

## Standardy edukacji medycznej w Polsce i za granicą



Fot. PAP / Tomasz Waszczuk

# W jaki sposób wykształcić kadrę medyczną przyszłości?

Pacjent w centrum, koordynowana opieka zdrowotna, podejście holistyczne, zespoły interdyscyplinarne i partnerstwo w leczeniu. Wszystkie te hasła są bardzo popularne i wybrzmiewają na większości konferencji. Pomijając problemy systemowe przeszkadzające w realizowaniu nowoczesnych planów ochrony zdrowia, podnosimy kwestię, którą każdy zdaje się pomijać. Mianowicie: jak nauczą studenta medycyny, takim będzie lekarzem.

Podstawą działalności uczelni medycznych są standardy edukacji medycznej. Kontrolę nad ich realizacją – do niedawna sprawowaną przez Komisję Akredytacji Akademickich Uczelni Medycznych (KAAUM) – powierzono Polskiej Komisji Akredytacyjnej (PKA).

Minimum programowe określone jest przez właściwego ministra. Uczelnia musi wyznaczyć swoje główne zadania: misję, cele edukacyjne i badawcze, a także posiadać odpowiednie zaplecze rzeczowe oraz kadrowe. O maksymalnej liczbie studentów przypadających na jednego asystenta mówi §11 pkt 6 rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z 27 lipca 2006 r. Zgodnie z tym przepisem stosunek liczby nauczycieli akademickich do liczby studentów kierunków medycznych nie może być mniejszy niż 1 : 40. Rektorzy regulują jednak wewnętrznie maksymalną liczbę studentów w grupie klinicznej – wg danych PKA wskaźniki wynoszą od 1 : 4 do 1 : 11.

Obecnie mamy w Polsce 15 wydziałów kształcących przyszłych lekarzy, z czego 3 powstały w ubiegłym roku. Po wakacjach powstanie pierwszy niepubliczny kierunek lekarski. Pomimo istnienia ustawowo zdefiniowanego przeddyplomowego systemu kształcenia lekarzy nie obowiązuje jednak jednolity schemat, a różnice na poszczególnych uczelniach są znaczące.

Skupmy się na programie. Co ciekawe, nasze dyrektywy są bardzo podobne do wytycznych światowych. Porównujemy je ze standardami *World Federation For Medical Education (WFME)*, a także *An International Association for Medical Education (AMEE)*. Obydwa podmioty cieszą się ogromną renomą i kreują nowoczesne modele kształcenia w medycynie.

Praca naukowa *A practical guide to using the World Federation for Medical Education standards. WFME 2: educational program* wyraca do góry nogami stary, tradycyjny model edukacyjny. Uczelnia powinna oferować

różne metody kształcenia, aktywizować studentów, a także oddzielić funkcje naukowca i nauczyciela. Znakomity profesor nie musi mieć talentu dydaktycznego, a znakomity dydaktyk nie musi być profesorem.

Nowe standardy przypominają o komunikacji, umiejętnościach miękkich, bioetyce. Wiąże się to również z promowaniem współpracy między studentami różnych kierunków medycznych i przyzwyczajaniem ich do pracy w zespole. Jest to znakomity wstęp do późniejszego leczenia interdyscyplinarnego z pacjentem w centrum.

Nauczanie kliniczne i przedkliniczne powinny się uzupełniać i istnieć symultanicznie. Odchodzi się od nauczania teoretycznego, a znaczenia nabiera bezpośredni kontakt z pacjentem (co notabene zostało zauważone już na początku XX w.). Wymaga się także brania pod uwagę opinii studentów.

Wszystkie te tendencje zdają się raczej sprawą oczywistą niż nowoczesnym podejściem. Oficjalnie polskie standardy są bardzo zbliżone do światowych. Rozporządzenie z 2012 r. umożliwiło nawet wprowadzenie zintegrowanego programu nauczania. Do tej pory jednak tylko Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego (pierwsza niepubliczna uczelnia oferująca kierunek lekarski) skorzystała z tej możliwości. Wprowadziła cenione nauczanie modułami opartymi na układach narządów, a nie jak dotychczas na przedmiotach.

Ponieważ amerykańskie uniwersytety medyczne zajmują najwyższe miejsca w rankingach, warto wspomnieć, że amerykański komitet ds. zagranicznych uczelni medycznych docenił polskie szkoły wyższe za spełnianie najwyższych standardów i podtrzymał – do jesieni 2017 r. – pozytywną ocenę poziomu i warunków kształcenia.

Zanim spojrzymy krytycznym okiem na rzeczywisty stan naszej edukacji medycznej, napiszemy o najnowszych dyrektywach dotyczących samej strategii nauczania. Wytyczne te zostały zebrane w pracy *Educational strategies in curriculum development: the SPICES model*, napisanej w 1984 r. Ta 30-letnia koncepcja przetrwała w prawie niezmienionej formie, ponieważ jak najbardziej odpowiada współczesnym realiom. Niestety, po 30 latach system niewiele się zmienił. Strategia jest rozbita na 6 obszarów, które są definiowane przez dwie przeciwstawne idee widoczne na rycinie 1.

Jak się możemy domyślać, prawy obszar definiuje stary sposób nauczania, a lewy – nowoczesny. Koncepcja SPICES opiera się na założeniu, że to student jest odpowiedzialny za swoją edukację. Materiał ma być zintegrowany, czyli podawany w modułach, a nie rozbity na przedmioty. Powinny się liczyć przyswojone procedury, a nie czas spędzony na oddziale. Nauczanie medycyny ma się odbywać w rzeczywistym środowisku pacjentów (domy pomocy społecznej, przychodnie i in.), nie tylko w szpitalu.

Skupiony na studentie <i>Student-centred</i>	Skupiony na wykładowcy <i>Teacher-centred</i>
Nauczanie problemowe <i>Problem-based</i>	Nauczanie informacyjne <i>Information gathering</i>
Zintegrowane <i>Integrated</i>	Podzielone na dyscypliny <i>Discipline-based</i>
Skupiony na społeczności <i>Community-based</i>	Skupiony na szpitalu <i>Hospital-based</i>
Fakultatywny <i>Electives</i>	Standardowy <i>Standard programme</i>
Systematyczny <i>Systematic</i>	Oparty na czasowych stażach <i>Apprenticeship-based or opportunistic</i>

Rycina 1. System nauczania

Nauczanie problemowe natomiast (*problem-based learning*) jest absolutnym hitem dzisiejszej edukacji medycznej. Polega ono na przedstawieniu grupie studentów rzeczywistego problemu klinicznego, który powinni rozwiązać. Diagnoza wymaga znajomości wielu zagadnień zarówno podstawowych, jak i specjalistycznych. Nauczyciel sugeruje, czego studenci powinni się nauczyć. System ten wymusza myślenie logiczne, problemowe, uczy współpracy, zapewnia naukę zagadnień rzeczywiście potrzebnych w pracy klinicznej, a także wyszukiwania informacji. Dziś, kiedy ze względu na rozległość wiedzy medycznej nie jesteśmy w stanie nauczyć się wszystkiego na pamięć, ostatnia wymieniona umiejętność wydaje się wręcz niezbędna. Niestety zazwyczaj pomija się ją, nadal pozostając przy tradycyjnym, podawczo-odtwórczym schemacie edukacyjnym.

### Polska rzeczywistość

Obecnie kształcenie opiera się na trzyletnim nauczaniu przedklinicznym i późniejszym trzyletnim nauczaniu klinicznym. Nauczanie problemowe istnieje tylko w teorii. Jedyną uczelnią, która od początku do końca wprowadziła nową koncepcję, jest Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie. W programie kształcenia obecne są dodatkowe przedmioty, które uczą myślenia problemowego, umiejętności praktycznych (odczytywanie USG, intubacja, szycie) oraz skutecznej komunikacji (dzięki nagrywanym zajęciom z aktorami grającymi pacjentów). Innowacyjny system oceniany jest przez studentów dobrze, choć wskazują oni na występujące jeszcze problemy natury organizacyjnej, m.in. niedostateczne przygotowanie asystentów do takiej formy zajęć.

Największym problemem jest zbyt duża ilość teorii. Kształcenie przedkliniczne opiera się na naukach podstawowych, które nie tylko są przeładowane informacjami, lecz także w ogóle nie korelują z kompetencjami potrzebnymi klinicznie. Wymagana jest wiedza okołomedyczna, pomijana zaś wiedza praktyczna.

Nauczanie kliniczne odbywa się w 6-osobowych grupach, a na jednym oddziale takich grup jest kilka.



Fot. PAP/Tytus Żmijewski

Teoretycznie studenci powinni poznawać praktyczną stronę zawodu, niestety ze względu na ich liczebność nauki kliniczne często przypominają bardziej seminaria i wykłady.

Drugą dużą wadą jest położenie zbyt dużego nacisku na wiedzę specjalistyczną, a zbyt małego na wiedzę ogólną. Wymagania programowe dotyczą szczegółowych zagadnień, a także teorii wykonywania procedur, które i tak mogą zostać przeprowadzone tylko po uzyskaniu tytułu specjalisty.

#### Co różni polski i amerykański podręcznik?

Warto wspomnieć o znaczących różnicach między podręcznikami polskimi i amerykańskimi. Pierwsze zawierają całą dostępną wiedzę i napisane są językiem charakterystycznym dla danej profesji. Drugie natomiast zawierają wyłącznie podstawowe, najważniejsze informacje, wyłożone ponadto w bardzo prostej, przystępnej formie. Oczywiście w takiej dziedzinie jak medycyna powinniśmy wiedzieć wszystko. Rodzi się jednak pytanie, czy ktokolwiek jest w stanie opanować całą wiedzę, nauczyć się tego w ciągu sześciu lat i nie zapomnieć żadnego z kluczowych zagadnień.

Następną kwestią jest zakres możliwych do wykonania przez studenta procedur medycznych. Młodych

adeptów zawodu musimy nauczyć leczyć, ale na ile wolno im samodzielnie ingerować w ciało pacjenta? Najczęściej sformułowanym w zaleceniach jest „asysta przy...” – i tu konkretna czynność. Czym jednak jest asysta? To podawanie narzędzi, czy może własnoręczne wykonanie procedury pod okiem lekarza? W nowym trybie nauczania (wprowadzonym od 2012 r.) student po 6. roku ma dostać pełne prawo do wykonywania zawodu, a w rzeczywistości prawdopodobnie nie przeprowadzi do tego czasu większości podstawowych procedur.

Zgodnie z wytycznymi zostały wprowadzone przedmioty dotyczące komunikacji z pacjentem. Znow jednak – zajęcia prowadzą osoby bez tytułu lekarza i studenci skarżą się na ich odrealnienie. Kierunek dobry, wykonanie wątpliwe.

To wszystko jest niezgodne ze standardami światowymi, ale także z dyrektywami polskimi.

Są również oczywiście pozytywne strony naszej edukacji medycznej: prężnie działające koła naukowe przy każdym uniwersytecie, dobrze oceniana relacja lekarz–student, uporządkowany i przejrzysty program kształcenia (przewodniki dydaktyczne, lista wymaganych umiejętności i zalecana literatura). System próbuje zatem ewoluować, choć proces ten przebiega bardzo niezgrabnie i mozolnie.

#### Ocena studentów

Mimo że standardy kładą ogromny nacisk na partycypowanie studentów w procesie układania programu nauczania, to dopiero w bieżącym roku powstała ogólnopolska standaryzowana ankieta dotycząca edukacji medycznej. Została ona przeprowadzona przez Międzynarodowe Stowarzyszenie Studentów Medycyny IFMSA-Poland w grupie 800 studentów. Aleksandra Likońska – koordynator narodowy ds. edukacji medycznej oraz koordynator zespołu pracującego nad wynikami ankiety – tak opisuje rezultaty owego badania: „Przede wszystkim zauważyliśmy, że 62,2% studentów

„ Obecnie kształcenie opiera się na trzyletnim nauczaniu przedklinicznym i późniejszym trzyletnim nauczaniu klinicznym. Nauczanie problemowe istnieje tylko w teorii ”

jest zadowolonych z jakości edukacji medycznej. Wiadoczną jest też istotna, dodatnia korelacja między dobrą oceną przedmiotu a liczbą praktycznych procedur, które student mógł wykonać podczas kursu. Tylko 7,5% studentów brało udział w zajęciach interdyscyplinarnych (które powinny być podstawą do przyszłościowych zespołów interdyscyplinarnych) i oceniło je jako korzystne. Prawie 50% uważa, że nauczanie przedkliniczne nie miało związku z nauczaniem klinicznym, a 35% nie zgadza się z tym, że nauczanie kliniczne utrwaliło elementy nauczania przedklinicznego. Niestety aż 75% nie zamierza pracować na terenach, na których dostęp do medycyny na wysokim poziomie jest utrudniony. Tylko 6% rozważa jako specjalizację medycynę rodzinną, która w dobrze prosperujących systemach opieki zdrowotnej jest podstawą. Mały jest także odsetek przyszłych geriatrów, którzy są potrzebni już teraz w naszym starzejącym się społeczeństwie”. Likońska zapowiada, że szczegółowy raport przeprowadzonej ankiety zostanie przedstawiony w Ministerstwie Zdrowia.

### Najlepsze uczelnie medyczne

Które uczelnie medyczne są zatem najlepsze? Według QS World University Rankings by Subject 2015 pierwsze miejsce na świecie zajmuje Harvard, a w Europie Oxford. Są to uczelnie, które oferują nauczanie problemowe, stawiają na indywidualne predyspozycje studentów, zapewniają bezpłatny dostęp do wszelkich pomocy dydaktycznych (także online) i realizują – i to nie tylko w teorii – najnowsze wytyczne. Wśród 400 najlepszych uczelni znalazła się tylko jedna polska szkoła wyższa. Jest to Uniwersytet Jagielloński, który zajął miejsce w przedziale 301–400.

Przyjrzyjmy się metodologii rankingu. Pod uwagę brano renomę uczelni, autorytet wykładowców oraz dorobek naukowy, nie ma jednak mowy o jakości czy strategii nauczania. Odpowiednie wydają się więc kryteria konkursu ASPIRE, którego założenia dyktują najnowsze standardy edukacji medycznej. W 2015 r. zostały wyróżnione m.in. uniwersytety: Charité w Niemczech, Utrecht w Holandii i Uppsala w Szwecji. Przedstawiciele tych placówek jednogłośnie wskazywali, że receptą na sukces jest zaangażowanie studentów w proces kształcenia.

Nadal jednak w IFMSA-Poland zastanawiamy się, który system edukacji wyprodukuje najlepszych lekarzy. Bierzymy więc pod uwagę najnowszy *Euro Health Consumer Index*. Zwyciężyła Holandia, której system nauczania znacząco różni się od naszego. Na uczelniach holenderskich praktykowane jest bowiem kształcenie problemowe zamiast nauczania przedklinicznego. Studenci na konkretnych przypadkach klinicznych uczą się zarówno przedmiotów podstawowych, jak i specjalistycznych. Od pierwszego roku edukowani są w zakresie komunikacji z pacjentem, a także pracy w zespole. Można wyciągnąć wnioski, że są od początku

” W nowym trybie nauczania (wprowadzonym od 2012 r.) student po 6. roku ma dostać pełne prawo do wykonywania zawodu, a w rzeczywistości prawdopodobnie nie wykona do tego czasu większości podstawowych procedur ”

doskonale przygotowani do działania w nowoczesnej koncepcji ochrony zdrowia.

Chcielibyśmy zwrócić uwagę na przeladowany, teoretyczny program nauczania, na starodawny model edukacji, który jest niedostosowany do postępu technologicznego, na kompletny brak rozwijania myślenia logicznego, na nieobecność zajęć prowadzonych w zespołach interdyscyplinarnych oraz na bagatelizowanie kształcenia kompetencji komunikacyjnych. Nasz system edukacji medycznej ma bardzo dobre założenia, które niestety tylko częściowo są realizowane. Być może Polska Komisja Akredytacyjna nie tylko powinna odkrywać obszary, które nie są zgodne ze standardami, lecz także proponować i nadzorować rozwiązywa-

” Wśród 400 najlepszych uczelni znalazła się tylko jedna polska szkoła wyższa – Uniwersytet Jagielloński ”

nie problemu? Mimo wszystko kształcimy doskonałych lekarzy docenianych na całym świecie. Pasja i poczucie misji zmuszają ich do samodzielnego pogłębiania wiedzy. Uzupełniają oni braki szkolenia akademickiego, praktykując wolontaryjnie i biorąc udział w licznych kursach ponadprogramowych.

Należałoby pomyśleć o tym, jak medycyna powinna wyglądać, a potem rozpocząć rewolucję nie od zmieniania nawyków doświadczonych specjalistów, ale od nauczania studenta pierwszego roku kierunku lekarskiego.

Ligia Kornowska  
Autorka jest wiceprezydentem  
Międzynarodowego Stowarzyszenia Medycyny IFMSA-Poland.