

# Kombinowane specjalizacje

Jeśli nasz samorząd zawodowy jest często oskarżany o bierność związaną z brakiem poruszania istotnych życiowo problemów lekarskich, to na pewno można to powiedzieć w odniesieniu do braku pogłębionej dyskusji dotyczącej specjalizacji.

**T**oczą się oczywiście w gronach przedstawicieli poszczególnych specjalizacji dyskusje dotyczące ich szczegółowego kształtu. Zwłaszcza w ostatnich miesiącach przepracowuje się ambitnie programy wielu spośród nich. Zagłębiając się jednak w szczegóły, brakuje – w mojej opinii – pewnego oglądu z większego oddalenia, a także z praktycznego punktu widzenia.

## Specjalizacje osi kształcenia

System specjalizacyjny powinien być osią przekazywania umiejętności w każdej z dziedzin kolejnemu pokoleniu lekarzy. Dlatego musi być adekwatny do praktycznego kształtu dziedziny, ale także odpowiadać realizmowi sytuacji. Trzeba niezwykle uważać, by programy nie były wyrazem subiektywnych wyobrażeń lekarzy wyizolowanych od codziennej praktyki: stąd nie mogą zawierać wymaginowanych – egoistycznie podrzuconych staży. Nie może być także zaniechań związanych z brakiem nowoczesnego ujęcia poszczególnych dziedzin medycyny.

Błędem jest ponadto preferowanie alternatywnych do specjalizacji ścieżek i wymyślonych utrudnień: to właśnie na przykład w zakresie specjalizacji z pulmonologii powinno odbywać się praktyczne kształcenie w zakresie bronchofiberoskopii, spirometrii czy zaburzeń oddychania podczas snu. Błędem – w mojej opinii – byłoby tworzenie odrębnych certyfikatów jakoby poza ramami specjalizacji. Tak jak na przykład upośledzony byłby kardiolog nieznający podstaw echokardiografii przy tworzeniu wymagań dziesiątków płatnych kursów certyfikujących.

Na szczęście jako lekarze jesteśmy nieco bardziej powściągliwi w piętrzeniu utrudnień niż przedstawiciele kilku innych zawodów medycznych, dla których specjalizacje stały się niejako sposobem leczenia swoich kompleksów bądź wykluczania konkurencji (patrz: przykład diagnostyki laboratoryjnej – szlachetna przecież dziedzina, w której oprócz wielu płatnych kursów wycina się znaczącą część odbywających specjalizację).

## Kierownik – figurant?!

Jednym z podstawowych uchybień jest brak świadomości dużej części kierowników specjalizacji co do ich zobowiązań w odniesieniu do osób poddanych ich pieczy. W dziedzinach zabiegowych znajduje to wyraz w braku dyscypliny w systematycznym odbywaniu specjalizacji z rozwijaniem i doskonaleniem – krok po kroku – umiejętności.

Dość powszechne staje się nawet kończenie rezydentur bez spełnienia wymagań, na przykład w postaci określonej liczby wykonanych zabiegów. Zasadniczo w tym względzie chyba tylko finansowa restrykcja obudziłaby kierowników specjalizacji, zwłaszcza jeśli specjalizujący się byli wykorzystywani intensywnie do zaspokojenia bieżących potrzeb oddziału bez możliwości skupienia się na systematycznym rozwoju.

## Staże – widma?!

Następną – niestety jedną z najważniejszych patologii – o czym trzeba otwarcie mówić, jest uniemożliwianie przez kierujących oddziałami odbywania systematycznych staży kierunkowych, a także irracjonalny nacisk na ich skracanie (często przy braku symetrii w „odpuszczaniu” między specjalizacjami). Bardzo irytuję się, będąc proszony na konsultacje pulmonologiczne – nawet na oddziały internistyczne, gdy raczej tych konsultacji wynikają z wygody odpuszczającej internie związane z nią powinności.

Dlatego trzeba mocno stanąć w obronie specjalizujących się, by nie wymuszano na nich kombinowania; o wyrażenie tego wielokrotnie – zarządzając medycznie szpitalem – byłem przez osoby specjalizujące się proszony.

## Anachroniczne egzaminy

Osobną sprawą jest formuła zaliczania, w wielu specjalnościach anachroniczna. Jeśli inwestuje się w drogie wieloletnie kształcenie specjalistyczne, to powinno się dokonać weryfikacji albo na początku (tak jest w niektórych krajach, np. we Francji), albo systematycznie – etapowo – na poszczególnych odcinkach specjalizacji. Sam zresztą doświadczyłem pięknego przykładu mojego szefa specjalizacji internistycznej, prof. Mariana Kontka, który ze mną, podobnie jak z innymi, weryfikował wiedzę poszczególnych działów interny. Sam zresztą – jak wspominał – powtarzając wiadomości.

Wycinanie dorosłych osób z rozpalaniem emocji do czerwoności na samym etapie końcowym specjalizacji wydaje się niepoważne; może być wyrazem albo kompleksów, albo złej woli: niechęci do dzielenia się uprawnieniami w swojej specjalności.

## Jednak mistrz – uczeń

Ważnym zaniechaniem jest brak personalizacji kształcenia. Brak przywiązywania wagi do prostej relacji mistrz – uczeń w kontekście kierownika specjalizacji i osoby specjalizującej się. To nie jest anachronizm: musimy w łańcuchu lekarskich pokoleń dbać o staranność przekazywanej wiedzy.

Dlaczego racją wypełnienia programu specjalizacji nie jest autorytet lekarza przeprowadzającego to szkolenie? Jeśli nie zachowamy takiej perspektywy, narażamy się jako środowisko na dalszą erozję naszego znaczenia, także społecznego.

## Przekazywanie umiejętności: to jednak obowiązek

Na marginesie – dla porządku – wspomnieć muszę o obserwowanej także przez wielu z nas niechęci do dzielenia się doświadczeniami i uczenia w wielu zakresach – zazwyczaj wąskich umiejętności. Taka postawa w środowisku powinna być kategorycznie piętnowana. Nie może tłumaczeniem być wyjątkowość procedury czy specjalności.

\*\*\*

To tylko kilka uwag dotyczących spraw specjalizacyjnych, które artykułuję na kanwie moich doświadczeń ostatnich miesięcy. Problemów – z czego zdaję sobie sprawę – jest o wiele więcej. (Jednym z nich jest na pewno konieczność dopuszczenia do możliwości prowadzenia staży cząstkowych większej grupy oddziałów, które spełnią racjonalnie przedstawione kryteria, także w szpitalach powiatowych).

Nie roszczę sobie prawa do nieomyślności, jednak sprawa wydaje się istotna dla skutecznego przekazywania wiedzy lekarskiej w sposób racjonalny i odpowiedzialny. Takie ogólne ramy muszą wyznaczać – w mojej opinii – szczegółowe dyskusje na temat programów specjalizacyjnych.