Dydaktyka jest najważniejsza

„Panaceum" rozmawia z prof. dr. hab. n. med. Januszem Piekarskim, prorektorem ds. organizacyjnych i studenckich Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, kierownikiem Kliniki Chirurgii Onkologicznej UM w Łodzi.

"PANACEUM": - Panie Profesorze, ilu studentów rozpocznie naukę w tym roku na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi?

Prof. Janusz Piekarski: - Rekrutacja jeszcze trwa [rozmowa prowadzona na 21 września – przyp. red.], więc ostatecznych liczb jeszcze nie znamy. Tak się dzieje od wielu lat w związku z trybem rekrutacji, jaki mamy w Polsce – dlatego ilu nowych studentów „zasiądzie w ławach", będzie ostatecznie wiadomo dopiero w połowie października. Ogólna liczba studentów uczących się w Uniwersytecie Medycznym w Łodzi wacha się między 8 a 10 tysiącami. Natomiast wszystkich pracowników uczelni jest 2700, z czego ok. 1700 osób stanowią nauczyciele akademiccy.

Jakie są najważniejsze kierunki prowadzone w uczelni?

Oczywiście należy podkreślić, że dla nas każdy kierunek jest bardzo ważny, natomiast kierunkami wiodącymi – naszym „oczkiem w głowie" i „ językiem uwagi" – są kierunki lekarskie. Prowadzimy również studia lekarskie i lekarsko-dentystyczne w języku angielskim.

Największe medialne wyróżnienia zdobywają niedawno otwarte kierunki jak kosmetologia czy ratownictwo medyczne. Czy to są kierunki przyszłości?

Kosmetologia zdobywa bardzo wysokie miejsca w różnych rankingach, ale otwarcie tego kierunku miało miejsce już dwadzieścia lat temu. Ten kierunek jest pewnym uzupełnieniem naszej oferty, odpowiedzią na zapotrzebowanie na rynku pracy. Natomiast dobrze wykształceni ratownicy są zawsze bardzo potrzebni i ważni w systemie opieki medycznej.

Sporo mówi się obecnie o niedoborze lekarzy na rynku pracy – czy łódzki UMed jest w stanie zwiększyć limity przyjęć?

Zdecydowanie nie, nie jesteśmy w stanie już zwiększać liczby studentów. W tej chwili jesteśmy jedną z największych uczelni medycznych w Polsce i jesteśmy nasyceni do granic możliwości. I nie chodzi tu tylko o liczbę nauczycieli akademickich czy infrastrukturę dydaktyczną – wyjście naprzeciw tego typu wyzwaniom nie jest

najtrudniejsze. Największą przeszkodą jest liczba dostępnych klinik, szpitali i pacjentów, niezbędnych w procesie kształcenia przyszłych lekarzy, pielęgniarek, ratowników czy fizjoterapeutów. W sposób teoretyczny można prowadzić zajęcia z dowolną liczbą studentów, ale zajęcia kliniczne mają ograniczenia, których nie da się pokonać. Trzeba pamiętać, że po jednej stronie jest lekarz-nauczyciel i studenci, a po drugiej stronie jest człowiek, pacjent, który powierza nam swoje zdrowie i życie. Ten pacjent jako współuczestnik procesu dydaktycznego ma ograniczoną wytrzymałość. Musimy to uszanować.

Czy zatem nowo powstające kierunki na innych uczelniach mogą stanowić konkurencję dla uniwersytetu medycznego?

Biorąc pod uwagę, jak olbrzymich nakładów finansowych i infrastruktury wymaga prowadzenie uczelni medycznej, myślę, że te nowe uczelnie po prostu nie dysponują wystarczającym zapleczem. Dlatego nie postrzegam ich jako konkurencji, bardziej obawiam się braku jakości kształcenia w tych nowych jednostkach. Nam nie brakuje kandydatów, jest ich tradycyjnie o wielu więcej niż dostępnych miejsc.

Jak zmienia się dydaktyka?

Moim zdaniem jest duża większa dostępność informacji praktycznych, jest dużo nowoczesnych podręczników i są one też dostępne online; jest wiele technik audiowizualnych, z których można korzystać chociażby przy nauce anatomii człowieka. Oczywiście nie da się nauczyć praktyki tylko online, ale współczesny dostęp do informacji bardzo ułatwia kształcenie.

Uniwersytet Medyczny jest w fazie ciągłej ewolucji, zmienia się infrastruktura i programy studiów. Bardzo dużą zmianą w ostatnich latach było upraktycznienie ostatniego, czyli szóstego roku studiów, co spowodowało konieczność skompresowania wiedzy teoretycznej na wcześniejszych latach. Nowoczesna uczelnia to też taka, która zapewnia studentom łatwy dostęp do łatwo przyswajalnej wiedzy. Myślę, że na przykład dostęp online do biblioteki 24 godziny na dobę jest takim przykładem postępu.

Uniwersytet Medyczny to przede wszystkim dydaktyka, nauka czy jednak klinika?

Uważam, że czym innym jest wieloprofilowy uniwersytet ogólny jak np. Uniwersytet Łódzki, Jagielloński czy Warszawski, a czym innym jest uczelnia przygotowująca studentów do wykonywania konkretnego zawodu, w tym przypadku medycznego. Osobiście o wiele bardziej interesuje mnie absolwent, który będzie dobrym, sprawnym klinicystą niż absolwent-naukowiec, który prowadzi teoretyczne rozważania na temat

rzadkiej choroby, choć i tacy są niezbędni i bardzo ważni.

W przypadku Uniwersytetu Medycznego w Łodzi największy nacisk położony jest zatem na dydaktykę. Jednocześnie mamy świadomość, że bez rozwoju części naukowej – rozwój dydaktyki by się zatrzymał. Trudno wyobrazić sobie też dobrą dydaktykę medyczną bez rozwiniętej kliniki. Dlatego odpowiem, że Uniwersytet Medyczny to dydaktyka, nauka i klinika.

W czerwcu stanął pan profesor na czele ministerialnego zespołu do spraw opracowania rekomendacji wdrożenia systemu kompensacji szkód bez orzekania o winie tzw. *no fault*. Czy są już jakieś konkretne wnioski wypracowane przez zespół?

Od razu powiem, że część dotycząca kompensacji już została opracowana i jest na etapie wdrożenia, ich zakres został umieszczony w Ustawie o Rzeczniku Praw Pacjenta. Działanie zespołu skupia się na dwóch zagadnieniach – raportowaniu zdarzeń niepożądanych oraz niezwykle ważnym aspekcie – odpowiedzialności karnej lekarzy. Mogę powiedzieć, iż prace te postępują i to w zgodnej atmosferze wszystkich członków zespołu. Rekomendacje zespołu powinny powstać do końca tego roku.

Ten temat bardzo nurtuje wielu lekarzy, zwłaszcza młodych, dla których strach przed karą wywołuje wiele stresu podczas podejmowania decyzji…

Wszyscy lekarze są tym tematem zainteresowani. Definicja zdarzenia medycznego zakłada, że jest to „zdarzenie zaistniałe w trakcie udzielania lub w efekcie udzielania, bądź zaniechania udzielenia świadczenia zdrowotnego, którego z wysokim prawdopodobieństwem można było uniknąć w przypadku udzielenia świadczenia zdrowotnego, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną albo zastosowania innej dostępnej metody diagnostycznej lub leczniczej, chyba że doszło do dających się przewidzieć normalnych następstw zastosowania metody, na którą pacjent wyraził świadomą zgodą”. To bardzo ważna definicja.

Strach przed karą działa paraliżująco na pracowników ochrony zdrowia. Zwłaszcza że wykonują oni swoją pracę z pełnym zaangażowaniem i wiarą, że niosą pomoc. W dojrzałych systemach opieki zdrowotnej, w których działa system *no fault*, np. w Skandynawii, odpowiedzialności karnej podlega pracownik służby zdrowia, który dopuścił się poważnego lub powtarzającego się zaniedbania lub lekkomyślności, co podlega kategorii rażącego niedbalstwa. Nikt nie ściga lekarzy, którzy prawidłowo wykonali zabieg operacyjny, po którym wystąpiły powikłania.

Chciałbym podkreślić, że system *no fault* działa już dobrze w Polsce w zakresie lotnictwa.

Ustawa określająca ten system została wprowadzona w 2002 r. W założeniach system ten polega na zgłaszaniu każdego zdarzenia, w tym również tzw. zdarzeń niedoszłych – ktoś zauważył, że coś „idzie w złym kierunku”, zatrzymał proces, nikomu nic się nie stało. Ale rejestrowanie tego typu zdarzeń jest niezwykle ważne, ponieważ pozwala wykryć potencjalną ścieżkę prowadzącą do katastrofy.

W sposób teoretyczny można prowadzić zajęcia z dowolną liczbą studentów, ale zajęcia kliniczne mają ograniczenia, których nie da się pokonać. Trzeba pamiętać, że po jednej stronie jest lekarz-nauczyciel i studenci, a po drugiej stronie jest człowiek, pacjent, który powierza nam swoje zdrowie i życie. Ten pacjent jako współuczestnik procesu dydaktycznego ma ograniczoną wytrzymałość.

W dojrzałych systemach *no fault* w medycynie, wprowadzonych w innych krajach – te zdarzenia niedoszłe są rejestrowane i szczegółowo analizowane. Za tym idzie ochrona prawna personelu. Aby wprowadzić taki system w Polsce, potrzebna jest rewolucja postaw – nie tylko wśród lekarzy i ich pacjentów, ale w polskim społeczeństwie w ogóle.

Czy szukanie winnego w każdej sytuacji nie jest trochę polską cechą?

Taka postawa wynika również z tego, że uzyskanie kompensacji za szkodę było do tej pory dużo łatwiejsze, jeśli wskazało się konkretnego winnego. W tej chwili to się zmienia, pewne rozwiązania zostały już wprowadzone i za chwilę zaczną funkcjonować. Trzeba powiedzieć, że w wielu przypadkach motywacją pacjentów i ich rodzin są roszczenia finansowe. Naprzeciw takim roszczeniom wychodzi fundusz kompensacyjny bez orzekania o winie, to już samo powinno zmniejszyć liczbę pozwów sądowych. Przy czym chciałbym podkreślić, że droga składania przez pacjentów doniesień do prokuratury o możliwości popełnienia przestępstwa jest wysoce nieskuteczna, mały odsetek jest uzasadniony. Około pół procenta kończy się skazaniem.

Czyli wiele z oskarżeń jest bezzasadna?

Każda sprawa dla lekarza może skończyć się wyrokiem, ale w ten sposób nie dojdziemy do kultury analizy błędów i nie dojdziemy do tego, aby im zapobiegać. System *no fault* chroni nie tylko pracowników ochrony zdrowia, ale przede wszystkim pacjentów. Mamy niezbite dowody, że ten system działa.

Jest pan profesor znany ze swojego udziału w wydarzeniach sportowych organizowanych przez uczelnie – skąd taka pasja?

Sport uprawiam całe życie i jest on ważną jego częścią. Oczywiście jest też aspekt prozdrowotny. Mówi się, że aktywność fizyczna może zastąpić wiele leków, ale żaden lek

nie zastąpi aktywności fizycznej. Nasze organizmy przez tysiące lat ewolucji przyzwyczaiły się do aktywności fizycznej i stąd potrzeba ruchu. Jako onkolog mogę powiedzieć, że aktywność fizyczna zmniejsza ryzyko rozwoju raka piersi i raka jelita grubego. Są też dowody na to, że zwiększenie aktywności fizycznej w trakcie leczenia tych chorób poprawia wyniki leczenia.

Bardzo dziękuje za rozmowę.

Rozmawiała Patrycja Proc

Panaceum 10/2023