

NĚKOLIK POZNÁMEK K BUDOUCNOSTI VZDĚLÁVÁNÍ V NAŠEM OBORU

Předkládané číslo časopisu Anesteziologie a intenzivní medicína přináší dva důležité články týkající se vzdělávání. Zatímco obsáhlý text kolegy Štourače a brněnských autorů [1] se zabývá výukou pregraduální – pregraduální výuka je základ, na němž následující specializační a celoživotní vzdělávání staví – věnuje se text kolegů Michálka a Horáčka [2] z Prahy samotné examinaci na závěr specializačního vzdělávání. Ta potvrzuje, že lékař zvládl požadavky kladené na oborového specialistu. V dnešní době, kdy se o podobě specializačního vzdělávání vede intenzivní debata, jsou oba články mimořádně cenné.

Moderní interaktivní metody výuky jsou nezastupitelné a v oboru anesteziologie a intenzivní medicína i v příbuzných činnostech to platí dvojnásob. Jsou totiž vysoce pedagogicky efektivní, nutí studenty k aktivnímu přístupu a nabízejí i hodnocení. Toto si na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity v Brně uvědomili a lze jim k tomu jen blahopřát. Bylo by žádoucí, aby se této výzvy chopili i fakulty další. Vzdělávání na lékařských fakultách není zcela uniformní a profil lékaře-absolventa se díky odlišné stavbě curricula i metodice výuky může na jednotlivých fakultách lišit. Ti, kteří se během studia s moderními metodami výuky směřujícími k řešení praktických situací nesetkali, jsou znevýhodněni. Skutečnost, že lékaři s kvalifikací nestojí při vstupu do specializačního vzdělávání na stejné pomyslné startovní čáře, je třeba měnit. Bylo by navíc potřebné přenést to, co se osvědčuje ve výuce pregraduální i do oborového specializačního vzdělávání. Anesteziologie je dnes relativně bezpečná. Nácvik řešení krizových situací vázne na jejich relativně nízké četnosti. Simulace umožňuje procvičovat i situace, které jsou méně obvyklé, jsou nebezpečné, a kde se chyba lékaře nepromítá. To již dříve pochopili v letectví – zde je výuka na simulátorech povinná součástí přípravy pilotů. Přistání se zataženým podvozkem nelze v praxi nacvičovat, je však třeba být i na takovou situaci připraven. Obdobu bychom našli i v našem oboru. Simulace i ostatní moderní interaktivní metody jsou však nákladné a náročné na přístrojové, prostorové i personální vybavení. Pedagogický proces musí být všestranně zvládnut. Zde se bez centralizace neobejdeme a lékařské fakulty – které se k zajištění specializačního vzdělávání rozhodně hlásí – zde mohou uplatnit svoji vedoucí a nenahraditelnou roli. Moderní specializační vzdělávání bude bez uplatnění moderních interaktivních metod nemyslitelné – je však třeba učinit je dostupnými.

Atestace je potvrzením, že výchovné a vzdělávací cíle specializačního vzdělávání byly dosaženy. Examinace nemohou být samy o sobě cílem, je to jen nástroj – a ne ve všech evropských zemích jsou povinné. EDAIC je pro mne signálem, že být těžiště získání odbornosti spočívá v kvalitě a náročnosti vlastního specializačního vzdělávání, je atestační zkouška potřebná a účelná. Má-li mít však zkouška dostatečnou motivační i vypovídací hodnotu, pak musí být stejně náročná ať je uskutečňována kdekoli, musí být transparentní a naprosto nestranná. Zde bychom si měli vzít z organizace examinační k získání EDAIC poučení – povšimněte si části článku věnované ústní zkoušce. Není to však jednoduché – požadavky logistického a odborného zabezpečení ústních zkoušek si vyžadují soustředění většího množství examinátorů na jednom místě po několik dnů. To nebude pro lékařské fakulty, které atestace organizují, snadné a je otázka, zda namísto rozptýlení examinací na 7 (zanedlouho 8) lékařských fakult by nebyla větší míra centralizace prospěšná.

Není tajemstvím, že zákon č. 95/2004 Sb. nesplnil očekávání, se stávající podobou specializačního vzdělávání panuje obecná nespokojenost a úprava legislativy je nutná. Jen dejme pozor, aby změny nebyly k horšímu! Především, naprosto rozumím pocitu rozčarování a nejistoty ze změn a úprav, kterými vzdělávání v uplynulých letech prošlo. Jistota je základem jakéhokoliv stabilního právního uspořádání a naopak. Čeho se však můžeme dočkat? Předběžné návrhy novely zákona počítají s rozšířením okruhu akreditovaných pracovišť: má být možná akreditace i jen pro náplň kmene. Akreditační kritéria mají být upravena tak, aby prakticky veškerou praxi bylo možné získat na pracovišti, kde je školenec zaměstnán a potřeba stáží mimo má být omezena. Navrhuje se také snížení počtu a rozsah výkonů, jejichž provedení či asistence u nich vzdělávací program stanovuje (tzv. snížení požadavků logbooku). A nakonec, doba minimálního trvání specializačního vzdělávání má být snížena na 3½ roku. Navrhované změny byly významně iniciovány a jsou podporovány Českou lékařskou komorou. Jistě se jim dostane podpory i od části kolegů účastníků se vzdělávacího programu – kdo by nakonec nesouhlasil s tím, aby bylo možné dosáhnout kýžené mety s menším úsilím a s menší mírou nepohodlí? Návrh úprav znění platného zákona neznamena pro náš obor nic jiného než omezení doby formální přípravy k získání specializované způsobilosti, omezení praktické zkušenosti lékaře získané v době specializačního vzdělávání a další

snížení nároků na pracoviště, kde je specializační vzdělávání uskutečňováno. Ve výsledku to znamená pokles úrovně odbornosti a nevyhnutelně i snížení prestiže oboru. Co pak bude bránit nahrazovat takto „kvalifikovaného“ lékaře vhodně zacvičeným nelekárem? Kritikům rozsahu a počtu předepsaných výkonů – aniž bych se jakkoliv bránil rozumné diskusi – doporučuji: přepočtete si počty výkonů na celých 5 let specializačního vzdělávání. Každý rok má (s ohledem na dovolenou a svátky) cca 44 pracovních týdnů. Je to nesplnitelné? Myslíte, že některé doporučované minimální počty nabídnou dostatečnou zkušenost potřebnou k zajištění bezpečnosti pacienta? Alespoň 50 anestezií pro císařský řez (to je 10 ročně!), či 10 anestezií u novorozenců a kojenců? Je to během 5 let příliš? Současná snaha o novelizaci zákona č. 95/2004 Sb. jde chybným směrem – namísto vytváření organizačních, logistických a personálních předpokladů i potřebného financování, které by umožnily stávající vzdělávací program uskutečňovat, se navrhuje stávající mizérii ponechat v podstatě beze změny a pouze snížit odborné nároky.

Podívejme se na oba články – brněnský a pražský. Připomenou nám, jaká pozornost má být věnována kvalitě odborné přípravy a jejího hodnocení. To je zárukou kvality poskytované péče. Nezpochybňujme samotné základy a náročnost našeho oboru.

LITERATURA

1. Harazim, H., Štourač, P., Kosinová, M., Smékalová, O., Štoudek, R., Schwarz, D., Rusňák, V., Liška, M. Zapojení interaktivní výuky do pregraduálního studia akutní medicíny: virtuální pacient, pokročilá simulace a přenosy z operačních sálů. *Anest. intenziv. Med.*, 2015, 16, č. 4. s. 202–212.
2. Michálek, P., Horáček, M. Evropský diplom v anesteziologii a intenzivní medicíně (EDAIC). *Anest. intenziv. Med.*, 2015, 16, č. 4, s. 220–222.

prof. MUDr. Karel Cvachovec, CSc., MBA
předseda výboru ČSARIM

TANČIT V PÁRU, NA TO MUSÍ BÝT DVA...

„It takes two to tango“ – tento idiom učinil populární prezident Reagan, když hovořil o nukleárním uvolnění mezi byvším Sovětským svazem a USA. Na něco musí být dva, dvě souhlasící a kooperující strany. Jednostranná dobrá vůle nic nezmůže.

Dne 16. 4. tohoto roku jsme spolu s kolegou Černým, předsedou výboru ČSIM, vyzvali členy ČSARIM i ČSAIM, aby se vyjádřili k možnosti pořádat kongresy obou národních společností společně. Důvody pro tento společný návrh jsme ve výzvě vysvětlili. Připomínám, že ČSIM má něco přes 700 řádných členů, členů ČSARIM je asi 950. Více než 200 lékařů jsou členové obou společností současně.

Odpovědělo 266 vyzvaných. Více než 83 % respondentů s myšlenkou společného pořádání národních kongresů ČSIM a ČSARIM vyslovilo souhlas. Třicet osm hlasujících využilo možnosti doplnit hlasování slovním komentářem. Podle mého hodnocení 16 komentářů myšlenku spojení jednoznačně podpořilo, 10 ji odmítlo. Ostatní komentáře se vyslovovaly k samotné existenci obou odborných společností či k jiným odborným a organizačním otázkám pořádání kongresů. Často

se opakujícím důvodem odmítnutí společného pořádání byla obava, zda bude uvolňování více pracovníků k účasti na jediném kongresu možné; existence dvou kongresů snad dává větší příležitost k účasti alespoň na jednom. Lze říci, že celkové vyznění ankety bylo ve prospěch společného pořádání. Iniciátoři ankety od samotného počátku však jasně vnímali, že otázku společného pořádání obou kongresů – což má své odborné, logistické, finanční i další souvislosti – nelze řešit plebiscitem. Anketa dává informaci o názorech, o připravenosti členstva jednotlivá řešení přijmout. Zásadní rozhodnutí musí přijmout volené orgány, výbory obou odborných společností. A já si dovoluji dodat, že takové rozhodnutí by mělo být přijato konsenzuálně, jinak nemá smysl. Rozhodnutí přijaté pouze prostou nadpoloviční většinou, třeba i nejtěsnější, nemůže být základem trvalé pozitivní spolupráce obou odborných komunit.

Dne 6. 5. proběhla po sobě následující jednání výborů obou odborných společností. Zúčastnil jsem se obou. Na výboru ČSIM zazněly vůči společnému pořádání národních kongresů výhrady. Jistě se dozvíte důvody, které výbor ČSIM k jeho odmítavému postoji vedly. Po výboru ČSIM se sešel