

NĚKTERÉ POSTOJE MEDIKŮ 5. ROČNÍKU K DALŠÍ PRAXI A JEJICH ZKUŠENOSTI S LÉKAŘI PRIMÁRNÍ PÉČE

MUDr. Bohumil SKÁLA Ph.D.

Ústav sociálního lékařství Lékařské fakulty UK v Hradci Králové

Souhrn

Za léta 1997–2001 byly realizovány v rámci bloku sociálního lékařství v 5. ročníku všeobecného lékařství semináře, které základním způsobem popisovaly rozdíly mezi primární péčí a nemocniční péčí. Současně byly medikům v průběhu tohoto semináře položeny otázky, které měly jednoduchým způsobem odpovědět na dva základní okruhy (které již medik 5. ročníku musí umět zodpovědět): 1. jak si představují svou odbornou budoucnost a 2. jaké jsou jejich dosavadní zkušenosti s lékaři primární péče.

Výsledky diskusí ukázaly, že velká část, skoro 50 % mediků, má zájem o nemocniční praxi. Současně se ukázaly 25% negativní zkušenosti s lékaři primární péče (sami medici zde vystupovali jako pacienti nebo jako osoby pacientům blízké). Zde jsou neoddiskutovatelné příčiny negativního postoje respondentů, které se nedají omluvit určitou zvýšenou teoretickou profesionalitou medika – jedná se nikoli o neodbornost (její hodnocení je sporné z pohledu znalosti práce praktického lékaře v pregraduální výuce), ale o hodnocení špatné komunikace, podávání informací a přístupu k pacientovi nelze diskutovat. Výsledky diskusí jsou zobrazeny a popsány v jednotlivých grafech a komentářích, které si nekladou za cíl zobecňovat odpovědi, ale spíše odpovědi a výsledky použít k zamyšlení a jako motiv klást otázky dále všem – medikům i nám lékařům z praxe.

Klíčová slova: Všeobecné lékařství; Profesní perspektiva; Postoje k praktickým lékařům.

Some of the Attitudes of the 5th Year Medical Students to Their Future Practice and Their Experience with Primary Care Physicians

Summary

From 1997 to 2001 discussion concerning primary care was occurring within the teaching of social medicine. This teaching described, in a basic way, the differences between primary and hospital care. At the same time medical students were asked questions. These questions should have addressed, in a simple way, two basic areas (which the 5th year medical student should be able to answer): 1. How they imagine their professional future and 2. What their experience with primary care physicians has been so far.

The results of the discussion showed that a large number – nearly 50 % of medical students were interested in hospital practice. At the same time a 25% negative experience with primary care physicians was shown (this experience was gained by medical students themselves as patients or by their close family). This negative experience clearly caused a negative attitude which could not be explained by a certain increased theoretical professional approach of a medical student. This was not an unprofessional approach (the evaluation of this approach is questionable from the point of view of undergraduates knowledge of general practitioner work) but the evaluation of bad communication. The information giving and approach to a patient cannot be discussed. The results of the survey are depicted and described in individual graphs and texts to these graphs. The aim of these graphs and their texts is not to generalize the answers but to use the answers and the results to provoke thoughts and to provide stimuli to ask questions of both medical students and us – general practitioners.

Key words: General medicine; Profession prospects; Attitudes to general practitioners.

Úvod

V roce 1996 jsem převzal na Lékařské fakultě UK v Hradci Králové výuku všeobecného lékařství jako odborný asistent, jehož těžištěm práce byly zkušenosti praktického lékaře pro dospělé s více než třináctiletou praxí a se dvěma atestacemi v oboru vše-

obecné lékařství. Současně jsem pracoval a pracuji dosud jako školitel specializační přípravy v oboru všeobecné lékařství pro dospělé. Do akademického roku 2001/2002 byla výuka realizována v několika etapách. V 5. ročníku byl povinně volitelný předmět Rodinné lékařství I. a II., v obou semestrech, ve kterém jsem se snažil vždy diferenciatně diagnosticky

přiblížit vybrané obory, se kterými se medicí do té doby již potkali jako se samostatnými výukovými segmenty. Dále bylo součástí interního bloku přednášek i několik hodin přednášek o všeobecném lékařství jako samostatném a svébytném oboru. Zde se vždy medicí zajímali hlavně o způsoby dalšího studia, o některé organizační otázky, platby, systémy registrace pacientů apod. Současně v bloku seminářů ze sociálního lékařství (tento termín předmětu sice zůstal, ale stal se nepřesným, neboť medicí absolvovali multidisciplinární blok seminářů týkajících se i dalších mimoklinických dovedností, např. psychologie, komunikace, statistika...) byl jeden seminář věnován výkladu či spíše diskusi nad rozdíly primární a odborné, resp. nemocniční (sekundární a terciární) péče. Od roku 2002 došlo k zásadním změnám v rozsahu výuky primární péče a také k její dostupnosti, tedy k vytvoření povinného penza znalostí pro všechny posluchače v blocích již od druhého ročníku. Tento článek tedy vychází z dat, která byla sebrána v průběhu modelu výuky praktického – rodinného lékařství, který je již minulostí. Semináře se postupně vyvíjely v diskusi, a tak bylo možné některé údaje zpětné vazby i zobecnit.

Kromě seznámení se s principy všeobecného lékařství, specializační přípravou a zákonnými normami jsme se zaměřili hlavně na ozřejnění základního rozdílu mezi poskytovanou péčí primární a sekundární – primární péče provází vztah pacienta a lékaře dlouhodobě, což je kladem, ale v jistém slova smyslu i záporem (pokud tím chápeme ztrátu části svého soukromí). Diskuse se vedly i nad vzděláváním a odbornými aktivitami. Jako základní motiv odbornosti a kompetencí jsme vyzdvihli právě ono dlouhodobé soužití pacienta a lékaře, znalost prostředí, rodinné, pracovní i sociální anamnézy. Zde jsme právě zdůraznili (a platí to stále), že zdánlivé maličkosti a krátkodobé pravidelné kontroly chronických pacientů jsou, ač působí „neodborně“, postaveny právě na dlouhodobé znalosti pacienta ze strany týmu lékař (praktický lékař pro dospělé, resp. pro děti a dorost) a sestra.

Sestra je neoddělitelnou a významně ovlivňující složkou ordinace primární péče.

Tento příspěvek se ale nemá dotknout výčtu pravidel či definic primární péče, ale má se pokusit popsat výsledky diskuse nad některými tématy, které v průběhu let vyplynuly. Také nemá hodnotit praktickou část výuky, tak jak probíhala do roku 2002 (dva dny – dvě stáže u praktického lékaře pro dospělé), této bezesporu zajímavé problematice bude

věnována jiná práce. Podstatně jiná situace nastala v již zmíněném roce 2002, kdy došlo přeměnou předmětu praktické lékařství k větší informovanosti všech posluchačů, neboť bloky jsou povinné, a také se rozšířila praxe v ordinacích vybraných praktických lékařů pro dospělé-školitelů, kteří s lékařskou fakultou spolupracují na výuce dlouhodobě. Je důležité si uvědomit, že medicí do doby změny náplně studia se vlastně poprvé v 5. ročníku

setkali s pojmem, obsahem a významem primární péče. Do této doby byli vychováni po oborech, systémech a poprvé jsme se snažili (jak v seminářích, tak následně v praktických návštěvách u praktického lékaře) jim ukázat mnohotvárnost jeho práce a současně odbourat jejich předsudky o jakési neodbornosti praktického lékaře. Tímto pohledem jsou poznamenány i jejich odpovědi – pohledem studenta, který prakticky završil a ukončil 5. ročníkem studia medicíny své penzum teoretických a částečně i praktických znalostí, ale rozlišených a vyučovaných segmentálně po oborech. Všeobecné lékařství, tak jak je nyní koncipováno v pregraduální výuce, musí ale naučit medika, budoucího lékaře, nejen znalostem organizačním, ale v první řadě syntéze získaných oborových znalostí a co nejpřesnější diferenciální diagnóze potíží jednotlivého každého pacienta.

Cíl práce

V průběhu let 1997 až 2002 jsem si dal v diskusi během probíhajících seminářů dva cíle:

- 1) Alespoň orientačně zmapovat zájem o další odbornou činnost medika 5. ročníku (který má již dostatečné znalosti o oborech) a dostatečnou motivaci k dalšímu odbornému růstu. Zde jsem velmi rád využíval právě v diskusi ty studenty, kteří měli zájem o další práci v primární péči, nebo ty, kteří ze sféry primární péče ke studiu přišli (rodiče byli lékaři primární péče nebo matky pracovaly jako sestry ordinace primární péče).

Byť bych zde jako perličku uvedl výrok jedné studentky, která rezolutně prohlásila, že po ukončení studia medicíny odchází do jiné sféry právě v důsledku toho, že vidí, jak její matka – praktická dětská lékařka – je zavalena jinými úkoly než medicínskými (administrativa, problémy s financováním aj).

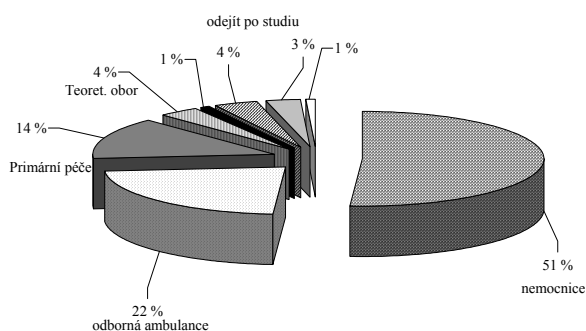
- 2) V diskusi se studenty si objasnit jejich vztahy a postoje, zkušenosti s lékaři primární péče a v případě negativních zkušeností se pokusit pojme-

novat důvody. Jak bylo opakovaně výše sděleno, některé důvody nespokojenosti byly možná ovlivněny systémem výuky a stupněm znalostí práce lékaře primární péče, ale některé důvody nespokojenosti jsou i pro nás, praktické lékaře pozoruhodné (z hlediska popsání postoje lékař-pacient a lékař) a poučné.

Další plány do budoucnosti

Valná část mediků, prakticky 51 % za čtyři roky, by dále chtěla pracovat jako lékaři nemocniční, 22 % jako lékaři odborných ambulancí po získání odbornosti, 14 % bylo rozhodnuto pracovat jako lékaři primární péče, ať již jako praktičtí lékaři pro dospělé, nebo pro děti a dorost (vědomě zužují primární péči na tyto dva obory, nezapočítával jsem ambulantní gynekology a nesešel jsem se se stomatology – jsou de facto poskytovateli primární péče podle definice dosud platné).

Nedefinované a nejasné plány do budoucnosti mají 4 % mediků a neví 3 %. Čtyři procenta všech studentů jsou již v pátém ročníku rozhodnuta po ukončení studia na lékařské fakultě se medicíně nevěnovat (dohromady to bylo za 4 roky 16 studentů) (graf 1).



Graf 1: Budoucnost – představy o umístění studentů 5. ročníku

Celkem tedy odpovědělo za roky 1997 až 2001 415 studentů. Z nich by celých 212 studentů mělo zájem pokračovat v nemocniční praxi, 93 by rádo pracovalo v odborných ambulancích a 59 by zamířilo do praktické medicíny.

Ve zdravotnických novinách číslo 34/2003 jsou uvedeny následující počty absolventů všeobecného lékařství (vztahuje se na počty absolventů všech lékařských fakult v ČR a na rok ukončení studia

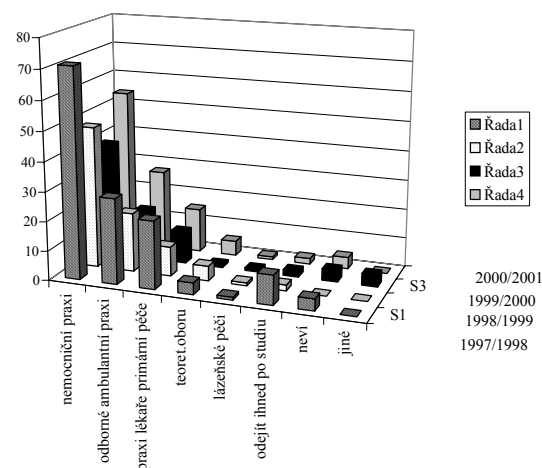
respondentů „mého“ 5. ročníku).

Rok 1999	Rok 2000	Rok 2001	Rok 2002
722	644	586	569

Celkem se tedy za 3 roky jedná o 1952 absolventů všech lékařských fakult v České republice.

Podle údajů úřadů práce bylo v roce 2003 volných míst pro lékaře v celé ČR 460, konkrétně v Královéhradeckém a Pardubickém kraji 58 volných míst. Na základě těchto počtů je samozřejmě možný jiný pohled na výsledná čísla z našich společných diskusí. Mnohdy se náhled do budoucnosti po ukončení studia jeví jen jako zbožné přání. Pro úplné doplnění: nezaměstnaných lékařů je v ČR 233, v Pardubickém a Královéhradeckém kraji 16. Je tedy jasné, že uvažované a naproti tomu dostupné spektrum odborností u absolventů musí být v reálné praxi jiné (tady by bylo jistě zajímavé získat reálný obraz a porovnat ho se získanými výsledky).

Pokud srovnáme roky 1997 až 2001 (graf 2), není výrazných změn v představách o odborné budoucnosti. Je otázkou, jestli změna struktury studia, více zaměřená na širší a detailnější informaci a praxi v oboru všeobecného (praktického) lékařství, přinese i posun v náhledu na vlastní odbornou budoucnost



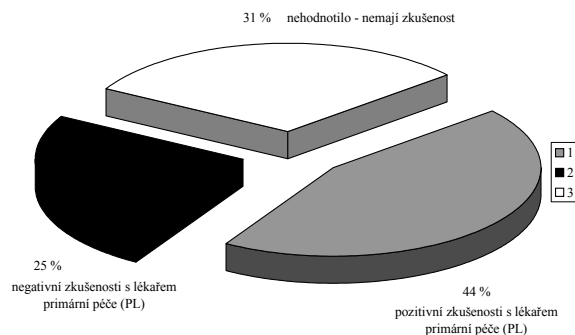
medika.

Graf 2: Srovnání let 1997–2001

Zkušenosti s lékařem primární péče – PL nebo PLDD (praktickým lékařem nebo praktickým lékařem pro děti a dorost)

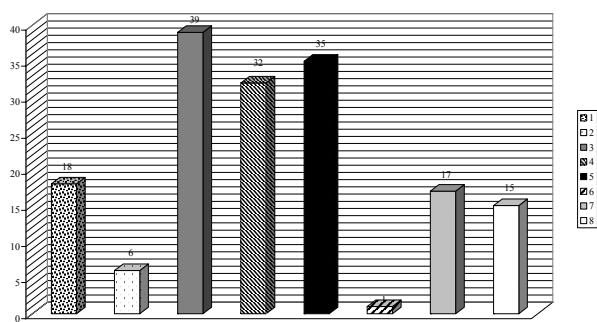
Základní otázka zněla: Jaké jsou vaše zkušenosti s lékařem primární péče, a to jako pacienta nebo jako

blízkého příbuzného pacienta? Medici vybírali z odpovědí: spokojen – nespokojen – neví, nesetkal se, nehodnotil. Výsledky ukazuje graf 3 – pozitivní zkušenost má 44 %, negativní ale 25 %.

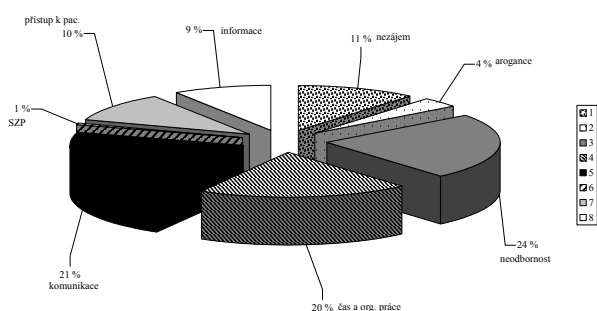


Graf 3: Zkušenosti studentů 5. ročníku v letech 1997–2001 s lékaři primární péče

Jaké jsou důvody nespokojenosti ukazují grafy 4 a 5 v jiném provedení (absolutní hodnoty a procenta).



Graf 4: Postoje studentů 5. ročníku v letech 1997–2001 k lékaři primární péče



Graf 5: Procento negativních zkušeností s lékaři primární péče u studentů 5. ročníku

Kromě zásadních důvodů uvedených v grafech se jednotlivě vyskytlo ještě hodnocení:

- neprofesionalita;
- neznalost;
- alkohol – potíže s alkoholem u lékaře, které byly zřejmé;
- pacient „vypadne“ z ordinace – návštěva je rychlá, pacient má recept a ani neví, co mu je;
- zajímavý poznatek – změna postoje po ozřejmění, že pacient (nebo příbuzný pacienta) je medik nebo lékař.

Poměrně vysoké číslo, které hodnotí neodbornost, může být dáno pohledem na práci PL, co se ale nedá oddisktovat a co je střelou do našich řad, je hodnocení komunikace s pacientem, negativní hodnocení časových prodlev, organizace práce (ale zde je možné tento postoj snad trochu omluvit neznalostí práce PL). Hůře omluvitelné je ale hodnocení objektivních nedostatků ze strany medika-pacienta (tady zdůrazňuji **pacienta**) nebo osoby blízké pacientovi, která se do kontaktu s lékařem dostala: nezájem, přístup k pacientům a zajímavé zjištění bylo, jak sami medici vnímali informace, které jim lékař poskytne (právě ve smyslu zákonných norem o povinnosti poskytnout informaci řádně, úplně) – zde jednoznačně hodnocení vycházelo ze subjektivního pocitu nedostatečného vysvětlení nemoci, léčby.

Tady bych opět zdůraznil, že se jednalo o situaci, kdy pacientem byl člověk s prakticky ukončeným medicínským vzděláním, a přesto byl nespokojen, neboť nebyl dostatečně informován o povaze svých potíží, o léčbě.

Součty čísel nedávají dohromady výše zmíněný počet respondentů, tedy 100 % – velká většina dotázaných postoj, respektive důvod svého pohledu na PL nedefinovala (skoro polovina se omezila na termín *pozitivní, negativní, nehodnotím*).

Diskuse

V otázce budoucnosti dalšího profesního růstu je asi v současném světle omezování lůžkového fondu akutních nemocničních lůžek otázkou, zda 212 absolventů, byť za 4 roky, nalezne uplatnění v nemocniční péči podle svých představ. Diskuse s mediky směřovala k jejich přáním, bez ohledu na realitu, kterou samozřejmě vnímají. Výše zmíněná čísla počtu absolventů a počtu volných míst jsou určitým obrazem toho, kam je potřeba nasměrovat zájem a výuku mediků – budoucích lékařů. Jen kvalitní výuka a tím kvalitní znalosti práce lékaře primární péče

nepovede u dalších mladých kolegů k pocitu deziluze, křivdy a k jakémusi vnímání přechodu do praxe praktického lékaře jako nuceného zla. Čísla zatím jasně ukazují preferenci nemocniční praxe a zde jsem přesvědčen, že se změnou struktury studia a také přijetím reálného stavu zdravotnického systému (o němž ale musí být medik seriózně a jasně informován), by podobná diskuse dopadla za další 4 roky jinak. Opět je nutné zdůraznit, že rozhovory se studenty byly spontánní, studenti vyjadřovali (se souhlasem zveřejnění odpovědi) své názory, přání a postoje.

Absolventi, kteří by rádi pokračovali jako praktičtí lékaři, skýtají naději na omlazení této profesní skupiny. Ostatní čísla jsou jen doplněním. Vycházím ve svých předchozích názorech také z toho, že Lékařská fakulta v Hradci Králové pokrývá z větší části studenty a následně absolventy současný Pardubický a Královéhradecký kraj (až na malé výjimky – nepočítal jsem, respektive nerozlišoval jsem studenty-posluchače tehdejší Vojenské lékařské akademie). Určitým dalším námětem k zamyšlení je oněch 16 studentů (byť jen 4 %), kteří jsou rozhodnutí odejít ze zdravotnictví.

Hodnocení lékařů primární péče je zatíženo pohledem na primární péči, neznalostí práce lékaře první linie, ale jak bylo opakovaně výše naznačeno, jsou oblasti, kde je vina jasně na straně lékaře primární péče (opatrněji bych hodnotil otázky odborné péče a erudice) – jedná se o chyby v komunikaci, přístupu k pacientovi, neúplná sdělení informací a nakonec i změna postoje po „odhalení“ totožnosti pacienta (medik). Toto je myslím pobídkou do našich řad.

Naopak jako výrazné pozitivum, dosud nezmíněné a neřešené, vidím jen jedinou kritiku na negativní roli zdravotní sestry ordinace praktického lékaře. Zde je myslím otevřena otázka, která by byla do budoucnosti hodna pozornosti právě se zřetelem

na probíhající bakalářské studium ošetrovatelství na lékařské fakultě. Role sestry v ambulantní sféře je nezastupitelná a v primární péči je sestra rovnocenným partnerem týmu, který o pacienta pečuje.

Závěr

Čtyři roky diskusí se studenty a následný pokus zmapovat dvě oblasti z pohledu medika 5. ročníku si rozhodně neklade za cíl vytvořit a prezentovat podrobnou statistickou analýzu postojů a jejich řešení.

Ukazuje ale na některé otázky, které jsou důležité pro další postup ve sféře pregraduálního vzdělávání:

- otázky zdůraznění odbornosti praktického lékaře, erudice vyplývající z role a postavení v systému zdravotní péče o jednotlivce nebo skupinu,
- rozdíly a možnosti v diagnostice,
- zásadní podíl na diferenciálně diagnostické úvaze při prvním kontaktu s pacientem,
- kompetence praktického lékaře.

Na druhé straně upozornění pro nás praktické lékaře na chyby, kterých se občas dopouštíme, a jak je vidí prakticky již naši kolegové. To jak nás vidí, může samozřejmě ovlivňovat i jejich postoj k budoucnosti nejen primární péče, ale k celé budoucí praxi lékaře.

Korespondence: MUDr. Bohumil Skála, Ph.D.

Praktický lékař
Na Valech 216
563 01 Lanškroun
e-mail: skalab@svl.cz

Do redakce došlo 21. 9. 2004