnej - przygotowanie do pracy jako lekarz rodzinny, w opinii respondentów (% odpowiedzi)

20b

Staż w w poradni

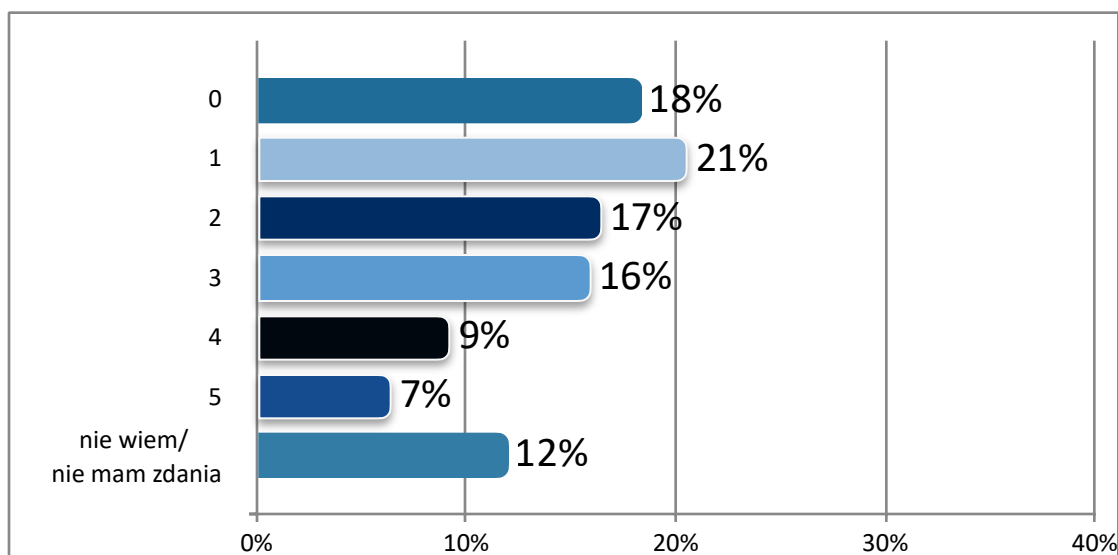
Ocena przydatności stażu kierunkowego z medycyny paliatywnej - przygotowanie do pracy jako lekarz rodzinny, w opinii respondentów (% odpowiedzi)

Staż kierunkowy w ośrodku interwencji kryzysowej

Ankietowani zostali zapytani o przydatność stażu w ośrodku interwencji kryzysowej.

Jedynie 16% respondentów oceniło staż jako bardzo przydatny w pracy lekarza rodzinnego, oceniając go w skali ocen 4 lub 5. 18% respondentów oceniła ten staż na ocenę „0”, a 56% respondentów oceniło staż, przyznając mu punkty „0-2”.

12% respondentów nie wyraziło zdania na ten temat.



21

Staż w ośrodku interwencji kryzysowej

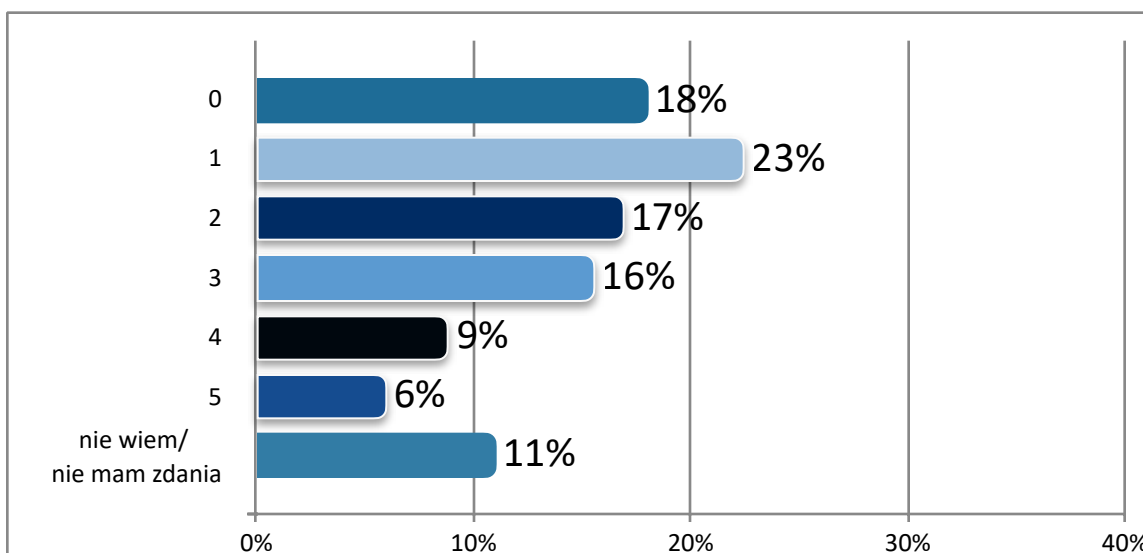
Ocena przydatności stażu kierunkowego - przygotowanie do pracy w charakterze lekarza rodzinnego, w opinii respondentów (% odpowiedzi)

Staż kierunkowy w Ośrodku Pomocy Społecznej

Ankietowani zostali zapytani o przydatność stażu w Ośrodku Pomocy Społecznej do pracy na stanowisku lekarza rodzinnego w przyszłości.

Jedynie niespełna 15% respondentów oceniło staż jako bardzo przydatny w pracy lekarza rodzinnego, oceniając go w skali ocen 4 lub 5.

58% respondentów oceniło staż, przyznając mu punkty „0-2”, z czego 18% respondentów oceniło ten staż na ocenę „0”, natomiast 11% respondentów nie wyraziło zdania w zakresie oceny stażu.



22

Staż w Ośrodku Pomocy Społecznej

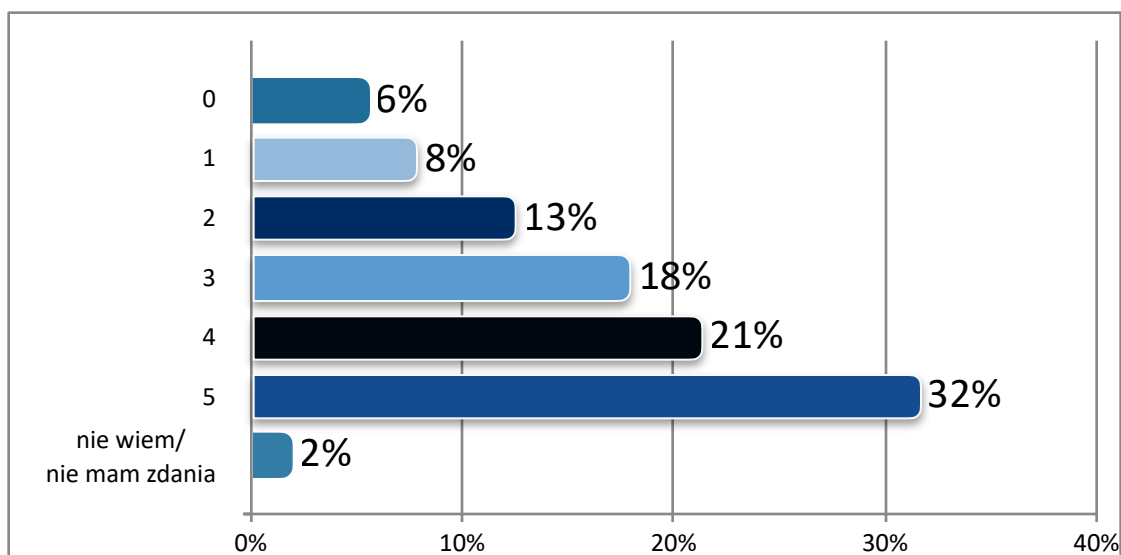
Ocena przydatności stażu kierunkowego - przygotowanie do pracy jako lekarz rodzinny, w opinii respondentów (% odpowiedzi)

Staż kierunkowy w SOR

Ankietowani zostali zapytani o przydatność stażu w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (SOR) do pracy na stanowisku lekarza rodzinnego w przyszłości.

53% respondentów oceniło staż jako bardzo przydatny w pracy lekarza rodzinnego, oceniając go w skali ocen 4 lub 5.

Jedynie 6% respondentów oceniło ten staż na ocenę „0”, uznając za kompletnie nieprzydatny lekarzowi rodzinemu. 27% respondentów oceniło staż, przyznając mu punkty „0-2”.



23

Staż w SOR

Ocena przydatności stażu kierunkowego - przygotowanie do pracy jako lekarz rodzinny, w opinii respondentów (% odpowiedzi)

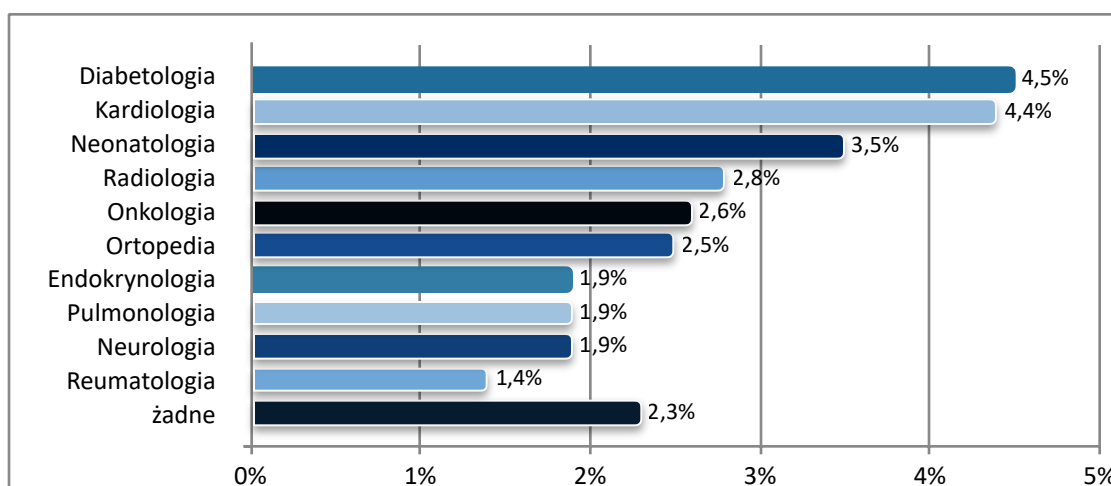
Staże nie ujęte w programie specjalizacji

Jakie staże kierunkowe, nie ujęte w programie specjalizacji, powinny wg Ciebie znaleźć się w programie specjalizacji?

W tym pytaniu poproszono respondentów o wskazanie dziedzin, które powinny zostać objęte stażami w programie specjalizacji z zakresu medycyny rodzinnej. Co ciekawe, wśród odpowiedzi pojawiały się takie, które uwzględniały staże ujęte w cyklu kształcenia jako fakultatywne - może to świadczyć o nieznanomości programu specjalizacji lub o braku możliwości realizacji tych staży w jednostkach prowadzących szkolenie.

Poniżej omówiono wyłącznie wskazania respondentów dotyczące staży **faktycznie nie ujętych w toku szkolenia**.

Dla 4,5% respondentów w programie specjalizacji powinna znaleźć się diabetologia, dalej kardiologia (4,4%) oraz neonatologia (3,5% respondentów). Mniej popularna dziedzina medycyny to radiologia (2,8%), onkologia (2,6%) i ortopedia (2,5% respondentów). Pozostałe dane zebrano na wykresie.



24

Staż kierunkowe, które powinny znaleźć się w programie specjalizacji w opinii respondentów (%)

Respondenci wymienili wiele innych dziedzin medycyny, które w ich opinii powinny zostać objęte programem specjalizacji z medycyny rodzinnej. Zostały one ujęte w formie wolnych uwag respondentów poniżej.

Ze względu na ilość propozycji staży, które zgłosili respondenci, zostały one uszeregowane w następujące kategorie:

- A. Propozycje staży i kursów związanych z opieką nad dorosłymi.
- B. Propozycje staży i kursów związanych z opieką nad dziećmi.
- C. Oceny staży wg respondentów.

Można zauważyć, że liczbę zaproponowanych dziedzin staży związanych z opieką nad pacjentami dorosłymi znacznie przewyższa liczbę propozycji z zakresu opieki nad dziećmi. Może to być związane z tym, że pacjentami lekarzy rodzinnych są częściej osoby dorosłe niż dzieci lub też wynika z niedostatecznej wiedzy respondentów w pewnych obszarach medycznych.

A. Propozycje staży i kursów związanych z opieką nad dorosłymi

- *Interna rozbita na poszczególne dziedziny do odbycia w poradniach celem zaznajomienia się ze specyfiką pracy oraz nawiązaniem bezpośrednich kontaktów w danej poradni w regionie.*
- *Można by było rozdzielić poradnie z chorób wewnętrznych na poszczególne podspecjalizacje, np. kardiologiczna, diabetologiczna itp.*
- *Staż z komunikacji/mediacji/motywacji.*
- *Refundacja i przepisy w POZ, administracja.*
- *Języki obce.*
- *Ginekologia.*
- *Genetyka.*
- *Chirurgia naczyniowa.*
- *Kurs USG (ale dłuższy praktyczny), a także potem obowiązek stażu przy lekarzu w gabinecie USG.*
- *Poradnia medycyny pracy.*

- Medycyna stylu życia, obesitologia.
- Obowiązkowy staż z hipertensjologii.
- Ratownictwo Medyczne (2 osoby).
- Ośrodek Wczesnej Interwencji (2 osoby).
- Traumatologia (2 osoby).
- Poradnia leczenia bólu (4 osoby).
- Hematologia (4 osoby).
- Alergologia (4 osoby).
- Urologia (4 osoby).
- Stomatologia.

B. Propozycje staży i kursów związanych z opieką nad dziećmi

- Poradnie pediatryczne: diabetologia, reumatologia, SOR lub Izba Przyjęć Dzieciątka, dermatologia, neurologia dziecięca.
- Poradnia laktacyjna.
- Patologia noworodka (4 osoby).
- Ośrodek Wczesnej Interwencji (rehabilitacja, logopeda, neurolog dziecięcy, itp.)
- Chirurgia dziecięca (2 osoby).
- Poradnia konsultacyjna dot. szczepień (3 osoby).
- Rehabilitacja (2 osoby).
- Neurologia (2 osoby).
- Pulmonologia dzieci.
- Neurologia dzieci.
- Chirurgia.
- Fizjoterapia dzieci.

C. Oceny staży wg respondentów

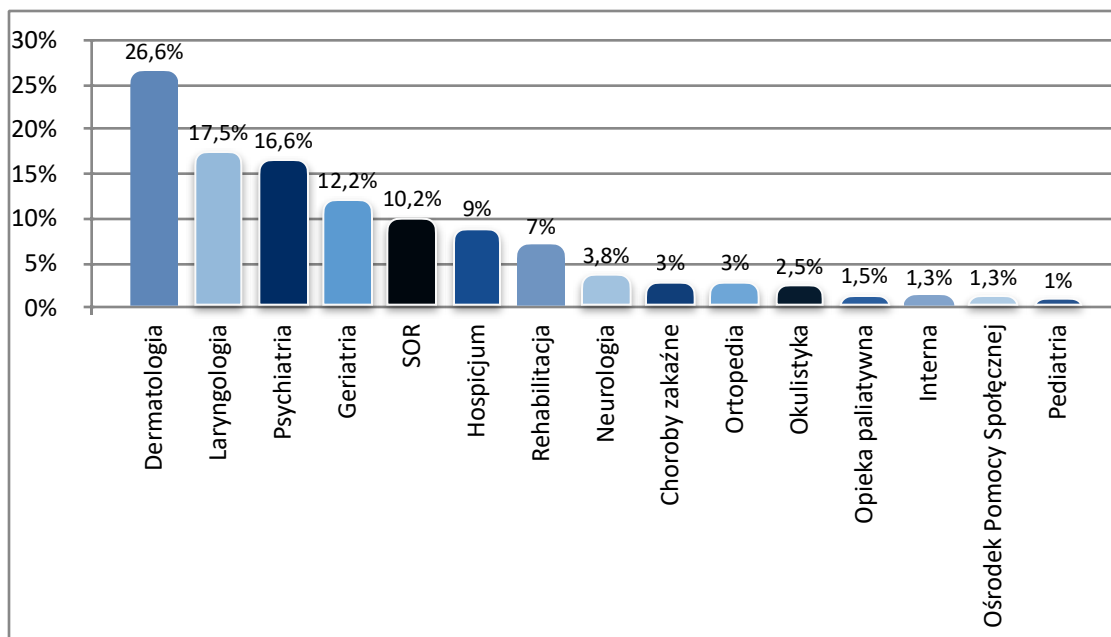
- Możliwość wyboru większej ilości staży fakultatywnych.
- Wg mnie program specjalizacji jest wyczerpujący.
- Powinna być możliwość odbycia więcej niż 4 staży 4-tygodniowych.
- Staż kierunkowy w innym POZ, staż kierunkowy w zagranicznym POZ.

Które staże kierunkowe fakultatywne powinny wg Ciebie być obowiązkowe w programie specjalizacji?

W tym pytaniu respondentów poproszono o wskazanie dziedzin staży kierunkowych fakultatywnych, które powinny zostać objęte programem obowiązkowym specjalizacji z zakresu medycyny rodzinnej.

Na podstawie analizy wykresu można zauważyć, że największą popularnością wśród respondentów cieszyła się dermatologia (blisko 27%), laryngologia (17,5%) oraz psychiatria (blisko 17%). Dla ponad 12% respondentów w programie staży obowiązkowo powinna znaleźć się geriatria. Następnie badani lekarze wskazywali SOR (10,2% respondentów), hospicjum (9% respondentów) oraz rehabilitację (7% respondentów). Według mniej niż 4% respondentów w programie specjalizacji z medycyny rodzinnej jako obowiązkowe powinny znaleźć się następujące dziedziny medycyny: neurologia, okulistyka, choroby zakaźne, ortopedia, *interna*, *pediatria* (*respondenci wskazali staże mimo iż należą do staży obowiązkowych*), Ośrodek Pomocy Społecznej. Około 6% respondentów nie udzieliło odpowiedzi na zadane im pytanie.

Respondenci wyrazili jednocześnie liczne uwagi na temat staży, które powinny znaleźć się w części obowiązkowej szkolenia. Uwagi zebrano poniżej.



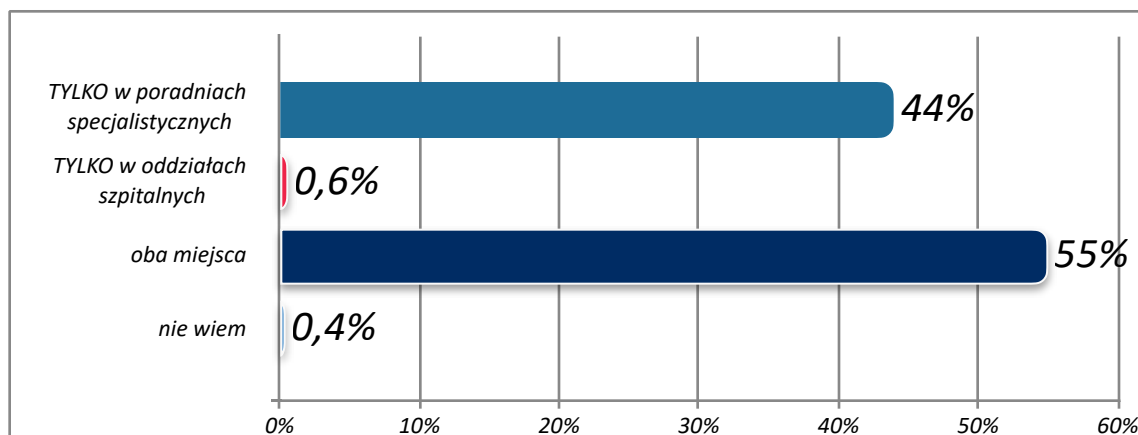
Opinie respondentów dotyczące staży kierunkowych:

- Żadne (3 osoby).
- Wszystkie (2 osoby) i większość jest ujęta w programie (2 osoby).
- Powinien być wybór jak dotychczas (1 osoba).
- Każdy ze staży fakultatywnych powinien być obowiązkowy.
- Mogłaby być większa dowolność wyboru staży i ich długości.
- Powinno być więcej staży w poradniach.
- Tak, choć w zakresie takim, żeby można było decydować samemu o ich długości.
- Niestety są problemy z dostępnością poradni i oddziałów.

Niektóre z opinii respondentów są skrajne:

- *Wg mnie wszystkie powinny być obowiązkowe - każdy coś wnosi i jest to nasza ostatnia szansa na naukę od specjalistów innych dziedzin.*
- *Możliwość wyboru staży jest moim zdaniem dobrym rozwiązaniem, w mojej opinii żaden nie powinien być obowiązkowy.*

W kolejnym pytaniu respondentów poproszono o opinię dotyczącą **miejsca realizacji stażu z medycyny rodzinnej**. Do wyboru mieli następujące formy odpowiedzi: „w poradniach specjalistycznych”, „na oddziałach szpitalnych”, „obie opcje”, „nie wiem”. Analizując wykres można zauważyć, że wśród opinii respondentów przeważa odpowiedź sugerująca, że staże powinny odbywać się **zarówno w poradniach, jak i na oddziałach (55% respondentów)**. Respondenci uznają **poradnie specjalistyczne (44% respondentów)** za miejsca umożliwiające zdobycie większej wiedzy i doświadczenia niż podczas stażu na oddziałach (0,6% respondentów).



Rozdział 3

Ocena kursów



Kolejna część badania dotyczyła kursów realizowanych w toku specjalizacji z medycyny rodzinnej.

Lekarz zobowiązany jest zrealizować następujące kursy w toku szkolenia:

- Kurs wprowadzający „Wprowadzenie do specjalizacji w medycynie rodzinnej”
- Kurs „Opieka nad szczególnymi grupami pacjentów”
- Kurs „Wybrane problemy kliniczne”
- Kurs „Ratownictwo medyczne”
- Kurs „Zdrowie publiczne”
 - Część I: Zdrowie publiczne
 - Część II: Orzecznictwo lekarskie
- Kurs „Prawo medyczne”
- Kurs „Przetaczanie krwi i jej składników”

Ocena kursów w zakresie ich przydatności z perspektywy kształcącego się lekarza

W tej części ankiety respondenci oceniali przydatność kursów w aspekcie przygotowania do pracy lekarza medycyny rodzinnej.

Ocena dokonana była w skali od 0-5, gdzie:

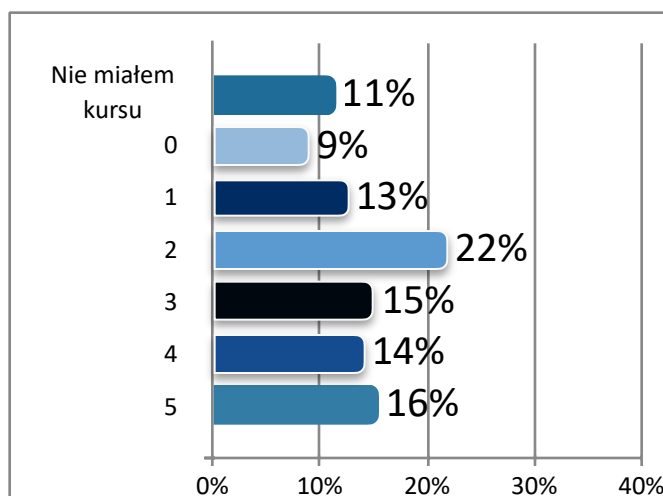
0 – zupełnie nieprzydatny,

5 – bardzo przydatny.

Kurs „Wprowadzenie do specjalizacji w medycynie rodzinnej”

Ponad 44% respondentów uznało kurs za mało przydatny, oceniając go w skali „0-2 punkty”.

Przez blisko 30% respondentów kurs został uznany za bardzo przydatny, co znalazło odzwierciedlenie w punktacji „4” lub „5”.

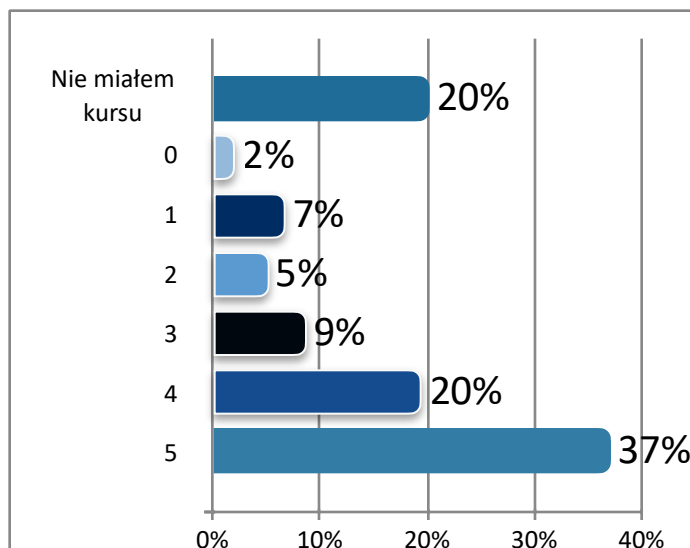


27

Ocena przydatności kursu „Wprowadzenie do specjalizacji w medycynie rodzinnej” w opinii respondentów (w %)

Kurs „Opieka nad szczególnymi grupami”

Respondenci oceniali przydatność kursu „Opieka nad szczególnymi grupami”. Kurs został uznany za przydatny przez blisko 57% respondentów, którzy ocenili go na „4” lub na „5”. 14% respondentów uznało kurs jako mało przydatny, oceniając go w skali „0-2 punkty”.

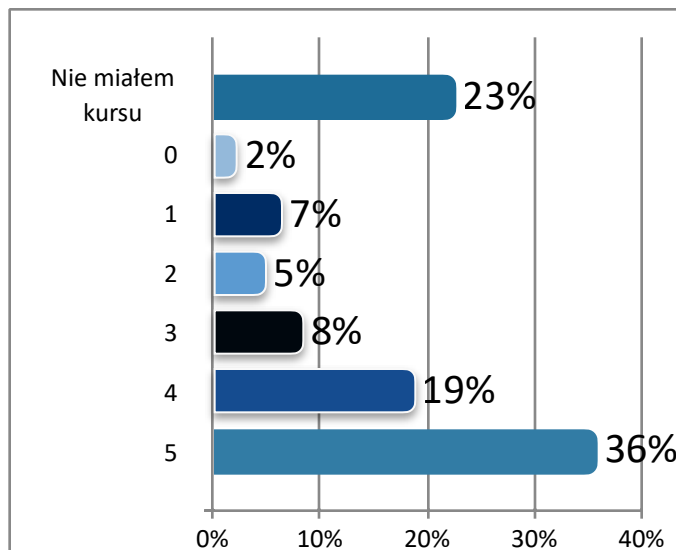


28

Ocena przydatności kursu „Opieka nad szczególnymi grupami pacjentów” w opinii respondentów (w %)

Kurs „Wybrane problemy kliniczne”

Kurs został uznany za bardzo przydatny łącznie przez ponad połowę respondentów („oceny 4-5”).

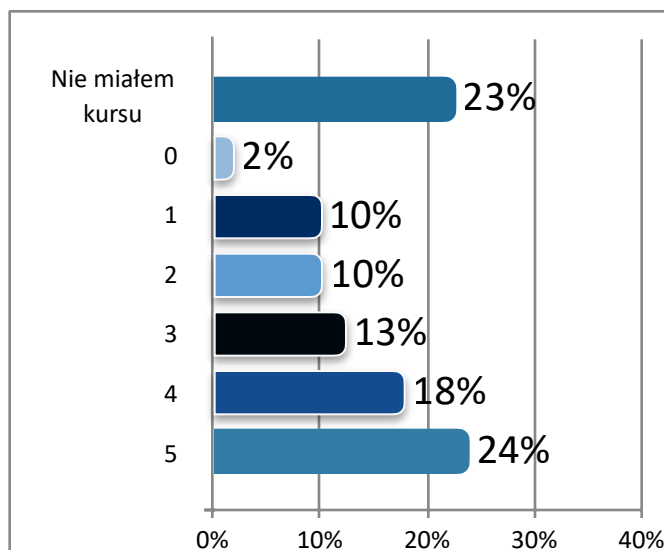


29

Ocena przydatności kursu „Wybrane problemy kliniczne” w opinii respondentów (w %)

Kurs „Ratownictwo medyczne”

Respondenci oceniali przydatność kursu „Ratownictwo medyczne” jako sposób przygotowania do wykonywania zawodu lekarza medycyny rodzinnej. Ten kurs respondenci ocenili jako bardzo wartościowy (24%) lub wartościowy (18%).

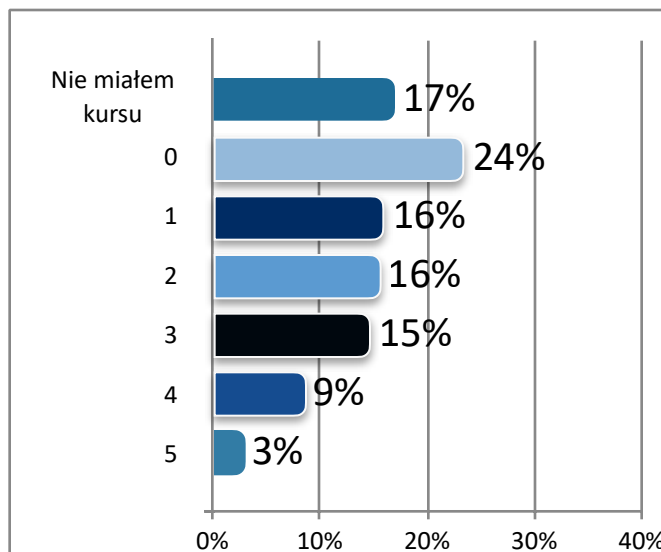


30

Ocena przydatności kursu „Ratownictwo medyczne” w opinii respondentów (w %)

Kurs „Zdrowie publiczne, część I”

Respondenci oceniali przydatność kursu „Zdrowie publiczne, część I” do przygotowania do zawodu lekarza medycyny rodzinnej. W przeciwieństwie do poprzednich kursów, ten kurs respondenci postrzegają jako niewartościowy (łącznie 56% respondentów, skala „0-2”). Jedynie ponad 12% respondentów uznało kurs za wartościowy („oceny 4-5”).

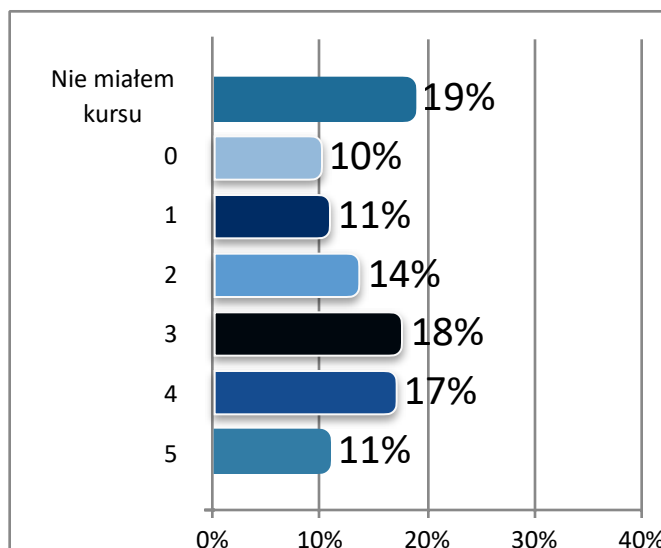


31

Ocena przydatności kursu „Zdrowie publiczne, część I” w opinii respondentów (w %)

Kurs „Zdrowie publiczne, część II”

Część II kursu została uznana za bardziej wartościową niż I część.

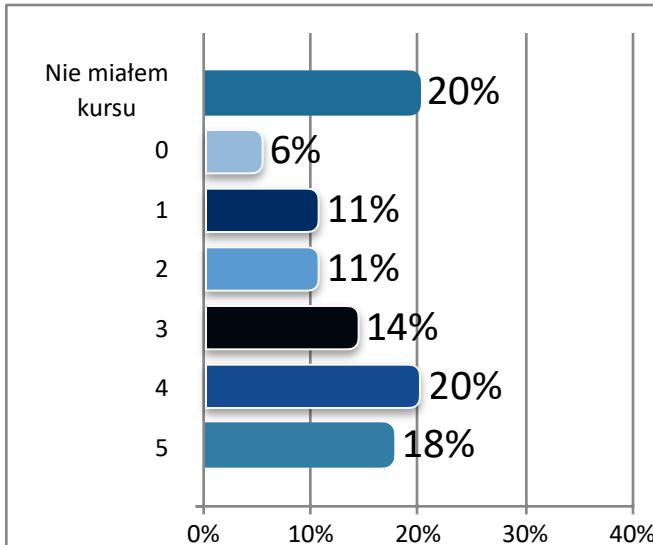


32

Ocena przydatności kursu „Zdrowie publiczne, część II” w opinii respondentów (w %)

Kurs „Prawo medyczne”

38% respondentów uznało kurs za wartościowy przyznając mu „4 punkty” lub „5 punktów”. Niemniej 28% badanych osób postrzega kurs jako mniej wartościowy, przyznając punkty „0-2”.



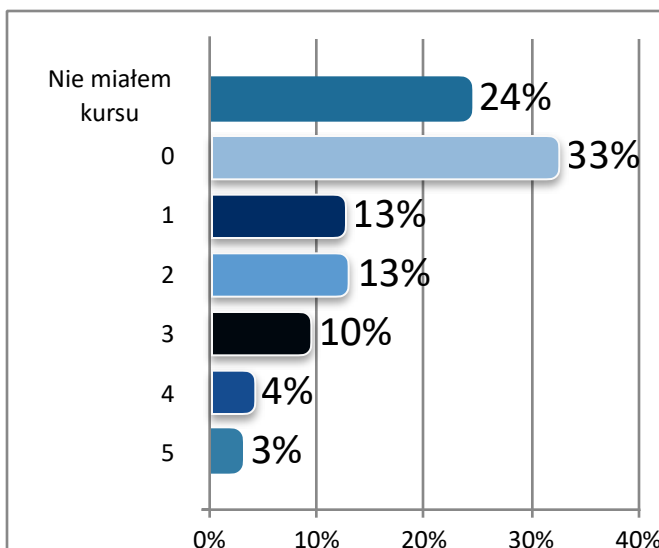
33

Ocena przydatności kursu „Prawo medyczne” w opinii respondentów (w %)

Kurs „Przetaczanie krwi i jej składników”

Respondenci oceniali przydatność kursu „Przetaczanie krwi i jej składników”.

33% respondentów uznało kurs za bezwartościowy, przyznając mu „0 punktów” lub mało wartościowy - w skali „0-2 punkty” (łącznie 59% respondentów).



34

Ocena przydatności kursu „Przetaczanie krwi i jej składników” w opinii respondentów (w %)

Propozycje nowej tematyki kursów

Zapytano respondentów o tematykę kursów, która powinna zostać zawarta w cyklu szkoleń lekarzy rodzinnych.

Ankietowani podali wiele różnych propozycji tematów, wśród których za szczególnie ważny uznali temat badań diagnostycznych, tj. USG jamy brzusznej, USG serca, próby wysiłkowe EKG, kurs USG płuc, kurs USG tarczycy, holter EKG i RR (5,5% respondentów).

W dalszej kolejności: „Opieka paliatywna” i „Szczepienia” (4% respondentów) lub „Rozmowa z pacjentem” i „Zaświadczenia w POZ” (3% respondentów).

Mniej popularne tematy kursów (wskazywane przez mniej niż 3% respondentów):

- *Stany nagłe w POZ.*
- *Mikrochirurgia w warunkach POZ.*
- *Wypalenie zawodowe i radzenie sobie ze stresem.*
- *Leczenie bólu.*
- *Administracja w POZ.*
- *Psychologia.*
- *Prowadzenie dokumentacji medycznej.*
- *Karmienie piersią i laktacja.*
- *Opieka nad noworodkiem i niemowlęciem.*
- *Leczenie ran przewlekłych.*

Niewiele ponad 1% respondentów uznało ilość tematów kursów za wystarczającą, a 52% respondentów nie podało żadnych propozycji tematów, które powinny zostać objęte cyklem szkolenia lekarzy rodzinnych.

Ze względu na ilość tematów, podawanych przez respondentów, zostały one ujęte jako wolne wypowiedzi respondentów.

Wolne wypowiedzi respondentów

Ze względu na ogromną ilość wypowiedzi respondentów, zostały one ujęte w następujące kategorie: tematyka związana z opieką nad dziećmi, tematyka związana z opieką nad dorosłymi, tematyka związana z funkcjonowaniem lekarza i jego pacjentów w placówce POZ

1. Tematyka związana z opieką nad dziećmi:

- *Pediatrica (2 osoby).*
- *Zmiany skórne u dzieci (3 osoby).*
- *Badania otoskopowe (3 osoby).*
- *Choroby zakaźne wieku dziecięcego (2 osoby).*
- *Fizjoterapia - najczęstsze dysfunkcje mięśniowe i nabyte wady postawy, rozpoznawanie i leczenie (3 osoby).*
- *Żywnienie niemowląt i małych dzieci (2 osoby).*
- *Kurs opieki nad ciężarną i karmiącą (1 osoba).*
- *Stany nagłe w pediatrii (1 osoba).*
- *Problemy chirurgii dziecięcej (1 osoba).*
- *Problemy urologiczne dzieci (1 osoba).*
- *Prowadzenie ciąży fizjologicznej (1 osoba).*
- *Badanie neurologiczne dzieci (1 osoba).*
- *Opieka nad dzieckiem zdrowym, wspomaganie rozwoju.*
- *Opieka nad ciężką fizjologiczną w POZ (1 osoba).*
- *Rozwój noworodków i niemowląt (1 osoba).*
- *Zaburzenia integracji sensorycznej (1 osoba).*

2. Tematyka kursów związana z opieką nad dorosłymi:

- *Badanie fizykalne w ortopedii (2 osoby).*
- *Kwalifikacja do szczepień u dorosłych i u dzieci (2 osoby).*
- *Rehabilitacja (2 osoby).*
- *Ocena spirometrii (2 osoby).*
- *Radiologia w POZ (4 osoby).*
- *Wakcynologia (3 osoby).*
- *Geriatrya w POZ (4 osoby).*
- *Dermatoskopia (3 osoby).*
- *Higiena i epidemiologia (2 osoby).*
- *Rehabilitacja (2 osoby).*
- *Stwierdzanie zgonów (2 osoby).*
- *Psychiatria w POZ (2 osoby).*
- *Farmakologia kliniczna w zakresie interakcji leków, odstawianie leków, stosowanie bezpiecznej polifarmakoterapii (4 osoby).*
- *Onkologia (opieka, badanie przesiewowe) (2 osoby).*

- Medycyna stylu życia (podstawy dietytyki, podstawy planowania aktywności fizycznej) (3 osoby).
- Zatrucia (1 osoba).
- Logopedia (1 osoba).
- Stomatologia (1 osoba).
- Dermatologia (1 osoba).
- Badania narządu ruchu (1 osoba).
- Kardiologia (1 osoba).
- Funkcjonowanie Pomocy Społecznej (1 osoba).
- Przemoc w rodzinie (1 osoba).
- Rozwiązywanie problemów alkoholowych (1 osoba).
- Prowadzenie pacjenta z chorobą przewlekłą (1 osoba).
- Choroby odkleszczowe (1 osoba).
- Najczęstsze przypadki w POZ w dziedzinach: psychiatrii, okulistyki, otolaryngologii, dermatologii i ginekologii z położnictwem (1 osoba).
- Medycyna sportowa (1 osoba).
- Okulistyka w POZ (1 osoba).
- Laryngologia w POZ (2 osoby).
- Podstawy ortopedii (1 osoba).
- Warsztaty badania neurologicznego (1 osoba).
- Opieka hospicyjna (1 osoba).
- Leczenie uzdrowiskowe i kwalifikacja (1 osoba).
- Podstawy urologii (1 osoba).

3. Tematyka związana z funkcjonowaniem lekarza i jego pacjentów w placówce POZ:

- Radzenie sobie z "trudnym" pacjentem w POZ (3 osoby).
- System NFZ - funkcjonowanie lekarza POZ w kontekście przepisów (3 osoby).
- Recepty i ich refundacje (2 osoby).
- Prowadzenie badań naukowych (2 osoby).
- Prawo (3 osoby).
- Szkolenia w zarządzaniu placówkami i zespołem (2 osoby).
- Lekarz rodzinny w lokalnej społeczności - możliwości działania (2 osoby).
- Autoprezentacja (1 osoba).
- Zdolność negocjacji z pacjentem i holistyczne podejście do pacjenta (1 osoba).
- Ekonomia w pracy lekarza rodzinnego (1 osoba).

- *Praktyczne aspekty pracy lekarza rodzinnego (1 osoba).*
- *Ustawy i akty prawne w praktyce lekarza POZ (1 osoba).*
- *Indywidualna praktyka lekarska (1 osoba).*
- *Technologia informatyczna (1 osoba).*
- *Orzecznictwo lekarskie (1 osoba).*
- *Zakładanie własnego POZ (1 osoba).*
- *Formy pracy kontraktowej pułapki i zalety (1 osoba).*
- *Umiejętności praktyczne w POZ (1 osoba).*
- *Teoria i wytyczne, a praktyka. Co wolno, a czego nie wolno w POZ (1 osoba).*

4. Sugestie respondentów dotyczące sposobów i form prowadzenia kursów:

Sugestie ogólne:

- *Kursy powinny być prowadzone przez lekarzy rodzinnych, a nie lekarzy innych specjalizacji, którzy nigdy nie pracowali w POZ. Podobnie z kursami w zakresie prawa medycznego - powinny być prowadzone przez lekarzy.*
- *Wykłady powinni prowadzić lekarze rodzinni z praktycznym podejściem, a nie osoby z klinik oderwani od rzeczywistości POZ.*
- *Przypadki medyczne, mniej suchych informacji przepisanych z wytycznych, więcej praktycznych.*

Tematyka:

- *W kursach jest za mało tematyki pediatrycznej, a dzieci stanowią dużą część naszych pacjentów.*
- *Więcej prawa medycznego i ratownictwa.*
- *Osobny kurs ze szczepień - mieliśmy tylko jedno zajęcia, które nic nie wniosły.*
- *Leczenie bólu.*
- *Kursy praktyczne: badanie laryngologiczne, badanie ginekologiczne i położnicze, dermatoskopia.*
- *Kurs z podstawowych zabiegów pielęgniarских i małej chirurgii.*
- *Obowiązkowy kurs z opieki hospicyjnej.*
- *Większy nacisk na organizacyjne aspekty pracy lekarza rodzinnego w ramach wprowadzenia do specjalizacji.*
- *Moim zdaniem fajne byłyby, nawet jednodniowe, kursy dotyczące poszczególnych zagadnień.*

Sposób realizacji:

- Więcej praktyki, mniej zbędnej teorii.
- Tematyka jest teoretycznie dobra, choć wykonanie pozostawia wiele do życzenia - forma jest za mało praktyczna, powinna być forma warsztatów.

Psychologia:

- Więcej zajęć z psychologii kontaktu lekarz-pacjent, radzenia sobie ze stresem, rozmowy z pacjentem, przekazywania trudnych informacji.
- Umiejętności miękkie/stres, konflikty z pacjentem i między personelem.

Można zauważyć, że respondenci zainteresowani są poszerzeniem wiedzy z zakresu opieki nad dziećmi, począwszy od opieki nad kobietą ciężarną i matką oraz jej nowo narodzonym dzieckiem, po dalszy rozwój dziecka.

Niemniej jednak przeważa tematyka związana z opieką nad osobami dorosłymi lub w podeszłym wieku.

W obu przypadkach respondenci pragną poszerzać kompetencje miękkie w zakresie umiejętności komunikacji z pacjentem w każdym wieku.

Respondenci sugerują zwrócenie uwagi na **kształcenie umiejętności praktycznych** podczas przeprowadzania kursów, zdobywanie wiedzy podczas analizy konkretnych przypadków medycznych, a także na kompetencje osoby prowadzącej. Powinien być to **czynny zawodowo lekarz** rodzinny, posiadający zarówno wiedzę, jak i umiejętności praktyczne oraz doświadczenie w pracy zawodowej.

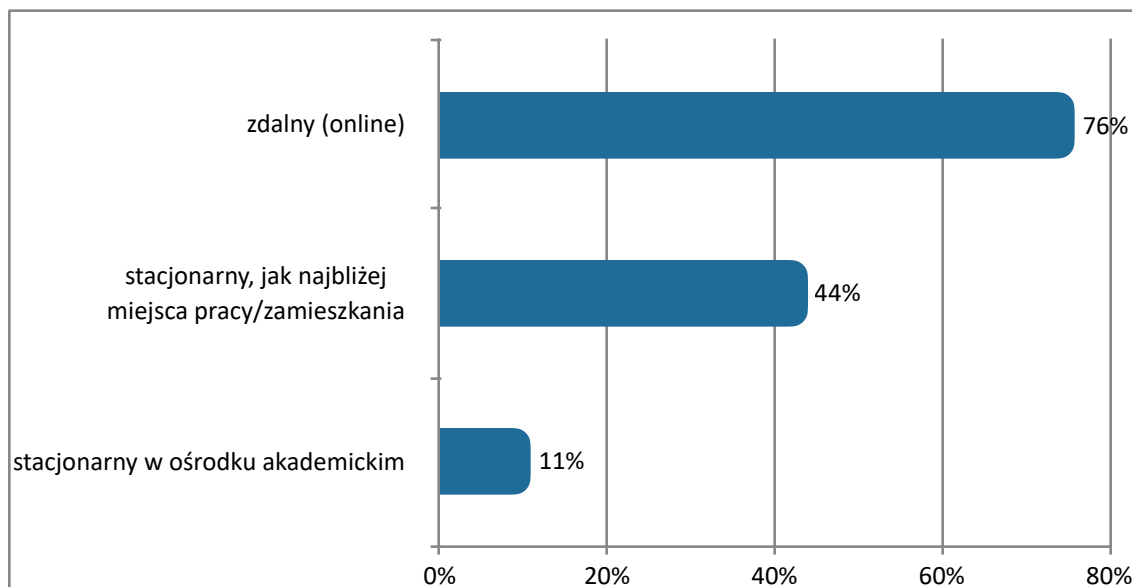
Preferencje w zakresie realizacji kursów

Na początku tej części respondenci zostali zapytani o preferowaną formę kursów w toku specjalizacji. Do wyboru mieli następujące formy odpowiedzi (pytanie wielokrotnego wyboru):

- „zdalny online”,
- „stacjonarny, jak najbliżej miejsca pracy/zamieszkania”,
- „stacjonarny, w ośrodku akademickim”,
- „stacjonarny, jak najbliżej miejsca pracy/zamieszkania, zdalny (online)”,
- „stacjonarny, jak najbliżej miejsca pracy/zamieszkania, stacjonarny, w ośrodku akademickim”,
- „stacjonarny, jak najbliżej miejsca pracy/zamieszkania, stacjonarny, w ośrodku akademickim, zdalny online”.

Możliwe było wskazanie kilku odpowiedzi jednocześnie.

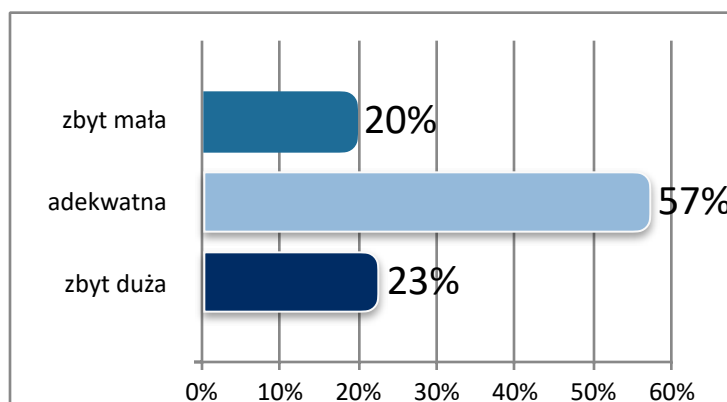
Zdecydowana większość respondentów (76%) preferuje formę zdalną (online). Około 44% ankietowanych zaproponowało naukę stacjonarną, jak najbliżej miejsca pracy/zamieszkania. Tylko naukę stacjonarną zaproponowało w ośrodku akademickim (11%).



Następnie zapytano respondentów o opinię dotyczącą liczby kursów z zakresu medycyny rodzinnej. Respondenci mogli wyrazić swą opinię w formie następujących odpowiedzi: „zbyt mała”, „zbyt duża”, „adekwatna”.

Z analizy wykresu wynika, że ponad połowa respondentów (57%) uważa, że **liczba kursów jest adekwatna**, natomiast blisko 23% respondentów uważa, że liczba dni kursów jest zbyt duża.

20% respondentów postrzega, że dni kursów jest zbyt mało.

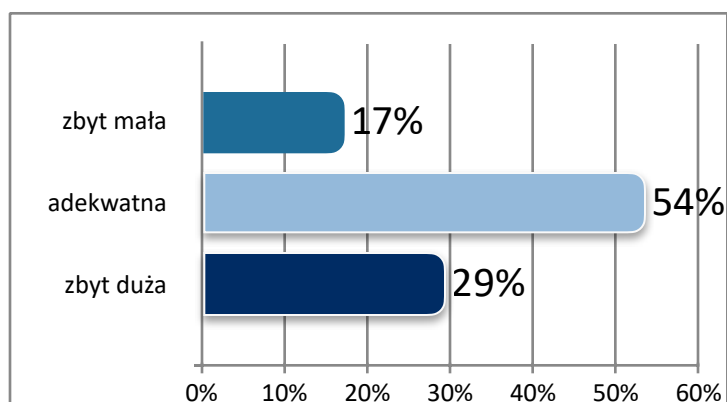


36

Opinia respondentów dotycząca liczby kursów (w %)

Kolejno zapytano respondentów o ich opinię dotyczącą stosunku liczby dni kursów do czasu trwania całej specjalizacji.

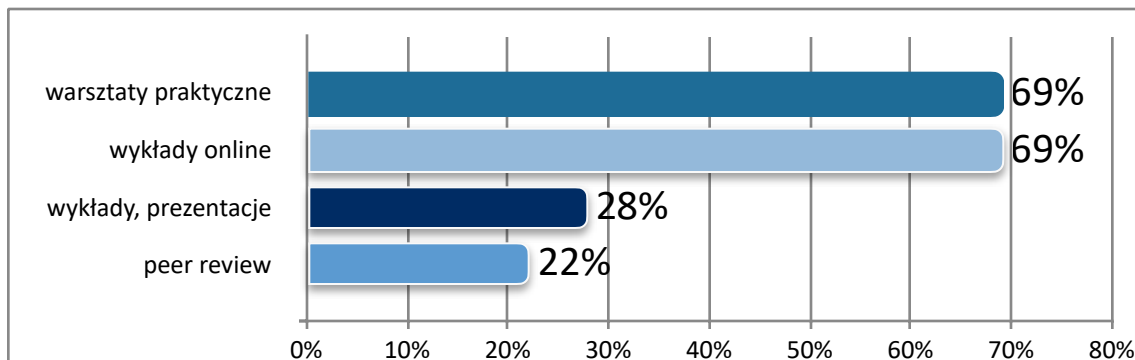
Analizując wykres, można dostrzec, że **liczba dni kursów jest adekwatna do czasu trwania całej specjalizacji**. Taką odpowiedź udzieliło 54% respondentów.



37

Opinia respondentów dotycząca liczby dni kursów (w %)

Dalej respondenci zostali zapytani o sposób realizacji kursów w toku specjalizacji z medycyny rodzinnej. Możliwe było wskazanie wielu odpowiedzi.



38

Formy realizowania kursów w toku specjalizacji z zakresu medycyny rodzinnej (w %), pytanie wielokrotnego wyboru

Z analizy wykresu wynika, że preferowanymi formami realizacji kursów są **warsztaty praktyczne oraz wykłady online**.

Wśród czterech najczęściej wymienianych odpowiedzi respondenci wskazywali na wykłady i prezentacje oraz na spotkania grup rówieśniczych (peer review).

Respondenci wskazali również inne formy realizacji kursów, które jednak były zdecydowanie mniej popularne. Ze względu na wiele opinii respondentów dotyczących form realizacji kursów zostały one ujęte w wolnych uwagach respondentów.

Wypowiedzi respondentów dotyczące form realizacji kursów zostały ujęte w 2 kategorie:

- A. Propozycje innych form realizacji kursów.
- B. Opinie respondentów dotyczące realizacji kursów.

A. Propozycje innych form realizacji kursów

- Wykłady online z opcją materiałów na maila.
- Na przykładach, opisach przypadków zwłaszcza często spotykanych w POZ, a nie czysto akademickich wysokospecjalistycznych.
- W formie warsztatów praktycznych, w formie wykładów, prezentacji, w formie wykładów online, analiza przypadków klinicznych.
- Wykłady online z możliwością zadawania pytań.
- Interaktywne omówienie przypadków.

B. Opinie respondentów dotyczące realizacji kursów

- Głównym problem jest to, że wykładowcy przedstawiają podejście akademickie, podręcznikowe i czysto teoretyczne, które bardzo często nie ma związku z POZ. Jakakolwiek forma by to nie była, powinno się zmienić podejście prowadzących.
- Kursy, w których uczestniczyłam, miały tak mało praktycznych informacji, że spokojnie można je zrobić online.
- Ogólnie kursy, które do tej pory są, w większości są tak teoretyczne, że już bardziej nie można. Wybrane problemy kliniczne czy „opieka nad poszczególnymi...” mogłyby trwać z połowę krócej, gdyby sucha teoria (a to 90% takich kursów) była online - czyli prowadzący przekazują materiały rezydentom, a spotkania na żywo są, aby przećwiczyć to, np. w przychodni czy na oddziale.
- Kursy w każdej postaci i formie, byle coś wносиły.
- Wolałabym mieć do rozwiązania przypadki/pytania otwarte, nie testowe jak konkretnie postępuję z pacjentem/ - żeby umieć przełożyć wytyczne na człowieka, wiedzieć, co muszę powtórzyć, itp. lub "burza mózgu".

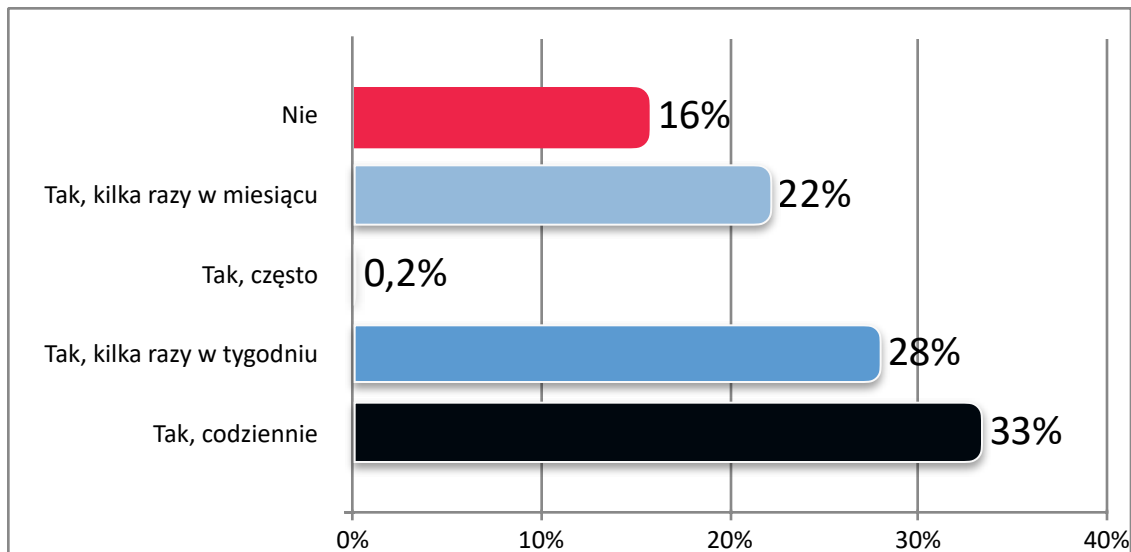
Analizując wypowiedzi respondentów, można wywnioskować, że zależy im przede wszystkim na **zdobyciu wiedzy teoretycznej (wykłady) połączonej ze zdobyciem umiejętności praktycznych** oraz na analizie konkretnych przypadków medycznych.

Rozdział 4

Kierownicy specjalizacji



Dużą część badania poświęciliśmy analizie kontaktów lekarzy w trakcie specjalizacji z ich kierownikami specjalizacji. Materiał został zebrany w niniejszej sekcji opracowania.

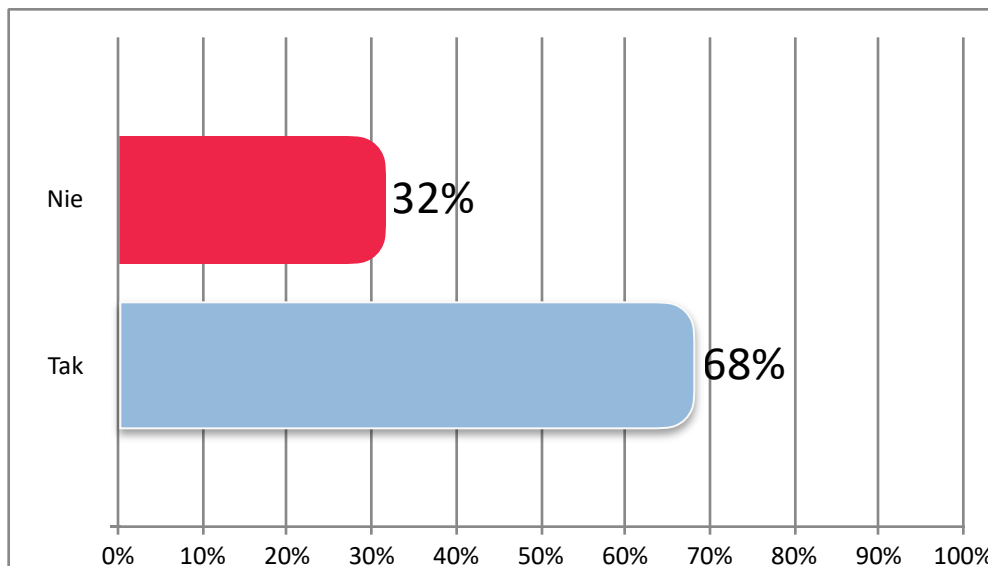


39 Kontakt z kierownikiem specjalizacji w opinii respondentów(w %)

Na podstawie analizy wykresu można zauważyć, że 1/3 respondentów ma codzienny kontakt z kierownikiem specjalizacji, zaś kolejna 1/4 kilka razy w ciągu tygodnia (28%).

22% respondentów utrzymuje kontakt rzadziej ze swym kierownikiem specjalizacji lub też nie utrzymuje żadnego kontaktu (16% respondentów).

Następnie zapytano respondentów o odczuwane przez nich **wsparcie ze strony kierownika specjalizacji**. Blisko 70% respondentów potwierdziło, że otrzymują wsparcie ze strony kierownika specjalizacji, a 32% respondentów ma inne zdanie na ten temat.



40

Wsparcie ze strony kierownika specjalizacji w opinii respondentów(w %)

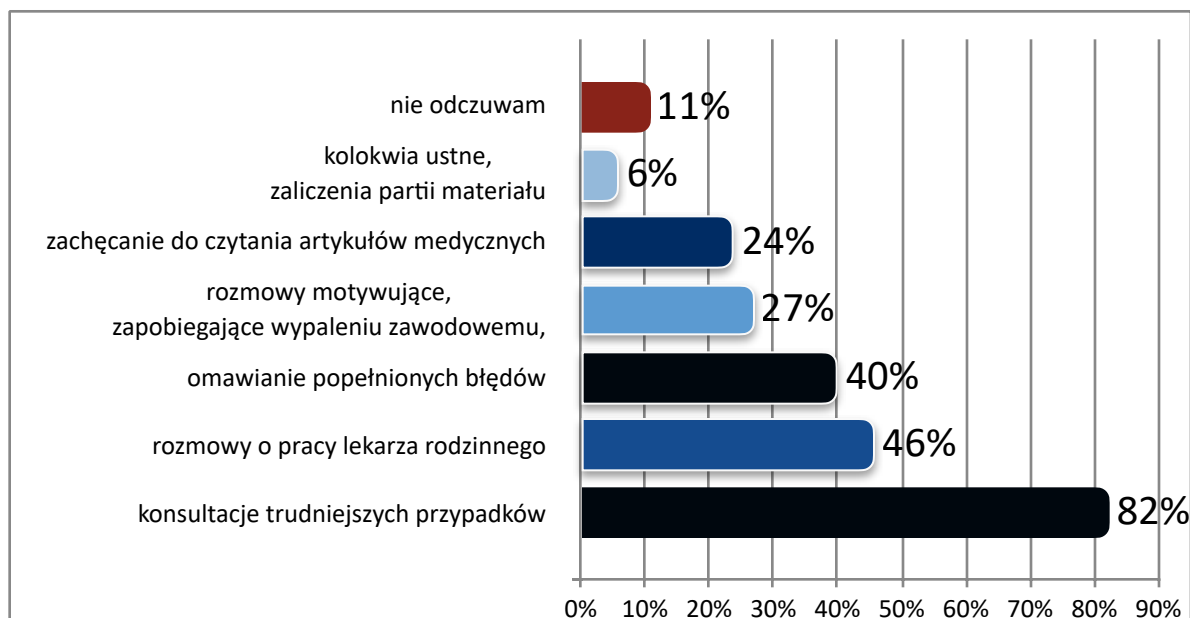
Kolejno zapytano respondentów o sposoby udzielanego wsparcia przez kierowników specjalizacji.

Analizując wykres, można dostrzec, że sposób udzielanego wsparcia przyszłemu lekarzowi rodzinnemu przez kierownika praktyk przybiera najczęściej postać konsultacji trudniejszych przypadków (ponad 82% respondentów), rozmów dotyczących pracy w zawodzie lekarza rodzinnego (46% respondentów) oraz omawiania trudniejszych przypadków medycznych, błędów (40% respondentów).

Mniej popularne sposoby udzielanego wsparcia ze strony kierowników praktyk to: rozmowy motywujące, zapobiegające wypaleniu zawodowemu (27% respondentów), zachęcanie do czytania artykułów medycznych (24% respondentów), kolokwia ustne, zaliczenia partii materiału (6% respondentów).

Blisko 11% respondentów przyznało, że nie odczuwa wsparcia ze strony kierownika praktyk w żaden sposób.

Pozostałe wypowiedzi respondentów zostały ujęte w formie wolnych uwag respondentów.



41

Sposoby udzielanego wsparcia ze strony kierownika praktyk w opinii respondentów (w %), wielokrotny wybór

Pozostałe wypowiedzi respondentów zostały ujęte w formie wolnych uwag.

Wypowiedzi respondentów dotyczące różnorodnych sposobów udzielanego wsparcia przez kierowników praktyk zostały ujęte w dwie kategorie:

- A. Pozytywne sposoby udzielania wsparcia.
- B. Negatywne sposoby udzielania wsparcia.

A. Pozytywne sposoby udzielania wsparcia przez kierowników

- Wskazówki praktyczne, dotyczące diagnostyki i leczenia.
- Zachęcanie do konferencji międzynarodowych.
- Możliwość konsultacji pacjenta, jeśli kierownik specjalizacji przyjmuje w tym samym czasie.
- Ustalanie planu specjalizacji.
- Zostawianie ciekawszych materiałów do czytania oraz informacji o nowych wytycznych.
- Wymiana doświadczeń (2 osoby).

- *Motywacja do udziału w konferencjach, kursach (2 osoby).*
- *Mogę zadzwonić i skonsultować w razie wahania (3 osoby).*
- *Wsparcie w życiu osobistym (brak problemów z urlopem, wolnym na opiekę nad dziećmi, itp).*
- *Wspólne szukanie efektywnych form nauki, ustalanie czasu na uczenie się w trakcie pracy - np. na uczenie się od pielęgniarki w gabinecie zabiegowym albo od pediatry w czasie bilansów.*
- *Pomoc techniczna, tłumaczenie jak działa system ochrony zdrowia i współpraca z DPS, ZOL, MOPS, transportem medycznym, hospicjum - wszystko to, czego nigdy nikt nam nie powiedział na studiach.*
- *Regularne spotkania edukacyjne i omawiające problemy oraz „nowości”.*
- *W wolnym czasie wykładanie i nauczanie bezpośrednio określonych tematów.*

B. Negatywne sposoby udzielania wsparcia

- *Brak możliwości kontaktu - za dużo pracy (kierownik i rezydent).*
- *Nie odczuwam, mój kierownik specjalizacji nigdy mnie nie widział (3 osoby).*
- *Nie jestem przekonana, czy mój kierownik specjalizacji jest świadomy bycia kierownikiem.*
- *Nie konsultuję pacjentów z kierownikiem specjalizacji (widziałam ją raz), ale mam pełną pomoc innych kolegów z poradni (zarówno specjalistów, jak i rezydentów).*
- *Ciągłe pretensje, nierówne traktowanie.*
- *Odczuwam głównie presję, żeby przyjmować szybciej. Czasem krytyka postępowania diagnostycznego, czasem przekazanie informacji, jak potoczyła się historia mojego pacjenta.*
- *Wsparcie jest głównie merytoryczne, można o wszystko zapytać, ale nie wiem czy kierownik specjalizacji zna imiona swoich rezydentów, więc ten kontakt jest bardzo formalny i płytki.*
- *Kierownik ma godziny pracy niepokrywające się z moimi, nie mam żadnego wsparcia merytorycznego.*
- *W pracy panuje mobbing, dostaję zadania, które nie leżą w moich obowiązkach, wiedza kierownika jest nieaktualna i wszystkiego musiałam nauczyć się sama.*
- *Konsultacje jedynie z innym lekarzem rezydentem.*

Można wywnioskować, że kierownicy praktyk starają się pomagać przyszłym lekarzom rodzinnym. Są w gotowości do udzielenia pomocy w zakresie rozwijania wiedzy teoretycznej oraz umiejętności praktycznych. Niestety część z nich nie przyjmuje na siebie odpowiedzialności za kierowanie szkoleniem.

Rozdział 5

Praktyczne aspekty szkolenia

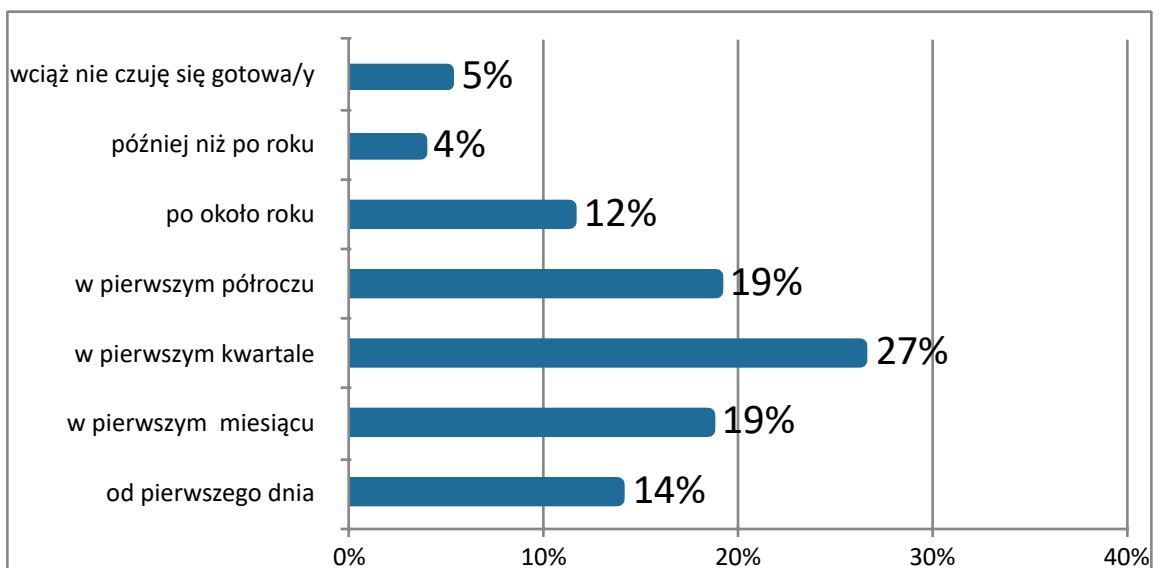


W tej części pytaliśmy o aspekty praktyczne realizacji szkolenia specjalistycznego - w aspekcie konkretnych umiejętności szkolącego się lekarza oraz faktycznej jego pracy.

Celem pierwszego w tej części ankiety pytania było uzyskanie odpowiedzi na temat gotowości do samodzielnego przyjmowania swych pacjentów przez szkolących się lekarzy rodzinnych, licząc od momentu rozpoczęcia specjalizacji.

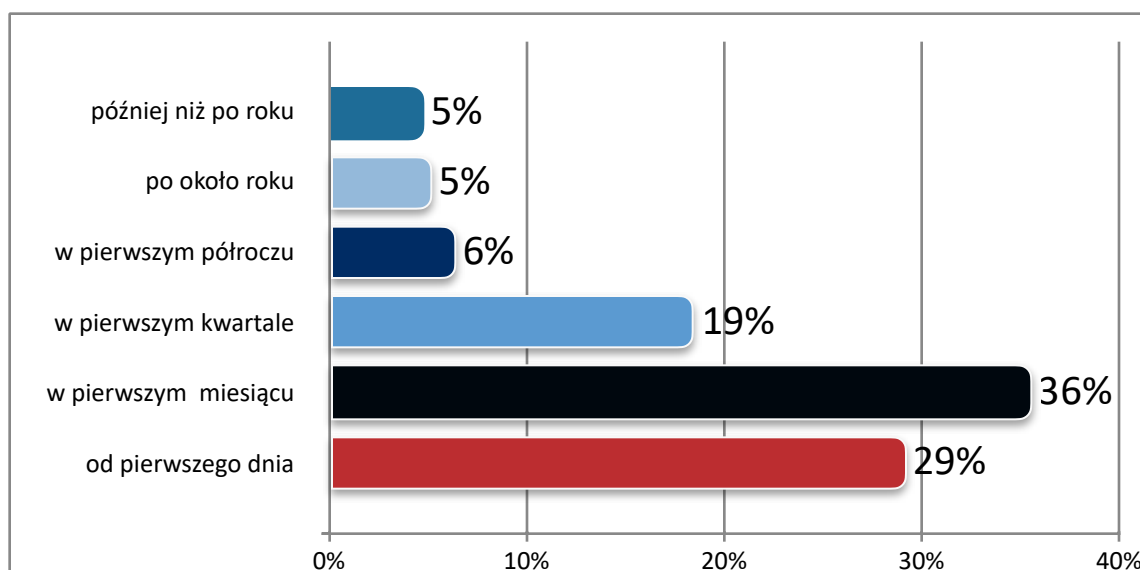
60% respondentów było gotowych samodzielnie przyjmować pacjentów już w pierwszym kwartale po rozpoczęciu specjalizacji lub wcześniej.

Respondenci wskazujący na gotowość pracy samodzielnej od pierwszego dnia podkreślali również, że mają doświadczenie w pracy w POZ sprzed okresu specjalizacji.



Celem następnego pytania było uzyskanie odpowiedzi na temat **faktycznego momentu rozpoczęcia samodzielnego przyjmowania pacjentów** przez lekarzy szkółących się, licząc od momentu rozpoczęcia specjalizacji.

Zwraca uwagę rozbieżność między deklaracjami w zakresie gotowości a faktycznym momentem samodzielnego rozpoczęcia udzielania porad lekarskich.



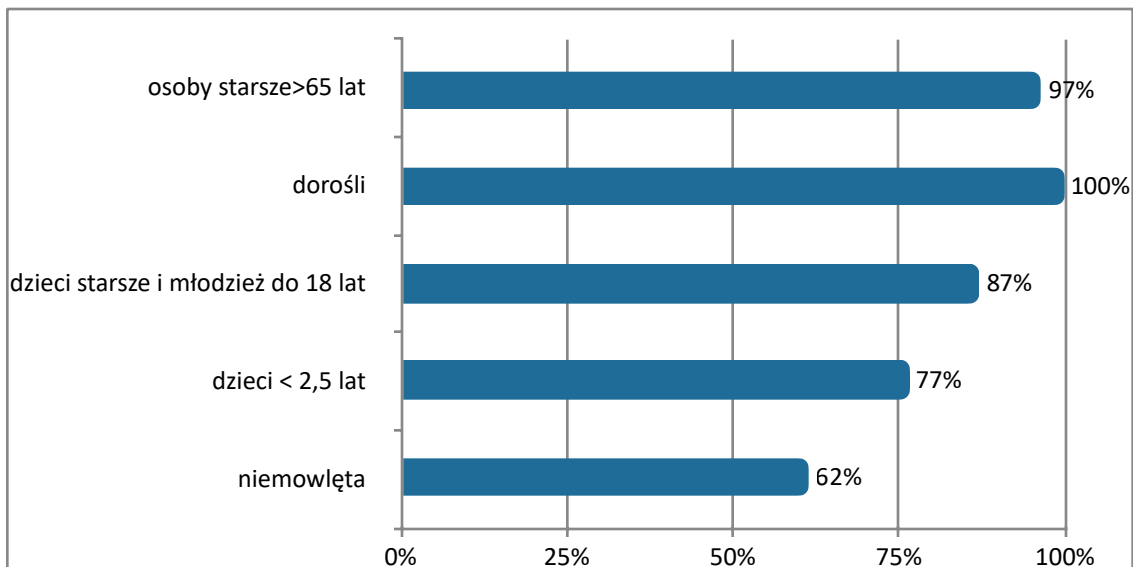
43

Faktyczne samodzielne przyjmowanie pacjentów przez lekarzy w trakcie szkolenia specjalizacyjnego (w %)

W kolejnym pytaniu respondenci zostali poproszeni o udzielenie odpowiedzi na temat grup wiekowych pacjentów przyjmowanych przez lekarzy rodzinnych w toku specjalizacji.

87% respondentów przyjmuje bez specjalizacji starsze dzieci oraz młodzież do 18 roku życia. Dzieci w wieku do 2,5 lat przyjmuje blisko 3/4 respondentów, natomiast niemowlęta jedynie 62% respondentów.

Można zauważyć, że im młodsza grupa wiekowa pacjentów, tym mniej lekarzy bez specjalizacji gotowych jest przyjmować ich samodzielnie.

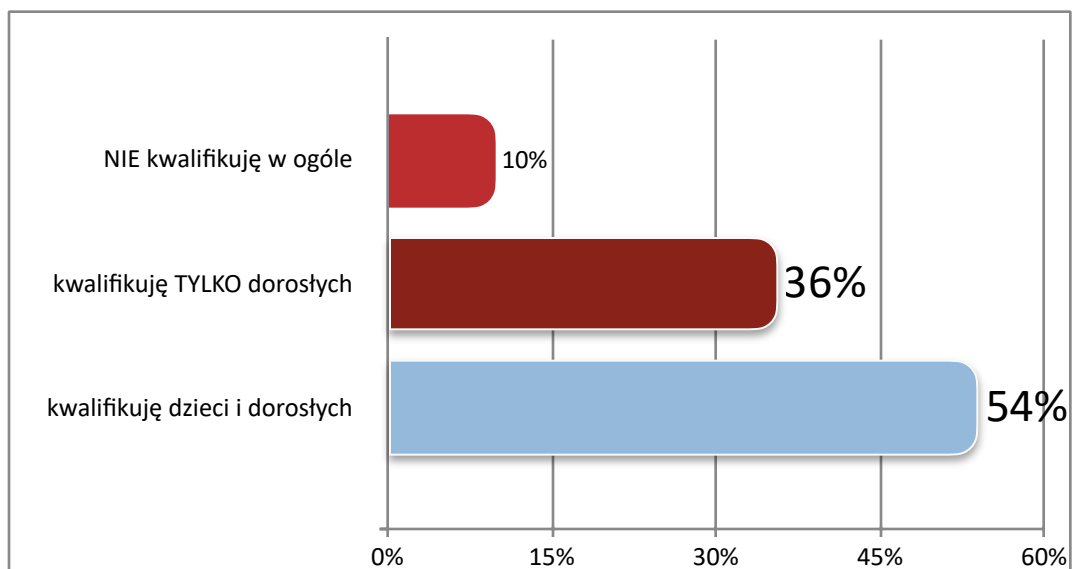


44

Kategorie wiekowe pacjentów przyjmowanych przez lekarzy rodzinnych bez specjalizacji (w %)

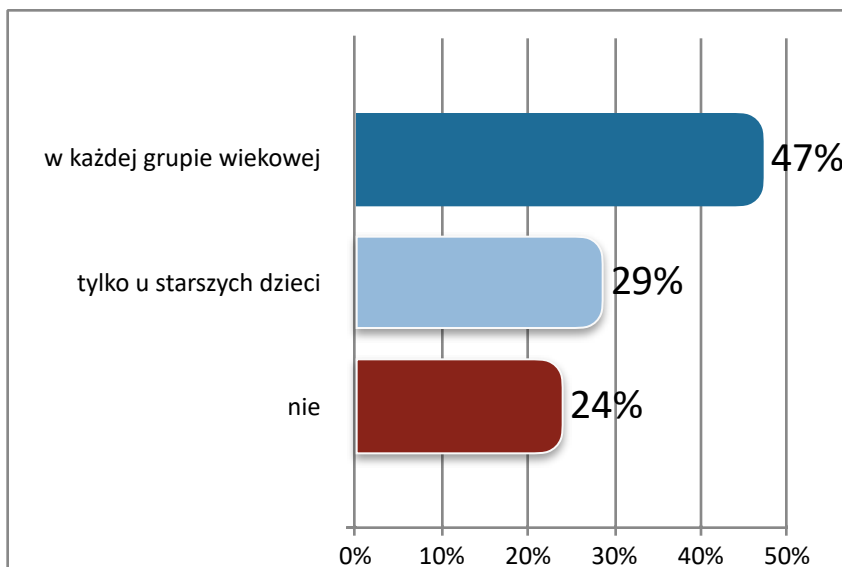
Kolejne pytanie dotyczyło kwalifikacji respondentów do przeprowadzania szczepień.

20% badanych lekarzy nie kwalifikuje do szczepienia w ogóle, część lekarzy (36%) kwalifikuje tylko pacjentów dorosłych.



45

Kwalifikowanie wybranych grup pacjentów do szczepień przez lekarzy w trakcie specjalizacji (w %)



46

Przeprowadzanie
bilansów zdrowia
przez
respondentów
(w %)

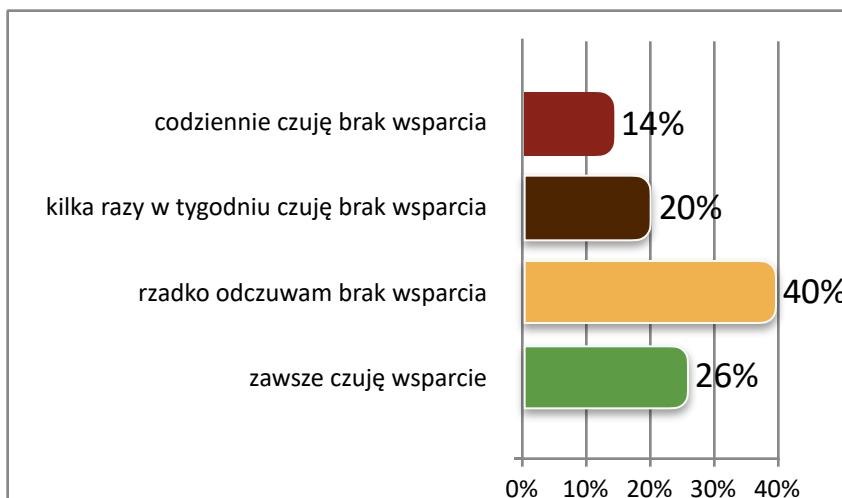
47% respondentów wykonuje bilanse zdrowia u pacjentów w każdej grupie wiekowej, natomiast ponad 28% respondentów wykonuje je jedynie u starszych dzieci.

Prawie 1/4 badanych nie wykonuje bilansów.

Celem kolejnego pytania było uzyskanie odpowiedzi, jak często odczuwają **brak wsparcia** w decyzjach diagnostyczno-terapeutycznych, dotyczących problemów pacjenta.

26% respondentów zawsze odczuwa wsparcie. Ponad 14% badanych codziennie odczuwa brak wsparcia w zakresie diagnostyki i leczenia pacjentów. Dalsze 20% boryka się z takim problemem kilka razy tygodniu.

40% respondentów rzadko odczuwa brak wsparcia w podejmowaniu decyzji dotyczących pacjenta.



47

Brak wsparcia
w podejmowaniu
decyzji diagnostyczno-
terapeutycznych
dotyczących pacjenta
w opinii respondentów
(w %)

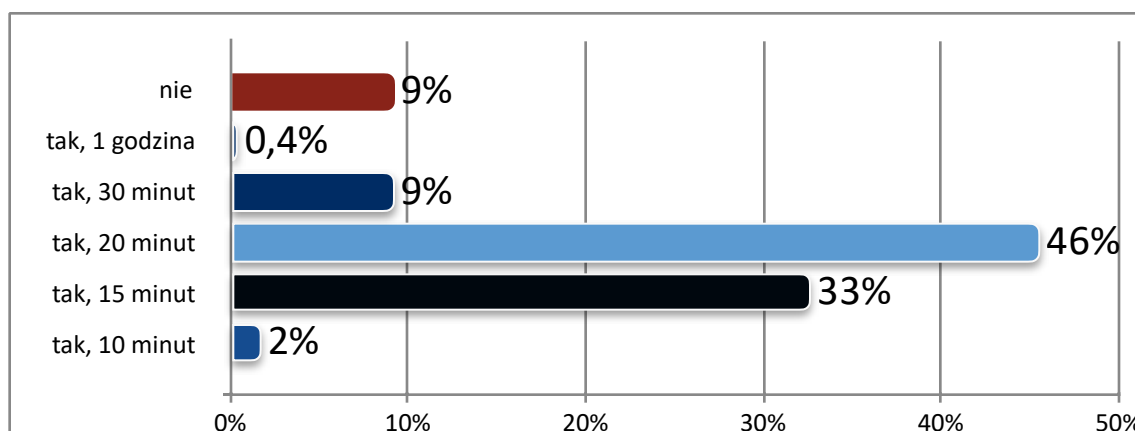
Czy jesteś za ustaleniem minimalnego czasu przyjmowania pacjenta w POZ przez lekarza szkolącego się?

Celem pytania było uzyskanie odpowiedzi dotyczącej ustalenia minimalnego czasu przyjmowania pacjenta w POZ przez lekarza szkolącego się. Respondenci mieli do wyboru następujące odpowiedzi:

- „tak, 15 min”,
- „tak, 20 min”,
- „tak, 30 min”,
- „tak, 10 min”,
- „tak, 1 godzina”,
- „nie”.

46% badanych wskazuje, iż optymalnym czasem przyjmowania byłoby 20 minut. Dalsze 33% respondentów uważa, że 15 min w zupełności wystarczy na przyjęcie pacjenta. 10 minut to czas minimalny na przyjęcie pacjenta w POZ w opinii niespełna 2% respondentów, natomiast 30 minut według 9% respondentów.

Jedynie 9% respondentów uważa, że nie należy ustalać czasu minimalnego dla pacjentów, a tylko według 2 osób czas ten powinien zostać określony na 1 godz.



48

Ustalenie minimalnego czasu przyjmowania pacjenta w POZ w opinii respondentów (w %)

W kontekście tego pytania pojawiło się wiele wolnych uwag respondentów. Zebrano je poniżej.

Wolne uwagi respondentów:

- *Lekarz powinien decydować zależnie od swojego doświadczenia, wieku (niemowlęta badam dłużej) i stanu pacjenta (jeżeli pilny i ciężki przypadek badanie jest znacznie dłuższe).*
- *Uważam, że na początku szkolenia czas konsultacji powinien być dłuższy (20-30min).*
- *Zależy od jakości prowadzonej dokumentacji medycznej.*
- *Zależnie od etapu szkolenia i osobistych umiejętności. Do decyzji kierownika.*
- *Tak, adekwatnie do powodu wizyty.*
- *Tak. Pierwszy miesiąc 20-30 min. Następne 4 miesiące 20 minut i następnie 15 min.*

Z wypowiedzi respondentów można wywnioskować, że ostrożnie należy wyznaczać lekarzowi rodzinnemu czas, który powinien przeznaczać dla pacjenta.

Zależne jest to bowiem od doświadczenia lekarza oraz jego wiedzy na temat jednostki chorobowej, kategorii wiekowej pacjenta oraz jego dolegliwości.



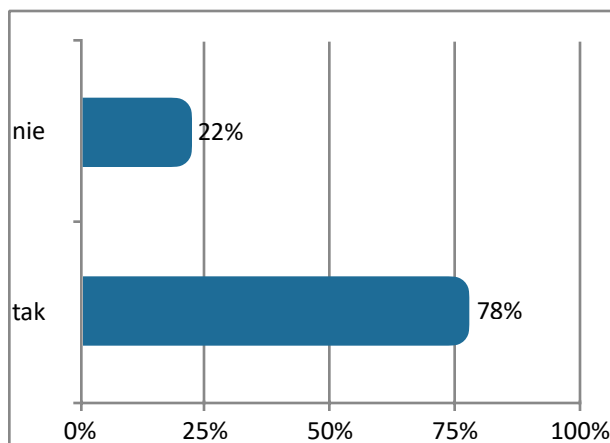
Rozdział 6

Placówka szkoląca a szkolenie



Ankieta badała opinie lekarzy szkolących się i tuż po zakończeniu szkolenia, również w aspekcie organizacji pracy i funkcjonowania placówek szkolących.

Według ponad 78% respondentów wyposażenie placówki umożliwia nabywanie kompetencji lekarza rodzinnego. 22% respondentów ma odmienne zdanie na ten temat.



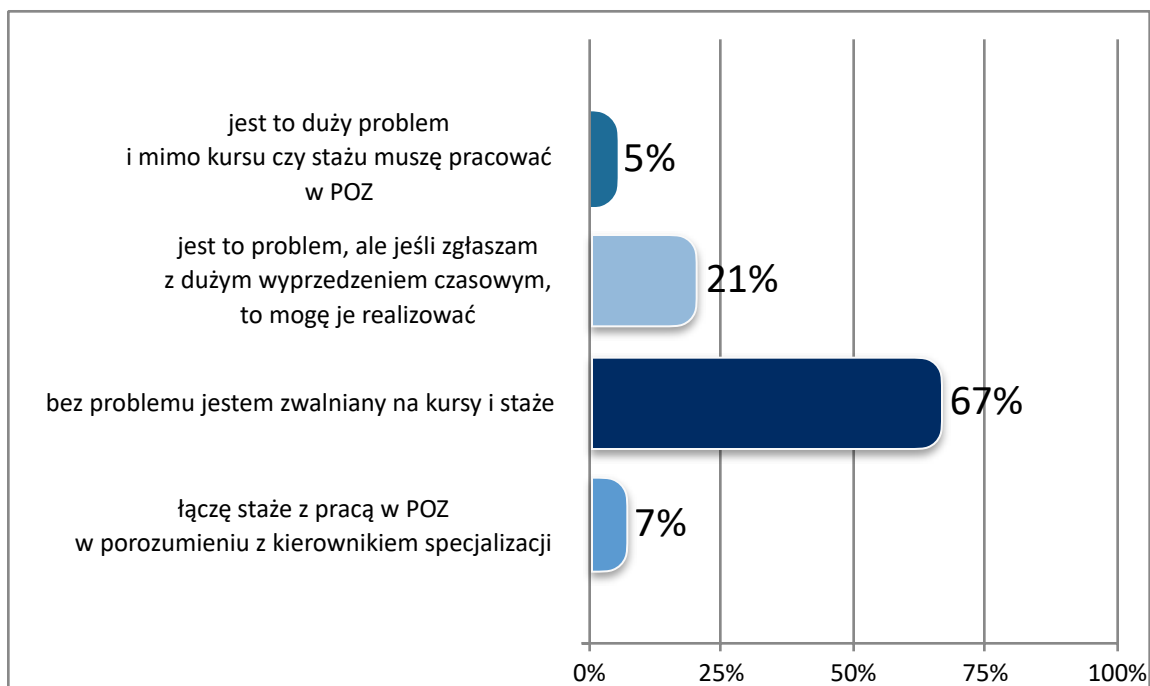
49

Czy wyposażenie placówki umożliwia nabywanie kompetencji lekarza rodzinnego? Opinie respondentów (w %)

W kolejnym pytaniu uzyskano informacje na temat tego, czy respondenci mają możliwość realizacji kursów i staży kierunkowych.

Blisko 67% respondentów ma możliwość realizacji szkolenia lub kursu **bez problemów**. Łącznie ok. 26% ma problem z odbyciem kursów i staży podczas pracy, jeśli nie zgłosi tego faktu z wyprzedzeniem czasowym lub jest z tym duży problem.

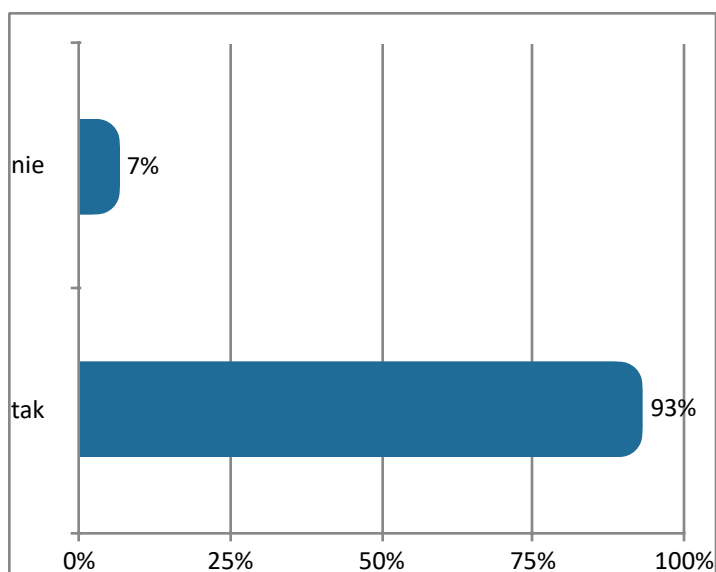
7% respondentów łączy staże z pracą w POZ w porozumieniu z kierownikiem specjalizacji bez żadnych problemów.



50

Możliwość realizacji kursów i staży kierunkowych przez respondentów (w %)

Z analizy kolejnych danych i wykresu wynika, że respondenci nastawieni są na samokształcenie w zawodzie lekarza rodzinnego. 93% respondentów uczestniczy w konferencjach i szkoleniach, a jedynie 7% respondentów nie korzysta z tej możliwości.

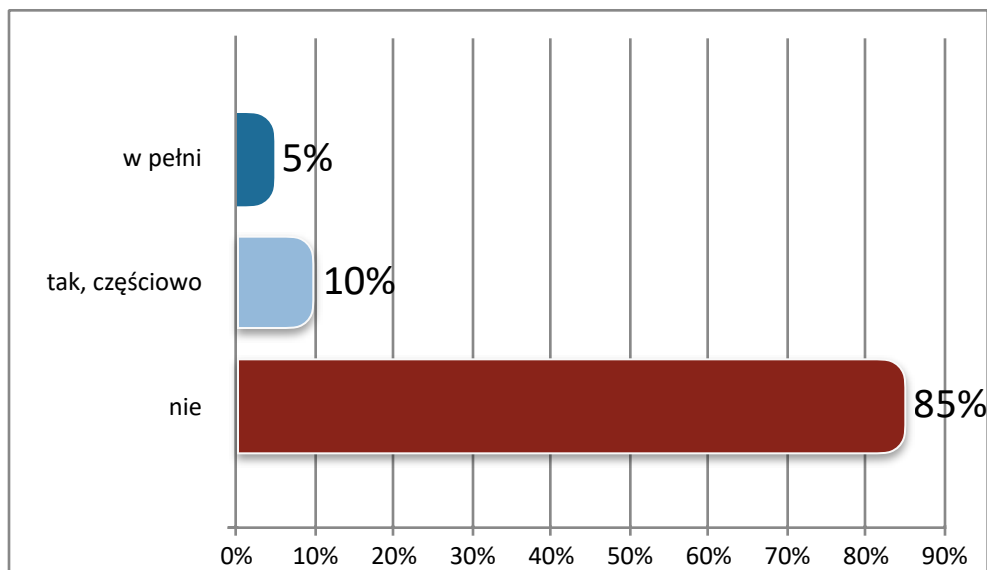


51

Uczestnictwo w konferencjach i szkoleniach w ramach samokształcenia (w %)

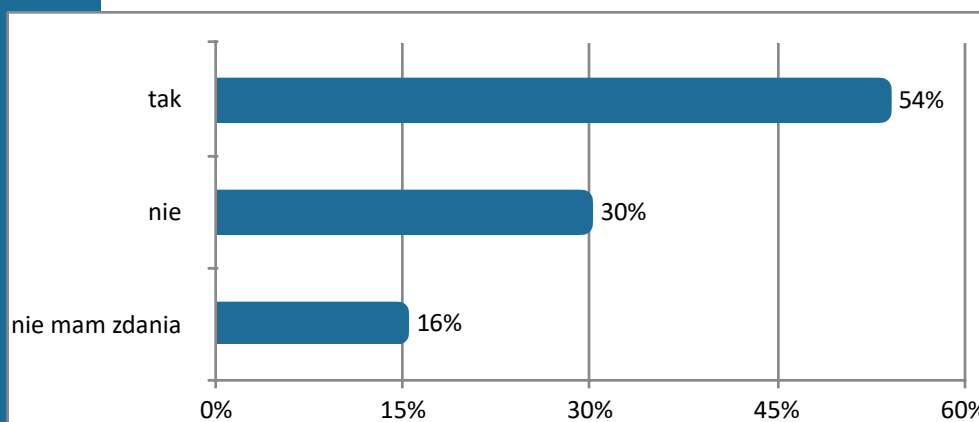
Według respondentów szkolenia **nie są finansowane** przez ich pracodawców (85%).

Jedynie 5% respondentów potwierdza, że ich pracodawca w pełni płaci za odbyte przez nich kursy i szkolenia w ramach samokształcenia.



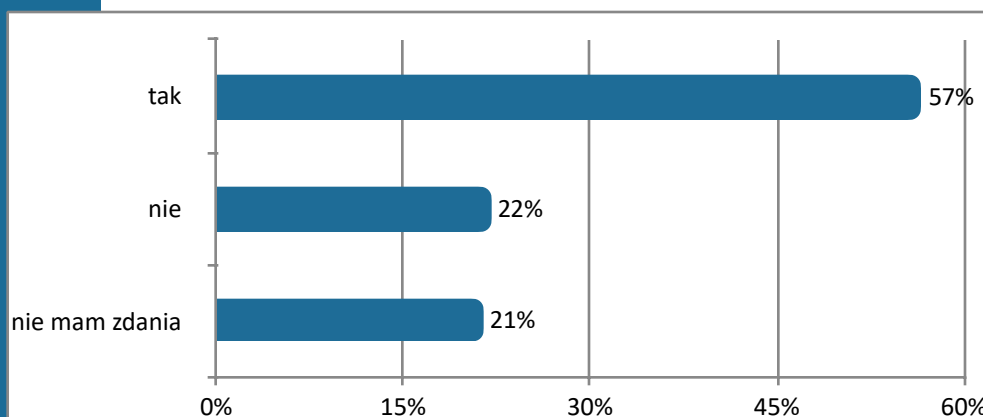
54% respondentów chce odbyć część stażu w innej placówce POZ niż placówka macierzysta. 30% respondentów nie jest do tego przekonana. Tylko 16% respondentów nie ma zdania.

Respondenci są jednocześnie **przekonani do odbycia stażu w ramach wymiany międzynarodowej**. 57% respondentów chce w niej uczestniczyć, a 21% respondentów nie ma zdania na ten temat. Chęci odbycia wymiany międzynarodowej zadeklarowało 22% respondentów.



53

Odbycie części stażu w innej placówce POZ w opinii respondentów (w %)



54

Odbycie wymiany międzynarodowej w ramach Vasco da Gama Movement w opinii respondentów (w %)

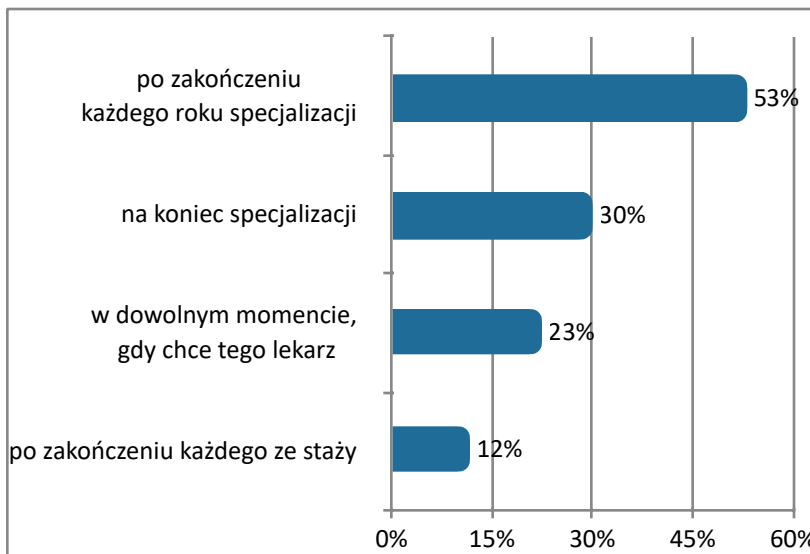
Rozdział 7

Całościowa ocena specjalizacji



Ankietowanych lekarzy zapytaliśmy o ich kompleksową ocenę specjalizacji, w tym czy byłoby skłonni ją rekomendować swoim koleżankom i kolegom.

Większość respondentów wskazuje, że **ocena placówki i współpracy z kierownikiem praktyk** powinna być dokonana po zakończeniu każdego roku specjalizacji, około 30% - na koniec specjalizacji (pytanie wielokrotnego wyboru).



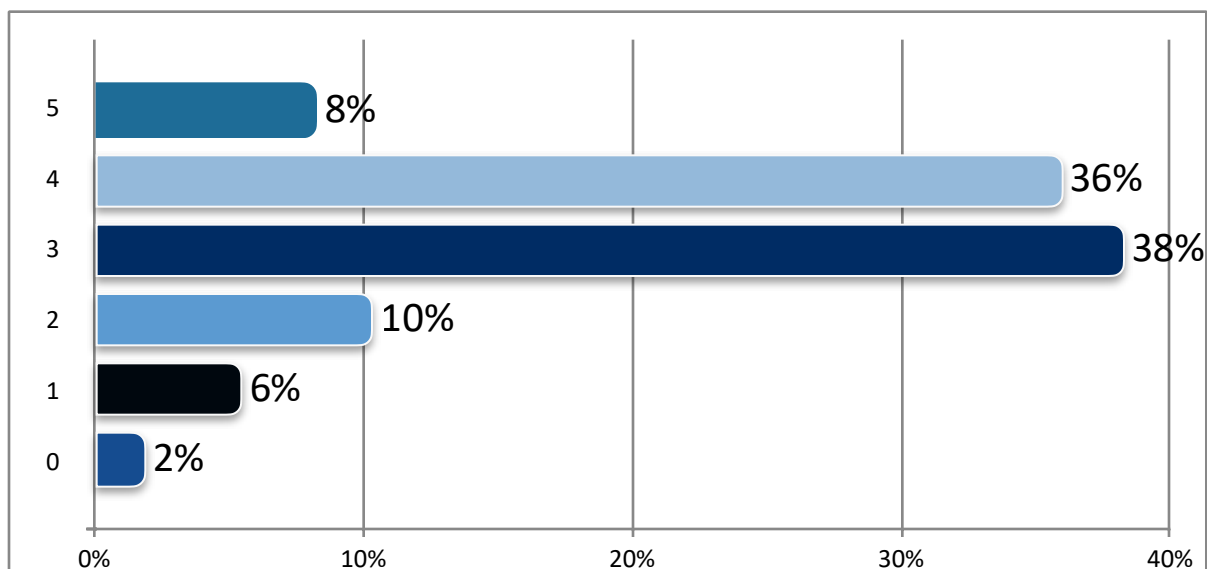
55

Moment oceny specjalizacji przez lekarza szkolącego się w opinii respondentów (w %) - cztery najczęstsze odpowiedzi

Celem kolejnego pytania było uzyskanie informacji na temat **całościowej oceny szkolenia specjalizacyjnego**. Ocena dokonana była w skali od 0-5, gdzie 0 – brak spełnienia oczekiwań, 5 – całkowite spełnienie oczekiwań.

Z analizy wykresu można wywnioskować, że szkolenie spełniło oczekiwania 44% respondentów, którzy dokonali oceny szkolenia w skali punktowej „4-5”.

Najczęściej wskazywaną była ocena „3” - 38% badanych.



56

Oczekiwania a rzeczywistość szkolenia specjalizacyjnego w opinii respondentów (w %) - ocena spełnienia oczekiwań

Celem obiektywizacji tej oceny zapytano również respondentów, czy **polecają oni specjalizację z medycyny rodzinnej**. Możliwe warianty wypowiedzi respondentów: „tak”, „nie” i „czasem”.

97% respondentów poleca innym lekarzom odbycie specjalizacji z medycyny rodzinnej. Jedynie 3% respondentów wybrało odpowiedź „nie”.

97%

poleca

3%

nie poleca



57

Polecenie specjalizacji z medycyny rodzinnej przez respondentów (w %)

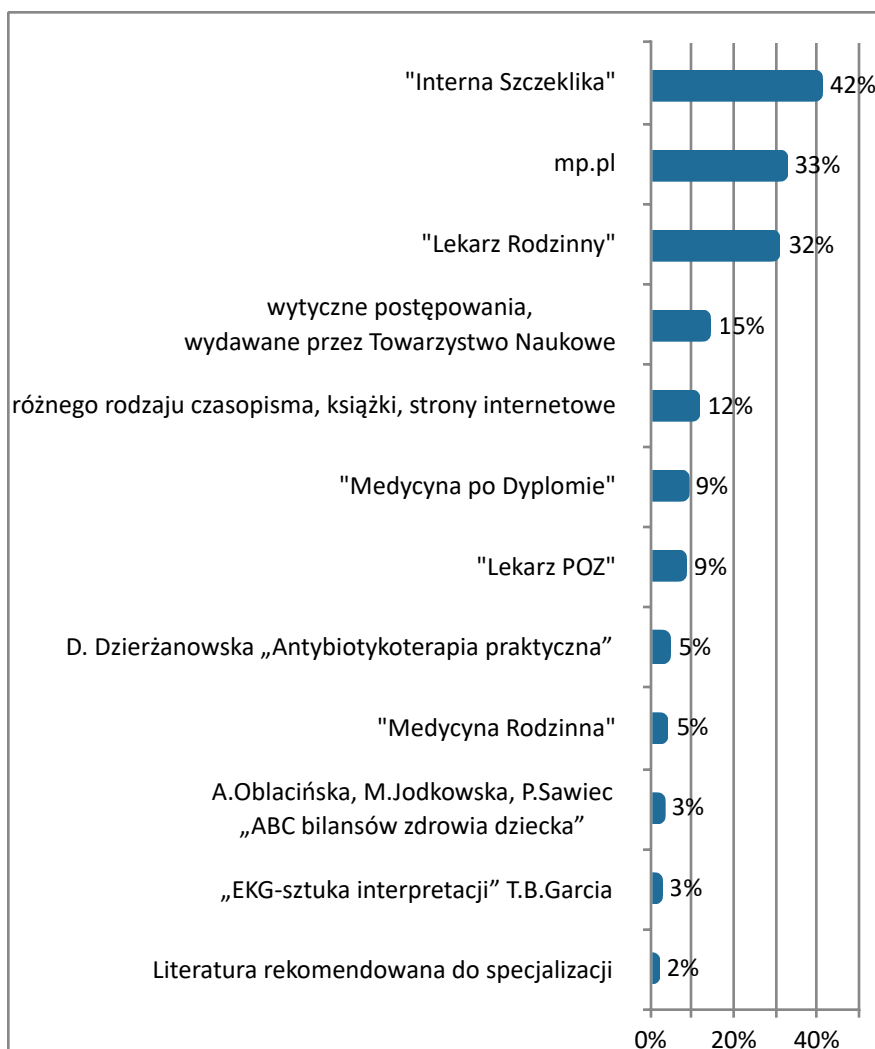
Rozdział 8

Rozwój i edukacja w toku szkolenia



W kolejnych pytaniach poprosiliśmy respondentów o wymienienie tytułów i autorów publikacji, z których uczą się w czasie pracy, wymienienie źródeł online i innych narzędzi przydatnych w ich pracy. Pytaliśmy także o zdobywanie dodatkowych umiejętności.

Analizując wykres, można zauważyć, że najbardziej praktyczną literaturę medyczną stanowi „Interna Szczeklika”. Taką odpowiedź udzieliło 42% respondentów. Portal internetowy Medycyny Praktycznej uznany został za wartościową literaturę medyczną przez 33% respondentów. Niewiele mniej osób ankietowanych (32%) postrzega czasopismo „Lekarz Rodzinny” za wartościową literaturę (pytanie wielokrotnego wyboru).



58

Literatura do nauki wskazana przez respondentów (w %)

Mniej popularna literatura do nauki, czytana przez respondentów to: wytyczne postępowania wydawane przez Towarzystwo Naukowe (14,8% respondentów), „Medycyna Rodzinna” A.Windaka (4,5% respondentów), czasopismo „Medycyna po Dyplomie” (9,2% respondentów), „Lekarz POZ” (9 % respondentów), różnego rodzaju czasopisma, książki i strony internetowe (12% respondentów), D. Dzierżanowska „Antybiotykoterapia praktyczna”(5,1% respondentów), A. Oblacińska, M.Jodkowska, P. Sawiec „ABC bilansów zdrowia dziecka” (3,4% respondentów), „EKG-sztuka interpretacji” T.B.Garcia (3% respondentów).

Ze względu na wiele różnorodnych tytułów literatury medycznej, czytanej przez respondentów, wyodrębniono następujące kategorie:

- A. Literatura oraz informacje uzyskane podczas samokształcenia.**
- B. Literatura medyczna pozostała.**

A. Literatura oraz informacje uzyskane podczas samokształcenia

- *Webinaria (8 osób).*
- *Materiały ze szkoleń i konferencji (4 osoby).*
- *Notatki ze studiów (3 osoby).*
- *Literatura zalecana przez konsultanta (1 osoba).*
- *Nie mam czasu na naukę (6 osób).*
- *PTMR (6 osób).*
- *Prezentacje z kursów (4 osoby).*
- *Książki dostępne w przychodni POZ (2 osoby).*

B. Literatura medyczna pozostała

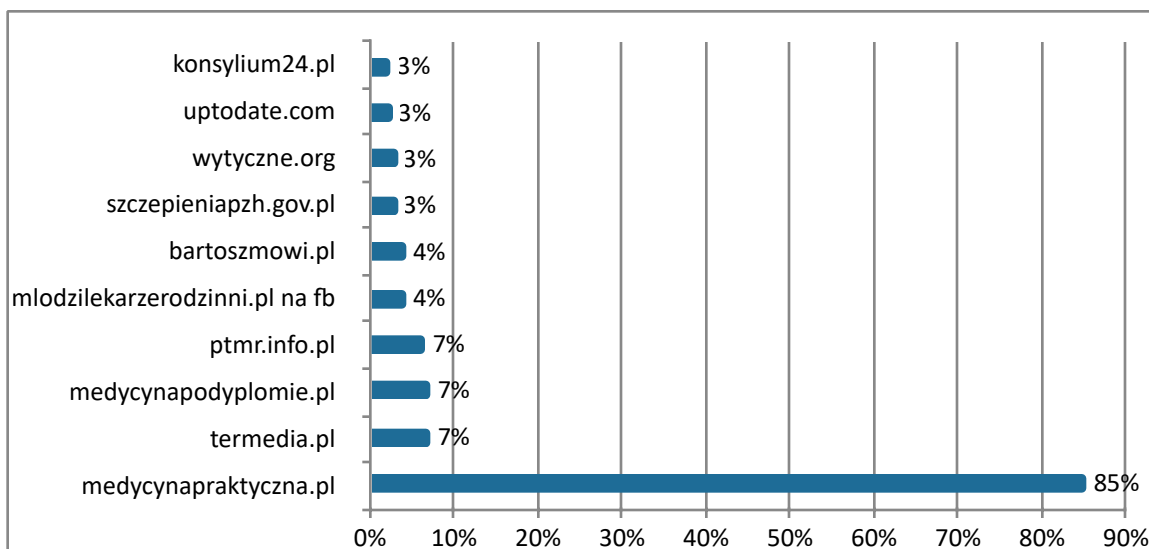
- *Empendium (5 osób).*
- *Termedia (2 osoby).*
- *Standardy medyczne (3 osoby).*
- *M. Papadakis „CURRENT Medical Diagnosis and Treatment 2014” (1 osoba).*
- *“Tintinalli's Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide” (1 osoba).*
- *“ 5000 pytań z pediatrii” (2 osoby).*

- B. Latkowski „Medycyna Rodzinna” (6 osób).
- Książki autorstwa M.Jaremy (1 osoba).
- „Stany nagłe w pediatrii” (4 osoby).
- A.Dobrzyńska „Pediatria” (2 osoby).
- W. Kawalec, K. Kubicka „Pediatria” (8 osób).
- A. Kaszuba „Atlas dermatologiczny” (2 osoby).
- Atlas laryngologiczny (1 osoba).
- Atlas chorób zakaźnych (1 osoba).
- J. Wysocki „Szczepienia w pytaniach odpowiedziach” (8 osób).
- Ustawy i rozporządzenia (1 osoba).
- Czasopisma anglojęzyczne (6 osób).
- „Alergologia” (1 osoba).
- Atlas Otoskopii (1 osoba).
- P. Buda, .R Grenda „Poradnik dyżuranta-Pediatria” (1 osoba).
- Seria PZWZ (Kardiologia, Hematologia, Reumatologia w praktyce lekarza POZ).
- J.Pietrzyk, P.Kwinta „Pediatria” (1 osoba).
- M.Kurpesa „Interpretacja EKG.Kurs podstawowy” (2 osoby).
- „Podręcznik leczenia bólu” (1 osoba).
- T. Tomasik „Elektrokardiografia dla lekarza praktyka” (1 osoba).
- Atlasy dermatologiczne (1 osoba).
- S. Jabłońska „Choroby skóry i choroby przenoszone drogą płciową” (3 osoby).
- „Pediatria po dyplomie” (8 osób).
- G. Banaszek „Rozwój niemowląt i jego zaburzenia a rehabilitacja metodą Wojty” (1 osoba).
- Habif „Dermatologia. Diagnostyka różnicowa” (1 osoba)

Analizując wypowiedzi, można zauważyć, że respondenci czytają wiele różnorodnych książek medycznych, wśród nich najwięcej z zakresu pediatrii oraz interpretacji EKG.

Największą popularnością wśród respondentów cieszył się portal mp.pl (85% respondentów). W dalszej kolejności był to portal termedia.pl, medycynapodyplomie.pl oraz ptmr.info.pl (po 7% respondentów).

Ze względu na ilość stron internetowych, podawanych przez respondentów, zostały one wymienione poniżej:



59

Serwisy specjalistyczne medyczne, wykorzystywane do nauki przez respondentów (w %) (wielokrotny wybór)

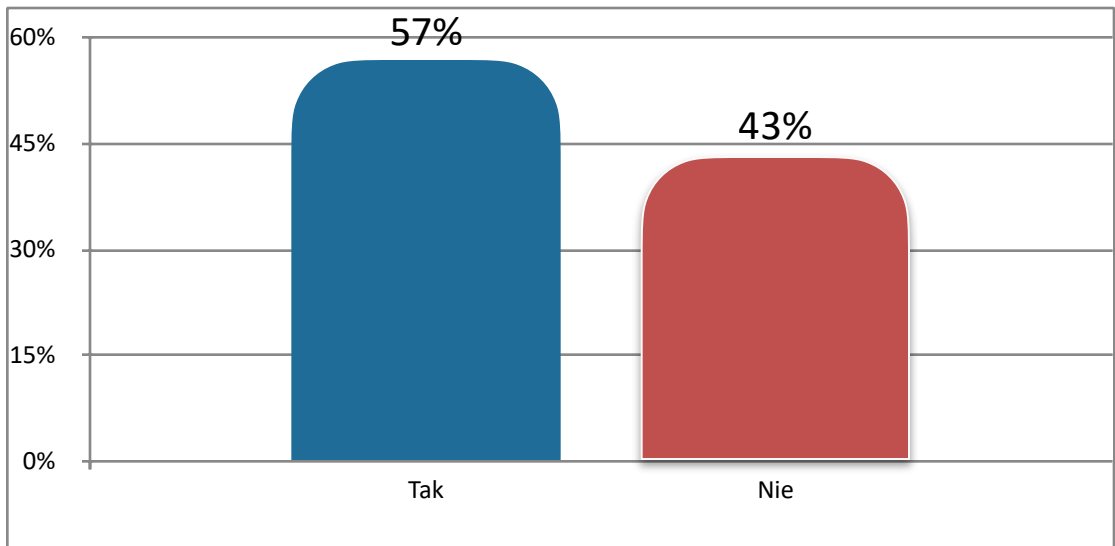
W kolejnym pytaniu poproszono respondentów o informację na temat inwestowania placówki szkolącej w dodatkowe umiejętności, możliwe do zdobycia przez lekarza rodzinnego.

Jak wynika z analizy wykresu **placówki nie inwestują** w dodatkowe umiejętności zdobywane przez lekarzy rodzinnych. Taką odpowiedź udzieliło 87% respondentów.



W następnym pytaniu poproszono respondentów o informację na temat inwestowania przez nich samych w zdobywanie dodatkowych umiejętności.

56,7% respondentów inwestuje w zdobywanie przez siebie dodatkowych umiejętności przydatnych w zawodzie lekarza rodzinnego, natomiast 43,3% respondentów tego nie czyni.



61

Inwestowanie lekarza rodzinnego w zdobywanie przez siebie dodatkowych umiejętności lekarza rodzinnego (w %)

Następnie zapytano, jakie to umiejętności. Największą popularnością, jeśli chodzi o tematykę kursów i szkoleń finansowanych przez respondentów, cieszyły się (pytanie nieobowiązkowe):

- kursy USG
25% wszystkich respondentów
67% osób, które udzieliło odpowiedzi na to pytanie
- inne najpopularniejsze kursy to:
 - opieka paliatywna/hospicyjna 10%
 - dermatologia (w tym dermatoskopia) 8%
 - EKG 6%
 - szczepienia 4,5%
 - obesitologia 3%

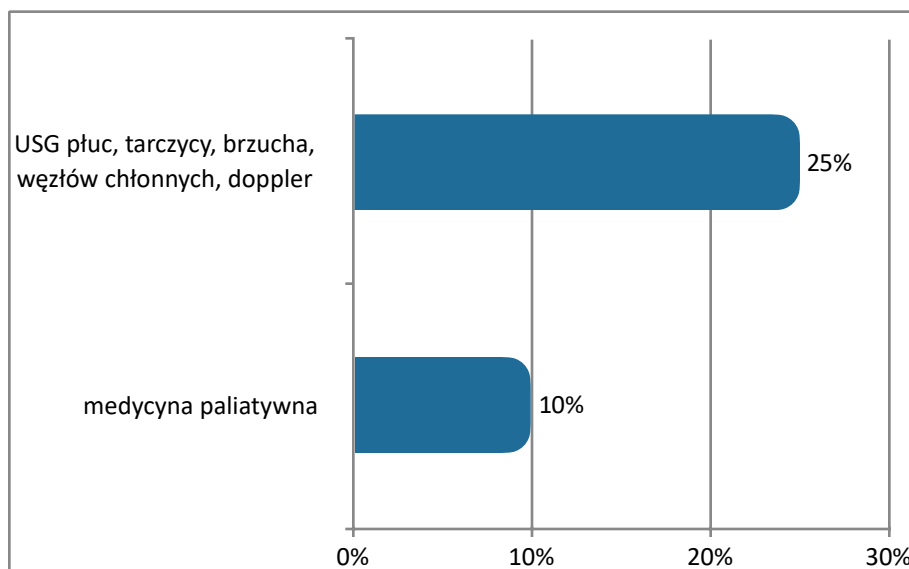
Tematyka pozostałych szkoleń została umieszczona w formie wolnych uwag respondentów.

Wskazania respondentów:

- *Studia podyplomowe z dietetyki (1 osoba).*
- *Kurs „gojenie ran” (1 osoba).*
- *Badania naukowe układu ruchu (3 osoby).*
- *Badania przedmiotowe w ortopedii (2 osoby).*
- *Terapia manualna ręki (1 osoba).*
- *Leczenie otyłości (4 osoby).*
- *Kurs spirometrii (5 osób).*
- *Szkolenia przygotowania do pracy w POZ (1 osoba).*
- *Otoskopia (6 osób).*
- *Kurs CDL (1 osoba).*
- *Kurs językowy (2 osoby).*
- *Kurs języka migowego (2 osoby).*
- *Kurs ratowania dzieci (1 osoba).*
- *Ocena napięcia mięśniowego dzieci (2 osoby).*
- *Ocena rozwoju dzieci i niemowląt (2 osoby).*
- *Umiejętności menadżerskie w ochronie zdrowia (2 osoby).*
- *Medycyna estetyczna (1 osoba).*
- *Iniekcje dostawowe (1 osoba).*
- *Kurs szczepień (6 osób).*
- *Komunikacja i rozmowa z pacjentem (3 osoby).*
- *Zagadnienia prawne (2 osoby).*
- *Ocena fizjoterapeutyczna niemowląt i dorosłych (1 osoba).*
- *RKO (4 osoby).*
- *Studia podyplomowe z psychoterapii (3 osoby).*
- *Kurs laktacyjny (2 osoby).*
- *Medycyna podróży (4 osoby).*

Można zauważyć, że respondenci najczęściej wybierają kursy i szkolenia, dotyczące przeprowadzania badań i szczepień oraz opieki nad niemowlętami i noworodkami.

Najpopularniejszym kursem wśród respondentów byłby kurs z tematyki USG (25%) oraz medycyny paliatywnej (10%). Tematyka pozostałych kursów została ujęta w wolnych uwagach respondentów.



62

Umiejętności lekarza rodzinnego, jakie chcieliby zdobywać respondenci w toku szkoleń (w %)

Wolne uwagi respondentów:

- Kurs rehabilitacji (4 osoby).
- Opieka nad noworodkiem i niemowlęciem (4 osoby).
- Point of care (2 osoby).
- BLS i ALS (4 osoby).
- Psychoterapia (2 osoby).
- Echo serca (3 osoby).
- Oftalmoskopia (1 osoba).
- Dietoterapia (1 osoba).
- Polisomnografia (1 osoba).
- Kurs badania kierowców (1 osoba).
- Leczenie ran przewlekłych (1 osoba).
- Mała chirurgia (3 osoby).

Rozdział 9

Wolne uwagi respondentów



Ostatnim elementem ankiety było okno do wpisania przez badanych lekarzy wolnych uwag. Ze względu na ich znaczną liczbę w niniejszej analizie wybrano najbardziej reprezentatywne, zbierając je w kategoriach:

- A. Opinia respondentów dotycząca współpracy z kierownikiem praktyk.
- B. Opinia respondentów dotycząca przebiegu staży i szkoleń.
- C. Propozycje miejsca stażu.
- D. Propozycje czasu trwania kursów i specjalizacji.
- E. Ocena kursów.
- F. Ocena specjalizacji i toku szkolenia.
- G. Ocena staży.
- H. Funkcjonowanie lekarza rodzinnego w placówce POZ.
- I. Propozycje ulepszenia staży, kursów i specjalizacji.

Wszystkie poniższe wypowiedzi są cytatami z udzielonych w ankiecie odpowiedzi.

A. Opinia respondentów dotycząca współpracy z kierownikiem praktyk

- *Najgorzej oceniam brak wsparcia w podejmowaniu decyzji dotyczących kłopotliwych dla mnie zagadnień. Coraz więcej układam w głowie, ale do wszystkiego trzeba dojść metodą prób i błędów. Kierownik specjalizacji zawsze służy pomocą, ALE nie ma czasu przy takiej ilości pacjentów zarówno u mnie, jak i u kierownika na dyskusję i wyjaśnienia.*
- *Uważam, że kierownik specjalizacji powinien analizować trudnych pacjentów, razem szukać odpowiedzi na pytania, organizować czas do omówienia pacjentów/spraw bieżących.*
- *Niestety szkolimy się często u starszych lekarzy, którzy nie do końca rozumieją ideę medycyny rodzinnej - traktują to jako urlop po ciężkiej pracy na oddziałach internistycznych. Stąd pomimo prawie 30 lat istnienia specjalizacji mam wrażenie, że cały czas jest w powijakach i w trakcie wdrażania.*

- Mój kierownik specjalizacji jest w innej przychodni, nie mam osobistego kontaktu z nim i tego mi brakuje.
- Uważam, że osoby, które zrobiły rodzinną krótkim trybem, a na co dzień pracują np. tylko jako pediatrzy czy interniści powinni mieć zakaz obejmowania funkcji kierownika. Tylko prawdziwi rodzinni. Tylko z tą specjalizacją jako jedyną. Uważam, że powinna być bardziej nagradzana inwencja własna rezydenta, np. wykłady o profilaktyce chorób, akcje zdrowotne dla lokalnej społeczności itd.
- Chciałabym, aby kierownik specjalizacji przyjmował równoległe ze mną lub przynajmniej inny specjalista medycyny rodzinnej, często zostaję w przychodni sama.
- Wizyty domowe - od samego początku specjalizacji na domowe wizyty jako rezydenci w naszej przychodni byliśmy wysyłani samodzielnie z argumentacją, że musimy się uczyć.
- Kierownicy specjalizacji powinni być odpowiednio wynagradzani, ale jednocześnie też rozliczani z opieki nad szkolącym się lekarzem. Sytuacja, która panuje aktualnie, sprzyja wykorzystywaniu rezydentów, traktowaniu ich jak darmowej siły roboczej
- Uważam, że kierownicy specjalizacji powinni być bezwzględnie rozliczani z punktów edukacyjnych rok rocznie, często nie posiadają aktualnej wiedzy i wymagają od nas pracy na zasadach wyuczonych przez nich lata temu, obecnie nieaktualnych.

B. Opinia respondentów dotycząca przebiegu staży i szkoleń

- Jakość szkolenia specjalizacyjnego w istotnym zakresie zależy od organizacji POZ, kompetencji kierownika specjalizacji i innych lekarzy POZ, w którym odbywa się szkolenie. Wiedza i umiejętności kierowników specjalizacji są często archaiczne. Rezydenci są często wykorzystywani do uzupełnienia braków kadrowych i są delegowani do przyjmowania pacjentów w godzinach, w których stanowią jedyną kadrę POZ (bez wsparcia doświadczonego lekarza). Jesteśmy traktowani jak pracownicy POZ, a nie jak osoby szkolące się.
- W moim odczuciu okres stażu podstawowego w POZ jest zbyt krótki, staże kierunkowe są za długie oraz powinny odbywać się tylko w poradniach (poza chorobami wewnętrznymi i pediatrią).
- Część staży w oddziałach zupełnie nieprzydatna, np. ginekologia, chirurgia, stażyści traktowani jak zło konieczne.
- Uważam, że staże powinny być robione w poradniach, ale nie mogą trwać pół roku - tracimy wtedy kontakt ze swoim POZ, nie posiadamy wtedy możliwości realizacji zadań lekarza POZ (relacja z pacjentami).

- Po stażu z pediatrii i powrocie do przychodni ma się całkowicie inne spojrzenie na leczenie dzieci. Uważam, że szkolenie z pediatrii i chorób wewnętrznych czyli podstaw medycyny rodzinnej powinno powtarzać się co 5 lat.
- Uważam niestety, że szkolenie nie przygotowuje dobrze ani do przyjmowania dzieci, ani dorosłych, moim zdaniem powinien być do wyboru moduł podstawowy z pediatrii lub interny, następnie moduł specjalistyczny ze stażem w POZ z ukierunkowaniem na wybraną grupę.
- Problemy z wpisywaniem procedur i innych informacji do SMK (strata czasu).

C. Propozycje miejsca stażu

- Staże kierunkowe powinny odbywać się tylko w poradniach.

D. Propozycje czasu trwania kursów i specjalizacji

- Uważam, że staże podstawowe z pediatrii i interny powinny stanowić w sumie 3 lata z 5 lat specjalizacji.
- Potrzebna jest reforma systemu opieki zdrowotnej zwiększająca kompetencje lekarza rodzinnego, tak aby medycyna rodzinna faktycznie była głównym filarem systemu, jak to ma miejsce np. w Szwecji.
- Uważam, że najdłuższy z kursów jest zbyt długi i bardzo ciężko go zrealizować. Wiele zagadnień poruszanych na kursach jest odpowiednia dla specjalizacji szpitalnych, nie mają nic wspólnego z pracą lekarza rodzinnego.
- Myślę, że osoby, które chcą doszkolić się dodatkowo w innych miejscach poprzez więcej staży fakultatywnych - powinny mieć taką możliwość. Poza tym nie mam innych uwag :) pozdrawiam
- Po 4 latach specjalizacji mam uczucie, że wszystkiego nauczyłem się sam, ale na tym chyba polega ta specjalizacja.
- Wydaje mi się, że dużą pokusą dla pracodawcy jest, aby "doświadczony" rezydent przyjmował jak najwięcej pacjentów. Lepiej gdyby czas minimalny był określony, lub żeby decyzja o skróceniu tego czasu należała do rezydenta.
- Rezydent często wyciskany jest jak cytryna, przyjmując pacjentów co 7-10 min. Czuje się jak wyrobnik, a nie osoba, która ma się uczyć i zbierać doświadczenie.

E. Ocena kursów

- Niektóre kursy nie odbywają się w ogóle w ciągu całego roku. Zbyt długi czas trwania niektórych kursów. Łatwiej byłoby więcej krótkich kursów.
- Zbyt dużo teoretycznych kursów, które z powodzeniem można zastąpić wykładami w formie online
- Kursy, które miałem okazję odbyć głównie realizowane przez CMKP w Warszawie, bardzo różniły się z rzeczywistością pracy w POZ, lekarze prowadzący nie byli zorientowani, jakie badania możemy zlecać pacjentom, że na pacjenta możemy poświęcić 10-15 minut i nie możemy przeprowadzać takiej diagnostyki, jak i zbierać tak długiego wywiadu jak w szpitalu.
- Większość kursów jest przygotowana w nieodpowiedni sposób, tj głównie czytanie slajdów, często zawierających po prostu cytaty z ustaw, rozporządzeń, itp.
- Problem z kwalifikowaniem się na kursy. Częste zmiany dni kursów, np. miał być przez 2 tygodnie ciągiem, a nagle jest rozbijany na 2-3 dniowe etapy przez 2-3 miesiące, to rozbija pracę i możliwość zwolnienia na kurs.
- Nieuznawanie kursów zrealizowanych poza akredytowanymi, ale o tym samym zakresie.

F. Ocena specjalizacji i toku szkolenia

- Staże na oddziałach są bardzo często bezużyteczne, rezydent jest traktowany jako tania siła robocza, aspekt edukacyjny jest znikomy, staże powinny być wyłącznie w poradniach. W przychodniach nadal jest przeświadczenie, że lekarz rodzinny jest tylko od dorosłych i nie przyjmuje dzieci, bo jest od tego zatrudniony pediatra, do bilansów dzieci kierownicy specjalizacji wcale nie dopuszczają rezydentów.
- Kwestia mobbingu w miejscu pracy, rezydent powinien mieć narzędzia do obrony przed mobbingiem, możliwość zmiany miejsca specjalizacji przed końcem 1. roku, a jednostki dopuszczające się takich praktyk powinny tracić akredytację.
- Specjalizacja z medycyny rodzinnej zakłada odbywanie ogromnej ilości staży i kursów, której przydatność większości do pracy w POZ jest wątpliwa. Bardzo dużo czasu to organizowanie sobie staży i kursów, załatwianie wniosków, zgód, szkoleń BHP itp. itd. Najlepiej wspominać pracę w oddziałach, w których opiekunowie sami dbali o to, żeby mnie czegoś nauczyć, szczególnie na oddziałach pediatrycznych bardzo dużo się nauczyłem, również w innych oddziałach też dużo się nauczyłem (laryngologia, dermatologia, okulistyka, kardiologia, neurologia, psychiatria), ale i tak często byłem traktowany jak stażysta podyplomowy do opisywania pacjentów, mierzenia ciśnienia, wypisywania skierowań, przynoszenia wyników badań, zawożenia pacjentów na badania, wypisywania recept, zwolnień lekarskich, a nawet do przynoszenia spinaczy biurowych z sąsiedniego gabinetu.

- Każde wzięcie urlopu, czy udanie się na kurs obowiązkowy, czy staż jest poprzedzone długą, żenującą dyskusją z kierownikiem- zwykle uwagi typu 'nie jest to dobry czas', 'nie ma komu pracować'. Uważam, że nie tak powinna wyglądać realizacja programu specjalizacji.
- Musiałam podpisać oświadczenie, że w pracy nie ma mobbingu, pod czujnym okiem przełożonego - gdy zapytałam, co mam zrobić, jeśli poczuję się mobbingowana, usłyszałam: „zmienić pracę”. Każdą ocenę kierownika specjalizacji najpierw przegląda kierownik, raczej nie jest anonimowa.
- Uważam, że szkolenie w gruncie rzeczy nie jest złe, jednak już dość archaiczne. Również zdarza się, że rezydenci są traktowani jak główni pracownicy POZ (nieraz niewolnicy), a nie osoby szkolące się (za co płaci Ministerstwo Zdrowia).
- Uważam, że niestety mały nacisk kładziony jest na szkolenie rezydenta. W mojej przychodni od pierwszego dnia przyjmowałam pacjentów samodzielnie (przed rozpoczęciem specjalizacji pracowałam pół roku w POZ). Kiedy zgłaszałam chęć nauki w zakresie niemowląt i małych dzieci (mam zerowe doświadczenie), zostało mi zaproponowane dosłownie kilka godzin z pediatrą, po których miałam przyjmować dzieci samodzielnie. Sytuacja w większości POZ jest trudna, brakuje ludzi do pracy. Jednak rezydenci nie powinni być wykorzystywani do łatania dziur kadrowych. Uważam, że powinny mieć miejsce kontrole miejsc odbywania specjalizacji
- Podczas szkoleń zewnętrznych traktowano jak 5. koło u wozu.
- Za dużo pacjentów dziennie, za mało czasu na jednego pacjenta!
- Nieważne ile trwa szkolenie, ale w jakim miejscu jest realizowane. Więcej zależy od dobrego miejsca specjalizacji niż od jej planu na papierze czy czasu trwania.

G. Ocena staży

- Staże wewnątrz oddziałów szpitalnych to fikcja lub wykorzystywanie do papierkowej roboty - nie ma to najmniejszego sensu.
- Uważam, że powinny być kontrole miejsc specjalizacyjnych. Moje np. w ogóle nie spełnia standardów, wręcz wyśmiewa mnie, gdy napominam o nich. Wiadomo, że nie bardzo możemy zgłosić zażalenia, jeśli ci ludzie mają nam zaliczać specjalizację, ale przydałyby się audyty i kontrole zewnętrzne.
- Uważam, że specjalizacja stoi na wysokim poziomie. Dodatkowym atutem jest szerokie, unikatowe forum współpracy z Koleżankami i Kolegami, przepływ informacji i doświadczeń dostarcza rozwiązań dla niemal każdego problemu.
- Bardzo trudno było mi ocenić staże - wszystko zależy do jakiej jednostki się trafi. Początkowo rozpychałam się po pracę, później już nie miałam siły.

H. Funkcjonowanie lekarza rodzinnego w placówce POZ

- W moim POZ mogę poprosić o pomoc starszego kolegę/koleżankę, ale z moich obserwacji ich wiedza jest często nieaktualna, więc nie robię tego często.
- Moja placówka nastawiona jest na maksymalne wykorzystanie rezydenta jako darmowego pracownika, a nie na doskonalenie jego kompetencji. Mam nadzieję zmienić miejsce specjalizacji. Zero opieki nad młodym lekarzem. Brak nadzoru nad moim kierownikiem specjalizacji, który często sam popełnia błędy merytoryczne.
- Dużą zaletą jest praca w małym POZ ze względu na kameralną atmosferę, bliski kontakt z kierownikiem, przyjazne stosunki z personelem pielęgniarskim, który wspiera i pomaga, elastyczne godziny pracy i przyjacielską atmosferę.
- Pracując w ośrodku z innymi rezydentami, stworzyliśmy własną 'grupę wsparcia'. Starsi rezydenci i młodzi specjaliści okazują się niezastąpionym źródłem wsparcia i wiedzy w czasie szkolenia. Wspólnie omawiamy różne 'przypadki'. Czas koronawirusa również uzmysłowił Nam Wszystkim, jak ważnym przy diagnostyce różnicowej byłaby umiejętność badania USG w warunkach POZ. Ale wtedy wizyta musiałaby trwać 30min- przynajmniej w trakcie szkolenia.
- Niestety w mojej placówce brakuje możliwości konsultowania skomplikowanych przypadków, wiedza lekarzy specjalistów bywa niezgodna z aktualnymi wytycznymi, brak wsparcia w szkoleniach doskonalących, bez możliwości korzystania z aparatu USG w celach edukacyjnych mimo zrealizowanych kursów.

I. Propozycje ulepszenia staży, kursów i specjalizacji

- Więcej praktycznych kursów nakierowanych na całościową opiekę nad dzieckiem, ciężarną i samodzielne prowadzenie chorych przewlekle.
- Uważam, że staże zewnętrzne powinny być odbywane dopiero po przepracowaniu samodzielnie pewnego czasu w POZ.
- Przede wszystkim zarówno kursy, jak i staże chciałabym żeby były praktyczniejsze wnoszące coś do specjalizacji.
- Więcej interny oraz SOR-u w trakcie szkolenia.
- Chciałabym, żeby w ramach szkolenia specjalizacyjnego był obowiązek pracy z dziećmi w ramach poradni.
- Staże kierunkowe z chorób wewnętrznych i pediatrii są wg mnie za długie.
- Za zbędne w programie specjalizacji uważam pisanie pracy na temat poprawy jakości, kursy prowadzone przez lekarzy niepracujących w POZ, brakuje mi spotkań w miejscu pracy, gdzie omawialibyśmy wspólnie przypadki, wypracowywali najlepsze podejście, dzielili się wiedzą, żeby starsi lekarze w placówce prowadzili sumiennie dokumentację, aby rezydenci mogli się z niej uczyć.

- Proszę o włączenie do specjalizacji obowiązkowego stażu na oddziale zdrowego noworodka.
- Należy zapewnić lekarzom rezydentom dostęp do możliwości konsultacji ze specjalistą medycyny rodzinnej podczas pracy oraz zdobywania nowej wiedzy i umiejętności - tym samym kontrolować SPZOZ posiadające miejsca specjalizacyjne.
- Na miłość Boga, kursy online!!! Nie wszyscy są z Warszawy! Mieszkam 100 km od najbliższego ośrodka akademickiego, nie da się zrobić kursu nie krzywdząc rodziny.
- Zlikwidowanie możliwości bycia "zapchajdziurą" w szpitalnych oddziałach. Wypełnianie obserwacji i zbieranie wywiadu doskonaliśmy na stażu po studiach. Staże powinny odbywać się w poradniach specjalistycznych.
- Dobry kurs z psychologii.
- Powinno się wrócić do książeczek, ponieważ system SMK i wpisywanie do niego procedur to ogromny problem. Kierownik specjalizacji nie chce się tym zajmować, a system się zacina i nie działa prawidłowo.
- Uważam, że warto uzupełnić szkolenie lekarza POZ o szkolenie z USG w ramach oceny fast, może to przyspieszyć i ukierunkować proces diagnostyczno-terapeutyczny.
- Warto uzupełnić o szkolenia z zakresu zaopatrywania urazów, kurs szycia chirurgicznego prostych ran.
- Wykreślenie niektórych procedur do wykonania, np. odebranie porodu, nakłucie jamy stawowej.
- Zastanawia mnie, dlaczego nie ma możliwości dalszego szkolenia po specjalizacji z mr i odbycia szkolenia specjalizacyjnego „krótką ścieżką”, np. diabetologii. Myślę, że byłoby to doskonałe uzupełnienie naszej specjalizacji.
- ...uważam, że ewaluacja szkolenia specjalizacyjnego powinna odbywać się z obu stron - rezydenta oraz jednostki szkolącej.

Rozdział 10

Streszczenie

Ustęp 4. i 5. ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty w art. 16f naniósł obowiązek przygotowania nowego programu specjalizacyjnego, redagowanego pod auspicjami CMKP i zatwierdzonego przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

Trud pracy w tym zakresie podjęła konsultant krajowa w dziedzinie medycyny rodzinnej dr hab. n. med. Agnieszka Masztalerz-Migas. Współpracę podjęła Komisja Młodych Lekarzy Rodzinnych przy Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce. Jednym z kluczowych elementów podjętych działań było wykonanie ankiety, która realizowana była wśród młodych lekarzy rodzinnych między 18 czerwca a 14 sierpnia 2020 roku, w której **wzięło udział 472 lekarzy**.

Wśród tych 472 lekarzy, część z nich znajdowała się w trakcie, a część do 2 lat po zakończeniu szkolenia specjalizacyjnego.

Zdecydowana większość z nich realizowała staż **w trybie rezydenckim (92%)**, co ma o tyle istotne znaczenie, iż zgodnie z nowelizacją ustawy o zawodzie lekarza szkolenie bez finansowania, tj. z wolontariatu zostanie zniesione.

Większość z nich realizowała szkolenie **w przychodniach o wielkości między 5 a 10 tys. pacjentów**, co nakłada się na dane o średniej wielkości POZ w Polsce. Średnia liczba pacjentów, zadeklarowanych na jednego lekarza wynosiła 784, choć jest zależna od województwa i waha się w dość szerokich ramach. Wielkość ośrodka, ilość zatrudnionych lekarzy oraz grupa pacjentów, z którą lekarz w czasie trwania specjalizacji może pracować, ma istotny wpływ na jakość szkolenia specjalizacyjnego. Zdecydowana większość respondentów postanowiła realizować szkolenia w miastach akademickich (58%).

Zapytani o **motywację** dotyczącą wyboru specjalizacji z medycyny rodzinnej, lekarze wskazywali przede wszystkim na staż lekarski w POZ. Alternatywnie badani wskazywali pracę jako lekarz POZ jeszcze przed rozpoczęciem specjalizacji. To właśnie moment faktycznego kontaktu z wykonywanym zawodem przekonuje młodych lekarzy do wyboru tej specjalizacji.

Wnioski - podział tematami

Rozdział „Ocena staży cząstkowych”.

W rozdziale pt. „Ocena staży cząstkowych” wskazano staże obowiązkowe i fakultatywne dla lekarzy nie posiadających specjalizacji pierwszego i drugiego stopnia (staże kierunkowe łącznie trwające 146 tygodni). Wszystkie te staże podlegały ocenie w toku badania, przy czym istotne jest zaznaczenie faktu, iż respondenci zostali najpierw zapytani o czas trwania specjalizacji.

Przeciw wydłużeniu czasu trwania specjalizacji do czasu trwania pozostałych specjalizacji (czyli średnio do 5 lat) było 58% respondentów.

Po naniesieniu tych danych, na pytanie o długość czasu trwania stażu podstawowego w ramach praktyki w POZ, większość z badanych wskazuje ten okres jako: między 2 a 3 lata. Wydłużenie tego okresu z aktualnego do 3 lat powodowałoby, że tylko rok pozostawałby na realizację pozostałych zadań, w zakresie szkolenia specjalizacyjnego.

Respondenci bardzo dobrze ocenili staż kierunkowy z chorób wewnętrznych jako element przygotowania do wykonywania pracy lekarza rodzinnego. Podobną, choć bardziej podzieloną opinię wyrazili w zakresie stażu z pediatrii. Większość respondentów zarówno w tej części, jak i w wolnych uwagach, wskazała, iż jest za tym, aby znacząca część tego szkolenia odbywała się w formie pracy ambulatoryjnej w opiece specjalizacyjnej, nie zaś na oddziałach szpitalnych.

Jeśli chodzi o ocenę pozostałych staży kierunkowych, to ocena ta wypadła dużo słabiej dla chirurgii. Następnie dla stażu z ginekologii i położnictwa te oceny były niższe i w skali od 0 do 5 zdecydowana większość respondentów oceniła staże na 0-3.

Warto zwrócić jeszcze uwagę na jeden staż fakultatywny, którym jest staż w Oddziale Ratunkowym. Przez 21% respondentów został oceniony jako przydatny, a dalsze 32% respondentów jako bardzo przydatny.

Respondentów zapytano również o staże nie ujęte w programie specjalizacji, które powinny się tam znaleźć. Tutaj wskazali respondenci przede wszystkim staż z laryngologii, dermatologii, endokrynologii jako te, które powinny się znaleźć w toku specjalizacji.

Rozdział „Ocena kursów”

Kursy obowiązkowe, realizowane w toku specjalizacji z medycyny rodzinnej wymieniono w rozdziale pt. „Ocena kursów”. Również i je poddano ocenie przez lekarzy wypełniających ankietę w skali 0-5, gdzie 0-oznacza zupełnie nieprzydatny, 5- oznacza bardzo przydatny.

Lekarze wskazali kursy „Wprowadzenie do specjalizacji z medycyny rodzinnej”, „Opieka nad szczególnymi grupami pacjentów” i „Wybrane problemy kliniczne” jako staże bardzo przydatne. „Ratownictwo medyczne” cieszyło się dość dużym uznaniem.

Staż w zakresie „Zdrowia Publicznego”, zarówno w części pierwszej, jak i drugiej, zostały ocenione dużo słabiej. Pośrednio został oceniony kurs „Prawo medyczne”. W tym zakresie należy wskazać jeszcze wolne uwagi respondentów jako dość istotne. Bardzo często pojawiały się tam informacje, iż staż ten powinien być prowadzony przez lekarzy praktyków, w większym nacisku na aspekty codziennej pracy w POZ, mniej zaś przez prawników.

Kurs „Przetaczanie krwi i jej składników” uzyskał skrajnie niskie oceny.

Lekarzy zapytano również o tematykę kursów, które powinny się znaleźć w cyklu kursów szkolenia specjalizacyjnego lekarzy rodzinnych. Tu przede wszystkim wskazać należy kurs z opieki paliatywnej, kursy w zakresie prowadzenia szczepień ochronnych, kursy w zakresie rozmowy z pacjentem w sprawie umiejętności miękkich (psychologicznych), jak i kurs w zakresie zaświadczeń w POZ.

Niezwykle istotnym elementem, wskazywanym przez respondentów były również kursy z umiejętności praktycznych. **Przede wszystkim wskazali oni na USG** (w tym jamy brzusznej, serca, tarczycy), a także badania kardiologiczne (wysiłkowe EKG, holter EKG, holter ciśnieniowy) jako elementy szkolenia, które byłyby przydatne w późniejszej pracy zawodowej.

Pozostałe elementy wymieniono w powyższym rozdziale.

Ponadto w powyższej części zapytano lekarzy o preferencje w zakresie realizacji kursów. Lekarze wskazali, iż kursy te powinny odbywać się w zdecydowanej większości **zdalnie** (76% respondentów) lub ewentualnie w połączeniu (modelu hybrydowym), to znaczy jak najbliżej miejsca pracy/zamieszkania oraz częściowo zdalnie. Dość istotne jest tu wskazanie, iż respondenci uważają, że wszystkie części niepraktyczne tych kursów powinny być realizowane w formie online, a na miejscu w toku spotkań powinny być tylko i wyłącznie realizowane części praktyczne.

Liczbę kursów jako adekwatną oceniła zdecydowana większość z badanych lekarzy, a jako zbyt dużą oceniło 23%. Natomiast zapytani o liczbę dni kursów respondenci wskazywali że jest ona adekwatna (54%) lub zbyt duża (29%).

Rozdział „Kierownicy specjalizacji”

Część badania poświęcono analizie kontaktów lekarzy z ich kierownikami specjalizacji. **Na codzienny kontakt z kierownikami wskazała ponad 1/3 respondentów.** Jednocześnie ze smutkiem należy zaznaczyć, iż 16% respondentów nie utrzymuje żadnego kontaktu ze swoimi kierownikami specjalizacji. **32% respondentów wskazuje, że nie czuje wsparcia ze strony kierownika swojej specjalizacji.** Jeśli badani wskazywali, że odczuwają wsparcie ze strony kierownika specjalizacji, to polegało ono przede wszystkim na konsultacji trudniejszych przypadków pacjentów, rozmowach dotyczących pracy lekarza rodzinnego, omawianiu popełnionych błędów oraz rozmowach motywujących, wsparciu psychologicznym i zachęcaniu do czytania literatury medycznej.

Jako główny problem lekarze wskazywali, iż kierownicy specjalizacji sami są lekarzami wyjątkowo zajętymi, mającymi ogromną liczbę pacjentów pod opieką. W związku z powyższym brakuje czasu dla realizacji kontaktu pomiędzy obiema stronami, czasu dedykowanego wyłącznie na prowadzenie szkolenia specjalizacyjnego.

Rozdział „Praktyczne aspekty szkolenia”

W tym rozdziale zapytano o aspekty praktyczne realizacji szkolenia specjalizacyjnego. Zdecydowana większość badanych wskazała gotowość do samodzielnego przyjmowania pacjentów (licząc od momentu rozpoczęcia specjalizacji) w okresie pierwszego kwartału.

Niezwykle istotne jest wskazanie, że dla większości tych osób praca w POZ rozpoczęła się jeszcze przed rozpoczęciem toku specjalizacji/szkolenia specjalizacyjnego. W związku z tym umiejętności, nabyte jeszcze przed okresem rozpoczęcia specjalizacji, umożliwiły im szybkie wdrożenie się w pracę w POZ.

Warto zwrócić uwagę, że w zasadzie wszyscy z respondentów wskazali, iż opiekują się dorosłymi, w tym osobami starszymi (powyżej 65 r.ż.), ale już nie wszyscy niemowlętami (62% respondentów przyjmuje niemowlęta) - co oznacza, że taki lekarz rodzinny nie realizuje w pełni zadań wyznaczonych mu przez cykl szkolenia specjalizacyjnego. 10% respondentów nie kwalifikuje do szczepień w toku realizowanej specjalizacji. Część realizuje bilanse zdrowia, z czego 47% w każdej grupie wiekowej, a 29% tylko u starszych dzieci.

Wsparcie w podejmowaniu decyzji terapeutycznych na rzecz pacjenta rzadko odczuwa aż 40% badanych, podczas gdy zawsze odczuwa takie wsparcie i odczuwa wsparcie codziennie łącznie ok. 46% respondentów.

Na jakość kształcenia zdaniem badanych lekarzy bez wątpienia wpłynęłoby ustalenie minimalnego czasu przyjmowania pacjentów, przy czym w badaniu zamkniętym czas ten został wskazany przez większość respondentów jako nie krótszy niż 20 minut, ale jednocześnie czas ten powinien być uzależniony nie tylko od doświadczenia lekarza, ale także od wieku i stanu zdrowia pacjenta.

Wydaje się celowe wprowadzenie ogólnego standardu dla obsługi pacjentów w POZ. Wielu badanych wskazywało, iż na badanie jednego pacjenta ma do dyspozycji od 7 do 10 minut.

Rozdział „Placówka szkoląca a szkolenie”

78% respondentów wskazało, że wyposażenie placówki szkolącej umożliwiałoby nabywanie kompetencji w zakresie szkolenia specjalizacyjnego.

Większym problemem jest realizacja kursów i staży kierunkowych. 67% respondentów wskazało, że ma możliwość odbywania szkolenia i kursów **bez problemu**. Łącznie jednak 26% respondentów wskazało, że z odbyciem staży i kursów ma problem - stale bądź okresowo albo wymaga to informowania kierownika specjalizacji z dużym wyprzedzeniem. Wtedy możliwość realizacji stażu się pojawia.

Sami badani są nastawieni na samokształcenie w zawodzie lekarza rodzinnego. Aż 94% uczestniczy w konferencjach i szkoleniach, przy czym zdecydowana większość z nich na własny koszt. Aż 85% respondentów wskazało, iż szkolenia te nie są finansowane ani w całości, ani częściowo przez ich pracodawców.

W zakresie realizacji szkolenia specjalizacyjnego zapytano lekarzy również o to, gdzie mogliby odbywać szkolenie w ramach pracy w POZ. Aż 54% respondentów wskazało, iż chciałoby odbyć staż w innej placówce POZ niż placówka macierzysta, a znacząca większość (57%) wyraziła zainteresowanie uczestnictwem w wymianach międzynarodowych.

Rozdział „Całościowa ocena specjalizacji”

53% respondentów uważa, że ocena placówki i współpracy z kierownikiem powinna być dokonywana po zakończeniu każdego roku szkolenia specjalizacyjnego.

44% respondentów wskazało, iż **szkolenie spełniło ich oczekiwania** (oceniło je w skali 0-5 na: 4 i 5).

Celem obiektywizacji tej oceny zapytano respondentów, czy polecają specjalizację z medycyny rodzinnej. Wśród wariantów pojawiały się odpowiedzi: *tak, czasem i nie*.

Co niezwykle istotne, **97% respondentów poleca innym lekarzom** odbycie specjalizacji.

Rozdział „Rozwój a edukacja w toku szkolenia”

Zapytano lekarzy o źródła, z których korzystają w toku realizacji szkolenia specjalizacyjnego. Dane zebrano w powyższym rozdziale niniejszego raportu. Dane te nie będą tutaj cytowane.

Jak wynika z analizy wykresu **placówki nie inwestują** w dodatkowe umiejętności zdobywane przez lekarzy rodzinnych. Takiej odpowiedzi udzieliło 87% respondentów. 57% respondentów inwestuje w zdobywanie przez siebie dodatkowych umiejętności przydatnych w zawodzie lekarza rodzinnego, natomiast 43% respondentów tego nie czyni.

Większość z nich wskazuje na kursy ultrasonografii, dermatologii oraz EKG. Pozostałe wymieniono w powyższym rozdziale. Pokrywa się to z analizą danych, dotyczących kursów i szkoleń, które byłyby chętnie widziane w toku szkolenia jako obowiązkowe, finansowane ze źródeł publicznych.

Podsumowanie

Podsumowanie

Dzięki zaangażowaniu Konsultant krajowej w dziedzinie medycyny rodzinnej dr hab. n. med. Agnieszki Mastalerz-Migas oraz Komisji Młodych Lekarzy Rodzinnych przeprowadzono niespotykane na skalę kraju badanie w zakresie satysfakcji i oczekiwań lekarzy dotyczących szkolenia specjalizacyjnego.

Wnioski z tego badania posłużą do usprawnienia realizacji szkolenia specjalizacyjnego oraz wprowadzenia w jego toku koniecznych zmian.



Konsultant krajowa w dziedzinie medycyny rodzinnej
dr hab. n. med. Agnieszka Mastalerz-Migas

Redakcja i opracowanie danych:
lek. Aleksander Biesiada

We współpracy z Komisją Młodych Lekarzy Rodzinnych
Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce:

lek. Joanna Alksnin
lek. Michalina Bou-Matar
lek. Dominik Lewandowski
lek. Piotr Kudłacz
lek. Marta Kurdzielewicz-Roszkowska
lek. Łukasz Reczek
lek. Marta Raciborska

Skład:
Aleksander Biesiada
Aleksandra Jędrzychowska

Opracowanie graficzne i zdjęcia:
Medutools
EnvatoElements (c) 2020

Wszystkie prawa zastrzeżone, kopiowanie wyłącznie za zgodą Autorów.

