



Sygn. 3/ZPR/2024

Warszawa, dnia 13.03.2024 r.

Stanowisko Zarządu Porozumienia Rezydentów OZZL

*Dot. standardów kształcenia na kierunku lekarskim i liczebności grup klinicznych
wraz z komentarzami ekspertów*

Degradacja kształcenia na kierunku lekarskim ma charakter wieloaspektowy. Szeroko dostrzeżonym problemem jest otwarcie od bieżącego roku akademickiego 14 kierunków lekarskich, z których 9 uzyskało negatywną opinię Polskiej Komisji Akredytacyjnej. Większość nowo otwartych kierunków nie ma zasobów kadrowych ani infrastrukturalnych, by kształcić lekarzy na akceptowalnym poziomie. Drugim, mniej nagłośnionym problemem jest dewastacja w zakresie legislacji, wymogów i standardów nauczania. Do realnego podniesienia poziomu kształcenia i zapobieżenia jego zapaści niezbędne jest uzdrowienie także tego obszaru.

W czasie studiów lekarskich, tradycyjnie na latach 3-6, odbywają się praktyczne zajęcia kliniczne. Podczas nich studenci pod okiem prowadzących uczą się zbierania wywiadu, badania fizykalnego oraz funkcjonowania oddziału we wszystkich dziedzinach medycyny. Dotychczas standardem była nauka w grupach liczących maksymalnie 6 osób. Jest to dostatecznie mała liczba osób, by zapewnić jakość kształcenia oraz komfort i bezpieczeństwo pacjentom.

2 października 2023 roku Ministerstwo Edukacji i Nauki przedstawiło opracowane przy współpracy z Ministerstwem Zdrowia nowe standardy jakości kształcenia [Dz.U. 2023 poz. 2152]. Pośród licznych modyfikacji przyczyniających się do degradacji kształcenia [szerzej opisane w stanowisku 65/ZPR/2023] nowe standardy pozwalają na liczniejsze grupy kliniczne:

4.4. Zajęcia umożliwiające osiągnięcie efektów uczenia się w grupie zajęć H [Praktyczne nauczanie kliniczne na VI roku studiów] są realizowane w grupach liczących nie więcej niż 5 studentów, a w przypadku gdy ich realizacja w takich grupach nie jest możliwa – mogą być realizowane w grupach liczących nie więcej niż 8 studentów.

W nowych standardach kształcenia nie określono liczebności grup do 5. roku włącznie, natomiast na 6. roku grupy mogą być pięcioosobowe, ale w wyjątkowych przypadkach



zwiększone do ośmioosobowych. Nie zdefiniowano czym jest ów wyjątkowy przypadek. Zmiany wejdą w życie z początkiem roku akademickiego 2024/2025.

Uważamy, że taki zapis pozwala na prowadzenie zajęć z pacjentami w dalece zbyt licznych grupach. Wiąże się to ze obniżeniem komfortu i bezpieczeństwa pacjenta, a także ze spadkiem jakości nauczania.

Problem nadmiernej liczebności grup klinicznych jest związany z obniżeniem jakości kształcenia na nowych kierunkach lekarskich. W uchwałach Polskiej Komisji Akredytacyjnej niejednokrotnie zwrócono uwagę na ten obszar. Przykładem jest uchwała PKA 895/2022 dotycząca negatywnej opinii dla kierunku lekarskiego na Akademii Kaliskiej:

8. Wnioskodawca określa, że grupa ćwiczeniowa będzie liczyła od 6 do 15 osób, jednak nie precyzuje, jaka będzie liczebność grup na poszczególnych zajęciach klinicznych.

W naszej opinii praktyczne zajęcia kliniczne muszą być prowadzone w grupach maksymalnie 6-osobowych. Uczelnie niebędące w stanie spełnić tego warunku nie zapewnią odpowiedniej jakości kształcenia w obszarze nauk klinicznych i nie powinny prowadzić kierunku lekarskiego. Apelujemy o zmianę *Rozporządzenia w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego* i wprowadzenie obowiązku prowadzenia praktycznych zajęć klinicznych w grupach liczących nie więcej niż 6 osób na wszystkich latach studiów medycznych.

Celem dokładniejszego przybliżenia zagrożeń wynikających ze zbyt licznych grup klinicznych poprosiliśmy o komentarze ekspertów w poszczególnych obszarach medycyny:

Komentarz eksperta – prof. dr hab. Wojciech Szczeklik, Kierownik Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii, 5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką w Krakowie:

“Zajęcia praktyczne w szpitalu, podczas których studenci mają możliwość kontaktu z pacjentami oraz zdobywają umiejętności praktyczne, stanowią kluczowy element wszystkich dziedzin tzw. nauk klinicznych. W trakcie tych zajęć, studenci mają możliwość porozmawiać z pacjentem, przeprowadzić tzw. wywiad lekarski, przedyskutować z prowadzącym diagnostykę i leczenie. W początkowych latach studiów, pod czujnym okiem nauczyciela, uczą się badać pacjenta, a w kolejnych latach doskonalą te umiejętności.



OZZL

Zajęcia kliniczne często prowadzą do wytworzenia się relacji o charakterze mistrz–uczeń pomiędzy nauczycielem a studentami. Osobiście pamiętam, jak istotne były one dla mnie jako studenta, i mimo upływu lat, wciąż mam przed oczami chorych, których spotkałem w trakcie zajęć, oraz nauczycieli, którzy wprowadzali mnie w tajniki medycyny. Teraz, będąc po drugiej stronie, moim zadaniem jest pokazanie młodym adeptom sztuki lekarskiej na czym polega medycyna kliniczna. Jednakże te zajęcia to nie tylko nauczanie poprawnego zbierania wywiadu i przeprowadzania badania fizykalnego, ale także, a może przede wszystkim, nauka odpowiedniego podejścia i rozmowy z chorym, rozwijanie wrażliwości i empatii – wartości, które kształtują postawę przyszłych lekarzy.

Zajęcia tego rodzaju powinny odbywać się w niewielkich grupach, optymalnie nieprzekraczających 4 osób. Nie wyobrażam sobie prowadzenia ich w grupie np. 15-osobowej. Oprócz oczywistego braku korzyści dla uczących się, jest to sytuacja niedopuszczalna również ze względów praktycznych. W sali operacyjnej nie da się pomieścić takiej liczby osób, a przeprowadzenie zajęć przy łóżku pacjenta w stanie krytycznym na oddziale intensywnej terapii staje się niemożliwe. W obu sytuacjach zbyt duża liczebność grupy może również stanowić zagrożenie dla pacjenta.”

Komentarz eksperta – prof. dr hab. n. med. Jerzy Sieńko konsultant wojewódzki w zakresie chirurgii ogólnej dla województwa zachodniopomorskiego:

“Każdy nauczyciel akademicki biorący udział w procesie kształcenia przyszłych lekarzy bierze na siebie ogromną odpowiedzialność za pacjentów, którzy w przyszłości będą leczeni przez tych lekarzy. Nie potrzeba tłumaczyć jak ważna jest jakość tego kształcenia. Perspektywa tworzenia 15-osobowych grup studenckich na zajęciach klinicznych jest nieakceptowalna z wielu powodów. Każdy pacjent ma swoją godność i należy mu się szacunek. Wprowadzenie na przykład na salę chorych 15 studentów w celu przeprowadzenia badania, w tym wywiadu zahaczającego niejednokrotnie o bardzo intymne kwestie, niewątpliwie będzie przekroczeniem bariery komfortu psychicznego takiego pacjenta. Nie wyobrażam sobie obecności tak licznej grupy studentów na sali operacyjnej. Po pierwsze stanowi to niepotrzebne zwiększenie ryzyka epidemiologicznego, a po drugie ogranicza przestrzeń sali operacyjnej. Niedopuszczalna byłaby sytuacja, w której operator potrzebuje na przykład pilnej wymiany ssaka przy intensywnym krwawieniu, a asystentka instrumentariuszki chcąc go podać nie może przebić się przez tłum studentów. Wszyscy stoimy przed licznymi problemami związanymi z kształceniem przyszłych lekarzy, które wymagają rozwiązań systemowych. W pierwszej kolejności, biorąc pod uwagę efekty jakości kształcenia, powinno zweryfikować się wydziały lekarskie masowo otwarte w ostatnim czasie. Biorąc pod uwagę potrzebę zwiększenia liczby studentów powinno wzmocnić się dotychczasowe uniwersytety medyczne chociażby poprzez wzrost wynagrodzeń na etatach akademickich. Powinno się również na zasadzie umów – zleceń włączyć do klinicznych zajęć



dydaktycznych jednostki dotychczas nieakademickie, w których niejednokrotnie pracuje bardzo doświadczona kadra specjalistów.”

Komentarz ekspertki – prof. dr hab. Dominika Dudek, Kierowniczka Katedry Psychiatrii i Kliniki Psychiatrii Dorosłych Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego:

“Praktyczne nauczanie psychiatrii powinno odbywać się w jak najmniejszych – kilkusobowych grupach studenckich (2–6 osób). Diagnostyka w psychiatrii opiera się przede wszystkim na wywiadzie oraz obserwacji pacjenta. Z jednej strony student musi mieć możliwość przeprowadzenia rozmowy z chorym, a z drugiej pacjent musi mieć zapewniony komfort i intymność kontaktu. Spotkanie z dużą grupą może generować lęk chorego i niechęć do ujawniania swoich przeżyć. Realizując cele dydaktyczne nie możemy zapominać o dobru chorego, a w psychiatrii sfera, której dotykamy jest szczególnie wrażliwa i delikatna. Z punktu widzenia studenta – w dużej grupie może on nawet nie mieć możliwości zadania pytania pacjentowi, nie mówiąc o nabyciu umiejętności nawiązania kontaktu. Ważnym aspektem nauczania jest poznanie psychiatrii konsultacyjnej, czyli zaburzeń psychicznych u chorych leczonych z powodu schorzeń somatycznych. Towarzyszenie nauczycielowi akademickiemu, który jest psychiatrą konsultującym jest tu niezbędne, a trudno sobie wyobrazić, by mogło się to odbywać w dużej grupie.

W psychiatrii nie da się zastąpić człowieka fantomem czy programem komputerowym. Tylko w relacji z pacjentem uczymy się trafnie oceniać jego stan psychiczny. Nie ma możliwości, aby duża grupa zebrała adekwatny wywiad i wyciągnęła prawidłowe wnioski z badania.”

Komentarz eksperta – prof. dr hab. Mirosław Wielgoś, Kierownik Kliniki Położnictwa i Perinatologii Państwowego Instytutu Medycznego MSWiA, rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w kadencji 2016-2020:

“Kształcenie studentów na kierunku lekarskim jest wyjątkowo wymagającym zagadnieniem, w którym kluczową rolę odgrywa jego jakość. Wiąże się to z koniecznością odbywania zajęć nie tylko teoretycznych, ale także – a może przede wszystkim – praktycznych. Chociaż w dzisiejszych czasach dysponujemy szerokimi możliwościami kształcenia z wykorzystaniem metod symulacyjnych, to jednak nic nie jest w stanie zastąpić bezpośredniego kontaktu studenta z realnym pacjentem. W tym aspekcie napotykamy jednak wiele trudności. Po pierwsze, ograniczona chęć pacjentów do zaangażowania się w proces edukacyjny. Po drugie, niedostateczna liczba wykwalifikowanej kadry dydaktycznej, mającej doświadczenie nie tylko stricte zawodowe, ale posiadającej także zarówno dar, jak i chęć przekazywania swojej wiedzy studentom medycyny. I wreszcie po trzecie, kształcenie praktyczne w zbyt dużych grupach studenckich. Jeśli grupa ćwiczeniowa liczy kilkunastu studentów, to nauczanie takie przestaje być efektywne i zupełnie traci sens.



OZZL

Maksymalna dopuszczalna liczba studentów w grupie ćwiczeniowej na zajęciach klinicznych nie powinna przekraczać 5–6 osób. W idealnych warunkach nauczyciel akademicki, prowadzący kliniczne zajęcia praktyczne (zwłaszcza na 5 i 6 roku), powinien sprawować opiekę nad 1–2-osobową grupą studencką. Zapewnienie takich standardów kształcenia na kierunku lekarskim powinno być bezwzględnym priorytetem, o ile naszym prawdziwym celem jest prawdziwa edukacja dobrze wyszkolonej kadry medycznej. Niestety, w sytuacji, w której nadrzędnym celem staje się niekontrolowane mnożenie liczby studentów w miejscach bez odpowiedniego zaplecza i bazy dydaktycznej, jak również tworzenie coraz to nowych "wydziałów lekarskich" w miejscach kompletnie do tego nieprzygotowanych, osiągnięcie tych celów wydaje się być mało realne."

Komentarz eksperta – prof. dr hab. Marcin Tkaczyk przewodniczący polskiego towarzystwa nefrologii dziecięcej, Kierownik Kliniki Pediatrii, Immunologii i Nefrologii, Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi:

"Obecne standardy kształcenia wymagają edukacji studenta w jak najbardziej praktycznym aspekcie. Zwiększanie liczby studentów w grupach ćwiczeniowych jest nielogiczne i wpływające wprost niekorzystnie na jakość edukacji. Utrudni to demonstrację, sprawdzenie umiejętności w tej samej jednostce czasu, nadzór nad pracą mniejszych grup studentów oraz zwiększy ładunek pracy przypadający na lekarza, który oprócz obowiązków dydaktycznych wykonuje jednocześnie pracę na rzecz tych samych pacjentów, którzy zgodzili się być badani przez studentów.

W pediatrii, której nauczam praktycznie już od 15 lat, niezwykle ważny jest kontakt z pacjentem, intymność oraz wymagana jest zgoda rodzica, który chroni swoje dziecko przed chorobą, ale także przed stresem związanym z pobytem w szpitalu. Badanie w grupie 5–6 osobowej jest wyzwaniem, by zachować odpowiednie standardy, a co dopiero, jeśli studentów łącznie z lekarzem prowadzącym jest 10 w jednej sali chorego. Takie warunki godzą w intymność oraz powodują niechęć rodzica do wyrażenia zgody na badanie. Szpitale lokalowo nie są przygotowane do umożliwienia badania dzieci tak licznym grupom studentów.

Przy zwiększeniu liczebności studentów w grupach możemy spodziewać się obniżenia jakości przygotowania praktycznego lekarzy, niezadowolenia z gorszych warunków pracy dydaktyków oraz – co też jest niezwykle ważne – nadmiernego obciążenia pracą dydaktyków, którzy i tak nie są wynagradzani adekwatnie do obowiązków.

Ostatni rok medycyny składać ma się z praktycznego kształcenia, które polega na wykonywaniu czynności, asystowaniu czynnościom pod nadzorem lekarza dydaktyka. Także w grupach 5–6 osobowych. To niezwykle odpowiedzialnej i czasochłonne zadania, biorąc pod uwagę liczbę indywidualnych procedur do wykonania. Uczelnie zdecydowały się w swoich



OZZL

regulaminach wynagradzania traktować każdą godzinę dydaktyczną wypracowaną przez nauczyciela w takim systemie, zamiast wyżej to niżej, zmniejszając jej wartość rozliczeniową do 50%. Jeśli tak praktyka nie będzie zmieniona a grupy kliniczne zwiększone, definitywnie ograniczy to skuteczność takiej edukacji. To wydaje się nielogiczne, że godzina pracy dydaktyka ze studentem, który za kilka miesięcy stać się ma lekarzem, jest niżej ceniona niż z adeptem z pierwszej połowy studiów, który nie wiadomo, czy je skończy.”

Wnioski

Żadne postulaty, także te zaprezentowane w stanowisku, nie funkcjonują w sposób izolowany – wymagane są zmiany także w obszarach sąsiadujących, wykraczających poza tematykę tego stanowiska. Warto jednak je nakreślić:

- Rozporządzenie definiujące standardy zdegradowało również inne kluczowe obszary, na przykład zezwalając na prowadzenie zajęć klinicznych jedynie w warunkach symulowanych, bez kontaktu z pacjentem. Zmiana w rozporządzeniu musi dotyczyć wszystkich obszarów, w których nastąpiła degradacja.
- Analizując jakość nauczania nie wolno zapominać o warunkach płacowych nauczycieli akademickich. Bez nich nikt z nas nie miałby w ręku tytułu zawodowego lekarza, zatem zadbanie o godną pracę i płacę dla nich ma podstawowe znaczenie.
- Przy wszelkich zmianach zwiększających liczbę studentów kierunku lekarskiego nie dokonano żadnej analizy dostępnych zasobów kadrowych. By skutecznie zarządzać jakością kształcenia powinno się takie dane uzyskać.

Standardy kształcenia powinny być odzwierciedleniem także naszych oczekiwań jako pacjentów. W chorobie chcemy być objęci możliwie profesjonalną i merytoryczną opieką. To jednak powinno być pielęgnowane u lekarzy już na studiach. Studenci podczas pracy z pacjentem powinni mieć czas na rzeczową rozmowę, zrozumienie specyfiki choroby pacjenta i jego dokładne badanie. Nie jest możliwe osiągnięcie tego bez zapewnienia praktycznego kształcenia w grupach klinicznych o odpowiedniej liczebności. Dlatego koniecznym jest ustalenie maksymalnej liczby osób w grupie klinicznej.

Sebastian Goncerz
Przewodniczący
Porozumienia Rezydentów
Ogólnopolskiego Związku
Zawodowego Lekarzy