

12 **Potřeba strukturovaného a otevřeného specializačního vzdělávání v onkologii.**

Žaloudík J.

Masarykův onkologický ústav, Brno

Zákon 95/2004 o specializačním vzdělávání lékařů a farmaceutů je špatný. Pokud by se ho snad podařilo naplnit, nastavil by na dlouhou dobu novou etapu omezení v lékařském vzdělávání. Pro svou nepromyšlenost a nepřipravenost se ho naštěstí nepodařilo uvést v život ani v přípravném dvouletém období 2004-2006, ani od dubna 2006 dosud, tedy již rok po jeho formální úplné platnosti. Zaslouhuje rychlou nouzovou novelizaci a perspektivně zcela novou podobu. Nepotkal jsem zatím nikoho, kdo by tento zákon hájil jako dobrý a ve své současné podobě realizovatelný. Nehlásí se k němu ani jeho garanti a autoři snad s odvoláním, že jde o zákonodárnost kolektivní.

Všichni zajisté zákony respektujeme. Bohužel i ty špatné. Uvádíme se tak občas do kolektivní schizofrenie naplňování nenaplnitelného zákona či respektování zákona, k němuž nechováme respekt. Špatným vzdělávacím zákonem uvádíme do obtížné situace nyní především mladé kolegy. Sami tiše vzpomínáme na doby, kdy my starší jsme se specializačním vzděláváním tolik problémů neměli. Šlo o dvoustupňový atestační systém s možností dalších nadstavbových atestací, celoživotně otevřený, poměrně funkční i flexibilní. Plné tři roky jsme už propásli ignorancí, taktizováním, žvaněním a administrativními tanečky. Patří k našemu národnímu údělu vymýšlet sami na sebe nemoudré zákony a pak je s nasazením všech intelektuálních sil vykládat do podoby, která se dá aspoň přežít.

Zákon 95/2004 i se svým euronevidaným seznamem 83 oborů, v nichž se lékaři mohou specializovat, však zatím platí. Jeho kýžená novelizace se může nakonec také zvrhnout. Navíc není v některých oborech dosud prodiskutováno a vyřešeno jakou podobu vzdělávání vlastně potřebují a k jakému obrazu, účelu a prospěchu má být adept vychován. Je mi osobně velmi líto, že k těmto oborům patří také onkologie, byť se mnozí tváří, že všechno je jasné. Není a bohužel nebylo ani v minulosti. Jen je to s novým zákonem ještě horší.

Podle Zákona 95/2004 lze získat specializační kvalifikaci v oborech klinická onkologie, dětská onkologie a radiační onkologie. Do specializačních vzdělávacích programů se vstupuje bez prekvizit, prakticky hned po promoci. Rovněma nohama do specializace či dokonce superspecializace.

Komentář je možná dobré začít lékařským tajemstvím, jakkoli zní kacířsky, že totiž klinická onkologie není obor. Tento název oboru u nás postupně vznikl žonglováním s termíny „clinical oncology“ a „medical oncology“. Pravým obsahem našeho „oboru“ klinická onkologie je ovšem „interní onkologie“. Zcizení názvu klinická onkologie pro onkologicky profilované internisty zabývající se chemoterapií nádorových onemocnění, tedy adjuvantní a paliativní medikamentózní léčbou solidních nádorů a jejich systémových komplikací je podstatou zmatení jazyků i vytěsněním účasti oborů jiných za rámec klinické onkologie.

Klinická onkologie není obor, nýbrž označení nutného multidisciplinárního rámce oborové součinnosti v diagnostice, léčbě, dispenzarizaci i prevenci nádorových onemocnění. Zahrnuje obory chirurgické, radioterapii, interní obory včetně specialistů na chemoterapii, ovšem i obory diagnostické. Teprve jejich provázanost v péči o onkologicky nemocné vytváří rámec klinické onkologie, kterým samozřejmě rozumíme nejen práci v lůžkových zařízeních, nýbrž i činnosti ambulantní. Přídavné jméno „klinická“ je pro praxi vlastně abundantní a měla se snad pouze vymezit proti onkologii experimentální. Z dobrých důvodů však v medicíně netrváme na označeních klinická chirurgie, klinická gynekologie, klinická pediatrie, klinická urologie, klinická revmatologie a tak dále. Že by už zbyla coby klinická jen onkologie? Nikoli. Je to jen klamné české označení pro interní onkologii čili pro *medical oncology*.

Označení oboru „klinická“ onkologie tolik nevadilo v dřívějším atestačním systému, kdy šlo o nadstavbovou atestaci, kterou mohli získat erudovaní internisté, pediatři, ovšem i specialisté z chirurgických oborů, kteří se v rámci svého základního oboru a kompetencí profilovali na léčbu nádorových onemocnění. Předmětem vzdělávání a zkoušek byla kromě základních znalostí z biologie, patologie, klasifikace a obecných diagnosticko-léčebných strategií zejména chemoterapie nádorových onemocnění a léčba komplikací h chemoterapií způsobených. Examinátory byli interně profilovaní onkologové, obvykle s participací radiačních onkologů v komisi. Nebylo to úplně dokonalé, ale akceptovatelné, protože adeпти z chirurgických oborů přicházeli s již zažitou znalostí onkochirurgické problematiky a obzor si rozšiřovali spíše jen v oblasti konzervativní léčby. Pouze hrozilo pouze, že adeпти z interních oborů si nerozšíří obzor směrem do onkochirurgické problematiky. Pro praxi to nebylo ani potřeba, indikačně se spoléhalo na zdůrazňovanou multidisciplinární součinnost.

Teoreticky prý také hrozilo, že se nekritický chirurg, vybavený nadstavbovou atestací z klinické onkologie, pustí třeba do chemoterapie lymfomů jak tomu snad byl formálně oprávněn. Lékaři jsou však lidé převážně rozumní a já sám o takových ambicích ani příkladu nevím. Stejně tak nevím, že by se třeba někdo z hematooonkologů pouštěl do operační léčby nádorů, byť jde rovněž o metody onkologické léčby.

V posledních letech platnosti starého vzdělávacího zákona se diskutovalo o možnosti funkční nadstavbové atestace z onkologie pro zájemce z chirurgických oborů s vymezením oblasti jejich profílace, tedy obecně onkochirurgické, onkourologické či onkogynekologické. Ne snad proto, aby tito specialisté nezačali rozšafně léčit leukémie, ale zejména proto, aby v jejich zkušebních komisích participovali také příslušně profilovaní odborníci z chirurgických oborů a o tématech se hovořilo vskutku komplexně, tedy ve smyslu skutečné klinické onkologie.

VZDĚLÁVÁNÍ V ONKOLOGII

Po léta dřímala určitá kompetenční tenze mezi internisty-chemoterapeuty atestovanými z klinické onkologie a radioterapeuty atestovanými v oboru radioterapie, jehož náplní byla rovněž chemoterapie se zdůvodněním, že jde o součást onkologické léčby, například kombinované chemoradioterapie. Měli jsme tedy, a dodnes máme, několik skupin kvalifikovaných lékařů aplikujících protinádorovou chemoterapii u solidních nádorů. Lékaře atestované v oboru klinická onkologie, lékaře atestované v oboru radioterapie, nemnohé lékaře s atestací v obou těchto oborech. A pak ovšem lékaře atestované z pouze gynekologie, urologie či pneumologie i dalších oborů, kteří ovšem protinádorovou chemoterapii indikovali a aplikovali v praxi rovněž. Někteří z nich pod vlivem tlaků či hledání kvalifikačních jistot úspěšně absolvovali onu nadstavovou atestaci z klinické onkologie, byť jejich aspirací nebylo překročit hranice svého oboru směrem k jiným nádorovým diagnózám. Takový byl stav onkologického vzdělávání pokud jde o solidní nádory a ten dosud určuje současnou kvalifikační základnu specialistů v onkologii.

Samostatně se vyvíjeli specialisté v hematoonkologii, kombinující zpravidla vzdělání interní, hematologické a případně i v klinické onkologii, ovšem bez aspirací věnovat se solidním nádorům. V hematoonkologii se stále více projevoval koordinační a garanční vliv oboru hematologie než oné širokospektré klinické onkologie. Podobně tomu bylo a je v dětské onkologii, kde máme pediatrické specialisty profilované v onkologii, zpravidla také s atestací z klinické onkologie, ale zase bez ambicí léčit dospělé onkologické pacienty.

Popsaný stav minulých desetiletí jasně ukazuje, že vzdělávání v onkologii byl a zůstane složitě strukturovaný problém. Nicméně to byl vzdělávací systém funkční, schopný vývoje a produkující vesměs kvalitní odborníky, protože onkologie byla pojata jako nadstavbový obor, do něhož už vstupovali lékaři již kvalifikovaní v základních oborech.

Teď máme zákonem daný systém jednostupňový, v němž klinická (respektive interní) onkologie, radiační onkologie a dětská onkologie jsou ustanoveny obory základními, jedinými a z hlediska vzdělávaného adepta konečnými. *Naprosto skončila jakákoli možnost získání onkologické kvalifikace či certifikované profilace pro chirurgické obory.* Je to dáno především onou striktní jednostupňovostí. O zavedení specializačního oboru chirurgické onkologie nemá smysl usilovat, neboť jako neexistuje univerzální chirurg, tak neexistuje ani univerzální onkochirurg. Může existovat pouze onkologicky profilovaný chirurg, urolog, gynekolog, otorhinolaryngolog, neurochirurg. Pro svou profilaci, kvalifikaci a kompetenci však není schopen získat žádný certifikát. Kompetence operovat nádory bude mít jen jako součást náplně svého základního oboru.

To je samozřejmě krok zpět, kamsi do historie. V onkologii totiž neléčí jen operační výkon, záření či cytostatikum, ale také algoritmus a včasná diagnostika. Do výsledků péče se promítají algoritmus vyšetřovací, algoritmus a timing kombinací léčebných modalit, dispenzarizační režim, postupy v prevenci primární, sekundární i terciární. O všech těchto aspektech bude již s plnou kvalifikací přemýšlet a rozhodovat pouze klinický onkolog, radiační onkolog nebo dětský onkolog. Lékaři z chirurgických, ovšem také interních, oborů nebudou nadále moci kvalifikovaně hovořit do indikací a taktiky onkologické léčby, byť by péče o onkologicky nemocné tvořila i velkou nebo převážnou část jejich každodenní praxe.

Tato polemika by mohla být pokládána za pouhé rétorické cvičení, nebýt ovšem pasportizací a nasmlouvávání kompetencí a úhrad výkonů a činností zdravotními pojišťovami. Dříve či později začnou potíže, včetně sporů kompetenčních a odpovědnostních. Každý ponese jen tu svoji za svůj dílčí výkon. Komplexnost přístupu vypadne zcela a v lepších zařízeních ji budou možná substituovat komise. Čeká nás komisionální onkologie ultraspecialistů s univerzálním klinickým onkologem (už ne ani internistou) jako předsedou podniku. Uplný absurdistan pro rozhodování nad pacientem snad doufejme nehrozí, protože v lokálních podmínkách si rozum zpravidla najde cestu, ať již v souladu se špatnými pravidly či mimo ně.

Poměrně nejlépe se v novém systému jednostupňové kvalifikační přípravy může dařit radiační onkologii, která prostě vzdělá adepty v léčbě záření. Záření je užíváno v drtivé většině indikací k terapii nádorových onemocnění. Tento obor si nesporně stanovil i jakýsi rozsah kompetencí v chemoterapii, což bude či nebude předmětem dalších diskusí s klinickými onkology, nicméně samotná odbornost radiační onkologie tím netrpí.

Zalostným produktem našeho monotematického vzdělávání v klinické onkologii bude ovšem podle nového zákona onen klinický onkolog. Odborník rychle vzniklý a dosud nevídaný, zcela nepodobný našim dosavadním váženým a zkušeným internistům, kteří se dále specializovali v péči o onkologicky nemocné a v chemoterapii nádorových onemocnění.

Z hlediska analýzy rizik je protinádorová chemoterapie vlastně řízená klinická toxikologie. Rizika, která přináší progresse nádoru jsou mnohdy v zájmu jeho poničení či pozastavení ještě násobena rizikem obligátní toxicity protinádorové medikamentózní léčby. Často se tak děje v terénu dalších interkurentních onemocnění. Tedy zpravidla problém pro zkušené internisty. Tím klinický onkolog nebude. Absolvuje prý snad jakýsi kmen interní průpravy spolu s jinými průpravami a poté se vydá už do širého světa onkologie, mozkovými nádory počínaje, rakovinou rekta konče. Nelze než přát mu hodně štěstí. Rozhodne o všem, máloco, kromě aplikace protinádorových medikamentů, však sám vyřeší. Asi ani vážnější léčbou indukované komplikace. Bude především shánět konzilia. Konzilium interní, intenzivistické, hematologické, gastroenterologické, chirurgické, urologické, gynekologické a další. Dokonce i konzilium paliativního specialisty, protože už máme také samostatný obor paliativní medicína. Absolventem je paliativní lékař, paliativce, paliatr, paliatolog, ani nevím. Konziliární svět, vzešlý z jeho vlastní limitace, z obav, z alibismu, pohltí nového klinického onkologa a promění ho v každodenního organizátora konzilií. Nepochybují, že klinický onkolog bude ochotně zahrnován především případy pokročilých nádorových onemocnění a z tohoto úhlu pohledu začne nahlížet na takzvanou klinickou onkologii, na její smysl, cíle i strategii. Bude reprezentantem vidění klinické onkologie odzadu, s čímž se i tak celá desetiletí potýkáme a s novým zákonem už z toho nevybředneme. Nejméně dvě třetiny případů onkologické praxe budou však ve skutečnosti řešeny mimo kompetence tohoto klinického onkologa nové doby. A časný záchyt nádorových onemocnění jakbysmet. Klinického onkologa budou mít nesporně rády farmaceutické firmy a nejlépe časem udělá, když se uchýlí

VZDĚLÁVÁNÍ V ONKOLOGII

k řídicím a koordinačním činnostem. Většina péče o dospělé onkologicky nemocné se solidními zhoubnými nádory se bude nadále odehrávat v rukou těch, kterým Zákon 95/2004 získání jakékoli nadstavbové onkologické kvalifikace jednou provždy odepřel.

Málokterý obor klade na zkušenosti a osobnost lékaře takové nároky jako dětská onkologie. Zkušený pediatr s onkologickou profilací je pro zdravotnictví poklad. Primárně rychle vzniklý dětský onkolog může být naopak osobou rizikovou. Snad se v nějaké zrychlené verzi s celou šíří pediatrie nějak seznámí než utone v protinádorové chemoterapii. Pediatrie je možná oblast kompaktnější, byť si pro Zákon 95/2004 vymyslela asi patnáct primárních superspecializací. Nějak si to asi pediatrii vyřeší. Děti, doufejme, neutrpí. Nádorových onemocnění v dětském věku je naštěstí pouze jedna setina z počtu ve věku dospělém a kompetence dětských onkocenter je jasně definovaná na pár míst.

Specializovaní hematookologové zcela jistě nevzniknou z klinických onkologů, nýbrž na bázi oboru hematologie, který našich šest center v republice ovlivňuje více než širokospektrá onkologie. Definičně se tak hematookologové dostanou podobně jako chirurgové také mimo obor klinické onkologie. Budou to prostě hematologové. Asi nejsou spolu se svou oblastí leukemií a lymfomů dost „kliničtí“ ani dost onkologičtí.

Existuje vůbec východisko z tohoto pochmurného scénáře? Jistě. Neprodlená novelizace Zákona 95/2004 tak, aby by otevřený a nebránil víceúrovňové specializačnímu vzdělávání. V samotné onkologické komunitě je už teď nutno rychle pracovat na skutečné definici cílů a potřeb specializačního vzdělávání v onkologické problematice ve strukturované a dostatečně flexibilní podobě. Kromě oborové šíře musí být v tomto řešení především respektována hlavně potřeba dvoustupňového vzdělávání, otevřeného i dalším nadstavbám a profilacím jak je praktické potřeby a vývoj medicíny přinesou. *Onkologie je typicky nadstavbová problematika nad obory základní, interní, chirurgické a brzy i diagnostické.*

Univerzální klinický onkolog neexistuje, klinická onkologie jako samostatný obor je fikce. Klinická onkologie je koncept víceoborové součinnosti. E pluribus unum, jak stojí psáno na dolarových bankovkách. Nadstavbovými obory pro širokou problematiku onkologie jsou interní onkologie, hematologická onkologie, dětská onkologie, chirurgická onkologie jako funkční nadstavbové specializace v rámci jednotlivých chirurgických oborů. Radiační onkologii čili radioterapii sluší statut oboru základního.

Máme v srpnovém věstníku z loňského roku uvedeno sedmáct komplexních onkologických center pro solidní zhoubné nádory dospělých, jeden pozapomenutý specializovaný rezortní onkologický ústav, šest hematookologických center a dvě centra dětské onkologie. Zda tato účelná integrace onkologické péče bude celým zdravotnickým systémem respektována a pojišťovenským systémem nakonec i zohledněna je dosud zcela ve hvězdách. Je to však aspoň dostatečná základna pro strukturované onkologické specializační vzdělávání lékařů. Ovšem takových lékařů, kteří již zvládli základy oboru, v jehož rámci se hodljí onkologicky nemocným věnovat. Kapacity pro realizaci programů specializačního vzdělávání ani v onkologii nechybějí. Zatím chybí jen zákonodárny rozum.