
UNELE ASPECTE PRIVIND FORMAREA SPECIALISTULUI ÎN MEDICINA DE FAMILIE ÎN CADRUL STAGIULUI DE REZIDENȚIAT

SOME ASPECTS REGARDING THE TRAINING OF THE GENERAL PRACTITIONER SPECIALIST IN THE RESIDENCY PROGRAM

S. OPREA; R. OPREA; E. ONACA; SORINA POP; MARIA CONDOR

Disciplina Medicină de Familie – UMF ” Iuliu Hațieganu” Cluj- Napoca

Rezumat

Medicina de Familie , o specialitate cu un profil particular ancorată în asistența primară parcurge un drum anevoios spre deplina recunoaștere ca urmare a unor obstacole generate de spiritul conservator a comunitatii medicale și a institutiei ministeriale . Pregătirea prin stagiul de rezidențiat reclmă măsuri legate de structura, curricula si baza materială . In stadiul actual, pregătirea este neuniformă si acoperă doar parțial obiectivele și recomandările CE prin Directiva 36/2005. Formarea specialistului în cadrul stagiului de rezidențiat trebuie orientată spre satisfacerea nevoilor de asistență ale individului, familiei și comunității, cu accent spre medicina omului sănătos . In formula actuală , formarea și perfecționarea specialistului în medicina de familie este marcată de o serie de deficiențe structurale și de atitudine . Ca un corolar a celor expuse crearea cabinetelor universitare asociate catedrelor ar putea fi de bun augur in extinderea bazei materiale necesară pregatirii în specialitate. În concluzie, se impune reformularea și reevaluarea programului de pregătire , elaborarea unei curricule adecvate și nu în ultimul rând, o schimbare de atitudine a viitorului medic de familie care trebuie să înțeleagă că pe o piață a muncii concurențială pregătirea în specialitate presupune o mare responsabilitate ce depășește cu mult interesele de moment.

Medicina de familie multă vreme „cenușăreasa” medicinei, câștigă tot mai mult teren în sistemul actual de asistență publică în primul rând prin accesibilitate și servicii de calitate la prețuri acceptabile pentru populație. Cu toate acestea drumul ei spre totala recunoaștere este marcat de o serie de obstacole generate de spiritul conservator sau poate chiar teama de nou pe care o întâlnim chiar în cadrul comunității medicale din diverse alte specialități si nu în ultimul rând din partea instituției medicale ministeriale. Pregătirea prin stagiul de rezidențiat este parțial compromisă și ca urmare a structurii inadecvate(stagii

prea scurte sau prea lungi în anumite specialități , spitale și cabinete cu medici nepregătiți și neinteresați de pregătirea acestor specialiști) dar și de rezidențiatul cu timp parțial cu toate cutumele lui. In acest context este greu de acceptat că o parte din viitori specialiști au vocatia acestei specialități .

1. Dificultățile generate de această situație ar putea fi formulate astfel:

- Numărul mare de rezidenți în specialitate , din care o buna parte o constituie cei redistribuiți din alte specialități în care nu au intrunit baremul

și care nu sunt interesați de specialitate , sunt „doar în tranziție” în speranța unui nou rezidențiat .

- Pregătirea lor este ne-uniformă întrucât se desfășoară atât în centre universitare cât și în Spitale Județene și cabinete de M.F. nepregătite pentru instruirea în specialitate conform Directivelor 93/16 ale U.E respectiv Directiva CE /36/ 2005.
- În aceste condiții apar dificultăți de comunicare și o prezență deficitară la cursurile și stagiile organizate de catedră. Curricula de pregătire este și ea neadekvată iar structura pregătirii în rezidențiat cu 2 ani în clinică sau secții de spital în care nu se respectă instruirea teoretică și practică în specialitate conduce mai degrabă , la formarea unui “mic clinician” orientat în probleme curative în detrimentul problemelor de prevenire și depistare precoce.
- La nivelul cabinetelor de medicină de familie/ cabinetelor din ambulatorul de specialitate, prin specificul activității desfășurate, rezidenții au adesea dificultăți legate de asumarea de responsabilități și inițiative, în special atunci când numărul rezidenților repartizați unui cadru didactic sau medic de familie instructor este mare. În prezent activitatea cu rezidenții stă sub semnul constrângerilor temporale și spațiale respectiv timp prea scurt pentru acoperirea conținutului curriculei și număr prea mare de rezidenți pentru spațiile disponibile.

2. Propuneri de îmbunătățire a activității :

Formarea specialistului în medicina de familie în cadrul stagiului de rezidențiat trebuie orientată spre nevoile asistenței individului, a familiei și a comunității și din acest motiv structura stagiului de rezidențiat ar trebui reevaluată.

În această situație considerăm ca pe parcursul celor 3 ani, alocarea a 2 ani pentru stagiul clinic (cursuri + stagiu) va conduce, mai degrabă la formarea unui “mic clinician” orientat în probleme curative în

detrimentul problemelor de prevenire și depistare precoce , preocupat de strategii terapeutice sofisticate și costisitoare netinând cont de resursele financiare ale familiei , de bolnav ca unitate integrată ,de contextul epidemiologic al familiei.

Inconveniente în acest context sunt legate de (1, 2) :

- lipsa unui concept unitar privind rolul și locul medicului de familie în comunitate (deși întreaga asistență medicală primară ar trebui construită pe contribuția medicului de familie);
- nu dezvoltă spiritul de responsabilitate personală și a spiritului de echipă în măsura în care medicul de familie este și un gater-keeper a pacientului său;
- se pregătește pe o patologie preselectată prin specificul clinicii, iar decizia diagnostică și terapeutică de cele mai multe ori este în dezacord cu resursele financiare ale familiei și cu unitatea psihosomatică a individului;
- nu abordează probleme legate de aspectul bio-psiho-social al asistenței medicale, concentrându-se pe problema individului și nu a familiei și mai ales al comunității în condițiile în care cel puțin pentru secolul XXI ideea de sănătate a omului ca individ tinde a fi înlocuită cu cea a sănătății colectivităților umane respectiv sănătatea comunitară ;
- abordează la limită probleme de geriatrie și dispensarizare (supravegherea activă a bolnavului cronic, a gravidei cu și fără risc etc.), strategia examenelor de laborator; îngrijiri paliative, comunicarea cu comunitatea, autorități locale , școli , grădinițe, practicieni ai medicinei tradiționale, alți specialiști , etc.;
- nu abordează problema asistenței la domiciliu a bolnavului cu prognostic rezervat (în principiu medicii de familie nu fac parte din echipa de asistență a bolnavului terminal, deși la domiciliu ei sunt primii care sunt solicitați),
- oferă relativ puține informații practice privind urgența prespitalicească.

În dorința unei pregătiri moderne și eficiente se impune rezolvarea unor aspecte legate de (2,3,4,5) :

- Redimensionarea și restructurarea stagiului de rezidențiat în specialitatea medicină de familie (propunem 4 ani din care primele 6 luni sub directă îndrumare a Catedrelor);
- Dezvoltarea catedrelor de Medicină de Familie ca unități de coordonare a stagiului de rezidențiat în medicina de familie.
- Crearea și dezvoltarea unei baze moderne de învățământ în medicina de familie prin obținerea statutului de Unitate Universitară pentru ambulatoriile de specialitate în care își au sediile aceste catedre și care oferă în plus posibilitatea rotirii rezidenților în mai multe cabinete.
- Sprijinirea realizării unei dotări materiale adecvate pentru un proces de învățământ modern, implicarea Universității în întreținerea adecvată a cabinetelor și în dotarea acestora.
- Dezvoltarea în continuare a metodelor moderne de predare și învățare: cursuri interactive, dezbateri de grup ale unor probleme reale ale medicinei de familie, jocuri de rol, rezolvare de probleme etc).
- Înființarea unor cabinete MF universitare, în care își desfășoară activitatea colaboratori ai catedrei respectiv instructori formatori , inclusiv cadre asociate, medici primari atat la nivelul centrelor universitare cat si in judetele arundate;
- Stabilirea unui cadru corect și clar privind statutul colaboratorului în ceea ce privește instruire, atestare, retribuție, obligații .
- Nominalizarea cabinetelor în care urmează să se desfășoare activitate cu rezidenții , reclamă o atență alegere în funcție de dotare și calitățile profesionale ale medicului titular, care la rândul lui ar trebui cuprins într-un program de pregătire unitar și ulterior acreditat să lucreze în condițiile cerute de formarea specifică a medicului de familie .
- Stagiul de rezidențiat pentru anul I și II ar fi bine ca sub raportul activității practice să se desfășoare în ambulatoriul clinicilor și nu în staționar, dar după o programă cât de cât

adaptată pentru medicii de familie. Acest aspect ar putea fi ameliorat prin crearea unor centre de pregătire și perfecționare respectiv a unei policlinici universitare sau chiar a unui institut .

- În perioada de pregătire în cabinetele medicale , considerăm că ar fi util ca fiecare rezident să efectueze o temă de cercetare de care să se țină seama la notificarea finală .
- Elaborarea unei curricule educaționale care să permită abordarea uniformă a predării , cercetării și instruirii, respectînd normele U.E. – Directiva 93/16 respectiv Directiva CE /36/ 2005.
- Conținutul în mod necesar trebuie corelat cu tematica pentru examenul de specialitate și cu nevoile de asistență specifică în mediul rural , cu accent pe pregătirea practică.
- Respectarea programului de pregătire în clinicile de specialitate.
- Selectarea unui cuantum de abilități necesare practicării medicinei de familie.
- Organizarea concursului de intrare în rezidențiat și a examenului de atestare în specialitate, pe o tematică adaptată cu o bibliografie actualizată periodic iar numarul rezidentilor sa fie in concordanta cu nevoile sistemului pentru anul respectiv.
- Din respect pentru instituția ministeriala si pentru specialitatea in sine consider ca nefondată chiar inacceptabilă perpetuarea ideii de redistribuire.

Catedra Medicină de Familie, prin conținut și preocupări este cel mai bine inserată în pregătirea rezidentului în practica medicului de familie și totuși ea nu este suficient implicată în pregătirea rezidenților de anul II și III și nici în redactarea curriculei educaționale, deși este coordonator în acest program. Normarea Catedrei cu cursuri și stagii atât în primele 6 luni dar si in anul III care să completeze cunoștințele acumulate în clinică apare ca o necesitate în pregătirea și formarea specialistului în medicina de familie.

Avantajele care decurg din aceasta ar putea fi următoarele (1, 2) :

-
- pregătirea specifică în practica medicinei de familie;
 - dezvoltarea simțului clinic (în lipsa unor tehnici de vârf), a spiritului de echipă și a spiritului de răspundere personală (medicul de familie lucrează de cele mai multe ori singur și nu în echipă);
 - armonizarea și dezvoltarea relațiilor cu membrii echipei din linia întâi (asistenta de circumscripție, asistenta socială, asistenta obstetriciană, fizioterapeutul, farmacistul, autoritățile locale, comunitatea, practicieni ai medicinei tradiționale etc.), medici specialiști din diferite domenii – linia a 2-a-(specialiștii din Ambulatoriile de Specialitate ,Centrele de diagnostic și tratament, Policlinici alte unitati ambulatori integrate) și linia a 3-a (specialiștii din clinică);
 - justa dimensionare a activității medicului de familie în problematica medicinei omului sănătos (accentul pe prevenire primară și depistare precoce a îmbolnăvirilor) – renegocierea cu CAS a pachetelor de servicii prestate de medicul de familie;
 - aprofundarea cunoștințelor în probleme de educație sanitară.
 - abordarea individului în dimensiunea lui bio-psiho-socială;
 - abordarea problemelor de patologie în contextul familiei, mediului ambiant, profesional, comunitate;
 - formularea unor strategii de cercetare, nu atât sub raportul metodologiei cât mai ales a problematicii abordate.
- conținutul curriculei în mod necesar trebuie corelat cu conținutul tematicii pentru examenul de specialitate cu accent pe pregătirea practică .
 - pregătirea teoretică și practică trebuie corelată si cu nevoile de asistență specifica în mediul rural .
 - respectarea programului de pregătire în clinicile de specialitate
 - selectarea unui quantum de abilități necesare practicării medicinei de familie
 - pregătirea în capitale de județ acreditate nu cred că vor crește calitatea profesională a medicului de familie cel puțin pana la crearea unor structuri de tip universitar respectiv dispensare universitare.
 - este necesară o schimbare de atitudine a medicului de familie care trebuie să înțeleagă că pe o piață a muncii concurențială pregătirea în specialitate presupune o mare responsabilitate ce depășeste cu mult interesele de moment.

Concluzii

- reducerea numărului de rezidenți și abandonarea ideii de redistribuire.
 - reformularea și reevaluarea programului de pregătire în rezidențiat a medicului de familie apare ca o necesitate a pregătirii specifice.
 - elaborarea unei curricule care să permită abordarea uniformă a predării, cercetării și instruirii, respectând normele UE – Directiva 93/16 respectiv Directiva CE 36/2005.
-