

# Lesk a bída speciálního vzdělávání

## Část I. Vzdělávání lékařů v oboru klinické biochemie

### A. Jabor

#### Úvod

Představme si situaci, kdy je zaveden vlakový jízdní řád s platností na několik let. Vlaky jezdí, někdy dobře, někdy ne. Systém jízdních řádů není špatný, nedochází ke katastrofám, ale věci by mohly být lepší. Tak se kdosi rozhodne, že jízdní řád změni, navrhne a nechá si schválit nový. Někteří cestující sedí ve vlaku a cestují podle starého jízdního řádu, ale na koleje již vjely vlaky podle nových řádů. Původní cestující se domnívají, že „jejich“ vlaky je dovezou na místo, snaží se nepřestupovat, noví cestující sem tam nastoupí do vlaku se starým řádem, původní cestující někdy nastoupí do vlaků s novým řádem. Nikoho totiž nenapadne, že při změnách se musí také myslet na cestující, kteří již nastoupili. Ministerstvo dopravy se rozhodne, že zásadně zlepší cestování a převezme dozor nad organizací vlakové dopravy. Odborový svaz železničářů vytvoří návrh na vlastní centrální model tvorby jízdních řádů. Opatrně diskutovaná možnost regionálních drah se stává skutečností v okamžiku, kdy se ministerstvo rozhodne umožnit všem mašinfírům z místních organizací řídit svou lokomotivu s vlastními jízdními řády. Nepovšimne si ovšem, že vlastníkem kolejí je úplně někdo jiný a že bude tedy nutné vytvořit meziresortní dohodu. Ministerstvo mezitím vydá další jízdní řád. Odborový svaz železničářů napíše otevřený dopis, že původní systém jízdních řádů byl vlastně fajn, že už svůj systém nechťejí a že by se do všeho měl vložit selský rozum. Nikoho nenapadne, že ten už dávno zemřel. Majitelé kolejí mezitím vypracovávají systém vlastních jízdních řádů i pro tratě, kde se poveze jeden cestující. Jezdit se zkrátka musí. Ministerstvo povyměňuje některé předáky a na jejich místa nominuje nové tváře, které zlepšení situace nepomohou, protože obvykle netuší, o co jde. Není jasné, kdo je vítěz. Poražení jsou pouze cestující.

Podobnost se situací ve vzdělávání může, ale nemusí být čistě náhodná. Systém IPVZ nebyl špatný, ale vyžadoval zlepšení, MZ ČR se snažilo reformovat vzdělávání sérií různě povedených kroků, ČLK se původně domnívala, že centrální model specializačního vzdělávání převezme, recentně ale obhájí centrální model IPVZ. MŠMT ČR zatím

nepodepsalo meziresortní dohodu s MZ ČR, fakulty (resort školství) připravují akreditaci vzdělávání v oborech včetně teoretických kurzů, stejné kurzy připravuje IPVZ (resort zdravotnictví). Atestace mohou v budoucnu probíhat na regionální úrovni. Pro „malé“ obory, kde se připravuje omezený počet uchazečů o atestaci, budou rotovat zkušební komise na různých fakultách, teoretické kurzy budou ze stejného důvodu někým (kým?) koordinovány, není jisté, zda se mezitím nebudou požadavky na vzdělávání opět novelizovat. Výsledkem je už nyní málo přehledná situace, uchazeči o atestaci nevědí, co mají dělat, vedoucí katedry přes veškerou snahu pomoci neumí na řadu otázek odpovědět a vypadá zvenčí jako naprostý idiot, takže výsledkem jsou občasná hodnocení typu „pan prof. Jabor, který především je za tento marasmus zodpovědný, by se měl zamyslet, zda nebyly překročeny i meze soudní žalovatelnosti“. Přiznám se, že nejsem situací ve vzdělávání nadšený a spoluzodpovědnost cítím. Ale na katedře zůstávám především proto, že mám i opačné signály a hodnocení naší práce, snažíme se v nejasné situaci poradit nebo pomoci. Jen malý osobní povzdech – stojí to hodně sil.

#### Historické souvislosti a koncepční konflikty

Systém vzdělávání v klinické biochemii se od vzniku oboru v 50. letech minulého století vyvíjel od nástavby na internu až k modelu I. a II. atestace. V té době se klinická biochemie konstitovala jako základní lékařský obor a logicky byla pro přípravu budoucích primářů vyčleněna významná část praktické přípravy v klinice. Bylo to v době, kdy OKB v nemocnicích vedli primáři – lékaři a jen naprosté výjimky (Kratochvíla, Friedecký, Garčí a snad několik dalších odborně výjimečných kolegů) měli výjimku MZ pro vedení klinické laboratoře. V této době slovo primář odpovídalo původnímu konceptu „první mezi lékaři“. Při sledování vývoje vzdělávání bylo od počátku několik základních prvků, které do určité míry mohly být považovány za konfliktní, ovšem ne v dnešním slova smyslu.

Prvním „konfliktem“ (či spíše rozporem) byla diskuse o pojetí oboru – klinická biochemie jako nástavba na interní atestaci nebo klinická biochemie jako základní lékařský obor. Oba koncepty mají svá rizika a své výhody, pokud budeme „jen“ nástavba, neprosadíme tolik, jako základní obor. Nástavba také nemusí nutně znamenat příliv lékařů do oboru. Pokud budeme základním oborem, můžeme ztratit klinickou erudici i kontakt s ostatními lékaři. Je to otázka hrdosti, že jsme základním oborem, nebo přesvědčení, že bez interní atestace nejsme rovno-

cennými partnery klinikům? Navíc nový systém jedné „evropské“ atestace tento problém prakticky eliminoval a podíváme-li se do současnosti, tak je v nejnovějším vzdělávacím programu de facto petrifikován návrat k první (biochemický interní kmen) a druhé (klinická biochemie) atestaci s tím rozdílem, že atestace je jen jedna a jeden je rovněž diplom.

Druhým „konfliktem“ bylo sjednocení I. a II. atestace do jediné „evropské“. Od počátku bylo jasné, že dvoustupňový systém byl ideální, nálož požadavků byla rozdělena do dvou stupňů, nebylo nutné ovládnout při jediné zkoušce v celé šíři metodologii, kliniku, management a další oblasti. Nicméně s konceptem jediné atestace se dalo žít, požadavky na znalosti u atestací se podstatně nezměnily a výkony lékařů u atestačních zkoušek byly (až na ojedinělé výjimky) vždy velmi dobré.

Třetím „konfliktem“ byla konsolidace a potřeba seznámit se s principy jiných laboratorních oborů. Na jedné straně je požadavek na maximálně hluboce, na druhé na maximálně široce vzdělaného odborníka. Zatímco v ostatních lékařských oborech docházelo ke stále větší specializaci (interna – kardiologie – intervenční kardiologie), v laboratořích se začalo volat po univerzálně vzdělaném odborníkovi „na všechno“. Tedy vyvstala otázka, kam až jít v poznávání jiných oborů. Pomoc jistě přinesl Evropský sylabus, který jsme před 10 lety zavedli a možná i smutná zkušenost ze Slovenska, kde se vzdělávání v klinické biochemii značně zkomplikovalo při dostupnosti atestace z laboratorní medicíny, která má navíc v českém uspořádání dílčích oborů a jejich atestací velmi omezenou použitelnost.

### Změny za posledních 10 let

Na Katedře klinické biochemie pracuji od roku 1993, vedení jsem převzal po prof. Englišovi, který katedru vedl v letech 1988 – 2000. V roce 2001 byl podle modelu „Šternovy školy“ pro analytiky vytvořen model „Jaborovy školy“ pro lékaře (zahájeno od ledna roku 2002), kdy se významným způsobem přihlédlo k požadavkům Evropského sylabu vzdělávání. Současně byla zahájena harmonizace vzdělávání lékařů a analytiků tak, aby se dostalo jak požadavkům Evropského sylabu, tak novému trendu v obsazování vedoucích míst v laboratořích nelékaři. Motivací pro pestřejší rozložení klinické praxe lékařů v kontextu Evropského sylabu s později zavedeným interním základem bylo přimět klinického biochemika seznámit se s klíčovými odděleními nemocnice, se

kterými bude nejvíce přicházet do styku. Minulé atestace z klinické biochemie se totiž jiným laboratorním oborům prakticky nevěnovaly, v té době také prakticky neexistovaly integrované laboratoře, o pojmu „konsolidace“ se vzrušeně debatovalo a každý laboratorní obor tento pojem chápal specificky a přijímal nebo odmítal jej s velkou dávkou militantnosti. Protože se současné s nástupem jediné „evropské“ atestace lékařů prodlužovalo specializační vzdělávání nelékařů na stejnou délku s lékaři, bylo prodloužení délky specializační přípravy nelékařů upraveno formou přechodného období. Zajistili jsme tak, aby nebyli poškozeni uchazeči o atestaci, jejichž termín atestace byl v blízkém časovém horizontu k zavedení příslušných změn vzdělávacího programu. V posledních letech za sebou rychle následovaly úpravy legislativy a výsledkem byly dvě novely vzdělávacích programů pro lékaře, v roce 2009 a 2010. Lékaři ucházející se o atestaci se tedy v současné době mohou připravovat podle tří současně platných vzdělávacích programů (tabulka 1).

### Paradox tří současně platných vzdělávacích programů pro lékaře

Po ukončení platnosti I. a II. atestace se celková doba přípravy lékaře rovnala součtu dosavadních požadavků, tedy 30 + 36 měsíců. Změna systému vzdělávání zavedením interního kmene modifikovala dílčím způsobem rozložení pobytu na klinických odděleních, ale de facto nedošlo k dramatických změnám. Zkrácení ze 66 na 60 měsíců v roce 2009 bylo spojeno s relativním poklesem objemu klinické přípravy, rozšířil se povinný pobyt ve spolupracujících oborech a následující úprava v roce 2010 (publikováno 2011) zvýšila absolutně i relativně objem klinické přípravy, ovšem při současně sníženém objemu klinické přípravy v kmeni. Osobně považuji poslední návrh z roku 2010 za velmi dobrý s jedinou výhradou – kmen má formovat klinické myšlení biochemika, přičemž a) měl by probíhat pouze na klinických pracovištích, b) měl by zajistit formální nepochybnost tohoto klinicky čistého internistického kmene. K tomu bohužel nedošlo, ale na druhé straně se dá s tímto systémem dobře žít. Paradoxnost tří současně platných programů to ovšem neodstraní. Pro organizaci kurzů vzniká problém s různou délkou povinných kurzů, současně by se měli vzdělávat lékaři, kterým vzdělávací program předepisuje 40 dnů povinných kurzů a lékaři, kteří mají jen 20 povinných dnů kurzů.

**Tabulka 1.** Platné vzdělávací programy a porovnání se systémem I. a II. atestace v klinické biochemii. V tabulce nejsou uvedeny specifika pediatrického kmene.

	I. a II. atestace	Vzdělávací program podle zákona 95/2004 Sb. (od roku 2005, dostupné na www.ipvz.cz)	Vzdělávací program podle vyhlášky 185/2009 Sb. (dostupné na www.ipvz.cz)	Vzdělávací program podle Vyhlášky 361/2010 (publikováno ve Věstníku MZ ČR, částka 6, 29. června 2011) (dostupné na www.ipvz.cz)
Celkem klinika	27	29	25	30
Klinická biochemie celkem	39	33	30	28
Ostatní laboratorní obory	0	4	5	2
Celkem	66	66	60	60
Celkem klinika kmen %	22,7 (I. atestace)	36,4	40,0	30
Celkem klinika %	40,9	43,9	41,7	50
Klinická biochemie %	59,1	50,0	50,0	46,67
Ostatní laboratorní obory %	0,0	6,1	8,3	3,33
Celkem %	100,0	100,0	100,0	100
Povinné teoretické kurzy (dny)	0	40	40	20

V trendu vzdělávání od systému I. a II. atestace do Vyhlášky 361/2010 Sb. je vidět zkrácení vzdělávání, pokles objemu praxe v klinické biochemii a v posledním vzdělávacím programu přesun klinického vzdělávání z kmene do vlastní specializace.

### Vztah vzdělávání lékařů ke vzdělávání nelékařů

Od roku 2001 probíhala harmonizace vzdělávání lékařů a nelékařů, které se ustálilo na celkové délce 66 měsíců, 8 týdnech povinných kurzů a obdobnými okruhy atestačních otázek. Změnami, které se objevily v posledních letech, došlo k znevýhodnění analytiků především z hlediska absolutní délky vzdělávání. Návrh katedry klinické biochemie na zkrácení vzdělávání nelékařů na 60 měsíců jako u lékařů, kde došlo ke shodě s výběrem ČSKB, dosud nebyl schválen. Mezitím byly publikovány ve Věstníku závazné vzdělávací programy oborů, které s klinickou biochemií sdílí společný kmen (imunologie, genetika), ale poslední modifikace dostupná na odboru vzdělávání MZ ČR není ani návrhem katedry, ani návrhem výboru a je v rozporu s již publikovanými vzdělávacími programy nelékařů ve Věstníku. Můžeme doufat, že se podaří vzdělávací program pro klinickou biochemii a také nukleární medicínu sladit s existujícími programy

nebo existující modifikovat a vytvořit něco, co bude mít smysl.

### Co se změnilo pro lékaře od roku 2012

Nejnovejší vzdělávací program pro lékaře z roku 2010 počítá se 20 dny povinných kurzů. Katedra klinické biochemie IPVZ bude proto u lékařů organizovat pouze zkrácené kurzy tak, aby se dostalo požadavkům nového vzdělávacího programu z roku 2010. Tabulka 2 ukazuje příklad dvou prvních kurzů (část 1 a 2), které budou anotovány v programu kurzů IPVZ na první pololetí roku 2012. V přechodném období, kdy ještě současně platí oba původní vzdělávací programy (z roku 2005 a z roku 2009) budou mít uchazeči o atestaci zařazení do původních oborů povinnost absolvovat 40 dnů kurzů. Rozdíl mezi minulými programy a novým programem bude realizován a) vyhlášením mimořádných „doplňkových“ kurzů, b) e-learningem, c) individuálním studijním plánem a osobními konzultacemi; s největší pravděpodobností kombinací všech tří přístupů. Instrukce pro přechodné období samozřejmě neexistují a nikdo z příslušných orgánů se tímto „drobným“ detailem nezabývá. Aby situace nebyla tak jednoduchá, je možné, že některé kurzy bu-

dou organizovat lékařské fakulty, možná jen pro uchazeče o atestaci, kteří se budou nově hlásit do oboru a registrovat pro vzdělávání na příslušné

fakultě. Prováděcí pokyny dosud neexistují nebo nejsou známy, fakulty zatím připravují akreditace pro specializační vzdělávání.

**Tabulka 2.** Navrhovaný rozpis kurzů pro lékaře ve zkrácené formě („Nový“ = kurzy podle nového vzdělávacího programu podle vyhlášky 361/2010 Sb., od 1. 1. 2012)

<b>Specializační kurz v klinické biochemii – 1. lékařská část (3 dny)</b>	<b>Nový</b>	<b>Starý</b>
Klasické analytické techniky	2,0	5,5
Preanalytická fáze v klinické biochemii, hematologii, mikrobiologii	2,0	3,5
Metabolismus sacharidů, diabetes mellitus	5,0	7,5
Separací techniky, část I.	3,0	4,5
Metabolismus lipidů a lipoproteinů, dyslipidemie	5,0	5,5
Celkem hodin	17,0	26,5
<b>Specializační kurz v klinické biochemii – 2. lékařská část (3 dny)</b>	<b>Nový</b>	<b>Starý</b>
Poruchy vodního a solného hospodářství	4,0	7,0
Syndrom multiorganové dysfunkce, trauma a polytrauma, zátěžové stavy organismu	2,0	1,5
Optické metody I	3,0	4,0
Optické metody II	4,0	6,0 (*)
Řízení jakosti v klinických laboratořích	3,0	5,0
Klinické hodnocení laboratorních dat	1,0	3,0
Obecné znalosti nutné pro konzultační činnosti	1,0	2,0
Zátěžové stavy organismu	0,0	3,0
Celkem hodin	18,0	31,5

(\*) Původních 6 hodin bylo ve specializačním kurzu pro lékaře - část 3.

## Akreditační komise

Má poměrně komplikovanou úlohu, protože musí akceptovat některé centrální pokyny, měla by brát ohled na existující model a vytvořit pravidla pro přechod k modelu novému, měla by se zodpovědně zabývat optimalizací výuky. Nevědčnost úlohy spočívá v tom, že vše se zjednodušuje, zkracuje, specializuje, ale na druhé straně má být vzdělávání dostatečně hluboké, atestující by měli mít široký rozhled a klinický biochemik by měl být jak dobrým lékařem, tak laboratorním odborníkem. Je nutné připomenout, že Katedra klinické biochemie nemá podstatný prostor pro modifikace návrhů, vše je v rukách Akreditační komise. V této komisi byly polarizované postoje k délce přípravy (diskutovalo se zkrácení na 54 měsíců) a obsahu klinického vzdělávání, především v kmenech. Skupina mladých lékařů na svém prvním zasedání v Písku v roce 2010 jednoznačně odmítla jiný kmen než „plnohodnotný internistický“. Neztotožnila se s představou, že by interní kmen byl „kontaminován“ praxí v klinické biochemii, protože si uvědomovala, že takto pojatý

kmen nebude s velkou pravděpodobností akceptován klinickými partnery. Další jednání mladých klinických biochemiků v Písku bylo komentováno jak v minulém FONSu prof. Paličkou, tak v tomto čísle prof. Zimou. Můj osobní postoj k aktivitě mladých lékařů ponechám na závěr. Přijetí vzdělávacího programu vyhláškou v letošním roce petrifikuje klinickou biochemii v rozsahu 6 měsíců jako součást kmene a můžeme v tomto rámci jen optimalizovat průběh vzdělávání. Opět platí to, co zaznělo v začátku tohoto textu: poslední návrh je akceptovatelný, je určitým kompromisem a dá se s ním v dalším období nějak pracovat, ať již bude realizován na fakultách nebo v něčem, co bude odpovídat IPVZ. Podstatné je, aby nedošlo v nějakém krátkém časovém intervalu ke změnám, které spíše přinesou další komplikace než užitek.

## Několik závěrečných poznámek

Vzdělávací program pro II. atestaci, který zachránil doc. Štern jako historický materiál z roku 1972, má 5 strojopisných stran. Program z roku 2005

jich má celkem 8, program z roku 2010 celkem 29 a poslední program publikovaný ve Věstníku v roce 2011 se podařilo zkrátit na 23 stran. Zda kvantita textu zvýšila kvalitu jeho obsahu je domácí úkol pro všechny, kteří dočetli až sem. A konečně slíbená poznámka k aktivitě mladých

lékařů. Můj postoj je velmi jednoduchý: vážím si jejich postojů, chápu jejich výhrady, podporuji jejich ambice a obdivuji, že si vybrali klinickou biochemii, která byla tak krásným klinickým laboratorním oborem a která se tak dynamicky v posledních letech mění.