Image not found or type unknown

Nowa specjalizacja: chirurgiczna asysta lekarza

Szanowni Koleżanki i Koledzy,
Pomimo naszego stanowczego sprzeciwu i rzeczowych argumentów, w dniu 10 listopada 2021 r. ogłoszono nowelizację rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie utworzenia specjalizacji – „chirurgiczna asysta lekarza" (ChAL).
Pragnę przypomnieć, że według uzasadnienia projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia przewidującego specjalizację „chirurgiczna asysta lekarza", potrzeba wprowadzenia tego rozwiązania wynika z niedoboru lekarzy chirurgów w systemie opieki zdrowia. Nie wyjaśniono niestety w żaden sposób, jak wprowadzenie nowego zawodu zmieni ten stan rzeczy. Powiedzmy to sobie wprost, od wprowadzenia chirurgicznego asystenta lekarza liczba chirurgów nie ulegnie zwiększeniu. Nie poprawią się również warunki realizacji szkolenia specjalizacyjnego. Zatem wprowadzenie tego zawodu – jak wskazuje się z powodu niedoboru chirurgów – z całą pewnością w żaden sposób, ani bezpośrednio, ani pośrednio w dłuższej perspektywie czasu, nie zwiększy liczby lekarzy chirurgów w systemie. Oznacza to, że podawane uzasadnienie jest nieprawdziwe. Co więcej, w mojej ocenie wprowadzenie tego zawodu osłabi możliwości prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego. Opisując to obrazowo – przy stole operacyjnym może zabraknąć miejsca dla specjalizującego się lekarza, bo jego miejsce zajmie chirurgiczny asystent lekarzy. Każda asysta, która nie będzie przygotowywać przyszłego samodzielnego chirurga to zmarnowane miejsce przy stole operacyjnym.
Uważam, że skoro problemem systemu jest brak lekarzy chirurgów, to należy zastanowić się jak zwiększyć ich liczbę poprzez np. stworzenie lepszych warunków do odbywania specjalizacji oraz systemu zachęt, a nie poprzez wykrawanie z zakresu naszych zadań i kompetencji kolejnych obszarów i przekazywanie ich osobom wykonującym inne zawody. Chirurgia wymaga zupełnie innej postawy i myślenia w życiu zawodowym. Wymaga szerokiej wiedzy i doświadczenia klinicznego. Wymaga biegłości technicznej. Przyszły chirurg od początku musi operować. Podkreślę to raz jeszcze, wprowadzenie „chirurgicznej asysty lekarza" nie zwiększy liczby chirurgów, zatem niezrozumiałe i nieuzasadnione jest przedstawienie tego pomysłu jako remedium na niedobór chirurgów w systemie ochrony zdrowia.
Ministerstwo Zdrowia wskazuje, że ChAL to zawód funkcjonujący w wielu krajach. Przywoływanie doświadczeń innych państw, w których wprowadzono ChAL dla uczciwości dyskusji wymagałoby przedstawienia powodów wprowadzenia tego zawodu w tych krajach oraz sytuacji kadrowej wśród chirurgów oraz tych zawodów medycznych, których przedstawiciele po odpowiednim przeszkoleniu mogą stać się ChAL. Tego jak dotąd nikt nie wykazał, a w szczególności tego, że wprowadzono go właśnie z uwagi na niedobór chirurgów i problem tego niedoboru rozwiązał.
Dużo większą korzyść przyniosłoby uwolnienie nas od części papierologii, w czym mogłyby pomóc sekretarki medyczne, a nie ChAL. Tak jest w całym cywilizowanym świecie i w systemach ochrony zdrowia tegoż świata cywilizowanego. Tylko nie u nas. U nas do pracy biurokratycznej w ochronie zdrowia używa się lekarzy, a już w szczególności młodych lekarzy. Dzięki temu mamy coraz więcej lekarzy wykształconych w wypełnianiu formularzy, a coraz mniej w wysokiej intelektualnie i naukowej medycynie klinicznej. Jestem pewien, że jeśli sprawy biurokratyczne przejąłby od lekarzy personel pomocniczy, to chirurdzy byliby w stanie spokojnie realizować plany operacyjne.
Osobiście, wolę nadzorować i brać odpowiedzialność za młodego specjalizującego się chirurga, niż

za osobę niebędącą lekarzem, czyli np. magistra inżyniera w dziedzinie nauk medycznych lub nauk o zdrowiu, po szkoleniu, którego szczegółowego programu jeszcze nawet oficjalnie nie przedstawiono. Od zarania naszej kultury, pomocnikami chirurgów byli młodzi chirurdzy. Mistrz kowalski czy szewski miał swojego czeladnika, którego kształcił na mistrza, a nie jakiegoś asystenta, który z definicji nigdy nie zostanie mistrzem.

Wprowadzenie do systemu ochrony zdrowia ChAL, którą stanowić mają m.in. przeszkolone pielęgniarki i ratownicy, w sytuacji, w której ich brak paraliżuje pracę wielu placówek ochrony zdrowia oraz osłabia system ratownictwa medycznego, jest działaniem krótkowzrocznym, nie tylko nierozwiązującym problemów z deficytem chirurgów, a istotnie pogłębiającym problemy związane z deficytem pielęgniarek i ratowników. Nie słyszałem również głosów zachwytu nad pomysłem wprowadzenia ChAL ze środowiska pielęgniarek i ratowników medycznych, raczej wątpliwości i obawy oraz brak entuzjazmu. Nasze Koleżanki i Koledzy pielęgniarki i ratownicy chcieliby przede wszystkim, podobnie jak my, mieć możliwości pracy w godnych warunkach w ramach swoich zawodów, a nie szukać szans ucieczki do innych.

Dotarły do mnie również głosy, że słowa krytyki czy zastrzeżenia odnośnie pomysłu tego nowego zawodu wynikają przede wszystkim z braku zrozumienia uzasadnienia merytorycznej potrzeby jego wprowadzenia. Przypomnę, że uzasadnieniem dla wprowadzania ChAL jest niedobór lekarzy chirurgów. Tymczasem ani w projekcie rozporządzenia, ani w jego uzasadnieniu nie znalazłem odpowiedzi na pytanie, w jaki sposób wprowadzenie ChAL doprowadzi do wzrostu liczby chirurgów. Prawda jest taka, że naszym problemem jest wypełnienie luki pokoleniowej w chirurgii przy pomocy, nazwę to jak najogólniej, zmiany kultury kształcenia w celu osiągnięcia samodzielności nowych chirurgów. Wprowadzenie ChAL nie zwiększy liczby chirurgów, nie zwiększy także możliwości szkolenia specjalizacyjnego młodych chirurgów. To oznacza, że cele ChAL są inne od deklarowanych, a trudna sytuacja demograficzna w naszej dziedzinie medycyny jest instrumentalnie wykorzystywana dla wprowadzenia tego rozwiązania.

Jaki jest prawdziwy cel? Możemy zgadywać. Czy ma to związek z tym, że powstaną nowe stanowiska i miejsca pracy związane z obsługą procesu kształcenia ChAL np. w CMKP i CEM? Czy skorzystają na tym przede wszystkim podmioty, które podejmą się kształcenia przyszłych ChAL? Czy powołany zostanie również konsultant krajowy dla tej nowej dziedziny? Czy jedynym argumentem za wprowadzeniem ChAL jest możliwość wykorzystania grantu na ten cel? To są w moim przekonaniu skutki, jakie przynieść może wprowadzenie ChAL. Nie widzę wśród nich poprawy sytuacji kadrowej w polskiej chirurgii.

Jeśli nie podejmiemy i nie będziemy oczekiwali od rządzących podjęcia zdecydowanych działań, które realnie zwiększą liczbę chirurgów, to za kilka lat doczekamy się kolejnego pomysłu ministra zdrowia, mającego niby poprawić sytuację w chirurgii, a który będzie sprowadzał się do dalszego rozszerzenia kompetencji ChAL na obszary zastrzeżone dla lekarzy chirurgów. To wszystko prowadzi do felczeryzacji zawodu lekarza.

Należy postawić sobie pytanie – czy jest na to zgoda pacjentów? Czy pacjenci będą chcieli, aby część zadań realizowanych przez chirurga wykonywała osoba nie będąca lekarzem? I czy w kwestiach mających tak istotny wpływ na zawód lekarza, dobro pacjentów i działanie systemu ochrony zdrowia, rzeczywiście powinno się pomijać głos środowisk medycznych?

Niestety, w tym przypadku znowu nie było konsultacji, a wszystkie apele i sprzeciwy ekspertów, m.in. samorządu lekarskiego, towarzystw, rezydentów i konsultantów zostały jak zwykle zignorowane.

Podsumowując, rządzący powinni odłożyć plany wprowadzenia ChAL na przyszłość, do czasu kiedy system będzie zapewniał niezbędne minimum bezpiecznej obsady kadrowej w zakresie chirurgów, jak i pielęgniarek i ratowników. Teraz powinniśmy skupić się na jak najszybszym wzroście liczby lekarzy zainteresowanych rozpoczęciem specjalizacji w dziedzinie chirurgii ogólnej oraz na poprawie tych palących problemów systemu ochrony zdrowia, które dotyczą zdecydowanie większej grupy pracowników medycznych. Trwający protest szerokiej reprezentacji zawodów medycznych, zabiegających o poprawę warunków wykonywania tych zawodów, a także o zwiększenie wyceny świadczeń zdrowotnych, jest dowodem, że system polskiej ochrony zdrowia wymaga realnych działań, a nie ciągłego „gaszenia pożarów” i inicjowania pilotażowych szkoleń w

nowych pomocniczych zawodach medycznych.

Z koleżeńskimi pozdrowieniami,
Andrzej Matyja
Prezes Naczelnej Rady Lekarskie