



UNIwersytet Medyczny Im. Karola Marcinkowskiego
w Poznaniu

Klinika Stomatologii Zintegrowanej
Katedra Praktycznej Stomatologii Klinicznej
Kierownik: prof. dr n med. Elżbieta Paszyńska



ul. Bukowska 70,
60-812 Poznań,

☎ 0-61 / 8547-052

e-mail: paszynska@ump.edu.pl

Poznań 17.06.2024r.

RECENZJA

pracy doktorskiej

mgra Adriana Majewskiego

pt.: „*Zintegrowany model zarządzania gabinetem stomatologicznym*”

z Politechniki Poznańskiej w Poznaniu Wydziału Inżynierii Zarządzania

Promotorzy: prof. dr hab. Agnieszka Merkisz-Guranowska

dr inż. Paweł Daszkiewicz

Po zapoznaniu się z treścią pracy doktorskiej mgra Adriana Majewskiego, pt.: „Zintegrowany model zarządzania gabinetem stomatologicznym”, przedstawiam niniejszą recenzję według wymogów merytorycznych i metodologicznych, jakie obowiązują dla opracowań o randze pracy doktorskiej.

I. Ocena merytoryczna pracy. Trafność podjętej problematyki badawczej i jej oryginalność.

Europejskie Towarzystwo Ergonomii Stomatologicznej (ESDE) już od 1989 roku starało się wdrożyć nie tylko tematykę ergonomiczną w programy dydaktyczne europejskich uczelni medycznych, ale także na kolejnych etapach edukacji podyplomowej lekarzy dentystów, w tym również aspekty zarządzania gabinetem stomatologicznym. Jednak dopiero w 2009 roku efektem wspólnego działania Association for Dental Education in Europe (ADEE) i European Regional Organisation (ERO) World Dental Federation (FDI) było opracowanie dokumentu „Profile and Competences for the Graduating European Dentists” na temat umiejętności i kompetencji w zakresie ergonomii stomatologicznej dla absolwentów kierunków lekarsko-dentystycznych Unii Europejskiej. Zawarte w tym opracowaniu wskazówki stały się częścią projektu opisującego wymagane kompetencje dla lekarzy dentystów „Major Competence:

Professional Attitude and Behaviour” (www.adee.org). Wśród lekarzy dentystów zaangażowanych w prace nad dokumentem należy wymienić dwóch najaktywniejszych prekursorów ergonomii stomatologicznej w Europie – prof. Jeroma Rotgansa z Uniwersytetu w Aachen (Niemcy) oraz prof. Oena Hokwerdę z Uniwersytetu w Groningen (Holandia). Z uwagi na pionierski charakter dokumentu, warto przeanalizować jego główne założenia, w których oprócz wytycznych czysto ergonomicznych, zawarte są zagadnienia dotyczące organizacji, zarządzania i metod pracy koniecznych dla zapewnienia efektywnej i skutecznej opieki nad pacjentami; dostosowanie technik i środowiska pracy lekarza dentysty i jego zespołu do ich zdolności psychofizycznych; bezpieczne funkcjonowanie w czasie działalności zawodowej.

Jaki jest status quo dzisiaj? Podobnie jak rosnące potrzeby społeczeństw, w których funkcjonuje lekarz dentysta, wzrastają wymagania co do zarządzania praktyk stomatologicznych. Lekarz dentysta po zakończeniu edukacji przeddyplomowej zostaje przede wszystkim wyposażony w umiejętności pozwalające mu na leczenie pacjentów. Kiedy zaczyna się uprawianie zawodu lekarza dentysty, uświadamia on sobie, że musi umiejętnie komunikować się z pacjentami oraz zarządzać kompleksową jednostką, indywidualnie albo prowadząc zespół współpracowników. Powyższe umiejętności i warsztat wiedzy stały się integralną częścią procesu kształcenia studentów dla przygotowywania ich do przyszłego zawodu lekarza dentysty. Według organizacji ADEE, ESDE ważne jest, aby te szkolenia były dostępne po ukończeniu studiów, co daje możliwość rozwiązywania problemów z praktyk lekarskich podczas programu kształcenia ustawicznego planowanych przez organizacje zawodowe (np. Okręgowa Izba Lekarska, Polskie Towarzystwo Stomatologiczne, itp). Należy podkreślić, że według opracowania powołanej przez organizacje ADEE, ESDE grupy roboczej, punktem wyjścia do szkolenia lekarzy stomatologów w zakresie ergonomii mają być lekarze dentyści-nauczyciele akademicy. Natomiast w szkoleniu podyplomowym wszystkich lekarzy obowiązuje Kodeks Etyki Lekarskiej, czyli zachowanie wszelkiej troski o pacjenta z poszanowaniem godności człowieka połączonej z rzetelnością lekarską. Długodystansowym wyzwaniem życia lekarskiego staje się utrzymanie równowagi między pracą a życiem i profilaktyka wypalenia zawodowego. A nie rzadko odpowiedź na pytanie - jak zachować radość pomagania? Dlatego też organizacje zawodowe lekarzy zauważając te problemy,

zakładają planowanie kształcenia ustawicznego połączonego ze współpracą z doradcami reprezentującymi inne dziedziny, jak np. psychologia, ekonomia, inżynieria zarządzania.

Powszechnie uważa się, że lekarz stomatolog zajmuje się jedynie leczeniem próchnicy zębów, jednak rozważania sensu powyższej rozprawy doktorskiej potwierdzają konieczność podejścia zintegrowanego do wykonywania zawodu lekarza dentysty i znaczenia czynników pozamedycznych. Mając na uwadze fakty demograficzne o wydłużającej się długości życia człowieka w krajach rozwiniętych, wybór tematu przez mgra Adriana Majewskiego jako oceny sposobów zarządzania gabinetem stomatologicznym w obszarze opieki niemedycznej pacjenta zasługuje na pozytywne uznanie. W tym momencie nasuwa się pierwsza dygresja dotycząca samego początku dysertacji, w którym Doktorant użył sformułowania „obsługi pacjenta”, niestety wydaje się ono dość niefortunne. Kodeks Etyki Lekarskiej już w pierwszych słowach przyrzeczenia lekarskiego, składanego bezpośrednio po otrzymaniu dyplomu lekarskiego, podkreśla misję lekarza do służenia, niesienia opieki i pomocy człowiekowi w potrzebie. Nadmieniam, że bez złożenia przysięgi absolwent kierunków lekarskiego i lekarsko-dentystycznego nie otrzyma prawa wykonywania zawodu. Co istotne, działający na równi z sądami powszechnymi Sąd Odpowiedzialności Zawodowej Izb Lekarskich, ogłaszając jakikolwiek wyrok, zawsze powołuje się na normy Kodeksu Etyki Lekarskiej.

Projekt naukowy mgra Adriana Majewskiego prowadzony przez 6 miesięcy 2022 roku posiadał charakter analizy literatury obranego przedmiotu badawczego oraz nieinwazyjnego sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem kwestionariuszy przygotowanych w formie wyłącznie elektronicznej, kierowanych do lekarzy dentystów, osób zarządzających gabinetami stomatologicznymi, innych członków zespołu stomatologicznego (higienistka stomatologiczna, asystentka stomatologiczna, recepcjonistka) oraz pacjentów. Rozkład próby badanej był niejednorodny, obejmował gabinety stomatologiczne z terenu całej Polski, jednak bez założenia reprezentacyjnej próby terytorialnej. Dodatkowo, przeprowadzono obserwacje uczestniczące, podczas których w wybranych gabinetach stomatologicznych oceniano przebieg wizyty pacjenta pierwszorazowego. Doktorant opracował również wskaźniki autorskie do oceny poziomów działania tychże placówek medycznych. Dane były w pełni zanonimizowane i nie miały znamion ryzyka naruszenia danych osobowych, jak i udostępnienia danych wrażliwych.

Cele pracy postawione przez Doktoranta zostały zrealizowane na losowej grupie skupionej wokół środowiska prywatnych praktyk stomatologicznych wielostanowiskowych, wykonujących świadczenia stomatologiczne o co najmniej trójspecjalizacyjnym charakterze wykonywanej pracy. Dla osiągnięcia celu pracy zdefiniowanego jako analizy organizacji opieki stomatologicznej pacjenta w tychże gabinetach stomatologicznych pod kątem efektywności zasobów wraz z oceną wagi czynników pozamedycznych decydujących o wyborze leczenia w danym gabinecie przez pacjenta, zdeterminowano 5 głównych pytań badawczych.

I W jaki sposób zorganizowana jest obsługa pacjenta w gabinecie stomatologicznym?

II Co decyduje, poza czynnikami medycznymi o wyborze przez pacjenta gabinetu stomatologicznego oraz wpływa na wystawioną przez niego ocenę?

III Jak statystyczny pacjent ocenia poszczególne etapy pierwszej wizyty stomatologicznej w gabinecie?

IV Jak ocenić efektywność funkcjonowania gabinetu stomatologicznego niezależnie od przyjętego modelu zarządzania?

V Jak zarządzać obszarem obsługi pacjenta, aby efektywnie wykorzystać potencjał gabinetu?

Przegląd literatury obejmował publikacje naukowe z lat 1960-2023 z ukierunkowaniem na najaktualniejsze z lat 2016-2023.

Należy uznać, że autorskie narzędzia badawcze zostały przygotowane przez Doktoranta, według współczesnych standardów (wyłącznie w formie elektronicznej), czyli z wykorzystaniem portali społecznościowych i komunikatorów internetowych.

II. Uzyskane wyniki i ich znaczenie dla nauki.

Na podstawie przeprowadzonej analizy literatury Doktorant opisał wady i zalety funkcjonowania gabinetu stomatologicznego w modelu liniowym oraz przybliżył wybrane determinanty pozamedyczne, takie jak czynniki techniczno-organizacyjne, interpersonalne, ekonomiczne.

Na podstawie zebranych od 989 respondentów kwestionariuszy badań (pacjentów, lekarzy i higienistek) Doktorant uzyskał opinie dotyczące czynników pozamedycznych.

Trzy najważniejsze czynniki dla pacjentów stanowiły „jakość usług medycznych”, „komunikacja z lekarzem podczas wizyty”, „dostępność terminów wizyt”. Za nieistotne pacjenci uznali „jakość strony internetowej gabinetu i aktywność w mediach społecznościowych”, „wygląd zewnętrzny lokalu”, „standaryzacja strojów personelu” czy „dostęp do ratalnego

finansowania leczenia". W opinii lekarzy dwa najważniejsze czynniki dla pacjentów były jednakowe („jakość usług medycznych”, „komunikacja z lekarzem podczas wizyty”), natomiast różnica wystąpiła co do trzeciego czynnika jako „jakość obsługi przez rejestrację”. Co do czynników najmniej istotnych nie było różnic w odpowiedziach lekarzy i pacjentów. Podobne czynniki jako istotne zadeklarowały higienistki i inni pracownicy gabinetów stomatologicznych, z podkreśleniem znaczenia dobrej współpracy z koordynatorem. Ciekawym wynikiem badań ankietowych było pytanie: czy pacjent preferuje opiekę lekarską jednego czy wielu specjalistów? Oczekiwania pacjenta są sprecyzowane zdecydowanie za indywidualnym leczeniem przez jednego lekarza. Istotność poznania honorarium dla lekarza/gabinetu stomatologicznego przed leczeniem była również w większości bardzo ważnym elementem decyzyjnym dla pacjenta. Znacząca z punktu komunikacji interpersonalnej była zdecydowana odpowiedź pacjentów o preferowanym miejscu rozmowy z lekarzem podczas wizyty na fotelu unitu stomatologicznego, co różniło się z odpowiedziami członków zespołu stomatologicznego, którzy wskazywali inne lokalizacje (osobny gabinet, biurko, recepcja). Pacjenci podkreślali także istotność motywowania do leczenia stomatologicznego przez lekarza jako priorytetową w podejmowaniu decyzji profilaktycznych czy leczniczych. W zestawieniu czynników, którymi kierują się pacjenci przy wyborze lekarza, zdecydowanie najistotniejszymi okazały się: rekomendacja bezpośrednia, pozytywne opinie i polecenia najbliższego środowiska rodziny lub znajomych.

W analizie parametrów funkcjonowania gabinetów stomatologicznych zaobserwowano w części placówek zbyt małe zaangażowanie w zadania managerskie osób zarządzających i brak podstawowych danych wyjściowych. Podczas przeglądu zgromadzonych informacji stwierdzono występowanie zjawiska sezonowości w odniesieniu do funkcjonowania gabinetów stomatologicznych. Z drugiej strony wykazano długi okres dostępności gabinetów – 12 godzin na dobę, jednak nie był on dopasowany do możliwości czasowych pacjenta, co świadczyć może o braku elastyczności pracy personelu stomatologicznego. Na podstawie autorskiego wskaźnika potencjału wykorzystania unitu stomatologicznego, najwyższy poziom wskaźnika osiągnięto w marcu, dla którego wyniósł ponad 90%. Kolejne wskaźniki autorskie pozwoliły na ocenę pozyskiwania, motywowania do higienizacji i kontynuacji leczenia nowych pacjentów pierwszorazowych w gabinecie stomatologicznym. Udział tych pacjentów w ujęciu rocznym wynosił ponad 12%.

Na poziomie wskaźników finansowych przedstawiono rozkład przychodów w przedziałach czasowych, które wykazały różnice w dochodach badanych placówek. W 80% wypracowywanych przychodów miesięcznych na jeden unit stomatologiczny, według zaktualizowanej wartości skumulowanego wskaźnika inflacji, można określić w czterech przedziałach o łącznym zakresie od 35 207 zł do 95 207 zł. Warto dodać, że struktura kosztów bezpośrednich stanowiła ważny element interpretacyjny. Na podstawie uzyskanych danych najważniejszą grupę kosztów reprezentowały wynagrodzenia lekarzy i personelu pomocniczego 65,4%, a najniższą grupą o wydatków usługi reklamowe 1,4%. Do grupy pozostałych kosztów zaliczono specjalistyczne konsultacje zewnętrzne oraz prace protetyczne wykonywane przez techników dentystycznych. Koszty materiałów stomatologicznych, ze względu na fluktuacyjny charakter uzupełniania stanów magazynowych, były stabilne. Na uwagę zasługują również dodatkowe koszty kredytów i leasingu specjalistycznego sprzętu operacyjnego.

Analiza ocen poszczególnych etapów obserwacji uczestniczącej miała na celu uzyskanie ewaluacji z profesjonalnego przyjęcia pacjenta dla uzyskania satysfakcji i komfortu z wizyty stomatologicznej. W rozprawie doktorskiej przedstawiono średnie poziomy ocen pozyskanych podczas wizyt, tzw. „tajemniczego pacjenta”, wykonanych w 102 gabinetach stomatologicznych z całej Polski w latach 2017 – 2023 z perspektywy pacjenta pierwszorazowego. Ocenie nie podlegały aspekty medyczne. Obserwacje potwierdziły częściowo niewystarczający poziom komunikacji z pacjentem pierwszorazowym polegający na braku odpowiedniego zainteresowania jego potrzebami, zbyt pochopnego pominięcia udzielenia istotnych informacji, komunikowania się na poziomie terminologii specjalistycznej czy też braku przekazania w odpowiednim momencie informacji o cenie planowanych zabiegów. Z drugiej strony gabinety stomatologiczne w większości reprezentowały wysoki poziom czystości wszystkich pomieszczeń, a personel odznaczał się profesjonalnym wizerunkiem co do schludności ubioru i wizerunku.

Podsumowując przeprowadzone przez mgra Adriana Majewskiego badania i uzyskane wyniki, zrealizowano cele dysertacji i sformułowano następujące **wnioski**:

1. W Polsce podstawowym modelem przyjmowania pacjenta stomatologicznego są funkcjonujące gabinety stomatologiczne według modelu liniowego

2. Wyselekcjonowano kluczowe czynniki pozamedyczne, decydujące o wyborze przez pacjenta gabinetu stomatologicznego. Z obszaru czynników interpersonalnych jako najistotniejsze wymieniono „jakość komunikacji lekarza z pacjentem” oraz „jakość obsługi przez rejestrację”, z obszaru czynników techniczno-organizacyjnych funkcjonowania gabinetu wybrano „dostępność terminów wizyt”, natomiast z obszaru czynników ekonomicznych wskazano „ceny zabiegów stomatologicznych”. W przypadku wybranych czynników, takich jak estetyka i oznaczenia zewnętrzne gabinetu, poziom opłat za zabiegi stomatologiczne według opinii pacjentów nie miały znaczenia przy wyborze gabinetu stomatologicznego, tak jak odległość oczekiwania na terminy wizyt lekarskich. Istotne dla akceptacji przez pacjenta miejsca świadczeń stomatologicznych były pozytywne rekomendacje rodziny i znajomych, wysoka kultura komunikacyjna lekarza i pozostałych członków zespołu stomatologicznego.

3. Na podstawie sondażowej oceny obserwacyjnej omówiono znaczenie poszczególnych etapów pierwszej wizyty stomatologicznej w gabinecie, ze szczególnym akcentem na czynniki pozamedyczne, zachęcające pacjenta do uczęszczania do danej jednostki, motywacji profilaktycznych i podejmowania dialogu o kompleksowym planie leczenia, które okazały się niewdrażane w większości gabinetów stomatologicznych

4. Dla oceny efektywności funkcjonowania gabinetu stomatologicznego niezależnie od przyjętego modelu zarządzania Doktorant zaproponował autorskie wskaźniki oceny potencjału rozwoju i umożliwiające weryfikację organizacji pracy, wykorzystania przychodów przypadających w danych okresach czasowych na jeden unit stomatologiczny. Co interesujące, reklama i marketing w tej analizie okazały się mniej efektywne niż przypuszczano.

5. Owoce wszystkich powyżej dociekań naukowych został zaproponowany model zintegrowany zarządzania gabinetem stomatologicznym mający uzupełnić obszar opieki stomatologicznej pacjenta, a zarazem efektywnie wykorzystać potencjał gabinetu.

III. Ocena metodologiczna pracy, umiejętność wykorzystania źródeł literatury.

IV. Dobór zastosowania metod i narzędzi badawczych.

Opracowanie jako praca doktorska posiada mniej konwencjonalną formę rozprawy przygotowanej w układzie i strukturze z podziałem na następujące moduły – wprowadzenie czytelnika w zagadnienia kierowania pracą w gabinecie stomatologicznym (1), omówienie

modelu, dominującego w Polsce, liniowego funkcjonowania gabinetów stomatologicznych (2), identyfikacja wybranych czynników pozamedycznych dla funkcjonowania gabinetów stomatologicznych (3), badania preferencji pacjentów, lekarzy i personelu stomatologicznego (4) i przedstawienie założeń modelu zintegrowanego zarządzania gabinetem stomatologicznym (5). Na 179 stronach zamieszczono 6 rozdziałów wraz z wykazem cytowanego piśmiennictwa zawierającego ilość 124 pozycji bibliograficznych, głównie polskojęzycznych wraz 7 załącznikami (ankiet badawczych i formularzy). Wykonane obliczenia statystyczne zostały przedstawione w postaci 19 tabel i 71 rysunków.

Postawione wnioski są wynikiem przygotowania autorskich sondaży ankietowych uzyskanych drogą pośrednią. Doktorant koordynował ich przeprowadzenie poprzez kontakt z pracownikami i pacjentami gabinetów stomatologicznych w ramach użytkowania mediów wirtualnych. Analizę wizyt obserwacyjnych w gabinetach stomatologicznych uzyskano na podstawie wizyt symulowanych jako pacjent pierwszorazowy. Poddane analizie wskaźniki oceny potencjału rozwoju gabinetów stomatologicznych są pracą twórczą Doktoranta.

W ten sposób Doktorant uzyskał obszerny materiał, umożliwiający przeprowadzenie analizy porównawczej w zakresie tych samych czynników będących przedmiotem oceny we wszystkich badanych podgrupach. Wszystkie zastosowane metody są w pełni zgodne z obowiązującymi wskaźnikami zdrowia jamy ustnej i nie odbiegają od publikowanych badań, do których odnosi się Autor rozprawy w dyskusji wyników badań własnych. Uzyskane rezultaty mają wymiar wielokierunkowy, które Doktorant poddał gruntownej analizie statystycznej i skonfrontował je, w ramach dyskusji, z danymi literaturowymi.

W moim przekonaniu, jest to jeden z walorów dysertacji jako dzieła logicznie zwarteo o treści merytorycznie w pełni uzasadnionej. Doktorant nie poprzestał na zankietowaniu członków zespołu stomatologicznego i pacjentów, ale rozszerzył pracę o zebranie informacji in vivo z pewnym pierwiastkiem inspekcji ale będących miernikiem rzeczywistego funkcjonowania ocenianych gabinetów stomatologicznych.

V. Uwagi końcowe.

Przedłożona do recenzji dysertacja jest napisana prawidłowym językiem polskim. Autor wykazał się lekkością pióra i przejrzystością wypowiedzi. W tym wymiarze opracowanie oceniam pozytywnie. Z obowiązku recenzenta zgłaszam następującą propozycję do uwzględnienia w dalszym dyskursie oraz przygotowaniu do publikacji.

1. W opracowaniu metodologii brak opinii Komisji Bioetycznej co do zastosowanych metod badawczych, notki informacyjnej dla uczestników i pacjentów, a przede wszystkim wyrażenia przez nich zgody na włączenie do analizy naukowej. Dla jasnego odczytu intencji badacza proponuję uzupełnienie zapisu i dodanie jako kolejnego załącznika.
2. Cele badawcze są sformułowane prawidłowo, jednak dla potwierdzenia lub zaprzeczenia założeń brakuje hipotez badawczych. W tym rozdziale należy jasno określić, potwierdzić lub zaprzeczyć zaproponowane hipotezy z dyskusją we wnioskach końcowych.
3. Podjęta tematyka dysertacji nie jest popularnym celem rozważań naukowych w medycynie, tym bardziej czytelnik powinien mieć przekonanie o słusznym wyborze uczestników i homogenicznej kwalifikacji gabinetów stomatologicznych do przeprowadzonej analizy. Tak jak istotnym walorem tego opracowania jest unikatowość wielopłaszczyznowego podejścia do ukazania aktualnych problemów funkcjonowania polskich gabinetów stomatologicznych, to na tle międzynarodowych opracowań wyniki tych badań powinny być poddane analizie dodatkowych czynników, takich jak zależności między cechami demograficznymi, socjoekonomicznymi, zachowaniami zdrowotnymi pacjentów pierwszorazowych. Interesującym aspektem byłaby analiza pacjentów palących konwencjonalne papierosy lub e-papierosy. Dlatego też jasne przedstawienie kryteriów włączenia i wyłączenia z badań, z uwzględnieniem czynników ryzyka chorób jamy ustnej, stanu zdrowia ogólnoustrojowego, nawyków żywieniowych, stosowanych używek, zgłaszalności pacjentów na wizyty stomatologiczne, mogłyby dać wiele wskazówek do interpretacji wyników.
4. Ponadto, dane dotyczące wykształcenia, stażu pracy i przygotowania personelu do wykonywania zawodu medycznego w gabinetach stomatologicznych, wzbogaciłyby pracę o nowe zależności dotyczące tej grupie badanej. Pragnę nadmienić, iż przed rokiem 2005 standardy nauczania na kierunku lekarsko-dentystycznym nie uwzględniały wymogów ergonomii w stomatologii czy metod komunikacji z pacjentem. W Polsce występowały znaczące różnice we wprowadzeniu tych zagadnień do programów studiów na poszczególnych Uniwersytetach Medycznych. Zatem rozbieżności co do stażu pracy lekarzy dentystów, uzyskania specjalizacji, a także wykształcenia personelu pomocniczego będą prawdopodobnie miały znaczenie dla interpretacji niektórych wyników badań.

5. W opracowaniu brakuje alfabetycznego, dwujęzycznego spisu użytych skrótów, które obecnie jest standardem w publikacjach medycznych.
6. Przyjęta metodyka badań byłaby bardziej przejrzysta przy zastosowaniu graficznego schematu typu „flow-chart”.
7. Zapisy prawne w ustawie o zawodzie lekarza i lekarza dentysty przyjmują te tytuły za formalną określającą nazwę zawodu. Zatem ramy pracy doktorskiej powinny spełniać wymogi ustawy bez używania zwyczajowego skrótu „dentysta”.
8. Wyniki badań ankietowych i obserwacyjnych składających się na pracę doktorską, w ocenie wszystkich respondentów, wskazują na kluczowe znaczenie komunikacji interpersonalnej w zarządzaniu gabinetem stomatologicznym. Nasuwa się pytanie czy oceniani pracownicy służby zdrowia spełniali kryteria doboru pod względem profilu psychologicznego, wówczas, kiedy zaczynali swoją edukację stomatologiczną? Idąc dalej, czy aktualny system rekrutacji na studia medyczne w Polsce nie powinien zawierać zadań wykluczających kandydatów o niewystarczających zdolnościach ekspresywnych, zwłaszcza, iż standardy kształcenia są nastawione na dydaktykę kompetencji instrumentalnych i praktycznych?

VI. Podsumowanie.

Podsumowując, stwierdzam, że przedłożona mi do oceny praca posiada aktualny wymiar poznawczy z punktu widzenia codziennej stomatologicznej praktyki klinicznej, ergonomii stomatologicznej i obejmuje dziedzinę nauki społeczne, dyscyplina: nauki o zarządzaniu i jakości. Praca odpowiada pod względem formalnym i merytorycznym warunkom stawianym dysertacji doktorskiej określone w art. 187 Ustawy z dn. 20 lipca 2018r. (Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce Dz.U. z 2020 r. poz.85 z późn.zm.). Składam wniosek do Rady Dyscypliny Nauk o Zarządzaniu i Jakości Politechniki Poznańskiej o dopuszczenie mgra Adriana Majewskiego do dalszych etapów przewodu doktorskiego i publicznej obrony pracy.

Prof. dr hab. n med. Elżbieta Paszyńska


Kierownik Kliniki
Stomatologii Zintegrowanej

Prof. dr hab. Elżbieta Paszyńska