Co by měl vědět a umět lékař před atestací z AIM

Vladimír Černý

Klinika anesteziologie, perioperační a intenzivní medicíny
Univerzita J. E. Purkyně,
Masarykova nemocnice, Ústí nad Labem

IPVZ Praha

Centrum pro výzkum a vývoj
Fakultní nemocnice Hradec Králové

Dept. of Anesthesia, Pain Management and Perioperative Medicine
Dalhousie University, Halifax, Canada

Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny,
Lékařská fakulta v Hradci Králové

Technická univerzita Liberec

Fantastic Four

„Bez konfliktu zájmů“

prof. MUDr. Vladimír Černý, Ph.D., FCCM

I když možná určité “konflikty” zájmu mám …

1. Obor (a anestezie) mě stále “děsně” baví a nemám pocit že jsem ”burnout”

Bál jste se někdy vyhoření?

Ne, nikdy. Asi je to dáno tím, že se snažím celý svůj život udržovat vyvážený poměr mezi prací a odpočinkem. Na druhou stranu jsem ale hluboce přesvědčen, že chcete-li v životě něčeho dosáhnout, musíte tomu věnovat více než oněch stanovených osm hodin denně.

Nosíte si práci i domů, nebo dokážete práci a osobní život oddělovat?

Práci si domů nosím, ale oddělovat myslím umím rovněž dostatečně. I čtení odborné literatury s červeným vínem a poslechem hudby je pro mě ekvivalentem příjemného odpočinku.

Braunoviny 2019

Medscape

National Physician Burnout & Suicide Report 2020

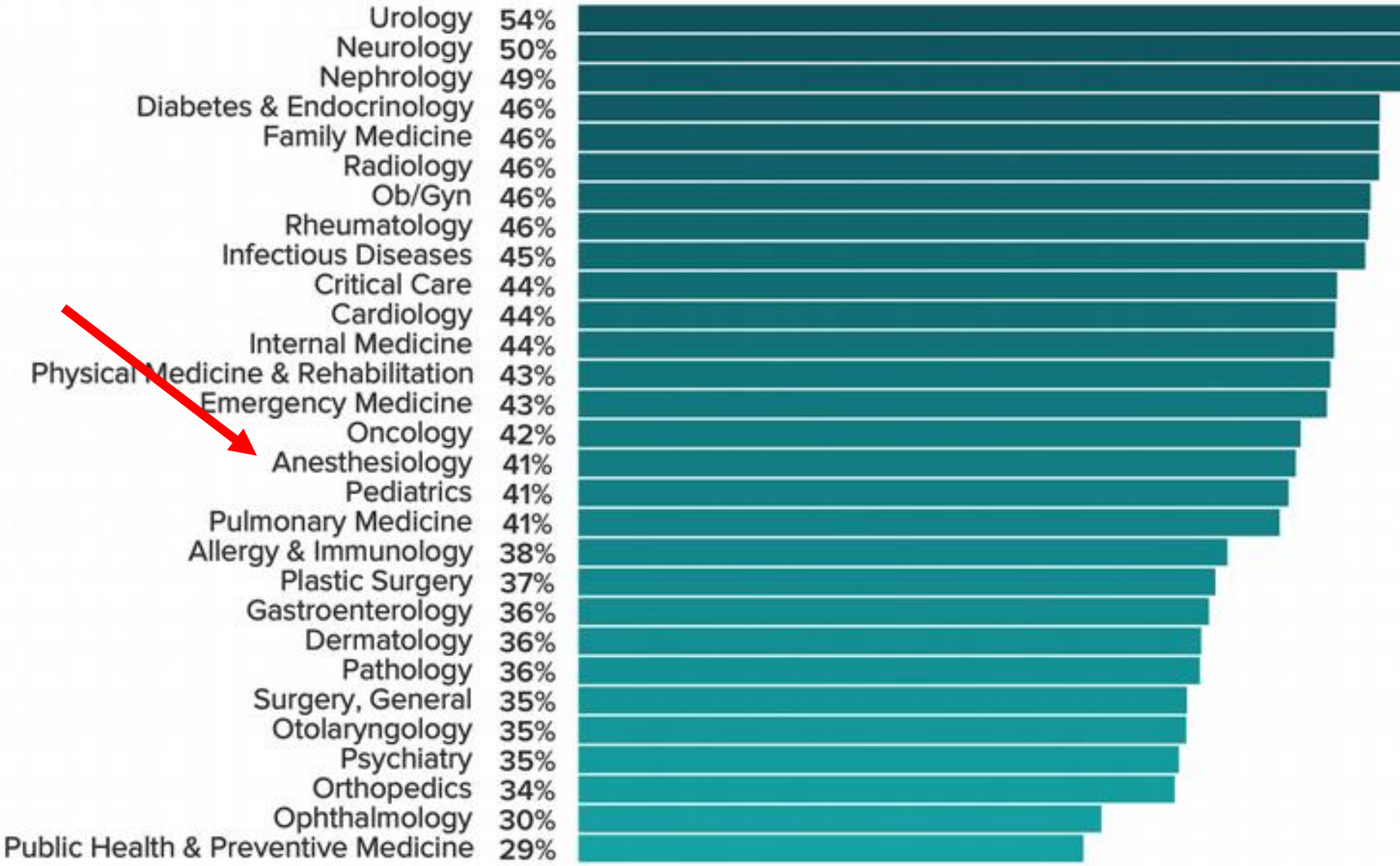
THE GENERATIONAL DIVIDE

Medscape

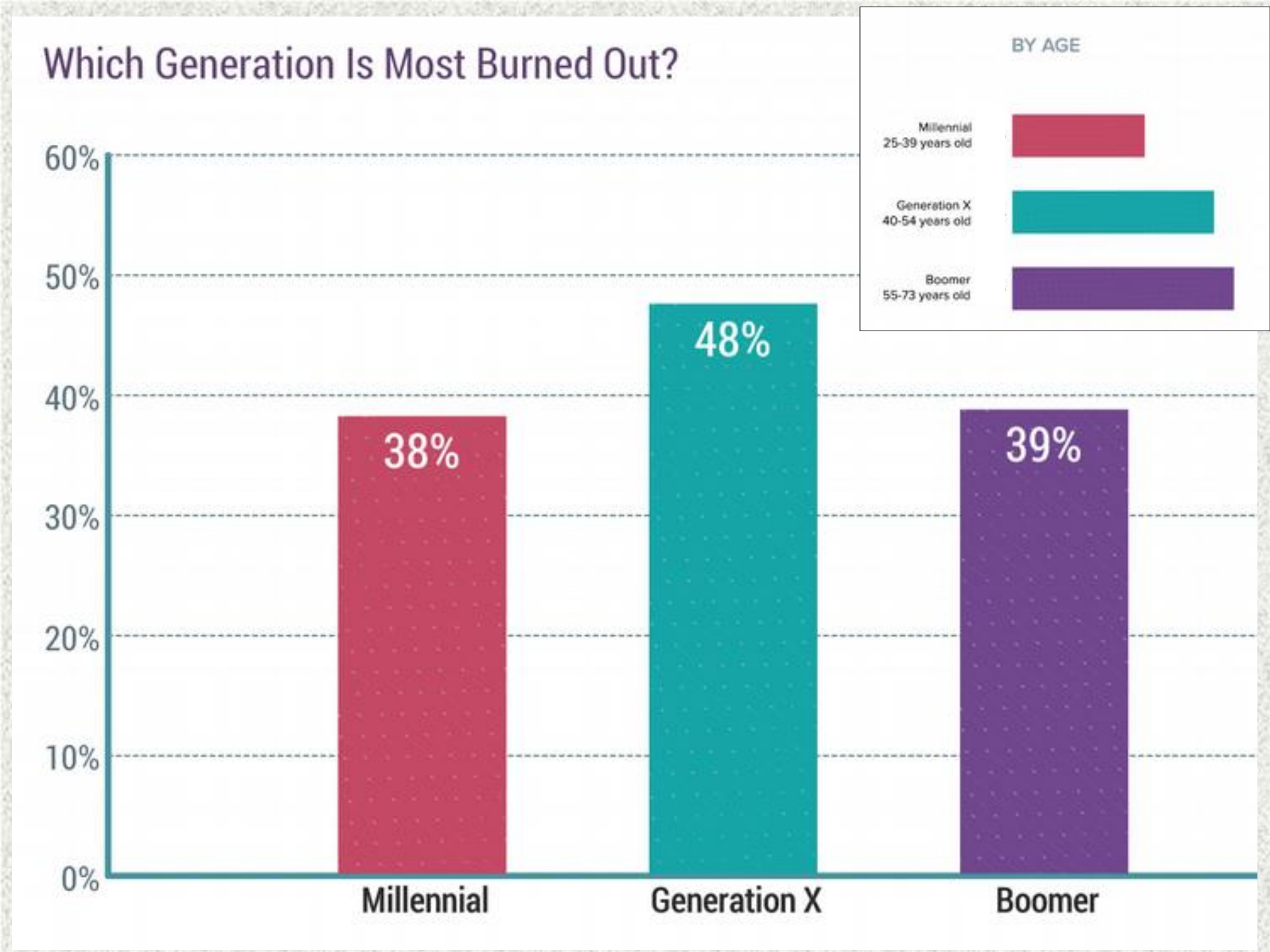
Nationa
Physicia
Burnout
Suicide
Report

THE GENERATIONAL DIVIDE

Which Physicians Are Most Burned Out?



Which Generation Is Most Burned Out?



2. Považuji jej stále za “nejlepší obor co existuje” a co jsem si mohl vybrat

nice. Uvolnilo se zde místo na tehdejším anesteziologicko-resuscitačním oddělení (ARO) a já tu nabídku s radostí přijal, protože jsem mohl jít zpět do Hradce Králové. Teprve později jsem si na základě klinické praxe začal naplno uvědomovat, jaký úžasný obor jsem si vybral. Úžasný proto, že vám umožňuje kombinovat intelektuální práci s manuálními výkony.

BRAUNOVINY.CZ

Když mluvíte se studenty o anesteziologii a intenzivní medicíně, jak byste obor popsal a čím byste je nalákal?

Obor má naprosto jednoznačnou budoucnost z pohledu potřeby medicíny, možnosti uplatnění ve světě, již zmiňovaná kombinace manuální a intelek-

3. Přináší mi (většinou) 100% uspokojení v té části života, kterou chci profesi a práci věnovat …

D·C·M

1

O čem mluvit a jak téma pojmout ?

“My hard and painfull thinking about today’s lecture”
St. Kitts, January 24, 2020

Pohled na téma z různých pozic …

- člen zkušebních komisí MZ pro AIM
- EDIC examinator
- (z)formování vzdělávacího systému na dvou pracovištích oboru AIM (HK, UL)
- místopředseda AK oboru AIM (2005-2015, 2017-)
- výuka rezidentů – USA, Saudská Arabie, Kanada
- podíl na vzniku COBATRICE (ESICM)
- člen Eureopan Board of Anesthesiology
- člen HTVAP (= akreditační komise) ESA
- školitel (se silnou zpětnou vazbou od mých školenců)

Obsah a cíle přednášky

1) Formulovat základní faktory úspěšného absolvování atestace v oboru AIM

2) Podělit se o můj pohled na otázku *“co by měl vědět a umět lékař před atestací z AIM”*

WARNING
This lecture
Contains
My Opinion!

"Our specialty is not about pushing anesthetics into the patients ..."

American Society of Anesthesiologists

"Our specialty is not about pushing anesthetics into the patients ..."

American Society of Anesthesiologists

Faktory úspěchu úspěšného absolvování atestace v oboru AIM

EDITORIAL

„Houston, we have a problem" aneb kde máme hledat příčiny neúspěchu u atestací našeho oboru?

Dovolte mi prosím výhradně osobní zamyšlení nad výsledky letošních atestací z oboru Anesteziologie a intenzivní medicína (AIM) na naší fakultě nejenom z pohledu předsedy zkušební komise, ale zároveň z pozice člena výboru České společnosti anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny a místopředsedy Akreditační komise pro obor AIM, tedy pozic, které do určité míry, byť nepřímo, mohou být spojovány se současným stavem vzdělávání v oboru AIM, kvalitou předatestační přípravy a tím i s výsledky atestací.

Přestože nelze z výsledků dvou zkušebních dní na jednom místě vyvozovat obecné závěry, průběh atestací, jejich výsledek a zejména určitá uniformní charakteristika těch kteří neuspěli, byly hlavními momenty, které mě vedly k položení otázek, na něž chci hledat i s vámi odpověď. Výsledky atestací na hradecké fakultě byly následující: přihlášeno celkem 9 lékařů, z toho se před termínem atestace 2 omluvili, 5 neprospělo a 2 prospěli. Jsem si vědom, že může jít o náhodu, přesto považuji procento neúspěchu za vysoké, ať již ve srovnání s českým průměrem (17 % za posledních 5 let), nebo se zahraničím (např. zkouškou American Board of Anesthesiology neprojde cca 25 % zájemců). Téměř trojnásobně vyšší „úmrtnost" v mnou vedené komisi jsou výsledky, u nichž si musím položit řadu otázek. Kde je problém? Copak je možné, aby atestaci neudělaly tři čtvrtiny uchazečů? Nejsou či nebyly nároky mé či komise neúměrně vysoké? A je to opravdu jenom náhoda? Při zjištění struktury, kdo prospěl a kdo nikoliv, pak musí dojít samozřejmě i na otázku – jak to, že prospěli lékaři z domácího pracoviště a někdo z přespolních?

Jaké jsou nároky komise, nejsou neúměrně vysoké? Nemůže neúspěch ohrozit zájem lékařů o náš obor, když „neodatestuje" na první pokus více než polovina uchazečů? Tyto a jim podobné otázky si kladu trvale pokaždé, když (pro některé z vás možná překvapivě) s intenzivním a nepředstíraným vnitřním pocitem kolegiální lítosti a obrovské empatie s daným kolegou říkám k jeho výkonu: „Nezlobte se, ale váš výkon nedosahuje takové úrovně, abyste mohl získat plnou kvalifikaci". Jaká a kde je ona pomyslná latka k úspěšnému průběhu ústní části atestace? To jsou otázky, které si klade každý, kterého atestace čeká. Přestože jsou atestace formálně záležitostí lékařských fakult, otázka nastavení zmíněné latky je dána především složením komise a jejím vnímáním své role – jako určitého „strážce" výstupní kvality absolventů našeho vzdělávacího programu a tedy kvality lékařů konzultantů oboru AIM. Zde bych mohl uvést v prakticky nezměněné podobě to, co jsem napsal před rokem k výsledkům atestací z Intenzivní medicíny [1]: *„Složení komisí a způsob jejich konstrukce by měly zaručit vyváženost v požadavcích, nicméně je na místě zcela otevřeně konstatovat, že náročnost jednotlivých komisí se může lišit, a to zejména v pohledu na „latku" znalostí, pod kterou by výkon uchazeče u zkoušky neměl klesnout. Kde je ona pomyslná hranice znalostí, která je často pro řadu lékařů při jejich prvním pokusu o atestaci nepřekročitelná? V oblasti teoretických znalostí typu „basic science" jde především o znalost fyziologie, patofyziologie a farmakologie v rozsahu, který je nezbytný pro pochopení patogeneze kritických stavů, interpretaci klinického/laboratorního nálezu a zdůvodnění nejčastějších diagnostických a léčebných intervencí v prostředí intenzivní péče. V klinických otázkách je, resp. by měla být za „práh úspěchu" považována detailní znalost diagnostiky a léčby stavů, kde lékař nemá čas hledat řešení situací, kterým může být kdykoliv vystaven, naprosto dokonalá znalost algoritmů rozšířené resuscitace, problematiky zajištění dýchacích cest, farmakologie akutních stavů. Zásadní nedostatky či neznalosti v uvedených oblastech jsou a měly by být vždy tím, proč uchazeč neuspěje".*

S ohledem na povahu oboru AIM, patřícího mezi základní odbornosti, musí být tou první a zcela nepodkročitelnou latkou dokonalá znalost postupů a algoritmů u všech situací, kde došlo k selhání jedné nebo více orgánových funkcí, nebo kde takové selhání bezprostředně hrozí. V uvedených situacích není čas se podívat do svého zápisníku, knihy, na internet či zeptat se kolegy, zde musí být reakce jasná, jednoznačná, rychlá a téměř zautomatizovaná jako výchozí podmínka včasného a medicínsky správného postupu. Právě absence dokonalé znalosti postupů pro resuscitaci nebo absence schopnosti formulovat praktické kroky ve zmíněných situacích (např. jaká bude konkrétní ordinace pro sestru, pokud chceme podat 5 µcg adrenalinu nitrožilně jako bolus?) jsou podle mého názoru přesně tou hranicí, kterou bychom měli považovat za neslučitelnou s udělením specializované způsobilosti v našem oboru. Spolu se členy komise bych mohl uvést řadu příkladů, kdy odpověď lékaře na otázku, jak řešit modelovou situaci, prokázala podstatnou neznalost v postupech, případně lékař jen mlčel. Jsem si samozřejmě vědom, že naprostá většina uchazečů v reálné klinické situaci by místo mlčení asi „něco" u pacienta udělala (a možná i správně), pokud to ale lékař neuvede během atestace, komise nemá jinou možnost, jak to zjistit. I v modelových situacích, na které existuje obecně přijatý postup (např. algorit-

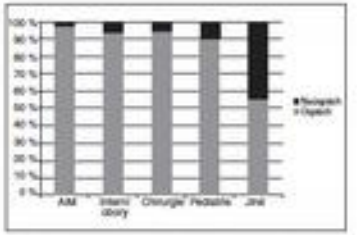
EDITORIAL

Výsledky atestací oboru Intenzivní medicína – můžeme být spokojeni?

Letošní (červen 2011) výsledky atestací oboru Intenzivní medicína (IM), kde z 12 uchazečů splnilo požadavky komise jen 6 lékařů, představuje 50% úspěšnost a v části odborné veřejnosti (zejména té, která se na atestaci z IM připravuje) mohly vést ke kulosárním diskusím – „co se stalo? ... je komise přísnější? ... proč tak najednou?". Je faktem, že ve srovnání s předchozími roky jde o nejhorší výsledek od doby, kdy byl samostatný nástavbový obor IM v České republice (CR) ustaven. Úspěšnost atestací IM od jejich začátku v roce 2007 má sestupný trend (2007 – 100%, 2008 – 97%, 2009 i 2010 – 89%, 2011 – 50%) a přináší otázku, zda je to odraz narůstajících nároků zkušebních komisí, klesající úrovně znalostí nebo jen náhodný fenomén?

Dovolte mi z pozice člena zkušební komise a předsedy České společnosti intenzivní medicíny určité zamyšlení nad daným tématem. Začnu 100% úspěšností první rok existence oboru IM a otázkou, zdali výsledky prvního roku mají sloužit jako určitá referenční hladina pro roky další. Domnívám se, že nikoliv. Stoprocentní úspěšnost (čehokoliv) vyvolává vždy zákonité určité pochybnosti o nastavení kritérií procesu, nicméně v prvním kole atestací nového oboru je výsledek nutno vztáhnout k nezbytnému přechodnému období, kdy hlavním cílem bylo zformovat minimální počet nositelů specializované způsobilosti, bez kterých by prakticky nebylo možné vzdělávací proces formálně zahájit. Přestože je možné výběr těchto osob vždy kritizovat, byly vybrány natolik konsenzuálně a natolik zahrnovaly osobnosti formátu *key opinion leaders*, že ze strany žádné společnosti či odbornosti nebyla vznesena námitka (ostatně byly to právě společnosti a odbornosti, které se na výběru rozhodující mírou podílely). Zde je nutno poznamenat, že nešlo jen o lékaře z akademických institucí, ale i o lékaře z nesakademické sféry, zkušené kliniky a desítkami let praxe v intenzivní péči.

Od roku 2008 však úspěšnost u atestací klesá. Jak vnímat výsledky atestací IM v ČR ve srovnání s jinými atestacemi, které lze považovat s ohledem na rozsah požadovaných znalostí aspoň přibližně za srovnatelně náročné? Úspěšnost u národních atestací není v české literatuře dostupná a zbývá nám jen srovnání se zahraničím. Úspěch u atestace na první pokus, tzv. *first-time taker pass rate* se u American Board of Internal Medicine pohybuje mezi 87–94 % [1], u American Board of Surgery je to 77–81 % [2]. European Diploma in Intensive Care Medicine má 70% úspěšnost [3]. American Board of Anesthesiology uvádí u Anesthesiology Certification úspěšnost 75–81%, respektive 84–94 % u Critical Care Medicine Certification [5]. V uvedeném srovnání lze hodnotit 50% úspěšnost jako poměrně nízkou. Počet neúspěšných uchazečů se liší rovněž mezi jednotlivými obory, graf 1 jasně ukazuje nižší úspěšnost u lékařů z tzv. jiných oborů (převažovala zejména neurologie).



Graf 1. Atestace Intenzivní medicína – přehled úspěšnosti jednotlivých oborů za období 2007–2011

Příčiny lze teoreticky rozdělit na dvě základní oblasti – vyšší nároky komise oproti minulým rokům, nižší úroveň znalostí lékařů přicházejících k atestaci, popř. kombinace obou předchozích. Jaké jsou nároky zkušebních komisí, liší se zásadně? Složení komisí a způsob jejich konstrukce by měly zaručit vyváženost v požadavcích, nicméně je na místě zcela otevřeně konstatovat, že náročnost jednotlivých komisí se může lišit, a to zejména v pohledu na „latku" znalostí, pod kterou by výkon uchazeče u zkoušky neměl klesnout. Kde je ona pomyslná hranice znalostí, která je často pro řadu lékařů při jejich prvním pokusu o atestaci nepřekročitelná? V oblasti teoretických znalostí typu „basic science" jde především o znalost fyziologie, patofyziologie a farmakologie v rozsahu, který je nezbytný pro pochopení patogeneze kritických stavů, interpretaci klinického/laboratorního nálezu a zdůvodnění nejčastějších diagnostických a léčebných intervencí v prostředí intenzivní péče. V klinických otázkách je, respektive by měla být za „práh úspěchu" považována detailní znalost diagnostiky a léčby stavů, kde lékař nemá čas hledat řešení situací, kterým může být kdykoliv vystaven bez ohledu na svou základní specializaci nebo místo působení, mimo své vlastní znalosti. Sem patří mj. naprosto dokonalá znalost algoritmů

Cerny V., Anest. Intenziv. Med 23, 2012, 125-127

DOPISY REDAKCI

K editorialu Černý V.: „Houston, we have a problem" aneb kde máme hledat příčiny neúspěchu u atestací našeho oboru?

[Anest. intenziv. Med., 2012, 23, č. 3, s. 325]

Vážený pane profesore,
přečetla jsme si Váš článek „Houston, we have a problem" aneb kde máme hledat příčiny neúspěchu u atestací našeho oboru? v časopise Anest
a intenzivní medicína [1] a vedlo mě to k ro
že Vám napíši názor z pohledu lékaře č
úspěšné atestaci. Co je tedy důvodem n
u atestací AIM podle absolventa? Určitě je
a nebo neznalost určité otázky. To je as
proč my, mladí lékaři, během této zkoušk
odpovědi na Vaše otázky?

Spíše se ale musíme ptát, jestli si můžeme „dovolit" tuto laťku posunout výše. Z hlediska výchovného by to bylo jedině dobře, a zejména pokud nám jde o prospěch našich pacientů v první řadě. Myslím si však, že prestiž a zájem o náš obor nejsou takové jako v zemích na západ od našich hranic, a protože čelíme stále výraznějšímu odlivu kvalitních lékařů do zahraničí, je naše situace, jakožto školitelů a garantů vzdělání v našem oboru, nelehká.

EDITORIAL

„Houston, we have a problem" aneb kde máme hledat příčiny neúspěchu u atestací našeho oboru?

Dovolte mi prosím výhradně osobní zamyšlení nad výsledky letošních atestací z oboru Anesteziologie a intenzivní medicína (AIM) na naší fakultě nejenom z pohledu předsedy zkušební komise, ale zároveň z pozice člena výboru České společnosti anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny a místopředsedy Akreditační komise pro obor AIM, tedy pozic, které do určité míry, byť nepřímo, mohou být spojovány se současným stavem vzdělávání v oboru AIM, kvalitou předatestační přípravy a tím i s výsledky atestací.

Přestože nelze z výsledků dvou zkušebních dní na jednom místě vyvozovat obecné závěry, průběh atestací, jejich výsledek a zejména určitá uniformní charakteristika těch kteří neuspěli, byly hlavními momenty, které mě vedly k položení otázek, na něž chci hledat i s vámi odpověď. Výsledky atestací na hradecké fakultě byly následující: přihlášeno celkem 9 lékařů, z toho se před termínem atestace 2 omluvili, 5 neprospělo a 2 prospěli. Jsem si vědom, že může jít o náhodu, přesto považuji procento neúspěchu za vysoké, ať již ve srovnání s českým průměrem (17 % za posledních 5 let), nebo se zahraničím (např. zkouškou American Board of Anesthesiology neprojde cca 25 % zájemců). Téměř trojnásobně vyšší „úmrtnost" v mnou vedené komisi jsou výsledky, u nichž si musím položit řadu otázek. Kde je problém? Copak je možné, aby atestaci neudělaly tři čtvrtiny uchazečů? Nejsou či nebyly nároky mé či komise neúměrně vysoké? A je to opravdu jenom náhoda? Při zjištění struktury, kdo prospěl a kdo nikoliv, pak musí dojít samozřejmě i na otázku – jak to, že prospěli lékaři z domácího pracoviště a někdo z přespolních?

Jaké jsou nároky komise, nejsou neúměrně vysoké? Nemůže neúspěch ohrozit zájem lékařů o náš obor, když „neodatestuje" na první pokus více než polovina uchazečů? Tyto a jim podobné otázky si kladu trvale pokaždé, když (pro některé z vás možná překvapivě) s intenzivním a nepředstíraným vnitřním pocitem kolegiální lítosti a obrovské empatie s daným kolegou říkám k jeho výkonu: „Nezlobte se, ale váš výkon nedosahuje takové úrovně, abyste mohl získat plnou kvalifikaci". Jaká a kde je ona pomyslná latka k úspěšnému průběhu ústní části atestace? To jsou otázky, které si klade každý, kterého atestace čeká. Přestože jsou atestace formálně záležitostí lékařských fakult, otázka nastavení zmíněné latky je dána především složením komise a jejím vnímáním své role – jako určitého „strážce" výstupní kvality absolventů našeho vzdělávacího programu a tedy kvality lékařů konzultantů oboru AIM. Zde bych mohl uvést v prakticky nezměněné podobě to, co jsem napsal před rokem k výsledkům atestací z Intenzivní medicíny [1]: *„Složení komisí a způsob jejich konstrukce by měly zaručit vyváženost v požadavcích, nicméně je na místě zcela otevřeně konstatovat, že náročnost jednotlivých komisí se může lišit, a to zejména v pohledu na „latku" znalostí, pod kterou by výkon uchazeče u zkoušky neměl klesnout. Kde je ona pomyslná hranice znalostí, která je často pro řadu lékařů při jejich prvním pokusu o atestaci nepřekročitelná? V oblasti teoretických znalostí typu „basic science" jde především o znalost fyziologie, patofyziologie a farmakologie v rozsahu, který je nezbytný pro pochopení patogeneze kritických stavů, interpretaci klinického/laboratorního nálezu a zdůvodnění nejčastějších diagnostických a léčebných intervencí v prostředí intenzivní péče. V klinických otázkách je, resp. by měla být za „práh úspěchu" považována detailní znalost diagnostiky a léčby stavů, kde lékař nemá čas hledat řešení situací, kterým může být kdykoliv vystaven, naprosto dokonalá znalost algoritmů rozšířené resuscitace, problematiky zajištění dýchacích cest, farmakologie akutních stavů. Zásadní nedostatky či neznalosti v uvedených oblastech jsou a měly by být vždy tím, proč uchazeč neuspěje".*

S ohledem na povahu oboru AIM, patřícího mezi základní odbornosti, musí být tou první a zcela nepodkročitelnou latkou dokonalá znalost postupů a algoritmů u všech situací, kde došlo k selhání jedné nebo více orgánových funkcí, nebo kde takové selhání bezprostředně hrozí. V uvedených situacích není čas se podívat do svého zápisníku, knihy, na internet či zeptat se kolegy, zde musí být reakce jasná, jednoznačná, rychlá a téměř zautomatizovaná jako výchozí podmínka včasného a medicínsky správného postupu. Právě absence dokonalé znalosti postupů pro resuscitaci nebo absence schopnosti formulovat praktické kroky ve zmíněných situacích (např. jaká bude konkrétní ordinace pro sestru, pokud chceme podat 5 μg adrenalinu nitrožilně jako bolus?) jsou podle mého názoru přesně tou hranicí, kterou bychom měli považovat za neslučitelnou s udělením specializované způsobilosti v našem oboru. Spolu se členy komise bych mohl uvést řadu příkladů, kdy odpověď lékaře na otázku, jak řešit modelovou situaci, prokázala podstatnou neznalost v postupech, případně lékař jen mlčel. Jsem si samozřejmě vědom, že naprostá většina uchazečů v reálné klinické situaci by místo mlčení asi „něco" u pacienta udělala (a možná i správně), pokud to ale lékař neuvede během atestace, komise nemá jinou možnost, jak to zjistit. I v modelových situacích, na které existuje obecně přijatý postup (např. algorit-

Kde jsme 8 let později?

Cerny V., Anest. Intenziv. Med 23, 2012, 125-127

Změnila se nějak situace z pohledu faktorů neúspěchu ?

Změnila se nějak situace z pohledu faktorů neúspěchu ?

Podle mého názoru nijak zásadně

měl klesnout. Kde je ona pomyslná hranice znalostí, která je často pro řadu lékařů při jejich prvním pokusu o atestaci nepřekročitelná? V oblasti teoretických znalostí typu „basic science" jde především o znalost fyziologie, patofyziologie a farmakologie v rozsahu, který je nezbytný pro pochopení patogeneze kritických stavů, interpretaci klinického/laboratorního nálezu a zdůvodnění nejčastějších diagnostických a léčebných intervencí v prostředí intenzivní péče. V klinických otázkách je, resp. by měla být za „práh úspěchu" považována detailní znalost diagnostiky a léčby stavů, kde lékař nemá čas hledat řešení situací, kterým může být kdykoliv vystaven, naprosto dokonalá znalost algoritmů rozšířené resuscitace, problematiky zajištění dýchacích cest, farmakologie akutních stavů. Zásadní nedostatky či neznalosti v uvedených oblastech jsou a měly by být vždy tím, proč uchazeč neuspěje".

bych volil odlišný postup ...". Tím se dostávám k druhé pomyslné laťce, kterou je schopnost uchazeče prezentovat své znalosti postupů u nejčastějších situací v oboru a vést odbornou diskusi s členy komise. Je přece ale jenom rozdíl mezi základní a nástavbovou atestací, kde u prvně zmíněné bych požadavek na „zralost" projevu považoval až za druhotný (prosím neinterpretovat jako nedůležitý), který by neměl být nikdy tím jediným, co primárně rozhoduje v konečném hodnocení uchazeče. Všichni jsme si vědomi, že ke vzniku „zralé" osobnosti, která umí *„prezentovat své znalosti a odborné argumenty náležitě strukturovaným, věcně správným a formálně přesvědčivým způsobem ... který má představit uchazeče jako zralou osobnost v plném významu slova „profesionalismus* ..." [1] je potřeba především řada let praxe a samotná rezidentura k tomu obvykle nestačí. Vyjma jasně defi-

EDITORIAL

***„Houston, we have a problem"* aneb kde máme hledat příčiny neúspěchu u atestací našeho oboru?**

Faktory ne/úspěchu u atestace ?

“Obsahové”

“Formální”

Znalosti – co “vědět” ?

„... V oblasti teoretických znalostí typu „basic science“ jde především o ***znalost fyziologie, patofyziologie a farmakologie*** *v rozsahu, který je nezbytný* ***pro pochopení patogeneze*** *kritických stavů, interpretaci klinického/laboratorního nálezu a zdůvodnění nejčastějších diagnostických a léčebných intervencí v oboru AIM ..."*

Co vědět jako minimum ?

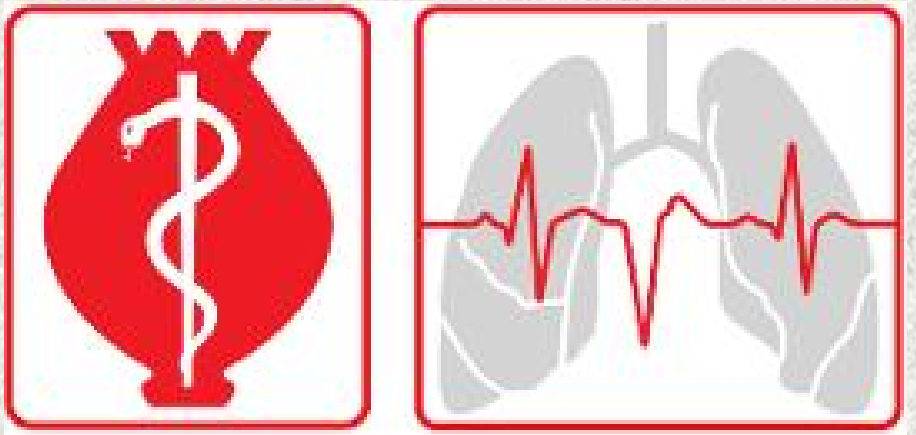
- Teorie
- Klinická praxe (kompetence)

- **“Svatá trojice” oboru x 2**
- **Ostatní témata**

“Svatá trojice” teoretických znalostí oboru AIM ?

Prosím neplést si:

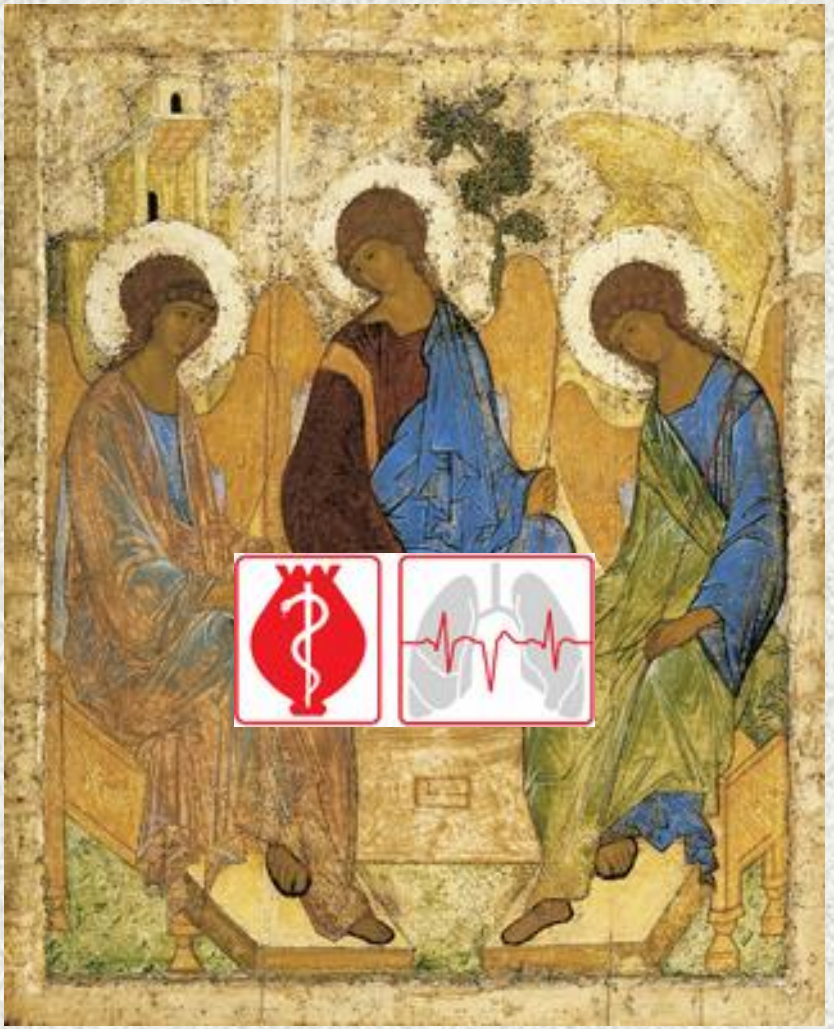
“Svatá trojice” oboru AIM



Prosím neplést si:
“Svatá trojice” oboru AIM

“Svatá trojice” teoretických znalostí oboru AIM ?

“Svatá trojice” teoretických znalostí oboru AIM ?



1. Fyziologie
2. Patofyziologie
3. Farmakologie

Chcete příklad významu “basic science” pro obor ?

“Pato/fyziologie”

Why do we give fluids ?

Kuwait Anesthesia Symposium, 2019

Two targets

Physiological

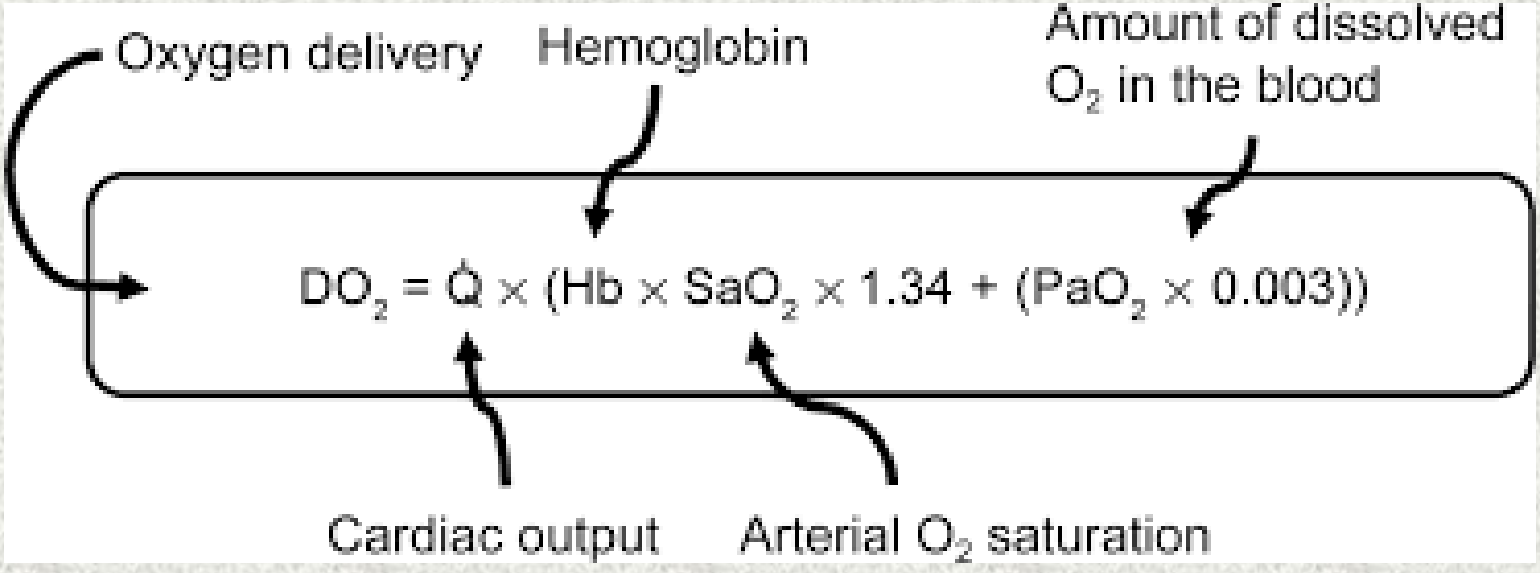
Clinical

Proč děláme fluid challenge z pohledu (pato)fyziologie ?

- "zvýšení tlaku"
- "zvýšení diurézy"
- "zvýšení srdečního výdeje"
- "léčim tím šok … protože nemočí … má vysoký laktát" a jiné, často těžko "uvěřitelné" odpovědi

Jaká je jediná správná odpověď ?

Chci zvýšit “oxygen delivery”



Dovednosti – co “umět” ?

„ ... S ohledem na povahu oboru AIM, patřícího mezi základní odbornosti, musí být tou první a zcela nepodkročitelnou laťkou dokonalá znalost postupů a algoritmů u všech situací, kde došlo k selhání jedné nebo více orgánových funkcí, nebo kde takové selhání bezprostředně hrozí“

V těchto situacích není čas ...

”… lámat si hlavu kdo je kdo …”

... v uvedených situacích není čas se podívat do svého zápisníku, knihy, na internet či zeptat se kolegy, **zde musí být reakce jasná, jednoznačná, rychlá a téměř zautomatizovaná jako výchozí podmínka včasného a medicínsky správného postupu.**

“Svatá trojice” praxe/kompetence

“Svatá trojice” praxe/kompetence

1. KPR (BLS a ACLS)
2. Zajištění dýchacích cest a zajištění vstupu do oběhu
3. Algoritmy akutních ohrožujících situací (krizové stavy)

KLINIKA ANESTEZIOLOGIE, PERIOPERAČNÍ A INTENZIVNÍ MEDICÍNY
FAKULTY ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ UNIVERZITY J. E. PURKYNĚ V ÚSTÍ NAD LABEM
A KRAJSKÉ ZDRAVOTNÍ, a. s. – MASARYKOVY NEMOCNICE V ÚSTÍ NAD LABEM, o. z.

KATEGORIE	PGY		
A	1	**Název modulu**	Krizové situace
		Verze	1
		Rezident:	
		Školitel:	

Kompetence
Absolvování modulu je podmínkou pro zahájení jakékoliv činnosti pod odborným pod odborným dozorem nebo dohledem.

Předpoklady pro zahájení modulu
• nejsou

Odborné znalosti	**Rezident**	**Konzultant**
Znalost postupů v následujících situacích:		
• anafylaxe		
• asystolie		
• bezpulzová elektrická aktivita		
• fibrilace komor, bezpulzová komorová tachykardie		
• bradykardie spojená s nestabilitou		
• neočekávané obtížné dýchací cesty		
• hypotenze		
• vzduchová embolie		
• krvácení s nutností masivní krevní transfúze		
• totální spinální anestézie		
• toxická reakce po lokálním anestetiku		
• náhle vzniklá hypoxémie		
• bronchospasmus		
• výpadek kyslíku		
• vzestup tlaku v dýchacích cestách		
• potransfúzní reakce		
• maligní hypertermie		

Praktické dovednosti	**Rezident**	**Konzultant**

Ostatní témata/otázky …

- Ano, ale s důrazem na “core” kompetence

DOPISY REDAKCI

K editorialu Černý V.: „Houston, we have a problem“ aneb kde máme hledat příčiny neúspěchu u atestací našeho oboru?

[Anest. intenziv. Med., 2012, 23, č. 3, s. 325]

Vážený pane profesore,
přečetla jsme si Váš článek „Houston, we have a problem“ aneb kde máme hledat příčiny neúspěchu u atestací našeho oboru? v časopise Anesteziologie a intenzivní medicína [1] a vedlo mě to k rozhodnutí, že Vám napíši názor z pohledu lékaře čerstvě po úspěšné atestaci. Co je tedy důvodem neúspěchu u atestací AIM podle absolventa? Určitě je to znalost a nebo neznalost určité otázky. To je asi jasné. Ale proč my, mladí lékaři, během této zkoušky neznáme odpovědi na Vaše otázky?

Role školitele
Role pracoviště
Role komise

… na úspěchu u atestace ?

tech, přestože se jejich vzájemné proporce budou lišit pracoviště od pracoviště. Téměř „boj“ i malých pracovišť o získání akreditace není často provázen jejich uvědoměním si faktu, že akreditace znamená především a hlavně práci, zátěž a nasazení k obvyklé medicínské činnosti, že vzdělávání musí být zahrnuto do rutinních součástí chodu pracoviště a že je spojeno s nároky na čas a kvalitu školitelů, nemá-li být tento pojem zprofanován a degradován na osobu, která jednou za rok podepíše index svému školenci. Současný

EDITORIAL

***„Houston, we have a problem“* aneb kde máme hledat příčiny neúspěchu u atestací našeho oboru?**

Černý, AIM, 2012

nou za rok podepíše index svému školenci. Současný systém financování zdravotní péče je bohužel nastaven tak, že důsledné vzdělávání je spíše na obtíž a může i negativně zasáhnout ekonomickou výkonnost pracoviště. Pro většinu manažerů nemocnic je tak vzdělání jen nechtěnou nákladovou položkou a kvalita naplnění cílů postgraduální přípravy je zajímá pouze v momentě, má-li přímý dopad na instituci. Za hlavní

EDITORIAL

***„Houston, we have a problem"* aneb kde máme hledat příčiny neúspěchu u atestací našeho oboru?**

Černý, AIM, 2012

Hlavní znaky 1

- vzdělávání jako “přítěž” provozu
- provozní požadavky mají vždy přednost (dozor/dohled)
- formální pojetí vzdělávání
- absence “dedicated/protected time” účastníků systému (školenci, školitelé)
- absence motivace účastníků systému (školenci, školitelé)

Hlavní znaky 2

- akreditace pracoviště je vnímána jako punc kvality a nikoliv jako závazek
- nedostatek administrativní podpory
- převažuje “knowledge based” přístup
- nízký podíl “soft skills areas”
- absence systému evaluace v průběhu vzdělávání”
- “zastaralý” systém evaluace – atestace

Jak uspět u atestace ?

Jak uspět u atestace ?

ADVICE FOR PASSING ANESTHESIA ORAL BOARD EXAMS

Author Recent Posts

The Anesthesia Consultant

Physician anesthesiologist at Stanford at Associated Anesthesiologists Medical Group

Richard Novak, MD is a Stanford physician board-certified in anesthesiology and internal medicine.Dr. Novak is an Adjunct Clinical Professor in the Department of Anesthesiology, Perioperative and Pain Medicine at Stanford University, the Medical Director at Waverley Surgery Center in Palo Alto, California, and a member of the Associated Anesthesiologists Medical Group in Palo Alto, California.

email rjnov@yahoo.com

phone 650-465-5997

You're an anesthesiologist nearing completion of your residency or fellowship. You've passed the written exam from the American Board of Anesthesiology, and are preparing for the anesthesia oral board exam. You've heard that 20% of examinees fail the oral exam, and you're worried. What should you do?

AKAMEDICS HOME SPECIALITIES ABOUT US CONTACT US GALLERY FORUM MORE

Anaesthesia Exam Preparation Guide

Candidate guidance on passing the anaesthesia exams

This guide is intended as a brief overview of the exam with some advice from people who have passed it on how to go about preparing for it. Included are some top tips on resources and some revision strategies if you are feeling overwhelmed.

European Society of Anaesthesiology ESA

HOW TO PREPARE FOR THE EDAIC

A GUIDE FOR PROSPECTIVE CANDIDATES FOR THE DIPLOMA AND IN-TRAINING EXAMINATIONS

Jak uspět u atestace ?

Vše začíná již výběrem pracoviště !!!!!!!!!!!!!!!

- Běžte se učit obor/“řemeslo” tam, kde má systém vzdělávání následující charakteristiky:

Cíle

- **“Competency based training”** v oboru AIM obsahově i formálně identický se systémy vyspělých zemí (EU/USA/CAN)

- “Naučit” nejenom odborné medicínské kompetence, ale rovněž i tzv. **soft skills** (= významný faktor úspěchu v profesním životě)

Cíle

- Systém, který učí lékaře adoptovat primární cíl naší péče - SAFETY a ne “dělat vše za každou cenu”
- Systém, který lékaře učí vnímat obor AIM v širším kontextu celé medicíny

Cíle

- Výchova k profesionalismu a kultuře meziborové komunikace
- Systém, který vám ukáže, jaké možnosti náš obor má a jakou odbornou/profesní satisfakci nám může poskytnout

Jak uspět u atestace ?

- Dokonale znát obě “svaté trojice”
- Mít “přehled” o všech klinických otázkách v míře úměrné jejich četnosti/závažnosti (**tzv. core kompetence** vs. subspeciality areas)
- Umět popsat reálný klinický postup
- Umět argumentovat/obhájit váš odborný názor

Vybrané zásady do vašeho úspěšného života s oborem AIM ?

1) Čtěte, čtěte, čtěte …
2) Najděte/hledejte si dobrého mentora
3) Naučte se vždy hledat ve všem fyziologii (a zdůvodněte si, proč danou intervenci děláte)
4) Adoptujte 2 pricipy do praxe:
   - Doufám v to nejlepší, čekám to nejhorší
   - Naše primární role není ve ”spasení ekonomiky” systému, ale v zajištění odbornosti a bezpečnosti pro mého pacienta

5) Naučte se odpočívat, i když platí, že **“successful people work hard …”**

Ale co především?
Pamatovat si, že …

“Váš obor vám dá jen tolik, kolik dáte vy jemu”