

STRESZCZENIA¹

16. CYKLICZNA KONFERENCJA NAUKOWA

Ochrona zdrowia i kształcenie medyczne

SPIS TREŚCI

Powitanie – Jerzy Majkowski

Słowo wstępne – Konstanty Radziwiłł

SESJA I

„Koncepcja modyfikacji nauczania medycyny na wydziałach lekarskich”
Prof. Jerzy Majkowski, FPTM, TNW, WUM, CMKP

„Miejsce nauk podstawowych w nauczaniu medycyny”
Prof. Małgorzata Czyż, UM w Łodzi

„Perspektywy zmian nauczania dyscyplin podstawowych z punktu widzenia nauczania immunologii”
Prof. Marek Jakóbisiak, WUM

SESJA II

„Polski model kształcenia podyplomowego lekarzy po roku 2014”
Prof. Joanna Jędrzejczak, CMKP

„Bariery na drodze rozwoju zawodowego w opinii specjalizujących się lekarzy”
Dr Wojciech Zgliczyński, CMKP

„Nowy paradygmat kształcenia lekarza specjalisty - sugerowane kierunki zmian modelu szkolenia w świetle dotychczasowych doświadczeń”
Prof. Ryszard Gellert, CMKP, TNW

Głos w dyskusji – lek. med. Dorota Czudowska, Senator RP, wiceprzewodnicząca Komisji Zdrowia Senatu RP

¹ Streszczenia autorskie dotyczą tylko referatów wygłoszonych podczas 16. CKN i podsumowania. Słowo Wstępne i nadesłana wypowiedź Senatorów zamieszczone są in extenso.

Podsumowania Konferencji dokonał Konstanty Radziwiłł, Członek Komisji Zdrowia Senatu RP. Skróót ze sprawozdania prof. Zofii Zwolskiej, sekretarza Rady Głównej FPTM.

POWITANIE – prof. zw. dr hab. n. med. Jerzy Majkowski, WUM, CMKP, TNW, FPTM

Witam serdecznie wszystkich Państwa na 16 CKN, organizowanej po raz pierwszy z udziałem Komisji Zdrowia Senatu RP i Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego.

Chcę podziękować Panu Marszałkowi Senatu dr Stanisławowi Karczewskiemu oraz Senatorowi, Panu dr Waldemarowi Krasce, Przewodniczącemu Komisji Zdrowia Senatu RP za omówienie koncepcji 16. CKN. Ze względu na okres intensyfikacji działalności Senatu, obaj, cum pleno titulo, Panowie nie mogą wziąć udziału w tym spotkaniu – jak to było planowane.

Pana Marszałka reprezentuje Pan Senator, Członek Komisji Zdrowia Senatu RP, dr Konstanty Radziwiłł. Dziękuję Panie Senatorze za gotowość wygłoszenia Słowa Wstępnego i podsumowania Konferencji oraz udział w dzisiejszym spotkaniu doświadczonego lekarza i Ministra Zdrowia.

Witam Panią Senator, Wiceprzewodniczącą Komisji Zdrowia Senatu RP, dr Dorotę Czudowską.

Proszę Państwa, szczególnie miło mi podziękować Panu Profesorowi Ryszardowi Gellertowi, Dyrektorowi CMKP, za sprawną i miłą współpracę w przygotowaniu Programu tej Konferencji.

Panom Przewodniczącym Sesji i autorom wystąpień serdecznie dziękuję za aktywny udział w Konferencji a wszystkim życzę ciekawych wystąpień i interesujących dyskusji.

SŁOWO WSTĘPNE – KILKA SŁÓW NA TEMAT MEDYCZNEGO KSZTAŁCENIA PRZED- I PODYPLOMOWEGO – WPROWADZENIE DO KONFERENCJI

dr n. med. Konstanty Radziwiłł, senator, Komisja Zdrowia Senatu RP

Przede wszystkim chciałbym w imieniu pana Marszałka Senatu Stanisława Karczewskiego podziękować za zorganizowanie tej ważnej konferencji poświęconej refleksji nad stanem i perspektywami zmian w kształceniu medycznym.

W ostatnich czasach dużo się mówi o niedoborze kadr medycznych, zwłaszcza lekarzy. Z jednej strony jest faktem, że Polska w ciągu ostatnich osiemdziesięciu lat ponad dziesięciokrotnie zwiększyła liczbę lekarzy (liczba ta z roku na rok nieustannie się powiększa) i z prawie 135 000 lekarzami z aktywnym prawem wykonywania zawodu jest pod względem liczby lekarzy przypadającej

na populację w okolicach średniej europejskiej. Z drugiej strony, nawet najbogatsze i najlepiej zorganizowane gospodarki świata deklarują niedobór medyków i problem ten dotyczy oczywiście także naszego kraju. Standardy opieki nieustannie są podnoszone, więc także w Polsce oczekiwanie większej liczby lekarzy jest oczywiste. Dlatego właśnie, po okresie niezrozumiałych ograniczeń w liczbie miejsc na uczelniach medycznych, 2018 rok będzie trzecim z kolei, gdy liczba studentów medycyny rośnie.

Polska szkoła medycyny ma tradycyjnie dobrą markę. Polscy lekarze od dziesięcioleci bez trudu znajdują zatrudnienie w najbardziej wymagających państwach świata. Czy wobec tego w systemie kształcenia medycznego należy po prostu zachować *status quo*? Kilka lat temu minister Ewa Kopacz podjęła decyzję o likwidacji stażu podyplomowego. Wzbudziło to szeroką dyskusję na temat ścieżki rozwoju zawodowego studenta medycyny, a potem lekarza. Skrócenie dochodzenia do zawodu miało się odbyć kosztem nauczania przedmiotów podstawowych na pierwszych latach studiów medycznych. W środowisku lekarskim podniosły się głosy, że „uprzątnięcie” zbyt oderwanego od życia kształcenia to niewątpliwie słuszny kierunek, ale nie może on skutkować ograniczeniem zdobywanej przez przyszłych lekarzy wiedzy podstawowej. Zaczęto nawet mówić, że istnieje realne niebezpieczeństwo „felczeryzacji” medycyny rozumianej jako jedynie praktyczna umiejętność zawodowa.

Pojawiły się pytania o definicję dobrego profesjonalizmu lekarza. Panuje coraz szersza zgoda, że ma on charakter wielowątkowy. „Idealny lekarz” to osoba z szeroką wiedzą ogólną, ugruntowaną wiedzą w dziedzinach podstawowych dla medycyny (fizyka, chemia, biologia, matematyka itd.), pogłębioną wiedzą w zakresie podstawowych przedmiotów medycznych (anatomia, fizjologia itp.), wreszcie z wszechstronną wiedzą w przedmiotach klinicznych. Tę szeroką wiedzę uzupełniają wyćwiczone na bezpiecznym poziomie umiejętności zastosowania jej w praktyce, wśród nich ważne miejsce zajmują kompetencje w zakresie porozumiewania się z pacjentem, pracy zespołowej itp. Dodatkowo, ze względu na szczególny charakter medycyny, panuje powszechne przekonanie o konieczności przygotowania każdego lekarza do przekazywania wiedzy i umiejętności młodszym kolegom i pozostałym fachowym pracownikom służby zdrowia, a także, przynajmniej w minimalnym stopniu, do prowadzenia badań naukowych. W zmieniającym się pod względem demograficzno-epidemiologicznym świecie oraz wobec rosnących oczekiwań co do jakości opieki i bezpieczeństwa pacjentów coraz ważniejsze wydają się umiejętności zastosowania w praktyce algorytmów postępowania, stosowania medycyny opartej na dowodach (EBM), umiejętność poruszania się w skomplikowanym systemie służby zdrowia z zapewnieniem pacjentom dobrze koordynowanej i kompleksowej opieki itd.

Taki, z konieczności bardzo skrótowy opis wymagań wobec rozpoczynających samodzielną praktykę lekarzy, wymaga odpowiednio skrojonego systemu kształcenia, który z jednej strony będzie przygotowywał do pracy adekwatną do potrzeb liczbę lekarzy, z drugiej zapewni im zdobywanie niezbędnej wiedzy i umiejętności, a wreszcie da się zrealizować w rozsądnym czasie i będzie atrakcyjny dla młodych ludzi podejmujących wybory życiowe. Nie jest to zadanie łatwe – praktycznie cały świat dyskutuje nad najlepszymi rozwiązaniami i podejmuje niekiedy śmiałe reformy istniejących systemów.

W Polsce, ale także w wielu innych krajach, istnieje zgoda co do konieczności utrzymania sześcioletnich studiów medycznych, które zapewnią absolwentom solidną wiedzę podstawową i kliniczną, a także dadzą podstawę w zakresie umiejętności praktycznych (w tym także tzw. umiejętności miękkich). Istotnym, nowym i bezpiecznym sposobem ćwiczenia umiejętności praktycznych są (na wszystkich etapach kształcenia przed- i podyplomowego) zajęcia z zastosowaniem fantomów i symulatorów. Ważnym uzupełnieniem w zakresie praktycznych umiejętności, a także poznawania systemu służby zdrowia, jest roczny staż podyplomowy. W obu tych obszarach powinno się uwzględniać w coraz większym stopniu potrzebę przygotowywania kadr dla podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Medycyna rodzinna i ambulatorium powinny w większym niż dotychczas stopniu być podstawami nauczania medycyny i praktyki wykonywania zawodu lekarza. Należy przyjąć, że prawie jedna czwarta lekarzy powinna docelowo pracować w POZ. Trzeba zatem już studentów, a następnie absolwentów zachęcać do tego wyboru, a także przygotowywać do jego realizacji na wszystkich etapach kształcenia. Wydaje się, że powinna istnieć odrębna instytucja koordynująca kształcenie przed- i podyplomowe w tym zakresie.

System kształcenia specjalistycznego, które obejmuje przeważającą większość absolwentów stażu podyplomowego, wymaga licznych zmian. Także i tu państwo powinno prowadzić aktywną politykę zachęcania do wyboru specjalności o charakterze priorytetowym (przede wszystkim w dziedzinach takich jak medycyna rodzinna, choroby wewnętrzne, pediatria i chirurgia ogólna). Dobrym, sprawdzonym w wielu krajach sposobem specjalizowania się, powinien pozostać system modułowy zdobywania specjalności. Należy rozważyć ograniczenie liczby specjalizacji z jednoczesnym ustaleniem obszernej listy węższych umiejętności medycznych dostępnych dla chętnych do zajmowania się węższymi dziedzinami praktyki lekarskiej.

Zdecydowanie niedoceniany dotychczas jest istniejący formalnie, ale w dużej części martwy, system stałego rozwoju zawodowego (CPD). Obecnie tylko nieznaczny odsetek lekarzy dopełnia obowiązku CPD zgodnie z obowiązującymi przepisami. Wydaje się, że nawet przyjmując, że faktyczna liczba lekarzy ustawicznie aktualizujących i podnoszących swoją wiedzę i umiejętności jest znacznie

większa, to nadal pozostaje faktem, że spora grupa lekarzy nie podtrzymujących swojego przygotowania zawodowego może być zagrożeniem dla jakości opieki zdrowotnej i bezpieczeństwa pacjentów. Należy zatem zaplanować system zachęt i sankcji, a także „skrojonego” na miarę indywidualnych lekarzy kształcenia ustawicznego, który dawałby pewność, że lekarze praktykujący zawód wiedzą, jakie są aktualne wskazania wiedzy medycznej w dziedzinach, w których pracują.

Od lat toczy się w środowisku lekarskim, a także wśród decydentów debata nad najlepszymi rozwiązaniami w zakresie przygotowania zawodowego lekarzy. Zaowocowało to opracowaniem w latach 2016-2017 w Ministerstwie Zdrowia szeroko akceptowanego projektu nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry w części dotyczącej kształcenia w tych zawodach. Wydaje się, że obecnie stoimy wobec konieczności dokończenia tej pracy z udziałem wszystkich interesariuszy tego procesu. Jestem optymistą co do możliwości takiego przebudowania systemu kształcenia, aby Polska w najbliższych dziesięcioleciach mogła stać się w tym zakresie wzorem dla wielu innych krajów.

SESJA I Przewodniczący – prof. Zbigniew Czernicki, CMKP, TNW

KONCEPCJA ZMIANY PARADYGMATU NAUCZANIA MEDYCYNY NA WYDZIAŁACH LEKARSKICH
prof. zw. dr hab. n. med. Jerzy Majkowski, WUM, CMKP, TNW, FPTM

W okresie ostatnich 10 lat Federacja Polskich Towarzystw Medycznych i Towarzystwo Naukowe Warszawskie zorganizowały 15 cyklicznych konferencji naukowych. Materiały z tych konferencji były wydawane przez FPTM w kolejnych 4 tomach pod wspólnym tytułem „Wyzwania XXI wieku – Ochrona zdrowia i kształcenie medyczne”. Z tych konferencji wyłoniła się koncepcja opracowania paradygmatu nauczania medycyny na wydziałach lekarskich – spełniającego oczekiwania społeczeństwa XXI wieku; łączy się to z potrzebą określenia edukacyjnego modelu absolwenta. Tę koncepcję przybliżymy Państwu w I Sesji, a w Sesji II zobaczymy – na ile nasze oczekiwania zmiany paradygmatu są spójne z nauczaniem podyplomowym.

Punktem wyjścia do organizacji KKN była paradoksalna rozbieżność między ogromnym postępem w rozwoju nauki, przekładającym się na nowe technologie medyczne oraz możliwości diagnostyczne i terapeutyczne, a rosnącymi oczekiwaniami społeczeństwa i stopniem jego niezadowolenia z codziennej praktyki lekarskiej. Wprawdzie w różnym stopniu, ale we wszystkich krajach. Ten postęp był uwarunkowany wieloma czynnikami, m.in. dużymi nakładami finansowymi w ostatnich trzech dekadach XX wieku – głównie w Stanach Zjednoczonych Ameryki Płn. Wspomniana paradoksalna

sytuacja stała się powodem rozpoczęcia badań porównawczych efektywności modeli służby zdrowia w Europie.

W tym wystąpieniu przybliżę dwa zagadnienia odnoszące się do tematu dzisiejszej Konferencji:

1. Modele konwergencji i dywergencji ochrony zdrowia w Europie.
2. Wpływ rozwoju nauki na kształcenie medyczne.

Modele konwergencji i dywergencji ochrony zdrowia w Europie

W UE w XX wieku zakładano stworzenie wspólnego dla służby zdrowia modelu konwergencji polityki społecznej dla wszystkich krajów. Sądzono, że istnieje wiele wspólnych czynników w krajach UE oraz idących w tym samym kierunku reform, które zapewnią jednolity system opieki zdrowotnej. Te czynniki to siła wolnych rynków, nacisk na zwiększenie produktywności i jakości, szybki rozwój podobnych technologii, nacisk na istotne kryteria rozwoju i wspólna waluta. Tak zwana europeizacja nowych krajów była postrzegana jako możliwy motor konwergencji.

Jednak badania porównawcze modeli ochrony zdrowia w krajach europejskich na przełomie XX i XXI wieku wykazały ogromne zróżnicowanie narodowych struktur instytucjonalnych i związków kulturowych uwarunkowanych m. in. różną historią czy geografiją. Stwierdzono ponadto, że istnieją – w tym zakresie – odrębności między grupami krajów UE: 1) łatynoskimi, 2) anglosaskimi, 3) niemieckojęzycznymi czy 4) skandynawskimi. To zróżnicowanie uczyniło niemożliwym utworzenie jednego, idealnego dla wszystkich krajów UE modelu ochrony zdrowia.

Po 2004 roku, gdy do UE weszło 9 krajów, których ostatnie półwiecze upłynęło w innym ustroju polityczno-ekonomicznym i społecznym, możliwość realizacji koncepcji konwergencji w zakresie służby zdrowia odsunęła w czasie model konwergencji na rzecz modelu dywergencji.

Zwolennicy dywergencji sądzą, że właściwiej jest poszukiwać odpowiedniego modelu działania zespołów pracowników ochrony zdrowia, który odpowiada swoistemu profilowi określonego kraju, szczególnie gdy jest on zgodny z ogólną polityką tego kraju w odniesieniu do innych obszarów gospodarczych.

Innym, istotnym wnioskiem wyjaśniającym powody paradoksalnej rozbieżności jest zwrócenie uwagi na opóźnione kształtowanie się świadomości, że źródła ludzkie, a nie sprawy technologii medycznych, są głównym problemem w każdym modelu służby zdrowia; są one osią wszystkich prozdrowotnych akcji i podstawowym składnikiem każdego modelu ochrony zdrowia.

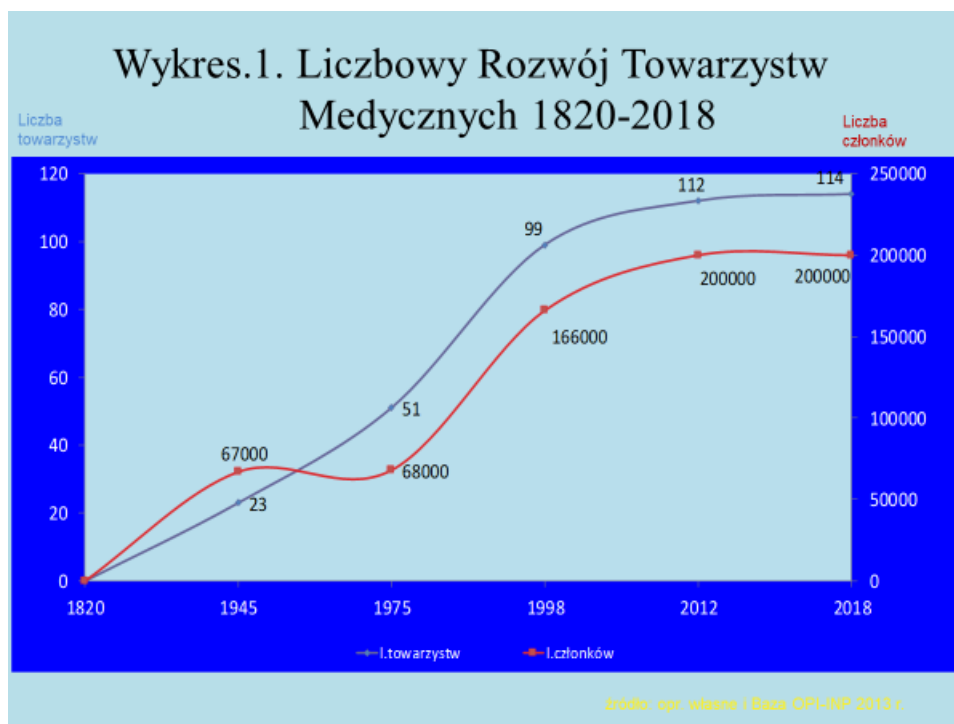
Dla chorego – zwłaszcza z przewlekłym schorzeniem – skutki choroby są bardziej istotne dla jego funkcjonowania w życiu zawodowym i społecznym niż szczegóły badań laboratoryjnych i osiągnięcia

techniczne, które są istotne dla lekarza. Rozwojowi technologii medycznych towarzyszy m.in. skrócenie czasu potrzebnego do ustalenia rozpoznania – co przekłada się na krótszy czas wywiadu i wizyty – co utrudnia tworzenie właściwego dwukierunkowego kanału komunikacji lekarz – pacjent. W chorobach przewlekłych może to prowadzić do dehumanizacji medycyny, niezadowolenia pacjentów i, co wykazano, mniej korzystnych efektów leczenia.

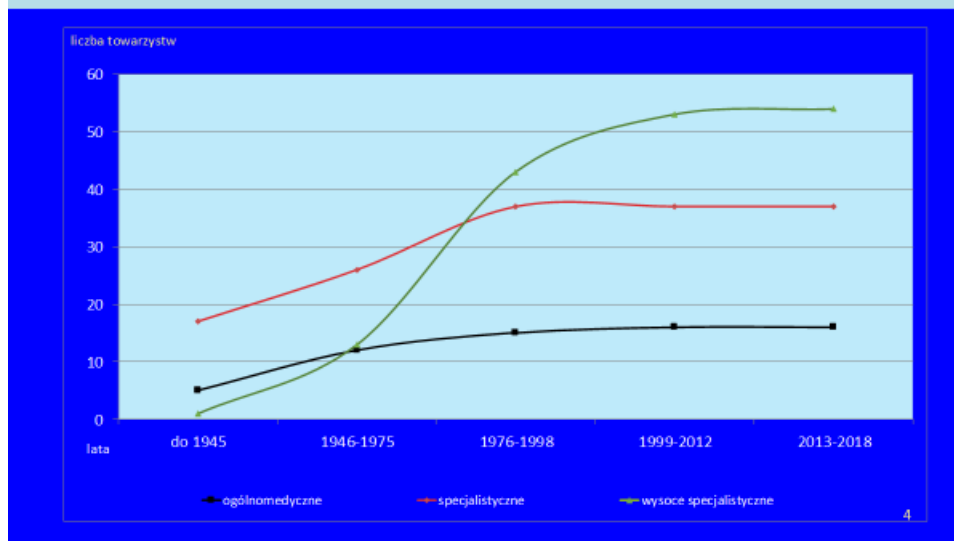
Wpływ rozwoju nauki na kształcenie medyczne

Współczesną naukę cechuje pluralizm specjalistyczny. Jednak przełożenie tej świadomości do praktyki współpracy wielospecialistycznej ambulatoryjnej (np. lekarz rodzinny i specjaliści) jest trudnym zadaniem, gdyż najlepiej czujemy się we własnych pracowniach, klinikach czy środowiskach.

Rozwój badań naukowych w świecie wiąże się z powstawaniem nowych, coraz bardziej specjalistycznych towarzystw, a to z kolei – z nauczaniem i skutkami tego rodzaju kształcenia. Załączony wykres przedstawia dynamikę rozwoju 114 towarzystw ogólnolekarskich, specjalistycznych i wysoce specjalistycznych na obecnym terytorium Polski w latach 1820-2018. Z załączonego wykresu wynika, że od 1976 roku liczba towarzystw ogólnolekarskich i specjalistycznych (z uznaną specjalnością) nie wykazują znaczącego wzrostu, natomiast liczba towarzystw wysoce specjalistycznych (niekoniecznie z uznaną specjalnością) wykazuje szybki wzrost z tendencją zwalniającą. Od 2013 do 2018 roku w tej grupie (i tylko w tej) przybyło tylko jedno towarzystwo w roku 2014 (według OPI, marzec 2018).



Wykres 2. Dynamika Rozwoju Towarzystw Medycznych – w okresie 1945-2018r.



Szybki rozwój badań naukowych w okresie ostatnich dziesięcioleci stworzył ogrom informacji, jej powszechną dostępność i możliwość wykorzystania przez najbardziej wykształconych specjalistów w wąskich dziedzinach czy nawet w poszczególnych epidemiologicznie znaczących chorobach. Rodzą się pytania, czy postępy naukowe są optymalnie wykorzystywane do kontaktu studentów, z których większość będzie lekarzami rodzinnymi; czy nauczyciele wysoce specjalistycznych dziedzin są najważniejszą kadrą nauczającą.

Nauczanie przeddyplomowe nie wychodzi naprzeciw problemom, z jakimi 40-50% absolwentów wydziałów lekarskich będzie miało do czynienia w praktyce medycznej lekarza rodzinnego czy pierwszego kontaktu. Pozostałe odsetki to: ok. 10% pozostanie w uczelniach czy w instytutach naukowych, a ok. 40% będzie pracowało w 77 różnych specjalnościach. Zatem konieczna jest modyfikacja nauczania przedklinicznego stosowna do potrzeb lekarzy domowych i wymogów zmieniającego się społeczeństwa XXI wieku – z jego nowymi problemami zdrowotnymi. Bez modyfikacji programów nauczania medycznego dotychczasowe doraźne próby poprawy efektywności służby zdrowia nie są w stanie naprawić systemu ochrony zdrowia, za który odpowiadają politycy, organizatorzy, administratorzy ochrony zdrowia i uczelnie medyczne.

Szybkość przeobrażeń i liczba towarzystw, zwłaszcza wysoce specjalistycznych, w społecznym ruchu naukowym w ostatnich dwóch dekadach XX wieku i w XXI wieku rodzi, z punktu widzenia nauczania, dwa rodzaje zjawisk: korzystne i niekorzystne. Towarzystwa specjalistyczne i wysoce specjalistyczne, łącząc się w jednoimienne międzynarodowe federacje, wzmacniają cechy pozytywne i negatywne. **Do zjawisk pożądaných (pozytywnych) należą wartości naukowo-poznawcze oraz**

praktyczne: diagnostyczne i terapeutyczne w określonej chorobie. Zjawiska negatywne to redukcjonizm.

Obecne nauczanie opiera się na koncepcji kształcenia specjalistycznego o jednostkach chorobowych, a nie całościowym spojrzeniu na chorego, który coraz częściej – nie tylko w związku z wiekiem – ma więcej niż jedno schorzenie. Według GUS (2014) u osób do 15 rż. u 27% występuje co najmniej jedno schorzenie przewlekłe, a u osób dorosłych – u ok. 59%, przy czym częściej u kobiet niż u mężczyzn.

We współwystępujących schorzeniach patofizjologiczne procesy wchodzą między sobą w interakcje, co czyni obraz chorobowy pacjenta bardziej złożonym niż ten, który zwykliśmy opisywać w podręcznikach, omawiając jednostki chorobowe. Problemem trudniejszym są interakcje farmakokinetyczne i farmakodynamiczne. Chory w wieku starszym otrzymuje średnio ok. 8 leków od kilku specjalistów, którzy w lecznictwie otwartym nie komunikują się między sobą. Tę rolę powinien przejąć odpowiednio przygotowany lekarz rodzinny – specjalista.

Propozycja zmiany paradygmatu nauczania wymaga przywrócenia rangi nauczycielowi uniwersyteckiemu przez władze uczelni i administrację służby zdrowia (odpowiednia ocena za nauczanie, przygotowanie odpowiednich skryptów i podręczników uwzględniających współwystępowanie kilku chorób i możliwe interakcje farmakokinetyczne i farmakodynamiczne). Opracowanie programu i jego weryfikacja wymaga wielu lat pracy zespołów.

Można oczekiwać, że właściwe przygotowanie absolwenta – poprzez program ukierunkowany na lekarza rodzinnego i pierwszego kontaktu, przyniesie korzyści nie tylko pacjentom, ale także przełoży się na: a) obniżenie bezpośrednich kosztów medycznych i niemedycznych, b) obniżenie kosztów pośrednich (poprawa efektywności pracy, mniej zwolnień lekarskich).

Wnioski

Świadomość, że czynnik ludzki jest głównym problemem w ochronie zdrowia i skutkach leczenia, prowadzi do wniosku, że kształcenie na wydziałach lekarskich wymaga większej uwagi. Istnieje potrzeba określenia: 1) celu nauczania przeddyplomowego, przede wszystkim dla największej grupy przyszłych lekarzy, którzy będą pełnić rolę lekarza rodzinnego czy pierwszego kontaktu; 2) odpowiedniej do modelu kształcenia selekcji informacji naukowej i integracji poziomej treści nauk podstawowych z odniesieniem ich do nauczania klinicznego (integracja pionowa) już od pierwszego roku studiów (dwa następne wystąpienia w tej Sesji będą przykładem tych integracji); 3) podkreślenie znaczenia zintegrowanych treści nauk humanistycznych, w tym komunikacji lekarza z pacjentem oraz kształtowanie świadomości ustawicznej potrzeby uczenia się.

Mamy świadomość, że najlepsze przygotowanie absolwenta i jego funkcjonowanie w służbie zdrowia zależy w dużym stopniu od czynników pozamedycznych: polityki społecznej i gospodarczej, ekonomii kraju, organizacji i zarządzania oraz sposobu jej finansowania.

MIEJSCE NAUK PODSTAWOWYCH W NAUCZANIU MEDYCYNY

prof. dr hab. n. med. Małgorzata Czyż, UM w Łodzi

Jakie jest miejsce nauk podstawowych w nauczaniu medycyny w XXI wieku? Czy nauki podstawowe mogą stanowić narzędzie, bazę, na której można zbudować wiedzę i umiejętności kliniczne i doskonalić/uzupełniać je przez całe życie tak, aby móc podchodzić do każdego pacjenta indywidualnie i zgodnie z aktualnie najlepszą praktyką medyczną?

Historia nauczania medycyny jest długa. W XX wieku studia podzielono na część podstawową (wykłady i doświadczenia) i kliniczną; taki układ wprowadzono w większości uniwersytetów medycznych po II wojnie światowej. Umożliwiło to włączenie odkryć naukowych do nauczania medycyny. Nastąpiło przy tym wzmocnienie jednostek typu zakłady w obrębie uczelni; zwiększyła się aktywność naukowa, zmniejszyła aktywność edukacyjna. Ta forma curriculum nazywana tradycyjną jest ciągle najpowszechniejszą metodą nauczania medycyny. W tradycyjnym curriculum uniwersytetu medycznego nauczyciel jest odpowiedzialny za proces uczenia się studentów i rozwija różnego rodzaju metody przymusu, student kolejno przyswaja sobie informacje z poszczególnych dziedzin, a wykłady są podstawą wiedzy uzyskiwanej przez studentów.

Nowe koncepcje nauczania medycyny pojawiły się w połowie XX wieku. Integracja pionowa zakładała stosowanie podstaw naukowych w nauczaniu klinicznym, natomiast integracja pozioma polegała na łączeniu zajęć podstawowych z klinicznymi przez wspólne uczestnictwo nauczycieli nauk podstawowych i klinicznych w blokach omawiających fizjologię i patologię poszczególnych narządów – a więc był to model zintegrowany oparty na układach/narządach. Integracja pozioma została później rozwinięta jako 'problem-based learning' (PBL). W metodzie PBL to studenci są osobiście odpowiedzialni za swoją akademicką edukację. Metoda ta charakteryzuje się dużą efektywnością w budowaniu motywacji do uzupełniania wiedzy. Niewątpliwie uczenie się w kontekście „potrzebuję rozwiązać problem” ułatwia przechowywanie wiedzy w pamięci i jej późniejsze wykorzystanie w rozwiązywaniu problemów. Należy jednak pamiętać o tym, że jest to trudna metoda nauczania zarówno dla nauczycieli, jak i studentów. Konieczne jest duże obciążenie kadry uniwersyteckiej obowiązkami dydaktycznymi; obliczono, że ekwiwalentem 130 godzin nauczania tradycyjnego jest 500-600 godzin nauczania metodą PBL. Chociaż PBL opiera się na przypadkach klinicznych, a więc

wydawałoby się, że metoda ta powinna być metodą z wyboru w części klinicznej. W praktyce tak nie jest, klinicyści bowiem są gorzej przygotowani, głównie ze względu na wąską specjalizację, dlatego metoda PBL jest stosowana tylko częściowo, co zaciera jej przewagę nad metodą tradycyjną. W niektórych uniwersytetach stosujących metodę PBL wprowadzono zajęcia dodatkowe, ze względu na konieczność zdania egzaminu państwowego. Niewątpliwie metoda PBL jest metodą bardzo kosztowną. W tradycyjnym nauczaniu koszt na studenta zmniejsza się przy większej liczbie studentów, natomiast w nauczaniu metodą PBL jest mniej więcej taki sam w przeliczeniu na studenta i zwiększa się ze wzrostem liczby studentów.

Stale pojawiają się nowe pomysły na modyfikacje curriculum medycznego. Według profesora Hardena, który jest autorem systemu egzaminowania OSCE, należy zrezygnować z nauczania przedmiotów według dyscyplin. Zamiast tego wprowadzić kursy interdyscyplinarne omawiające poszczególne narządy na każdym poziomie organizacyjnym i funkcjonalnym, w aspekcie prawidłowym i patologicznym. Kursy te powinny być stopniowo zastępowane omawianiem przypadków klinicznych, z uwzględnieniem zagadnień wynikających z wiedzy podstawowej, przedklinicznej, czyli całe curriculum powinno się składać z kursów i egzaminów multidyscyplinarnych omawiających przypadki kliniczne. W opracowaniach naukowych jest coraz więcej głosów krytycznych na temat metod, w których kursy przedmiotowe zastąpiono kursami interdyscyplinarnymi (wg narządów) lub kursami multidyscyplinarnymi (wg przypadków klinicznych). W mojej ocenie tradycyjne curriculum jest adekwatne do potrzeb kraju z dużym deficytem kadry medycznej. Inne metody typu PBL/kursy multidyscyplinarne są zbyt kosztowne i trudne do wprowadzenia, biorąc pod uwagę wysokie nakłady finansowe, sposób nauczania przeduniwersyteckiego oraz konieczność długotrwałego kształcenia kadry dydaktycznej.

Na temat znaczenia nauk podstawowych w nauczaniu medycyny ukazało się wiele artykułów.

Liczne analizy wskazują, że przyswajanie wiedzy podstawowej uczy m.in. myślenia przyczynowo-skutkowego, które jest nieodzownym elementem wnioskowania klinicznego oraz zdobywania nowych kompetencji w trakcie wykonywania zawodu lekarza. Przy założeniu, że kształcenie lekarzy rodzinnych powinno być priorytetem, wiedza podstawowa, dająca lekarzowi szersze spojrzenie i więcej różnorodnych umiejętności, zawsze powinna być istotnym elementem kształcenia medycznego. Skoro każdy człowiek jest efektem niezliczonych molekularnych, komórkowych, genetycznych, środowiskowych i społecznych wpływów, które współdziałają w złożony sposób, skutkując zdrowiem lub chorobą, studenci medycyny muszą reprezentować wysoki poziom rozumienia złożoności ludzkiego organizmu i mieć zdolność syntezy nowych informacji pochodzących z różnych dziedzin (Dienstag, 2008, New England Journal of Medicine). A zatem, nauczanie biologii, chemii/biochemii, fizyki i matematyki/bioinformatyki powinno być dostosowane do potrzeb nauczania medycyny i powinno być ciągle uaktualniane. Konieczna jest stała modernizacja

programu nauczania, uzgadnianie z prowadzącymi przedmioty wcześniej nauczone, które umiejętności i kompetencje były już rozwijane i jakie treści były nauczone. Konieczne jest usuwanie treści, które się powtarzają, nawet w celu przypomnienia. Konieczne jest stawianie pytań: czy przekazywana wiedza będzie jeszcze istotna w roku, w którym studenci ukończą studia i później? Ważne jest, aby przy modernizacji programu części przedklinicznej szukać możliwości integracji poziomej, np. na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Medycznego w Łodzi połączono chemię z biofizyką w ramach modułu fizykochemicznego oraz anatomię z histologią i cytologią w ramach modułu „Biostruktura” itd. Każdy z modułów kończy się wspólnym egzaminem. Wprowadzanie w nauczaniu przedklinicznym wyraźnych odniesień do sytuacji klinicznych (integracja pionowa) zwiększa zainteresowanie studentów przyswajaniem wiedzy przedklinicznej. Modernizacja programu powinna być ciągła w związku z niesamowitym tempem rozwoju medycyny molekularnej i pojawianiem się nowych metod diagnostycznych i procedur medycznych.

Niezależnie od sposobu nauczania (system amerykański/europejski; program tradycyjny/PBL), wiedza podstawowa (przedmedyczna) jest koniecznym elementem edukacji zarówno lekarza specjalisty, jak i lekarza rodzinnego. W obowiązującej ustawie są odpowiednie ramy kształcenia, ale jest również pewien zakres swobody w kształtowaniu programu. Daje to możliwość indywidualizacji nauczania. Każdy uniwersytet może realizować program autorski w zakresie dotychczas niepraktykowanym, uwzględniającym zarówno integrację poziomą, jak i pionową. W erze Internetu i coraz powszechniejszego dostępu do wiedzy lekarza i pacjenta będzie różnił stopień zrozumienia przypadku klinicznego i w tym zawsze będzie pomocna wiedza podstawowa.

PERSPEKTYWY ZMIAN NAUCZANIA DYSCYPLIN PODSTAWOWYCH Z PUNKTU WIDZENIA NAUCZANIA IMMUNOLOGII

prof. dr hab. n. med. Marek Jakóbsiak, WUM, TNW

Celem projektu jest usprawnienie procesu integracji nauczania przedmiotów przedklinicznych (integracja pozioma), a także ściślejsze powiązanie tego procesu z nauczaniem przedmiotów klinicznych (integracja pionowa) na przykładzie nauczania immunologii.

Konieczność pogłębienia integracji nauczania przedmiotów przedklinicznych oraz dalszej integracji z przedmiotami klinicznymi nie wymaga specjalnego uzasadnienia, ponieważ jest ona warunkiem efektywniejszego kształcenia studentów medycyny. Cel ten jest zresztą zgodny z wymaganiami władz ministerialnych. Ponieważ w trakcie wdrażania tej integracji należy się spodziewać krytyki, a nawet bojkotu przez część nauczycieli akademickich (patrz niżej), realizacja

niniejszego projektu umożliwi analizę i ustosunkowanie się do najważniejszych uwag i zastrzeżeń do wprowadzanych zmian dzięki ankietom przeprowadzanym wśród studentów i nauczycieli.

Sam program nauczania immunologii w zakresie nauk podstawowych, jeżeli chodzi o treści merytoryczne, nie różni się istotnie między poszczególnymi uczelniami medycznymi zarówno europejskimi, jak i amerykańskimi. Program ten jest na ogół zgodny z treścią kilku uznanych podręczników immunologii i nie wymaga jakichś radykalnych zmian. Obejmuje on wykłady, seminaria i ewentualnie ćwiczenia.

W trakcie prowadzenia wykładów i seminariów przewidywane są prelekcje i komentarze nauczycieli akademickich innych specjalności, a także na niektórych seminariach będą przedstawiane przypadki pacjentów dotkniętych chorobami, które u podłoża mają zaburzenia immunologiczne.

W przypadku immunologii, a także innych przedmiotów przedklinicznych, nacisk powinien być położony na seminaria. Są to zajęcia w naturalny sposób sprzyjające procesowi integracji. Należałoby jednak zmienić ich charakter. Przede wszystkim należy dążyć do przełamania bierności studentów obserwowanej na seminariach. Powinno się koniecznie zwiększyć ich aktywność, zachęcić do zadawania pytań i krytycyzmu. Dla polskiego studenta, a nawet nauczyciela akademickiego jest często zupełnie zaskakujące i niezrozumiałe, dlaczego w niektórych dobrych uczelniach w każdym seminarium uczestniczy równocześnie więcej niż jeden nauczyciel akademicki i nie sprawdza się listy obecności. Przełamywanie bierności odpowiada nowym tendencjom mającym na celu zwiększenie nacisku na pracę własną studentów kosztem tradycyjnych form zajęć, w trakcie których studenci słuchają lub nie monologu wykładowcy. Niestety, bierna postawa studentów może być wygodna dla prowadzącego seminarium, ponieważ zwalnia go od obowiązku stałego poszerzania i uaktualniania swej wiedzy i bardzo upraszcza prowadzenie seminarium.

Przykłady tematów, w których zakresie integracja jest szczególnie ważna, na przykładzie nauczania immunologii:

- *Źródła różnorodności przeciwciał i receptorów limfocytów T rozpoznających antygen.*

Student powinien zrozumieć, dlaczego na matrycy zaledwie stu kilkudziesięciu segmentów genowych nasz organizm jest w stanie wytworzyć potencjalnie nawet miliardy różnych przeciwciał i receptorów limfocytów T rozpoznających antygen. Zrozumienie tego procesu jest łatwiejsze, jeżeli dyskusja na ten temat będzie poprzedzona komentarzem genetyka dotyczącym rearanżacji genów i uzupełniona prelekcją onkologa o zagrożeniach towarzyszących temu fizjologicznemu procesowi.

- *Mechanizmy i typy nadwrażliwości.* Do omawiania tych zagadnień powinien być włączony alergolog, mimo że dalej wiedza ta będzie rozwijana w ramach immunologii klinicznej i interny.

- *Zjawiska autoimmunizacyjne*. Wyjaśnianie tych mechanizmów powinno być uzupełnione opisem przypadków konkretnych pacjentów dotkniętych schorzeniami wynikającymi z autoimmunizacji. Choć może się to wydawać przedwczesne w ramach nauczania przedmiotów przedklinicznych, to bardzo uatrakcyjnia zajęcia i pomaga studentom zrozumieć znaczenie omawianych zagadnień dla późniejszej ich pracy.

- *Relacje immunologiczne między matką a płodem*. Wymagany powinien tu być komentarz embriologa, a także położnika dotyczący praktycznego wykorzystania tej wiedzy, np. w celu zapobiegania konfliktowi serologicznemu matczyno-płodowemu.

- *Odporność przeciwwakalna*. Omawianie tych zagadnień powinno być prowadzone wspólnie przez mikrobiologa, wirusologa, parazytologa i immunologa. Olbrzymi nacisk powinno się położyć na zagrożenia związane z uchylaniem się od szczepień.

- *Immunologia nowotworów*. W omawianie tych zagadnień powinien być włączony genetyk, ponieważ zarówno w nowoczesnej diagnostyce, jak i terapii nowotworów stosuje się metody oparte coraz bardziej na dobrej znajomości genetyki. Wymagany też jest komentarz onkologa. Przy tej okazji należy wprowadzić studentów w problemy terapii genowej, kładąc nacisk zarówno na coraz większe jej sukcesy, jak i na potencjalne zagrożenia mogące być następstwem wykorzystania stosowanych w niej metod do celów nieetycznych.

Można się spodziewać trudności przy realizacji proponowanych zmian. Należą do nich między innymi:

- *Trudności związane ze skłonnością kierowników jednostek dydaktycznych do nadmiernej niezależności i ufności w swoje metody nauczania.*

- *Ogólna wzajemna nieufność i brak umiejętności współpracy występujące w naszym kraju nie tylko wśród nauczycieli akademickich.*

- *Duże zróżnicowanie poziomu nauczania poszczególnych przedmiotów pod względem nowoczesności przekazywanych treści, rzetelności w prowadzeniu zajęć (niektóre z nich są bardzo skracane, a nawet nie odbywają się w ogóle) i metod nauczania. Niski poziom niektórych zajęć zniechęca studentów do chodzenia na wykłady, a seminaria przekształca w nudne i mało wartościowe dla studenta, ale obowiązkowe, wykłady.*

- *Równoczesny udział w zintegrowanym nauczaniu nauczycieli akademickich różnych dyscyplin może obnażyć niedoskonałości wiedzy i sposobu nauczania poszczególnych nauczycieli,*

dlatego mogą oni próbować krytykować, a nawet bojkotować pod różnymi pretekstami tę formę nauczania.

- Przewidywaną przeszkodą w integracji nauczania przedmiotów przedklinicznych i klinicznych będzie stale zmniejszający się odsetek lekarzy wśród pracowników zakładów teoretycznych. Na ich miejsce pojawiają się coraz częściej absolwenci wydziałów biologii, biotechnologii czy weterynarii. Młodzi lekarze mają bowiem dużo bardziej atrakcyjne perspektywy zarobków w oddziałach szpitalnych.

SESJA II Przewodniczący – dr n. med. Jarosław Pinkas, CMKP, TNW

KSZTAŁCENIE PODYPLOMOWE LEKARZY PO ROKU 2014

prof. CMKP, dr hab. n. med. Joanna Jędrzejczak, Klinika Neurologii i Epileptologii CMKP

W 2014 roku zgodnie z Ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentystry z 28 kwietnia 2011 roku oraz Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 roku w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów (Dz.U. z 2013 r., poz. 26) wprowadzono modułowy system specjalizacji. Ustalono 86 specjalizacji (77 specjalności lekarskich i 9 specjalności lekarsko-dentystycznych).

Dotychczasowe specjalizacje szczegółowe, które lekarz realizował po uprzednim zdobyciu określonej specjalności podstawowej, w nowym systemie są otwierane bezpośrednio po stażu podyplomowym. Zamiast specjalizacji podstawowej są one poprzedzone odpowiednim dwu- lub trzyletnim modułem podstawowym.

System modułowy składa się z 2 modułów: podstawowego i specjalistycznego.

Moduł podstawowy obejmuje podstawowy zakres wiedzy teoretycznej i umiejętności praktycznych.

Jest 5 modułów podstawowych:

- choroby wewnętrzne
- pediatria
- chirurgia ogólna
- otorynolaryngologia
- patomorfologia.

Moduły podstawowe są podstawą dla 41 specjalizacji.

Moduł specjalistyczny obejmuje specjalistyczny zakres wiedzy teoretycznej i umiejętności praktycznych właściwy dla danej specjalności.

Liczba modułów specjalistycznych po module podstawowym:

- choroby wewnętrzne - dla 21 specjalizacji
- pediatria - dla 9 specjalizacji
- chirurgia ogólna - dla 6 specjalizacji
- otorynolaryngologia - dla 3 specjalizacji
- patomorfologia - dla 2 specjalizacji.

Pozostałe specjalizacje są specjalizacjami jednolitymi, tak jak dotychczas.

Wprowadzono 10 nowych specjalizacji: medycyna lotnicza, medycyna morska i tropikalna, pediatria metaboliczna, choroby płuc dzieci, nefrologia dziecięca, perinatologia, endokrynologia i diabetologia dziecięca, endokrynologia ginekologiczna i rozrodczość, intensywna terapia oraz gastroenterologia dziecięca.

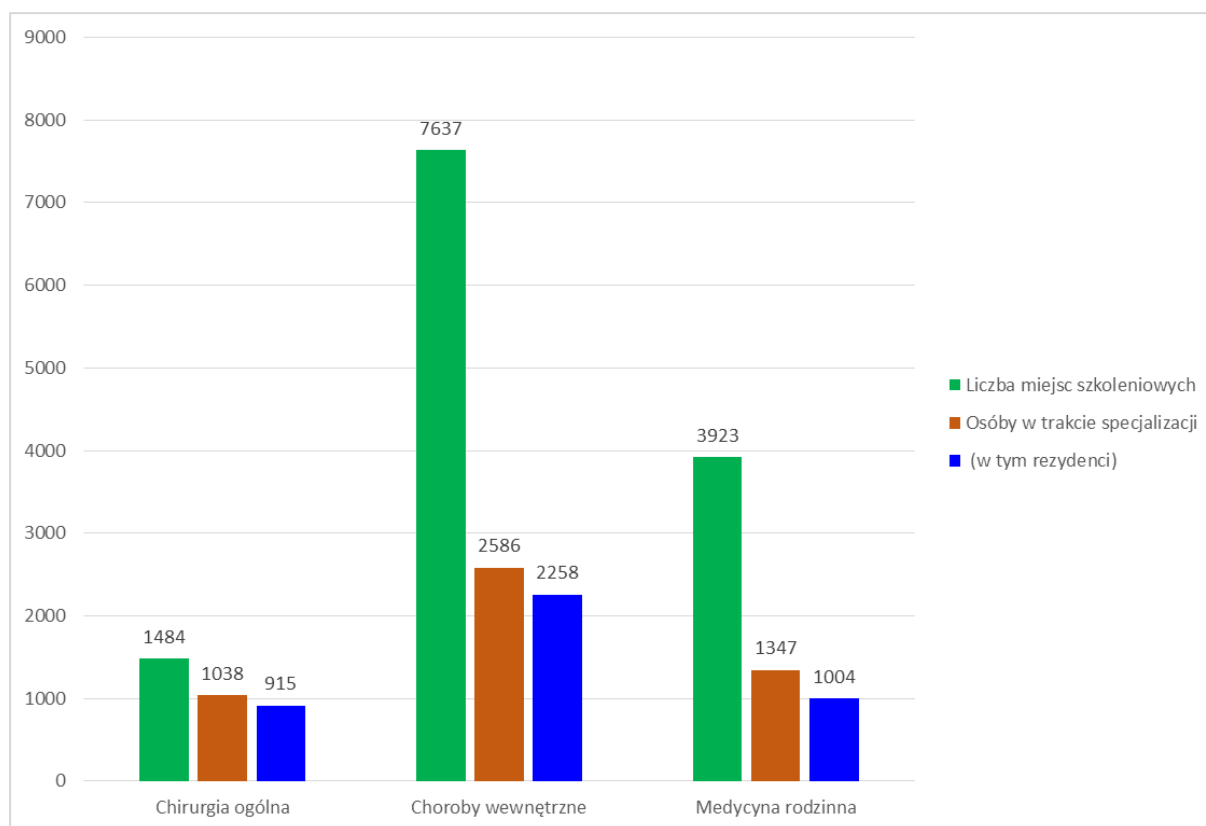
W obecnej ścieżce specjalizacyjnej absolwent uniwersytetu medycznego może wybrać specjalizację dwumodułową lub jednomodułową. Lekarz mający już specjalizację może realizować inny program specjalizacyjny, aplikując o specjalizację jednomodułową lub dwumodułową z modułem specjalistycznym.

Jednym z celów reformy było skrócenie czasu trwania specjalizacji i dostosowanie go do dyrektywy unijnej.

Obecnie:

- w 38 dziedzinach szkolenie specjalizacyjne zostało skrócone
- w 37 dziedzinach szkolenie specjalizacyjne zostało skrócone lub pozostało nie dłuższe niż najdłuższy dotychczasowy wariant
- w 5 dziedzinach specjalizacja modułowa wydłuża czas specjalizacji w stosunku do najkrótszego możliwego obecnego wariantu (o 6 lub 12 miesięcy).

Liczba lekarzy aktualnie odbywających szkolenie specjalizacyjne wynosi ogółem 25 102, natomiast liczba miejsc specjalizacyjnych wynosi aż 42 476. Warto jednak podkreślić, że aż 17 912 lekarzy kształci się w procesie specjalizacji w trybie rezydenckim. Na rycinie przedstawiono liczbę miejsc szkoleniowych i liczbę osób w trakcie specjalizacji (w tym rezydentów) w podstawowych dziedzinach specjalizacyjnych.



Świadczy to o niewłaściwym wykorzystaniu tych miejsc, braku planowania potrzeb specjalizacyjnych z punktu widzenia epidemiologii i demografii.

Dlaczego brakuje lekarzy specjalistów medycyny rodzinnej?

Podstawowa opieka zdrowotna została oparta na medycynie rodzinnej. Docelowo. Celem zatem kształcenia specjalizacyjnego jest przygotowanie kompetentnych lekarzy rodzinnych, zdolnych zapewnić podstawową, ciągłą i całościową opiekę medyczną zarówno poszczególnym osobom, rodzinom, jak i danej społeczności lokalnej. Z analizy liczbowej wynika, że obecnie jest ich 11 465, a tylko w 2 województwach liczba osób będących pod opieką lekarza rodzinnego jest mniejsza niż 2000 osób. W żadnym z województw w Polsce liczba ta nie zbliża się do 1500. Są również i województwa, gdzie liczba ta przekracza 3500, a nawet i 4000.

Z czteroletniej (2014-2017) analizy liczby wszystkich lekarzy specjalizujących się wynika, że specjalizacja z medycyny rodzinnej oraz praca w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej stanowią małe zainteresowanie wśród lekarzy. Być może kształcenie przeddyplomowe na studiach medycznych nie daje podstaw do samodzielnej pracy w podstawowej opiece zdrowotnej. Jest też i inny aspekt. Specjalista wąskiej dziedziny może być zatrudniony w wielu miejscach, ma większe perspektywy rozwoju i szansę na lepsze zarobki. Lekarz rodzinny sam podejmuje decyzję w zakresie leczenia i diagnozy pacjenta, nie ma wsparcia kolegów z oddziału, tak jak specjaliści. Niskie płace,

bardzo duże obciążenie pracą to kolejne powody, które wpływają na to, że absolwenci medycyny niechętnie zostają lekarzami rodzinnymi.

Na podstawie przedstawionych danych wynika, że powinno się dążyć do stworzenia systemu opieki, którego osią powinien być lekarz medycyny rodzinnej nie zajmujący się całą medycyną, ale będący lekarzem leczącym wybrane, najczęstsze patologie w każdej specjalności medycznej w przeciwieństwie do lekarza o wąskiej specjalizacji. Istotnym elementem dyskusji było podkreślenie potrzeby takich rozwiązań, które już na etapie kształcenia przeddyplomowego, a potem w procesie specjalizacyjnym zwiększyłyby liczbę specjalistów medycyny rodzinnej.

BARIERY NA DRODZE ROZWOJU ZAWODOWEGO W OPINII SPECJALIZUJĄCYCH SIĘ LEKARZY

dr hab. n. med. Wojciech Zgliczyński, CMKP

Liczba lekarzy w trakcie specjalizacji, według stanu na 20 marca 2018 roku wynosiła 25 102, co stanowiło około 14% wszystkich lekarzy aktywnych zawodowo w Polsce. Zarazem liczba miejsc szkoleniowych wynosiła 42 476. Lekarze odbywający specjalizację w trybie rezydenckim to 17 912 (71,4%), pozostali, czyli 7190 (28,6%), odbywało specjalizację w innym trybie, tj. zatrudnienie na etacie, wolontariat, umowa cywilno-prawna, doktorat.

Obecnie lekarze i lekarze dentyści mogą odbywać specjalizację w jednej z 86 dziedzin. Odbywający specjalizację w ramach 10 najliczniejszych dziedzin medycyny stanowili łącznie 56,9% wszystkich osób w trakcie kształcenia specjalizacyjnego. Najwięcej osób odbywało specjalizację w następujących dziedzinach: choroby wewnętrzne (2586 osób, tj. 10,3% wszystkich odbywających specjalizację), pediatria (1991 osób), kardiologia (1463), anestezjologia (1444), medycyna rodzinna (1348), radiologia (1186), położnictwo i ginekologia (1167), ortopedia (1084), chirurgia ogólna (1038) i psychiatria (983). Zarazem dziedziny, w których kształcą się najmniej osób, to: intensywne terapii (3 osoby), diagnostyka laboratoryjna (5), medycyna morska i tropikalna (6), neuropatologia (9), urologia dziecięca (11), mikrobiologia lekarska (12), pediatria metaboliczna (14), medycyna lotnicza (15), toksykologia kliniczna (16), transfuzjologia kliniczna (22).

Lekarze odbywający specjalizację to najczęściej kobiety (63,1%) w wieku 34 lat (mediana), pozostające w związkach małżeńskich (72,1%) i mające dzieci (64,1%). Co czwarta osoba odbywająca specjalizację ma już tytuł specjalisty (40,3%).

Podstawowym miejscem pracy lekarzy w okresie specjalizacji są najczęściej szpitale publiczne, w tym najczęściej szpitale kliniczne (56%), zlokalizowane w dużych ośrodkach miejskich

(74,7% – miasta powyżej 500 tys. mieszkańców). Lekarze odbywający specjalizację w większości podejmują dodatkowe zatrudnienie (66,3%). Deklarowany średni czas pracy w trakcie specjalizacji wynosi 64 h tygodniowo (wahał się od 51 – w medycynie rodzinnej, do 74 – w ortopedii i traumatologii), czyli 30% więcej niż standardowy czas pracy wynoszący 48 h tygodniowo.

Najczęściej wskazywane powody wyboru danej specjalizacji to: satysfakcja z pracy w danej dziedzinie medycyny (68,0%), możliwość rozwoju zawodowego (59,3%) oraz poczucie posiadania predyspozycji do pracy w danej specjalizacji (54,8%). Ponadto jako istotne wskazywano możliwość rozwoju naukowego (31,3%), możliwość zwiększenia zarobków (27,3%), prestiż związany z posiadaniem specjalizacji (24,3%), dostępność miejsc specjalizacyjnych (21,6%), możliwość łączenia pracy z innymi obowiązkami (16,6%) oraz wpływ autorytetu innego lekarza (15,1%).

W trakcie kształcenia specjalizacyjnego lekarze napotykać liczne problemy. Najczęściej wskazywane bariery rozwoju zawodowego, to ograniczona liczba miejsc specjalizacji (86%), skutkująca m.in. koniecznością poszukiwania miejsca specjalizacji poza miejscem zamieszkania (79%), oraz niskie wynagrodzenia w trakcie specjalizacji (93%), skutkujące m.in. potrzebą podejmowania dodatkowego zatrudnienia (89%).

Co szczególnie istotne często występowały również problemy w trakcie realizacji kształcenia specjalizacyjnego, w tym konieczność wykonywania zadań wykraczających poza program specjalizacji (61%) i posiadane kompetencje (52%), a także problemy z realizacją staży i kursów specjalizacyjnych (56%). Problemy z realizacją kursów w głównej mierze dotyczyły kwestii finansowych, tj. kosztów dojazdów i zakwaterowania, kosztów zapewnienia opieki najbliższym, utraconych możliwości zarobkowania (35% wskazujących problemy w zakresie realizacji kursów wskazało to jako swój problem), ograniczonej liczby miejsc na kursach (25%), niedogodnych terminów kursów (13%) i uzyskania zgody przełożonego (13%). Problemy związane z realizacją staży specjalizacyjnych polegały głównie na uzyskaniu zgody przełożonego (29%), odwoływaniu ze stażu przez przełożonego (20%), kwestii finansowych (18%).

W wyniku lekarze negatywnie oceniają warunki uzyskiwania specjalizacji (63% lekarzy w trakcie szkolenia oceniło je negatywnie), choć sam program kształcenia specjalizacyjnego jest oceniany stosunkowo dobrze (29% ocen negatywnych).

Występujące problemy związane są z deficytem kadr lekarskich i szeroko rozumianym niedofinansowaniem systemu ochrony zdrowia w Polsce.

NOWY PARADYGMAT KSZTAŁCENIA LEKARZA SPECJALISTY – SUGEROWANE KIERUNKI ZMIAN MODELU SZKOLENIA W ŚWIETLE DOTYCHCZASOWYCH DOŚWIADCZEŃ

prof. dr hab. n. med. Ryszard Gellert, dyrektor CMKP

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej stwierdza, w par. 68., że:

- Każdy obywatel ma prawo do ochrony zdrowia
- Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych,
- Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa.
- Władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku.

Zatem zapewnienie opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych jest konstytucyjnym zadaniem władz publicznych, a zakres tej opieki i warunki są określane ustawą. Nie ulega więc wątpliwości, że niezależnie od szczegółowych rozwiązań przyjętych dla systemu opieki zdrowotnej w Polsce odpowiedzialność za stworzenie sieci ośrodków udzielających świadczenia zdrowotne, ich wyposażenie oraz obsadzenie fachowym personelem jest odpowiedzialnością ministra właściwego do spraw zdrowia.

Ponieważ dostępność kadr medycznych jest warunkiem niezbędnym udzielania świadczeń zdrowotnych to należy też wysnuć wniosek, że odpowiedzialność za wyszkolenie tych kadr jest wyłączną prerogatywą ministra właściwego do spraw zdrowia. Z tego względu najpewniejszym i najbezpieczniejszym rozwiązaniem dla realizacji tego zadania wydaje się skupienie organizacji, kontroli i kluczowych elementów kształcenia kadr medycznych w gestii jednostek podległych bezpośrednio ministerstwu zdrowia i administracji rządowej. W Polsce funkcję tę spełniają Uczelnie Medyczne podległe Ministrowi Zdrowia, wydziały uczelni publicznych i niepublicznych, a przede wszystkim Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, które koordynuje podyplomowe szkolenie kadr medycznych (z wyjątkiem pielęgniarek i położnych, oraz dyspozytorów) oraz prowadzi szkolenie części tych kadr (Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 9 października 1970 r.; Dz. U. Nr 29, poz.247), oraz Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych.

Systemy kształcenia kadr lekarskich różnią się zwykle w między państwami, ale w niewielu z nich zadanie zapewnienia dostępu do świadczeń zdrowotnych nie jest zadaniem władz publicznych. Dlatego we wszystkich krajach Europy i Ameryki Północnej, a także Australii i Nowej Zelandii, istnieją

instytucje nadzorujące i harmonizujące proces szkolenia specjalizacyjnego w ramach całego kraju. Jest to bowiem niezbędny element zapewniający bezpieczeństwo zdrowotne ludności i koherentność udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach całego systemu tej opieki.

Obecny system kształcenia podyplomowego lekarzy, przeprowadza lekarza z pełnym prawem wykonywania zawodu do poziomu specjalisty uprawnionego do samodzielnego funkcjonowania w systemie publicznie finansowanej opieki zdrowotnej. Proces ten wymaga, w sposób nieuzasadniony ustawowo, ograniczenia uprawnień szkolącego się lekarza i - *de facto* - przesuwa odpowiedzialność za jego działania na kierownika specjalizacji.

Ograniczenie prawa wykonywania zawodu w czasie specjalizacji (konieczność działania pod nadzorem specjalisty) dotyczy jednak tylko tych akredytowanych miejsc specjalizacji, które realizują świadczenia finansowane ze środków publicznych, w których szkolący się odbywa praktykę/staż – w pozostałych może być zatrudniony z pełnym prawem wykonywania zawodu. Należy raczej oczekiwać stałego rozszerzania uprawnień w miarę postępów szkolenia – udzielanych przez kierownika specjalizacji i akceptowanych przez szkolącego się.

Lekarze specjaliści nie muszą ograniczać się do uzyskania tytułu specjalisty tylko w jednej specjalności – po uzyskaniu jednej, mogą przystąpić do kolejnej. System pozwala bowiem na finansowanie szkolenia specjalizacyjnego przez pracodawcę (część czasu pracy przeznaczona na samokształcenie pracownika) lub zainteresowanego (wolontariat). Jednak zdobywanie kolejnej specjalizacji zmniejsza w sposób oczywisty dostępność do specjalisty, który w ramach swojego zatrudnienia poświęca czas na zdobywanie umiejętności w innej dziedzinie, a następnie mając dwie specjalności nie jest w stanie poświęcić całego swojego czasu pracy w obu dziedzinach jednocześnie. Mimo to tworzono aż 273 różne ścieżki uzyskania kolejnego tytułu specjalisty w 77 specjalnościach lekarskich i 9 lekarsko-dentystycznych.

Wprawdzie w USA jest 136 programów specjalizacji, ale tylko 4 jednomodułowe (neurochirurgia, torakochirurgia, okulistyka i radioterapia), co przedstawia poniższa tabela:

SPECJALIZACJA (resident, USA)	PODSPECJALIZACJA (fellow, USA)
1. Anestezjologia	8
2. Chirurgia ogólna	5

3. Chirurgia plastyczna	2
4. Choroby wewnętrzne	19
5. Dermatologia	2
6. Genetyka medyczna i genomika	3
7. Medycyna fizykalna i rehabilitacja	6
8. Medycyna prewencyjna	3
9. Medycyna rodzinna	4
10. Medycyna stanów nagłych	6
11. Neurochirurgia	1
12. Neurologia	8
13. Okulistyka	1
14. Ortopedia	8
15. Otolaryngologia	2
16. Patologia	12
17. Pediatria	22
18. Położnictwo i ginekologia	4
19. Psychiatria	8
20. Radiologia	8
21. Radioterapia	1
22. Torakochirurgia	1
23. Urologia	2
SUMA	136

Tym niemniej uzyskanie pełnego prawa wykonywania zawodu w każdej z 23 dziedzin daje pełne prawo wykonywania zawodu w tej specjalności już po 3 latach, i umożliwia dalsze szkolenie w każdej ze 132 podspecjalności. W Polsce ukończenie modułu podstawowego daje jedynie uprawnienia do dalszego szkolenia. Tę sytuację trzeba jak najszybciej zmienić.

W Unii Europejskiej i na Europejskim Obszarze Gospodarczym uznaje się tylko 56 specjalizacji lekarskich.

Accident and emergency medicine	Allergology	Anaesthetics
Biological hematology	Cardiology	Child psychiatry
Clinical biology	Clinical chemistry	Clinical neurophysiology
Clinical radiology	Dental, oral and maxillo-facial surgery	Dermato-venerology
Dermatology	Endocrinology	Gastro-enterologic surgery
Gastroenterology	General hematology	
General Practice	General surgery	Geriatrics
Immunology	Infectious diseases	Internal medicine
Laboratory medicine	Maxillo-facial surgery	Microbiology
Nephrology	Neuro-psychiatry	Neurology
Neurosurgery	Nuclear medicine	Obstetrics and gynecology
Occupational medicine	Ophthalmology	Orthopaedics
Otorhinolaryngology		Paediatric surgery
Paediatrics	Pathology	Pharmacology
Physical medicine and rehabilitation	Plastic surgery	Podiatric Medicine
Podiatric Surgery	Psychiatry	Public health and Preventive Medicine
Radiology	Radiotherapy	Respiratory medicine
Rheumatology	Stomatology	Thoracic surgery
Tropical medicine	Urology	Vascular surgery
Venereology		

W Wielkiej Brytanii z kolei, jest 10 specjalności jednomodułowych i 5 dwumodułowych kształcących w 52 specjalnościach szczegółowych (w sumie 62 specjalności).

Odbywanie staży i kursów wymaganych programem specjalizacji, zwykle zamiejscowych, wymaga oderwania się młodych ludzi od ich rodzin. Udowodniono, że szkolenie z użyciem technik blended learning (e-learning + wykłady i seminaria) nie zmniejsza skuteczności nauczania, a skutecznie skraca czas przeznaczony na szkolenie poza miejscem zamieszkania.

CMKP od kilku lat czyni ogromne wysiłki by skutecznie zmienić metody kształcenia i przesunąć czas szkolenia do miejsca zamieszkania, wprowadzając e-learning i tworząc centra symulacji. Pozwoli to także ograniczyć koszty jakie ponosi szkolący się – dojazdu, cateringu i zakwaterowania, a także utratę zarobków związaną z absencją w podstawowym miejscu pracy.

Obecny system jest zatem w zasadzie prawidłowo skonstruowany - zapewnia obiektywne szkolenie specjalizacyjne bez wpływów przemysłu i lobby. Jest to też system nowoczesny, na wzór amerykański z licznymi elementami brytyjskimi i europejskimi. Jednak na przeszkodzie dużej satysfakcji szkolących się i finansujących szkolenie specjalizacyjne stają:

- Nadmierna liczba specjalizacji w ogóle, a modułów szczegółowych w szczególności
- Powtarzanie treści nauczania i nadmierna liczba staży i kursów oraz dysproporcja między oczekiwaniami szkolących a liczbą interwencji (głównie zabiegowych) możliwych do zrealizowania
- Zbyt późne uzyskiwanie samodzielności zawodowej uprawniającej do udzielania świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych
- Brak regulacji prawnych skutecznej kontroli warunków szkolenia

Aby tę sytuację poprawić należy:

- Uznać, że uzyskanie dyplomu lekarza nie jest celem a środkiem do uzyskania samodzielności zawodowej lekarza i lekarza dentysty
- Przygotować w Uczelni medycznej lekarza zdolnego do świadczenia już po stażu podstawowych usług lekarskich – np. w ramach POZ (przy stałej dostępności konsultującego lekarza specjalisty – na wzór amerykański) - oprócz kształcenia ogólnoakademickiego.
- Uznać, że lekarz po stażu powinien mieć uprawnienia do samodzielnego funkcjonowania w Praktyce Lekarza Rodzinnego pod warunkiem możliwości bezzwłocznego uzyskania konsultacji specjalisty medycyny rodzinnej.
- Odwoływać się na kolejnych etapach edukacji specjalisty do już nabytej wiedzy i ograniczyć się do tych szczególnych elementów, które nie są niezbędne dla uzyskania uprawnień lekarza

do udzielania świadczeń niespecjalistycznych – podstaw wielu specjalności nabywa lekarz w czasie szkolenia przeddyplomowego i stażu – pozwoli to na dogłębsze szkolenie w dziedzinie wybranej przez specjalizującego się.

- Utrzymać istnienie instytucji koordynującej i harmonizującej szkolenie specjalizacyjne, a także akredytującej jednostki do szkolenia specjalizacyjnego (w Polsce jest to Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, w USA - Accreditation Council for Graduate Medical Education, w Wielkiej Brytanii - General Medical Council), wyposażając ją dodatkowo w uprawnienia do egzekucji obowiązków nałożonych prawem
- Wprowadzić w warunkach akredytacji do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego wymóg - dla każdej jednostki - przedstawienia lokalnego programu specjalizacji dla specjalizujących się i odbywających staże, a także sposób corocznej kontroli jakości szkolenia mierzonej postępami szkolących się
- Umożliwić występowanie o akredytację ośrodkom wiodącym, które zapewniają realizację całego programu szkolenia specjalizacyjnego przez jedną instytucję (wiodącą)
- Doprecyzować przepisy o odpowiedzialności zawodowej, cywilnej i prawnej lekarza rezydenta, kierownika specjalizacji i kierownika stażu
- Zrewidować obecne programy specjalizacji i aktualizować je co roku
- Określić jednoznacznie w Ustawie o zawodzie lekarza, że lekarz w trakcie odbywania szkolenia specjalizacyjnego ma prawo odmówić samodzielnego wykonania niektórych procedur medycznych i wykonać je pod nadzorem (bezpośrednim?) Kierownika specjalizacji (obecnie nie ma prawa ich wykonać samodzielnie), a zakres tego uprawnienia powinien się zmniejszać w miarę realizacji kolejnych elementów szkolenia specjalizacyjnego określonych w programie specjalizacji oraz być uzgadniany przez lekarza w trakcie specjalizacji z kierownikiem specjalizacji (i dokumentowany!)

Reasumując – konieczny jest nowy paradygmat szkolenia lekarza specjalisty, który zastąpi obecny system przekształcania lekarza w lekarza specjalistę. Należy zrewidować i skoordynować dotychczasowy system całości kształcenia specjalisty – od początku studiów do uzyskania niezależności zawodowej. W tym celu należy:

- Usunąć ze szkolenia podyplomowego treści nauczania realizowane w czasie nauczania przeddyplomowego
- Zwiększyć udział nowoczesnych technik nauczania w szkoleniu specjalistycznym (e-learning, symulatory, rzeczywistość wirtualna, zasoby internetu)
- Zweryfikować wymogi programów specjalizacji i zmniejszyć liczbę modułów podstawowych

- Wprowadzić regulacje prawne umożliwiające pozbawienie uprawnień do szkolenia ośrodkom o złej jakości nauczania lub niespełniających warunków szkolenia.

GŁOS W DYSKUSJI

lek. med. Dorota Czudowska, Wiceprzewodnicząca Komisji Zdrowia Senatu RP

Referaty wygłoszone przez P.T. zaproszonych gości podczas XVI Cyklicznej Konferencji Naukowej miały odpowiedzieć na pytania zadane przez Pana Prof. Jerzego Majkowskiego:

- Kogo chcemy kształcić na lekarzy i pracowników innych zawodów medycznych?
- Jak mamy kształcić (wykłady czy ćwiczenia) i jak długo (5, 6 lat)?
- Jakie wytyczne i zadania w służbie publicznej wyznaczyć politykom?

Profesorowie prelegenci w swoich wystąpieniach z wielką troską i odpowiedzialnością za kształcenie lekarzy podkreślali konieczność dostosowania procesu kształcenia wobec wyzwań II dekady XXI wieku – a głównie rozwoju Internetu, portali społecznościowych i informatycznej globalizacji. Niepokoi, że młodzi ludzie, także studenci medycyny, coraz częściej wolą czerpać wiedzę z Internetu niż z książek i wykładów. Zatracają także umiejętność bezpośredniej komunikacji międzyludzkiej na rzecz komunikacji poprzez portale internetowe. Lekarz i pielęgniarka, obecnie, ale i w przyszłości, muszą umieć rozmawiać z pacjentem, jego rodziną, z przełożonymi i kolegami z pracy. Nawet najwybitniejszy lekarz czy naukowiec nie będzie pracował sam. Współpraca, dzielenie się swoją wiedzą i doświadczeniem jest podstawą tworzenia zespołu niezbędnego do osiągnięcia celów i sukcesów dla dobra pacjenta i rozwoju nauki.

Aby sprostać współczesnym wyzwaniom kształcenia, konieczna jest selekcja wiedzy podstawowej. Czy wdrażać istniejące w świecie pilotażowe programy kształcenia poza uczelnie medyczne? I jak nie zgubić przy tym nauk humanistycznych koniecznych dla formacji przyszłych lekarzy. Jak uczyć wiedzy specjalistycznej i jakie specjalizacje są oczekiwane społecznie? Nie brakuje także głosów dotyczących liczby lekarzy w Polsce. Mamy ich za mało, a średni wiek specjalisty w Polsce to 55 lat! Obecny rząd wprowadzi od 2016 roku zwiększa limity przyjęć na uczelnie medyczne, ale według obliczeń dopiero za 12 lat uda nam się częściowo, bo tylko mniej więcej w 10%, wyrównać straty spowodowane emigracją lekarzy.

Niezwykle ważnym głosem w Konferencji i dyskusji był głos o niebezpiecznym kierunku powstawania w Polsce ruchów antyszczepionkowych. Zagrożenie zdrowia publicznego, jakie stwarza rozpowszechnianie niewiedzy, wymaga pilnej kontrofensywy.

Poruszono również sprawę zarobków lekarzy. Ten temat przedstawiono szczegółowo, ale mnie osobiście bardzo zasmuciły niektóre wnioski. Mamy świadomość, że pracownicy służby zdrowia (wszyscy!) powinni być lepiej wynagradzani. Politykom też ta sprawa leży na sercu. Duże nadzieje wiążemy z uchwaleniem Ustawy o przekazaniu 6% PKB na ochronę zdrowia do 2024 roku. Ale żeby zarobki były przeszkodą dla rozwoju zawodowego? Z tym jako lekarz, rozpoczynający swoją pracę w dramatycznym dla Polski i Polaków, także pod względem materialnym, czasie stanu wojennego, zgodzić się nie mogę.

PODSUMOWANIA KONFERENCJI dokonał *Minister Konstanty Radziwiłł, Senator, Członek Komisji Zdrowia Senatu RP*, odnosząc się do każdego wykładu oddzielnie. Podkreślił jeszcze raz, że mamy w Polsce za mało lekarzy. Na zakończenie podziękował prof. J. Majkowskiemu i prof. R. Gellertowi za zorganizowanie tak doskonałej konferencji. Na tym zebranie zakończono.