



Droga na piedestał

Jarosław J. Fedorowski

Czas rozdzielić kliniczną i naukową ścieżkę awansu lekarzy. Fakt, że lekarz ma wiele tytułów przed nazwiskiem, nie musi oznaczać, że jest świetnym klinicystą! W kwestii nadawania tytułów naukowych i awansu zawodowego absolwentów medycyny przydałby się zdrowy rozsądek.

Jaki jest obecny system hierarchii naukowej w polskiej medycynie?

Absolwent wydziału lekarskiego otrzymuje zaszczytne miano lekarza medycyny. Już sama nazwa budzi wątpliwości, nie mówiąc o skrótach *lek.* lub *lek. med.* ani jej tłumaczeniu na język angielski jako M.D., bowiem lekarz to *physician*, a M.D. to *Medicinae Doctor*, a więc doktor. Absolwent innych studiów uzyskuje stopień magistra, w zasadzie odpowiadający tytułowi lekarza.

Porównanie z systemem brytyjskim czy amerykańskim nie jest łatwe. W krajach Commonwealthu, jak Wielka Brytania, Australia czy Nowa Zelandia, ale także np. w Chinach, absolwent medycyny pisze przed nazwiskiem DR., choć jego formalny stopień to MBBS (*Bachelor of Medicine and Bachelor of Surgery*), a to właściwie jest stopień niższy od magistra. Najbardziej sprawiedliwie jest w USA: tam każdy absolwent medycyny, który przecież studiował przynajmniej siedem, osiem lat po ukończeniu liceum, a więc o dwa lata dłużej niż przeciętny magister, uzyskuje tzw. doktorat profesjonalny, czyli dobrze nam znany tytuł *Doctor of*

Medicine (na dyplomie), w skrócie M.D. (jednak nie z angielskiego, ale z łaciny: *Medicinae Doctor*, M.D). W Niemczech jest oczywiście pruski *Ordnung* i absolwent medycyny zostaje szeregowym lekarzem (*Arzt*), w Czechach i w Słowacji natomiast doktorem (*doktor mediany*), M.U.Dr. (*Medicinae Universae Doctor*).

Co potem?

Kolejnym etapem kariery naukowej w Polsce jest doktorat. Przeważnie lekarze prowadzą jednak praktykę lekarską, a nie naukową, i dla znakomitej większości doktorat jest działalnością pomocniczo-uboczną. To nie wartości naukowe, ale rynek pracy, a więc biznes, powoduje, że praktykujący lekarze spełniają najczęściej minimalne kryteria tzw. dorobku naukowego, a następnie bronią doktoratu. Daje im to bowiem bardziej konkurencyjną pozycję na rynku pracy i otwiera drogę do dalszej kariery naukowej.

Czy uzyskanie doktoratu sprawia, że lekarz staje się bardziej kompetentny? Już sam proces przygotowań wskazuje na to, że tak nie jest. Zbieranie materiału, pisanie pracy, zdawanie egzaminów (np. prawie nic

nie wnoszącego do praktyki lekarskiej egzaminu z historii medycyny) w sposób oczywisty zabiera mu czas, który mógłby przeznaczyć na doskonalenie kliniczne. Co ciekawe, do doktoratu nie liczy się dorobek kliniczny, może dlatego stopień ten przemianowano kiedyś na doktorat nauk medycznych, a nie medycyny?

Niestety, wśród pacjentów pokutuje niesłuszne przekonanie, podsycane przez hierarchię akademicką, że lekarz z doktoratem jest z definicji lepszy od zwykłego *lekmeda*. Jednak warto przebić się z przesłaniem do pacjentów, że istotą oceny lekarza jest nie tyle posiadany przez niego tytuł naukowy i osiągnięcia naukowe, ale jego kompetencje kliniczne.

Czy lekarz mający specjalizację i doktorat jest samodzielnym pracownikiem w polskim szpitalu akademickim? Oczywiście – nie, bo przecież nie jest tzw. samodzielnym pracownikiem naukowym. Ale prowadzi dydaktykę i leczenie, a często całkiem samodzielnie przeprowadza prace naukowe, do których potem zwyczajowo, ale najczęściej z obowiązku, dopisuje kierownika kliniki. Dochodzimy więc do etapu, w którym większą samodzielność, czterdziestoletniemu już zwykłe lekarzowi, powinna zapewnić habilitacja. Długa droga do habilitacji – oczywiście – wiąże się z ograniczeniem pracy przy pacjencie. Znowu najważniejszy jest dorobek naukowy, a nie całokształt działalności klinicznej lekarza akademickiego.

Po uzyskaniu tego stopnia zasadniczą różnicą jest zwyczajowo używany tytuł docenta, który pacjenci uznają za wyraz wyższych kwalifikacji od zwykłego doktora, nie wspominając już o *lekmedzie*. Docent, który nie został jeszcze kierownikiem kliniki, nie jest jednakże w pełni samodzielny. Teraz musi myśleć o profesurze, oczywiście – ta uczelniana to nie to, musi być belwederska. Droga do niej obejmuje elementy naukowe, a możliwie i polityczne. Po zatwierdzeniu nominacji przez prezydenta kraju, co jest chyba ewenementem na skalę światową, nadchodzi czas pełnej samodzielności akademickiej, związanej z rozlicznymi obowiązkami pozalekarskimi. Na rozmowę, połączoną z zajęciem pozycji siedzącej przy pacjencie w szpitalu już zazwyczaj nie starcza cennego czasu. U profesorów specjalności chirurgicznych codzienne i osobiste wizyty głównego operatora po operacji, co powinno być standardem z punktu widzenia interesu pacjenta, nie są zjawiskiem powszechnym. Jak widać, dystans dzielący stale przecież praktykującego lekarza, teraz już z tytułem profesora, od pacjenta znowu się powiększył.

Czy można inaczej, czy można lepiej?

Wzorujemy się na najlepszych, jednocześnie starając się nie popełniać ich błędów, albowiem *nobody is perfect*. Dość powiedzieć, że nasze uczelnie medyczne, tak bardzo zapatrzone w tytuły i stopnie naukowe, z wyjątkiem jednej, nie zmieściły się światowym rankin-

gu 500 najlepszych uniwersytetów. Ostatnio, podczas jednej z międzynarodowych konferencji w Polsce, wykladało wielu polskich profesorów oraz John, bo tak do tego wykładowcy – profesora z Wielkiej Brytanii oficjalnie i wielokrotnie się zwracano. Uczelnia Johna zajmowała miejsce w pierwszej setce rankingu, i może właśnie dlatego zwracanie się po imieniu Johnowi nie przeszkadzało.

Na łamach najlepszych czasopism medycznych na świecie pod tytułem publikacji nie znajdziemy nazwiska kierownika kliniki, a jedynie afiliacje instytucjonalne autorów podane drobnym drukiem, często z opisanym faktycznym wkładem pracy w przygotowanie publikacji. U nas, no cóż, w tym zakresie występuje kolejny dobrze nam znany przykład przerostu formy nad treścią.

„ Przeważnie lekarze prowadzą praktykę lekarską, a nie naukową, i dla znakomitej większości doktorat jest działalnością pomocniczo-uboczną „

Jeśli chcemy stworzyć opiekę medyczną, gdzie pacjent jest rzeczywiście w centrum zainteresowania, dobrze by było, aby medyczną karierę akademicką rozdzielić na dwa nurty – naukowy i kliniczny. Medyczne badania naukowe pozostawmy lekarzom, którzy swoją karierę chcą poświęcić przede wszystkim zagadnieniom nauki, dajmy im możliwość uzyskiwania stopni i tytułów naukowych na podstawie dorobku naukowego, nie wykluczając ewentualnej ograniczonej praktyki klinicznej. Lekarzom klinicyzom dajmy zaś możliwość kariery akademickiej, wykorzystując ścieżkę kliniczną, w której o uzyskiwaniu kolejnych tytułów decydować będzie całokształt osiągnięć w pracy klinicznej, nie wykluczając publikacji i prezentacji. Powiedzmy szczerze pacjentom: o fachowości lekarza decyduje przede wszystkim praktyka kliniczna, a nie naukowa. Pozwólmy uczelniom medycznym na samodzielne decydowanie o przyznawaniu stopnia naukowego, którego jakość ma stanowić o renomie uczelni. Zwolnijmy kancelarię prezydenta i samego prezydenta z biurokracji związanej z zatwierdzaniem tytułów profesorskich. Postawmy osobę przed tytułem. W większości krajów profesor identyfikuje się z uczelnią, mniej lub bardziej dumnie podkreślając, jakiej uczelni jest profesorem. Profesor medycyny klinicznej uniwersytetu X, profesor nauk medycznych uniwersytetu X to tytuły zrozumiałe, które oddają istotę zawodowego działania tych osób. ■