

Pismo uredništvu/Letter to the editor

SEKCIJA SPECIALIZANTOV GINEKOLOGIJE IN PORODNIŠTVA PRI SLOVENSKEM ZDRAVNIŠKEM DRUŠTVU

ALI LAHKO SPECIALIZANTI PRIPOMOREMO K VEČJI KAKOVOSTI SPECIALIZACIJE?

SLOVENIAN MEDICAL ASSOCIATION, TRAINEES IN GYNAECOLOGY AND OBSTETRICS SOCIETY

ARE THE TRAINEES CAPABLE OF IMPROVING THE QUALITY OF TRAINING?

Gorazd Kavšek

Ključne besede: specializacija iz ginekologije in porodništva; organiziranost specializantov; program specializacije iz ginekologije in porodništva

Izvleček – Izhodišča. Esej predstavi kratek historičen pregled organiziranosti specializantov ginekologije in porodništva po svetu in pri nas. Analizira zatečeno stanje ter se ukvarja z možnimi rešitvami, da bi skupaj ustvarili pogoje za kakovosten sistem specializacije iz ginekologije in porodništva.

Key words: training in gynaecology and obstetrics; trainees organisations; obstetrics and gynecology residency programs

Abstract – Background. This essay presents a brief review of the history advocating trainees' organisations in obstetrics and gynaecology in Slovenia and abroad. Aim is to analyze present time and try to find a way to proper solutions in creating a better system of education in obstetrics and gynaecology.

Prolog

»Spoštovani!

Pred vami je vabilo na ustanovno srečanje slovenskih specializantov ginekologije in porodništva. Verjetno se bo marsikomu med vami zdela ideja na videz utopična in morda celo nepotrebna. Pa vendar obstajata za vztrajanje na stališču, da je taka sekcija potrebna, vsaj dva tehtna razloga.

Živimo v času, ki terja od vseh nas nov način razmišljanja in ponovno oceno načina opravljanja našega strokovnega dela. Te spremembe zahteva od nas družba; pacient(i)-ke in nena-zadnje tudi mi sami, ki se globoko v sebi zavedamo, da v novi ureditvi naše družbe naš zdravstveni sistem zahteva korenite spremembe. Da bi zmogli te spremembe obrniti vsem nam v korist, pa je seveda potrebno znanje (da bi vedeli, kaj in kako). Za znanje pa je potrebno izobraževanje. Nič novega, sama znana dejstva. Verjetno se bo vsaj večina strinjala z mano, da trenutno izobraževanje poteka bolj po inerciji, na podlagi neklih navad in tradicije, kar pa ni nujno tudi dobro. Kot sami dobro veste, se spremembe načina specializacij že dogajajo (verjetno spodbujene zaradi našega skorajšnjega vstopa v EU), vendar v vsem tem dogajanju pogrešamo premišljene ukrepe, ki izvirajo iz dialoga vseh vpletenih strani. Ena izmed pomembnih skupin smo tudi mi, specializanti. Tisti ljudje, ki smo neposredni uporabniki sistema in bodoči nosilci dejavnosti. In tisti, ki se v nasprotju s prepričanjem nekaterih že sedaj sprašujemo, ali nas bo dovolj in ali bomo znali dovolj? Zato želimo že sedaj razmišljati in tudi soodločiti o KAJ in KAKO? Drug pomemben razlog je bolj formalne narave, lahko pa za sabo potegne kar nekaj pozitivnih posledic. Omogoča namreč povezavo z Evropo, kjer obstaja zveza evropskih specializantov (ENTOG), ki povezuje sorodne organizacije specializantov na nacionalni ravni in uspešno sodeluje z evropskimi zve-

zami ginekologov in porodničarjev; ti pa na nek način tudi ustvarjajo politiko in doktrino naše stroke. Tudi mi želimo biti prisotni in prepoznavni. Zato se moramo organizirati v našem prostoru in na ta način pridobiti svoj glas ter podobo tudi v evropskem prostoru.

Načrti so smeli, namen pa zelo preprost; da bi zmogli skupaj delati in ustvarjati. Prepire pa reševati z dialogom, iskreno in pogumno. Samo pogumni lahko ujamejo tudi kakšen košček sreče, ki je že tu, samo zgrabiti ga je treba.

Petek, 15. november 2002«

Začel sem morda nekoliko nenavadno; s pozdravnim pismom vsem, ki so menili, da ima sekcija specializantov ginekologije nek smisel, in so se udeležili ustanovnega srečanja. V njem so na kratko zajeti tudi vsi bistveni razlogi za to, da se nekdo, ki ima ogromno dela že samo s tem, da je specializant, ukvarja še z razmišljanjem in ukrepanjem o tem, kaj naj bi ta specializacija sploh bila. In ker sem v prologu že navedel glavne razloge za, bom v nadaljevanju svojega eseja skušal osvetliti, kaj se pravzaprav skriva za vsem tem in kaj se na tem področju dogaja po svetu in pri nas.

Uvod

Z velikim presenečenjem sem po kratkem brskanju po literaturi prišel do zame nekoliko presenetljivega zaključka. O tej tematiki obstaja ogromno člankov v priznani periodiki. S preprostim iskanjem sem jih odkril vsaj 200 v zadnjih desetih letih. Prednjačijo seveda Američani, ki skušajo svoj sistem vse-skozi izboljševati. V ta namen so osvetlili problematiko z mnogih strani. Naj naštejemo samo nekatere: vloga žensk, obremenjenost delovnega časa, spremembe kurikulumov za razna

znanja in večšine, etični pristop ipd. (1-7). Skupen imenovalec vseh prispevkov pa je znanstvena ocena sistema specializacije in iskanje novih modelov, da bi bili postopki učenja čim učinkovitejši in s tem pridobljeno znanje med specializacijo čim večje.

Evropejci smo v tej temi nekoliko zadržani, ali je pač ne objavljamo toliko v periodiki, sicer namenjeni strokovnim članom. Pa vendar se tudi v Evropi dogajajo velike spremembe na tem področju, ki jim botruje tudi skupni evropski prostor. Ravno združevanje Evrope je motiv, ki narekuje poenotenje specializantskih programov in opredeljevanje minimalnih standardov. Le tako bo namreč tudi dejansko lahko prišel do veljave evropski zakon o prosti izbiri dela kjer koli v Evropi, obenem pa bo zadoščeno kakovosti opravljenega dela. To je tudi glavno delo »European Board and College of Obstetrics and Gynaecology (EBCOG)«, ki pripravlja minimalne zahteve, ki jim morajo vsi programi specializacij iz ginekologije in porodništva v Evropi zadostiti.

Izzivi sedanjosti in pogled v prihodnost

Verjetno bolj kot kdaj koli v preteklosti postavlja sedanjost čas vse ostrejša zahteva. Zdravnik že nekaj časa ni nekdo, ki ima absolutno pravico odločanja, neomajno avtoriteto in vedno prav. Bolnik je tisti, ki v končni fazi soodloča o načinu zdravljenja. Priča smo spremembam, ki nujno posegajo v naše delo in terjajo temu primerno izobraževanje. Spremembe kot:

- centralizacija,
- subspecializacija,
- privatizacija,
- zmanjšanje hospitalizacije,
- večja produktivnost,
- večja pričakovanja bolnikov,
- zahteve po uporabi z dokazi podprte medicine ter
- nenazadnje feminizacija zdravniškega poklica

terjajo novo oceno stanja ter prilagoditev sistema specializacije, da bi lahko novodobni zdravnik zmožgel zadostiti vsem novim zahtevam.

Pred nami je velik izziv, kako postati dober zdravnik, ali z drugimi besedami, kako biti:

- medicinski ekspert,
- profesionalac,
- vodja,
- promotor zdravja,
- raziskovalec,
- sposoben komunikacije,
- učitelj in
- sodelavec (nenazadnje).

Da bi vsaj približno zadostili novim izzivom, ki sem jih navedel, je potrebno dobro zastaviti sistem izobraževanja. Na splošno lahko prepoznamo dva osnovna koncepta izobraževanja.

Tradicionalni, kjer je pomembno število let specializacije in število posegov, ki jih mora nekdo opraviti. Bistvena naveza v sistemu je specializant - mentor. Mentor tu igra bistveni element »vzornika«.

Drug koncept lahko poimenujemo moderen koncept, katerega bistven element je učenje različnih postopkov in veščin z različnih zornih kotov. Pomemben je že sam proces, kjer spoznavamo pravilen pristop k reševanju problema. Vsako večšino razdelimo na tri ključne elemente: vedenje, veščina in odnos. Ko enkrat za določen postopek dosežemo usposobljenost na vseh treh ravneh, pomeni, da ta postopek obvladamo ne glede na število let kroženja, število posegov in kdo nas je tega naučil. Pomemben segment tega koncepta je tudi izbira pravih metod in sprotne ocenjevanje samega učnega procesa. Izdelanih je tudi že nekaj praktičnih izhodišč.

Kateri koli koncept bomo izbrali, ali morda kombinacijo obeh, pomembno je, da so cilji in vsebina jasno zastavljeni. Prav tako je pomembno, da se natančno ve, kdo so izvajalci, in da bodo zato tudi primerno motivirani (beri: stimulirani).

Potrebno je torej uvajati nove metode izobraževanja, pridobiti več virov financiranja za kakovostno izvedbo specializacije ter potrebno je izobraževati mentorje, da postanejo čim boljše.

Na tem mestu se mi zdi pomembno opozoriti na vlogo specializantskih organizacij, ki kot neposredni uporabniki sistema najboljše vemo, kje sistem ne deluje. Na ta način lahko opozarjamo in vplivamo na odločitve o izboljšavi samega sistema specializacije in njegovih posameznih segmentov.

To je bil tudi ključni moment za ustanovitev »European Network of Trainees in Obstetrics and Gynaecology« (ENTOG). Prvo združenje specializantov ginekologije in porodništva na nacionalni osnovi je nastalo leta 1982. Od takrat je nastalo že preko 10 podobnih organizacij. Poti nastajanja so različne. Nekatere države preko svojih stanovskih združenj same spodbujajo in uravnavajo nastanek takih združenj specializantov (npr. Velika Britanija), v nekaterih državah pa je nastanek posledica samoiniciative specializantov zaradi potrebe po sodelovanju in vplivanju na obstoječi sistem specializacije. Tako ali drugače nastala združenja so leta 1997 v Atenah ustanovila mrežo evropskih specializantov ginekologije in porodništva, ki neposredno sodeluje z EBCOG-om (European Board and College of Obstetrics and Gynaecology) - evropsko institucijo, neposredno odgovorno za poenotenje evropskih specializacij iz ginekologije in porodništva. Namen ENTOG-a je tako ustvariti pogoje, v katerih bo specializacija iz ginekologije in porodništva v Evropi kakovostna in med seboj primerljiva. To pa omogoča lažjo izmenjavo specializantov v času izobraževanja. Na ta način bo tudi lažje izvedljivo načelo Evropske skupnosti o prostem pretoku blaga in ljudi, tudi kar se tiče zaposlitve nas v kakšni drugi državi in obratno. Verjetno je vsem nam zelo razumljivo, kako pomembno je, da se zagotovijo visoki minimalni pogoji, ki jih mora specializant med svojim izobraževanjem opraviti, da bomo konkurenčni svetu, pri nas pa ohranili kakovost stroke. Za nas je lahko to tudi priložnost, da se izkažemo z dobrim programom specializacije in na ta način postanemo spoštovanja vredni specialisti ginekologije in porodništva tudi v širšem merilu.

Slovenija - kje si?

Slovenija je relativno hitro razumela, da se mora spopasti z reorganizacijo specializacij, če hočemo resno konkurirati priznanim evropskim državam. Tako je v letu 2000 začel veljati nov sistem (večinoma podaljšanih) specializacij, ki jih vodi in nadzoruje Zdravniška zbornica. Pa vendar je potrebno na tem mestu izraziti veliko mero kritike. Ideje so vsekakor dobre, vendar samo uresničevanje kaže veliko mero nedomišljenosti in večnih kompromisov. Če lahko ugotovimo, da sam program (naslovi in podnaslovi, število posegov in trajanje) specializacij zadosti vsem bistvenim evropskim merilom (UEMS in EBCOG priporočila), pa specializanti z žalostjo ugotavljamo, da je praktična izvedba programa prepuščena iznajdljivosti specializantov in trenutnemu navdihu mentorja. Prepogosto prihaja do absurdnih situacij, ko so specializanti zavezani nekemu fiktivnemu programu specializacije, ki v praksi sploh še ni zaživel. Specializanti smo načeloma naklonjeni spremembam, ne moremo pa se sprijazniti s počasnostjo uvajanja praktičnih rešitev teoretičnega programa. Nedorečenost posameznih segmentov, odnosa specializant - mentor, nestimulativni odnos organizatorjev novega sistema do mentorjev in nenazadnje neangažiranost mentorjev, da pripravijo ustrezne kurikulumne, skupinske oblike izobraževanja, delavnice in drugo za učinkovitejše pridobivanje veščin, trenutno pač ne ustvarjajo optimističnega ozračja.

V tem trenutku je iz želje in potrebe po boljšem sistemu, ki bo seveda upošteval etične omejitve današnjega časa ter drugačno odgovornost zdravnikov (tudi specializantov) pri izvajanju zdravljenja, zrasla ideja o povezovanju specializantov. Namen sekcije specializantov je dati svoj delež pri nadgradnji sistema specializacije, da bo le-ta deloval kar najbolj spodbudno pri ustvarjanju dobro izobraženega in odgovornega specialista ginekologije in porodništva. Zavedati se moramo, da smo v tem procesu partnerji, morda neuki in neveščji, pa vendar z iskrenimi nameni. Zato nemalokrat s strahom in obnem upanjem opazujemo svoje starejše kolege – mentorje in upamo, da nam bo v čim krajšem času uspelo pridobiti ustrezno znanje in veščine.

Ko sem prebiral članke s področja izobraževanja in pridobivanja teoretičnega ter praktičnega znanja iz ginekologije in porodništva, sem ugotovil, da je marsikaj že narejeno in odkrito. Različni sistemi so preizkušeni in celo ovrednoteni z znanstvenimi metodami, ki jih naš svet tako ceni. Tako je moja pozornost pritegnil uvodni orientacijski program za nove specializante. Pred nastopom specializacije tako vsak specializant opravi 5-dnevni tečaj, sestavljen iz treh sklopov. Prvi sklop sestoji iz postopkov oživljanja odraslih in novorojenčkov. Drugi sklop sestavljajo interaktivni seminarji (teme: prenatalna oskrba, CTG, vaginalni porod, carski rez, obporodne in poporodne okužbe, izbira antibiotikov, zunajmaternična nosečnost in pelvične vnetne bolezni). Tretji sklop pa sestavlja pet praktičnih vaj, kjer se kandidati seznanijo z osnovnimi pregledi v ginekologiji in porodništvu ter osnovnimi kirurškimi tehnikami (8). Na podoben način so opisani in ovrednoteni kurikulumi za večino veščin, ki jih mora obvladati specializant na področju ginekologije in porodništva; kot npr.: ultrazvočni kurikulum v ginekologiji in porodništvu (9), učenje kolposkopije (10), program učenja endoskopskih operacij (11), abortusov (12).

Ni moj namen, da bi ta trenutek naštel vse možnosti, ki so jih v svetu že preizkusili, saj vse niso niti primerljive, niti izvedljive v naši majhni državi. Gotovo pa imamo zaradi svoje geografske majhnosti več možnosti, da zasnujemo dobro domišljen sistem, ki bo podpiral naša skupna prizadevanja po dobro izobraženih zdravnikih ginekologije in porodništva.

Zaključki

V želji, da bi se izognil vroči razpravi, ki poteka v tem trenutku o delovnem času in obremenjenosti zdravnikov na delovnem mestu, bi se rad osredotočil samo na praktično izvedbo programa specializacije iz ginekologije in porodništva. Vem, da celo v sistemu, kot je ameriški, ki je podvržen neštetim analizam, 60% specializantov ni bilo deležno formalnega poučevanja tako osnovnega posega, kot je šivanje epiziotomijske rane in poškodb porodne poti (13), vem, da noben sistem ni idealen in ne more zagotoviti 100-odstotnega izkoristka. Pa vendar je odveč sprenevedanje, da je vse dobro, in če ni, pa še bo, saj si konec koncev to vsi želimo. Dokler nimamo v naši

državi nobene resne analize stanja, je pač preveč nesamokritično trditi, da je sistem dober. Samo dobri nameni so žal premalo. V porodniškem žargonu bi rekel, da je stanje zanemarljivo in ga sproti rešujemo z dramatičnimi posegi, izhod pa je na koncu vedno le slabši, kot bi lahko bil. Zavedam se, da ima vsak sistem le tako velik največji domet, kolikor so dobri posamezniki – uporabniki sistema. Vendar ne morem sprejeti rednih očitkov, da je sistem dober, le uporabniki nismo kaj prida. Sistem specializacije mora omogočiti razvijanje vseh možnih potencialov posameznika, to pa je mogoče le z dobro premišljeno specializacijo, ki preko niza natančno opredeljenih postopkov pripelje specializanta do maksimalne teoretične in praktične podkovanosti v stroki, ki jo je izbral, da bi osmisli svoj poklic. Obnem pa bo v vlogi svojih mentorjev spoznal tudi profesionalni pristop do svoje stroke ter si zgradil taka etična načela, ki mu bodo omogočala pravilna ravnanja v večini situacij, s katerimi se srečuje v svojem delovnem vsakdanjiku. Prav je, da se zavedamo treh najpomembnejših dejavnikov, za katere si specializanti želimo, da bi jih našli pri svojem mentorju: klinična spretnost, osebnost in sposobnost poučevanja (6).

Pričakujemo preveč!?

Literatura

1. Steinbrook R. The debate over residents' work hours. *N Engl J Med* 2002; 347: 1296–302.
2. Bissonnette JM, Gabbe SG, Hammond CB, MacDonald PC, Polan ML, Roberts JM. Restructuring residency training in obstetrics and gynecology. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 180: 516–8.
3. Defoe DM, Power ML, Holzman GB, Carpentieri A, Schulkin J. Long hours and little sleep: work schedules of residents in obstetrics and gynecology. *Obstet Gynecol* 2001; 97: 1015–8.
4. Nichols M. Curriculum change in an obstetrics-gynecology residency program and its impact on pregnancy in residency. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 170: 1658–65.
5. Geisler JP, Mernitz CS, Geisler MJ, Harsha CG, Eskew PN. Does gender discrimination exist in a gynecology training program in a private hospital. *Clin Exp Obstet Gynecol* 1999; 26: 53–5.
6. Wright S. Examining what residents look for in their role models. *Acad Med* 1996; 71: 290–2.
7. Seltzer VL. Changes and challenges for woman in academic obstetrics and gynecology. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 180: 837–48.
8. Duff P. An orientation program for new residents in obstetrics and gynecology. *Obstet Gynecol* 1994; 84: 321–1.
9. Calhoun BC, Hume RF. Integrated obstetric curriculum for obstetrics and gynecology residency, radiology residency and maternal-fetal medicine fellowship program at an accredited American institute of ultrasound in Medicine diagnostic ultrasound center. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2000; 16: 68–71.
10. Spitzer M, Apgar BS, Brotzman GL, Krumholz BA. Residency training in colposcopy: A survey of program directors in obstetrics and gynecology and family practice. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 185: 507–13.
11. Sammarco MJ, Youngblood JP. A resident teaching program in operative endoscopy. *Obstet&Gynecol* 1993; 81: 463–6.
12. Almeling R, Tews L, Dudley S. Abortion training in U.S. obstetrics and gynecology residency programs, 1998. *Family planning perspectives* 2000; 32: 268–71.
13. McLennan MT, Melick CF, Clanc SL, Artal R. Episiotomy and perineal repair. An evaluation of resident education and experience. *J Reprod Med* 2002; 47: 1025–30.