



KOMISJA WYŻSZEGO SZKOLNICTWA MEDYCZNEGO

PARLAMENTU STUDENTÓW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Kontakt: reforma.lekarze@gmail.com

Stanowisko Komisji Wyższego Szkolnictwa Medycznego Parlamentu Studentów Rzeczypospolitej Polskiej

„Założenia reformy kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystów.”

Opracowanie: Paweł Żebryk

ZAŁOŻENIA SZCZEGÓŁOWE

I. STANDARDY KSZTAŁCENIA

- 1. Wyraźny podział na część przedkliniczną (2-3 lat) i kliniczną (3-4 lat)** powinien zostać utrzymany. Natomiast wysoce wskazane jest, by elementy nauczania klinicznego pojawiały się w części przedklinicznej. Pozwoli to studentowi od początku uświadomić sobie, że nabywa wiedzę konieczną dla zrozumienia przebiegu choroby. Eksplozja wiedzy w dziedzinie nauk podstawowych powoduje ogromne przeciążenie uczących się, zaś nauczyciele muszą poświęcać coraz więcej czasu na właściwy dobór materiału. Czas studenta jest ograniczony.
- 2. Podejście do nauczania z podziałem na układy narządów** – najważniejsze informacje z nauk podstawowych jak anatomia, histologia, biochemia, farmakologia, fizjologia i patologia zintegrowane w blokach tematycznych (np. układ nerwowy, układ ruchowy, układ sercowo-naczyniowy itp.). Za blok odpowiedzialni byłiby lekarze klinicyści we współpracy z nauczycielami nauk podstawowych. **Koordinacja treści nauczania** między lekarzami praktykami a nauczycielami przedmiotów teoretycznych pomoże zmaksymalizować efektywność nauczania, wybrać najistotniejszy materiał i zredukować balast nadmiaru wiedzy. W XXI wieku wiedzy jest za dużo, by ją całą osiąść, ale trzeba nauczyć się jej szukać i oceniać jej wiarygodność. Niestety dzisiejsze uczelnie nie uczą tak podstawowej umiejętności w społeczeństwie informacyjnym.



KOMISJA WYŻSZEGO SZKOLNICTWA MEDYCZNEGO

PARLAMENTU STUDENTÓW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Kontakt: reforma.lekarze@gmail.com

- 3. Minimalne normy.** W zakresie kierunku lekarsko-dentystycznego proponujemy zdefiniowanie w standardzie kształcenia minimalnych norm liczby określonych procedur (wypełnienia, ekstrakcje itp.), które student zobowiązany jest wykonać podczas studiów. Obecnie uczelnie autonomicznie określają ww. normy i są między nimi znaczne różnice w skali kraju.
- 4. Ujednolicenie książeczek umiejętności zdobywanych na praktykach wakacyjnych** – standaryzacja jest wskazana, ale nie chcielibyśmy, aby stało się to kolejnym administracyjnym kagańcem, który i tak będzie omijany przez uczelnie.
- 5. Sylwetka absolwenta** – punktem wyjścia do jakichkolwiek zmian w kształceniu powinno być dokładne określenie kim ma być absolwent. Mamy na myśli sprecyzowanie katalogu najistotniejszych umiejętności praktycznych, kompetencji interpersonalnych, podstawowej i użytecznej wiedzy oraz postaw, jakimi przyszły lekarz powinien się legitymować. Jest to wg nas warunek konieczny do dyskusji o tym, co należy zmienić w standardach i metodach kształcenia, aby takiego absolwenta wykształcić. Warto przyrzeć się dobrze zdefiniowanemu katalogowi takich umiejętności sporządzonemu w ramach sponsorowanego przez Komisję Europejską projektu The Tuning Project (Medicine) www.tuning-medicine.com .
- 6. Modyfikacja standardów kształcenia** – takie przedmioty jak geriatryka powinny znaleźć się w uaktualnionych standardach. Naszym zdaniem można z powodzeniem usunąć biologię i chemię z programów nauczania, gdyż ich treści są najczęściej powtórzeniem zagadnień ze szkoły średniej i bardzo niewiele wnoszą do niezbędnej wiedzy przyszłego lekarza.
- 7. Psychologia i komunikacja interpersonalna** – w polskim świecie medycznym panuje mit, że podejścia do pacjenta nie da się nauczyć (niektórzy nawet twierdzą, że powinno się je wynieść „z domu”). Na świecie od dawna praktykuje się nauczanie solidnych podstaw psychologii i technik komunikacji z pacjentem, ponieważ dostrzeżono, że nie tylko można się tego nauczyć, ale także przynosi to ogromne zyski w postaci zdobycia zaufania chorego, a przez to lepszego procesu diagnostycznego i



KOMISJA WYŻSZEGO SZKOLNICTWA MEDYCZNEGO

PARLAMENTU STUDENTÓW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Kontakt: reforma.lekarze@gmail.com

skuteczniejszej terapii. Takie zajęcia w postaci warsztatów z doświadczonym personelem (lekarze, psychologzy, socjolodzy) powinny się odbywać przed rozpoczęciem zajęć klinicznych. Można na nich też uczyć umiejętnego zbierania wywiadu – sztuki niestety zanikającej, gdyż nieskutecznie nauczanej.

- 8. Sztywna struktura i bardzo niski stopień fakultatywności** – studia medyczne w Polsce są praktycznie pozbawione możliwości dostosowania nawet minimalnej części programu do indywidualnych potrzeb studenta. Nawet praktyki wakacyjne są z góry zaplanowane pod względem dyscyplin, w jakich można je odbywać. W innych krajach student, który przykładowo nie chce być zabiegowcem nie jest na siłę „uszcześliwiany” obowiązkowymi praktykami na chirurgii. Czy nie wystarczy, że ma obowiązkowy kurs chirurgii na studiach? Praktyki mógłby robić w tej dziedzinie, która go interesuje.
- 9. Medycyna Oparta na Faktach (EBM)** – powinniśmy się uczyć tylko tego, na co istnieją przekonujące dowody naukowe. Niestety dziś w wielu klinikach w Polsce standardy leczenia są diametralnie różne, co powoduje wątpliwości przy odpowiadaniu na pytania na LEP lub PES. Uważamy, że nauczanie podstaw EBM powinno być obowiązkowe.
- 10. Zajęcia z przeprowadzania wywiadu i badania fizykalnego** – dotychczas nie wyodrębniono czasu na takie zajęcia w domyśle na etapie przedklinicznym kształcenia. W wielu krajach studenci uczą się tych podstawowych umiejętności zanim spotkają się z prawdziwymi pacjentami, co pozwala uniknąć wielu nieprzyjemności i stresu obu stronom. Umiejętność zbierania szczegółowych wywiadów oraz odrębności badania fizykalnego w poszczególnych specjalnościach byłyby nadal domeną tradycyjnych zajęć w klinikach.



KOMISJA WYŻSZEGO SZKOLNICTWA MEDYCZNEGO

PARLAMENTU STUDENTÓW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Kontakt: reforma.lekarze@gmail.com

II. METODY KSZTAŁCENIA

1. Objectively Structured Clinical Examination (OSCE) – standard w większości państw UE oraz USA, zalecany przez wielu ekspertów od edukacji medycznej. Gorąco popieramy wprowadzenie wystandaryzowanych i zobjektywizowanych egzaminów sprawdzających nabyte umiejętności praktyczne zarówno na studiach, jak i w ewentualnej praktycznej części LEP i LDEP. W Polsce, inaczej niż w większości krajów UE, wciąż jako bardziej wartościowe postrzega się egzaminy teoretyczne. Czas nadać sprawdzaniu kompetencji klinicznych należną rangę.

Warto pomyśleć o zapewnieniu warsztatów dla nauczycieli, by umiejętnie korzystali z techniki OSCE.

2. Wirtualni pacjenci – Pacjent symulowany to zarówno dobrze zaprojektowany fantom, reagujący na działania studenta i naśladujący objawy rzeczywistych chorób, jak i interaktywny program komputerowy, na którym można próbować swoich sił w podejmowaniu decyzji klinicznych i obserwowaniu skutków swoich działań. To także elektroniczne scenariusze przypadków oraz aktorzy, którzy są przeszkoleni do symulacji chorób. Dzięki takim symulowanym pacjentom kontakt z prawdziwymi chorymi może być łatwiejszy, mniej stresujący i bardziej profesjonalny.

3. Zdecydowane zmniejszenie ilości wykładów i seminariów – na rzecz ćwiczeń i dyżurów. Celowe byłoby wpisanie do standardów nauczania by wykłady i seminaria nie stanowiły więcej niż 10-20% czasu zajęć. Część wykładów mogłaby być zamieszczona w formie wideo w internecie – student mógłby oglądać wykłady dobrych specjalistów z całej Polski, a nie ograniczać się tylko do tego, co dostępne w macierzystej uczelni.

4. Problem Based Learning i Case Based Learning. Nauczanie teoretyczne zyskałoby na stopniowym i umiejętnym wprowadzeniu nauczania opartego na problemach (PBL) oraz nauczania opartego na przypadkach (CBL).

5. Student powinien uczestniczyć w procesie leczniczym pacjenta – od przyjęcia po wypis. Mógłby uczyć się przeprowadzać wywiad, badanie, prowadzić poprawnie



KOMISJA WYŻSZEGO SZKOLNICTWA MEDYCZNEGO

PARLAMENTU STUDENTÓW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Kontakt: reforma.lekarze@gmail.com

dokumentację, asystować przy zabiegach lub wykonywać niektóre samodzielnie, proponować i/lub ustalać plan leczenia oraz zlecenia lekarskie pod nadzorem opiekuna. Dzisiaj najczęściej student na klinice jest bierny i zazwyczaj nie oczekuje się od niego więcej niż zbieranie wywiadu (często powierzchownego) i obserwację.

- 6. Syllabus LEP i LDEP** – proponujemy wprowadzić szczegółowy i dobrze przemyślany zbiór wszystkich zagadnień, na których będzie opierał się LEP i LDEP. Do tej pory kwestia ta jest nieuregulowana i teoretycznie pytać można o wszystko.
- 7. Rewizja zalecanych podręczników na LEP i LDEP** – zdecydowane ograniczenie ich liczby (maksymalnie dwa podręczniki z danej dziedziny, nie starsze niż 5 lat i zgodne z zasadami EBM), choć gdyby istniał dobry Syllabus medyczny, to i ta lista miałaby charakter wyłącznie orientacyjny. Towarzystwa specjalistów w innych krajach opracowują wytyczne postępowania, a u nas obowiązuje wiedza z konkretnego podręcznika, nie zawsze aktualnego, co trudno uznać za wyszukane podejście na miarę XXI wieku.
- 8. Ogólnopolskie bazy danych pytań testowych** – polscy onkolodzy stworzyli ogólnopolską bazę pytań testowych do wykorzystania na zajęciach z ich dyscypliny. Warto pójść za ich przykładem i połączyć wysiłek wielu dydaktyków, co pozwoli stworzyć duże bazy danych pytań. Ułatwi to przeprowadzanie egzaminów testowych, jak również ograniczy problem powtarzających się pytań.
- 9. Poradnie** – w większości uczelni nauczanie opiera się w przeważającej części na leczeniu szpitalnym, a za mało uwagi poświęca się leczeniu ambulatoryjnemu, o profilaktyce nie wspominając. Wydaje się, że to poważny błąd, gdyż trudno kwestionować walory edukacyjne wizyt ambulatoryjnych pacjentów.
- 10. Własna praca studenta** – celowe jest zwrócenie uwagi na potrzebę stymulowania aktywności studenta do samodzielnej pracy i nauki. Dotychczas stosowane metody raczej wymuszają chodzenie na nie zawsze dobrze przeprowadzone wykłady zamiast motywować studentów do uczenia się samodzielnie i dla siebie. Skutkiem obecnego



KOMISJA WYŻSZEGO SZKOLNICTWA MEDYCZNEGO

PARLAMENTU STUDENTÓW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Kontakt: reforma.lekarze@gmail.com

podejścia jest drastyczny spadek zainteresowania poszerzaniem wiedzy podczas oraz po ukończeniu studiów.

- 11. Całkowite zignorowanie podczas rekrutacji oraz studiów wpływu charakteru kandydata na jego przyszłą pracę zawodową jest smutnym faktem.** Naszym zdaniem trudno w polskich warunkach byłoby wprowadzić taką obiektywną ocenę, choć w wielu instytucjach (nawet samorządu lokalnego) stosuje się z powodzeniem praktykę oceny kandydata do pracy przez psychologa, który stwierdza czy dana osoba nadaje się pod względem osobowości i cech charakteru na określone stanowisko.

III. OCENA JAKOŚCI NAUCZANIA

- 1. Ocena parametryczna jednostek dydaktycznych** – ocena analogiczna do oceny naukowej powinna zostać wprowadzona w jednostkach kształcących studentów. W nauce przynosi ona pozytywne efekty i mamy nadzieję, że przyczyni się ona do poprawy jakości kształcenia.
- 2. Ankietyzacja** – pomimo obowiązku zapisanego w ustawie Prawo o szkolnictwie wyższym większość uczelni medycznych albo w ogóle nie wprowadziła systemu anonimowych ankiet, albo prowadzi ankietyzację w bardzo ograniczonym zakresie. Zapewnienie sprzężenia zwrotnego między nauczającym a nauczonym pozwoli przywrócić homeostazę w patologicznym status quo, w jakim znalazła się edukacja. Jest to wg nas sprawa najwyższej wagi. Być może Ministerstwo oraz PKA powinny kłaść większy nacisk na wdrażanie skutecznego systemu ankiet i monitorowanie, czy informacja zwrotna z ankiet przekłada się na wprowadzanie konkretnych usprawnień.



KOMISJA WYŻSZEGO SZKOLNICTWA MEDYCZNEGO

PARLAMENTU STUDENTÓW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Kontakt: reforma.lekarze@gmail.com

IV. ORGANIZACJA I FINANSOWANIE

- 1. Koszt wykształcenia studenta.** Od kilku lat dotacja z budżetu państwa na kształcenie przyszłych kadr medycznych w przeliczeniu na jednego studenta maleje. Uwzględniając dodatkowo inflację z roku na rok uczelnie są w coraz trudniejszej sytuacji. W takich warunkach, przy ciągle wzrastających wymaganiach, żadna reforma się nie powiedzie, a jakość kształcenia odczuwalnie spadnie. **Systematyczny wzrost nakładów na kształcenie powinien być realnym priorytetem rządowym,** zapisanym w ustawie budżetowej na rok 2009 i w latach kolejnych. Polskie wydatki na szkolnictwo wyższe w przeliczeniu na procent PKB należą do najniższych w Europie, a jeśli skorelować to z tak wysoką liczbą studentów, nie można znaleźć uzasadnienia dla oszczędności w tym sektorze. Arystoteles twierdził, że „Los imperiów zależy od edukacji młodzieży”. Trudno oczekiwać dobrych rezultatów bez znaczących inwestycji.
- 2. Zapewnić prawną możliwość wykonywania procedur medycznych pod nadzorem opiekuna dla studentów w części klinicznej kształcenia oraz nałożyć na uczelnię odpowiedzialność cywilną za studenta.** Obecnie odbywa się to bez podstaw prawnych, co grozi w przyszłości pociąganiem do odpowiedzialności cywilnej i ewentualnie karnej studentów, którzy nie mają prawa wykonywania zawodu na studiach.
- 3. OC od uszkodzonego sprzętu i mienia** – warto uregulować kwestię odpowiedzialności cywilnej studenta w ww. przypadkach poprzez zbiorowe ubezpieczenie.
- 4. Należy uregulować kwestię kontraktowania usług przez NFZ w akademickich ZOZach (głównie kliniki stomatologiczne) poprzez wprowadzenie odrębnego trybu kontraktowania usług z tymi jednostkami.** Obecnie Fundusz w niektórych województwach nie chce podpisywać kontraktów, ze względu na fakt, iż świadczenia wykonywane są przez studentów. Na niektórych



KOMISJA WYŻSZEGO SZKOLNICTWA MEDYCZNEGO

PARLAMENTU STUDENTÓW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Kontakt: reforma.lekarze@gmail.com

uczelniach w Polsce studenci stomatologii muszą sami pozyskiwać pacjentów, co powoduje, że nie mogą wyrobić minimalnych norm liczby wykonanych zabiegów.

- 5. Uczelnie chcąc zapewnić lepszy poziom kształcenia niejednokrotnie wymagają od studentów na kierunkach lekarskim, a zwłaszcza lekarsko-dentystycznym, zaopatrywania się na koszt własny w niezbędne narzędzia, środki ochrony osobistej itp.**
- 6. Mniejsze podgrupy ćwiczeniowe przy łóżku pacjenta** – w naszej opinii efektywna nauka umiejętności klinicznych powinna odbywać się w grupach nie większych niż 2-3 osoby.
- 7. Wykorzystanie potencjału dydaktycznego szpitali innych niż kliniczne** – ilość studentów przypadających na jednego pacjenta jest stanowczo zbyt duża. Baza dydaktyczna szpitali klinicznych nie jest w stanie sprostać potrzebom uczących się. W niektórych krajach UE oraz USA działa system university-affiliated hospitals – czyli szpitali powiązanych z uniwersytetami, w których kształcą się studenci. Jakość kształcenia cierpi, gdy ograniczamy się jedynie do ośrodków III stopnia referencyjności.
- 8. Koncentracja nauczania niemal wyłącznie w ośrodkach wysokospecjalistycznych** niejednokrotnie nieposiadających SOR jest w naszej opinii szkodliwa dla studentów, gdyż pomija całkowicie realia, z jakimi na co dzień styka się lekarz w rejonie i POZ. Brak kontaktu ze stanami nagłymi oraz pospolitymi chorobami nie wyposaża studentów w tak podstawowe umiejętności, jak również ogranicza ich kliniczne horyzonty. Część absolwentów łączących swą przyszłą pracę z ośrodkami wysokospecjalistycznymi nie ma żadnej możliwości poznania problematyki najbardziej pospolitych chorób.
- 9. Fantomy** – warto wyasygnować specjalne środki na wyposażenie pracowni fantomowych oraz innego rodzaju wirtualnych i symulowanych pacjentów.



KOMISJA WYŻSZEGO SZKOLNICTWA MEDYCZNEGO

PARLAMENTU STUDENTÓW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Kontakt: reforma.lekarze@gmail.com

V. OBECNY STAŻ PODYPLOMOWY

- 1. Opiekunowie stażu (tak długo jak on funkcjonuje) powinni być wynagradzani za swoją pracę analogicznie do koordynatorów, jak również oceniani przez stażystów.** Na studiach asystenci są opłacani za prowadzenie zajęć niezależnie od wynagrodzenia za pracę kliniczną. W naszej ocenie nie ma żadnego powodu, by twierdzić że jest obowiązkiem opiekuna uczyć nas nieodpłatnie. Umowa o pracę w szpitalu zazwyczaj nie zakłada obowiązku nauczania kogokolwiek. W epoce kapitalizmu i proponowanych przez rząd przekształceń ZOZów coraz trudniej będzie zmotywować lekarzy do uczenia młodszych koleżanek i kolegów.
- 2. Niektóre Okręgowe Izby Lekarskie nie chcą udostępniać wyników ankiet stażowych.** Prosimy o interwencję w tej sprawie. Jaki jest sens przeprowadzać ankiety, jeżeli nie ma woli działania w celu usprawnienia mankamentów stażu podyplomowego?
- 3. Staże cząstkowe** – nie jest dla nas zrozumiałe, dlaczego mamy na stażu 4 tyg. psychiatrii, a ani jednego neurologii. Podobnie dziwi konieczność spędzenia 7 tygodni na ginekologii i położnictwie przez lekarzy, którzy nie będą leczyć kobiet w ciąży ani ich problemów z układu płciowego, nie wspominając nawet dwóch tygodni w bardzo specjalistycznej dziedzinie jaką jest neonatologia. Dlaczego staż nie ma żadnej możliwości wyboru dyscypliny? Przecież wielu stażystów już jest ukierunkowanych na jakąś specjalizację i mogłoby próbować w niej pierwszych sił. W Wielkiej Brytanii i Niemczech istnieje dowolność poza obowiązkową interną i chirurgią. W Polsce na stażu nie można spędzić nawet tygodnia w dziedzinie nieprzewidzianej programem stażu.