

Jak uczyć lekarza leczyć

Jak uczyć lekarza leczyć

Przywrócenie staży to dobry krok w systemie kształcenia młodych medyków. Ale żeby odebrać nagrodę w postaci wystarczającej liczby dobrze przygotowanych do pracy specjalistów, czeka nas długi marsz

Rezydentury dla wszystkich, którzy skończyli roczny staż lekarski. A jeśli nie będzie nas stać na taki wydatek (choć per saldo to by się opłacało), to przynajmniej zmiana sposobu kształcenia specjalistycznego. Konkurs na rezydenturę organizowany w skali krajowej, nie wojewódzkiej. Wyznaczenie mniejszej liczby, za to lepiej do tego przygotowanych placówek. Płacenie lekarzom specjalistom, którzy uczyliby swoich następców, za czas i wysiłek w to włożone – to kilka wniosków wynikających z dyskusji, jaka rozgorzała po artykule „Niewydolność systemowa” (DGP nr 221) o nepotyzmie w środowisku lekarskim, który jest jedną z ważniejszych przyczyn zapaści systemu kształcenia. Pisaliście państwo mejle, komentowaliście w mediach społecznościowych, rozmawialiśmy przez telefon. Co wynika z tych rozmów? Problem sprowadza się do tego, że zwłaszcza te co bardziej atrakcyjne specjalizacje są faktycznie zamknięte dla osób niepochodzących ze środowiska lekarskiego, które dba o to, żeby obcy nie konkurowali ze swoimi, nie zabierali im przynoszących pieniądze pacjentów. Jeśli nie zmienimy tego stanu rzeczy, możemy się spodziewać katastrofy. Nie będzie miał nas kto leczyć. Już w tej chwili sytuacja na rynku medycznym jest trudna. Mamy za mało lekarzy, u nas przypada ich 2,2 na tysiąc mieszkańców, podczas gdy średnia OECD to czterech specjalistów. W dodatku nasi lekarze są starzy. Średnia wieku lekarza rodzinnego to ponad 50 lat, a są miejsca, jak np. lubuskie, gdzie wynosi 58 lat. Gdyby nie emerycy po 70., wciąż czynni zawodowo, nie byłoby komu przyjmować pacjentów. Młodych lekarzy jest dużo za mało. Ci, których kształcimy, nie są w stanie zastąpić tych, którzy z biologicznych powodów odchodzą z pracy. A jeszcze wielu z wchodzących w zawód, sfrustrowanych trudnością w zdobyciu specjalizacji oraz znalezienia pracy, która przynosiłaby im godne dochody, zaraz po skończeniu studiów wyjeżdża za granicę. Pomysły poprzedniej ekipy politycznej – o likwidacji staży, aby pręcej wypchnąć absolwentów medycyny do pracy z pacjentami, nie spotkały się z dobrym odbiorem. Ani środowiska, ani ich potencjalnych klientów. Rezygnacja z tego przyśpieszenia to krok w dobrą stronę. Podobnie jak deklarowana przez ministra Konstantego Radziwiłła zwiększona pula przyjęć na studia medyczne dla polskich studentów (dziś sporo miejsca, w niektórych uczelniach nawet połowę, zajmują studenci z zagranicy, którzy płacą żywą gotówką za swoje wykształcenie). Jednak to nie wystarczy. Bo problem jest głębszy i bardziej złożony.

Komu i gdzie rezydenturę

– Nieraz słyszałem od kolegów lekarzy opinie, wygłaszane otwartym tekstem, typu: „W naszym interesie jest ograniczenie liczby osób, które się specjalizują w neurologii. Jeśli państwo nie chce nam płacić dobrze teraz, to co będzie jak będzie nas 30 proc. więcej?” –

opowiada dr Mikołaj Pawlak, neurolog z Poznania, który staż podoktorski (postdoc) robił m.in. w Neuroradiology Division, Department of Radiology Uniwersytetu w Pensylwanii i dobrze poznał amerykański system kształcenia młodych adeptów zawodu. Jak opowiada, jest zasadnicza różnica pomiędzy tym europejskim, a więc także polskim, a tamtym. U nas obowiązuje system wywodzący się ze starych szkół: wokół mistrza kręcą się uczniowie, zabiegają o jego względy, a on wybiera tych, którzy kiedyś przejmą po nim schedę. Na pierwszym miejscu w kolejce będą członkowie jego rodziny, dalej dzieci przyjaciół, wreszcie ulubieni wychowankowie. Z oczywistych względów mistrz będzie baczył, żeby pod bokiem nie wyrosła mu konkurencja, żeby „wyzwolonych” nie było zbyt wielu, bo wtedy on i jego klan stracą. Nie jest więc zainteresowany, aby kształcić wielu i na wysokim, wyrównanym poziomie. Zwłaszcza że z tego uczenia obcych nic nie ma, poza kłopotem.

To przeganianie obcych odbywa się na różne sposoby. Ten systemowy polega na tym, że – mimo deklarowanej otwartości i konkursowego przydzielania miejsc rezydenckich – wszystko zostało tak skonstruowane, że można dowolnie sterować tym procesem. O zapotrzebowaniu na rezydentury w poszczególnych specjalnościach decydują konsultanci wojewódzcy. Teoretycznie powinni się kierować zapotrzebowaniem na takich a nie innych lekarzy na swoim terenie. Jednak jeśli prześledzić liczbę rezydentur otwieranych na przestrzeni ostatnich lat, można odnieść wrażenie, że coś jest bardzo nie tak. Przede wszystkim w specjalnościach uważanych ze względów zarobkowych za bardzo atrakcyjne. Przez kilka lat z rzędu ledwie po parę miejsc, a potem nagle wysyp, jak gdyby przeszła jakaś epidemia, która wyeliminowała starszych uprawiających ten zawód. Ludzie z branży nie mają wątpliwości: przyszedł czas, kiedy dzieci swoich kończą studia i muszą się załapać. Ale nepotyzm to tylko jeden z problemów.

Kolejny, większy jeszcze, to ten, że z ogólnokrajowego punktu widzenia nikt nad kształceniem przyszłych specjalistów nie panuje. Nie wiadomo, ilu i w jakiej dyscyplinie będzie ich potrzebnych za parę lat. Dzisiaj młody lekarz, przystępując do konkursu o miejsce rezydenckie, musi wybrać konkretne województwo. Jeśli złoży papiery w mazowieckim, to już nie może aplikować w śląskim. To absurdalny pomysł, takie przywiązanie chłopa do ziemi, zwłaszcza w czasach niezwyklej mobilności zawodowej. Od jakiejś dekady środowisko młodych lekarzy postuluje, aby – na wzór amerykański – wprowadzić konkurs o rezydentury na skalę krajową. W USA wygląda to tak: kandydaci na rezydentów zaznaczają na formularzu trzy ośrodki w kraju, w których chcieliby się kształcić. Z kolei akredytowane ośrodki, tzw. teaching hospitals, wybierają z listy kandydatów tych, których chcieliby mieć u siebie. Jeśli te chęci się zejdą – tzn. medyk wybrał ośrodek X, a ośrodek także zaznaczył jego nazwisko, sprawa jest załatwiona. – To powoduje, że najlepsze placówki kształcące mogą wybrać sobie najlepszych rezydentów i na odwrót – wyjaśnia dr Pawlak. Oczywiście może się zdarzyć sytuacja, że kandydujący o rezydenturę nie spotka się z aprobatą żadnego z ośrodków kształcenia. Wtedy ma rok z głowy i musi się bardziej postarać. Ale działa to w obie strony – placówka, która ma złą opinię, nie będzie miała chętnych, aby się w niej kształcili. A tym samym przegrywa wyścig o pieniądze i etaty. Traci sens istnienia jako placówka szkoląca młodych lekarzy.

Inna sprawa, że rzeczą wartą rozważenia jest to, jak podnosi prof. Radosław Kaźmierski, kierownik Kliniki Neurologii i Chorób Naczyniowych Układu Nerwowego Uniwersytetu

Medycznego w Szpitalu MSWiA w Poznaniu, aby rezydentury były dostępne dla wszystkich chętnych, którzy ukończyli staż lekarski. Bo reglamentacja szans na kształcenie w zawodzie prowadzi do tego, że ci już nieco poduczzeni wyjeżdżają. Choćby do Niemiec, które biorą wszystkich. – Wydajemy pieniądze na kształcenie lekarzy, a potem ich gubimy, bo żal nam wydać jeszcze parę złotych na to, aby się rozwinęli zawodowo. Tracimy ich dla obcych systemów medycznych – irytuje się profesor.

Kto, gdzie, jak i za ile ma uczyć

Wspomniane teaching hospitals to placówki kliniczne na najwyższym poziomie, w których najlepsi specjaliści – oprócz oczywiście leczenia chorych – mają za zadanie wykształcenie kolejnych świetnych fachowców. I z tego, jak to robią, na jakim poziomie, są rozliczani. Im lepsze mają wyniki, im lepszą opinię, tym więcej młodych puka do drzwi, żeby się właśnie u nich uczyć. A każdy rezydent oznacza dla kliniki dodatkowe pieniądze. Co więcej, zasada jest taka, że wykształceni tam specjaliści nie zostają, nie konkurują ze swoimi mistrzami, ale idą dalej. Poza nielicznymi jednostkami, które są predestynowane do tego, żeby pełnić rolę medycznych pedagogów. Dlatego, jak podnosi dr Pawlak, sytuacja jest idealna: młody człowiek trafia w miejsce, gdzie zgromadzili się najlepsi w zawodzie. I każdy z tych najlepszych jest bardzo zainteresowany tym, żeby przekazać mu całą swoją wiedzę. Pokazać, wytłumaczyć, nauczyć. Bo to się przekłada także na jego prestiż i pieniądze. A jak jest u nas? Otóż bardzo różnie. Grzechem byłoby twierdzenie, że we wszystkich miejscach rezydenci są lekceważeni i sekowani, że nauczyć się czegoś mogą tylko ci, którzy wyszli z medycznego gniazda, a więc mają plecy i zapewnione specjalne traktowanie. Ale niestety tak często bywa. Niedopuszczanie do pacjentów, do stołu operacyjnego, wykorzystywanie młodych do „noszenia teczek” za szefem albo uziemianie ich przy biurokratycznej robocie polegającej na wklepywaniu w komputer historii choroby. Zapychanie dziur kadrowych. A w niektórych ośrodkach wykorzystywanie etatów rezydenckich przy negocjowaniu zarobków: albo zgodzi się pan/pani pracować za czapkę gruszek, albo wezmę sobie młodego, nim obrobuję. Taki cenowy dumping za ministerialne pieniądze. U tych ambitnych rezydentów taka sytuacja rodzi wielką frustrację. Najbardziej zawzięci na robotę i naukę stają na głowie i uczą się mimo wszystko – na własną rękę. Duża grupa odpuszcza. Czeka końca rezydentury. Jeśli uda się im zdać egzamin specjalizacyjny (teoretyczny, można wykuć, choć tych, którzy oblewają, jest dużo więcej), będą się uczyć w praktyce na żywym, ludzkim materiale. Jasne, w niemal każdym szpitalu, który ma rezydentów, znajdzie się osoba lub nawet kilka, dla których przekazywanie wiedzy młodszym kolegom jest przyjemnością, wręcz misją. Albo ambicją szefa. Ale wszyscy robią to pro bono, nie dostają za to żadnego wynagrodzenia. Dobra wola, nie rozwiązanie systemowe. Na papierze może to wygląda ładnie: rezydent ma opiekuna, który teoretycznie odpowiada za jego naukę, powinien go nadzorować, sprawdzać postępy, egzaminować z praktycznych umiejętności. Ale, jak to mówią, papier jest ciepły. Efekt jest taki, jak stwierdza prof. Radosław Kaźmierski, że jeśli rezydent ma pecha i trafi na opiekuna, który nie poczuwa się do zajęcia młodszym kolegą, bywa niedouczony, trafia do jakiejś poradni, gdzie znów jest sam. A przed nim pacjenci.

Kolejny problem to jakość placówek, do których po naukę trafiają przyszli specjaliści. Zdaniem prof. Kaźmierskiego optymalny układ to taki, gdzie na staż młody lekarz trafia do powiatowego szpitala, w którym jest duży przerób, mnóstwo pacjentów, więc i on ma dużo roboty. On sam

przeszedł taki staż w prowincjonalnym szpitalu w Gnieźnie, gdzie w zakresie medycyny praktycznej nauczył się w rok więcej niż podczas sześciu lat studiów. Ale specjalizacja to już inna sprawa – potrzebne jest zaplecze w postaci pracowni, laboratoriów, duża liczba skomplikowanych przypadków, no i ci najlepsi w zawodzie mistrzowie, od których można się uczyć. I znów, na papierze, wszystko gra – są wymogi, które musi spełnić dana placówka, aby móc kształcić rezydentów. To choćby zasada, że na jednego uczącego się zawodu musi przypadać dwóch specjalistów. Że specjalista specjaliście nierówny – to już inna kwestia. I jeszcze jedna sprawa. W Wielkiej Brytanii na przykład jest taka zasada, że w trakcie rezydentury trzeba przynajmniej raz zmienić szpital, w którym się ją odbywa. Z prostego powodu: każdy szef ma swoje przyzwyczajenia, a więc także ograniczenia. Warto zmienić optykę, poznać inny sposób myślenia, organizacji pracy. Poszerzyć horyzonty. Gdyby to u nas wprowadzić, pewnie podniósłby się krzyk, tam nikt z tym nie dyskutuje, bo przekonali się, iż dobrze działa.

Paskudne słowo: ewaluacja

Żeby zmotywować kadrę, która opiekuje się rezydentami, do większego starania o ich wykształcenie, należałoby sięgnąć po bonusy finansowe. Na razie sprowadzają się one do tego, że placówka zyskuje, za ministerialne pieniądze, darmowego pracownika. Którym można wycierać kąty. Ale jeśli zdecydowalibyśmy się płacić nauczycielom lekarskiego zawodu, jeśli faktycznie zależałoby nam na jakości ludzkiego materiału, który wychodzi spod ich rąk, należałoby sprawdzać, czy dobrze uczą. Jak to zrobić? Dziś oczywiście branża wie, czego się można spodziewać po rezydencie X, jeśli wyszedł z oddziału prof. Z. Ale to są tylko szeptanki, plotki, brakuje twardych danych. Sprawdzenia, czy po tych kilku latach dostaliśmy człowieka dobrze przygotowanego do wykonywania zawodu i służenia pacjentom, czy przeciętniaka. Czy był zadowolony z tego, jak go traktowano, czego uczono, czy składał ręce do nieba, żeby ta pańszczyzna już się skończyła. U nas – zarówno teoretycznie, jak i praktycznie – nikt nie ponosi odpowiedzialności za kształcenie. Ocena tego, zwana także w nowomodny sposób ewaluacją, nie jest łatwa, niemniej możliwa. Najprostszy sposób to porównanie: kto zdaje egzamin specjalizacyjny w pierwszym podejściu i z jakim wynikiem. Jeśli ludzie ze szpitala X notorycznie oblewają, placówce trzeba zabrać prawo do przyjmowania rezydentów. Ale to jeszcze mało. Należałoby w dłuższej perspektywie czasu śledzić kariery zawodowe wszystkich wyzwolonych lekarskich czeladników. Ich osiągnięcia. To niełatwa sprawa, zwłaszcza w kraju, gdzie perspektywa rozdających karty nie sięga dalej niż cztery lata ich kadencji politycznej. Tymczasem wykształcenie specjalisty – od rozpoczęcia studiów, poprzez staż, rezydenturę – to jakieś dwanaście lat. Więc dziś, rozprawiając o kształceniu lekarzy, tak naprawdę rozmawiamy o roku 2027.

Jeszcze więcej problemów

Im dalej w las, tym więcej drzew. A im bardziej się wgłębić w sprawę, tym większa świadomość własnej niewiedzy. I kolejnych problemów. Pewnie będziemy jeszcze o tym rozmawiać, gdyż sprawa jest żywotnie albo – jak kto woli – śmiertelnie poważna. Nasze zdrowie, nasze być albo nie być naszych dzieci, wnuków, bo o prawnukach już nie będę mówiła. Ale na razie tylko zasygnalizuję, prosząc Szanownych Czytelników o odzew.

Kwestia pierwsza pod dyskusję to taka, czy nas stać na bardzo wąskie specjalizacje? Bo to

najdroższy pod medycznym słońcem system. Kiedyś, aby zdobyć szlify w pewnych podspecjalizacjach, jak np. kardiologia, gastrologia, endokrynologia, trzeba było najpierw zdobyć II stopień specjalizacji z zakresu chorób wewnętrznych, tzw. internie. Z uwzględnieniem stażu trwało to osiem, dziewięć lat. Dziś, po dwuletnim module ogólnym, można w ciągu trzech lat zostać np. kardiologiem. To się młodym lekarzom podoba, bo szybko zaczynają leczyć i zarabiać. Ale jeśli spojrzeć na to z góry, widać, że to pułapka. Zarówno dla pacjentów, jak i systemu. Wyobraźmy sobie taką hipotetyczną sytuację: jest człowiek, który odczuwa ból w klatce piersiowej. Gdyby trafił do doświadczonego internisty, ten byłby w stanie orzec (po rzuceniu okiem w wyniki badań), że to neuralgia albo choroba wieńcowa, i pokierować klienta dalej. Ale do tego potrzeba zarówno wiedzy, jak i doświadczenia. Jeśli tego brakuje, pozostaje przekazanie pacjenta w ręce kolejnych specjalistów. Kardiolog stwierdza: nie ma wieńcówki, nie mogę pomóc. Pulmonolog ogląda klisze: płuca czyste, to nie moja robota. Ortopeda także nie znajduje przyczyny. Neurolog wzrusza ramionami. A pacjent cierpi, czeka w kolejkach, NFZ płaci za kolejne wizyty, aż wreszcie kolejny specjalista wpadnie na rozpoznanie. – Do tego prowadzi taka wąska specjalizacja, że niedługo będziemy mieli mistrzów od lewego kciuka – podsumowuje prof. Kaźmierski. Już tak jest, że neurolog czy kardiolog nie zna się na chorobach wynikających ze zbyt wysokiego ciśnienia, potrzebują konsultacji hipertensjologa. A na tak zbudowany system opieki zdrowotnej może stać Kuwejt, ale na pewno nie Polskę. Lekarze rodzinni mieli być odpowiedzią na ten problem, ale tę specjalizację spauperyzowano.

I jeszcze jedna rzecz: aby pacjenci, czyli potencjalnie my wszyscy, byli zaopiekowani i świetnie leczeni, nie wystarczy dobrze opracowany (na papierze, ale również w praktyce) system kształcenia młodych kadr. Potrzeba jeszcze zaostrzonych szpilek, które motywowałyby tych, którzy już zdobyli specjalizację, do podnoszenia swoich kompetencji, ciągłego kształcenia. Nawet mając dyplom, trzeba niby zdobywać punkty, uczestnicząc w konferencjach, pisząc artykuły do branżowej prasy, czytając ją, wygłaszając wykłady i tak dalej. Znow – na papierze i w założeniach wygląda to nieźle, ale w praktyce nie jest egzekwowane. Ci wewnętrznie zmotywowani i tak stają na uszach, żeby się doksztalcać. Ale szaraki, zmęczeni życiem, wymogi podnoszenia kwalifikacji zawodowych mają gdzieś. I nie było w Polsce przypadku, aby komuś odebrano, choćby zawieszono prawo wykonywania zawodu tylko z tego powodu, że nie chciało mu się tego robić. Lekarze, którzy angażują się w działalność edukacyjną na poziomie samorządów branżowych, to potwierdzają: o tym, że ktoś jest specjalistą w danej dziedzinie, wiemy, bo mamy dostęp do list i numerów pieczętek. Ale są ludzie, których twarze na żadnej imprezie edukacyjnej nie widzieliśmy. I pewnie nie zobaczymy. Bo nie ma bata, żeby ich tam zagonić.

Ten bat nie musi kaleczyć skóry. Zresztą nie musi być potrzebny, jeśli system nagród i zachęt będzie dobrze skonstruowany. Na czym powinno nam wszystkim zależeć. Potencjalnym pacjentom i potencjalnym lekarzom. Więc może jest dobry moment, żeby dać impuls tym, od których zależy realny kształt tego systemu, aby się przyłożyli do jego wyleczenia. ©?

Wokół mistrza kręcą się uczniowie, zabiegają o jego względy, a on wybiera tych, którzy przejmą po nim schedę. Na pierwszym miejscu będą członkowie jego rodziny, dalej dzieci przyjaciół, wreszcie ulubieni wychowankowie

Mira Suchodolska



[O Nas](#) | [Kariera](#) | [Patronaty](#) | [Prenumerata](#) | [RSS](#) | [Newsletter](#) | [Ochrona prywatności](#) | [Regulamin](#) | [Kontakt](#)

Nasze strony: [GazetaPrawna.pl](#) | [Forsal.pl](#) | [Dziennik.pl](#) | [Prawnik.pl](#) | [Totalmoney.pl](#) | [Dziennik Internautów](#)

Nasi partnerzy: [Infor PL S.A.](#) | [Infor IT](#) | [InforLEX.pl](#) | [INFORFK](#) | [INFORRB](#)