

Od studenta do specja kształcenia medyczne



Fot. iStockphoto.com

MATEUSZ SZULCA

Edukacja kadry lekarskiej to czasochłonny, kosztowny i ambitny proces, z wyzwaniami pojawiającymi się niemal na każdym kroku. Nieustannie konieczne są w nim trudne kompromisy pomiędzy skrajnymi oczekiwaniami, które dotyczą długości trwania nauki, finansów, jakości przygotowania absolwentów do pracy i terminu ich wejścia na rynek.

Należy podkreślić, że niezależnie od wysokiego poziomu skomplikowania samej problematyki kształcenia jest to jedynie jeden z elementów funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Dla przykładu, jeśli postawić sobie za cel rozwiązanie kryzysu kadrowego w Polsce, sama poprawa edukacji, bez przygotowania odpowiednio opłacanych miejsc szkoleniowych i pracy, nie wystarczy. Może wręcz spowodować negatywne zjawisko,

którego już jesteśmy świadkami, czyli odpływ za granicę wysoko wykwalifikowanych specjalistów, poszukujących lepszych warunków życia.

Aby nie wdawać się w dywagacje, który z elementów układanki ma największy wpływ na wyszkolenie i utrzymanie specjalisty w kraju, przyjmuję wyzwania w systemie edukacji za decydujące i najpilniejsze. Tekst ten nie powstał, by określić wszystkie problemy, przedstawić gotowe odpowiedzi i uniwersalne rozwiązania, ale żeby nakreślić pewne realia i skalę niezbędnych reform. W celu zachowania zwartości przekazu problematyka kształcenia została podzielona na dwa okresy – pierwszy przed stażem, drugi po jego rozpoczęciu. Biorąc to pod uwagę, zaczniemy od początku edukacji – od studiów lekarskich.

listy – problematyka go w Polsce

Resortowy pakiet zmian w studiowaniu

Aktualnym projektem zmian obejmujących okres akademicki jest stopniowo wprowadzany „Pakiet dla młodych” Ministerstwa Zdrowia. W pierwszej kolejności zrealizowano punkt dotyczący standardów kształcenia na kierunkach medycznych, nad którym pracę powołany w tym celu zespół zakończył pod koniec lutego bieżącego roku. Postawiono na upraktycznienie programu studiów od czwartego roku dla lekarzy i od trzeciego dla lekarzy dentyistów, zaktualizowano listę umiejętności praktycznych, które powinien posiadać absolwent kierunku, a także położono większy nacisk na rozwój kompetencji w zakresie komunikacji z pacjentem. Są to niewątpliwie dobre zmiany, nie tylko na papierze, ale również w kontekście szczegółów realizacji poczynionych założeń.

Nie można tego jednak powiedzieć o innym punkcie „Pakietu dla młodych”, czyli o kredytach na studia medyczne, których wprowadzenie wywołało negatywne reakcje w środowisku lekarskim. Kontrowersje dotyczące tego zagadnienia są żywo komentowane w mediach, nie ma więc sensu ponownie ich przywoływanie i analizowanie.

Co jednak istotne i przydatne w rozważaniach – te dwa zagadnienia z „Pakietu” miały zgoła inne genezy. Pierwszy punkt opracowywano w wyjątkowo szerokim i zróżnicowanym gronie: przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych (KRAUM), Naczelnej Izby Lekarskiej (NIL), studentów oraz rezydentów. Drugi powstał z inicjatywy resortu, a konsultacje prowadzono na uczelniach wyższych bez właściwej legitymizacji i formalizacji. Czas jednoznacznie pokazał, które z tych rozwiązań okazało się sukcesem przy implementacji, a które wizerunkowym fiaskiem.

Szczegółowa analiza całego „Pakietu dla młodych” to materiał na oddzielny artykuł, przywołam więc jeszcze tylko jeden ciekawy zapis: partycypację w decyzjach, co jest podobno zapowiedzią włączania przedstawicieli gremiów studenckich do zespołów ministerialnych. Jeśli zostanie on podtrzymany, można

mieć nadzieję, że ścisła współpraca ministerstwa ze studentami, samorządowcami, dydaktykami i praktykami spowoduje, że losy rozwoju kształcenia akademickiego znajdą się na stabilnym kursie.

Przejdźmy do kolejnego etapu kształcenia, czyli Lekarskiego Egzaminu Końcowego, wymaganego do rozpoczęcia rezydentury. Zmiana, czyli wprowadzenie oficjalnej puli pytań (z niej czerpie się 70 proc. pytań każdej tury LEK), doprowadziła do sytuacji, w której jego systemowa użyteczność drastycznie spadła. Zgodnie z pierwotną intencją test ten powinien pełnić

dwie zasadnicze funkcje: być warunkiem przyznania pełnego prawa wykonywania zawodu i dokumentem świadczącym o opanowaniu zagadnień teoretycznych. Jego wynik jest decydujący w konkursie o zajęcie wolnego miejsca na specjalizacji – im lepszy, tym większa szansa na jego uzyskanie.

Co do kwestii pierwszej, LEK zupełnie stracił swoją funkcję. Jeśli próg zdania LEK wynosi 56 proc., a przy idealnej znajomości bazy pytań nie można otrzymać

mniej niż 70 proc., oznacza to, że de facto egzamin ten nie sprawdza wiedzy medycznej, a wyłącznie zdolność do wyuczenia się odpowiedzi. Tym samym przestał być ważnym węzłem, systemowo wychwytyjącym jednostki, których znajomość podstaw medycyny była niewystarczająca. W przypadku postępowania o przyznanie rezydentury jego funkcja polegająca na różnicowaniu kandydatów na podstawie wyniku również uległa zatarciu. Skoro 70 proc. pytań jest znanych, pozostaje jedynie 30 proc., czyli 60 pytań, które decydują o ostatecznym rezultacie. Powoduje to sytuację, w której wyniki zaczynają być bardziej zbliżone do siebie i niejednokrotnie rozstrzygający staje się symboliczny jeden punkt. I tak marginalny wcześniej element szczęścia, tzw. strzał czy pytanie o znany akurat egzaminowanemu niszowy casus z danej dziedziny, decyduje o wygranej. Jeśli tak prostą argumentacją udaje się podważyć system oceny wiedzy lekarza, to nawet bez głębszej analizy i znajomości tematu można stwierdzić, że jest

„Bez wątplenia LEK jest potrzebny, ale należy zredefiniować jego miejsce w systemie i zadecydować, czego się od niego oczekuje”



Fot. Adobe Stock

on wadliwy. Jest to problem niezwykle palący, do natychmiastowego rozwiązania.

Nasuwa się jednak wiele pytań: Czy egzamin ma być z bazy? Ile procent powinna stanowić baza? Jak dbać o jakość pytań? Czy egzamin nadal powinien pełnić obie wymienione funkcje, a może tylko jedną z nich?

Bez wątpienia LEK jest potrzebny, ale należy zredefiniować jego miejsce w systemie i zdecydować, czego się od niego oczekuje.

Krok w dobrym kierunku, ale...

Podsumowując – głównym założeniem edukacji przed stażem lekarskim jest jak najlepsze przygotowanie do pracy w zawodzie lekarza.

Opisane powyżej zmiany polegające na skupieniu się w czasie studiów na praktyce to krok w dobrym kierunku.

Waga zmian wynika przede wszystkim z próby zniwelowania przepaści między umiejętnościami, które są użyteczne na studiach, a tymi, które wykorzystuje się w trakcie następującej po nich pracy w szpitalu. Nawet najdoskonalsza reforma nie sprawi jednak, że nauczanie

„Zrealizowano punkt dotyczący standardów kształcenia na kierunkach medycznych – postawiono na upracticznienie programu studiów, zaktualizowano listę umiejętności praktycznych i położono większy nacisk na rozwój kompetencji w zakresie komunikacji z pacjentem”

akademickie zastąpi staż podyplomowy, który pozostaje poza zasięgiem możliwości uczelni – przynajmniej dzisiaj. Istotność i unikalność tego okresu to wytyczona na kanwie posiadania tytułu lekarskiego naturalna granica, którą należy przyjmować w planowaniu założeń edukacji.

Co się zaś tyczy LEK, mogłoby się wydawać, że zmiana zasad jego przeprowadzania jest trywialna i wręcz oczywista. Nawet jeśli uznać obecny stan za krytycznie zły i desperacko powrócić do poprzedniej formy, wywołała to falę słusznego niezadowolenia – niektóre roczniki będą miały nieadekwatnie i bezzasadnie lepsze wyniki od pozostałych. Egzamin ten stał się symbolem gwałtownej i nieprzemysłanej zmiany, która zaburzyła względną harmonię systemu. Na szczęście pod względem szkolenia nie jest to najważ-

niejszy etap. Ale ta sytuacja jest przestrożą i lekcją, która będzie przydatna w rozważaniach o okresie postażowym (omówienie w kolejnej części cyklu).

Mateusz Szulca, wiceprezes Wielkopolskiej Izby Lekarskiej i przewodniczący Porozumienia Rezydentów