

Kształcenie podyplomowe: rozbieżność teorii i praktyki



foto: Daniel Karmann/EPA/PAP

# Zaprzepaszczone potencjał

Jarosław J. Fedorowski

Pierwszy szczebel w karierze zawodowej lekarza to staż podyplomowy. W Polsce trwa on rok i ma charakter rotacyjny. Polega na aktywnym, a zarazem kształcącym udziale stażystów w prowadzeniu pacjentów, badaniach diagnostycznych i procedurach leczniczych w obrębie podstawowych specjalności lekarskich. Z założenia to właśnie stażysta jest lekarzem pierwszego kontaktu na oddziale, pracując pod nadzorem starszych kolegów, a w systemie ordynatorskim to przede wszystkim ordynator powinien w sposób ciągły i usystematyzowany nadzorować naukę stażystów. Niestety, już w pierwszym etapie szkolenia mamy do czynienia z rażącą rozbieżnością między teorią a praktyką.

Z reguły młodzi lekarze nie są kształceni w sposób zorganizowany. Przydziela się ich do wykonywania zadań lekarskich zazwyczaj przypadkowo – mających głównie charakter biurowy i obserwatorski. Brakuje bieżącej realizacji zadań programowych, zorganizowanego dnia, konferencji, wykładów i szkoleń praktycznych, co przesądza o szybkiej demotywacji młodego lekarza.

### Jaki model stażu?

Jak zatem powinien być przeprowadzany staż podyplomowy? Najpierw należy zadać pytanie, czy w ogóle konieczny jest staż o typie rotacyjnym, czy nie można by po prostu rozpoczynać szkolenia w danej specjalności. Uważam, że w obecnym systemie kształcenia studentów medycyny w Polsce, w którym właściwie do końca studiów są oni bardziej obserwatorami niż uczestnikami procesu diagnostyczno-leczniczego, chyba nie ma innego wyjścia, jak pozostawienie stażu rotacyjnego (oczywiście, nie w obecnej formie). W Wielkiej Brytanii także jest staż rotacyjny, który trwa nawet 2 lata. W USA (gdzie edukacja medyczna jest chyba najlepiej zorganizowana na świecie) absolwent studiów medycznych przychodzi do pracy praktycznie przygotowany i zaznajomiony z systemem pracy lekarza w szpitalu. Dlatego student medycyny wybiera rezydenturę w danej specjalności już na ostatnim roku studiów i odbywa pierwszy rok szkolenia w sposób ukierunkowany.

### System rekrutacji stażystów

Szpitaly przyjmujące lekarzy na staż podyplomowy powinny podlegać procedurze akredytacyjnej, najlepiej w niezależnej instytucji zajmującej się akredytacją szkolenia podyplomowego w ochronie zdrowia. Mogłaby nią być np. agenda Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Sprawy organizacyjne, związane z dystrybucją czy kojarzeniem kandydatów z jednostkami szkolącymi, mogą pozostać w gestii izb lekarskich, konieczne jest jednak wdrożenie systemu komputerowego, np. na wzór amerykańskiego *National Resident Matching Program*. System taki powinien umożliwiać kandydatom tworzenie list preferencji szpitali akredytowanych, a szpitalom tworzenie list preferencyjnych kandydatów, którzy przysłali aplikacje. Alternatywnie, taką listę rankingową kandydatów, na podstawie przejrzystych kryteriów, mogą tworzyć izby lekarskie. Kryteriami mogłyby być wyniki ze studiów medycznych i egzaminu państwowego (LEP). Pozostaje wtedy komputerowe skojarzenie list preferencji kandydatów z listami preferencji szpitali lub listą rankingową izby lekarskiej i skierowanie kandydatów na staż do tak wybranych jednostek (oczywiście, zobowiązując wszystkie szpitale systemu do bezwarunkowego przyjmowania skierowanych kandydatów).

### Nadzór nad stażystami w szpitalu

Uważam, że staż powinien odbywać się wyłącznie w szpitalach, które mogą zapewnić szkolenie we wszystkich wymaganych dziedzinach. W obrębie każdej specjalności należy wyznaczyć lekarzy specjalistów jako oficjalną kadre szkolącą, a spośród nich wyłonić dyrektora szkolenia podyplomowego danej specjalności. Cała kadra powinna otrzymywać dodatkowe wynagrodzenie za prowadzenie szkolenia, ale być też rozliczana z wyników tej pracy. Za całokształt szkolenia odpowiada dyrektor, który w zależności od modelu organizacji pracy lekarzy w szpitalu może być konsultantem lub ordynatorem. Oprócz fachowego nadzoru kadry szkolącej, konieczne jest właściwe ułożenie współ-

„ Należy zadać pytanie: czy w ogóle konieczny jest staż rotacyjny, czy nie można by po studiach po prostu rozpoczynać szkolenia w danej specjalności? ”

pracy stażystów z lekarzami rezydentami. Najlepiej osiągnąć ten cel w modelu pracy zespołowej, w którym w skład zespołu lekarskiego prowadzącego pacjenta wchodzi kilku stażystów, kilku rezydentów oraz prowadzący zespół samodzielny lekarz specjalista. W takim zespole możliwy jest podział zadań wynikający z doświadczenia i umiejętności lekarzy, przy jednoczesnym stałym, dwustopniowym nadzorze nad jakością pracy. System ten nie wyklucza działalności ordynatora, który odgrywa w nim rolę aktywnego koordynatora procesu jako dyrektor programu albo współpracując z dyrektorem programu, jeśli nie jest on ordynatorem. Rozwiązaniem nowocześniejszym i sprawdzonym w wielu krajach jest wykorzystanie pełnych możliwości lekarzy specjalistów w systemie samodzielnych specjalistów lub konsultanckim. Wtedy lekarz z odpowiednim doświadczeniem klinicznym pełni funkcję szefa szkolenia podyplomowego, tzw. dyrektora programu. Ponieważ nie wszyscy lekarze muszą być zaangażowani w szkolenie stażystów, lekarze pozostający poza programem prowadzą pacjentów samodzielnie, nie korzystając z pomocy młodszych kolegów.

### Ocena pracy i procedury wykonywane przez stażystów

Bieżąca ocena stażystów powinna należeć do kadry szkolącej. Brane są także pod uwagę opinie rezydentów, personelu pielęgniarskiego, a czasem nawet pa-

## Harmonogram pracy stażysty – propozycja

Podobnie jak cały staż, tak i rozkład dnia pracy stażysty powinien być zorganizowany. Przykładowy ramowy harmonogram może wyglądać następująco:

### 8.00–9.00

Raport poranny stażystów i rezydentów z kierownictwem programu, prezentacja przyjętych pacjentów, dyskusja nad wybranym przypadkiem klinicznym.

### 9.00–11.00

Obchód lekarski w obrębie zespołów, stażyści gromadzą informacje, rozpoczynają badania przydzielonych im pacjentów, następnie wizytują ich w obecności starszych rezydentów, przygotowując się do wizyty z prowadzącym specjalistą.

### 11.00–13.00

Wizyta ze specjalistą prowadzącym zespół, możliwość szkolenia przy łóżku pacjenta, wizyta w obecności pielęgniarki prowadzącej, zakończona zleceniami lekarskimi.

### 13.00–14.00

Konferencja południowa, najlepiej potoczona z lunchem, prezentacje ciekawych przypadków lub tematów przez stażystów lub rezydentów w obecności wyznaczonej kadry szkolącej z lekarzy samodzielnych specjalistów i dyrekcji programu.

### 14.00–16.30

Dalsza praca przy pacjentach, wykonywanie procedur, ew. praca w poradni.

### 16.30

Odprawa popołudniowa, przekazanie istotnych informacji o pacjentach zespołowi dyżurnemu.

Oczywiście, powyższy grafik ma charakter ramowy, gdyż np. w specjalnościach zabiegowych musi być modyfikowany w zależności od planu operacyjnego, a w innych specjalnościach w zależności od obciążenia pracą. Należy jednak ustalić maksymalną liczbę chorych, których może równocześnie prowadzić stażysta i w wypadku nadmiaru pacjentów, przekazywać ich do prowadzenia lekarzom specjalistom spoza programu szkoleniowego lub starszym rezydentom bez pomocy stażysty.

Można przeprowadzić test *in-service*, czyli wewnętrzny egzamin testowy, którego wyniki będą jednym z kryteriów wystawienia rekomendacji do szkolenia w ramach rezydentury. Niezwykle istotne jest faktyczne opanowanie przez stażystę wszystkich procedur wymienionych w programie szkolenia.

W nowoczesnym systemie ochrony zdrowia niemożliwe jest, by nie było zgodności karty stażu z procedurami przeprowadzonymi faktycznie przez stażystę

i udokumentowanymi w historii choroby. W szpitalach amerykańskich, oprócz oczywiście odpowiedzialności kadry szkolącej, sprawę ostatecznie rozwiązuje konkurencyjność. Mianowicie przyjmowany do pracy w szpitalu lekarz samodzielny ze specjalizacją musi przedstawić dokumentację procedur wykonanych w trakcie szkolenia podyplomowego. Jeżeli jej nie ma lub gdyby, co jest raczej mało prawdopodobne, okazało się, że tych procedur nie potrafi wykonywać, traci możliwość ich wykonywania, co oczywiście osłabia jego pozycję konkurencyjną w szpitalu. Na przykład każdy internista szkolony w USA musi opanować m.in. reanimację, intubację, zakładanie wkłuc do żył głębokich, nakłucie lędźwiowe, nakłucie jamy opłucnej i otrzewnej. Wielu z tych procedur lekarz uczy się już na pierwszym roku po studiach. W szpitalach brytyjskich umiejętność wykonywania procedur jest jednym z podstawowych warunków awansu na dobrze opłacane i komfortowe stanowisko konsultanta.

### Warunki socjalno-bytowe

Warunki socjalno-bytowe są jednym z elementów wpływających na jakość szkolenia. Stażyści niemający własnego kąta w szpitalu, przeganiani z dyżurek lekarskich przez starszych lekarzy, szybko tracą motywację i zdolność do efektywnej pracy. Ich entuzjazm ulega natychmiastowemu ostudzeniu. Już pierwsze kontakty z działem kadr szpitala mogą przesądzić o zaprzepaszczeniu wyjątkowej szansy pozyskania do systemu ochrony pozytywnie nastawionego lekarza. Czy można lepiej? Nie chciałbym podawać przykładów ekstremalnych, ale czasami trzeba. Otóż w trakcie mojego szkolenia podyplomowego w USA, szpital Memorial Health University Medical Center w Savannah stworzył stażystom następujące warunki (a dodam, że było to w 1994 r.):

- zamieszkanie w apartamentach przy terenie szpitala, wielkość zależna od roku szkolenia (na 3. roku przysługiwał domek szeregowy ok. 120 m<sup>2</sup>), cena wynajmu ok. 350 dolarów miesięcznie, szpital opłacał elektryczność,
- pełne wyżywienie w szpitalu, dodam, że nie było tam tzw. stołówki szpitalnej, ale funkcjonował prawdziwy *food court*, taki jaki znamy z naszych centrów handlowych, stażysta mógł też brać posiłki na wynos,
- do dyspozycji stażystów i rezydentów była tzw. *residents' lounge* – duże pomieszczenie z wygodnymi fotelami, wyposażone w lodówkę codziennie zaopatrywaną w mleko i soki, codziennie rano były też świeże bułeczki i owoce. Nie wspomnę o takich podstawowych rzeczach dla stażysty, jak na bieżąco napełniany ekspres do kawy czy maszyna z zimnymi napojami,
- wszystkimi stażystami i rezydentami danej specjalności zajmował się wydzielony zespół kadry administracyjnej, począwszy od dyrektora programu, po-

przez menedżera administracyjnego, skończywszy na sekretarkach, dbających o to, aby stażyści czuli się komfortowo, a przy tym nie tracili czasu na kontakty z administracją szpitala. Wszystkie sprawy administracyjne stażysta załatwiał w departamencie szkolenia swojej specjalności. Aż szkoda mówić, że takie sprawy, jak ksero, nadawanie faksów, stały dostęp do komputera, przydział środków łączności, identyfikator, fartuchy i ubrania lekarskie, były standardowe i nie obciążały finansowo stażysty,

- wynagrodzenie zależało od roku szkolenia i mniej więcej odpowiadało uposażeniu pielęgniarki dyplomowanej szpitala, czyli wtedy ok. 2,5 tys. dolarów miesięcznie brutto. W tamtym czasie wprowadzono też w USA limity czasu pracy dla lekarzy stażystów i rezydentów do 80 (!) godz. tygodniowo.

### Uśpieni

Nasze uczelnie co roku opuszczają rzesze absolwentów studiów lekarskich. Są to najczęściej ludzie otwarci, umotywowani i chłonni wiedzy praktycznej. Drzemie w nich ogromny potencjał, którego system ochrony zdrowia naszego kraju nie tylko, że nie potrafi

„ W USA student medycyny wybiera rezydenturę w danej specjalności już na ostatnim roku studiów i odbywa pierwszy rok szkolenia w sposób ukierunkowany „

optymalnie wykorzystać, to jeszcze sprzyja jego osłabieniu i wypaleniu się. Wraz z reformami ochrony zdrowia nadszedł czas na radykalne zmiany w szkoleniu podyplomowym naszych lekarzy, nie chcemy przecież pozostawać w tyle za USA z wczesnych lat 90. ani za Wielką Brytanią, gdzie tak chętnie ostatnio wyjeżdżają nasi młodzi lekarze, często wcale nie podejmując stażu w Polsce.

*Autor jest prezesem Europejskiego Stowarzyszenia Dyrektorów Medycznych, profesorem Wyższej Szkoły Przedsiębiorczości i Zarządzania im. Leona Koźmińskiego. Obecnie prezes i dyrektor medyczny firmy Szpitale Polskie SA, konsultant kardiolog i internista w Polsce, USA, Wielkiej Brytanii i Szwajcarii.*