

Stanowisko Krajowego Nadzoru Kardiologicznego i Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego dotyczące specjalizacji z kardiologii, przedstawione na spotkaniu Rady Naukowej przy Ministrze Zdrowia w dniu 25 lutego 2009 roku, w którym wzięła udział Minister Zdrowia Ewa Kopacz

prof. dr hab. n. med. Grzegorz Opolski¹, prof. dr hab. n. med. Andrzej Rynkiewicz²

¹ Konsultant krajowy w dziedzinie kardiologii

² Prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego

Kardiologia 2009; 67: 357

W Polsce nie ma wystarczającej liczby kardiologów, zwłaszcza kardiologów interwencyjnych, elektrofizjologów, lekarzy wykonujących zabiegi wszczepiania kardiowerterów-defibrylatorów serca (ICD) i stymulatorów oraz zajmujących się nieinwazyjną diagnostyką obrazową (echokardiografia, tomografia komputerowa oraz rezonans magnetyczny). Ich liczbę, bazując na średniej w państwach Unii Europejskiej, powinniśmy zwiększyć blisko 2-krotnie (z 50 na milion mieszkańców do 90 na milion mieszkańców). Przede wszystkim chodzi jednak o poprawę jakości kształcenia adeptów kardiologii przy jednoczesnym skróceniu okresu do uzyskania tytułu specjalisty.

Spełnienie powyższych celów wymaga zachowania specjalizacji z kardiologii w dotychczasowym kształcie, jako specjalizacji podstawowej. Jednym z największych sukcesów środowiska kardiologicznego ostatnich lat było bowiem wprowadzenie od 2007 roku kardiologii do wykazu specjalności podstawowych. Program specjalizacji opracowało grono wybitnych ekspertów i profesorów kardiologii, którzy swą wiedzę czerpali nie tylko z polskiego, ale i europejskiego systemu kształcenia kardiologów. Program ten, co warto podkreślić, jest zgodny ze swoistą dyrektywą unijną, za jaką można uznać stanowisko *European Union of Medical Specialists* (EUMS/UEMS).

Sześćioletni system specjalizacji (2 lata „rozproszonego” modułu internistycznego plus 3 lata kardiologii plus rok kształcenia specjalistycznego w wybranej podspecjalizacji kardiologicznej) jest rozwiązaniem optymalnym. Dokładne rozpisanie 24-miesięcznych staży w szczegółowych dziedzinach interny, ale z możliwością ich realizacji w dowolnym czasie w trakcie 5 lat specjalizacji, pozwala na równoczesne pogłębianie wiedzy kardiologicznej i prawidłowe kształcenie w zakresie umiejętności praktycznych, w tym uczestnictwa i wykonywania wysokospecjalistycznych procedur. Wpro-

wadzenie 2–3-letniego „szybnego” modułu internistycznego na początku kształcenia oznacza praktyczną nieobecność i brak udziału w szkoleniu kardiologicznym przyszłych adeptów kardiologii już na początku ich drogi zawodowej. System ten jest nieelastyczny, utrudnia pracę na oddziałach kardiologicznych, jest nieprzyjazny szkolącym się. Propozycja podziału egzaminu specjalizacyjnego na dwa odrębne egzaminy wydaje się nieprzekonująca, gdy za egzaminem tzw. modułu podstawowego nie kryje się wymierny efekt w postaci przyznania stopnia specjalizacji (dawnej „jedynki”). Nie sądzimy również, aby propozycja mnożenia egzaminów państwowych w trakcie uzyskiwania tytułu specjalisty z dziedziny kardiologii dla absolwentów medycyny została przez nich entuzjastycznie przyjęta; sama sprawa odpowiedzialności i opieki nad specjalizantem (różni opiekunowie różnych modułów?) również wzbudza liczne kontrowersje.

Podsumowując, w XXI wieku kardiologia, wywodząca się z chorób wewnętrznych, zasługuje na wyodrębnienie jej jako osobnej specjalizacji. Dziedzina ta obejmuje swoimi kompetencjami najważniejszy problem epidemiologiczny Polaków – choroby układu krążenia, które nadal wyprzedzają wszystkie inne przyczyny zgonów w naszym kraju. Specyfika kardiologii polega również na tym, że kształci ona obecnie specjalistów węższych dziedzin (elektrofizjologia zabiegowa, elektrostymulacja, kardiologia inwazyjna), a potrzeba „szybszej ścieżki” ich specjalistycznego, zabiegowego kształcenia podyktowana jest przede wszystkim koniecznością zapewnienia kadry pracującej obecnie m.in. w 100 oddziałach i pracowniach kardiologii inwazyjnej, pełniących całodobowe dyżury hemodynamiczne dla chorych z ostrymi zespołami wieńcowymi. W przeszłości neurologia i dermatologia były częścią interny, nie tak dawno jeszcze kardiochirurgia była częścią chirurgii, a dzisiaj nikt nie myśli o tym, żeby przywrócić te dziedziny do interny czy chirurgii.