

Atestační systém lékařů v klinické biochemii a diskuse o kompetencích

(volná úvaha)

V. Palička

Vedení resortu zdravotnictví v posledních letech prociňuje koronární arterie lékařů všech oborů opakovanými pokusy vymyslet ideální systém atestačního vzdělávání v celé (české) medicíně. Je charakteristické, že opakujeme vyběhané cesty zrušením systému, který v základních rysech docela dobře fungoval a hledáním specifických českých řešení či Cimrmanovských slepých uliček. S oblibou se přitom odkazujeme na to, že toto „zakázala Evropská unie“ a toto zase „přikázali bruselští úředníci“. Obávám se, že v mnoha případech mají tato tvrzení stejnou pravdivost, jakou mělo kdysi tvrzení, že EU nám nařídila balit každou koblihu zvlášť do hygienického obalu. V patřičných okamžicích do diskuse, která by měla být vysoce odborná, vstoupí politici, obvykle ovlivnění názorem toho odborníka, který zrovna léčí je nebo jejich rodinného příslušníka a celou odbornou diskusi změni zcela nesystémově. A tak se pohybujeme od světového rekordu počtu atestačních oborů v nedaleké minulosti k současné rozhořčené diskusi, ve které občas zaznívají i lépe či hůře ukryté názory, o tom, že je potřeba, aby vznikli co nejdříve odborníci na co nejúžší problém, který má dobře nastavený sazebník a vůbec není potřeba, aby uměli medicínu pro celého pacienta – ten at si jde jinak.

Jsem přesvědčen, že rozhodující většina lékařů bude souhlasit s tvrzením, že dvoustupňové atestace byly v zásadě nejllepším možným systémem (pomineme-li jejich politické zneužití k blokadě vzdělávání osob nekonformních se systémem). Jenže dvoustupňové atestace jsou nenávratně pryč. Rovněž tak se asi všichni shodneme, že 83 atestačních oborů je nesmysl; doufáme, že tento nesmysl je rovněž nenávratně pryč. Takže destrukci, která je vždy snadnější než nová kvalitní tvorba, máme vyjasněnou.

Ministerstvo zdravotnictví se o nový systém v posledních letech pokouší se střídavými úspěchy i neúspěchy. Musím potvrdit, že s návrhem na systém kmenových oborů a navazujících atestačních oborů přišlo jako s klasickou českou uličkou jak obejít „nemožnost dvoustupňových atestací“ a přitom je vlastně vrátit do hry. Mnozí

z nás to považovali za dobré řešení a mnozí stále považují. Ministerstvo se dokonce obrátilo na lékařské fakulty, aby ve svých vědeckých radách model probraly a navrhly, kolik má být kmenových oborů a které to mají být a které obory mají být atestační a které nástavbové (ať už jim budeme říkat certifikované kurzy nebo jinak). Je potřeba to ocenit – byla a je to snaha, aby nešlo o rozhodnutí úředníků, ale odborníků. A je také potřeba veřejně a nahlas říci, že mezi lékařskými fakultami došlo k rámcové shodě a společnému stanovisku o seznamu základních kmenů a seznamu na ně navazujících atestačních oborů a že toto stanovisko odsouhlasili všichni děkani, ať již se k němu dnes hlásí více či méně.

Pokud jde o klinickou biochemii, myslím, že základní krok byl učiněn – klinická biochemie musí být opravdu klinická a bude tedy vycházet z interního (nebo pediatrického) kmene. Osobně to považuji za vítězství – vracíme se k dobám, kdy byla KB druhou (nástavbovou) atestací na internu – a bylo to moc dobře. Návrat do interního kmene nepochybně vrátí klinickým biochemikům znalosti z medicíny i prestiž mezi ostatními lékaři v nemocnici a oboru může výrazně prospět. Mohl bych tedy být spokojen a jistě jsou spokojeni ti, kteří si myslí, že lékař v klinické biochemii má být vzdělán i klinicky, má být schopen (bez diskusí) vést poradnu a léčit pacienty, má v případě zájmu být schopen sloužit na klinickém pracovišti atd.

Rozproudila se však horečná diskuse o náplni kmene, o tzv. kolečku a nutnosti pobytu na interně atd. Hlavní „boj“ je nyní o to, že po dvou letech kmene (zahrnujícího i „kolečko“) přijde lékař na OKB a nebude z klinické biochemie nic umět a nebude tedy mít žádné „kompetence“. Kompetencemi je zřejmě myšleno, co bude moci dělat samostatně, co bude moci vykazovat pojišťovně atd. Snaha dokázat, že nebude mít v klinické biochemii kompetence žádné, je velmi výrazná a je nepochybně a logicky spojena s tím, že by lékař-klinický biochemik vlastně nemusel ten interní kmen absolvovat jako „jiní internisté“, mohl by mít jeho náplň modifikovanou. To je samozřejmě zcela průhledný podvodný manévr – začneme-li modifikovat náplň kmene podle toho, do kterého oboru nakonec lékař půjde, tak jsme vlastně kmen zrušili a jen si hrajeme, že ještě existuje. Další z verzí (která mi připadá méně škodlivá, ale mohu se mýlit) je možnost přesunout rok interního kmene do pozdějších let vzdělávání. Pojem „kompetence“ je ale stále považován na principiální a jejich „absence“ je hlavním argumentem proti internímu kmene ve vzdělávání klinických biochemiků.

Takže by asi bylo dobře, kdybychom si ty poněkud mystické „kompetence“ vyjasnili. Co je vlastně kompetencí lékaře-klinického biochemika? Máme někde jejich výčet? A dokážeme tedy říci, které bude mít až po atestaci a které může získat již v průběhu atestačního vzdělávání? Pochopitelně musíme začít Konceptí oboru klinické biochemie. Podle verze, která je na stránkách ČSKB a která je z roku 2005, charakteristika lékaře v oboru klinické biochemie, myšleno tedy zřejmě náplň činnosti (a tedy kompetence) je tato (citace):

- aktivně spolupracuje s lékaři ostatních oborů při plnění úkolů klinické biochemie,
- aplikuje nejnovější medicínské znalosti a uvažování z pohledu kliniky i laboratoře,
- optimalizuje rozhodovací procesy vyhodnocením laboratorních i klinických dat,
- využívá principy medicíny založené na důkazech a znalostech,
- uplatňuje metody meta-analýzy a systematických přehledů odborné literatury a jiných informačních zdrojů,
- analyzuje klinické trendy a vyhledává oblasti nového uplatnění laboratorní medicíny,
- optimalizuje soulad mezi ekonomickými a klinickými požadavky na činnost laboratoře spolu s klinickým bioanalytikem,
- zavádí a hodnotí nové laboratorní testy,
- posuzuje omezující, komplikující a interferující faktory a případně je kvantifikuje,
- provádí léčebně preventivní činnost v ordinacích klinické biochemie, poskytuje soustavnou konzultační a konziliární činnost a aktivně se podílí na sledování a léčbě vybraných skupin nemocných,
- spolupracuje s odborným pracovníkem se specializovanou způsobilostí dle §26 zákona 96/2004 Sb. a s ostatními pracovníky oboru.

Přínejmenším ve čtyřech z uvedených jedenácti odseků je klinické vzdělání nezbytné (aplikuje nejnovější medicínské znalosti a uvažování z pohledu kliniky i laboratoře; optimalizuje rozhodovací procesy vyhodnocením laboratorních i klinických dat; analyzuje klinické trendy a vyhledává oblasti nového uplatnění laboratorní medicíny; provádí léčebně preventivní činnost v ordinacích klinické biochemie, poskytuje soustavnou konzultační a konziliární činnost a aktivně se podílí na sledování a léčbě vybraných skupin nemocných), zvláště pak činnost v ordinaci a léčba se bez klinické erudice vůbec nemůže obejít.

Při čtení „Vzdělávacího programu oboru klinické biochemie“, tedy toho, co se zjednodušeně označuje jako atestační náplň, jsou klinické kompetence, získané po dvou letech interního či pediatrického kmene napro-

sto jasně definovány a specifikovány a není pochyb o tom, že je lékař po tomto kmene bude mít. Bude je mít stejně jako ten, kdo se bude následně specializovat v kardiologii, nefrologii, gastroenterologii či jiném interním oboru. Není také rovněž naprosto žádných pochyb o tom, že jsou to kompetence, vyžadované po lékaři v klinické biochemii a že jsou součástí oboru.

Určitou část kompetencí v klinické biochemii tedy lékař po absolvování kmene nepochybně mít bude. Je současně naprosto jasné, že značnou část kompetencí mít nebude – nebude mít prakticky žádné analytické znalosti, nebude znát přístrojovou techniku laboratoře, nebude orientován v analytických interferencích, preanalytiku bude znát jen zčásti (ale velmi potřebné části, ke které se jinak obor jen obtížně dostává), nebude orientován v metrologii, nebude kvalifikován v organizaci a řízení provozu laboratoře, bude mu chybět propojení znalostí laboratorních a klinických a jistě ještě řada dalších znalostí. Má ale na jejich získání další nejméně 3 roky atestační přípravy v laboratoři.

Ti, kteří znají naše pracoviště, dobře vědí, že jsem vždy požadoval (v době, kdy klinická biochemie byla „samostatným atestačním oborem“ a nenavazovala na atestaci klinickou), aby všichni lékaři, kteří na našem Ústavu pracují, měli atestaci z interny. Všichni ji také mají, někdy dokonce i za cenu, že museli na celou potřebnou dobu na internu a my jsme na jejich klinickou kvalifikaci čekali – a pak si teprve dělali jednu či dvě atestace z klinické biochemie. Jistě to zdrželo jejich kariéru a postup (i platový), jsem však přesvědčen, že toho nikdo z nich nelituje. Všichni také dnes vykonáváme alespoň částečně i klinickou praxi a vedeme různé poradny. Jsem přesvědčen, že jsme také lepšími partnery kolegům na klinikách. Jsem dokonce hluboce přesvědčen, že lékař s klinickou erudicí je lepší klinický biochemik i při práci v laboratoři, protože vidí problémy trochu jinak – já myslím, že lépe (nebo to alespoň má snažší).

Každou úvahu je nutno vést ke konci. Jsem hluboce přesvědčen, že lékař po interním kmene bude mít kompetence v oboru klinické biochemie, tedy ty klinické, a že to bude velmi dobré. Analytické teprve bude muset získávat. Obávám se, že jsme v minulých letech někdy více preferovali ty znalosti analytické a jsem přesvědčen, že to musíme změnit. V analytických oblastech musí být lékař-klinický biochemik vzdělán dobře; nikdy ale nemůže konkurovat kvalitnímu specialistovi analytikovi – a doufám, že to ani není naším cílem. Lékař-klinický biochemik musí být dobře vzdělán klinicky. K tomu je společný interní kmen určen. Po jeho absolvování bude mít klinické kompetence, bez kterých se náš obor neobejde (a pevně doufám, že ani obejít nechce).