

Jaka edukacja medyczna, taki system ochrony zdrowia



Fot. PAP/Tomasz Waszczyk

Jesteśmy świetni. W teorii

W poprzednim numerze „Menedżera Zdrowia” zastanawialiśmy się nad idealnym modelem kształcenia lekarzy. Teraz przyjrzymy się sytuacji studentów medycyny w Polsce i dopuścimy ich do głosu. Są najważniejszym ogniwem edukacji medycznej, choć mają najmniejszy wpływ na jej kształt. Oczekują jednak, że edukacja będzie najlepsza z możliwych. I mają swoje zdanie – że jej jakość jest daleka od oczekiwań.

Polski program kształcenia lekarzy rozpoczyna się od trzyletniego nauczania przedklinicznego, czyli czysto teoretycznego. Jest ono oparte na przedmiotach – osobno anatomia, fizjologia czy histologia danego układu bądź narządu. Nie ma miejsca na logiczne rozumowanie, dlaczego coś funkcjonuje tak, a nie inaczej, i jaki wpływ na to ma budowa danej struktury. Jest natomiast bezmyślne wkuwanie, i to każdego parametru po kolei. Dotychczas żadna uczelnia publiczna w Polsce nie wprowadziła systemu modułowego (nauczania opartego na układach narządów).

Wkuwanie przedkliniczne

Największym problemem jest jednak oderwanie tego, czego uczyliśmy studentów w pierwszych 3 latach,

od praktycznej medycyny. W Internecie krążą nawet memy, które wyśmiewają zakres wymaganego do egzaminów materiału. Według ogólnopolskiej, standaryzowanej ankiety przeprowadzonej przez IFMSA-Poland aż 50% studentów uważa, że nauczanie przedkliniczne zupełnie nie pokrywa się z nauczaniem klinicznym. Wzory biochemiczne, reakcje biofizyczne, schodzenie na poziom molekularny – to wszystko mogłoby być dobre, gdyby było uzupełnieniem. Dzisiaj jednak stanowi podstawę studiów lekarskich. Studenci na progu zajęć klinicznych są tak nieprzygotowani do kontaktu z pacjentem, że lekarze często fundują im „szybki kurs”, opisując jak wygląda podstawowy wywiad czy badanie. Po trzech latach nauczania teoretycznego nie umiemy osłuchiwać, badać, a nawet zadawać prawidłowych pytań.

„Symbolem naszego sposobu nauczania jest słynny obchód poranny. Profesor, kilkunastu lekarzy, a za nimi tłum studentów przechadzający się po oddziale. Nie są w stanie nawet pomieścić się w jednej sali chorych”

Studenci zwracają także uwagę na kompletnie niedydaktyczne pytania egzaminacyjne. Testy często nawiązują do informacji zapisanych w podręcznikach (zresztą bardzo rozbudowanych, trudnych polskich podręcznikach) małym druczkiem, na marginesie czy w nawiasie. Celem nie jest sprawdzenie ogólnej wiedzy studenta, ale wyłapanie jakiegokolwiek luki w wykutej na pamięć książce. Efektem jest niestety dobra znajomość mało znaczących szczegółów, natomiast karygodny brak najbardziej podstawowej wiedzy. Dochodzimy do miejsca, w którym student jest w stanie opisać chorobę występującą raz na dziesięć milionów, a nie pamięta przebiegu głównych naczyń w organizmie. I to jest niestety przykład z życia wzięty.

Hitem edukacji medycznej jest nauczanie problemowe, stosowane na większości renomowanych uczelni. Polega ono na przedstawieniu studentom rzeczywistego przypadku, który trzeba zdiagnozować, rozpoznać i wyleczyć. Dzięki temu uczą się oni od początku do końca, jak zaopiekować się pacjentem. U nas niestety system ten nie działa, pozostajemy przy schemacie podawczo-odtwórczym. Studenci poznają wycinki medycyny i pozostają w tym wszystkim niesamodzielnymi – porcje wiedzy są im wykładane, często bez zachowania ciągów przyczynowo-skutkowych.

Nie ma także jednolitego systemu nauczania. Każda uczelnia medyczna ma swój program, a w całym kraju nie znajdziemy dwóch podobnych do siebie planów. To nie tylko sprawia trudności studentom, którzy chcą zmienić uniwersytet, ale także nasuwa na myśl pytanie, czy absolwenci różnych uczelni mają takie same kompetencje.

Nauczanie kliniczne przed projektorem

Po trzech latach teorii wreszcie przychodzi czas na praktykę. Ale czy na pewno? Zajęcia kliniczne okazują się kolejną dawką seminariów. Tylko mniej więcej 30–40 proc. odbywa się przy łóżku pacjenta. Reszta – przed ekranem projektora.

Najgorsze jest jednak to, że często nawet przy pacjencie nauka nadal pozostaje teoretyczna. W grupie zazwyczaj jest sześciu studentów. Wyobraźmy sobie: jeden pacjent, lekarz, dwie pielęgniarki i sześciu studentów. Wszyscy w jednym, ciasnym pomieszczeniu. Są dwie możliwości: albo każdy po kolei bada biednego pacjenta, albo po prostu robi to jedna osoba, a reszta się przygląda. Łatwo wywnioskować, że w ten sposób nie można się wiele nauczyć. Podobnie jest w sali operacyjnej, gdzie nieraz znajduje się aż kilkunastu studentów. Nie oglądają zabiegu w specjalnym pomieszczeniu. Wszyscy tłoczą się przy jednym stole operacyjnym. Swoistym symbolem naszego sposobu nauczania jest słynny obchód poranny. Profesor, kilkunastu lekarzy, a za nimi tłum studentów przechadzający się po oddziale. Nie są nawet w stanie pomieścić się w jednej sali chorych.

Warto zwrócić uwagę na komfort pacjenta w takich sytuacjach. Badanie ginekologiczne, *per rectum* czy zbieranie wywiadu na temat wstydlivych chorób – to wszystko często także odbywa się w takim tłumie.

Brak ciągłości

Problemem jest także brak ciągłości leczenia. Co tydzień, a czasem nawet codziennie, zajęcia odbywają się na zupełnie innych oddziałach, z innymi pacjentami, innymi jednostkami chorobowymi i innym opiekunem. Studenci nie widzą pacjenta, który przychodzi na oddział zdekompensowany, nie obserwują zastosowanych zabiegów i rozwiązań, nie oglądają poprawiającego się dzięki nim stanu klinicznego. Zazwyczaj wpadają na godzinę, gdzieś pomiędzy zarejestrowaniem chorego a jego wypisaniem, nie mając szansy poznania go od początku do końca. Zbierają wywiad, który jest już zapisany w karcie choroby, a potem go grupowo omawiają. Na tym zaczyna się i kończy ich czas z pacjentem.

Idea zwiększenia czasu na nauczanie praktyczne przyświecała stworzeniu praktyk wakacyjnych. Studenci spędzają 2–4 tygodnie na jednym oddziale, często także są przypisani do danego lekarza 1 na 1, co pozwala na dużo większą samodzielność i faktyczną naukę kliniczną. Każdy ma książeczkę praktyk, w której zbiera podpisy przy danych procedurach. Tu już pojawiają się pierwsze schody: na ile studentowi medycyny wolno ingerować w ciało pacjenta? Większość wymaganych zadań jest opatrzona sformułowaniem „asysta przy...”. Co to znaczy: asysta? Przyglądanie się z bliska, a może własnoręczne wykonywanie procedury pod ścisłym nadzorem lekarza? Niestety po uzyskaniu dyplomu wymaga się umiejętności i wprawy w działaniu, kiedy przez całe studia można nigdy danej czynności nie wykonać.

Następny absurd praktyk: zajęcia na SOR po drugim roku, czyli przed jakimkolwiek wprowadzeniem do nauczania klinicznego. Studenci nie umieją nawet porozmawiać z pacjentem, a co dopiero go zbadać.



Fot. PAP/Wojciech Patwicz

„ Student potrafi opisać chorobę występującą raz na dziesięć milionów, a nie pamięta przebiegu głównych naczyń w organizmie ”

Praktyki z anestezjologii natomiast mają przed zajęciami z anestezjologii. Przykłady niedopasowania programu studiów można mnożyć.

Studenci sami doskonale zdają sobie sprawę, że nie są przygotowani po studiach do pracy w zawodzie. Prawie 80 proc. wypowiedziało się pozytywnie o powrocie stażu podyplomowego, mimo że oznacza to dodatkowy rok edukacji – pracy za bardzo niskie wynagrodzenie (2000 zł brutto).

Jeszcze więcej studentów

Obecnie dużo mówi się o zwiększeniu limitów przyjęć na studia na kierunku lekarskim. O zdanie zapytaliśmy Mateusza Jankowskiego, eksperta Fundacji im. Lesława A. Pagi, który jest w trakcie tworzenia raportu o przyszłości edukacji medycznej w Polsce: „Zwiększając limity przyjęć na kierunek lekarski, należy pamiętać o równoczesnym zwiększeniu liczby nauczycieli akademickich, co pozwoli utrzymać jakość kształcenia na odpowiednim poziomie. Przy wprowadzaniu zmian w systemie kształcenia lekarzy warto zadbać o transparentność i przejrzystość informacji, aby kandydat na studia wiedział o tym, jaki będzie przebieg i czas studiów, aż do otrzymania pełni praw wykonywania zawodu”.

Niestety problemy opisane wcześniej bardzo często są wynikiem zbyt małej i źle opłacanej kadry. W tej chwili nie tylko za dużo studentów przypada na jedne-

go nauczyciela akademickiego, lecz także jego umiejętności dydaktyczne w ogóle nie są brane pod uwagę. Najważniejszym kryterium doboru kadry jest praca naukowa. Dobry naukowiec nie musi jednak być dobrym wykładowcą i bardzo często nie jest.

Wiele trzeba zmienić w polskim systemie ochrony zdrowia, ale jeszcze więcej w polskim systemie edukacji medycznej. Oczywiście są także pozytywne aspekty – nasi lekarze są w końcu cenieni na całym świecie. Na ten obraz nakłada się jednak karygodny brak nauczania praktycznej, ogólnej medycyny oraz duże grupy studenckie. Warto się zastanowić nad stworzeniem możliwości kształcenia studentów również poza jednostkami klinicznymi. Wtedy na jednego lekarza mogłoby przypadać 1–2 studentów. Dzięki temu wykształcilibyśmy świadomych, odpowiedzialnych medyków z ogromnymi umiejętnościami praktycznymi popartymi potrzebną wiedzą teoretyczną.

Ligia Kornowska

Autorka jest studentką medycyny, była wiceprzewodniczącą polskiej sekcji Międzynarodowego Stowarzyszenia Studentów Medycyny.