

List do redakcji – komentarz do artykułu: „Rola liderów oddziałów kardio- i torakochirurgii w tworzeniu nowoczesnej klinicznej, naukowej i organizacyjnej edukacji współpracowników i rezydentów – wnioski z pracy Akademii Amerykańskiego Towarzystwa Kardio- i Torakochirurgów”



Jakub Marczak^{1,2}, Tomasz Płonek^{1,2}

¹Dolnośląskie Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu – staż podyplomowy

²Klinika Chirurgii Serca Akademickiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu – wolontariat kliniczno-naukowy. SKN Kardiochirurgii przy Klinice Chirurgii Serca AM we Wrocławiu

Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska 2011; 8 (3): 416–417

Jako reprezentanci najmłodszego środowiska kardiochirurgicznego pragniemy podziękować Panu Profesorowi Zembali za podniesienie kolejnego, jakże istotnego głosu w kwestii szkolenia młodych kadr, jak również podkreślenia niewątpliwej potrzeby kreowania liderów w naszej specjalności [1].

Od wielu lat kardio-torakochirurgię kojarzymy jako jedną z najtrudniejszych podstawowych specjalności lekarskich. Oparte na solidnym fundamencie naukowym, kardiochirurgia i torakochirurgia, pozostają specjalnościami wybitnie zabiegowymi. W obydwu krzywa uczenia nachylona jest pod niewielkim kątem, co w rezultacie otwiera drogę do perfekcji niewielu osobom zwykle po wielu latach szkolenia.

Wytyczne AATS trafiają na podatny grunt doskonałego systemu kształcenia w USA, gdzie od wielu lat liderzy stymulowali rozwój młodych kadr, opracowując coraz to bardziej złożone systemy szkoleń, zarówno w kwestii zadań klinicznych, jak i naukowych [2].

W dobie dzisiejszej medycyny absolwenci polskich uniwersytetów medycznych zainteresowani problematyką chorób serca stają przed decyzją rozpoczęcia odpowiedniej specjalizacji. Mają do wyboru nieliczne ośrodki kardiochirurgiczne, w których niejednokrotnie realizacja Europejskiej Dyrektywy Czasu Pracy (EWTD) jest nieosiągalna, a także ośrodki zajmujące się kardiologiczną terapią interwencyjną, które umożliwiają stateczny rozwój naukowy i osobisty oraz, co istotne dla młodych lekarzy, zapewniają wyższe wynagrodzenia [3, 4].

Biorąc pod uwagę ogólnosiwiatowy trend odpływu kandydatów z konkursów rezydenckich na oddziałach kardio-

torakochirurgicznych, pragniemy wymienić kilka godnych dyskusji kwestii dotyczących zmieniających się warunków dla przyszłych rezydentów w naszej specjalności.

1. Programy mentorskie młodzieży akademickiej – opisywana w poprzednich numerach *Kardiochirurgii i Torakochirurgii Polskiej* rola kardiochirurgicznych studenckich stowarzyszeń naukowych jest nie do przecenienia [5]. Większość ośrodków akademickich rekrutuje swoich przyszłych współpracowników wśród aktywnych reprezentantów braci studenckiej. Aby móc kształtować postawę lidera, należy tworzyć indywidualne programy mentorskie, skupione nie tylko wokół sali operacyjnej, ale i umiejętności projektowania i przeprowadzania naukowego eksperymentu klinicznego, wnioskowania statystycznego, jak również procesu tworzenia publikacji naukowej.
2. Centralne projekty mentorskie wzorowane na AATS *Summer Intern Scholarship Program*, które wyróżniają i asymilują uzdolnioną młodzież poprzez umożliwienie jej obcowania z wybitnymi kardio-torakochirurgami już na bardzo wczesnym etapie kariery [6].
3. Programy badawcze – angażowanie w pracę naukową młodzieży akademickiej zgromadzonej wokół badawczo-rozwojowych jednostek kardiochirurgicznych jest nieocenioną inwestycją, która umożliwi przygotowanie przyszłego rezydenta do podjęcia przewodu doktorskiego już po ukończonym stażu podyplomowym, a w przyszłości pozwoli na szybką realizację ścieżki naukowej [7].
4. Odnośnie do kształcenia w zakresie trzech współistniejących specjalności, niezbędne jest również otworzenie „szybkiej ścieżki” w kierunku zdobywania licencji w za-

Adres do korespondencji: Jakub Marczak, ul. A. Vivaldiego 39/10, 52-129 Wrocław, tel. +48 88 377 45 66, e-mail: kubamarczak@gmail.com

kresie pokrewnych dziedzin chirurgicznych: kardiologii, torakochirurgii oraz chirurgii naczyniowej – tylko w ten sposób będą mogły funkcjonować nowoczesne ośrodki mające w swoim wachlarzu świadczeń transplantologię, terapię endowaskularną czy centra urazowe [8].

5. Jest oczywiste, iż w zmieniającym się świecie terapie mniej inwazyjne wypierają techniki tradycyjne, dlatego hierarchiczny model treningu w odróżnieniu od treningu opartego na kompetencjach stracił rację bytu. W czasach, w których wyniki operacyjne poddawane są ciągłemu wewnętrznemu i zewnętrznemu audytowi, powinniśmy skupić się na indywidualnych umiejętnościach szkolonych, nie zaś na ogólnym czasie, który szkoleny poświęca na opanowanie danego manewru, terapii czy zabiegu. Wspierajmy zatem promocję najlepszych, tak aby mogli kontynuować dobre wyniki w przyszłości [9].
6. Ważną grupą docelową w naszej specjalności są młodzi specjaliści, którzy formalnie uzyskawszy tytuł specjalisty, nie posiadają skodyfikowanego planu, który powinien stymulować ich do pracy naukowej, rozwoju zawodowego oraz funkcji mentora dla nowych pokoleń.
7. Warto odnotować funkcję Polskiego Towarzystwa Kardio-Torakochirurgii jako platformy dla tworzenia kontaktów młodych kadr. Przy braku obecności klubu młodych kardiotorakochirurgów, nie istnieje medium ułatwiające tworzenie kontaktów naukowych na poziomie rezydentów czy doktorantów. Stworzenie takiego systemu współpracy i wymiany doświadczeń ułatwiłoby organizację badań wielośrodkowych i współpracę rezydentów i młodych specjalistów.
8. Umożliwienie, na wzór amerykański, przyszłym szkolącym się podjęcia rocznego lub dwuletniego stażu w ośrodkach naukowych (*research scholarship*), aby przyszli chirurdzy-naukowcy mogli tworzyć i realizować swoje zadania naukowe w odpowiednich ku temu warunkach, co pozwoliłoby tym samym na rozwój wiedzy i technologii medycznej w naszej specjalności.
9. Stworzenie systemu, który pozwoli w wymierny sposób ustalać wynagrodzenie dla młodych lekarzy specjalizujących się w kardiologii i torakochirurgii. Podstawo-

wa pensja rezydenta, bez wynagrodzeń za dyżury nie wystarcza na normalne funkcjonowanie w dużych miastach. Młodzi kardiotorakochirurdzy nie mają często szansy na dodatkową pracę z powodu niemożliwego do przewidzenia czasu zakończenia pracy na sali operacyjnej. Powyższe, wraz z długim okresem szkolenia, ciągłym stresem, wielogodzinnymi zabiegami, często zniechęca młodych lekarzy do rozpoczęcia specjalizacji z kardiotorakochirurgii.

W niedługim czasie Lekarski Egzamin Państwowy zostanie zniesiony na rzecz kolejnego, prawdopodobnie również nietrwałego instrumentu oceny umiejętności akademickich. Aby zadbać o przyszłe kadry, należy odwołać się do młodego pokolenia wcześniej, tak aby drogą programów mentorskich stworzyć pokolenie klinicystów i naukowców o wysokim potencjale klinicznym i naukowym. Aby tego dokonać, niezbędna będzie zmiana priorytetów systemu szkolenia w zakresie kardiotorakochirurgii.

Piśmiennictwo

1. Zembala M. Rola liderów oddziałów kardiologii i torakochirurgii w tworzeniu nowoczesnej klinicznej, naukowej i organizacyjnej edukacji współpracowników i rezydentów – wnioski z pracy Akademii Amerykańskiego Towarzystwa Kardio- i Torakochirurgów. *Kardiochir Torakochir Pol* 2011; 8: 173-174.
2. Reddy VS, Ikonomidis JS, Crawford FA Jr. The AATS Academy: development of a unique concept in medical education. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2011; 141: 1101-1102.
3. Kolowca M. Jakość szkolenia chirurgicznego w świetle EWTD. *Kardiochir Torakochir Pol* 2006; 3: 438-439.
4. Stockinger ZT, Ellis MS, McSwain NE Jr. Residents and medical students in the 21st century: better, worse, or just different? *Bull Am Coll Surg* 2004; 89: 21-23.
5. Kolowca M. Studenckie Towarzystwo Naukowe bramą do dalszej kariery. *Kardiochir Torakochir Pol* 2007; 4: 88.
6. <http://www.aats.org/research/Grants/Summer-Intern-Scholarship.html>.
7. <http://www.aats.org/EducationTraining/Grantsmanship/workshop.html>.
8. Tchantchaleishvili V, Mokashi SA, Rajab TK, Bolman RM 3rd, Chen FY, Schmitto JD. Comparison of cardiothoracic surgery training in USA and Germany. *J Cardiothorac Surg* 2010; 5: 118.
9. Rao C, Patel V, Ibrahim M, Ahmed K, Wong KA, Darzi A, von Segesser LK, Athanasiou T. Leadership in cardiac surgery. *Eur J Cardiothorac Surg* 2011; 39: 905-911.