

## Z perspektywy rezydenta

Aleksandra Kukla

Assistant Professor of Medicine, Division of Renal Diseases and Hypertension, University of Minnesota, Stany Zjednoczone

Kardiologia Pol 2007; 65: 218-220



*Jest druga rano w jednym z amerykańskich szpitali. Odzywa się pager. Albena, młoda lekarka z Bułgarii odbywająca tutaj staż z chorób wewnętrznych, powoli podnosi słuchawkę i wybiera numer wyświetlony na pagerze. Zmęczona pielęgniarka po drugiej stronie linii informuje, że nowy chory został przyjęty do szpitala.*

Albena jest jednym z wielu lekarzy obcokrajowców nazywanych tutaj IMG (*international medical graduates*). IMG mogą odbywać staż specjalizacyjny w amerykańskim szpitalu po zdaniu egzaminów nostryfikacyjnych, obejmujących testy z podstawowych i klinicznych nauk medycznych oraz egzamin praktyczny.

Następny etap to znalezienie szpitala, w którym można odbyć szkolenie. Odbywa się to przez organizację zwaną *National Resident Matching Program* (NRMP), która zajmuje się umieszczaniem kandydatów w szkolących szpitalach, z uwzględnieniem preferencji obydwu stron. Specjalnie skonstruowany system elektroniczny ułatwia kandydatowi wysłanie podań o odbycie stażu do wybranych przez niego programów. Na podstawie kwalifikacji chętnych szpitale decydują, kto zostanie zaproszony na rozmowę o pracę, czyli *interview*. Po odbyciu *interview* młodzi lekarze wysyłają do NRMP listę szpitali, w których chcieliby odbywać staż. Podobna lista dotycząca kandydatów zostaje wysłana przez programy specjalizacyjne.

Dostanie się na staż w amerykańskim szpitalu to dopiero początek. Kandydata czeka teraz ciężka praca, ponieważ wiele rzeczy będzie się musiał uczyć od początku. Chociaż medycyna jest przecież taka sama, organizacja programów specjalizacyjnych jest specyficzna dla Stanów Zjednoczonych.

Rezydentury z podstawowych specjalizacji, włączając w to specjalizację z chorób wewnętrznych, trwają tu śred-

nio 3 lata. Potem można dodatkowo zrobić nadspecjalizację, zwaną *fellowship*, trwającą 1–3 lat, np. *fellowship* z kardiologii trwa 3 lata, z nefrologii – 2 lata. Po ukończeniu programu *fellowship* można zdobywać dodatkowe doświadczenie, odbywając *advanced clinical fellowships*. Specjaliści z kardiologii mogą zdobyć dodatkowe umiejętności, np. z kardiologii interwencyjnej, elektrofizjologii, niewydolności krążenia/transplantologii kardiologicznej, oraz *cardiovascular imaging* obejmujący echokardiografię, tomografię komputerową oraz rezonans magnetyczny.

Cały system szkolenia rezydentów jest w Stanach Zjednoczonych bardzo dobrze zorganizowany. Sentencja „nauka przez pracę” znajduje tu dobre odzwierciedlenie. Rezydent kończący program czy *fellow* ma być w pełni przygotowany do niezależnego funkcjonowania. Młody lekarz po skończeniu rezydentury, zwany *attending physician*, samodzielnie przyjmuje pacjentów w przychodni i w szpitalu. Stanowisko ordynatora oddziału tutaj nie istnieje. Każdy lekarz po skończonej specjalizacji odpowiada w równym stopniu za pacjentów, niezależnie od lat pracy czy zajmowanego stanowiska.

Jak więc przygotować młodych lekarzy odbywających rezydenturę do niezależnego funkcjonowania?

Specjalizacja to okres intensywnej pracy. Nazwa *resident* albo *house officer* wywodzi się z faktu, że szkolący się tradycyjnie spędzają większość swojego czasu *in house*, czyli w szpitalu. W przeszłości rezydenci mieszkali w szpitalu i byli dostępni przez 24 godz. na dobę. Dopiero niedawno *Accreditation Council for Graduate Medical Education* (ACGME) zredukowała liczbę godzin do 80 na tydzień, przy maksymalnie 30-godzinnych dyżurach.

Pierwszy rok specjalizacji młodego absolwenta uczelni medycznej, zwany *internship*, jest najtrudniejszy. *Interni* stanowią bowiem podstawę opieki medycznej nad pacjentem. To oni przychodzą najwcześniej i robią obchód swoich pacjentów, gromadzą wyniki laboratoryjne i radiologiczne, formułują plan leczenia i rozmawiają z lekarza-

---

### Adres do korespondencji:

Aleksandra Kukla MD, Assistant Professor of Medicine, Division of Renal Diseases & Hypertension, 14-136 Phillips-Wangensteen Bldg, 516 Delaware Street S.E., Minneapolis, MN 55455, tel.: 001 612-624-94 44

mi-konsultantami. Oni są również odpowiedzialni za „robotę papierkową”, czyli pisanie notatek w dniu przyjęcia chorych do szpitala, codziennych „statusów”, jak również krótkich podsumowań pobytu w szpitalu, przygotowywanych najczęściej w dniu wypisu. W Stanach Zjednoczonych chory nie otrzymuje wypisu ze szpitala do ręki. Krótkie sprawozdanie wysyłane jest bezpośrednio do lekarzy pierwszego kontaktu. Każdy nowy *intern* uczy się, jak pisać notatki, żeby spełniały ogólnie przyjęte standardy. Stanowią one bowiem nie tylko dokumentację medyczną, ale są podstawą do wyceny wykonanej przez lekarza usługi. Dokładnie przygotowana dokumentacja jest również pomocna w razie procesu sądowego.

Rezydenci starszych lat – *senior residents* – nadzorują pracę młodszych kolegów (*internów*) poprzez wspólny obchód i szczegółową dyskusję na temat choroby i przebiegu leczenia. Lekarze opiekujący się rezydentami stanowią jeszcze jedno ogniwo w opiece nad pacjentem i kształceniem młodych lekarzy. To oni ponoszą odpowiedzialność za pracę rezydentów i cały plan leczenia uzgadniany jest z nimi. Obchody z *attendings* są wykorzystywane nie tylko do omawiania planu leczenia danego pacjenta, ale również do dyskusji na temat choroby, diagnostyki różnicowej i planu postępowania na podstawie literatury medycznej.

Każdy lekarz zobowiązany jest do noszenia pagera. Bardzo ułatwia to komunikację, gdyż nie traci się czasu na szukanie potrzebnej osoby. Jest to również duże ułatwienie dla pielęgniarek, które w każdej chwili są w stanie skontaktować się z rezydentem. Zazwyczaj jest to *intern*, który w razie wątpliwości zwraca się do seniora.

Przez większość dni w tygodniu rezydenci uczestniczą w konferencjach dydaktycznych, które zwykle są połączone z lunchem i nazywane tutaj *noon conference*. Codziennie tematyka tych konferencji jest inna. Najczęściej omawiany jest specyficzny problem medyczny wraz z diagnostyką i postępowaniem. Odbywające się raz w miesiącu *journal club*, gdzie prezentuje się najnowsze i najbardziej interesujące doniesienia z piśmiennictwa medycznego, mają służyć nauce krytycznego czytania literatury. Młodzi lekarze uczą się tutaj, jak powinno wyglądać dobrze przeprowadzone badanie naukowe. *Morbidity and mortality conference*, prezentowane zazwyczaj przez rezydentów, służą omawianiu trudnych diagnostycznie i leczniczo przypadków, które zakończyły się śmiercią pacjenta. Nie mają na celu krytykowania lekarzy prowadzących, ale raczej przeanalizowanie całego postępowania, przedyskutowanie alternatywnych sposobów leczenia i wyciągnięcie wniosków na przyszłość. Często uczestniczy w nich rezydent z patologii i radiologii, uzupełniając prezentowany przypadek komentarzami ze swojej dziedziny. Na zakończenie przedstawiana jest krótka prezentacja na temat choroby pacjenta.

Większość programów oferuje też *board review*, które przygotowują rezydentów do zdania egzaminu specjalizacyjnego.

Przeważnie raz na tydzień odbywają się *ground rounds*, które są konferencjami przeznaczonymi nie tylko dla rezydentów, ale także dla wszystkich lekarzy danej specjalności. Celem tych konferencji jest przybliżenie najnowszych doniesień na tematy kliniczne. Zazwyczaj prowadzone są one przez wybitnych specjalistów z danej dziedziny, często zapraszanych z innych ośrodków medycznych. Pod koniec wystąpienia uczestnicy wypełniają *evaluation form*, czyli oceniają prowadzącego.

Kolejną metodą szkolenia rezydentów są poranne raporty. Prowadzone są zazwyczaj przez dyrektorów programów lub kierowników szpitali. Dyskutowane są wtedy trudne przypadki pacjentów, którzy zostali przyjęci do szpitala podczas poprzedzającego dyżuru. Na spotkania te zazwyczaj przychodzi wszyscy rezydenci i aktywnie włączają się w dyskusję.

Rezydenci odbywają również intensywne szkolenia w przychodniach przyszpitalnych. Każdy szkolący się ma przypisanych pacjentów, których będzie prowadził do końca swojej rezydentury, a potem przekaże ich kolegom z pierwszego roku. Każdy przypadek jest szczegółowo przedyskutowany z lekarzem przychodni. Tam też prowadzone są wykłady na temat medycyny pozaszpitalnej.

Dopełnieniem szkolenia są procedury medyczne. Każda specjalność ma określoną liczbę procedur, które należy wykonać – na przykład wkłucie do żyły centralnej czy punkcje lędźwiowe. Nauka tych drobnych zabiegów odbywa się pod nadzorem starszych kolegów.

Na każdym oddziale stoją komputery z dostępem do Internetu. Analizując problemy chorego, można więc na bieżąco szkolić się z dostępnej tutaj literatury medycznej.

W większości programów, zwłaszcza uniwersyteckich, istnieje też możliwość prowadzenia badań naukowych. Każdy zainteresowany szuka sobie przeważnie mentora, czyli doświadczonego lekarza-naukowca, i dołącza się do aktualnie prowadzonego przez niego projektu badawczego. Często jest to retrospektywny projekt kliniczny, oparty na istniejącej w każdym uniwersytecie bazie danych o pacjentach. Korzystając z zawartych w tej bazie informacji, szuka się odpowiedzi na zadane pytanie kliniczne. Mogą to być również badania prospektywne czy praca w laboratoriach badawczych.

Postępy każdego rezydenta są oceniane. Każdy specjalizujący się ma swoją teczkę, w której zbierane są ewaluacje z poszczególnych lat. Ocenia się nie tylko tego, kto jest na niższym szczeblu, ale również tego, kto jest wyżej w systemie szkolenia. Krótko mówiąc, *intern* ocenia swojego seniora, lekarza-opiekuna i studenta, z którymi pracuje. On sam również jest oceniany przez te wszystkie osoby. W każdej chwili można przejrzeć wyniki swoich ewaluacji.

Każdy rezydent jest szkolony, jak oceniać innych. Nie chodzi przecież o to, żeby krytykować, ale żeby ocena była konstruktywna i pomogła w rozwoju. Krytyczne uwagi wypowiedane są na przemian z pochwałami. Dwa

razy do roku rezydenci spotykają się indywidualnie z dyrektorem programu i dyskutują o swoich postępach i możliwościach poprawy. Jeżeli rezydent nie robi postępów, może nie zostać dopuszczony do egzaminu specjalizacyjnego lub poproszony o przedłużenie rezydentury. W ostateczności może być wydalony z programu.

Raz do roku przeprowadzane są egzaminy testowe, pisane przez rezydentów wszystkich lat w całym Stanach Zjednoczonych. Służą to symulacji egzaminu specjalizacyjnego i ma uświadamiać szkolącym się ich silne i słabe strony. Rezultaty tych egzaminów odnoszone są do wyników wszystkich rezydentów w Stanach Zjednoczonych na tym samym etapie szkolenia. Raporty trafiają zarówno do piszącego, jak i do dyrektora programu, który później omawia je z rezydentem. Jeżeli ktoś wypadł słabo, dyskutuje się nad możliwościami poprawy. Dyrektor programu zazwyczaj doradza, jak trzeba się uczyć, żeby odnieść sukces na końcowym egzaminie specjalizacyjnym. Wszystkim bowiem zależy, aby wszyscy uczący się zdali egzamin. *Passing rate*, czyli procent rezydentów, którzy pomyślnie zaliczyli egzamin specjalizacyjny, jest dostępny na stronie internetowej programu i studenci starający się o rezydenturę mają wgląd do tych wyników. Im wyższy

*passing rate*, tym większą popularnością cieszy się program, gdyż dobrze przygotowuje do egzaminu.

Odbycie rezydentury w Stanach Zjednoczonych jest wyjątkowym doświadczeniem. Rezydenci czują się tutaj nieodłączną częścią zespołu. Na każdym etapie szkolenia młody lekarz ma swoją ściśle określoną rolę. Przeważnie atmosfera pracy jest przyjemna, każdy służy pomocą. Rezydenci nie obawiają się zadawać pytań. Często na korytarzach szpitalnych można zobaczyć grupę młodych lekarzy i studentów wraz z opiekującym się nimi lekarzem, którzy gorąco dyskutują na tematy medyczne. Średnio raz w miesiącu opiekun *attending physician* zabiera swoich podopiecznych do restauracji na lunch czy kolację, w podziękowaniu za ich ciężką pracę.

Wspólna praca łączy młodych lekarzy i chociaż dzielą ich ogromne różnice kulturowe, zawiązują się tutaj trwające nieraz przez wiele lat przyjaźnie. Co roku odbywają się uroczystości dla rezydentów, którzy kończą program. Można wtedy podziwiać odświętne stroje z różnych części świata.

Z pozdrowieniami dla polskich lekarzy,  
Aleksandra Kukla

## Komentarz redakcyjny

prof. dr hab. n. med. Marian Zembala

Śląskie Centrum Chorób Serca, Zabrze



Dr Aleksandrę Kukłę poznałem jeszcze jako studentkę, która już w trakcie studiów interesowała się niewydolnością krążenia i transplantologią. Wkładała w dodatkowe zajęcia, seminaria, zebrania transplantacyjne, wiele wysiłku i pasji. Cieszyliśmy się, kiedy ta ambitna, zdolna, ale i bardzo pracowita dziewczyna wybrała nasz Ośrodek do odbycia części rocznego stażu podyplomowego. Po 4 mies. pracy z nami, wraz z mężem, zdolnym elektronikiem, wyjechała do Stanów Zjednoczonych, aby od podstaw sprawdzić siebie i podjąć nowe zawodowe i rodzinne wyzwania.

Odtąd śledzę rozwijającą się karierę młodej Koleżanki, mocno kibicując w jej dalszym rozwoju. Widujemy się dwa, czasami trzy razy w roku na ważnych międzynarodowych kongresach transplantacyjnych, kiedy z przyjemnością słucham jej prezentacji naukowych.

Dlatego właśnie poprosiłem ją o napisanie kilku refleksji na temat stażu rezydenckiego, który odbyła

w dobrych amerykańskich ośrodkach. Proponuję, aby bliżej przyjrzeć się temu, jak wygląda rozwój polskiego rezydenta w naszych ośrodkach. Wiemy, że środki finansowe są i pozostaną ważne, ale zazwyczaj nie decydują o wyborze drogi przez najlepszych i najzdolniejszych. Decydujemy często my sami i utrzymywany przez nas świadomie lub nieświadomie, czasami bardzo przestarzały system szkolenia. Do intensywnej i nowoczesnej edukacji rezydenta nie potrzeba dodatkowych rozporządzeń, decyzji dyrektora szpitala, ministra. Poziom wyniesionej przez rezydenta wiedzy, jego doświadczenia, organizacji i dobrego stosunku do chorego zależy przede wszystkim od nas samych i zespołu, którym kierujemy. Krótko mówiąc, zależy od mojej, Twojej, naszej wiedzy, wyobraźni i odpowiedzialności wobec młodej koleżanki czy kolegi.

Przyszłoby czas nie tylko na przemyślenia, ale i zdecydowane działania. Może wówczas młodzi, zdolni i ambitni lekarze zdecydują o pozostaniu z nami w Polsce, kraju coraz większych perspektyw i możliwości.