

## Organizacja szkolenia specjalizacyjnego lekarzy: rozwiązania międzynarodowe i wnioski dla Polski



Fot. © iStockphoto.com 2x

# Dajmy szansę młodym

Studia medyczne w naszym kraju są obarczone nadmierną dawką wiedzy teoretycznej, a zarazem niedoborem wiedzy praktycznej. Absolwent medycyny przychodzi do szpitala słabo przygotowany do wykonywania zawodu. Włączanie studentów wyższych lat do zespołów lekarskich prowadzących pacjentów, tak popularne i niezwykle skuteczne w procesie nauczania praktycznego, powinno być zasadą także na naszych uczelniach.

Nie grupki kilku studentów przydzielane do zbadania pacjenta, ale studenci pracujący pod okiem rezydenta, uczestniczący aktywnie w rozwiązywaniu problemów dotyczących konkretnego pacjenta, oczywiście na miarę swoich możliwości i uprawnień – taki powinien być model nauczania. Wtedy staż podyplomowy raczej nie będzie potrzebny. Swoją drogą, nie powinno być przeszkód formalnych, aby student medycyny zbierał wywiad, badał pacjenta czy też asystował przy procedurach, a nawet wpisywał informację do dokumentacji medycznej, pod warunkiem odpowiedniego nadzoru oraz oczywiście zgody pacjenta. Właśnie w ten sposób

student efektywnie i aktywnie nabędzie umiejętności praktyczne.

Modelowym rozwiązaniem może być system pracy zespołów medycznych z powodzeniem funkcjonujący m.in. w USA, Kanadzie, Australii, Wielkiej Brytanii, Holandii, w którym w skład zespołu prowadzącego pacjenta w szpitalu uniwersyteckim wchodzi też studenci.

### System pracy

W Polsce specjalizacja trwa nadmiernie długo, co wynika ze spiętrzenia się zaległości w szkoleniu prak-

tycznym ze studiów, stażu podyplomowego oraz samego szkolenia specjalizacyjnego. Kolejnym problemem jest nieskuteczna organizacja czasu pracy. W krajach anglojęzycznych najczęściej stosuje się równoważny (zmianowy) system pracy. W szpitalach akredytowanych do szkolenia rezydentów tworzy się zespoły złożone z rezydentów różnych lat szkolenia: np. w USA PGY 1, 2, 3 (*postgraduate year 1, 2, 3*), w Wielkiej Brytanii F 1, 2 (*foundation year 1, 2*) w systemie kilku rezydentów młodszych koordynowanych przez starszych kolegów, a każdy zespół musi być oczywiście pod nadzorem samodzielnego specjalisty (USA *attending physician*, Wielka Brytania *consultant physician*). Zespoły pracują w systemie dwunastogodzinnym, a raz lub dwa razy na rok szkolenia rezydenci są przydzielani do zmiany nocnej (*night float*), która zabezpiecza daną dziedzinę przez miesiąc. Stosuje się różnego rodzaju nakładające się zmiany, zazwyczaj w systemie cztero- lub pięciodniowym albo nocnym, w zależności od potrzeb danego szpitala oraz obciążenia pracą. Aby zapewnić odpowiedni czas odpoczynku po pracy, stosuje się zachęty oraz ograniczenia. Do zachęt należy bardzo popularne w Wielkiej Brytanii mieszkanie oraz wyżywienie na terenie szpitalnym lub przyszpitalnym, darmowe lub za symboliczną opłatą. Ograniczeniem jest natomiast bardzo powszechny zakaz pracy w innym miejscu. Należy dodać, że lekarze szkolący się w podspecjalizacjach (internistycznych, chirurgicznych) mają nieco inny status, w USA taki lekarz nazywany jest *specialty fellow*, a w Wielkiej Brytanii *specialist registrar*. Tłumaczenie tych desygnacji na polski nie jest łatwe, najbliższym określeniem jest chyba starszy asystent, chociaż termin ten wskazuje na funkcję typowo pomocniczą w stosunku do innego lekarza i może być mylnie kojarzony z proponowanym nowym zawodem asystenta lekarza (w USA *physician assistant*). Lekarze szkolący się w podspecjalizacjach mają więcej samodzielności i częściej funkcjonują w normalnym trybie czasu pracy, aczkolwiek pełnią dodatkowe dyżury w systemie zmianowym i nocnym.

#### Zorganizowany plan dnia

Typowy rozkład dnia rezydentów obejmuje takie pozycje, jak: raport poranny rezydentów w obecności kierownika programu, obchód rezydencki, obchód szkoleniowo-robotyczny z prowadzącym specjalistą zespołu, spotkanie pogładowe ze specjalnie wyznaczonym specjalistą, konferencja szkoleniowa (z lunchem), *journal club*, prezentacje ciekawych przypadków, a nawet quizy w stylu niemalże teleturniejowym. Co pół roku organizowane są egzaminy wewnętrzne (*in service exams*), a co jakiś czas różne kursy doszkolające. W szpitalach amerykańskich i brytyjskich akredytowanych do szkolenia w danej dziedzinie praktycznie nie wysyła się rezydentów na staże zewnętrzne. Przyjmuje się zasadę, że akredytacja programu rezyden-

” W USA w specjalizacjach podstawowych absolwent medycyny rozpoczyna szkolenie zaraz, dosłownie zaraz po dyplomie ”

kiego w konkretnej specjalizacji oznacza zdolność do pełnego szkolenia na terenie akredytowanego szpitala. Nie oznacza to niemożności uczestnictwa rezydentów w konferencjach czy kursach poza szpitalem, dostają oni na te cele nawet dofinansowanie od macierzystego szpitala, ale oczywiście w ograniczonym wymiarze czasu (kilka dni roboczych w roku, w podspecjalizacjach nawet miesiąc) i za zgodą kierownictwa programu.

#### Problematyczne staże zewnętrzne

W naszym kraju właśnie te staże są zmorą dyrektorów szpitali zatrudniających rezydentów ze względu na dezorganizację pracy. Nie widzę powodu, aby lekarz szkolący się w ośrodku akredytowanym do prowadzenia specjalizacji miał odbywać staże poza jego terenem, z wyjątkiem naprawdę okazjonalnych szkoleń. Należałoby przyjąć, że szpital, który nie jest w stanie zapewnić realizacji ponad 90% zakresu szkolenia, nie powinien otrzymać akredytacji lub powinien otrzymać akredytację wyłącznie do prowadzenia pierwszego modułu specjalizacji. Wynika z tego, że wąskie specjalizacje powinny być możliwe do uzyskania wyłącznie w dużych szpitalach wielospecjalistycznych, a specjalizacje podstawowe zarówno w szpitalach ogólnych, jak i specjalistycznych.

#### Docenić lekarzy nadzorujących rezydentów

Kolejna ważna sprawa to wynagrodzenie i organizacja pracy lekarzy nadzorujących szkolenie specjalizacyjne, których u nas nazywamy kierownikami specjalizacji. W tym zakresie musi nastąpić znaczna poprawa. Po pierwsze, szkolenie młodych lekarzy powinno być prowadzone przez specjalnie do tego wyznaczonych, akredytowanych specjalistów (*clinical faculty*). Po drugie, specjaliści nadzorujący szkolenie powinni być za to wynagradzani z tych samych funduszy, które są przeznaczane na wynagrodzenia rezydentów, a więc konieczny jest wzrost nakładów inwestycyjnych na zasoby ludzkie w ochronie zdrowia. Po trzecie, szkolenie rezydentów powinno być doceniane na równi z dydaktyką na uczelni medycznej i dlatego dobrze byłoby stworzyć specjalną ścieżkę stopni akademickich z zakresu medycyny klinicznej oraz system afiliacji uniwersyteckich dla *clinical faculty*.



### Szkolenie modułowe

Ciekawym rozwiązaniem jest brytyjski podział na szkolenie podstawowe (*foundation years of training*) trwające dwa lata i od razu ukierunkowane zabiegowo lub zachowawczo, a dopiero potem ok. trzech lat szkolenia w wybranej specjalizacji podstawowej. W USA w specjalizacjach podstawowych absolwent medycyny rozpoczyna szkolenie zaraz, dosłownie zaraz po dyplomie, bo niemal wszystkie rezydentury w USA startują 1 lipca, a dla adeptów wąskich specjalizacji (np. dermatologia, okulistyka, laryngologia) przewidziany jest rok szkolenia ogólnego o profilu internistycznym lub chirurgicznym. W naszym kraju skłaniałbym się ku szkoleniu modułowemu: pierwsze dwa lata, tak jak w Wielkiej Brytanii – podstawy medycyny lub chirurgii, ewentualnie mieszane (np. dla dermatologów), następne dwa do trzech lat – szkolenie w specjalizacji określonej jako podstawowa. W takim systemie internista czy chirurg ogólny potrzebowałby czterech, maksymalnie pięciu lat po dyplomie na uzyskanie specjalizacji.

### Nabór na szkolenie specjalizacyjne

Podobnie jak w innych kwestiach mamy w tej sprawie biurokratyczny bałagan. W zapisach kwestie kwalifikacji oraz miejsc szkoleniowych przyporządkowano wojewodom. Taki system nie promuje mobilności lekarzy. Większość będzie się starać o specjalizację w pobliżu miejsca zamieszkania czy studiów. Lepszym rozwiązaniem byłoby stworzenie ogólnopolskiego systemu kwalifikacji do rezydentur. Do takiego systemu, będącego swoistym bankiem, miejsca rezydenckie zgłaszałyby np. wojewodowie. Znacznie lepiej, aby te miejsca zgłaszały szpitale akredytowane do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego. Z kolei lekarze zgłaszałyby swoje kandydatury, a system za pomocą programu informatycznego kojarzyłby obie strony. Na temat takiego systemu pisałem już wiele lat temu na łamach „Menedżera Zdrowia” („Jak to zrobić?”, nr 4/2008) i jak widać, problem do tej pory nie został rozwiązany. Młodzi lekarze mówią, że wadliwy system naboru jest jedną z większych bolączek na samym początku kariery zawodowej.

### Egzaminy medyczne – kij na młodych lekarzy, nie marchewka

#### Zacofane metody zapisywania się na egzaminy

Od wielu lat przyglądam się organizacji egzaminów medycznych w naszym kraju (LEP, LEK oraz egzaminy specjalizacyjne) i za każdym razem dochodzę do podobnego wniosku: to jest jakieś średniowiecze. Proces jest niepotrzebnie skomplikowany, a składanie zaświadczeń także w formie skanu czy innej uważam za zacofane. Powinniśmy najpierw zidentyfikować instytucję, której najbardziej zależy na sprawnym dopuszczeniu kompetentnych lekarzy do pracy na rzecz pacjenta. Taką instytucją na pewno nie jest Centrum Egzaminów Medycznych (CEM), a więc należy albo zlikwidować CEM, albo gruntownie zreformować i angażować tylko do przygotowywania (i publikowania) pytań. Mało kto nie odpowie łatwo na postawione przeze mnie pytanie i nie wskaże Ministerstwa Zdrowia jako najbardziej zainteresowanej instytucji. Tak więc zapisy na egzaminy powinny odbywać się *on-line* przez portal ministerstwa, w którym ze źródła (uczelnia w przypadku LEK, izba lekarska w przypadku egzaminu specjalizacyjnego) pobierane będą dane weryfikacyjne. Właściwie kandydat do LEK powinien tylko wpisać imię, nazwisko oraz PESEL, a kandydat na specjalistę jeszcze numer prawa wykonywania zawodu. Osobna sprawa to opłata za egzamin. Skoro nie mamy współpłacenia pacjentów, to niewłaściwe jest współpłacenie młodych lekarzy. To przecież nie oni wymyślili egzaminy.

#### Organizacja egzaminów

Zupełnie niewspółczesne jest egzaminowanie przy jakimkolwiek użyciu papieru. Zacofane jest organizowanie egzaminów w jednej dużej sali, jednocześnie w kilku miejscach w kraju, w konkretnych terminach. Kandydat powinien sam wybrać termin, zgłosić się do ośrodka komputerowych egzaminów w ustalonym czasie, dać się zidentyfikować (np. odcisk palca, ewentualnie dowód osobisty), zasiąść przy komputerze i odpowiedzieć na pytania. Wystarczy, że takie ośrodki



mają kilka pokoi i komputery. Można je powierzyć zaufanym instytucjom, np. wojewódzkim oddziałom NFZ, urzędowi wojewódzkim albo Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) we współpracy z podmiotami prywatnymi wyłonionymi w konkursie. Przy okazji ośrodki mogą egzaminować także innych profesjonalistów. Nie ma przeszkód, aby np. młody fizjoterapeuta, weterynarz czy nawet prawnik zdawali swój egzamin w tym samym czasie w tym samym centrum, ale oczywiście w innym kokpicie komputerowym. To jest możliwe, a celem powinna być jak najlepsza obsługa klienta – tym klientem jest EGZAMINOWANY, a nie egzaminator – rzecz jasna przy zachowaniu procedur jakości i bezpieczeństwa.

#### Pytania i wyniki

Skoro założeniem jest sprawdzenie wiedzy kandydata na podstawie umiejętności odpowiedzi na pytania, w tym na pytania interaktywne (takie możliwości daje technika, a nie papier), to można przyjąć, że odpowiednio duża pula jawnych pytań pozwoli na osiągnięcie zamierzonego efektu. Przecież w medycynie obecnie królują schematy i wytyczne, a więc ich znajomość i umiejętność odpowiedzi na pytania na nich oparte (na egzaminie z pamięci oczywiście, choć w praktyce często i słusznie ze wspomaganiami informatycznymi) należy uznać za odpowiednią i nowoczesną formę sprawdzenia wiedzy. W przypadku egzaminów specjalizacyjnych można w części praktycznej zastosować wirtualną rzeczywistość i techniki stosowane w grach komputerowych. Kolejna sprawa to progi wynikowe. Zacołane i niewłaściwe jest ustalenie sztywnego progu na podstawie odsetka poprawnych odpowiedzi. Egzamin zdają ludzie, którzy będą pracować wśród ludzi, dlatego najlepiej ustalić próg w odniesieniu do wyniku wszystkich zdających ten sam egzamin. Po prostu należy przyjąć metodę opartą na percentylach. To eliminuje zjawisko „trudnego” i „łatwego” egzaminu oraz „dobrze nauczonych” i „źle nauczonych” kandydatów w danym cyklu egzaminacyjnym. Wyniki egzaminu powinny być dostępne natychmiast i trwale weryfikowalne w chmurze czy na serwerze organizatora. W konstrukcji pytań należy opisywać przede wszystkim praktyczne problemy do rozwiązania, stosować tylko jeden format (A, B, C, D lub E), unikając niepotrzebnych podchwytliwych podwójnych zaprzeczeń, kombinowanych odpowiedzi (A i B, A i C itd.) czy też specyficznych danych statystycznych. Pytania powinni układać także młodzi lekarze, co pozwoli na wprowadzenie problemów, z którymi spotykają się oni na co dzień. Wszystkie pytania powinny być jawne, ale należy zadbać o ich różnorodność oraz przekrojowość, no i oczywiście o odpowiednią – dużą liczbę.

Względy bezpieczeństwa wymagają sprawdzania wiedzy kandydatów na lekarzy i lekarzy specjalistów. Sprawdzanie to musi być profesjonalne i odbywać się

„ Nasze społeczeństwo potrzebuje lekarzy, więc musi stworzyć młodym medykom profesjonalne i idące z duchem czasu warunki do podjęcia pracy oraz odpowiednio ją zorganizować ”

w sposób nowoczesny. Egzaminacje medyczne w obecnym kształcie tych warunków nie spełniają i to powinno się jak najszybciej zmienić. Sugerowałbym powołanie siedmioosobowego zespołu zadaniowego w celu jak najszybszego zreformowania tego ważnego obszaru systemu ochrony zdrowia. W skład zespołu powinni wchodzić koniecznie młodzi lekarze. Przedstawione przeze mnie propozycje to jeden ze sposobów zachęcenia młodych lekarzy do pozostania w kraju, całkiem efektywne. Podobne rozwiązania powinny być zastosowane także w stosunku do pielęgniarek oraz wszystkich innych potrzebnych nam profesjonalistów medycznych.

#### Młodzi dla młodych

Nasze społeczeństwo potrzebuje lekarzy, więc musi stworzyć młodym medykom profesjonalne i idące z duchem czasu warunki do podjęcia pracy oraz odpowiednio zorganizować pracę. Mamy wiele do zrobienia w tej sprawie, szczególnie w kwestiach organizacyjnych. Oczywiście powinniśmy sprawić, by rezydenci zarabiali odpowiednio pieniądze, o czym pisałem w grudniowym wydaniu „Menedżera Zdrowia” („Ile powinni zarabiać rezydenci”, nr 9/2017). Na temat organizacji szkolenia podyplomowego zabierałem już wielokrotnie głos na łamach naszego pisma, a niniejsze opracowanie jest swego rodzaju uaktualnionym podsumowaniem. Niestety, części kwestii wcale nie trzeba było uaktualniać, co oznacza, że problemy nie zostały do tej pory rozwiązane. Wciąż jest wiele spraw, które wymagają wysiłku organizacyjnego i legislacyjnego. Moja publikacja nie wyczerpuje tematu. Są także dobre wzorce z wielu innych krajów.

Powinniśmy się wsłuchać w głos młodych lekarzy, a także menedżerów i organizatorów ochrony zdrowia, szczególnie młodych. Może pozwolimy młodym profesjonalistom ochrony zdrowia wspólnie przygotować propozycje zmian uwzględniających potrzeby pracowników, możliwości pracodawców oraz uwarunkowania systemowe i prawne? W sektorze ochrony zdrowia funkcjonują przecież młodzi i wykwalifikowani ludzie, zarówno w organizacjach zawodów medycznych, federacjach pracodawców, jak i w Ministerstwie Zdrowia. Apeluję o stworzenie specjalnego *task force* „młodzi dla odnowienia systemu ochrony zdrowia w Polsce”.

Jarostaw J. Fedorowski  
Autor jest prezesem Polskiej Federacji Szpitali.