

Medycyna do szkół



Fot. Karolina Bartyzel O.L. Waw

Co jakiś czas pojawiają się doniesienia medialne o bohaterских postawach dzieci, które komuś uratowały życie, bo zadzwoniły po karetkę. Super. Tylko takie zachowanie nie może być domeną dzieci odważnych, wszyscy powinniśmy mieć to we krwi od najmłodszych lat. Każdy z nas powinien mieć wpajaną obywatelską troskę o zdrowie drugiego człowieka – przekonuje dr n. med. Jarosław Biliński, wiceprezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie. Ekspert przyznaje, że braki w edukacji medycznej dotyczą zarówno dzieci, jak i dorosłych, zarówno uczniów, jak i nauczycieli. A nawet samych lekarzy.

Czy Polacy wiedzą wystarczająco dużo o swoim zdrowiu?

Z badań opinii społecznej i eksperytów przeprowadzanych przez takie agendy jak Państwowy Zakład Higieny wiemy, że ta wiedza jest bardzo skromna i koreluje z wykształceniem. W efekcie ludzie nie potrafią rozróżnić, co w kwestii ochrony zdrowia jest prawdą, a co fałszem. Edukacji w tym zakresie brakuje nie tylko na etapie szkolnym, lecz także wśród dorosłych, którzy kiedy chodzili do szkoły, nie byli jeszcze narażeni na skutki szumu informacyjnego. Paradoksalnie bowiem im bardziej świat jest uzależniony od technologii – a z każdym rokiem jest bardziej, tym częściej ludzie ulegają zabobonom, korzystają z wiedzy niesprawdzonej i nieugruntowanej, gdyż nie nadążają za rozwojem. Wynika to z tego, że media lub ludzie przekazujący prawdy objawione bądź teorie spiskowe robią to w prosty sposób, wytyczając kierunek postępowania od A do Z, podczas gdy wiedza o charakterze naukowym zwykle nie jest popularyzowana i przekładana na język zrozumiały dla masowego odbiorcy. Często mamy fałszywe przeświadczenie, co decyduje o naszym zdrowiu, co ma istotnie charakter leczniczy, a co jest totalnym kłamstwem. To jest problem cywilizacyjny. Częściowo można go rozwiązać poprzez kampanie społeczne i informacyjne, których celem będzie właśnie przełożenie doniesień naukowych na język powszechnie zrozumiały. Docelowo musimy jednak stawiać na kult wiedzy, rzetelnego wykształcenia, szacunek do ludzi nauki, ekspertów. Powinny za to odpowiadać instytucje państwowe, ale mimo naszych, czyli środowiska medycznego, usilnych apeli, wciąż nie jest to prawidłowo realizowane. Wiadomo – każdy woli wydawać pieniądze na coś namacal-

nego, bo takim osiągnięciem łatwiej się pochwalić niż czymś, co może przynieść efekty dopiero za kilka lat, i to nie w postaci zbudowanego szpitala czy działającego sprzętu, ale szerszej świadomości społecznej, wiedzy obywatelskiej, mądrości w odróżnianiu prawdy od kłamstw. Większą część tych postulatów można i wręcz należałoby zrealizować w szkole.

No właśnie, ale w której – podstawowej, średniej czy na studiach? A może już w przedszkolu i żłobku?

Co ciekawe, w podstawach programowych właściwie już od etapu przedszkola zapisana jest edukacja zdrowotna. Zazwyczaj są to jednak ogólniki. Brakuje wytycznych, czego konkretnie dzieci powinny się nauczyć i jakie mają być efekty tego kształcenia. Trzeba też rozgraniczyć promocję zdrowia, czyli przekazywanie wiedzy o zachowaniach prozdrowotnych, od nauczania praktycznych działań. Właśnie tego drugiego elementu brakuje najbardziej, ale również w pierwszym oprócz promocji zdrowia fizycznego należy wprowadzić promocję zdrowia psychicznego. Oczywiście łatwo jest o tym mówić, a zrobić trudniej. Nie tylko z przyczyn organizacyjnych czy z powodu braku wystarczających funduszy, ale też dlatego, że dla dzieci zdrowie jest pojęciem abstrakcyjnym, nienamacalnym. Dlatego konieczne jest zastosowanie narzędzi pozwalających im zrozumieć, czym jest zdrowie, np. różnych gier, które u młodych ludzi wykształcą odpowiednie nawyki. Kolejną niezwykle ważną rzeczą, którą szkoła musi wypracować, jest szacunek do ekspertów, umiejętność posługiwania się informacjami, praktyczna wiedza, jak docierać do wiarygodnych źródeł informacji. Jestem czasami przerażony, kiedy widzę, co młodzi ludzie, często moi znajomi, udostępniają w mediach społecznościowych. Marzy mi się świat oświecony, jestem orędownikiem rzetelnej wiedzy jako jedyne warunki podejmowania

„Jestem za kultywowaniem wiedzy, gloryfikowaniem nauki, a boję się świadomego wpędzania społeczeństw w ciemnotę”

decyzji. Brzmi technokratycznie i tak ma brzmieć – jestem za kultywowaniem wiedzy, gloryfikowaniem nauki, a boję się świadomego wpędzania społeczeństw w ciemnotę.

A co z kształceniem umiejętności praktycznych. To ma być oddzielny przedmiot? A jeśli tak, kto powinien takie zajęcia prowadzić?

To nie musi być odrębny przedmiot. Przecież można to realizować np. w czasie lekcji wychowawczych. Moim zdaniem przygotowanie do prowadzenia takich ćwiczeń powinien mieć każdy pedagog. Ostatecznie wystarczy garstka osób, choćby behapowiec, ale z przeszkoleniem pedagogicznym pozwalającym trafić do uczniów z danej grupy wiekowej. Najważniejsze jednak, by zajęcia praktyczne były na każdym roku kształcenia! To może być odgrywanie scenek rodzajowych z udziałem np. fałszywej babci, która mdleje, a dzieci uczą się, jak ją ułożyć i gdzie dzwonić. Co jakiś czas pojawiają się doniesienia medialne o bohaterkich postawach dzieci, które komuś uratowały życie, bo zadzwoniły po karetkę. Super. Tylko takie zachowanie nie może być domeną dzieci odważnych, wszyscy powinniśmy mieć to we krwi od najmłodszych lat. Każdy z nas powinien mieć wpajaną obywatelską troskę o zdrowie drugiego człowieka. Przecież sami siebie nie uratujemy, gdy będzie taka potrzeba.

Współczesną polską szkołę często oskarża się o to, że nie uczy życia tylko niepotrzebnych rzeczy, na przykład budowy pantofelka. A może warto się przyjrzeć temu zarzutowi w kontekście ochrony zdrowia? Może szkoła powinna uczyć także tego, jak na przykład

zapisać się na wizytę do lekarza specjalisty? Albo przekazywać podstawową wiedzę o lekach?

To powinno być już domeną szkół ponadpodstawowych. Pamiętam, że w liceum ja i moi rówieśnicy miewaliśmy w pełni uświadomione problemy zdrowotne. W szczególności dotyczyły kwestii rozwojowych, takich jak trądzik, zmiany w budowie ciała, zdrowie seksualne czy psychiczne. Nikt z nas nie myślał nawet, że te problemy rozwiązuje się z pomocą ludzi, którzy się w tym specjalizują – lekarzy. Dlatego ważne jest, by w kontekście zdrowia traktować uczniów szkół ponadpodstawowych jako osoby świadome i na tyle dorosłe, że mają własne problemy ze zdrowiem i w związku z tym potrzebują informacji, jak się poruszać w systemie ochrony zdrowia. To jest o tyle trudne, że nasz system jest skrajnie skomplikowany, chaotyczny, a momentami nielogiczny. Dlatego nie jestem pewien, czy taka edukacja jest możliwa bez gruntownej jego reformy, która zostanie przeprowadzona z perspektywy pacjenta i dla pacjenta. Ostatecznie jednak ideą tej gałęzi edukacji medycznej powinno być przede wszystkim to, by wykształcić w młodych ludziach przyzwyczajenie – jeśli czegoś nie rozumiesz w funkcjonowaniu organizmu albo coś cię niepokoi, zadaj pytanie odpowiedniej osobie, ekspertowi! – przede wszystkim lekarzowi rodzinnemu. Nie powinno być też tak, że dziecko, jeśli nic poważnego się nie dzieje, idzie do lekarza raz na kilka lat. Wizyty patronażowe powinny być regularne, a młodzież musi wiedzieć, że należy na nie regularnie chodzić, że jest tam przyjazna im osoba. Profilaktyka, profilaktyka, profilaktyka, zapobieganie

„Podczas 20-minutowej wizyty lekarz maksymalnie 5 minut zajmuje się pacjentem, pozostały czas poświęca na biurokrację”

problemom, wyłapywanie ich na najwcześniejszym etapie, rozmowa z rodzicami i dziećmi o danym etapie rozwoju, uświadamianie ich – to zadania idealnie funkcjonującego systemu medycyny rodzinnej. To bardzo ważna specjalizacja, tyle że niedoceniona i pozbawiona wielu kompetencji, zupełnie niesłusznie.

To znaczy, że lekarz rodzinny powinien stanowić integralną część systemu edukacji medycznej?

Zdecydowanie tak. Edukacja zdrowotna jest nawet wpisana w specjalizację medycyny rodzinnej. Ale problemem jest rzecz jasna brak czasu. Z danych statystycznych i badania przeprowadzonego w Polsce wynika, że podczas 20-minutowej wizyty lekarz maksymalnie 5 minut zajmuje się pacjentem, pozostały czas poświęca na biurokrację. Niemożliwe jest, by w tak krótkim czasie zawrzeć nie tylko doraźną poradę, lecz także elementy edukacji zdrowotnej. Mimo to nawet w naszym niedomagającym systemie są grupy lekarzy rodzinnych, którzy wspomniane przeze mnie wizyty patronażowe organizują i przeznaczają na nie pół godziny, a często 45 minut. To procentuje, bo lekarz zdobywa wiedzę o bardziej długofalowych problemach pacjenta. I te spotkania mają też długofalowy cel, planuje się na nich np. cykl wizyt i etapowe rozwiązywanie kłopotów ze zdrowiem. W rozrachunku rocznym to wychodzi zdecydowanie na plus i nawet z punktu ekonomicznego generuje mniejsze koszty dla systemu. Jeśli bowiem spojrzymy na powszechną wśród młodzieży dolegliwość, jaką jest wspomniany trądzik, to podczas kilkuminutowej wizyty lekarzowi często trudno jest zebrać

tyle informacji, by zalecić coś ponad standardowe działanie – antybiotyki, retinoidy czy maści. Tymczasem wizyta patronażowa i całościowe spojrzenie na pacjenta pozwoli już na wczesnym etapie wychwycić, że problem wynika np. z nadmiernej androgenizacji, czyli przyczyn hormonalnych, bo występował też u rodziny pacjenta. Być może lekarze rodzeni powinni też raz na jakiś czas spotykać się z uczniami w szkołach, by skrócić psychologiczny dystans, jaki dzieli młodego człowieka od medyków. Oczywiście potrzeba na to czasu i przeorganizowania systemu. Ale jest to możliwe i sam widziałem, że to działa.

Mówił pan, że optymalnie każdy nauczyciel powinien być wyszkolony, by móc prowadzić zajęcia z edukacji zdrowotnej. Mam jednak wątpliwości, czy pedagogzy są na to faktycznie przygotowani.

W zakres studiów pedagogicznych wpisane jest przygotowanie do edukacji zdrowotnej, ale w polskiej szkole brakuje tradycji, by tę edukację traktować poważnie. Dlatego uczelnie powinny położyć na to większy nacisk w szkoleniu przyszłych nauczycieli. Oczywiście jeśli zaczniemy to robić dzisiaj, efektów nie będzie widać od razu, co dla decydentów jest zniechęcające. Jeżeli jednak nie zaczniemy, to za 10 lat ciągle będziemy w tym samym miejscu, tylko że społeczeństwo będzie jeszcze starsze i bardziej schorowane, bo demografia jest nieubłagana, a dodatkowo postęp cywilizacyjny, technologiczny i ogromny przyrost wiedzy „ogłupi” ludzi jeszcze bardziej, jeśli nie będziemy przekładać tego na przystępny język. W kwestii zdrowia ma to kolosalne znaczenie –

jest taka mapa, schemat zwany polami zdrowotnymi Lalonde’a, która w prosty sposób pokazuje, co kształtuje zdrowie dorosłego człowieka. I jest to właśnie styl życia, profilaktyka – coś, czym trzeba umieć zarządzać i co mądre kraje, mądre władze konsekwentnie realizują. Dlatego widzę tu rolę polityków, ministra edukacji, ministra nauki i szkolnictwa wyższego, ministra zdrowia, którzy powinni usiąść i uzgodnić długofalową strategię. W naszych realiach takiego dokumentu bardzo brakuje. Powstają wprawdzie programy zwalczania konkretnych chorób, ale nie ma strategii profilaktyki. Tymczasem, powtarzam, w 50 proc. o stanie naszego zdrowia decyduje styl życia. Tak zwana medycyna naprawcza to zaledwie 10 proc.

Czy w takim razie lekarzom do szczęścia brakuje tylko sprawnie działającego otoczenia, czy też ich własna edukacja również potrzebuje nowego impulsu?

To jest bardzo szeroki temat. Niewątpliwie należy po pierwsze zreformować studia medyczne. Nie zgadzam się, że powinniśmy skrócić studia medyczne i w ich trakcie ograniczyć się do zajęć praktycznych, bo podbudowa teoretyczna jest niezbędna, by odnaleźć się w medycynie. Tyle że to ma być właśnie podbudowa, a więc zmiana powinna polegać na nastawieniu, by teoria służyła rozumieniu problemu, a nie była bezmyślnie wyklepywana na pamięć. Po drugie, zmiany wymaga kształcenie podyplomowe. Do tego przymierzaliśmy się w kierowanym przeze mnie zespole przy ministrze zdrowia ds. nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Chcieliśmy np. wymóc na studentach przygotowanie się do zadań z logicznego myślenia, zmieniając lekarski i lekarsko-dentystyczny egzamin końcowy. Korzystając z wzorców amerykańskich, proponowaliśmy sprawdzian będący studium przypadku klinicznego z pulą pytań, z których każde jest w jakiś sposób połączone z poprzednim, więc odpowiedź

na jedno wpływa na kolejne. Tego nie udało się przeforsować. W ogóle tylko część naszych pomysłów udało się wcielić w życie, ale większości nie. Z jednej strony ze względu na opór środowiska, z drugiej zaś pojawiły się tłumaczenia urzędników, że system nie jest na to przygotowany, że trzeba by najpierw zmienić studia, a do tego Ministerstwo Zdrowia nie ma kompetencji, bo leży to w gestii resortu nauki. Tyle że akurat te dwie sfery trzeba zreformować w sposób skoordynowany.

Wreszcie trzecia bardzo ważna rzecz, to znaczy kompetencje miękkie. Komunikacja lekarzy z pacjentami i ze społeczeństwem kuleje. Cierpię, gdy słyszę od znajomych, że przyjmujący ich lekarz okazał się gburem, nie umiał się wysłowić, nie patrzył w oczy, nie był empatyczny. Pamiętam wizytę mojej siostry u ortopedy, kiedy złamała rękę. Spotkanie trwało minutę i polegało na wrzuceniu zdjęcia RTG na tablicę świetlną i zaleceniu: „Do domu!”. Takie wizyty są antytezą bycia lekarzem. Statystyki pokazują, że zwykle wynika to z wypalenia zawodowego, ale terapia przeciw wypaleniu zawodowemu też jest wpisana w kompetencje miękkie.

Ten trzeci filar powinien być dołączony do kształcenia zarówno na etapie studiów medycznych, jak i kształcenia podyplomowego. Sam wprawdzie miałem na studiach psychologię, ale ćwiczenia polegały na tym, że siedzieliśmy w ławkach, ktoś nam tłumaczył definicje psychologiczne i odgrywaliśmy scenki. Nikt tego nie traktował poważnie. Tymczasem powinno się to ćwiczyć w trakcie wizyt, z prawdziwym pacjentem, z udziałem trenera, który wyłapuje błędy i potem się na tych błędach uczymy. Cierpię, widząc, że komunikacja z pacjentem, podejście do pacjenta jest – mówiąc delikatnie – niewłaściwe. Sfera kompetencji miękkich często rzuca cień na całe środowisko i jestem pewien, że ogólnie niezadowolony Polaków z systemu ochrony zdrowia to nie tylko kolejki, niedofinansowanie czy brak infrastruktury i nowoczesnych leków, ale właśnie

słabe kompetencje miękkie, co dla pacjenta jest niewybaczalne.

Jeśli chodzi o podejście do drugiego człowieka, powinno się zmienić także to, z jakim negatywnym i sceptycznym nastawieniem spotykają się osoby uczestniczące w szkoleniu podyplomowym. Lekarz rezydent nie jest uczniem, któremu wpaja się wszystko od zera, nie jest asystentem od wypełniania papierów. To jest pełnoprawny lekarz uczący się pod okiem profesjonalisty, już specjalisty, dobrych praktyk leczenia opartych na dobrych wzorcach, medycynie opartej na faktach, dowodach i tego nie udało się do końca wprowadzić w nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Między innymi ze względu na to, że w części środowiska pokutuje szkodliwe przekonanie, że rezydent to ktoś, kto musi się urobić po łokcie, dyżurować bez ograniczeń i tak naprawdę poczuć, jaka ta medycyna jest ciężka. W imię zasady: „Nam było źle, to niech wam też będzie źle”.

W założeniach nowelizacji kładliście nacisk na kształtowanie w szkoleniu podyplomowym relacji uczeń – mistrz.

Ten model w dzisiejszym systemie edukacji medyków został zatracony. Ów mistrz często nie widzi ucznia przez prawie całe szkolenie. Brakuje przede wszystkim wzajemnego przywiązania i szacunku, a także odpowiedzialności doświadczonego lekarza za młodszą koleżankę czy młodszego kolegę. Próbowaliśmy zmienić prawo i w pewnym stopniu się to udało. Przede wszystkim udało się doprowadzić do tego, że mistrz musi być przynajmniej na tej samej zmianie co uczeń, jeżeli pracują w systemie zmianowym, dostaje też dodatkowe wynagrodzenie za opiekę nad szkolącym się medykiem. Nie udało się za to wprowadzić większej liczby narzędzi dla mistrza, aby miał wpływ na to, co umie jego uczeń. Uczeń powinien móc się chwalić, że jego mistrzem jest konkretny lekarz z imienia i nazwiska i on kontynuuje jego szkołę. Mistrz nie wie, jak

może się zasłużyć dla Polski, dobrze zajmując się uczniem. To wymaga zmiany podejścia, poglądów, patrzenia urzędników na lekarzy, a przede wszystkim zdefiniowania na nowo zadań konkretnych pracowników, personelu w systemie. Dziś wszyscy są od wszystkiego.

Wspomniał pan o profilaktyce wypalenia zawodowego. Zastanawiam się, czy lekarze – wracając do wątku z początku rozmowy – sami nie cierpią z powodu braku edukacji medycznej, tej nastawionej na nich samych, a nie ich pacjentów?

Coś w tym jest. Często jesteśmy otyli, palimy papierosy, pijemy alkohol, pracujemy niebotyczną liczbę godzin, jesteśmy przemęczeni, nie dbamy o stan własnego zdrowia, tak jak powinniśmy to robić, a wymagamy tego od naszych pacjentów. To oczywiście zakrawa na hipokryzję. Lekarz powinien być wzorem postępowania z własnym zdrowiem i taka wiedza zdecydowanie powinna być wtłaczana lekarzom. Być może już na studiach, a na pewno na specjalizacji. Trzeba dawać przykład swoim zachowaniem. I trzeba pamiętać, że jesteśmy dla pacjentów chodzącym przykładem. Takie podejście bardzo zmieniłoby cały obraz ochrony zdrowia, bo lekarze na pewno byłiby bardziej przekonani do tego, że profilaktyka to klucz do zdrowego społeczeństwa i stawialiby na nią w swoich poradach. Zmieniłoby to obraz pracy lekarzy i może ostatecznie doprowadziłoby do tego, że nie pracowalibyśmy ponad siły, mielibyśmy czas na chłonięcie wiedzy i bycie mistrzem, wzorem. Może zaczęlibyśmy doceniać siebie, swoją wiedzę, poświęcenie, które wkładamy w naszą pracę, i szanować siebie samych. To też klucz do naprawy systemu od fundamentów. Pewnie to jest utopia, ale oczekiwałbym, że kiedyś coś takiego zobaczę.

*Rozmawiał Michał Niepytalski
dziennikarz, publicysta
miesięcznika Okręgowej Izby Lekarskiej
w Warszawie „Puls”*