

„Houston, we have a problem“ aneb kde máme hledat příčiny neúspěchu u atestací našeho oboru?

Dovolte mi prosím výhradně osobní zamyšlení nad výsledky letošních atestací z oboru Anesteziologie a intenzivní medicína (AIM) na naší fakultě nejenom z pohledu předsedy zkušební komise, ale zároveň z pozice člena výboru České společnosti anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny a místopředsedy Akreditační komise pro obor AIM, tedy pozic, které do určité míry, byť nepřímo, mohou být spojovány se současným stavem vzdělávání v oboru AIM, kvalitou předatestační přípravy a tím i s výsledky atestací.

Přestože nelze z výsledků dvou zkušebních dnů na jednom místě vyvozovat obecné závěry, průběh atestací, jejich výsledek a zejména určitá uniformní charakteristika těch kteří neuspěli, byly hlavními momenty, které mě vedly k položení otázek, na něž chci hledat i s vámi odpověď. Výsledky atestací na hradecké fakultě byly následující: přihlášeno celkem 9 lékařů, z toho se před termínem atestace 2 omluvili, 5 neprospělo a 2 prospěli. Jsem si vědom, že může jít o náhodu, přesto považuji procento neúspěchu za vysoké, ať již ve srovnání s českým průměrem (17 % za posledních 5 let), nebo se zahraničím (např. zkouškou American Board of Anesthesiology neprojde cca 25 % zájemců). Téměř trojnásobně vyšší „úmrtí“ v mnou vedené komisi jsou výsledky, u nichž si musím položit řadu otázek. Kde je problém? Copak je možné, aby atestaci neudělaly tři čtvrtiny uchazečů? Nejsou či nebyly nároky mé či komise neúměrně vysoké? A je to opravdu jenom náhoda? Při zjištění struktury, kdo prospěl a kdo nikoliv, pak musí dojít samozřejmě i na otázku – jak to, že prospěli lékaři z domácího pracoviště a nikdo z přespolních?

Jaké jsou nároky komise, nejsou neúměrně vysoké? Nemůže neúspěch ohrozit zájem lékařů o náš obor, když „neodtestuje“ na první pokus více než polovina uchazečů? Tyto a jim podobné otázky si kladu trvale pokaždé, když (pro některé z vás možná překvapivě) s intenzivním a nepředstíraným vnitřním pocitem kolegiální lítosti a obrovské empatie s daným kolegou říkám k jeho výkonu: „Nezlobte se, ale váš výkon nedosahuje takové úrovně, abyste mohl získat plnou kvalifikaci“. Jaká a kde je ona pomyslná laťka k úspěšnému průběhu ústní části atestace? To jsou otázky, které si klade každý, kterého atestace čeká. Přestože jsou atestace formálně záležitostí lékařských fakult, otázka nastavení zmíněné latky je dána především složením komise a jejím vnímáním své role – jako určitého „strážce“ výstupní kvality absolventů našeho vzdělávacího programu a tedy kvality lékařů konzultantů oboru AIM. Zde bych mohl uvést v prakticky nezměněné podobě to, co jsem napsal před rokem

k výsledkům atestací z Intenzivní medicíny [1]: „*Složení komise a způsob jejich konstrukce by měly zaručit vyváženost v požadavcích, nicméně je na místě zcela otevřeně konstatovat, že náročnost jednotlivých komisí se může lišit, a to zejména v pohledu na „laťku“ znalostí, pod kterou by výkon uchazeče u zkoušky neměl klesnout. Kde je ona pomyslná hranice znalostí, která je často pro řadu lékařů při jejich prvním pokusu o atestaci nepřekročitelná? V oblasti teoretických znalostí typu „basic science“ jde především o znalost fyziologie, patofyziologie a farmakologie v rozsahu, který je nezbytný pro pochopení patogeneze kritických stavů, interpretaci klinického/laboratorního nálezu a zdůvodnění nejčastějších diagnostických a léčebných intervencí v prostředí intenzivní péče. V klinických otázkách je, resp. by měla být za „práh úspěchu“ považována detailní znalost diagnostiky a léčby stavů, kde lékař nemá čas hledat řešení situací, kterým může být kdykoliv vystaven, naprosto dokonalá znalost algoritmů rozšířené resuscitace, problematiky zajištění dýchacích cest, farmakologie akutních stavů. Zásadní nedostatky či neznalosti v uvedených oblastech jsou a měly by být vždy tím, proč uchazeč neuspěje.*

S ohledem na povahu oboru AIM, patřícího mezi základní odbornosti, musí být tou první a zcela nepodrobnou laťkou dokonalá znalost postupů a algoritmů u všech situací, kde došlo k selhání jedné nebo více orgánových funkcí, nebo kde takové selhání bezprostředně hrozí. V uvedených situacích není čas se podívat do svého zápisníku, knihy, na internet či zeptat se kolegy, zde musí být reakce jasná, jednoznačná, rychlá a téměř zautomatizovaná jako výchozí podmínka včasného a medicínsky správného postupu. Právě absence dokonalé znalosti postupů pro resuscitaci nebo absence schopnosti formulovat praktické kroky ve zmíněných situacích (např. jaká bude konkrétní ordinace pro sestru, pokud chceme podat 5 µg adrenalinu nitrožilně jako bolus?) jsou podle mého názoru přesně tou hranicí, kterou bychom měli považovat za neslučitelnou s udělením specializované způsobilosti v našem oboru. Spolu se členy komise bych mohl uvést řadu příkladů, kdy odpověď lékaře na otázku, jak řešit modelovou situaci, prokázala podstatnou neznalost v postupech, případně lékař jen mlčel. Jsem si samozřejmě vědom, že naprostá většina uchazečů v reálné klinické situaci by místo mlčení asi „něco“ u pacienta udělala (a možná i správně), pokud to ale lékař neuvede během atestace, komise nemá jinou možnost, jak to zjistit. I v modelových situacích, na které existuje obecně přijatý postup (např. algorit-

my resuscitace, kde asi nemusíme vést debatu, zda patří k bazálním požadavkům u atestace či nikoliv) a které je nutno dokonale znát, komise „nevychodí“ kandidáta jen proto, že uvede odlišný postup. I v reálné praxi postupujeme někdy jinak, než udávají doporučení. Od lékaře, který usiluje o získání atestace, se ale čeká, že zareaguje následovně: „Doporučení uvádí postupy XYZ v tomto pořadí, nicméně v daném klinickém kontextu z těch a z těch důvodů bych volil odlišný postup ...“. Tím se dostávám k druhé pomyslné látce, kterou je schopnost uchazeče prezentovat své znalosti postupů u nejčastějších situací v oboru a vést odbornou diskusi s členy komise. Je přece ale jenom rozdíl mezi základní a nastavbovou atestací, kde u prvně zmíněné bych požadavek na „zralost“ projevu považoval až za druhotný (prosím neinterpretovat jako nedůležitý), který by neměl být nikdy tím jediným, co primárně rozhoduje v konečném hodnocení uchazeče. Všichni jsme si vědomi, že ke vzniku „zralé“ osobnosti, která umí „*prezentovat své znalosti a odborné argumenty náležitě strukturovaným, věcně správným a formálně přesvědčivým způsobem ... který má představit uchazeče jako zralou osobnost v plném významu slova „profesionalismus“*“ [1] je potřeba především řada let praxe a samotná rezidentura k tomu obvykle nestačí. Vyjma jasně definovaných algoritmů formulovaných nadnárodními a všeobecně uznávanými doporučeními (např. doporučení pro resuscitaci, tzv. balíčky léčby sepse apod.) nebo oblastí, které konzultant prostě znát musí (např. kritéria klinických známek smrti mozku), komise nečeká při dotazu na nějakou vymezenou klinickou situaci či nozologickou jednotku jedinou absolutně správnou odpověď, protože taková pro většinu situací v reálné medicíně neexistuje. Chce však slyšet racionální a znalostmi podložené zdůvodnění prezentovaného postupu. Schopnost ústní prezentace každého z nás je rozdílná, komise svým složením ale podle mého názoru garantují schopnost odlišit neobratnost formulace od absence znalosti. Jsem přesvědčen, že kdo zná dokonale obsah problému, je schopen jej nějak formulovat. Hloubka neznalosti stavebních kamenů oboru – fyziologie, patofyziologie a farmakologie je často zarážející, nicméně klasifikace stupněm „neprospěl/a“ je používána výhradně v souvislosti s neznalostí typu: neschopnost definovat rozdíly mezi hypoxií a hypoxémií, neznalost faktorů ovlivňujících srdeční výdej, neznalost dávkování rutinních farmak apod. Nikdo z nás (zdůrazňuji – z nás) nemá dokonalé znalosti všeho a kritérium posuzování „závažnosti“ neznalosti ze strany examinátorů je především to, jaký je potenciál dané neznalosti pro řešení život ohrožujícího stavu či z pohledu rozvoje závažných komplikací v diskutované klinické situaci nebo problému. Byl jsem velmi rád, že u většiny uchazečů, kteří neuspěli, byli celé atestaci přítomni jejich primáři, ostatně jsem přesvědčen, že by jejich přítomnost u atestací měla být když ne povinná, tak aspoň samozřejmá. Jednak kvůli zpětné vazbě pro ně samotné, dále proto, že to je podle mě jediný způsob, jak přispět k transparent-

nosti zkušebního průběhu a minimalizovat pozdější komentáře typu „vše jsem řekl, jen věc XY jsem nevěděl a oni mě kvůli tomu vyhodili“. Jsem rovněž přesvědčen, že každá zkušební komise se snaží získat opravdu ucelený pohled na rozsah znalostí daného lékaře, na druhou stranu zjištění neznalostí, zmiňovaných výše by mělo být podle mého soudu jasnou diskvalifikací uchazeče, který by měl být vždy informován, proč neprospěl a jaké byly podle komise ty hlavní důvody neúspěchu. K faktu, že u atestace uspěli lékaři naší kliniky si dovoluji jen konstatovat, že v jejich případech jsem o vedení zkoušky a vyhodnocení požádal člena komise z jiného pracoviště. Mimochodem, naše lékaře informuji, že dělat atestaci na domácí půdě je vždy horší, protože na ně budou kladeny vyšší nároky než na ty ostatní.

Jaká je základní charakteristika lékařů, kteří neprošli? Neumí (nebo možná, lépe řečeno, neumí prezentovat, že umí) identifikovat priority v postupech, neznají základní algoritmy a doporučení pro stavy ohrožující život, neumí používat své znalosti v odborné argumentaci, mají mezery v základech fyziologie, patofyziologie, farmakologie. Znalosti v uvedených oblastech jsou všechno atributy, které by měly charakterizovat lékaře úrovně konzultanta, lékaře – představitele našeho oboru, podle kterého jsme jako obor a ČSARIM hodnoceni a v neposlední řadě lékaře – profesionála, který může někdy léčit či pečovat o nás či naše blízké. I když to vyzní jako fráze, jsem přesvědčen, že komise má velkou odpovědnost nejenom k vlastnímu oboru, ale i k našim pacientům, kde vystavením atestace garantuje odborná společenost určitou kvalitu a bezpečnost poskytované péče, což si možná ne vždy naplno uvědomujeme.

Kde je tedy hlavní problém? Je ve struktuře vzdělávacího programu? Ve způsobu výuky? V kvalitě lékařů, v jejich motivaci? V kvalitě jejich mentorů a kvalitě akreditovaných pracovišť? Ve struktuře vzdělávacího programu nikoliv, ten je plně kompatibilní s obsahem a strukturou ve vyspělých zemích. Příčiny současného stavu vidím ve všech ostatních uvedených momentech, přestože se jejich vzájemné proporce budou lišit pracoviště od pracoviště. Téměř „boj“ i malých pracovišť o získání akreditace není často provázen jejich uvědoměním si faktu, že akreditace znamená především a hlavně práci, zátěž a nasazení k obvyklé medicínské činnosti, že vzdělávání musí být zahrnuto do rutinních součástí chodu pracoviště a že je spojeno s nároky na čas a kvalitu školení, nemá-li být tento pojem zprofanován a degradován na osobu, která jednou za rok podepíše index svému školenci. Současný systém financování zdravotní péče je bohužel nastaven tak, že důsledné vzdělávání je spíše na obtíž a může i negativně zasáhnout ekonomickou výkonnost pracoviště. Pro většinu manažerů nemocnic je tak vzdělání jen nechtěnou nákladovou položkou a kvalita naplnění cílů postgraduální přípravy je zajímavá pouze v momentě, má-li přímý dopad na instituci. Za hlavní „problém“ považuji nás samotné, přestože jsem si vědom „složitosti“ podmínek, ve kterých se v naší zemi

pohybujeme (neřešené problémy financování, nízká mobilita, nezkušenost a nekompetence představitelů státních institucí odpovědných za vzdělávání lékařů, často hraničící s ignorancí a popíráním základních ekonomických vztahů). Přesto, vnímejme současný stav více jako výzvu než jen konstatování, že nemáme podmínky jako v jiných zemích, se kterými se chceme srovnávat.

Primárním faktorem (ne)úspěchu u atestace je však vždy samotný uchazeč. On musí pochopit, že vzdělávání je jeho investicí do sebe sama a do jeho profesní kariéry, že sebelepší systém mu nezajistí úspěch u atestace a kvalitní přípravu, pokud on sám nebude chtít, nebude své přípravě věnovat čas, disciplínu a roky předatestační přípravy k tomu, aby vytěžil ze vzdělávacího programu a systému vzdělávání maximum, co lze a co struktura pracoviště a rozsah péče daného zařízení umožňuje. Je až zarážející, jak si řada lékařů v přípravě neuvědomuje, že právě doba jejich tréninku a přípravy je jedinečnou a neopakující se příležitostí získat dovednosti a kompetence, na jejichž osvojení po získání atestace už nebude mít, až na vzácné výjimky, nejenom možnost, ale ani čas. Lékaře konzultanta se již nikdo neptá, kde absolvoval trénink, jaké měl možnosti naučit se to či ono, od něj se očekává, že základní portfolio znalostí a dovedností prostě má, což bohužel naplno dochází jen těm, kteří získali práci konzultanta v některé z vyspělých zemí. Druhým faktorem je absence naplňování obsahu a cílů vzdělávacího programu. Systém vzdělávání je na řadě oddělení často ustaven jen formálně, není obsahově naplňován, často z důvodů uvedených výše. Za třetí faktor považují nedostatek takových školitelů, kteří nepožívají svou roli mentorů a učitelů jen formálně, ale kteří si plně uvědomují, jak zásadní vliv na formování odborných, profesních a osobnostních vzorců chování svého školence mají, jak vytvářejí jeho zájem a hrdost na obor a jak těsná je závislost mezi kvalitou jejich výuky, vlastním osobním příkladem a výsledkem atestace a vnímáním celého oboru jejich školencem.

S vědomím určitého emotivního náboje mých slov – náš obor bude vždy jen takový, jací jsme my sami. Odbornou úroveň oboru jako celku neurčují dominantně jeho představitelé ve výborech a grémiích, profesori ani docenti, ale především lékaři na všech úrovních, kde obor působí. Nedáme-li do vzdělání našich lékařů to nejlepší, co v nás je, riziko postupného snižování kvality péče poskytované naším oborem bude stoupat. Nebudeme-li v našich rezidentech v rámci jejich výcviku podporovat zájem o obor, ukazovat jim, podle mého názoru fascinující možnosti a oblasti profesního uplatnění, zájem kvalitních lidí o náš obor poklesne.

Lze dělat více, než děláme? Jsem přesvědčen že ano, ale i zde vše začíná a končí u každého z nás, podle toho, jakou roli v systému vzdělávání zastáváme. Ze strany odborné společnosti to je podle mého názoru trvalé zdůrazňování významu existence fungu-

jícího systému vzdělávání na všech pracovištích, která jsou akreditována pro obor AIM. Na úrovni akreditačních komisí a jejich členů to je smysluplná revize kritérií pro akreditovaná pracoviště a zde musím jasně říci, že jsem zastáncem redukce stávajícího počtu akreditovaných pracovišť, přestože si jsem vědom všech (a na první pohled jen negativních) dopadů na daná zdravotnická zařízení a jednotlivce. Klíčovým kritériem při udělování akreditace by mělo být pouze to, zda pracoviště spektrem výkonů, personálně, organizačně a materiálně naplňuje požadavky a cíle vzdělávání. Česká republika se svými téměř 11 miliony obyvatel má podle aktualizovaných informací 81 akreditovaných pracovišť, údaje ze zemí EU nejsou k dispozici. Nicméně pro srovnání – USA mají na 311 milionů obyvatel 131 akreditovaných programů/pracovišť [2]. Na úrovni primářů je to pak vnímání vzdělávání jako jedné z priorit organizace chodu oddělení. Za nejdůležitější úroveň v systému vzdělávání jsou školitelé, kde považuji za rozhodující – vnímat svou mentorskou roli jako obrovskou výzvu vyvolat a udržet v našem svěřenci zájem a zapálení pro obor, naučit ho poznat priority, naučit ho našim trikům, předat mu maximum našich zkušeností a vzorců chování, které jsme lety naší praxe prověřili a které nás většinou dovedly k dosažení svých cílů. Na straně našich školenců to musí být ale současně zájem, ochota se učit, disciplína a vytrvalost. To oni se především musí snažit, my jim ukazujeme cestu.

A proč jsem si dovolil použít v titulku slavnou frázi z mise Apollo 13? Za prvé, abych přitáhl zájem čtenářů a (pro část čtenářů jistě kontroverzní a možná i nadměrně kritický) článek si přečetli. Za druhé proto, že zmíněná fráze je z mého oblíbeného filmu, který jako celek symbolizuje princip „nejlepší řešení problému je obvykle v rukou těch, kterých se týká“.

Literatura

1. Černý V. Výsledky atestací oboru Intenzivní medicína – můžeme být spokojeni? *Anest. intenziv. Med.*, 2011, 6, s. 316.
2. www.ama-assn.org.

*Prof. MUDr. Vladimír Černý, Ph.D., FCCM
člen výboru České společnosti anesteziologie, resuscitace
a intenzivní medicíny ČLS JEP
místopředseda Akreditační komise oboru Anesteziologie
a intenzivní medicína*

*Fakultní nemocnice Hradec Králové
Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny
Sokolská tř. 581
500 05 Hradec Králové*

*Adjunct Professor of Anesthesiology
Dalhousie University, Dept. of Anesthesia
Halifax, Canada*