

Ohlédnutí za atestacemi z vnitřního lékařství – in medias res!

Martin Matějovič

za specializační oborovou radu v oboru vnitřní lékařství

Vnitřní lékařství je jedním z páteřních oborů klinické medicíny [1]. Jeho kvalita tudíž do značné míry určuje kvalitu celého zdravotnictví. Kvalitu samotného oboru mimo jiné determinují jedinci – široce vzdělaný a zkušený lékař s citlivým přístupem ke svým pacientům. Cílem vzdělávacího programu ve vnitřním lékařství je vychovávat internisty, kteří tyto vlastnosti naplní. Jeho úspěšné zakončení atestační zkouškou není jen formální cestou k získání odborné způsobilosti (plné kvalifikace) k výkonu povolání lékaře internisty. Složení atestace je krokem, kterým by měl lékař doložit, že je již vyzrálou lékařskou autoritou, která může plnit pomyslnou roli posledního rozhodovacího článku v řetězci poskytované interní péče. Tím je např. lékař v pozici konzultanta, který je schopen na sebe vzít odpovědnost konečného a jasného rozhodnutí u komplikovaných, nejasných či urgentních případů, či lékař, na jehož rady spoléhá mladší kolega. V neposlední řadě je složení atestace základním předpokladem k zastávání funkce primáře interních oddělení. Atestace tak není významnou profesní událostí jen pro uchazeče. Rozhodnutím o úspěšném složení atestace na sebe komise zkoušejících bere nemalou odpovědnost – garanci, že atestovaný lékař výše uvedené nároky v klinické praxi naplní.

Nepřesvědčivé a v mnoha případech nedostatečné výkony u atestačních zkoušek podnítily členy Specializační oborové rady (SOR) pro vnitřní lékařství, složené z garantů oboru na jednotlivých lékařských fakultách, k zamyšlení nad hlavními nedostatky atestujících kolegů a důvody neúspěšných atestací. Významné procento lékařů neprospělo z praktické části atestační zkoušky. Jedním z nejčastěji skloňovaných nedostatků byla neznalost často zcela základních propedeutických postupů, nesprávná interpretace konkrétních laboratorních výsledků či křivek EKG. Překvapivě činí atestujícím kolegům problém fokusované a detailní fyzikální vyšetření vycházející z hlavních symptomů či potíží pacienta. Např. při fyzikálním vyšetření pacienta s dušností uchazeč neřídka opomine vyhodnotit 30–40 % fyzikálních vodítek, která umožňují správnou klinickou rozvahu o pravděpodobných příčinách symptomů. Je rovněž politováníhodné, pokud atestující lékař nemá osvojeny základní postupy fyzikálního vyšetření, ukazující zjevnou absenci „hands-on“ dovedností nebo ze zkoušky vyplyne, že je uchazeč prvně konfrontován

s defibrilátorem a není schopen jej samostatně připravit k použití. Praktická zkouška je přitom zcela klíčovou součástí atestace. Lékař má přímou možnost přesvědčit zkušební komisi, že mistrovsky ovládá nejdůležitější část svého řemesla – klinické vyšetření, základní stavební kámen medicínského profesionalizmu. I přesto, že nelze přehlížet přínos technologického pokroku, data konzistentně dokládají, že anamnéza a fyzikální vyšetření jsou pro určení diagnózy a další směřování diagnosticko-léčebného procesu stále nejdůležitějšími faktory [2,3]. Např. velmi recentní studie z oboru kardiologie, která se pyšní raketovým technologickým boomem a určitou závislostí na technologiích, potvrzuje nezastupitelnost a prognostickou významnost racionálního klinického vyšetření u pacientů se srdečním selháním [4]. Z průběhu diskusí u praktických zkoušek však často vyplývá předčasný důraz a spoléhání se na dostupné technologie a další komplementární vyšetření bez předchozího detailního vyšetření pacienta. Nežádka potom nastávají situace, kdy pacient podstoupí nejdříve řadu vyšetření (CT, MRI, echokardiografii, endoskopická vyšetření apod), aniž by indikacím předcházelo pečlivé klinické vyšetření a z něj vyplývající a odůvodněná struktura a posloupnost dalších diagnostických postupů. Problémem je zde limitovaná schopnost formulovat pravděpodobnost jednotlivých diagnóz v rámci diferenciální diagnostiky na základě informací získaných z klinického vyšetření. Důsledkem je často nelogický až nekonečný vyšetřovací postup a nadužívání nákladných a v některých případech i rizikových vyšetřovacích metod. V neposlední řadě je praktická zkouška i testem vystupování lékaře a úrovně jeho komunikace s pacientem.

V průběhu teoretické zkoušky komise poměrně často zjišťuje, že zkoušený není schopen dobře strukturovaného uchopení dané problematiky. Nesystematický výklad potom působí nevyzrálým dojmem uchazeče. Smyslem přípravy k atestaci není pouhé memorování široké škály teoretických znalostí bez schopnosti jim rozumět a v klinické praxi účelně využívat. Pro obě strany jsou nedůstojné situace, kdy uchazeč projeví základní neznalosti anatomie, fyziologie, patofyziologie či farmakologie. Komise zkoušejících jsou si plně vědomy ohromného rozměru oboru vnitřní lékařství, nepřehledného množství často rozsáhlých doporučených

postupů ve všech jejich podoborech a stále nových pokroků v oblasti diagnostiky a léčby vnitřních chorob. Tyto skutečnosti jsou zohledněny i v průběhu vlastní atestace, při níž se komise zaměřují na správné řešení základních, v praxi se nejčastěji vyskytujících chorob, syndromů a život ohrožujících stavů, které vyžadují rozhodné, správné a rychlé řešení. Cílem ústní zkoušky není testovat umění kolegů odříkat naučená fakta, ale prokázat schopnost strukturovat priority v konkrétních klinických situacích, efektivně a pro pacienta bezpečně je řešit. Na modelových, běžně se vyskytujících stavech musí lékař demonstrovat svou profesní zralost, schopnost se v konkrétním klinickém problému rychle a samostatně zorientovat. Nedostatky či selhání těchto znalostí a dovedností jsou častým zdrojem problémů v průběhu atestací. Je zřejmé, že současné pojetí atestačních zkoušek je významně více orientováno na propojení teoretických znalostí s jejich praktickou aplikací a klinickými dovednostmi. Tomuto pojetí byl také nově uzpůsoben předatestační test, založený na řešení konkrétních klinických scénářů.

Jaké faktory předurčují dobrý výsledek atestace? Na prvním místě jsou to faktory jedince – nadšení pro obor a medicínu obecně, ochota se trvale a kvalitně vzdělávat. Při rozboru neúspěšné atestace nezřídka vyplyne, že často jediným zdrojem pro studium je jedna kniha určená pregraduální nebo časně postgraduální výuce. Samozřejmě, je lépe nastudovat jeden kvalitní zdroj desetkrát než 10 různých zdrojů jednou. Rozhodnutím o zrušení dvoustupňových atestací si musí jedinec i jeho školitel být plně vědomi skutečnosti, že současnou atestací získává lékař specializovanou způsobilost v oboru vnitřního lékařství. Bohužel, rozsah a struktura znalostí nejednou odpovídají dřívější atestaci I. stupně. Je skutečnou výjimkou, pokud uchazeč čerpá průběžně aktuální medicínské informace pravidelným sledováním periodik typu Vnitřní lékařství, o zahraniční literatuře ani nemluvě. Druhým a bezpochyby klíčovým faktorem je kvalitní klinický trénink u lůžka nemocného. Žijeme v době neomezených e-learningových možností. Pro většinu mladých lékařů není problém díky mobilním aplikacím získat rychle a bez větší námahy chybějící informace či znalosti. Pokud jsou zdrojová data skutečně vysoce kvalitní, nelze proti jejich užívání nic namítat, naopak. Daní za rychlou a bezbolestnou dostupnost informací je však rozvoj určité pohodlnosti až lenosti. Internetové zdroje v žádném případě nenahrazují nutnost pravidelného systematického studia propojeného s co nejintenzivnějším praktickým klinickým výcvikem u lůžka nemocného. Bohužel fenomén „e-pacienta“ (rozuměj pacient, resp. jeho data v elektronickém informačním systému) je v dnešní medicíně důležitější než pacient samotný. Propojení lékaře a pacienta, lékaře a týmu je totiž mnohem komplikovanější než relativně jednoduchá komunikace mezi lékařem a technologií. V tomto směru je nutné hledat problém kvalitní přípravy i v samotném systému vzdělávání,

nikoliv jen v jedincích. Jestliže postavíme jinak schopného, ale začínajícího, nezkušeného kolegu proti špatnému systému, téměř vždy je vítězem systém. Na tomto místě nelze přehlédnout zcela zásadní úlohu školitele. Atestující lékař je do značné míry jeho vizitkou. Je proto nezbytné, aby školitel svou úlohu nevnímal jen jako formální záležitost, nýbrž aby umožnil mladému kolegovi skutečně kvalitní klinický trénink, nad jehož průběhem bude mít detailní dohled a nedovolí, aby k atestaci byl vyslán kolega, jehož znalosti, dovednosti ale i postoje ještě požadovaného profesního vzorce nedosahují. Uvítali bychom, pokud by se školitelé či primáři vysílajících pracovišť atestačních zkoušek rovněž účastnili. Je také ku prospěchu, aby součástí přípravy k atestaci byly i pravidelné semináře a diskuse uvnitř jednotlivých pracovišť, které umožní mladému kolegovi seznámit se s novinkami v oboru a které mu umožní lépe se orientovat v přemíře nových informací.

Ani úspěšné složení atestace není absolutní garancí, že lékař je a bude dobrý. Opačně však platí totéž, neúspěch u atestace neznámá, že lékař své řemeslo neovládá. Naším společným cílem je výchova lékařů, kteří budou ve vysoké kvalitě léčit další generace pacientů a kteří budou reprezentanty kvality oboru vnitřního lékařství.

Literatura

1. R Češka (ed) et al. Národní program komplexní interní péče. Facta Medica: Brno 2013. ISBN 978–80–904731–4–0.
2. Hatala R, Smieja M, Kane SL et al. An evidence-based approach to the clinical examination. J Gen Intern Med 1997; 12(3): 182–187.
3. Sackett DL, Rennie D. The science of the art of the clinical examination. JAMA 1992; 267(19): 2650–2652.
4. Damy T, Kallivikbacka-Bennett A, Zhang J et al. Does the physical examination still have a role in patients with suspected heart failure? Eur J Heart Fail 2011; 13(12): 1340–1348.

prof. MUDr. Martin Matějovič, Ph.D.

✉ MATEJOVIC@fnplzen.cz

za specializační oborovou radu v oboru vnitřní lékařství

prof. MUDr. Michal Anděl, CSc. (předseda),
katedra interních oborů 3. LF UK, II. interní klinika
3. LF UK a FN Královské Vinohrady, Praha

prof. MUDr. Vlastimil Ščudla, CSc. (místopředseda),
III. interní klinika LF UP a FN, Olomouc

prof. MUDr. Milan Kvapil, CSc., MBA,
Interní klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

prof. MUDr. Aleš Žák, DrSc.,
IV. interní klinika 1. LF UK a VFN, Praha

prof. MUDr. Miroslav Souček, CSc.,
II. interní klinika LF MU a FN u sv. Anny, Brno

prof. MUDr. Jan Bureš, CSc.,
Katedra interních oborů LF UK a FN, Hradec Králové

Doručeno do redakce: 21. 1. 2014