

DR. ȘTEFAN CRISTIAN GUTUE

Sunt rezident. What Next?

DR. ȘTEFAN CRISTIAN GUTUE

Sunt rezident. What Next?

BUCUREȘTI, 2014

AVERTISMENT

Această carte conține opinii personale. Unora s-ar putea să nu le placă acest lucru, chiar să se simtă deranjați.

Informațiile prezentate în această carte sunt înainte de toate dedicate studenților mediciști, tinerilor rezidenți, cât și celor care își doresc să urmeze Facultatea de Medicină, acestea având scopul de a-i ghida prin hățișul sistemului medical educațional românesc.

Cartea va fi utilă acelor care sunt considerați de către societate drept visători, idealști și chiar naivi, dar care în sinea lor știu că sunt corecți, capabili și meniți pentru o soartă mai bună - profesională, cât și socială.

În același timp, cartea este dedicată în egală măsură și acelor medici din sistem care au responsabilitatea educației medicale pentru studenți și rezidenți. Și nu mă refer la cei care au grade universitare în special, ci la aceia care sunt pasionați de meseria lor și caută să transmită măcar o parte din pregătirea lor și generațiilor viitoare, fără a se teme că într-o bună zi cineva le va lua locul.

Nu este o carte pentru cei „cu pile” al căror traseu profesional este în mare parte stabilit încă din timpul facultății de către ocrotitorii lor. Și nici pentru cei care înțeleg că ascensiunea profesională înseamnă să îți torni colegii, pupând șeful excesiv de mult în fund (o doză minimă este acceptabilă, dar unii au efectiv o pasiune pentru așa ceva), sau căsătorindu-te cu fiica/fiul nu știu cărui om influent care să îți asigure intrarea și ascensiunea în clinica în care vrei să profesezi (excepție: doar dacă respectiva fiică/fiu este frumoasă/frumos și chiar ești îndrăgostit de ea/el).

Evident, nu mă deranjează să cumpere și cei enumerați spre final un exemplar din carte sau chiar mai multe, însă nu vor găsi nimic de folos pentru ei.

*Dedic această carte tuturor celor
care și-au căutat un maestru
peste tot, mai puțin în interiorul lor.*

Coperta: Pixel Image
Caricaturist: Cristina-Maria Georgescu
Corectură: Ionuț Dumitrescu
Art Director: Titel Baldo

Editat, promovat și distribuit de

HOUSTON
NO PROBLEM. ACTION!

Cartea prin poștă: office@houston.ro

**TOATE DREPTURILE ASUPRA ACESTEI
LUCRĂRI APARTIN AUTORULUI**

Sunt Rezident. What Next? / Ștefan Cristian Gutue

Dr. Ștefan Cristian Gutue - București: Octombrie 2014

ISBN: 978-973-0-17772-5



Tiparul executat la *Graficprint*
www.graficprint.eu
e-mail: comenzi@graficprint.eu

Cuprins

Prefață.....	xii
Cuvânt înainte	xiv

PARTEA I

Capitolul I - Aspecte generale.....	2
Bine ai venit! (August 2009).....	2
Prima zi de muncă	3
Echipa	5
Cu sau fără „recomandare”?	6

Capitolul II - Colegii	7
Colegii de echipă.....	7
Chirurgul șef.....	8
Colegii de secție	10
Colegii din alte discipline	12
Asistentele.....	13
Spitalul	14
Prădătorii naturali ai rezidentului	14
Unde greșește rezidentul mic?	20
Despre tact și diplomatie	24
Statutul rezidentului	26
Românismul în medicină	28

Capitolul III - Aspecte practice ale muncii zilnice	30
Foaia de observație	30
Pregătirea preoperatorie a pacientului	42
La bărbat	45
La femeie.....	47
Bun venit la sală!	47
Despre comunicarea operator-echipă	65
Limbajul codat din sală	67
Urmărirea postoperatorie	69
Gărzile	72
Capcana rutinei	81
Când ai o slujbă și când ai o carieră?.....	84

PARTEA a II-a

Capitolul IV - 5 ani mai târziu	89
Bine v-am regăsit în 2014!	89
Fii sincer cu tine!.....	90

Ești șeful propriei companii.....	91
Câteva aspecte importante de considerat atunci când	92
alegi specialitatea medicală/chirurgicală	
Cum am făcut eu alegerea specialității pentru rezidențiat?	96
După admiterea în rezidențiat, cum îți alegi clinica?	98
Capitolul V - Subiectul tabu nr. 1 - Banii și Medicina	100
Veniturile extra	103
„Visul românesc” în medicină.....	109
Banii sunt doar o consecință, concentrează-te pe cauză!.....	113
Și până la urmă, cât trebuie să câștige un medic	114
rezident/tânăr specialist?	
Capitolul VI - Subiectul tabu nr. 2 - Migrația medicilor	117
Avem prea mulți medici sau prea puțini?	117
Care sunt motivele pentru care pleacă medicii?.....	124
Ce rămâne în urma medicilor care pleacă?	125
Vindecarea începe cu sistemul de sănătate	127
sau „Momentul de maximă naivitate”	
Capitolul VII - Managementul carierei	131
Time management = life management	131
Regula celor 10.000 de ore.....	132
Importanța logbook-ului.	134
Așteptările angajatorilor	140
CV-ul	141
Curriculum Vitae	142
Cel mai puternic motivator - responsabilitatea	151
Povestea lui Daniel - Mărturisirile unui	156
medic rezident emigrant în Anglia	
Câteva cuvinte despre sistemul	169
privat de sănătate	
Câteva cuvinte despre congrese.....	170
Fellowship-urile.....	172
Pentru studenți: „Ce aș face diferit	174
dacă aș lua-o de la capăt”	
Imaginea medicului în România	179
În loc de final	181
Mulțumiri.....	182

Prefață

Cartea de față a luat naștere în vara lui 2009, când mă apropiam de finalul primului meu stagiul din rezidențiatul în specialitatea Urologie, și anume stagiul de Chirurgie Generală, desfășurat la Spitalul Clinic de Urgență „Sf. Ioan” București. Motivul scrierii sale a fost faptul că nu îmi doream să obțin nota de final de stagiul doar pentru munca prestată în cadrul secției, ci să las și ceva în urmă pentru viitorii rezidenți care urmau să plonjeze din viața boemă de student direct în câmpul muncii alături de oameni mari, serioși, rutinați, unii scârbiți, dar și performanți, care nu au dispoziția să facă pe dădacele cu ei.

În orice caz, nu sunt genul „slujbaş” să mă mulțumesc doar să îmi fac munca și atât, mai ales într-un sector de activitate care mă pasionează, și anume educația. Așa că varianta inițială a cărții de 80 de pagini a venit ca o completare firească a muncii zilnice din cadrul spitalului.

Cartea s-a numit inițial „*Mic ghid pentru micul rezident*” intrucât conținea doar informațiile referitoare la stagiul de Chirurgie Generală cu care încep aproape toate specialitățile chirurgicale și care se adresa, evident, rezidenților boboci care urmau să înceapă stagiul în același loc. Și aici trebuie să îi mulțumesc domnului dr. Florin Turcu pentru faptul că a promovat-o în rândul rezidenților săi de-a lungul acestor ani. Feedback-ul primit de la aceștia a fost unul pozitiv și asta mi-a dat curaj să continui și cu a doua parte.

Anii au trecut, eu mi-am văzut de specializare și, odată cu maturizarea (*atât în viață, cât și în profesie*), am simțit din nou nevoia ca odată cu încheierea rezidențiatului să adaug și cea de-a doua parte a cărții, în care mi-am propus să ofer o viziune de ansamblu asupra vieții de medic rezident în România. Am încercat să păstrez un echilibru fără a cădea în nici una din extremele de genul „*România*

este o țară de rahat și totul este o mizerie” sau în opusul ei: „Am să plec să muncesc în afară și acolo toți or să îmi pupe mâna și or să mă scalde în bani”. Adevărul este la mijloc. M-am abținut cu greu acum, în 2014, să nu modific conținutul scris în primul an de rezidențiat. Era prea vesel, prea optimist, prea „copilăros”. Simțeam nevoia să îl schimb, să îi dau un ton mai serios, mai grav.

Am realizat însă, recitind prima parte și comparând cu materialul scris recent, că îmi place mai mult materialul scris în anul întâi de rezidențiat. Și de fapt cred că așa trebuie să rămânem ca stare de spirit: optimiști, încrezători în noi, folosindu-ne simțul umorului cât mai des și menținând un tonus psihic pozitiv.

Medicina, atunci când este practică cu responsabilitate și dedicație, este o meserie solicitantă, ale cărei griji le iei de multe ori cu tine acasă, foarte prost salarizată în țara noastră, iar despre imaginea medicului român ce aș mai putea spune... este din ce în ce mai rar văzută ca imaginea unui salvator.

Dar să nu devenim melodramatici.

Veți găsi în această carte împărtășite și experiențele mele din sistemele medicale prin care m-am perindat și am învățat în acești ani: Germania, Turcia, Noua Zeelandă. Plus informațiile culese despre țara cu cel mai bun sistem de pregătire a rezidenților din Europa (în opinia mea): Olanda. Și ca un bonus, veți citi și despre sistemul de pregătire din Marea Britanie, prin bunăvoința colegului și prietenului meu, dr. Daniel Fudulu (*rezident în specialitatea Chirurgie Toracică în România, apoi rezident în Chirurgie Cardiovasculară în Marea Britanie*). L-am cunoscut și ne-am împrietenit în cadrul stagiului de Chirurgie Generală, drumurile noastre despărțindu-se ulterior. Una peste alta, destul cu introducerile, nu îmi place să lungesc inutil lucrurile și, în plus de asta, nici nu prea mai am ce să vă povestesc aici.

Vă doresc lectură plăcută și sunt convins că timpul petrecut citind această carte nu va fi irosit.

Cuvânt înainte

Cele aproape 200 de pagini ce urmează sunt interesante pentru cei care se decid să practice medicina. Multe din problemele profesionale și sociale ce se ridică în fața unui rezident sau proaspăt specialist sunt aduse sub reflector, desenând, din păcate, un sistem anormal, greu de înțeles, dar care funcționează cu rezultate și mai greu de înțeles.

Cine sunt cei care ar trebui să citească această carte? Pe deoparte, cei care încă nu au ales medicina (elevi de liceu) sau au ales-o și sunt la începutul carierei (studenți și rezidenți), dar nici unii, nici alții nu intuiesc ce îi așteaptă. Pe de altă parte, cei care poartă numele de factor de răspundere, dar nu au nici o responsabilitate, căci nu se implică în schimbarea stării de fapt existente. Sunt convins că aceștia din urmă nu o vor citi întrucât sunt mult prea ocupați cu reforma periodică a sistemului de sănătate românesc.

Multe din aspectele legate de organizarea procesului de învățământ medical postuniversitar precum și perspectivele unui tânăr specialist surprinse în următoarele pagini sunt cât se poate de reale și îngrijorătoare, dacă nu chiar sumbre. Câteva dintre subiectele intrate în discuție în paginile ce urmează sunt: alegerea unei specialități, planificarea numărului de specialiști formați anual, salarizarea rezidenților și a tânărului specialist, dependența tehnologică a medicului aflat la început de drum, programa practică a rezidentului, opțiunile de angajare ale unui tânăr specialist în sistemul de stat sau cel privat, atitudinea opiniei publice față de lumea medicală, emigrarea medicilor. Desigur sunt și multe altele, devoalate în paginile ce urmează și, de ce nu?, altele pe care cititorul le poate adăuga consecutiv lecturii.

De ce am afirmat că rezultatele sistemului de învățământ postuniversitar medical sunt paradoxale? Pentru că, în ciuda evidențelor, multe dintre ele, indicate și în lucrarea pe care o prefațez, sunt mai mult decât bune. Spre exemplu, în clinica de

urologie în care lucrez, rezultatele finale ale activității chirurgicale sunt perfect superpozabile peste rezultatele obținute în cele trei clinici occidentale de vârf în care am lucrat pe parcursul carierei. Cum este posibil acest lucru în condițiile în care sumele de bani pe care spitalul nostru le primește sunt de cel puțin 20-40 de ori mai mici decât cele care se cheltuiesc într-o clinică occidentală pentru proceduri similare, iar diferențele salariale sunt cele care sunt? Nu cunosc răspunsul. Intuiesc însă că ar fi o împletire între următoarele: o pregătire bună, un entuziasm nelimitat și plățile informale, acestea din urmă atât de dragi presei și Băncii Mondiale.

„Ceea ce nu poate fi schimbat trebuie măcar descris” este un citat care se imprimă perfect peste demersul colegului meu. În speranța că totuși ceva poate fi schimbat, vă doresc lectură plăcută!

**DR. IONUȚ CHIRA - MEDIC PRIMAR UROLOG
SPITALUL CLINIC DE UROLOGIE „PROF. DR. THEODOR BURGHELE”**

PARTEA I

CAPITOLUL I

Aspecte generale

Bine ai venit!

(August 2009)

Felicitări, proaspătule rezident! Ai reușit, ai luat examenul vieții tale, ai obținut și specialitatea dorită, ești fericit, împlinit, cei dragi din jurul tău sunt foarte mândri de tine și de succesul tău, iar tu simți că viitorul îți surâde și că există undeva o șansă ascunsă, pregătită special pentru tine. Păstrează imaginea asta frumoasă în minte și în inimă, crede în ea și nu lăsa pe nimeni să ți-o distrugă.

De fapt, acesta este și motivul pentru care m-am decis să scriu cartea pe care tocmai ai deschis-o: pentru a îți menține moralul ridicat în primele luni de rezidențiat, atunci când va avea loc trecerea, de cele mai multe ori brutală de la viața boemă de student la cea dură de proaspăt medic rezident într-o specialitate chirurgicală cu numeroasele și deloc ușoarele ei provocări, o carte care să te ghideze până vei reuși să îți dai seama singur cum decurg lucrurile în noua ta treaptă din carieră.

Un alt motiv pentru care am considerat necesară o asemenea carte a pornit de la observația că toate cărțile de medicină aflate prin magazine abundă doar în noțiuni medicale pe care trebuie să le înveți și să le aplici (mai mult sau mai puțin), dar din păcate nu am găsit nicio carte de actualitate care să vorbească și despre viața de medic rezident în toate aspectele ei, nu doar cele științifice.

O carte care să spună lucrurilor pe nume, dar într-un mod constructiv, în așa fel încât atunci când o vei termina de lecturat să nu te gândești neapărat care e drumul cel mai scurt spre ambasada SUA, a Angliei, a Franței sau a Spaniei sau a oricărei alte țări străine

în care laptele și mierea se scurg în râuri. Probabil că e considerat nedemn și o risipă de timp să abordezi viața medicală și dintr-o asemenea perspectivă, vorbind despre lucruri care „nu fac obiectul actului medical”, dar care îl condiționează uneori foarte mult, când ai putea foarte bine să mai torni un volum de patologie chirurgicală cu teorii împrumutate din alte cărți. Dar vestea bună este că eu am și timp, și nici nu țin prea mult la demnitatea aceasta falsă. Îmi propun așadar ca în această carte să ofer informațiile necesare, atât motivaționale, cât și educaționale (desigur, în măsura în care le stăpânesc și eu în acest moment) rezidentului de an I, pentru a-i face poate mai ușoară și mai plăcută trecerea primelor luni din viața de medic rezident într-o specialitate chirurgicală.

Am să insist la început pe latura motivațională întrucât fără un moral bun, nimic nu va merge bine și mai rău de atât, viața se va transforma într-un șir lung de supărări și regrete. Și după cum am spus și mai sus, informații se găsesc din belșug, însă chef de studiu și de muncă trebuie cultivate încontinuu. Dar destul cu vorba, să trecem la treabă!

Prima zi de muncă

Ei bine, îți convine sau nu, dar asta e. Vine și vremea muncii, că destul ai învățat în facultate. Toate specialitățile chirurgicale încep mai nou cu stagiul de Chirurgie Generală, întrucât, la origini, toate specialitățile chirurgicale au avut originea în chirurgia generală. E frumos, ca și cum ai trăi scara evoluției pe fast-forward. Tocmai de aceea e bine să profiți cât de mult poți de acest stagiul. Pentru început, e bine să îți cunoști echipa cu care vei lucra.

Fie că este o echipă pe care o cunoști și la care vii „cu adresă”, spre nemulțumirea unora dintre colegii mari (adică medici care nu sunt în stare să păstreze rezidenți din cauza comportamentului necorespunzător sau a proastei pregătiri profesionale), fie este o echipă la care vei fi distribuit de către șeful de secție, în funcție de cum gestionează domnia sa resursele umane ale secției pe care o conduce.

Oricum ar fi, asigură-te că ajungi la timp, adică înainte de ora 8.00. Este chiar bine să faci o vizită cu câteva zile înainte de a începe

stagiul propriu-zis pentru un prim contact cu clinica în care ești repartizat și cu medicul în a cărui echipa vei lucra, asta în cazul în care nu îl cunoști deja.

În ce privește costumul de spital, recomand unul de culoare albă. În principal pentru că albul e asociat cu imaginea de „doctor” în ochii pacienților. Alte culori pot stârni confuzii în fața acestora, vor crede că sunteți fie asistenți, brancardieri sau medici din altă secție.

În orice caz, nu le va fi foarte clar ce sunteți. Nu au nimic personal cu voi, dar pacienții se așteaptă ca doctorul să fie îmbrăcat în alb, asta e tot. Pe sub bluză recomand tot un tricou alb, în special dacă ești băiat. Evitați combinațiile nefericite gen cămașa purtată pe sub bluza de costum, eventual cu reverul scos în afară. Pur și simplu „nu dă bine”, iar dacă intri în sala de operație, gulerul cămășii va ieși peste halatul steril, ceea ce e tragicomic și destul de septic în același timp.

E adevărat, pe vremuri chirurgii aveau obiceiul prost de a opera în frac, dar acele zile s-au terminat la fel ca și zilele pacienților operați de aceștia.

În ce privește bluza, e o alegere mai fericită modelul gen „sacou” cu capse pe mijloc, nu, nu pentru că ar avea buzunarele mai mari, ci pentru că atunci când veți fi nevoiți să intrați în sală, puteți să păstrați toate obiectele personale (chei, telefon, ceas etc.) în buzunarele hainei, fără a ploua cu toate acestea pe jos atunci când vă veți scoate bluza pentru a vă pune halatul steril.

Insist pe aceste aspecte aparent banale nu din vreo pasiune nesatisfăcută pentru modă, ci pentru că ele fac parte din imaginea voastră de viitori profesioniști. Iar într-o meserie în care ai frecvent contact cu oamenii, acestea contează. Ca o concluzie, încercă să păstrezi totul simplu, curat și eficient.

De asemenea, e bine să aveți la voi un carnetel în care să puteți nota tot felul de sarcini, observații, subiecte de citit, în general diferite obiective/sarcini de rezolvat. La sfârșitul zilei de lucru îl puteți consulta și vă ajută astfel să vă amintiți multe lucruri, scutindu-vă de multe bătăi de cap și reproșuri inutile.

În rest, pentru prima zi e bine să te familiarizezi cu spitalul și cu punctele sale cheie: toaleta și vestiarul. Sunt singurele locuri în care

te poți retrage pentru o clipă de respiro (mă rog, mai puțin toaleta) și în care ai un sentiment de intimitate. În rest, încearcă pe cât posibil să nu te rătăcești prin spital, e destul de penibil.

Echipa

Spuneam mai sus despre faptul că îți vei cunoaște noua echipă de lucru. Trebuie să știi că o echipă nu înseamnă doar niște oameni strănși și aruncați laolaltă pentru a realiza o sarcină. Privește campionatul intern de fotbal și o să înțelegi mai bine ce spun. Așa se întâmplă și în chirurgie: echipa înseamnă un grup de oameni care colaborează bine, se respectă, se ajută reciproc și se motivează unul pe altul.

Dacă un membru al echipei are probleme, acestea se vor răsfrânge asupra întregii echipe, așa că nimeni nu trebuie neglijat. Nou-veniții în echipă au tendința să fie lăsați la o parte, mai ales în echipele mai mari, care sunt, evident, ale medicilor recomandați, deci buni, în orice caz, populari.

Niciun rezident nu vrea să își irosească timpul lucrând cu cineva de la care nu are ce învăța. Desigur, un medic bun nu înseamnă neapărat și un bun pedagog, însă e mai bine să observi gesturi și raționamente corecte decât să înveți prostii spuse cu talent oratoric în altă parte. Acum, tu ca nou-venit trebuie să îți găsești cumva un loc. Dacă ești un rezident într-o altă specialitate chirurgicală decât Chirurgie Generală, atunci stagiul tău nu va fi unul prea lung și deci nici nu vei fi implicat în mod special în activități. E pe de o parte firesc întrucât în tine se va investi timp și energie pentru a fi educat și la urma eforturilor, tu vei pleca.

E frumos din partea ta? Dacă mai adăugăm și lipsa ta de experiență în chirurgie, cu toate stângăciile inerente începutului, vei vedea de ce pentru echipă ești la fel de necesar precum o pană de cauciuc în ziua plecării în vacanță.

Știu, știu, datoria sistemului este să învețe rezidentul și să îl pregătească, bla, bla. Să fim realiști, sistemul este format din oameni și oamenii sunt cei care fac regulile. Lucrăm în sistemul medical românesc, deci trebuie să te adaptezi. Desigur, dacă vrei și dacă poți să te adaptezi.

Cu sau fără „recomandare”?

Așadar, poate te întrebi dacă e mai bine să alegi o echipă mică, dar fără „recomandare” în care ți se lasă o libertate mai mare de acțiune, în schimbul unei echipe mari în care rolul tău e mai mult de observator. În cazul în care doctorul cu care ai dori să lucrezi nu te poate primi și pe tine din diferite motive, începând cu cele de locuri păstrate pentru cei cu pile și terminând cu faptul că are prea mulți rezidenți, nu te dezarma. Nimeni nu spune că viața e corectă și că totul trebuie să fie roz. Chiar și așa, tot poți măcar să asisti la operațiile făcute de el și să înveți/observi ce și cum face bine.

Sfatul meu este să alegi o echipă de la care ai ce învăța, chiar și predominant teoretic. În cele din urmă, un prost cu manualitate rămâne totuși un prost, nu uita asta. O soluție care funcționează, testată personal, este să încerci să asimilezi cât mai multe informații și gesturi chirurgicale de la echipa mai numeroasă la care te afli și încet, încet să îți crezi oportunități de a intra în sală cu echipele mai mici care au nevoie de rezidenți la operațiile de amploare mai mare, care necesită un număr mai mare de ajutoare. Trebuie să sesizezi și să profiți de aceste oportunități, comunicând în special cu medicii respectivi și urmărind programul operator cu o zi înainte de intervenții. Bineînțeles, trebuie și tu să capeți un pic de experiență și să înveți lucrurile elementare pentru a-i putea ajuta realmente, să nu îți imaginezi că vei avea acces imediat într-o echipă mică doar pentru că nu au oameni. Dar în timp, te vor remarca. E suficient să intri cu unul-doi medici și apoi restul se vor convinge că meriți o șansă. Per total, este o situație de genul „win-win” în care toată lumea e fericită. Îți vei lărgi aria de acțiune și îți vei face și cunoștințe noi, care te pot învăța câte ceva. Astfel, toata lumea câștigă.

Îmi amintesc sfatul primit de la un profesor de urologie în anul I de rezidențiat: „Ești prea tânăr ca să stai doar pe lângă un singur medic”. De la fiecare chirurg ai ceva de învățat, așadar caută mereu să asimilezi lucrurile bune de la fiecare, indiferent care este părerea altor colegi despre el. Mai mult de atât, nu toată lumea din cadrul secției abordează aceași patologie chirurgicală, deci caută să participi la intervențiile pe care fiecare dintre aceștia le realizează cel mai bine.

CAPITOLUL II

Colegii

Colegii de echipă

Motivul pentru care scriu despre colegi este că sunt foarte importanți în desfășurarea activității tale. Colegii te pot ajuta, învăța sau te pot încurca și te pot trage în jos. Și te mai pot face să te simți și foarte prost, nefericit, încât să îți numeri frecvent zilele rămase până la weekend, vacanță, finalul de stagiu.

Aceștia ar trebui să te ajute cu informații utile (un mic training vizavi de organizarea echipei și a desfășurării acesteia în sala de operație ar fi un calificativ de 5 stele al colegilor), să îți explice noțiunile elementare de chirurgie și să te încurajeze și supravegheze în cursul primelor tale manevre și intervenții chirurgicale mici. Trebuie să realizezi că, fiind începător, nimeni nu te poate lăsa să participi de la început ca ajutor principal („mâna a doua”) fiindcă trebuie să îți câștigi acest drept prin demonstrarea preciziei și stăpânirii diferitelor gesturi chirurgicale. Ar trebui să fie un pacient pe care doctorul îl urăște din suflet ca să facă acest lucru cu un începător. Sau ca medicul să își dorească o pensionare rapidă. Chiar dacă ai un trecut în chirurgie, dacă ai participat la multe operații în studenție, tot va trebui să îți demonstrezi cunoștințele practice până la a aștepta să ți se ofere oportunitatea respectivă. Și tu, la rândul tău, ai proceda la fel ca șef de echipă, este firesc.

Dacă lucrurile despre care vorbeam mai sus nu se întâmplă de la sine, e în regulă, poate colegii au și ei treburile și grijile lor și uită de tine, așa că ție îți revine sarcina de a-i întreba și de a le cere să îți dea o șansă de a lucra, de a fi implicat în diferitele intervenții de mică amploare (*de exemplu, să înveți să faci o anestezie locală, să suturezi o plagă, să extragi un chist sebaceu, o hidrosadenită, o unghie încarnată*). Dacă și la cerințele tale ești în continuare ignorat, atunci trebuie să îți spui că ai niște colegi de proastă calitate și e important să te gândești spre ce vei evolua în acest ritm.

Trebuie să înțelegi că pasiunea de a educa pe altul e un har, o calitate pe care puțini o au. Cei care nu vor să te ajute să înveți, ba mai mult, îți pun și bețe în roate și nu te lasă niciodată să faci ceva înseamnă că sunt zgârciți cu înțelepciunea proprie. Or înțelepciunea se adună cu atât mai mult cu cât o împarți și cu alții. Sună ca un paradox, dar nu este deloc așa.

Mă rog, să lăsăm filosofia și s-o spunem pe șleau: n-o să înveți mai nimic în acest ritm și o să evoluezi foarte puțin, vei lucra puțin și vei fi nesigur pe tine și pe gesturile tale. Felicitări, ești pe drumul spre mediocritate! Când simți calea de mulți bătătorită a acestui drum, e un moment optim să reconsideri dacă merită sau nu să rămâi în echipa respectivă.

În orice caz, chiar dacă nu ai de-a face cu niște colegi amabili, e important să nu recurgi la jigniri și la un comportament indecent. Poți oricând să pleci sau să îi înfrunți, dar fă-o în așa fel încât să demonstrezi că ești mai bun decât ei, mai educat și cu mai mult bun-simț.

Respectul pentru colegi (fie de echipă, fie de secție) și mai ales bunul-simț trebuie să te însoțească pretutindeni fiindcă pe lângă rolul său constructiv în crearea și păstrarea relațiilor de colegialitate, este și o etichetă proprie, de lux așa putea spune. Ca să zic altfel, bunul-simț și amabilitatea le cultivați pentru voi, nu pentru alții. Și nu vă dezamăgiți dacă nu vă sunt apreciate aici, sunt destule țări civilizate care apreciază asta. Ce vreau să vă spun este că în niciun caz nu trebuie să vă coborâți standardele de comportament, cât și cele etice doar pentru că sunteți înconjurați de oameni lipsiți de normele elementare de bun-simț și de caracter.

Chirurgul șef

În ce privește doctorul care conduce echipa, dacă ai șansa să fie un personaj vorbăreț, generos cu explicațiile diferitelor gesturi chirurgicale, diagnostice și atitudini terapeutice, atunci ești un norocos. Dacă nu e genul, întreabă-l tu despre acestea. Poate unele din întrebări vor fi stupide, îl vor amuza sau îl vor enerva și pe tine te vor face să arăți ca un prost, dar nu e nimic, înveți. Un coleg mai mare îmi spunea odată: „Nu e nimic dacă te faci de râs. Ești în anul 1, acum

e momentul să te faci de rahat!”. Desigur, voia să spună că acum pot trece mai ușor peste rușinea de a nu ști anumite amănunte, decât mai târziu când anii vor trece și pretențiile celorlalți colegi, pacienți vor crește. Atunci când pui întrebări, unii dintre colegii mai mari vor râde de tine, alții vor crede că încerci să faci pe deșteptul, alții se vor minuna cum de nu ai știut tu asta, și tot așa. Toate aceste lucruri te pot afecta și te pot determina să îți pierzi elanul și să rămâi tăcut și ferit, într-un loc comod și calduț, unde informația nu mai ajunge.

Dar să îți spun un secret: pe măsură ce întrebi diferite lucruri și îți se oferă explicații pe măsură, pe atât prinzi mai mult gustul de a căuta răspunsuri mereu în tot ceea ce faci și în cele din urmă vei ajunge să te lămurești chiar tu singur, fiindcă îți însușești raționamentul chirurgical pe care nu ți-l oferă nicio carte de patologie. În clipa în care se întâmplă asta, ai sentimentul că ești pe drumul cel bun.

Ca direcție generală în ce privește acțiunile sau gesturile chirurgicale, trebuie să cauți să înțelegi mereu cum se face un anumit gest și de ce în felul respectiv. Dacă te frământă ceva, îți repet: Pe doctor, pe colegi, pe alți medici. Uneori e chiar interesant să vezi ce răspunsuri poți primi. Sau cum unii „deștepți” tac din gură și nu știu să răspundă nimic și te expediază evaziv, încercând chiar pe tine să te facă să te simți prost că îi deranjezi cu asemenea întrebări.

Pe măsură ce găsești răspunsurile îți vei însuși un mod de gândire chirurgical și încet, încet îți vei lămurii singur nedumeririle ulterioare sau măcar vei putea intui un răspuns. Dacă nu, mai există și cărți de medicină, nu uita acest mic detaliu. O fi adevărat că meseria se mai și fură, dar în medicină nu prea merge să cânți după ureche, lăutărește. Sau merge, dar puțin și pentru puțin timp. Iar bancnotele îți vor fi lipite pe frunte cu scuipat, dar fără bancnotă, dacă înțelegi ce vreau să spun.

Așadar, **nu fi leneș** și caută mereu să înțelegi ce se întâmplă. **Să nu îți fie frică** de faptul că vei fi considerat prost pentru că nu înțelegi niște gesturi care pentru unii sunt arhicunoscute, banale chiar, până la urmă e vorba despre opțiunea ta de a trăi în beznă, dar cu mândria intactă. Știu, e grea povara recunoașterii propriilor limite, mai ales când alții s-au deșteptat înaintea ta, dar până la urmă ce vrei să faci? Să rămâi prost în continuare? Nu știu dacă mândria merită plătită așa de scump.

Colegii de secție

Aceștia sunt la început niște străini de care începi să te apropii pe măsură ce trece timpul. De unii te vei apropia mai repede, de alții mai încet, în funcție de afinități. Alții vor fi respingători de la începutul și până la sfârșitul stagiului.

În ce te privește, este important să înveți să dezvolti arta comunicării și diplomației în așa fel încât să te înțelegi cât mai bine cu toată lumea, mai ales că uneori te poți trezi că ești nevoit să colaborezi cu colegii mai puțin plăcuți ca personalitate. Vei găsi printre colegii de secție poate și câțiva prieteni, buni profesioniști, de la care vei învăța lucruri foarte utile și care s-ar putea să te ajute în carieră mai mult decât îți imaginezi.

Trebuie să le arăți tuturor respectul cuvenit atât pentru grad, cât și pentru vârstă și nu în ultimul rând pentru faptul că se chinuiesc să lucreze în sistemul nostru sanitar bolnav și cu un picior în groapă. Medicii au în general orgolii foarte mari și de aceea menținerea unei comunicări sănătoase este greu de realizat chiar și între ei, darămite între un proaspăt rezident și un medic cu vechime. Știi doar care este diferența între Dumnezeu și chirurgi, nu? Pentru început, Dumnezeu nu se crede chirurg. Bineînțeles, să nu mai spun de faptul că există o mentalitate cazonă, ca rezidenții să mai fie și umiliți uneori doar pentru a se ști „cine este șeful”. Așa este și în alte branșe, nu vă speriați.

Singura umilință la care ar trebui să fie supus rezidentul ar fi aceea prin demonstrarea deficitului de cunoștințe teoretice și practice ale acestuia, scopul fiind de a-l motiva să învețe mai mult, să se autodepășească, nicidecum prin izbucnirea în crize de autoritate care nu fac decât să trădeze niște frustrări ale medicului în cauză. Oau, a pus la punct un rezident nevinovat! E o adevărată forță în medicină! De ce nu încearcă să se ia de șeful de secție dacă tot le plac așa de mult provocările? De parcă nu ar fi și așa destule reprezentații a la Circul Globus în camera de gardă atunci când sosesc diferite cazuri din al căror alai nu lipsesc poliția, pompierii și televiziunea. Se spune că recunoști un om de caracter după felul în care se poartă cu cei de care nu are și nu ar avea nevoie vreodată. Analizează-ți colegii după acest criteriu și vei realiza foarte repede cu cine ai de-a



Figura 1. Nu te teme să pui întrebări

face. Încearcă să nu pui la suflet manifestările demne de suporterii de pe stadioane și mergi înainte. Dacă ți se aduc acuzații false, atunci e cazul să răspunzi și să îți iei apărarea, menținând în continuare un ton și o atitudine decentă, comportându-te cu profesionalism.

Cred că oferta de preșuri pentru călcat în picioare se găsește în magazinele cu articole de bricolaj, nu la intrarea în rezidențiat. Ușor de zis, greu de făcut, nu?

Colegii din alte discipline

Aceștia sunt foarte importanți, iar relația de colaborare și prietenie cu ei trebuie cultivată și îngrijită cu atenție. Ei îți pot oferi multe răspunsuri salvatoare care îți vor lărgi sfera de cunoaștere și te pot ajuta foarte mult în ce privește înțelegerea stabilirii unui diagnostic sau a îngrijirilor postoperatorii, funcție de caz. Poți oricând să înveți de la medicul anestezist tehnica de intubare, de acordare a primului ajutor, de exemplu. Sau aceștia îți pot recomanda diferite cărți utile ție ca și chirurg, cred că ai înțeles ideea.

Totul este să profiți cât mai mult de pe urma cunoștințelor pe care aceștia ți le pot împărtăși. Sunt, ca să zic așa, un „must have” pentru orice viitor medic de succes. De-a lungul stagiului de chirurgie generală principalii medici cu care colaborezi sunt: medicul anestezist (până la sfârșitul carierei), radiologul, cardiologul (în funcție de cât de bine poți descifra linia aceea tremurată și mâzgălită pe hârtia roz ieșită din aparatul de EKG), gastroenterologul și apoi, într-un procent mic, restul specialităților, în funcție de comorbiditățile asociate pacientului.

Unii chirurghi, de exemplu, se încapățânează să îi dea de muncă mereu anatomopatologului și autopsierului. Încercați să nu preluați acest model. Dacă vă place de anatomopatolog, e mai simplu să îl invitați la o bere/suc. Primul lucru important pe care l-am învățat de la medicul cardiolog cu care am colaborat a fost că aparatul de EKG funcționează perfect normal când linia neagră iese tremurată, nu trebuie să îi chem pe cei de la service de fiecare dată când unui pacient i se face investigația. Și mai ales, să nu pocnesc monitoarele din secția ATI doar pentru că punctul verde de pe ecran are un joc continuu în sus și în jos.

În orice caz, nu uita că succesul în medicină ține enorm de multă muncă în echipă, așa că repet, e bine să ai relații cât mai bune cu acești colegi. În medicină, și mai ales în chirurgie, nu poți reuși doar de unul singur nici dacă ai fi Chuck Norris.

Asistentele

Asistentele intră în aceeași categorie cu colegii de echipă, doar că sunt ceva mai independente. Ele te pot ajuta foarte mult dacă sunt organizate și atente la detalii legate atât de pacient, cât și vizavi de experiența ta microscopică în ce privește administrarea unei medicații.

Unele asistente țin în mod special să pună rezidenții la punct, probabil se răzbuună astfel pentru niște abuzuri făcute de alți medici în fața cărora nu au putut riposta.

Așa că dacă nu au putut lovi dulăul, se mulțumesc să pocnească un cățelus. Sunt situații, cel puțin la începutul rezidențiatului, când trebuie să te adaptezi la rutina zilnică, ce presupune scrierea în foi a medicației pentru pacienți, apoi a transcrierii acesteia în programul informatic de gestionare al farmaciei spitalului, iar în cele din urmă, printarea și ducerea la asistente pentru a fi prelucrată mai departe.

Ei bine, uneori mai greșești numărul de fiole, durata tratamentului, data eliberării etc. O asistentă care cunoaște profesionalismul te avertizează discret și te ceartă părintește să repari greșeala. Celălalt gen de asistentă face ditamai cazul și se dă de ceasul morții de parcă tocmai ai prescris cianură de potasiu la jumătate din pacienții secției.

Pe lângă aceste mici probleme, asistentele te pot ajuta enorm învățându-te micile manevre esențiale în îngrijirea bolnavului: recoltarea de sânge venos, cateterizarea unei vene (puncțiile arteriale sunt făcute de către medici, în special cei din ATI), inserarea unei sonde nasogastrice, cateterizarea vezicii urinare.

Nu e înjositor să știi și să poți efectua munca unei asistente; viața e imprezvizibilă și nu poți ști când vei fi nevoit să te descurci singur în astfel de situații. Mai ales ca rezident. Recomand în acest sens o carte foarte bună despre nursing-ul în diferite specialități

medicale și chirurgicale mai ales: **Textbook of Basic Nursing, 9th edition**, *Caroline Bunker Rosdahl, Mary T. Kowalski*.

Diferența între această carte de nursing și restul este că răspunde la multe „de ce?”-uri în privința îngrijirii bolnavului. Vă recomand să aruncați un ochi pe ea, puteți citi o serie de pagini gratuite cu ajutorul Google Books sau o puteți cumpăra.

Spitalul

L-am trecut și pe bătrânul spital tot la colegi fiindcă vei petrece tot timpul în găzduirea lui și apoi nici nu știi unde ar trebui clasificat. Ei bine, spitalul trebuie cunoscut și el. Vei avea de făcut destule drumuri pe la diferite secții, să cauți diferiți medici fie pentru interpretarea unor analize, fie pentru a solicita o părere, o consultație pentru unul din pacienții voștri. Cunoașterea spitalului vine în timp, dar la început este destul de supărător faptul că trebuie să întrebi pe unde trebuie să mergi spre destinație, mai ales că ești una din persoanele „în halat alb” despre care se presupune că ar fi în elementul său. Mai amuzant este când te întreabă câte un pacient cum se ajunge la nu știi ce secție, iar tu, în primele tale zile de muncă în spital, ridici din umeri neștiutor. Expresia de uimire a interlocutorului e neprețuită.

În principiu e bine să știi cam ce secție se află la fiecare etaj și unde se află secțiile importante cu care vei colabora frecvent: radiologie, gastroenterologie, cardiologie, imagistică, secția ATI.

Prădătorii naturali ai rezidentului

Dacă tot am abordat capitolul „colegii și relațiile intercolegiale”, trebuie să te previn și asupra unor caractere care îți vor face viața grea, în măsura în care vei avea norocul să colaborezi cu ei. Am spus încă de la început că viața de debut în rezidențiat nu este ușoară, și un moral bun este cheia reușitei pentru supraviețuire în primele luni, până vă deprindeți cu rutina și sunteți „pe picioarele voastre”, foarte fragile de altfel.

„Păpușarul” este de cele mai multe ori un rezident de an mare, fericit că „are rezidenți” mici. Bucuria lui cea mai mare este să vă dea



Figura 2. Rezident mare, rezident mic

cât mai multe sarcini fizice, precum adusul de obiecte și transmisul de mesaje, dar fără sms sau telefon. Probabil că în copilărie i-au plăcut mult mașinile cu telecomandă, fie părinții nu i-au îndeplinit dorința de a avea un cățeluș care să îi aducă înapoi bățul aruncat prin parc.

Vă va trimite într-o veselie în special după foile de observație, fie că ele se află în camera vecină, la 2 metri de el sau pur și simplu sunt rătăcite și voi va trebui să le găsiți, căci după cum probabil intuiți, vina pierderii foilor nu este a lui, nici a asistentelor, ci în exclusivitate a voastră. Toate sarcinile „murdare” precum vorbitul cu colegii pe care îi evită (*din motive pe care le veți afla și voi în scurt timp*), alergatul pe scări între etaje pentru a vorbi personal cu un alt medic în vederea solicitării unei consultații pentru pacient, apoi reîntoarcerea pe scări fiindcă s-a uitat de menționat un argument important din anamneză, și tot așa. Îi veți mulțumi pentru picioarele musculoase și ferme, frumos dezvoltate în lunile de stagiu.

Dacă „Păpușarul” ar fi mai organizat, evident că nu ați mai face așa multe drumuri și cu mai mult folos, dar atâta timp cât nu le face el, de ce să-și bată capul? Îți face viața grea dându-ți ordinele exact în momentele-cheie în care participi la vizită cu medicul și poți afla lucruri interesante despre anamneză și examenul clinic, când participi la o investigație din care poți învăța câte ceva (de la o banală, dar utilă ecografie, până la o endoscopie, colonoscopie, radioscopie). Ce poți să faci? E simplu, trebuie să îți vezi prioritățile și să pui piciorul în prag. Nu spun că am făcut asta mereu, dar realizez că nu am câștigat nimic scoțând timpi record între etaje.

„**Sensibilul**” este de cele mai multe ori un medic bine pregătit care consideră că merită mai mult decât i se oferă. Și are dreptate. De-a lungul timpului a acumulat suficiente nemulțumiri și simte că ar fi putut și încă ar putea face mult dacă nu ar fi limitat de sistemul medical românesc. Și aici are dreptate. Dar lucrurile o iau razna atunci când apari tu, rezidentul care prin orice gest pe care îl faci îi subminezi lui autoritatea. Îți găsește nod în papură și în felul în care i te adresezi, oricât de ireproșabil ar fi acesta. Dacă în mod accidental ai ajuns cu pacienții la sala de pansamente înaintea lui (și mă refer la un interval de 10 minute, nu ca și cum ați fi făcut concurs

de cărucioare până acolo), atunci ți-ai stricat toată armonia din karmă. Se va năpusti asupra ta cu o serie de ironii fine, însoțite de o privire mai tăioasă decât orice bisturiu de pe secție și va face un mic „circ moral” din care să reiasă neobrăzarea ta de rezident. Partea cu adevărat delicată survine atunci când va trebui să colaborezi cu el. Abia atunci începe distracția adevărată. Îmi amintesc și acum eșecul meu de a comunica cu acest tip de personalitate, în ciuda eforturilor depuse, pur și simplu, nu m-a plăcut deloc.

Mă gândesc că poate atunci când am pronunțat cuvintele „*vă rog frumos*”, buzele mele s-au arcuit în așa fel încât i s-a părut că citește pe ele o înjurătură, chiar nu pot să îmi dau seama ce a mers prost. Rămâne pentru mine până în ziua de azi un eșec, singurul de altfel în ce privește comunicarea cu colegii. Acest prădător va reuși prin ironiile sale să vă scadă încrederea în sine și să vă strice ziua cu mare ușurință și de fiecare dată o va face complet gratuit. Ca să spun așa, și dacă ți-ar cădea un ghiveci de flori în cap și ai sângea peste tot, va crede că ai făcut-o intenționat să îi murdărești costumul. Evită-l cât de mult poți.

„Terminatorul” este prădătorul cu cel mai puternic armament. Este cel mai puternic prădător dintre toți. Forța sa vine din faptul că este o persoană pe care o respectați sincer, este un lider de opinie pentru voi, poate chiar mentorul vostru. Luați tot ceea ce vă spune de bun și vă doriți să ajungeți și voi într-o bună zi să dobândiți o serie din calitățile lui. De asemenea, vă este frică să nu faceți vreo greșală în prezența lui (*fie să spuneți vreo prostie sau să faceți vreun gest nepotrivit*) fiindcă țineți prea mult la părerea lui. Cu cât deveniți mai încordat, cu atât veți face mai multe prostii. Dacă reușiți să faceți vreo tâmpenie și l-ați enervat, căutați-vă cel mai apropiat bunker și ascundeți-vă, căci urmează Apocalipsa.

Rachetele vor zbura, gloanțele vor șuiera, biohazardul se simte în aer. Se va dezlănțui și vă va spune câteva vorbe grele. Nu vă gândiți la insulte sau trivialități, ci la ceva care doare mai mult, niște remarci din care să rezulte că nu ești bun de nimic, reușind să te facă să te simți cu adevărat inutil. Cum să îți spun altfel, imaginează-ți că respectul tău de sine ajunge drept abțibild pe talpa papucului său de sală. Ceea ce face ca toate aceste vorbe să lovească ținta este tocmai

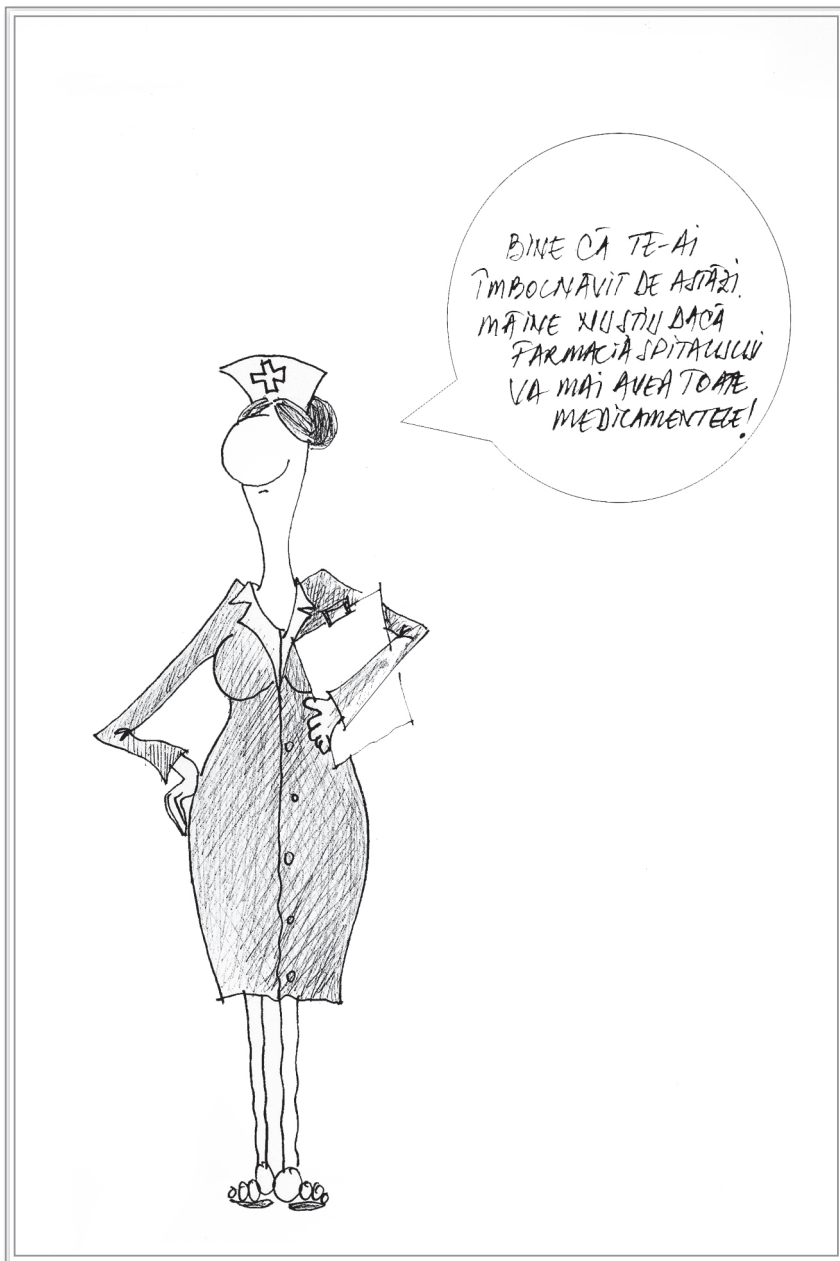


Figura 3. Aspirina, Paracetamol, pansament... ți-ai adus?

faptul că față de „Terminator” nu ai scutul pregătit și respecti tot ce spune, chiar și vorbele spuse la nervi.

Soluția? Trebuie să devii independent, să analizezi de unul singur ce faci bine și ce faci rău și să te concentrezi mai mult asupra a ceea ce faci decât să te gândești tot timpul la ce va crede el. Și bineînțeles, de fiecare dată când îți dă de înțeles că nu ești bun de nimic, repetă-ți în gând de 10 ori că ești bun și că vei reuși. Pur și simplu activează-ți scutul încrederii în tine.

„Paraprofesionalul” este de departe cel mai complex prădător. Deveniți dușmanul său dacă într-un fel sau altul îi amenințați veniturile extraprofesionale, căci despre asta este vorba. Știu, voi nu aveți de gând treaba asta, mai ales că, să fim serioși, sunteți picați din Lună direct în spital și vă gândiți cum ar fi posibil atâta timp cât nici nu știți regulile de bază în chirurgie? Păi tocmai asta este și răspunsul, întrucât pe el nu îl interesează cât de multă materie știți voi, lupta se dă pe alte coordonate, cele „*paraprofesionale*”, și atâta timp cât el poate face asta, se gândește că la fel de bine o puteți face și voi, nu? Fiindcă, pe drept vorbind, nici unul și nici altul nu știți mare lucru în ce privește patologia. Ca să elimine amenințarea adusă de prezența voastră în cadrul echipei, va trebui să vă delimitați de la început statutul: el este șeful, voi sunteți servitorii.

Nu se va mulțumi să facă delimitarea aceasta decât în prezența unui public, în fața căruia va căuta să vă critice pentru orice greșeală minoră, dar pe care o va exagera considerabil pentru a vedea astfel și alții cât de incompetenți sunteți. Va căuta apoi să se vaite de „isprăvile” voastre peste tot pe unde are ocazia, inclusiv în afara colegilor de breaslă. În fața pacienților vă va da tot felul de ordine, nimic special sau spectaculos, dar rolul acestor ordine este să sublinieze relația șef-subaltern și astfel pacientul va ști care dintre voi doi este „șeful”.

Dacă se întâmplă să dai vreun sfat pacientului, cu siguranță că va primi un al doilea sfat „mai complet” de la noul vostru prieten. Orice acțiune pe care o va întreprinde nu vă va implica pe voi fiindcă trebuie ca toți cei din jur să știe „cine se zbate” pentru pacient și cine nu face nimic. În orice discuție contradictorie având subiect medical va aduce din belșug argumente organizatorice cu care vă va

convinge că trebuie să faceți așa cum dorește el, fără să vă închidați gura cu vreun argument logic și/sau medical.

Practic, „Paraprofesionalul” nu face altceva decât să își înlăture concurența pentru câștigurile sale prin orice mijloace, mai puțin cele corecte, oneste. Sunt și cazuri dramatice întâlnite la alți colegi, care au fost ținuti pe tușă mult timp din motive de „interferență” în procesul medical. Pe scurt, e un personaj de evitat. Nu aveți ce învăța de la el și o bună perioadă de timp nici nu veți înțelege de ce se poartă așa cu voi în ciuda faptului că încercați să duceți un trai pașnic cu acesta.

Unde greșește rezidentul mic?

Am să închei acest capitol întrucât deja mi-a stârnit o serie de amintiri neplăcute, dar nu înainte de a vorbi și despre defectele rezidenților mici. Nu ar fi corect să transform rezidentul mic într-un martir, mai ales că nu este cazul. Prima greșeală a rezidenților mici este că așteaptă să li se ofere. Informații, operații, orice. O vorbă veche spune că „**puterea adevărată nu ți-o dă nimeni, ci o iei singur**”, la fel și în cazul lor, mă rog, al nostru, trebuie să fie activi, să învețe din mers și să caute să se implice în activitatea echipei.

În relația medic primar - medic rezident cineva trebuie să facă primul pas și știm amândoi că ar fi aiurea ca primul pas să fie făcut de medicul primar, corect? Este foarte ușor să te plângi că nu sunt condiții, că sistemul medical românesc oferă foarte puțin (*adevărat de altfel*), dar întâi și întâi este vorba despre tine, despre cât de mult ești tu dispus să muncești și să te sacrifici pentru a realiza ceva. Am văzut colegi care se întâlneau cu un caz, participau la operația respectivului pacient și din diferite motive nu citeau înainte de operație câte ceva, fie despre tehnica operatorie și timpii operatori, fie despre modalitățile de diagnostic, investigații, fie despre evoluția postoperatorie, orice numai să fie legat de acel caz.

Lăsând la o parte faptul că e groaznic să participi la o operație și să nu știi timpii operatori, am trăit și eu scenariul acesta de prea multe ori, mai grav este când nici nu citești nici „*postoperator*” despre ce s-a întâmplat, despre ce ai făcut și tu până la urmă. Atunci când citești îți mai lămurești câte o problemă ce privește patologia întâlnită, în

funcție și de cunoștințele pe care le-ai acumulat deja, evident. Până la urmă, orice apuci să înțelegi e de bun augur, întrucât învățarea bazată pe lectură coordonată cu realizarea gestului chirurgical asigură o memorare temeinică. Din nefericire, unii colegi nu citesc nici înainte, nici după operație. În ce mă privește, am constatat că cititul îți dă încredere în tine.

Timpul liber puțin corelat cu oboseala acumulată au fost scuza cea mai frecventă pentru a nu mai citi. Îi cred și pe ei, dar cred și faptul că scuzele nu au importanță decât în mintea celui care le spune. Desigur, ar fi ideal ca medicul operator să organizeze un scurt briefing cu echipa înainte de operație, să facă o scurtă recapitulare a timpilor operatori, a tehnicii (la operațiile mai complicate mă refer, în genul unei rezecții gastrice totale sau subtotale), din care micul rezident învață mult mai ușor punctele esențiale și este astfel și stimulat pentru mai departe să citească și să învețe.

Atunci când cei mai mari acordă o importanță pregătirii operației, cei mici le vor copia modelul, așa cum le copiază și toate apucăturile urâte. Dar cine mai are răbdare, timp și dorința să facă asemenea demonstrații în ziua de azi? A doua greșală pe care o fac rezidenții mici este că **renunță prea ușor**. Se mulțumesc să se victimizeze (precum nesuferitul de ciobănaș din Miorița, baladă pe care eu personal aș interzice-o să mai fie predată în școli) și să nu le mai pese de evoluția lor.

Pur și simplu își bagă piciorul, ca să spun așa. Fie că este vorba de faptul că au atins un platou în ce privește gradul de participare la operații (plictisiți că nu fac altceva decât să fie „mâna 3” chiar și în operațiile simple), fie că s-au plictisit de unele cazuri care se repetă (deși pacienții nu sunt niciodată identici), se plafonează și așteaptă să se întâmple ceva care să îi scoată din starea asta.

Tot ce spun aici am trăit și eu, bineînțeles. Am avut perioade în care nici nu aveam chef să mă trezesc dimineața și să vin la spital, mă gândeam ce scuze aș putea inventa să nu apar. Am realizat însă că nimeni nu te va scoate din starea asta dacă nu întinzi măcar o mână și nu ceri ajutor.

Mai amuzant este că dacă vei continua să mergi pe acest drum, vei ajunge fix nicăieri. (Acesta este și unul din motivele pentru care am scris această lucrare, fiindcă îmi doream cumva să fac mai mult



Figura 4. Vreau să operez!

decât spun toți ceilalți, că nu se poate face; să mă las în voia sorții și să vedem ce se mai întâmplă pe urmă). Dacă ți se pare că faci prea puțin în echipa ta, caută să intri în operații cu alte echipe, așa cum spuneam și la început.

Prima dată când am reușit să fiu „mâna a doua”, căci asta devenise obsesia mea într-o vreme, a fost o situație complet tragicomică. Îmi amintesc că se întâmpla într-o gardă în care am rămas accidental și odată ce am intrat în sală împreună cu un coleg din anul II, am pregătit masa, am pus câmpurile sterile pe pacientă (era o urgență, un ulcer gastric perforat posterior), și îmi amintesc cum așteptam cuminte să vină „mâna a doua”, însă nu a venit decât operatorul principal și mi-a zis doar „Hai, ține!” (*se referea la faptul că trebuie să pun tegumentul în tensiune pentru a face incizia de început*).

M-am menținut în postura de „mâna a doua” până pe la jumătatea operației, când a ajuns și medicul operator de drept „mâna a doua”. Oricum, îmi amintesc că acea întâmplare mi-a dat foarte multă încredere în mine.

La fel de bine țin minte când am participat la prima operație laparoscopică în care mi s-a acordat șansa de a ține camera (*echivalentul „mâinii a doua” în chirurgia clasică*), nici nu mă așteptam să primesc această șansă până spre finalul stagiului (deși astăzi mi se pare o bagatelă ținutul camerei în intervențiile laparoscopice). Și totuși, până a ajunge acolo am făcut două cursuri de chirurgie laparoscopică și pregătire la simulator pentru a demonstra că vreau să pot face mai mult.

Unele ocazii vin pur și simplu întâmplător, pentru altele te pregătești mai mult și poate vin mai târziu. Dar în ambele cazuri trebuie să fii pregătit pentru ca atunci când le întâlnești, să faci tot ce poți mai bine.

Trebuie să cauți neîncetat o soluție în așa fel încât să nu lași rugină și rutina să se aștearnă peste tine. Singura rutină pe care ar trebui să ți-o permiți în carieră este rutina succesului.

Acestea două sunt cele mai mari culpe pe care eu le atribui micului rezident și pe care dacă le-ar rezolva sau măcar le-ar conștientiza, ar vedea o îmbunătățire a calităților sale, precum și o creștere a numărului de oportunități pentru evoluția sa.

Despre tact și diplomație

Aceasta este o secțiune foarte importantă. Nu aș fi scris-o în mod normal dacă nu aș fi avut ocazia să văd colegi de-ai mei care habar n-au de regulile elementare de diplomație și care intră complet gratuit în necazuri din cauza asta. Am subliniat anterior importanța cultivării relațiilor cu colegii din spital. Felul în care vă purtați și înțelegeți să vă purtați cu personalul medical vă definește și în același timp vă ajută, sau dimpotrivă. E bine să respectați câteva mici reguli de bun-simț în rutina zilnică:

1. **Abordați o atitudine pozitivă. Zâmbiți.** Fiți tonici. În primul rând vă va ajuta pe voi să vă autoeducați în acest fel întrucât în meseria asta trebuie să vă mobilizați toate resursele de optimism pentru a depăși problemele, deloc puține de altfel. Apoi, oamenii optimiști sunt mai ușor plăcuți și acceptați într-un colectiv. Bineînțeles că pe unii îi va enerva faptul că aveți puterea și resursele să zâmbiți zilnic, dar asta fiindcă ei nu au această putere.
2. **Salutați voi primii colegii mai mari.** Având în vedere că sunteți nou-veniți, a nu saluta la întâlnirea cu un medic e interpretat drept un act de educație deficitară și veți face o impresie proastă asupra voastră. Iar prima impresie e una care se șterge greu sau deloc. Desigur, nu vă așteptați să vi se răspundă înapoi. Unii medici au capul plin cu probleme, griji, planuri, strategii. Ori a doua variantă, mai dură: nu dau doi bani pe voi. Nu e nimic, într-o bună zi vor ieși la pensie și atunci ghici cine îi va opera!
3. **Formule de abordare.** Atunci când abordați un medic pentru a-i cere ceva sau a-i transmite o informație, folosiți una din următoarele formule de început „Vă rog frumos”, „Fiți amabil(ă)”, „Vă răpesc un moment”, „Îmi cer scuze dacă deranjez”, „Puteți să îmi acordați un moment?” - folosite în special pentru momentele în care este preocupat de ceva. În timp, când veți deveni mai buni prieteni cu anumiți medici, puteți aborda problemele mai direct, dar până atunci trebuie să vă câștigați acest drept!. În cazul în care medicul vorbește cu un alt medic, chiar și cu un pacient, în nici un

caz nu îl întrerupeți, decât dacă e ceva urgent. Dacă nu, lăsați-l să termine; să fie întrerupt de un rezident proaspăt în timp ce explică ceva sau e atent la un coleg este cu siguranță un moment prost pentru abordare. Uneori nu e nevoie decât să veniți lângă doctor în timp ce discută, să vă uitați spre el și acesta va ști că aveți să îi spuneți ceva, dar vă va lăsa să așteptați până termină discuția/activitatea respectivă. În cazul în care trebuie să discutați cu un medic în numele medicului vostru, nu uitați să vă prezentați după o formulă în genul: „*Bună ziua, sunt Cutărică Cutărescu, medic rezident al domnului/doamnei dr..... și am venit să vă întreb/transmit etc.*”. În niciun caz nu dați buzna în cabinetul vreunui medic și să îi spuneți sec „*A zis doamna/domnul doctor să faceți cutare lucru*”. Nu doar că veți face o impresie proastă și veți debuta cu stângul în colaborare, dar în același timp riscați să îl faceți de râs și pe doctorul în numele căruia vorbiți. Nu uitați că în cazul în care vă bucurați în spital de anumite privilegii, ele se datorează „*aripii*” protectoare sub care va aflați.

- 4. Nu uitați să respectați pe toată lumea.** Nu respectați doar oamenii cu grad mare sau pe cei de pe urma cărora aveți de beneficiat. Veți arăta un caracter îndoielnic și fățarnic, iar cei din jurul vostru vor sesiza asta și nu veți primi niciun fel de respect din partea lor. Să te porți urât cu o persoană de care nu ai nevoie sau inferioară ca grad/calificare, de exemplu să tratezi infirmierele ca și cum ar fi sclavii tăi, nu demonstrează decât că ai un caracter mic.
- 5. La final, nu uitați să mulțumiți.**

Nu vă așteptați să vă cadă toată secția de chirurgie în brațe utilizând aceste sfaturi, ele vă sunt date mai mult pentru a nu vă crea probleme în comunicarea cu colegii, mai ales cu cei arțăgoși care abia așteaptă să găsească un motiv prin care să se lege de voi pentru o nouă demonstrație de isterie slab controlată medicamentos.

Dacă vreți și un motiv practic pentru care e bine să fiți amabili cu toată lumea, chiar și cu unii care se încapățânează să rămână nesimțiți, este că în toată această faună lipsită de maniere veți întâlni și câțiva oameni care vor aprecia buna voastră creștere și cu

care veți putea dezvolta relații de colaborare frumoase, poate chiar și de prietenie. Și nu mă refer neapărat la colegi. După ce s-a încheiat selecția, veți ști mai bine cine merită păstrat aproape și cine merită păstrat la coșul de gunoi. Aplicați cu încredere principiul „Prima dată e pe gratis”.

Am insistat pe acest subcapitol despre tact și diplomatie fiindcă am constatat oarecum uimit la noii rezidenți, colegi cu mine, cum de multe ori încalcă sau habar nu au de aceste reguli, apoi se plâng că diferiți medici i-au tratat urât sau le-au făcut morală vizavi de lipsa bunului-simț. Mie însumi mi s-a reproșat de către colegi că această atitudine amabilă este una lipsită de personalitate și denotă „lipsă de tărie”. Au dreptate, bunul-simț e pe cale de dispariție, de aceea e greu de recunoscut în ziua de azi la prima vedere.

Statutul rezidentului

E foarte important să vorbim și despre statutul tău de rezident, în special de mic rezident sau de rezident boboc. Cum să îți spun cât mai clar? Ești echivalentul unui muncitor necalificat în industria medicală. Așa cum în viața obișnuită odată ce ai terminat liceul teoretic nu ai niciun fel de specializare, la fel și după ce termini facultatea de medicină ești la fel de necalificat.

Acesta este și motivul pentru care e greu să fii luat în serios la începutul activității. Pur și simplu, toată lumea își știe rostul și mersul în spital, mai puțin voi. Infirmiera știe ce are de făcut și cum trebuie să facă, asistentele la fel, pe asistentele de la sala de operație nici nu le voi mai menționa, ele fiind ultraspecializate în comparație cu restul cadrelor medicale. Iar voi, pe lângă faptul că nu știți să faceți nimic practic, cel mult teoretic (iar aici e și vina facultății care vă ține mereu departe de acțiune, dar și vina studentului care nu se implică prea mult în dezvoltarea personală profesională), nu știți nici măcar rutina unei zile de lucru.

Așa că așteptați-vă ca la începutul activității voastre să fiți pur și simplu depășiți de situație, eventual vor mai ateriza și reproșuri din stânga și din dreapta, coate și râsete, venite în special din partea cadrelor medicale cu pregătire medie care au o satisfacție când văd un „domn doctor” făcând tot felul de gafe. Desigur, vorbesc aici de

persoanele cu caracter septic fiindcă se găesc și unele asistente care să vă învețe micile amănunte ce țin de rutina zilnică. În ce privește colegii medici, aceștia se vor amuza și vor pune imediat parafă lor cu „nu prea știe săracul pe ce lume se află”.

De exemplu, să te vaiți că un medic rezident „nu știe” că trebuie să care o ladă cu scule dintr-o sală în alta după ce s-a îmbrăcat în halatul steril, și-a pus mănușile și a pregătit masa de operație, fiind anunțat ulterior că se va schimba sala datorită unei probleme tehnice la masa de operație, nu îl face un „autist”, „varză” sau nu folosi celebra remarcă „ăștia din ziua de azi sunt vai de capul lor, nu știi ce-o să ne facem cu ei”. Îmi amintesc aceste vorbe care au venit chiar din partea unui medic anestezist și care mi-au dat un adevărat chef de muncă la începutul operației.

O vorbă veche spune că jumătate din ceea ce știi datorezi profesorilor/celor care te-au instruit. În acest caz eu am de returnat multe zerouri înapoi. Nu de alta, dar nu le-am folosit nicăieri. Multe exemple asemănătoare cu primul m-au făcut să constat că statutul medicului rezident boboc este cel de muncitor necalificat.

Nu puține au fost dățile cand am transportat un pacient cu căruțul prin secție, când am transportat ecograful către secția ATI, când am alergat după diferite piese necesare diferitelor intervenții etc. Viața e un mare puzzle, cineva trebuie să pună și piesele cap la cap, nu? Dacă vreți și o parte pozitivă din toată situația asta, aceasta constă că pe lângă satisfacția proprie de a ajunge să controlați acest mic haos printr-o bună organizare și autodisciplinare a voastră, puteți demonstra și celor din jur că sunteți demni de sarcini mai importante. Să fim serioși, toți trebuie să începem de undeva.

Dacă începutul constă în a face derapaje necontrolate cu căruciorul cu roțile prin secție sau a aduce o cafea caldă, priviți-l ca pe o șansă spre ascensiune. Sună aiurea ce spun, dar ce șanse aveți să vă începeți cariera de rezident punând o pensă Satinsky pe aorta abdominală din prima zi de muncă? Desigur, după ceva timp (adică maximum două luni) nu trebuie să rămâi blocat în cariera de brancardier și nici de poștaş, căci atunci undeva există o problemă. Să nu uităm că mulți oameni de succes și-au început drumul în viață cu tot felul de slujbe „rușinoase”, puțin demne de ce avea să le aducă viitorul.

Iată și câteva exemple: Madeleine Albright a lucrat în adolescență la un magazin de genți (Jocelyn's Department) pe post de vânzătoare. Jim Carrey a lucrat înainte de a fi actor ca îngrijitor într-o uzină. James Dean a fost „băiat de parcare” la studiourile CBS. Johnny Depp a lucrat ca agent de vânzări la o companie de telemarketing. Clint Eastwood lucra ca muncitor la o companie de instalat piscine. Harrison Ford a fost tâmplar la începuturile activității sale. Faimosul Clark Gable a lucrat ca vânzător de cravate la Meier&Frank Department Store. Preferatul meu pe veci, comicul Benny Hill, a lucrat ca vânzător de lapte. Walt Disney a fost șofer de ambulanță pentru Crucea Roșie în timpul Primului Război Mondial.

Mai e cazul să continuu cu lista? E destul de lungă, să știți. Important nu e ce vă oferă ceilalți și cum vă văd ei până la urmă, ci cum vă vedeți voi în sinea voastră și cât de mult vă doriți să reușiți. Mediul din spital este, în opinia mea, un mediu ostil, cel puțin la blocul operator nici nu pot intra până nu instalez un cuib de mitralieră aproape de ușă. Din păcate, sunt foarte puțini cei cărora le pasă cu adevărat de soarta voastră sau măcar de felul în care asimilați anumite cunoștințe și gesturi. Este de datoria voastră să-i căutați, să-i identificați, să-i păstrați aproape și să-i respectați.

Românismul în medicină

Nu, acesta nu este capitolul dedicat istoriei medicinei românești, nici vreunui curent patriotic ținut în obscuritate, ci din păcate unei mentalități de care vă veți lovi în fiecare zi de activitate. Ca să simplific lucrurile, vă voi spune doar atât: „lasă că merge și așa”. Sistemul sanitar subzistă, fondurile sunt puține, mai sunt gestionate și prost, e criză economică etc. etc., am auzit cu toții la televizor astfel de formulări.

Lipsurile materiale nu sunt singura problemă însă, fiindcă oamenii sunt și foarte puțin motivați de a-și săvârși munca. Să fie de vina salariul mic sau lipsa de chemare pentru meseria aceasta (*vorbesc de toate categoriile de cadre medicale*) sau, pur și simplu, indiferența față de bolnav, încă nu îmi este clar. De fiecare dată când m-am plâns de neajunsurile meseriei, încă din facultate mi s-a închis gura cu replica „*nu te-a obligat nimeni să faci meseria asta*”.

Sunt curios ce mi-ar răspunde cei despre care am vorbit înainte dacă le-aș pune această problemă. Probabil că s-ar enerva și ar crede că fac pe deșteptul cu ei. E greu să fii sincer cu tine însuși, darămite și cu alții. Dar cu siguranță știu că pentru fiecare lucru pe care îl am de făcut de-a lungul unei zile trebuie să mă agit mai mult decât este normal.

Începând cu privirea indiferentă pe care ți-o aruncă unele asistente când le rogi (!) să „te ajute” (*adică să își facă meseria*), continuând cu diferitele piedici de natură materială (de exemplu, farmacia spitalului nu are anumite medicamente pe care pacientul va trebui să le cumpere, însă surpriză!, rudele l-au abandonat în spital fără bani și evident și fără posibilitatea de a le putea contacta pentru diferite necesități) și terminând cu atitudinea unor medici primari care te iau în râs sau chiar se enervează când le propui diferite soluții („*Ce mă, vii tu să mă înveți pe mine ce să fac?*”), crezând că le subminezi autoritatea, cât și inteligența.

De fapt, le subminezi șansa de a deveni pasivi la tot ce îi înconjoară. În final, toată lumea se complăce în această stare, și pe lângă faptul că nu se pune problema de a nu lăsa pe mâine ce poți face astăzi, frecvent situația este inversată, tergiversând lucrurile fără rost, doar pentru că undeva pe traseul către îndeplinirea obiectivului a mai apărut câte un obstacol, evident non medical. După ce ieși din hățișul ăsta de probleme, felicitări, ai timp pentru medicină!

Asta dacă bolnavul nu a murit între timp, iar tu nu ai petrecut prea mult timp negociind și căutând încât nici nu mai știi de ce suferă pacientul și ce tratamente actuale îl pot ajuta. Ei bine, acesta este românismul, cel mai mare dușman în medicină la ora actuală, în concepția mea.

CAPITOLUL III

Aspecte practice ale muncii zilnice

Foia de observație

Bun, acum să trecem la munca de zi cu zi. Nu voi începe, contrar așteptărilor, cu sala de operație și cu manevrele chirurgicale întrucât nici în viața reală nu ne năpustim asupra pacienților cu bisturiul scos din teacă la primul contact cu aceștia. Întâi și întâi trebuie făcută o internare. Și cum voi sunteți rezidenți mici și vă plictisiți pe secție, vă va reveni această sarcină. Dar de ce să faceți voi acest lucru când nu e o chestiune strict medicală?

Păi, asistentele sunt puține la număr (*și evident mereu ocupate*), pacienții nu găsesc de multe ori nici ieșirea din spital, darămite să ajungă la camera de gardă, unde oricum va fi supraaglomerat și vor aștepta zeci de minute în șir dacă nu e cineva să împingă treaba de la spate. Iar voi oricum nu știți să faceți cine știe ce medicină, așa că vedeți? Sunteți omul perfect pentru sarcina asta.

Prezența voastră în camera de gardă grăbește totuși procesul de înregistrare a foii, iar dacă vreți viteză maximă, atunci o veți completa chiar voi. Înainte de asta, e bine să știți cu ce acte trebuie să vină pacientul la internare și cu care veți coborî la camera de gardă atunci când veți face foia de internare:

- pentru pensionari

1. talon de pensie, cât mai recent posibil
2. bilet de trimitere de la medicul de familie, eventual cu un diagnostic prezumtiv,
3. buletinul;

- pentru salariați:

1. bilet de trimitere de la medicul de familie

2. *adeverință de salariat/șomer*

3. *buletin.*

E bine să întrebați pacientul dacă are la el un bilet de externare dintr-un spital anterior, cât mai recent posibil. Vă va ajuta și pe voi să descifrați mai bine istoricul său medical și o puteți atașa foii pentru a fi eventual consultat și de alți medici de-a lungul spitalizării pacientului.

Veți completa prima pagină a foii de observație cu datele de identitate ale pacientului copiate din buletin, și nu omiteți nici căsuțele mici în care se completează diferite criterii (*categoria de asigurat CNAS, tipul internării, criteriul de internare*). Singura medicină din foaie o veți întâlni la „*diagnosticul de internare*”, care vă va fi și el dictat de medic. Dacă nu, simțiți-vă liberi să îl întrebați pe medic sau să completați ceva cât de cât apropiat realității.

Dacă tot sunteți în camera de gardă și stați comod pe scaun completând foaia, acum e momentul și pentru a extinde scriitura la pagina 2 la capitolul „*explorări funcționale*”, unde veți solicita cele două investigații de rutină: radiografia pulmonară (*atenție însă la femeile gravide/aflate la vârsta fertilității/pacienți post radioterapie/ orice vi se pare că nu necesită neapărat această investigație, situație în care este mai înțelept să vă sfătuiți cu medicul*) și electrocardiograma. Ambele trebuie parafate pentru a fi valabile și pentru a primi cât mai puține comentarii din partea asistentelor.

Mergeți apoi la ultima pagină și completați și coloana „*Data*” cu, evident, data primei zile de spitalizare, sub care veți trece și analizele de sânge dorite. Cele uzuale sunt: hemoleucograma (*inclusiv număratoarea trombocitelor*), creatinina, ureea, transaminazele, glicemia. Dacă pacientul se internează în vederea efectuării unei intervenții chirurgicale programate, atunci trebuie să adăugați și timpii de coagulare plus identificarea grupului de sânge - ABO și Rh (*în intervențiile ample în care se întrevede necesitatea de transfuzii sanguine*).

Alte analize pe care le puteți solicita funcție de caz ar fi: ionograma sanguină (*de exemplu, dacă pacientul a pierdut lichide în exces prin diaree sau vărsături și suspectați un dezechilibru hidroelectrolitic important*), bilirubina totală (incluzând dozarea bilirubinei directe

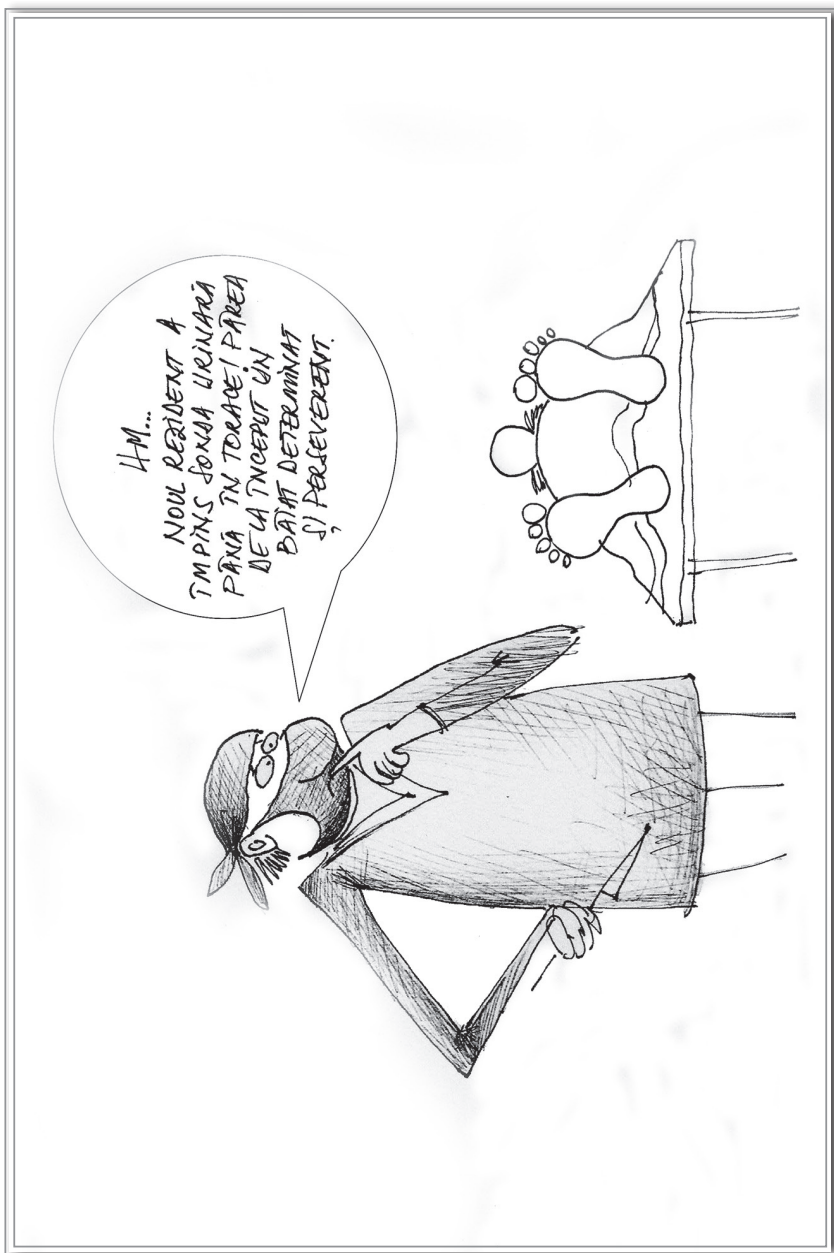


Figura 5. Bun băiat... perseverent!

și indirecte) dacă suspectați un icter, fosfataza alcalină, amilaza/amilazurie (în *pancreatită sau pentru evidențierea unei eventuale reacții pancreatice, investigație însoțită și de urmărirea calcemiei - hipocalcemia fiind prezentă în pancreatita acută*), proteinemie, HCG (pentru confirmarea sau nu a unei sarcini) și bineînțeles, examenul sumar de urină, urmat sau nu de urocultură.

E bine să aveți în minte aceste analize standard, cât și pe cele complementare pentru că ele vă vor ajuta să vă orientați mai bine la început. Chiar dacă nu vă vine în minte din prima clipă în care vedeți pacientul ce analize sunt utile, simpla lor trecere în revistă vă va ajuta ulterior. Dacă aveți dubii, puteți și este chiar indicat să cereți părerea doctorului cu care lucrați. În orice caz, e mai puțin rău să cereți o analiză în plus (sau o analiză pe care voi o considerați necesară) decât să omiteți vreuna.

În ce privește examenele radiologice, pe lângă radiografia pulmonară standard (în incidența anteroposterioară), celelalte opțiuni de explorare sunt: radiografie abdominală simplă în ortostatism (atenție în special la cupolele diafragmatice dacă suspectați un pneumoperitoneu) sau decubit lateral dacă pacientul nu poate sta în picioare (în eventualitatea unui pneumoperitoneu gazul nu poate fi văzut în decubit dorsal); alte investigații relativ frecvente pot fi tranzitul baritat eso-gastro-duodenal (înlocuit cu succes de endoscopie acolo unde aceasta este disponibilă) și irigografia. Restul investigațiilor radiologice sunt excepționale și le veți întâlni în mai puține cazuri.

Când sunteți gata cu completarea foii, mergeți înapoi la etaj, unde trebuie să vă asigurați că pacientul va fi instalat într-un salon, preferabil într-un pat. Foia trebuie și ea înregistrată la registratură, unde vi se va spune în principiu ce locuri sunt disponibile pentru instalarea pacientului. Răspunsul nu va fi mereu unul pozitiv aici, așa că înarmați-vă cu răbdare, până la urmă tot medicul va rezolva și această problemă. Nu vă apucați să vă jucați de-a Wall Street medical și să negociați cu alți medici în ce salon poate fi dus pacientul fiindcă s-ar putea să vă mai lărgiți cercul de „prieteni” cu încă unul.

După ce s-a rezolvat și etapa hotelieră, mergeți și informați asistenta cu care lucrați despre noul pacient, explicați-i ce are de făcut vizavi de medicație și investigații și apoi luați o pauză pentru a

prelua alte sarcini, în funcție de ce vă mai rezervă cutia cu surprize a secției. După ce pacientul a făcut investigațiile solicitate, trebuie să efectuați și consultul clinic și să completați foaia. Aici este locul în care începeți să străluciți ca medic, dacă puteți. Serios vorbind, examenul clinic e foarte important (știu, sună ridicol să fac tocmai eu pe lupul moralist), mai ales dacă îl faceți serios și sunteți atent și la bolnav. Sunt multe cărți de semiologie scrise, știți și voi din facultate, nu are rost să insist.

Un singur lucru vreau să repet și e bine să îl aveți în minte pe tot parcursul examinării: fiți atenți la pacient, observați tot ce puteți observa ca și semn. Dacă ați urmărit vreun episod din Dr. House, atunci știți despre ce vorbesc. Apoi lămuriți-vă fiecare aspect neclar al consultului, fie că întrebați alți colegi, fie că citiți voi singuri. E cam singurul fel în care „vă faceți mâna” în timpul cel mai scurt.

Dacă nu aveți cu cine vă consulta și de la cine să primiți cine știe ce îndrumare, atunci recomand cu căldură săaveți la voi câteva cărți în format de buzunar cu care să vă consultați fie la patul bolnavului sau, cel mai bine, înainte de a merge să îl consultați, puteți arunca în 5 minute un ochi pe capitolul corespunzător patologiei dominante a pacientului.

Totodată, aceste cărți au avantajul că pot fi transportate ușor și citite nu numai la spital în timpii morți, ci și în lungul și interminabilul drum cu tramvaiul până la spital. Asta în cazul în care nu adormiți.

Înainte de a începe anamneza și examenul clinic, rugați aparținătorii bolnavului să aștepte un pic pe culoar, din motive evidente de discreție, iar pe ceilalți pacienți rugați-i să dea mai încet radiourile cu muzică populară și manele. Cărțile pe care vi le recomand să le cumpărați/procurați, sunt următoarele:

1. Pentru consultul clinic: Oxford Handbook of Clinical Examination and Practical Skills (James Thomas, Tanya Monaghan);
2. Pentru semiologie chirurgicală, investigații și proceduri terapeutice: Oxford Handbook of Clinical Surgery (Greg McLatchie, Neil Borley, Joanna Chikwe).

Evident că aceste două cărți nu vor ține loc de mari tratate de chirurgie generală, mă refer aici în special la rezidenții din

specialitatea respectivă, de aceea nici nu le recomand ca un substitut, însă pentru început sunt ideale, plus că sunt format de buzunar și le puteți citi oricând pe hol sau în salon etc. Cu siguranță mai sunt și alte cărți bune de semiologie chirurgicală, însă eu nu le cunosc suficient încât să le pot recomanda.

Să începem așadar cu lămurirea felului în care trebuie completată și formulată foaia de observație.

Motivale internării: aici veți trece strict simptomele/semnele descrise de pacient și semnele observate de voi. Antecedente heredocolaterale: le puteți lămuri întrebând simplu: „Ați avut/aveți vreo rudă de gradul 1 care să sufere de o boală cronică? Dar cineva în familie a avut cancer?”.

Dacă formularea aceasta vi se pare pretențioasă pentru pacient, atunci e mai bine să vorbiți cu el într-un limbaj popular, dar nu vulgar, evident. Este mai important ca pacientul să înțeleagă ce îl întrebați decât să faceți impresie de Membri Corespondenți ai Academiei Române și el să nu înțeleagă nimic și în consecință să vă dea niște răspunsuri aleatorii (la ceea ce crede el că îl întrebați).

Antecedente personale, fiziologice și fiziopatologice: La femei nu uitați să întrebați de istoricul ginecologic: sarcini (nașteri și avorturi), prima menstruație (menarha), menopauza (dacă e cazul), apoi întrebați tot ce puteți despre antecedentele patologice: chirurgicale și medicale. E important să menționați și anii în care au avut loc intervențiile, în măsura în care pacienții își mai amintesc. Dacă pacientul nu își amintește totul sau în cazul în care nu vă poate lămuri ce este cu toate cicatricile de pe abdomen, de exemplu, e bine să cereți un bilet de externare mai vechi, așa cum am amintit mai sus. Dacă nu îl are, ce pot să spun, nu e cea mai norocoasă zi a voastră. În locul în care notați o intervenție presupusă de voi că ar fi avut loc, puteți trece în paranteză un semn al întrebării pentru ca astfel să nu se creeze confuzii și nici voi să nu vă faceți de râs că nu ați știut să luați corect anamneza. Mai ales dacă va suflă în ceafă un paraprofesional care abia așteaptă să pună de-o nouă melodramă medicală pe seama voastră.

Mențiune importantă: atenție la tipurile de afecțiuni cronice cu transmitere pe cale biologică: hepatita B, C, HIV, cât și TBC, marcă românească de tradiție. Dacă pacientul suferă de una din aceste boli, notați faptul acesta pe prima pagină a foii de observație, eventual cu o culoare roșie, pentru că în acest fel tot personalul va fi avizat să își ia măsurile necesare de protecție (asistentele, colegii voștri, asistentele de la blocul operator, infirmierele etc.).

Condiții de viață și muncă: pacientul trebuie întrebat aici dacă a lucrat în mediu toxic sau în profesia sa a avut vreun obicei/rutină care să se coreleze cu patologia pentru care este internat. În cazul în care locul de muncă nu îi afectează sănătatea mai mult decât ne dăunează tuturor munca, notați în dreptul acestei rubrici: „corespunzătoare”.

În ce privește condițiile de viață, nu vă repet poveștile de la semiologie, fiindcă profesorii din facultate le-au spus mai bine, dovadă și somnul pe care l-ați tras pe la cursuri. În principiu vă lămurii în această privință din clipa în care vedeți pacientul, o privire asupra sa vă va permite să trageți concluziile de rigoare asupra mediului din care provine și, în special, asupra nivelului de igienă și de atenție pe care o acordă respectivul pacient stării sale de sănătate, fiind un indicator asupra complianței ulterioare la tratament. Repet, fiți atenți la detalii.

Comportamente (fumat, alcool etc.): Aici începe să devină ceva mai amuzantă discuția. Dacă sunteți în apropierea Paștelui, va fi chiar o adevărată spovedanie. Dar de cele mai multe ori o spovedanie ratată, întrucât bărbații nu recunosc consumul de alcool (vi se va spune „consum ocazional” și „cu măsură”; aveți grijă, unele „măsuri” ale lor vă pot trimite pe cei mai puri dintre voi direct în comă alcoolică), reduc substanțial numărul de țigări fumate față de realitate.

Cafeaua se pare că este alimentul recunoscut și raportat cât mai corect. Despre droguri nu are sens să comentez, nu vă așteptați să vă recunoască cineva ceva. La fel și cu abuzul de somnifere. Dar comportamentele dăunătoare nu se opresc la cele enumerate. De bun-simț este să îl întrebați pe pacient dacă mănâncă sărat de

obicei, mai ales dacă are și hipertensiune. Ați înțeles care este mersul, nu? În cazul în care pacientul nu recunoaște nici unul din aceste comportamente, completați pur și simplu „neagă”. În cazul fumătorilor trebuie notat câte țigări fumează pe zi, iar în cazul în care pacientul a renunțat la fumat, trebuie menționat intervalul în care a fost fumător și numărul de țigări fumate pe zi.

Medicație de fond administrată înainte internării: iarăși un capitol important în special pentru medicul anestezist. Este importantă medicația pentru bolile cronice, în special cele cardiovasculare, dar și neurologice, psihiatrice, cele care se decompensează rapid în lipsa administrării medicamentelor (atenție specială la cei cu diabet insulinodependent sau la cei cu tratament de substituție în urma tiroidectomiilor) și în general orice tratament care trebuie întrerupt cât mai târziu înainte de operație și reluat cât mai devreme postoperator.

E important să notați numele medicamentului, doza și numărul de comprimate administrate pe zi. Unii pacienți nu prea își amintesc, cel mai probabil pentru că nu își respectă medicația zilnică, fie că au prea multe medicamente de luat pentru diferite afecțiuni cronice. E bine să le cereți toate medicamentele să le vedeți și voi, în loc să completați bazaconii în foaie doar pe baza a ceea ce își amintește pacientul.

La acest capitol e extrem de important să întrebați dacă există vreo alergie la vreun medicament, e mai ușor să asociați întrebarea aceasta la momentul scrierii medicației, deși în mod normal se trece la secțiunea „comportamente (*fumat, alcool etc.*)”. Pacientul s-ar putea să nu știe ce este aceea „*alergie*”, așa că e bine să îl ajutați întrebându-l dacă a avut vreodată o erupție tegumentară, „*bubițe roșii pe piele și mâncărimi*” în urma administrării vreunui medicament.

Dacă există o alergie (*frecvent pentru penicilină*), este la fel de important să fie notată pe prima pagină a foii de observație, în dreptul rubricii „*Alergic la:...* „*Ceilalți colegi, în special medicul anestezist*”, întreabă mereu acest lucru, însă asta nu este o scuză pentru ca voi să fiți neatenți. Una din regulile chirurgiei este că „*dacă ceva poate merge prost, atunci își va încerca toate șansele să meargă prost*”.

Așa că faceți tot ce puteți ca totul să meargă bine, e suficientă doar o clipă de neatenție pentru ca lucrurile să scape de sub control. Succesul nu stă doar într-un șir de situații favorabile, pe cât mai ales în eliminarea tuturor cauzelor care pot duce spre eșec.

Istoricul bolii: Aici va trebui să formulați o scurtă prezentare a cazului, în care să menționați pe scurt antecedentele patologice, medicale și chirurgicale semnificative ale acestui caz:

Formularea sună aproximativ așa:

„Pacient(ă) în vârstă de ani, cunoscut(ă) cu(aici enumerați antecedentele medicale, eventual menționați dacă afecțiunile cronice beneficiază de tratament), cu antecedente chirurgicale semnificative (în paranteză veți descrie intervențiile chirurgicale suferite, eventual și diferitele tratamente pre/postchirurgicale: chimio și radioterapie) se prezintă pentru(înșirați aici motivele internării), simptomatologie ce a debutat în urmă cu...x zile/luni..., accentuându-se progresiv.

Pacientul(a) se internează pentru investigații și tratament de specialitate.”

Mai departe, cariera voastră de scrib se va desăvârși cu următoarea pagină din foaie, în care veți completa rezultatele examenului clinic general:

Starea generală: poate fi gravă/alterată/mediocră/satisfăcătoare/corespunzătoare. Peste „*Talie*” puteți sări, decât dacă nu cumva se găsește vreun croitor prin preajmă, a cărui expertiză o puteți solicita.

Greutate: e importantă de notat, fiindu-i de folos în special medicului anestezișt pentru calcularea diferitelor doze de anestezie ce vor fi administrate. Altminteri, pentru partea clinică sunt valabile aceleași motive predate și în facultate: urmărirea greutății în cursul spitalizării pentru evidențierea unor edeme (de ex. acumularea de câteva kg în câteva zile) etc.

Tegumente: veți descrie aici cicatricile operatorii, raportate la topografie. De asemenea, descrieți orice altă leziune (de exemplu,

un ulcer varicos), pigmentare/depigmenare etc., orice ține de tegumente și poate avea o semnificație patologică.

Mucoase: descrierea normală este „umed, normal colorate”. Orice este patologic, la fel, trebuie raportat (icter, diferite colorații, leziuni etc.). Țesut conjunctiv adipos: poate fi „normal reprezentat”, „slab reprezentat” și „reprezentat în exces” în funcție de cât de fidel este restaurantelor fast-food.

Sistem ganglionar: descrierea normală este „superficial, nedureros, nepalpabil”. Evident, modificările trebuie specificate, eventual corelate cu patologia (exemplul clasic - adenopatie supraclaviculară stângă, semn Virchhoff-Troisier) în neoplasmul gastric, dar și pulmonar, pancreatic.

Sistem muscular: „Normoton, normokinetic” este descrierea normală. Sistem osteo-articular: „Aparent integru morfofuncțional” pentru pacienții sănătoși din acest punct de vedere.

Aparat respirator: „Torace normal conformat, ampliații respiratorii simetrice, vibrații vocale normal transmise, murmur vezicular prezent bilateral, fără raluri supraadăugate”. Ce este patologic vă revine vouă de descris, OK? Nu e nimic dacă nu vă mai amintiți semiologia, există cărțile la care vă puteți întoarce acasă oricând să le deschideți.

Aparat cardiovascular: „Regiune precordială de aspect normal, matitate cardiacă în limite normale, șoc apexian palpabil în spațiul intercostal V stâng pe linia medioclaviculară. Zgomote cardiace ritmice, bine bătute, fără nimic supraadăugat”. La cele două sisteme, respirator și cardiac, e bine să aveți un stetoscop pe care să îl și folosiți la examinare. Știu, e chirurgie, nu avem timp de prostii din astea, dar prinde bine pentru pacient. Nici eu nu îl folosesc frecvent, îmi recunosc defectul.

Aparat digestiv: aici descrierea este foarte asemănătoare cu cea de la „*Susținerea diagnosticului și tratamentului*” de pe penultima

pagină, în cazul în care patologia pacientului este una de natură digestivă. Descrierea normală a regiunii abdominale este următoarea: „Abdomen suplu, cu panicul adipos normal reprezentat, mobil cu mișcările respiratorii, nedureros spontan și la palpate, fără semne de iritație peritoneală.

Tranzit intestinal prezent pentru materii fecale și gaze.” Examenul trebuie completat și cu rezultatul tușeului rectal, efectuat în cazul unei patologii digestive, manevră care aduce informații importante despre: eventualele scaune melenice, rectoragii, o posibilă cauză a constipației (fecalom), hemoroizi, alte formațiuni de natură benignă precum și tumori localizate la nivelul rectului.

Ficat, căi biliare, splină: „Ficat cu margine inferioară palpabilă/nepalpabilă sub nivelul rebordului costal la... cm, nedureroasă/dureroasă la palpate; ficat dureros/nedureros spontan”. „Splina nepalpabilă, nedureroasă”.

Aparat urogenital: „Loje renale nedureroase, manevra Giordano negativă bilateral, micțiuni fiziologice”.

Sistem nervos, endocrin, organe desimț: „Reflexe osteotendinoase prezente bilateral, pacient orientat tempo-rospațial”. Dacă doriți să completați în plus, simțiți-vă liberi să faceți așa.

Pe ultima pagină a foii de observație nu uitați să scrieți zilnic evoluția, concentrându-vă atenția asupra regiunii/organului implicat în patologie. În ce privește evoluția, sunt câteva criterii care trebuie neapărat menționate: dacă pacientul a fost sau nu febril, dacă simptomatologia pentru care a fost internat s-a accentuat sau s-a remis, semnele clinice de la nivelul abdomenului (de regulă se urmărește posibila evoluție spre un abdomen acut), prezența sau nu a tranzitului intestinal - dacă a avut sau nu scaun și gaze.

De asemenea, în cazul pacienților operați se vor nota: diureza (în cazul în care are sondă urinară), cantitatea de lichid acumulată în pungile colectoare atașate tuburilor de dren și sondei nasogastrice.

La fel, pentru fiecare zi trebuie scrisă și medicația, plus eventuale indicații de recoltare sânge, investigații ulterioare. În orice caz, orice

ați decide, anunțați și asistenta fiindcă ea este mâna voastră dreaptă și vă va ajuta să vă descurcați în acest labirint medical prin care trebuie să scoateți pacientul la capăt.

Ideal ar fi să poată fi prezentă la vizită alături de medic, dar cum personalul medical este puțin, uneori o asistentă trebuie să fie în mai multe locuri în același timp, de aceea voi trebuie să fiți atenți la cerințele medicului și să vi le notați în carnețelul vostru. Puteți comunica ulterior asistentei ca și cum ați ști despre ce e vorba. Glumesc, evident, chiar veți ști despre ce e vorba. Pentru a aprofunda partea clinică a chirurgiei, alături de toate manevrele și investigațiile explicate pe larg, dar nu suficient de larg încât să devină plictisitoare și punând preț pe cât mai multe informații practice, vă recomand oricând cartea „**Clinical Surgery**”, *Moshe Shein, Ed. Blackwell*.

Importanța ei constă în orientarea voastră în stabilirea unui diagnostic, o parte a chirurgiei pe care nimeni nu are timp și chef să v-o predea. Îi vedeți pe chirurghi la lucru consultând pacienții, punând diagnostice prezumtive, indicând analizele și investigațiile necesare înaintea unei eventuale intervenții, dar, din păcate, nimeni nu prea va avea timpul necesar să vă explice care este raționamentul chirurgical, și tocmai asta fac aceste cărți. Citiți-le!

O situație specială: există situații mai rare ce e drept, când în clinică sosesc pacienți prin transfer interspitalicesc. Cu siguranță nu vin pentru atracția turistică oferită de spitalul vostru, ci pentru că starea lor de sănătate s-a înrăutățit în clinica în care au fost tratați inițial. Nu îmi place să spun asta, dar unii dintre ei au șanse foarte reduse de supraviețuire. Moment în care foaia de observație își accentuează importanța de act medico-legal. Dacă veți avea bafta să fiți voi aceia care vor primi pacientul și vor face formalitățile de internare, apoi foaia, nu vă pot da decât un singur sfat: completați cât mai detaliat în toate aspectele.

Mă refer în special la istoricul recent al bolii și al intervențiilor efectuate. De multe ori scenariul arată în felul următor: un pacient este operat, starea lui se agravează postoperator, se reintervine chirurgical, nu se îmbunătățește cu nimic starea de sănătate, abia apoi se decide transferul în clinica în care lucrați voi. E important să consultați cât mai în amănunt biletul de externare și să fiți siguri că

notați toate procedurile efectuate anterior, cu datele calendaristice corespunzătoare.

Mai mult de atât, nu uitați să menționați incizia recentă, tuburile de dren (în cazul în care are) cu localizarea lor și cantitatea de lichid drenată de acestea (la secțiunea „tegumente”), chiar și rezultate ale analizelor anterioare care au justificat diferite acțiuni terapeutice. Motivul pentru care insist atât pe scris în cazul vostru este că lipsa de experiență în hârțogărie vă poate aduce multe probleme.

Nimeni din jur nu prea are chef să stea de capul vostru și să vă protejeze, ba chiar unii s-ar putea să se și ferească de făcut astfel de foi pentru că li se pare prea greu și le este frică la rândul lor, iar alți colegi-prieteni care vă pot ajuta probabil sunt ocupați, dar dacă veți scrie foaia superficial și veți omite aspecte importante (de exemplu, să nu menționați tuburile de dren), atunci v-ați dat foc la valiză, brusc cei care fac parte din echipa voastră și care v-ar fi putut preveni/ajuta se autosolosează imediat și vă vor face ditamai bâlciul. E drept, greșeala e a voastră, de aceea vă preven acum, să nu ajungeți să oferiți satisfacție acestor personaje.

Pregătirea preoperatorie a pacientului

Odată ce s-au efectuat și investigațiile necesare stabilirii diagnosticului și a tehnicii operatorii adecvate, pacientul trebuie pregătit pentru intervenția chirurgicală. Cu cât intervenția va fi mai amplă, desigur că și pregătirea trebuie să fie mai temeinică. Aspectele pe care trebuie să le aveți voi în vedere pentru început sunt următoarele:

1. Pacientul este anemic, operația va fi de amploare și necesită astfel o transfuzie de sânge? (*atenție la ruta: hemoglobină - grup sanguin - solicitare sânge*).
2. Pacientul este deshidratat, necesită o reechilibrare volemică și hidroelectrolitică (*atenție specială la Na și K seric*).
3. Dacă intervenția va fi una de durată (câteva ore bune) iar pacientul își va relua târziu mobilitatea, atunci va fi nevoie de o profilaxie a trombozei cu un anticoagulant, în special la vârstnici întrucât aceștia se mobilizează cu dificultate.
4. Este nevoie de un consult interdisciplinar pentru o patologie

asociată pacientului? De exemplu, consult cardiologic pentru evaluarea hipertensiunii, aritmiilor, un infarct miocardic în antecedente, insuficiență cardiacă. Un alt aspect foarte important este urmărirea bolilor cronice care se pot decompensa rapid, precum diabetul, mai ales cel insulino-dependent.

5. O atenție deosebită trebuie să o acordați hemoleucogramei, în special leucocitozei care poate necesita tratament antibiotic, dacă timpul permite asta (în urgențele chirurgicale este evident că antibioterapia se va face „din mers”). Am asistat odată la amânarea unei intervenții chirurgicale pentru o hernie inghinală din cauza unei banale infecții urinare netratate la timp. Deci, atenție!
6. Necesitatea unei pregătiri timpurii a colonului în intervențiile pentru tumorile localizate la acest nivel. Aici puteți opta pentru administrarea de Fortrans (dacă timpul permite și dacă sindromul este încă subocluziv) sau în urgență prin efectuarea de clisme, realizând astfel o pregătire minimă. Dacă pacientul este în ocluzie intestinală, neapărat trebuie pusă sondă nasogastrică!

Câteva manevre pe care le puteți efectua chiar voi sunt următoarele:

Tips & Tricks

Puteți citi și analiza foi completate de alți colegi împrumutând formulările respective, dar e totuși destul de greu să găsiți o foaie scrisă detaliat și mai ales citeț, astfel încât să nu credeți că cineva a trasat cu creionul o electroencefalogramă direct pe foaia de observație.

Sonda nasogastrică - atunci când pacientul varsă (frecvent în ocluziile intestinale și în neoplasmalele gastrice care îngreunează/împiedică evacuarea gastrică) sau poate fi folosită postoperator pentru hrănirea pacientului. Cum se montează o sondă nasogastrică? Pentru început, trebuie să vă strângeți kit-ul necesar instalării. Acesta este compus din, evident, sondă (*ținută la frigider pentru a deveni ceva mai rigidă*), ulei de parafină cu rol lubrifiant, o seringă

Guyon de 40 ml, pungă colectoare, leucoplast pentru fixarea sondei la tegument, mănuși (pentru a nu vă murdări; nu sunt necesare mănuși sterile) și răbdare. Va trebui să îi explicați pacientului că nu va fi tocmai plăcută această manevră pentru el, dar că dacă va colabora și va face ce îl rugați, va merge mai repede.

Lubrefiați capătul de introdus al sondei, apoi inspectați rapid nările pacientului pentru a observa dacă există vreo deformare locală. Este recomandat ca pacientul să aibă capul în extensie pentru a permite astfel mai ușor accesul sondei spre esofag.

Țineți sonda în așa fel încât vârful ei să „țintească” spre regiunea occipitală a pacientului și împingeți ferm, dar nu brutal. Rugați pacientul să înghită în sec, fie îl puteți ajuta oferindu-i puțină apă din seringă. Ajutorul vostru vă va conecta între timp pungea colectoare la sondă. La un moment dat va începe să vină pe sondă lichid gastric pe care îl veți recunoaște.

În cazul în care sunteți aproape de marcajul de pe sondă corespunzător stomacului și încă nu a venit lichid, cel mai probabil sonda s-a îndoit undeva și e bine să o retrageți puțin și să reîncercați manevra. După ce lichidul gastric a început să fie colectat, puteți introduce o seringă de apă și apoi aspirați. Fixați sonda de nas astfel: înfășurați cu leucoplast sonda în așa fel încât banda de leucoplast să aibă aspectul literei V, cu sonda prinsă în unghiul literei.

Apoi încrucișați cele două margini libere și prindeți-le de aripile nasului. La final, mai lipiți o bandă transversală peste acestea două în așa fel încât să asigurați o mai bună aderență la tegument.

Pentru mai multă siguranță și încredere în voi, rugați o asistentă să va explice și să vă arate concret la un pacient. NU vă sfătuiesc să faceți prima dată manevra dacă nu ați mai văzut-o întrucât sunt mari șanse să nu iasă bine, pacientul se va chinui și voi vă veți pierde încrederea în abilitățile voastre.

Sonda urinară - cel mai frecvent face parte din pregătirea preoperatorie imediată, după ce pacientul este anesteziat. În acest caz, săriți peste partea cu explicarea manevrei, nu insistați decât dacă sunteți mai zelos de fel. De data asta tehnica trebuie să fie aseptică.

Aveți nevoie de: ulei steril, gel anestezic cu lidocaină alături de dispozitivul de introducere (Cathejell) în cazul pacientului conștient, desigur, mănuși sterile, pungă colectoare și ser steril alături de o seringă cu care se va umple balonașul sondei. Sonda trebuie aleasă în așa fel încât între diametrul acesteia și uretra pacientului să nu existe o disproporție semnificativă. Există mai multe tehnici, în funcție și de echipamentul disponibil.

La bărbat

Avem astfel: **tehnica românească** - vă puneți mănușile sterile, apoi asistenta vă va oferi sonda pe care o veți scoate din toate ambalajele sterile (mă refer și la folia transparentă de plastic, pre-perforată la ambele extremități - de ce oare?, oricum nu mai contează) și se încolățește pe mână, având grijă ca vârful sondei să fie prins între policele drept și index (*pentru dreptaci, desigur*). Voi veți sta în dreapta pacientului.

Cu mâna stângă luați o compresă sterilă, care va fi udată cu spirt, după care nu va mai fi sterilă și veți curăța cu ea meatul uretral și ulterior glandul, dacă e necesar. În niciun caz invers. Nu veți reuși mare lucru întrucât mâna dreaptă este blocată ținând sonda, așa că va ieși o bătaie de joc și vă veți enerva că nu puteți face cum trebuie operațiunea. După ce ați terminat așa-zisa antisepsie locală, țineți ferm penisul în poziție verticală (pentru a reduce din curburile uretrei), iar cu mâna stângă introduceți sonda după ce ați lubrefiat vârful acesteia în uleiul steril.

Continuați să împingeți sonda ferm până când urina începe să vină pe tub. Conectați punga colectoare și continuați să împingeți sonda până când bifurcația de la capătul opus (cel rămas în mâna voastră) este aproape de orificiul uretral. Apoi rugați asistenta să introducă 10-15 ml de ser și retrageți sonda până când veți întâlni o rezistență. Dacă pacientul se află poziționat pe masa chirurgicală, lăsați punga colectoare jos, printre picioarele bolnavului, în așa fel încât în timpul intervenției să poată fi monitorizată diureza, cât și modificările de culoare ale urinei, în special hematuria.

Nu uitați de acest aspect chiar dacă sunteți prea fericit de reușita manevrei. În cazul în care ați introdus sonda până la capăt și nu curge urină, apăsați cu mâna stângă (cea desterilizată) pe regiunea suprapubiană, crescând astfel presiunea asupra vezicii. De cele mai multe ori va începe să curgă urina, câtuși de puțină. Dar unii pacienți au obiceiul de a merge la toaletă înainte de operație, așa că trebuie să luați în calcul și această variantă în cazul în care nu va curge nimic. Ce e de făcut în această situație? Emoțiile voastre deja au crescut și vă întrebați unde ați greșit. E bine să umpleți timid balonașul, urmărind rezistența opusă la introducerea serului. Dacă primii 2 mililitri intră cu dificultate, e cazul să vă opriți, mai ales că pacientul nu este conștient și nu vă poate informa asupra durerii pe care o resimte. Dacă serul merge împins ușor, umpleți până la un maxim de 10-15 ml, apoi retrageți ușor sonda până când veți simți rezistență. Puteți răsufla ușurat, ați scos-o la capăt și de data asta!

O mențiune specială: în cazul bărbaților vârstnici, cu hipertrofie a prostatei, s-ar putea ca sonda să pătrundă dificil de la o anumită distanță (mai exact la pasajul prin uretra prostatică). Dacă vă veți încăpățâna să nu chemați medicul urolog pentru a o introduce cu ajutorul mandrenului și veți împinge asociind și o mișcare de „înșurubare” a sondei, poate că veți avea norocul să ajungeți cu sonda în vezică, dar să nu vină urină. Veți apăsa suprapubian și totuși nu se va întâmpla nimic. Situația trebuie să vă atragă atenția, mai ales că pacienții cu hipertrofie a prostatei au un reziduu urinar constant, e greu de considerat astfel că vezica a fost golită complet înainte de a ajunge pe masa de operație.

Explicația constă în faptul că prin „înșurubarea” sondei prin uretră, lumenul acesteia se colabează și sonda nu mai este permeabilă. Deci încăpățânarea și înșurubatul nu vă vor fi de folos prea mult în acest caz. Iar dacă intervenția va fi una de durată sau localizată ca acțiune în regiunea pelvină, chirurgul vă va complimenta cum numai el știe mai bine. Îmi aduc aminte de ziua în care mi-am lăsat ambiția să ia deciziile înaintea creierului și am introdus o sondă astfel.

E greu de descris expresia facială a chirurgului în clipa în care a constatat că avea de făcut o amputație de rect și vezica se încăpățâna să se golească pentru a-i ușura munca și a-i oferi mai mult spațiu.

Foarte important: nu uitați să recalotați penisul în cazul în care bărbatul nu este circumcis, altfel va face o parafimoză cât patul în care se odihnește.

La femeie

Procedura decurge mult mai ușor, cu mențiunea că nu totdeauna meatul urinar va fi de găsit la nivelul vulvei. În acest caz el trebuie căutat după vestibulul vaginal, chiar la intrarea în vagin, pe peretele anterior al acestuia. Uretra femeilor este mult mai scurtă, dar chiar și așa sfatul meu este să introduceți sonda până la capăt înainte de a umple balonașul cu ser. În cazul în care pacientul este cooperant și conștient, pașii vor fi aceiași cu adăugirea că va trebui să îi explicați manevra și să îi calmați pe cât posibil anxietatea. Ideal ar fi ca pentru pacientul care se poate mobiliza, dar care trebuie să păstreze sonda urinară în continuare, să găsiți o modalitate de a fixa punga colectoare de picior, prevenind astfel potențialele accidente. Asigurați-vă că punga colectoare are tubul destul de lung în așa fel încât punga să stea pe jos fără să atârne.

Celelalte tehnici de cateterizare a vezicii urinare presupun mai multă atenție acordată asepsiei, câmpuri sterile dedicate acestei manevre, curățarea orificiului uretral extern se va face cu o pensă sterilă ținută în mâna dreaptă, iar gelul anestezic se va introduce cu un dispozitiv special. Din păcate, spitalele noastre nu au suficiente fonduri pentru a asigura aceste material, așa că totul trebuie făcut cât mai eficient posibil și cu costuri minime. Știu, nici mie nu îmi place. Dacă din diferite motive nu se poate efectua cateterizarea vezicii urinare pe cale uretrală, medicul urolog vă va ajuta prin realizarea unei **cistostomii minime**. Pentru mai multe detalii despre această manevră, cât și o înțelegere minimă a restului de tehnici exploratorii ale aparatului urinar, recomand lectura: **Urologie, lucrări practice** (Prof. Dr. I Sinescu, editura UMF 2006).

Bun venit la sală!

În sfârșit, se apropie și momentul vostru de glorie! Acum că toate pregătirile pacientului s-au terminat, ați lăsat în urmă hârțogăria



Figura 6. O fi apendicită?!

și toate problemele de orice fel, tot ce aveți de făcut este să vă concentrați la operație. Înainte de a intra în sala de operație trebuie să vă pregătiți fizic și psihic. Pregătirea voastră fizică necesită două lucruri elementare: un stomac (aproape) plin și o vezică goală, în niciun caz invers. Dacă nu ai stomacul tare, renunță la prima regulă. Operațiile durează uneori mai mult decât ar fi estimat, oricând pot apărea situații neprevăzute și de aceea e bine să fii pregătit pentru o cursă mai lungă decât cea necesară. Pregătirea psihică constă în special în controlarea emoțiilor. Sunt conștient că aportul meu ca și ajutor secundar nu e cine știe ce, însă teama de a nu face greșeli te poate cuprinde uneori, mai ales la începutul stagiului. Din acest motiv te poți comporta nefiresc în timpul operației, devenind crispat și te blochezi, dând impresia celorlalți că ești pe altă planetă. În timp o să vină și lejeritatea gesturilor. Exercițiul este totul.

În ce privește încălțămintea, e ideal să aveți o pereche de saboți de cauciuc, fără găurele pentru că orice se poate scurge de la nivelul plăgii (gândiți-vă numai la sângele unui pacient cu hepatita B sau C) și va ajunge direct pe picioarele voastre. Trebuie să treceți printr-un filtru operator în care să vă schimbați papucii plini de praf adunat de pe scările spitalului pe care circulă toată lumea. La fel și cu costumul de pe voi, înlocuiți-l cu unul curat, de data asta pentru binele pacientului.

Personalul pe care îl veți întâlni la sală este compus în principal din: medicul anestezist, asistentul anestezist și asistentele de sală. Înainte de a merge să vă spălați pe mâini trebuie să comunicați câteva detalii importante personalului asistent. Mai exact, trebuie să le spuneți dacă pacientul trebuie așezat într-o **poziție** specială pe masă: mă refer la poziția ginecologică în cazul unei histerectomii laparoscopice sau clasice, fie decubit lateral în cazul unui abord asupra rinichiului, glandei suprarenale, ca și exemple.

Dacă aveți dubii în privința poziției, e bine să îl întrebați pe chirurg înainte pentru a eficientiza timpul și pentru a nu vă face de râs din cauză că nu cunoașteți acest aspect. Un al doilea detaliu este necesitatea de a cateteriza sau nu vezica urinară. Principiul de bază este că în intervențiile scurte (hernie inghinală, colecistectomie clasică sau laparoscopică, apendicectomie etc.) nu este nevoie de sondă. Dar dacă intervenția se desfășoară în regiunea pelvină,

spre exemplu efectuarea unei chistectomii ovariene/anexectomii laparoscopice sau clasice? În acest caz rolul **sondei urinare** este foarte important încât decomprimă vezica, asigurând astfel spațiu de lucru chirurgului și evitând și accidentele intraoperatorii ce vizează vezica urinară. Știu, v-am înnebunit cu vezica și sondele urinare, dar sunt urolog, ce să fac...

Un al treilea detaliu este legat de cât de mult păr trebuie ras de pe abdomenul pacientului. Nu fiți zgârciți la acest capitol întrucât oricând o incizie mică se poate transforma într-una mai mare, în special în urgențe (când se practică nu rareori o incizie subombilicofoidiană).

Nu uitați ca principiu general: chirurgilor nu le plac surprizele, mai ales cele intraoperatorii, așa că nu îi dați ocazia să se minuneze la vederea tegumentului cu păr de vârcolac atunci când va dori să mărească incizia abdominală. Faptul că pe cer este lună plină nu va funcționa ca scuză sub nicio formă.

După ce ați făcut primele aranjamente în sală, este timpul să mergeți la spălător. Înainte de a vă spăla pe mâini, asigurați-vă că vă puneți masca și boneta, altfel ele vă vor fi puse de asistentă, dar nu așa cum vi le-ați pune voi și cel mai probabil vă vor da mâncărimi în zona feței. Tehnica spălării pe mâini este una simplă, dar trebuie să țineți cont de câteva reguli:

1. Dacă beneficiați de un burete antiseptic (scrub), nu uitați să folosiți pila din interiorul pachetului după ce vă veți umezi în prealabil unghiile, pentru o curățare mai ușoară. Odată ce ați terminat de curățat unghiile, aruncați pila de plastic și vă concentrați pe spălarea mâinilor.
2. Cu ajutorul buretelui veți curăța mâinile de la vârful degetului către cot. În tot acest timp, antebrațul trebuie să stea în poziție verticală, cu palmele relativ aproape de nivelul ochilor. O dată pentru a vedea mai bine ce faceți și apoi (cel mai important) pentru a împiedica contaminarea zonelor dezinfectate, toată murdăria scurgându-se în jos. În tot procesul de spălare mențineți antebrațul într-o poziție aproape verticală (axul longitudinal al antebrațului perpendicular pe planul podelei).
3. Dacă ați pus buretele jos, acolo îl și veți lăsa, nu îl reluați după

ce clătiți mâinile. La momentul clătirii mâinilor, îl puteți pasa dintr-o mână în alta.

4. Clătirea trebuie să permită apei să curgă numai de la mână spre cot, și nu altfel.
5. Puteți clăti la final și cu o soluție antiseptică pentru o calitate mai bună a antisepsiei efectuate.
6. La finalul spălării, rămâneți cu antebrațele în poziție verticală pentru a permite apei să se scurgă rapid. În mod ideal vă puteți șterge mâinile cu o compresă sterilă, cu aceeași precauție de a nu transporta germenii dinspre tegumentul necurățat spre zonele proaspăt dezinfectate.

Urmează să cereți asistentei un halat steril. **Halatele**, în mod ideal sunt împachetate în așa fel încât atunci când se desfac au vizibil locul prin care puteți introduce mâinile în mâneci. Halatele împachetate clasic respectă același principiu, adică sunt împachetate/rulate în așa fel încât suprafața pe care puneți mâna reprezintă interiorul halatului, protejând suprafața externă care intră în contact cu câmpul operator, urmând ca după ce l-ați derulat să introduceți mâinile direct prin găurile mânecilor.

Din păcate, cu cât îl „pipăiți” mai mult cu mâinile dezinfectate (dar nu sterile) și umede (în cazul în care nu v-ați uscat suficient) creați condiții optime pentru dezvoltarea ulterioară a germenilor. În cazul în care sala de operație nu este aproape de spălător, este recomandat ca îmbrăcarea să se facă în sala respectivă, și nu înainte, pentru a diminua riscul contaminării în drumul către aceasta.

Se consideră că zona sterilă din halatul vostru este zona „from nipple to the waist”, descriind un dreptunghi în care mâinile pot sta în deplină siguranță din punct de vedere aseptice. În niciun caz nu lăsați mâinile jos, pe lângă corp, din motive de desterilizare.

Vreau să insist asupra unui aspect important: vara, căldura mare te face să suporti cu greu tricoul și halatul, așa că unul din ele este eliminat de chirurg. Am văzut că uneori se renunță la tricou/maieu și se operează la bustul gol acoperit de halatul steril. Păcat că nu au și colegile chirurg inițiativa asta. În timpul operației, transpirația începe să apară oricum și din cauza căldurii, dar mai ales a emoțiilor, în cazul micului rezident. Prima zonă lipită de corp care vine în

contact cu halatul este pieptul, adică exact zona de „maximă siguranță” enunțată anterior. În ce privește masca, ea poate fi sterilă sau nu. Rolul ei este să vă împiedice să respirați în plagă, împrăștiind astfel germenii. Imaginați-vă cum ar fi să strănutați în plagă, de exemplu. De aceea e bine ca masca să acopere și nasul, nu să fie pusă pe sub nas pentru a respira mai bine. Eu personal mă consider tare de stomac, dar să inspir fumul rezultat din electrocoagularea țesuturilor mi se pare destul de greșos chiar și cu masca pe nas, darămite fără. Deci fiți cuminți și puneți-vă masca deasupra nasului.

Odată ce ați ajuns în sală, asistenta vă va desface un pachet cu mănuși sterile. Trebuie să fiți atent ca atunci când trageți plicul cu mănuși să nu rupeți ambalajul în care se află, riscând să le desterilizați în timp ce le veți pune. Sunt mai multe modalități de a vă pune mănușile, eu personal prefer modalitatea care constă în a pune plicul cu mănuși pe o suprafață uscată și curată (*fără praf, umezeală*), apoi desfaceți cu grijă plicul pentru a nu atinge cu mâna suprafața externă a mănușilor.

Cu mâna stângă apucați în pensa policelui și a indexului mănua dreaptă de „guler” (*adica porțiunea interioară a mănușii, care este răsfrântă*) și introduceți atent mâna dreaptă, fără a termina de pus mănua prin rularea gulerului respectiv, altfel toată operațiunea va fi compromisă. Indexul și mediusul mâinii drepte le veți introduce pe sub gulerul mănușii stângi, apoi introduceți mâna stângă, rulând de data asta până la capăt mâneca mănușii. Cu mâna stângă sterilă, rulați și gulerul mănușii drepte, în aceeași manieră ca la mâna stângă. V-am amestit de tot, nu-i așa?

Mai sunt și alte modalități de a pune mănușile, care mai de care mai acrobatice și cu riscuri mai mari de contaminare. Consider această metodă ca fiind cea mai bună pentru începători întrucât este meticuloasă și cu riscuri minime de contaminare. Nu văd niciun rost în a te grăbi să pui mănușile prin vreo metodă de tip „hocus-pocus” și apoi să dai iama în trusa de instrumente desterilizându-le pe toate într-o veselie.

E suficient un singur om desterilizat pentru ca toată echipa să se desterilizeze. Poate acum vi se pare că fac exces de zel, dar dacă anumite gesturi sunt învățate prost de la început, atunci când să fie învățate corect?

Urmează etapa de pregătire a mesei de instrumente. Pentru început, trebuie să știți că masa de instrumente se va poziționa astfel încât piciorul ei să se afle de partea stângă a pacientului. Nu știu motivul exact, dar presupun că ajutorul stă mai mereu pe partea stângă a mesei chirurgicale și fiecare gest pe care îl va face la nivelul mesei se va desfășura evident tot pe partea stângă. Pe masă se va afla poziționată trusa cu instrumente, învelită într-un câmp albastru nesteril, pe care veți găsi o etichetă lipită cu un titlu precum „*trusă stomac*”, „*trusă colecist*”, „*trusă mică*” etc. Nu căutați titluri precum „*Război și pace*”, nu există în această colecție.

Asistenta de sală va desface ambalajul nesteril, deschizându-vă calea către conținutul trusei metalice. O mică mențiune: trusa va fi pusă oblic pe masă, nu vă apucați să îi corectați poziția așa cum am făcut eu întrucât veți constata ulterior că primul câmp steril care o înfășoară se va desface „aiurea” și nu va acoperi masa. Așadar, descoperiți primul câmp steril, veți observa că el acoperă masa corespunzător, apoi când veți găsi trusa, o puteți așeza de-a lungul mesei, trasă pe marginea dinspre voi pentru a lăsa cât mai mult spațiu liber necesar înșuruirii instrumentelor. După câmpul steril de culoare albă din hârtie, urmează trusa învelită într-un câmp de bumbac sterilizat. Abia acum puteți pune trusa centrată pe mijlocul mesei și puteți scoate conținutul ei.

Fac aici o scurtă pauză pentru a vă recomanda două cărți care mi-au folosit în primele luni de rezidențiat, extrem de utile în ce privește detaliile tehnice ale activității de sală: prima se numește „**ABC în chirurgie**” - Adrian Aldea, Hortensiu Aldea, o carte ideală pentru orice începător, mie mi-a plăcut la nebunie pentru tonul cald și amabil la adresa învățăceilor, și „**Assisting at surgical operations**” - Comus Whalan, ed. Cambridge, iarăși o carte deosebită cu explicații de bun-simț chirurgical. Aș dori să mai recomand și cartea „**Basic surgical techniques**” - R.M. Kirk, Fifth Edition, Ed. Churchill Livingstone, întrucât este o resursă inepuizabilă de mici gesturi chirurgicale fără de a căror cunoaștere nu puteți evolua. După ce veți descoperi trusa cu instrumente, veți găsi înăuntrul ei și un indicator al procesului de sterilizare. În funcție de culoarea pe care o are și de legenda corespunzătoare, puteți vedea dacă trusa a fost expusă parametrilor necesari pentru sterilizare. Dacă totul e

OK, puteți arunca hârtiuța și pe măsură ce începeți să recunoașteți instrumentele, le puteți și poziționa pe masă. Dar care sunt oare instrumentele cele mai frecvent folosite în chirurgia generală?

1. **Bisturiul** - poate fi cu lamă fixă (bisturiu Pean, eu personal nu am văzut decât în filmele vechi așa ceva) sau cu lamă detașabilă. O alternativă poate fi și o lamă de bisturiu fixată pe o pensă Kocher dreaptă, dar nu recomand așa ceva. Bisturiul se poziționează pe partea dreaptă a mesei.

2. **Foarfece** - pot fi de mai multe dimensiuni, ascuțite sau boante. Ca regulă principală: foarfecele grosiere sunt folosite de către ajutor pentru diferite operațiuni pe măsură precum tăiatul firelor, tăiatul vârfului tubului de dren. Foarfecile „de serviciu” vor fi poziționate în partea stângă a mesei, de partea voastră. Foarfecăle gracile, ascuțite, sunt folosite de către chirurg pentru disecție. Evitați pe cât puteți să îi folosiți foarfecile pentru muncile voastre. Sunt făcute pentru a tăia țesuturi, nu fire și tuburi de dren.

Foarfece **Metzenbaum** este cea mai frecvent folosită pentru disecție și este cea care mi-a dat cele mai mari bătăi de cap în a o recunoaște pe masă și a o livra chirurgului la timp.

Ca regulă generală, această foarfecă este subțire, mai mult sau mai puțin lungă, și vârful este rotund, tocmai pentru a menaja structurile de-a lungul disecției și a nu le traumatiza accidental. Motivul pentru care lamele sunt curbe este tocmai pentru ca în timpul disecției porțiunea concavă să „privească” spre structura de disecat și astfel să îi asigure chirurgului o vizibilitate mai bună asupra structurii și a locului de unde să înceapă, respectiv să își continue disecția.

3. **Instrumente pentru hemostază - Pensele Kocher** (*practic sunt pense Pean, dar cu dinți*) au numeroase utilizări. Ținând cont de faptul că dinții nu sunt prietenoși cu țesuturile delicate, e lesne de înțeles că nu trebuie folosite mai departe de aponevroza mușchilor peretelui abdominal. Așa că în timpul intervenției nu trebuie să i le oferiți chirurgului decât dacă vi le cere în mod special. Aceste

pense mai pot fi folosite pentru a fixa lama bisturiului, pentru a ancora cu ele diferitele fire/tuburi necesare instrumentelor în timpul intervenției chirurgicale, ca suport pentru compresele sterile îmbibate în betadină etc.

Aceste pense vor fi găsite în trusă într-un număr mai mare, de diferite dimensiuni; le veți pune pe masă înșirate în așa fel încât fiecare pensă să se suprapună parțial peste cea vecină (asemeni pieselor de domino care au căzut) pentru a economisi spațiul. Totodată, așezarea penselor pe masă trebuie făcută în partea stângă, cu concavitatea privind către voi, fiind în acest fel mai ușor de observat vârful (când trebuie să diferențiați de exemplu de vârful unei pense Pean) și mai mult decât atât, e mai ușor de apucat în mână astfel.

Pensele Pean: sunt foarte asemănătoare cu cele Kocher doar că nu au dinți, ceea ce le face să fie numite pe drept adevărate pense hemostatice întrucât le poți aplica pe țesuturile fragile care sângerează, fără a avea frica unei sângerări suplimentare produse chiar de pensă. La fel, pensele Pean vor fi așezate suprapuse parțial, pe partea din mijloc a mesei, de la mic spre mare. În partea stângă sunt puse cele mici și delicate, iar în partea dreaptă a șirului pensele mari. Pensele mari Pean vor fi date în general ori de câte ori chirurgul lucrează în profunzimea abdomenului și solicită „o pensă”.

Pensa Guyon (de pedicul renal): este lesne de înțeles la ce este folosită. O veți întâlni în fiecare trusă mare, dar o veți folosi foarte rar în chirurgia digestivă. Probabil că dacă nu aș fi urolog, nici nu aș menționa-o în condiții normale. Se așază spre marginea opusă vouă a mesei de instrumente, în poziție longitudinală.

Pense pentru apucat și prezentat țesuturi: Pensa „en coeur” (*aspect de inimă*). Lungimea o recomandă pentru lucrul în profunzime. Nu se folosește pe țesuturile fragile din cauza riscului de strivire a acestora. Pentru „amortizarea” prinsorii cu această pensă puteți interpune o compresă între cele două capete și țesutul respectiv. Și această pensă va fi pusă în poziție longitudinală, lângă pensa Guyon.

Pensa pentru clamparea intestinului (Pensa de coprostază Peyer): este folosită în special în intervențiile pentru ocluzii intestinale, la care este necesară rezecarea unui segment. Pentru ca din amonte să nu vină materiile fecale în cavitatea abdominală, această pensă este folosită cu succes. Se va poziționa pe masă alături de pensa Guyon și „*en coeur*”.

Pensele „chirurgicale” (sau anatomice „cu dinți”). Sunt folosite pentru lucrul în suprafață, în special la începutul intervenției când se face incizia țesutului subcutanat și pentru disecția peretelui abdominal până la deschiderea cavității peritoneale. În ce privește localizarea lor pe masă, se vor așeza longitudinal, spre marginea mesei opusă vouă, lângă depărtătoarele Farabeuf.

Pensa anatomică (fără dinți) este identică în privința aspectului cu cea prezentată mai sus și este folosită evident pentru prezentarea structurilor delicate, pe care tracțiunea cu o pensă chirurgicală le-ar putea sfâșia. Aceste pense se poziționează pe partea dreaptă către chirurg, fiind orientate vertical în raport cu masa.

Instrumente pentru fixarea câmpurilor sterile pe pacient: aici găsim „racii”. Aveți grijă ca atunci când fixați câmpul, structurile prinse între cei doi clești ai racului să fie: câmp, piele, câmp pentru a realiza o fixare mai bună.

Instrumente de îndepărtat țesuturile: depărtătoarele Farabeuf sunt foarte utile în acțiunile de suprafață, la începutul intervenției după ce se incizează grăsimea subcutanată, la sfârșitul intervenției, când se suturează aponevroza și peretele abdominal și în orice alte manevre în care chirurgul are nevoie de vizibilitate mărită în suprafață. Ca și frecvență, cel mai mult aceste valve sunt folosite în tratamentul herniilor ombilicale, inghinale.

Sora mai mare a depărtătorului Farabeuf este valva abdominală Doyen. În trusă veți găsi două asemenea valve, una mai scurtă și mai lată, pentru lucrul în adâncimi relativ medii (depășesc puțin peretele abdominal) și încă una mai adâncă și puțin mai îngustă pentru lucrul

în adâncime. Este ușor de intuit felul în care va fi ținută în mână, degetele înfășurate pe mâner vor trebui să „privească” în sus.

Instrumentele de sutură, preferatele mele de altfel din toată trusa, sunt cele care în opinia mea dau grație unei operații. Portacele sunt de două feluri principale: portace vasculare (Mayo-Hegar) și portace simple, Mathieu. Cele din urmă sunt cele mai frecvent folosite în chirurgia digestivă, deși trebuie să recunosc că preferatele mele sunt cele vasculare, sunt mai ușor de manevrat și au o precizie mai bună.

Mențiunea specială în ce privește utilizarea portacului Mathieu este că mânerul cu porțiuni galbene trebuie să fie cât mai bine poziționat între eminența tenară și falangele proximale. Cu cât mâna vă va aluneca mai jos și priza palmei se va face spre vârful său, cu atât este mai dificil de manipulat acest portac.

Acele folosite sunt de două feluri: triunghiulare și rotunde. Cele triunghiulare se recunosc pe secțiune pentru că, ghici!, descriu un triunghi și sunt utilizate în special pentru a străpunge țesuturi mai dure precum pielea și mușchii. În niciun caz nu încercați vreodată să oferiți chirurgului un ac triunghiular pentru a sutura un intestin, fiindcă intestinul va fi sfâșiat, iar voi sfredeliți. Pentru intestin și structuri delicate se va folosi acul intestinal, rotund pe secțiune.

Ambele tipuri de ace sunt de lungimi și grosimi diferite și vor fi găsite înăuntrul trusei, trecute printr-o compresă colorată cu albastru, special pentru a fi vizibilă și ușor de diferențiat de restul compreselor. Să tamponați plaga cu o compresă plină cu ace necesită mult curaj, care însă nu îl va impresiona pe chirurgul șef. Deci nu încercați așa ceva nici măcar acasă. E bine ca atunci când doriți să scoateți un ac din compresă, să îl culegeți direct cu vârful portacului, fără a folosi mâna întrucât acele pot fi îngrămădite unele în altele, degetele voastre pot avea emoții, se vor bâlbâi și până veți extrage acul dorit, tensiunea chirurgului va crește la câteva sute de milimetri coloană de mercur.

Pe lângă instrumentarul uzual, evident că mai există multe alte instrumente chirurgicale, specifice anumitor intervenții, cât și specifice fiecărei specialități. Dar aceasta va fi treaba voastră, de a le

descoperi și învăța singuri. Mai departe, pe lângă instrumentar, veți întâlni frecvent tuburi și catetere în practica chirurgicală. Este logic, orice tub este făcut să se strecoare într-o cavitate, funcționează de milenii, credeți-mă pe cuvânt. Și cum anatomia descrie o serie de cavități și structuri tubulare, există și o serie de sonde și tuburi de dren. Tubul de dren obișnuit se găsește în mărimi diferite și de obicei este perforat, având 3-4 găuri la unul din capete. Înainte de a-l înmâna chirurgului, aveți grijă să tăiați oblic capul fără găuri al tubului, pentru a putea fi conectat mai ușor la punga de colectare, dar mai ales pentru a putea fi prins ușor cu pensa Pean trecută prin peretele abdominal în locul în care acesta va fi poziționat. Un tub de dren mai special este tubul în „T” sau Kehr, folosit pentru a deriva o parte din bila conținută în canalul coledoc către exterior sau mai pe scurt, pentru drenaj biliar extern.

Odată ce ați terminat de pregătit masa, cereți furtunul de aspirație căruia îi veți și conecta canula, alături de un fir subțire de sutură (cele pentru piele) și încă unul de ață mai groasă. Veți pregăti pe un portac lung un ac intestinal (este o mișcare logică întrucât portacul lung este realizat pentru lucrul în profunzime, unde sunt structuri moi și fragile care nu vor fi sfâșiate de acul intestinal), iar portacul scurt va avea fixat un ac triunghiular și eventual un fir de ață mai groasă. Este recomandat să aveți și câteva fire subțiri, lungi de aproximativ 30 cm, libere pe masă, așezate transversal pentru a vă fi mai ușor de reperat și luat.

Tips & Tricks

Cele mai bune lecții despre nume, utilizare, funcționare în ce privește instrumentele puteți primi pentru început de la asistentele de sală. Ele cunosc foarte bine instrumentarul și vă pot ajuta să îl învățați și voi foarte ușor.

La începutul stagiului veți începe ascensiunea voastră de mari chirurghi din postura „mâinii a treia”, chiar a patra la intervențiile mai ample. Nu îl priviți ca pe un lucru neapărat rău, orice munte se urcă de la bază. Pentru început, dispoziția echipei operatorii la nivelul mesei chirurgicale este următoarea: chirurgul stă pe partea dreaptă

a pacientului astfel încât să își poată folosi mâna dreaptă. Desigur, de-a lungul operației se poate muta și pe partea opusă, în funcție de cât de bun îi este abordul din noua poziție. Ajutorul principal se așază față în față cu chirurgul, iar voi lângă ajutorul principal. Chirurgul beneficiază astfel de ajutorul „în oglindă” a 4 mâini.

Masa de instrumente se află la baza mesei de operație, suprapusă peste planul picioarelor bolnavului. Este lesne de înțeles din figură că omul cel mai apropiat de masa de instrumente sunteți chiar voi, așa că luați-vă cât mai în serios postul. Vedeți? Nu sunteți degeaba în sală, aveți o semnificație. Trebuie să înțelegeți pentru început rolul vostru în timpul operației. Așa că înțelegeți următorul principiu: ca și mână a 3-a, voi sunteți **managerii** mesei de instrumente.

Tips & Tricks

Luați camera foto cu voi într-o zi la spital și fotografiați o masă de instrumente pregătită imediat înainte de începutul intervenției. Acasă încercați să recunoașteți instrumentele și poziția lor pe masă.

Rolul vostru constă în **fluidizarea circulației** instrumentelor între echipa operatorie și masa pe care o aveți în grijă. Voi sunteți responsabili de tot ce se află pe masă, trebuie să știți unde se află localizat un anumit instrument pentru ca atunci când chirurgul îl cere să i-l puteți oferi prompt. Trebuie să aveți în vedere și materialele consumabile precum compresele sterile, pe care va trebui să le solicitați atunci când s-au consumat.

Lucru care trebuie evident făcut din timp, pentru a preveni blocajele și a nu vă trezi descoperiți și fără muniție. La fel se întâmplă și cu firele de sutură, trebuie să le cereți și să le tăiați în lungimile corespunzătoare; încercați să vă imaginați expresia feței chirurgului când vrea să coasă și nu are cu ce. Apoi încercați să v-o imaginați și pe a voastră mimând un moment penibil.

După ce vă puteți lăuda că știți instrumentele și le puteți identifica și oferi prompt atunci când acestea vi se cer, veți trece la nivelul următor, când veți observa ce se întâmplă în plagă și în paralel să oferiți instrumentele/materialele necesare imediat înainte ca ele să vă fie cerute. Pentru aceasta trebuie să aveți atenție distributivă la

masă, cât și la actul operator. Iar pentru aceasta trebuie să cunoașteți bine și timpii operatori, și instrumentele necesare în realizarea lor.

Deja se complică treaba, nu? Da, așa este, și mie la început mi s-a părut foarte greu de exemplu să pregătesc foarfeca de tăiat firele în timp ce chirurgul făcea nodul. Nici astăzi nu sunt strălucit, însă mă străduiesc să devin mai bun. Îmi place să compar rolul unui începător în postura de mâna a 3-a cu al unui cursant al școlii de șoferi. Este obligat să meargă pe prima bandă datorită deplasării lente, dar șoferii știu că prima bandă este de-a dreptul oribilă și pentru șoferii experimentați, cu toate autoturismele parcate aiurea pe care va trebui să le depășești. Însă cu răbdare și **exercițiu**, cu toții am reușit să ieșim de pe banda 1 și să nu mai dorim vreodată să ne întoarcem acolo.

Tips & Tricks

Pentru a învăța cât mai bine coordonarea între mâna a 3-a și chirurgul șef plus ajutorul său principal, mergeți și observați alte echipe operatorii. Urcați-vă pe scărița aceea mică folosită pentru reglarea luminilor din sală și priviți în ansamblu gesturile celor mai experimentați. Observați în paralel ce acțiune se desfășoară în plagă și ce face în acel timp ajutorul de la masa de instrumente. Felul în care își completează acțiunile seamănă cu pasele unei echipe de fotbal sau baschet.

Tot privind-i și analizându-i veți reuși astfel să începeți și voi să vă formați reflexele, cel puțin la nivel mental. Urmează să le desăvârșiți prin practică. La începutul formării voastre, când veți face multe greșeli firești pentru voi și de neacceptat pentru chirurgul cu mulți ani de experiență în spate, nu veți primi prea multe complimente. E greu, chirurgul este deja stresat de operația în sine, indiferent cât de bine ar ști să o facă, iar voi îi încercați și mai mult răbdarea cu gafele voastre nevinovate. Dacă se va țipa la voi, încercați să nu o luați personal, pur și simplu sunteți prea în urmă față de avansul măsurat în ani al echipei operatorii. Trebuie să aveți răbdare cu voi și să perseverați. Într-o bună zi poate chiar îi veți depăși. Aveți încredere în voi.

Un alt aspect care vă va bloca evoluția este faptul că nu știți exact cum e să ai un ajutor prost. Practic, voi nu aveți nevoie de ajutorul nimănui, ba din contră, de ajutorul vostru depind rapiditatea și eficiența chirurgului, iar în anumite operații mâna a 3-a este indispensabilă. Vedeți cât de ciudat este? Sunteți complet începători și totuși aveți un rol foarte important în anumite momente.

În ce mă privește, la început consideram că sunt complet degeaba în sală, de aceea eram mai mult fascinat de ce se întâmplă în plagă decât de faptul că am un rol activ în operație. Și bineînțeles că în acest mod eram de multe ori absent de la acțiune. Mă mai și gândeam uneori: „*Ăștia operează și eu fac pe măturătorul cu compresele*”. Pur și simplu, credeam că toată importanța operației o poartă pe umeri numai chirurgul, nu și ajutoarele. Dar în scurt timp am înțeles ce înseamnă un ajutor bun, bine instruit. Am făcut un curs de chirurgie laparoscopică și la primul workshop, echipa din care făceam parte era formată doar din juniori. Groaznic. La momentul în care am ajuns să fiu eu operatorul șef (*disecam un colecist din patul hepatic*) am crezut că voi fi stăpânul lumii. Însă ajutoarele mele, unul cu camera și altul cu o pensă „evantai”, își făceau treaba atât de prost încât toată munca mea a devenit un coșmar. Camera privea complet în altă parte, pensa evantai apărea și dispărea făcând ficatul să cadă peste bisturiul meu. A fost oribil. Toată măiestria mea a fost eclipsată de niște ajutoare netrebnice. Am simțit un amestec de furie și disperare însirocate bine cu sosul special al eșecului.

Cred că a fost prima dată când am înțeles cu adevărat importanța și am și găsit o motivație de a-mi face munca mai bine. Există un mit care circulă prin sala de operație și prin cărțile prăfuite de chirurgie care spune că acela care este un ajutor bun va fi un chirurg bun. Adevărul nu este chiar așa. Nu cred că poți să fii un ajutor bun până nu ai fost în situația de a opera și de a simți cu adevărat ce trebuie să îți ofere un ajutor capabil.

Nu știu cum s-ar putea rezolva această problemă în rândul rezidenților pentru a-i face să înțeleagă importanța unui ajutor bun, cât și haosul creat de un ajutor dezinteresat, căci despre asta e vorba în special. Cercul vicios al neîncrederii începe cu chirurgul care nu concepe să îl lase pe rezident să facă gesturi chirurgicale avansate. Rezidentul se plafonează și se deprimă la gândul că în următoarea

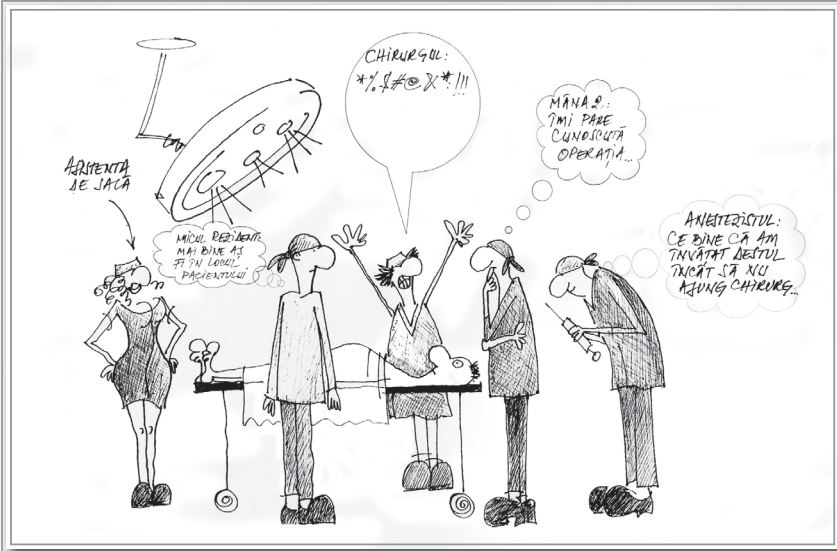


Figura 7. Sala de operație...

bucată bună de timp, cine știe cât, va fi blocat în postura de servitor de tacâmuri chirurgicale. Evident, nu va da randamentul scontat de chirurg.

Chirurgul spune apoi: „păi, dacă ăsta nu e un ajutor bun, atunci cum să îl las să opereze?” și cercul se închide din punctul din care a și pornit. Probabil că o soluție ar fi ca măcar în câte o feliuță din operație, în cele mai simple la început, să i se acorde și rezidentului începător ocazia de a vedea „cum e să fii mâna a doua” și ce implicații are un ajutor bun sau prost. Altfel s-ar reîntoarce apoi la postul său și altfel s-ar privi și pe el apoi.

Practic, ăsta e și modul în care se educă copiii, punându-i pentru un moment în situații reale de viață și lăsându-i să gândească și să acționeze pe cont propriu, dar sub supravegherea părintelui, în mod evident. Asta nu înseamnă că trebuie să fiți lăsați din prima să faceți mai știu și eu ce disecție delicată, dar încetul cu încetul veți ajunge și acolo. Dacă un părinte își ține mereu copilul ferit de probleme, cum va ști acesta să le facă față când va sosi și momentul său de lansare?

După cum spuneam în prefață, motivația e cel mai important lucru în carieră. Poți să ai cele mai bune cărți, cele mai scumpe, cele mai deștept scrise, dar dacă munca ta de la sală nu îți aduce satisfacții și nu te simți câtuși de puțin important, atunci totul e în zadar.

Motivația rămâne temelia succesului în carieră. Să nu mai spun și despre faptul că dacă punem într-o sumă constantele: interesul în scădere al rezidentului, cu deprimarea oferită de unii membri ai echipei și presărăm și un pic de afirmații răutăcioase de genul „nu are chemare pentru meseria asta”, când tu, de fapt, nu ești motivat corespunzător, atunci avem o rețetă sigură pentru viața transformată într-un lung șir de regrete și amărăciuni. Și situația expusă nu este una rară în viața de tânăr rezident. Mă simt nevoit să întăresc o altă idee pe care am schițat-o în trecut la începutul cărții: să nu vă fie frică să greșiți. Frica de a greși vă va ține mereu pe loc. Din greșeli se obține cea mai bună învățare. O mică mențiune: prin „greșeli” mă refer să aveți puncte de vedere rezultate din curiozitate combinată cu gândirea corectă, proprie, dar care nu obțin aprobarea celor din jur și mai ales trebuie să aveți **inițiativa** de a le pune în practică, dar asta în condițiile în care aveți totuși idee despre ce faceți. De prea multe ori am auzit expresia: „Să nu faci așa că se supără chirurgul”. Când îl întreb pe respectivul rezident „bine, dar de ce să se supere chirurgul?”, nici măcar nu știe să îmi explice motivul. Miroase a limitare, nu-i așa? Pe de altă parte, să nu citești patologia sau tehnica operatorie și să vii cu tot felul de improvizații doar de dragul de a părea creativ și genial este o tâmpenie colosală și poate deveni uneori medico-legală. E mai bine să taci în cazul ăsta.

Ca să sintetizez: Fiți curioși și nu lăsați praful să se pună pe muntea și pe curajul vostru. Frica este cel mai sigur mod de a stagna. Contraziceți ce auziți la cei din jur, măcar în gândul vostru. Puneți la îndoială pe toată lumea. Jucați-vă cu argumentele. Dacă joaca e prea scurtă fiindcă nu aveți destule argumente, atunci e cazul să puneți mâna pe carte.

Să revenim la operație. Pe măsură ce veți avansa în experiență, veți începe să participați mai mult la actul operator propriu-zis. Asta implică pe lângă oferirea de instrumente și diferite gesturi

chirurgicale în cursul operației. Unul din ele, de exemplu, este aspirația lichidelor din plaga operatorie. Trebuie să fiți atenți întâi și întâi la canula de aspirație: cea din plastic, cu capătul rotund (*atraumatic*), vă dă o libertate mare de scufundare în lichide și de „ștergere” accidentală a viscerelor întrucât nu poate produce practic nicio leziune.

La polul opus, canula metalică, cu marginile destul de ascuțite și retezată drept, este un adevărat criminal în serie. Dacă nu îl puteți controla, vă va face o groază de necazuri. De aceea, dacă sunteți nevoiți să folosiți o asemenea canulă, atunci aspirați în strat fin, de la suprafață spre adâncime, și nu vă scufundați cu el fără teamă precum un înotător la proba de sărituri. În unele cazuri, cum ar fi o hemoragie importantă, pelicula strânsă colorată intens în roșu nu vă va da posibilitatea să vedeți ce se află în adâncime. Veți împinge cu sete canula pentru că doriți să evacuați rapid sângele acumulat și apoi mișcând în stânga și în dreapta pentru a aduna toate colecțiile, veți realiza că tocmai ați creat și voi o serie de leziuni pe țesuturile din jur. Îmi amintesc o asemenea ispravă a mea făcută la nivelul ficatului. Și cât se muncise bietul chirurg să realizeze hemostaza înainte...

Alte modalități de participare a voastră la operație sunt prin ținerea unei valve pentru a depărta peretele abdominal sau toracic o perioadă ceva mai lungă de timp în vederea unei expunerii mai bune a câmpului operator. Încercați pe cât posibil să găsiți o poziție comodă în care să stați, altfel vă veți epuiza fizic repede, chirurgul nu își va putea realiza munca și voi vă veți scufunda într-o ploaie de nemulțumiri la adresa voastră, uneori chiar și la adresa mamei voastre. Puteți interveni și pentru a tampona cu o compresă sterilă diferite porțiuni de țesut, fie pentru creșterea vizibilității prin absorbția sângelui, fie pentru a culege o compresă îmbibată prea tare cu sânge încât riscă să se „camufleze” printre structuri.

Folosiți o pensă anatomică mereu, folosirea mâinii e considerată a fi un gest grosolan și ineficient, mai ales pentru hemostaza în profunzime. Sunt și situații în care rapiditatea primează, dar în general e bine să folosiți o pensă anatomică.

Atunci când tamponați, mișcările trebuie să fie asemănătoare unui arc care sare pe loc, care „*topăie*”. Nu ștergeți suprafața

sângerândă întrucât veți smulge astfel și micile cheaguri formate în scop hemostatic. Prindeți compresa sterilă de unul din cele 4 colțuri înainte de a începe acțiunea. Motivul pentru care e bine să prindeți de unul din colțuri este că astfel vizibilitatea voastră este mult îmbunătățită spre deosebire de situația în care ați apuca de mijlocul compresei și astfel nu veți mai vedea unde „aterizează” în plagă. Plus că sunt 4 colțuri, așa că cei mai nehotărâți dintre voi au de unde alege.

Atunci când aruncați compresele pline cu sânge, încercați pe cât posibil să le aruncați în ligheanul pus special pentru recoltarea materialelor cu risc biologic. În cazul în care chirurgul disecă o structură pe care curge sânge, tamponați/aspirați în fața liniei de disecție, pentru a-i deschide calea. Tamponatul în urma liniei de disecție e mai puțin important pentru chirurg, cel mult pentru aspectul estetic al operației.

Un factor important în rapiditatea cu care veți evolua intraoperator este comunicarea cu membrii echipei. Când comunicarea funcționează, și voi veți da un randament mai mare decât în mod normal. Poate veți fi nemulțumiți că nu am scris foarte mult la capitolul „*abilități practice*”. Asta pentru că, să fim serioși, chirurgia nu se învață doar din cărți, ci mai ales din exercițiu, așa că puneți mâna și mergeți la sala de operație!

Despre comunicarea operator-echipă

Cu toate că nou-veniții au un rol minor la început, presiunea resimțită de aceștia este mult crescută. Grijile lor principale sunt orientate către învățarea și respectarea diferitelor protocoale (*spălarea corectă a mâinilor, îmbrăcarea halatului steril, învățarea instrumentarului, modul de utilizare a instrumentelor etc.*).

Deși sună absurd, grija pentru pacient nu este printre primele aflate pe listă, și nu din lipsă de respect și interes pentru acesta, ci pur și simplu din faptul că nu pot să vadă mai sus de „gardul grijilor” tipice juniorilor. Pentru a îmbunătăți comunicarea cu aceștia este bine să li se spună cu voce tare ce se dorește de la ei în privința instrumentarului, cât și a gesturilor („*dă-mi pensa X*”, „*ține aici*”, „*trage de asta*”, „*te rog nu smulge splina*” etc.).

La rândul lor, micii rezidenți sunt datori să cunoască instrumentarul și poziționarea acestuia foarte bine, precum să fie tot timpul atenți la menținerea unei ordini pe câmpul operator (*să asigure comprese, să fie atenți la acțiunile desfășurate de chirurg și ajutorul său imediat și să anticipeze instrumentele ce vor fi cerute*).

Atunci când echipa este formată de mai mult timp, iar membrii acesteia se înțeleg aproape din priviri, comunicând foarte puțin verbal, juniorul se simte lipsit de importanță și nu înțelege de la bun început ce are de făcut. De aceea, pentru început este bine să i se spună clar și exact ce se dorește de la el.

La rândul său, și juniorul trebuie să înțeleagă faptul că ceilalți membri, ale căror griji sunt mult mai importante decât ale sale, nu au totdeauna timpul și disponibilitatea de a transforma intervenția într-o oră de curs studentesc. Alteori, din grabă, enunțurile pot fi incomplete, în genul „dă-mi pensă”. Din dorința de a fi de folos, juniorul se grăbește și oferă ceea ce crede el că ar fi util, o pensă anatomică, sau chirurgicală, sau o pensă Pean. În cazul în care alegerea este greșită, este firesc ca operatorul principal să se enerveze și să sporească și stresul juniorului.

Aceste situații se pot evita când juniorul lămurește cerința întrebând exact ce fel de pensă se dorește. În general, consider că este util, cât și eficient ca juniorul să pună întrebări, atâta timp cât nu devine enervant și nu deranjează concentrarea operatorului. Trebuie evitate întrebările în momentele delicate, atunci când se ligaturează un vas în profunzime, când se lucrează într-o zonă cu risc hemoragic mare sau în orice altă situație care necesită atenția maximă a operatorului. Și întrebările ce vor fi puse trebuie să fie pertinente, atunci când juniorul cunoaște bine tehnica și patologia întrucât întrebările prostești nu fac decât să distragă atenția și să enerveze operatorul.

După ce va trece această perioadă de acomodare, întrebările redundante dispar încetul cu încetul, pe măsură ce juniorul își însușește partea de rutină a intervențiilor și se adaptează la stilul de lucru al echipei.

Juniorul trebuie să învețe să își stăpânească emoțiile, atât cele fondate („*să am grijă să nu mă deșterilizez cumva*”), cât și cele mai îndepărtate de momentul imediat („*îmi e teamă să nu fac o impresie*”).

proastă și ceilalți să rădă de mine apoi”), să se concentreze cât mai mult asupra operației și să încerce să rețină, dar și să intuiască felul în care poate fi de folos celorlalți colegi. Deși emoțiile sunt inevitabile la început, acestea dispar în timp, odată ce atenția se mută asupra unor aspecte mai importante și gesturile devin rutină. E nevoie de răbdare, dar și de **mult exercițiu**. Oare pentru a câta oară am folosit cuvântul „**exercițiu**”? Nici nu mai știu.

Un alt aspect important este tonul pe care se comunică, și anume tonul vocii - trebuie să fie clar, răspicat, având în vedere că masca aflată pe față „amortizează” vocea. Este neplăcut pentru junior să întrebe încă o dată ce i s-a spus întrucât va da impresia că nu este atent la ce se întâmplă. Oboseala este un alt factor care scade atenția și din păcate este inevitabilă în programul de lucru din garzi.

Tips & Tricks

În operațiile care necesită rahianestezie, pacientul este de cele mai multe ori treaz și aude ce se vorbește în jurul său. Așa că aveți grijă ce comunicați, în special despre el.

Ca o concluzie generală, juniorul trebuie să tacă mai mult decât să vorbească și să asimileze mai mult decât să ofere. Dar sub această liniște aparentă, el trebuie să fie foarte atent la ceilalți, să învețe de la ei, să se perfecționeze încontinuu și să participe la cât mai multe intervenții pentru a își însuși rutina trepteii pe care se află.

Limbajul codat din sală

Pe lângă denumirile standardizate ale instrumentelor, veți mai auzi în sală și câteva expresii pe care e bine să le știți dinainte. Acestea pot varia de la echipă la echipă, nu sunt formulări standard.

1. **„Dă-mi ață să leg”** - se referă la un fir subțire de ață de aproximativ 20-30 cm, pe care îl veți oferi întins, ținându-l în tensiune de ambele capete.
2. **„Dă-mi portacul gol”** - în niciun caz nu se referă la faptul că se dorește un portac fără ac, ci la un portac cu acul gol, fără ață în el.

3. **„Pensă de sprijin”** - înseamnă o pensă Kocher sau Pean mică, dreaptă, folosită pentru a prinde cele două capete ale unui fir trecut printr-o structură, pentru a fi înnodate mai târziu.
4. **„Servește pensa”** - reprezintă un ansamblu de mișcări pe care va trebui să îl faceți de cele mai multe ori cu o pensă Pean mare și curbă, fixată pe o structură ce urmează a fi ligaturată. Primul pas pe care va trebui să îl faceți ținând de inelele pensei va fi să o mișcați în așa fel încât vârful pensei să fie vizibil, iar chirurgul să poată trece ața pe partea convexă a pensei. Apoi veți împinge pensa în așa fel încât fața posterioară a pensei să fie vizibilă, pentru ca nodul să poată fi realizat.
5. **Uneori** vi se va cere simplu **„dă-mi o pensă”**. Nu dați orice pensă la întâmplare, ci trebuie să vedeți cam ce fel de pensă ar avea nevoie chirurgul. Atunci când lucrează în profunzime, cel mai frecvent este vorba de o pensă Pean mare, curbă. Dacă se pregătește să coasă plaga operatorie, atunci cel mai probabil va fi vorba de o pensă chirurgicală. Dacă face disecția, va fi nevoie de o pensă anatomică fără dinți, lungă.
6. **„Fire de reper”** - se referă în general la un fir subțire pus pe un ac intestinal pe un portac lung. Sunt folosite pentru a fi trecute prin segmente ale tubului digestiv, în scopul marcării acestora.
7. **„Pense chinezești de 15”** - se referă la pense Pean de dimensiuni medii, aproximativ 15 cm. Și, evident, made in China.
8. **„Pensa Jean Louis Fort”** - este o pensă asemănătoare unei pense Kocher curbă, mai mare, folosită în general pentru abordarea pediculului uterin. Probabil că mai sunt și alți termeni folosiți cu care nu m-am întâlnit și de aceea am să las această listă deschisă pe mai departe.

Ultimul pas al operației este sutura tegumentului la care fie veți coase (adică veți trece acul prin cele două margini ale pielii), fie veți face noduri. Eu, personal, mai am destul până la nodul perfect, așa că vă recomand lectura lui din cărțile de tehnici chirurgicale prezentate și multă practică.

Pentru cei mai ambițioși care vor să continue lucrul și acasă, vă pot recomanda un curs video de basic surgical skills sau, ca să îi spun altfel, un fel de învățământ la distanță în chirurgie.

Tips & Tricks

La sfârșitul fiecărei zile „de sală” notați-vă într-un caiet pașii parcurși de-a lungul operației. Închideți ochii și reluați filmul operației. Ce ați făcut, cum ați făcut. Ce ați făcut prost și cum trebuia făcut bine. Efortul mare este la început, când veți pune cap la cap pentru prima dată operația respectivă. Ulterior, lucrurile se vor simplifica fiindcă veți mai adăuga câte o notiță pe ici, pe colo. Faceți acest jurnal operator într-un caiet sau un document Word și, cine știe, poate mai târziu iese o carte din el. E cel mai bun exercițiu pentru fixarea informațiilor „practice”

Se numește **„Basic Surgical Skills of Royal College”**, 2007. Nu spune nimeni că doar cărțile conțin înțelepciune, puteți folosi astăzi orice suport informațional care vi se potrivește mai bine. Important e ca informația să ajungă la voi într-un format cât mai prietenos, cât mai concis și, cel mai important, să fie orientat spre partea practică.

Urmărirea postoperatorie

Imediat ce operația s-a terminat, nu uitați să menționați în caietul de protocol operator intervenția și la fel și în foaia de observație, la paginile corespunzătoare. Analizați tuburile de dren la 10-15 minute postoperator pentru a depista o eventuală hemostază proastă intraoperatorie (dacă pe tubul de dren vi se pare că vedeți o coloană de sânge, nu vă panicați decât în momentul în care coloana de sânge imprimă căldură tubului de dren, ceea ce înseamnă că este o sângerare activă!

Dacă nu e cald, puteți să vă panicați, dar mai puțin, de multe ori este sânge restant din timpul operației amestecat cu ser și acum se drenează, ceea ce este foarte bine), și la o oră aproximativ, mai treceți pe la pacient în reanimare și vedeți-l. În ziua următoare, când ajungeți la spital, începeți vizita de dimineață cu pacienții din reanimare, sunt prioritari celor din saloane. Dacă, de exemplu, starea unui pacient se înrăutățește postoperator, iar voi veniți la spital, faceți vizita la saloane, vă veți angrena și în alte sarcini neprevăzute (*administrative de cele mai multe ori*), pierdeți timp prețios în care starea bolnavului se degradează, agravându-se destul până când va

fi observat de personalul din ATI și raportat chirurgului. O atenție specială trebuie acordată pacienților *intubați postoperator*. Mai ales când ajungeți să îi pansați, aveți grijă să îi examinați complet și nu doar plaga pe care o aveți de pansat. Escarele de decubit se fac foarte ușor. Căutați zonele cele mai proeminente, călcâiele și regiunea sacrală-fesieră fiind frecvent afectate. Dacă pacientul poartă scutech și voi aveți de pansat deasupra lui, nu neglijați să vedeți și regiunea genitală. Dacă cel care a pus sonda urinară a uitat să recaloteze penisul?

Da știu, sunt urolog, este normal să amintesc. Recunosc că am făcut de multe ori prostia de a mă uita cu superficialitate la pacienții intubați. Până când într-o zi am citit într-o carte despre importanța acestei inspecții și în ziua următoare mi-am zis la vizită: „*ia să vedem, măi, cât de deștepți sunt ăia cu cartea lor cu tot*”. Am făcut o față de uimire atunci când după ce am desfăcut scutecul pacientului, am observat că acesta dezvoltase un edem scrotal (*ulterior m-am lămurit că s-a datorat hipoproteinemiei date de absența alimentației, cât și a lipsei de moment a unor concentrate cu aminoacizi din farmacia spitalului*).

Bineînțeles că am tras o spaimă gândindu-mă că edemul are o cauză infecțioasă și o gangrenă Fournier era ultimul lucru de care pacientul avea nevoie în acel moment. De atunci m-am calmat în privința ignorării aspectelor aparent banale ale pacienților intubați. Nu uitați că aceștia nu se pot văita, nu vă pot avertiza asupra a ceea ce îi supără, deci atenția voastră trebuie să fie la cote înalte. Dar pentru asta trebuie întâi și întâi să vă pese de ei.

La salon, verificați dacă pacienții au dureri în gambă (*risc trombotic/anticoagulare proastă*), dacă au făcut febră, dacă și-au reluat tranzitul intestinal. Priviți tuburile de dren și trageți concluziile potrivite. Nu degeaba sunt denumite „ochiul de veghe al chirurgului”. În ce privește puna colectoare a sondei urinare, faceți diferența între o urină concentrată (*pacient deshidratat/medicamente care dau colorație roșiatică - nitrofurantoină spre exemplu*) și o hematurie.

Dacă vi se cere să scoateți un tub de dren staționar de mai mult timp în abdomenul bolnavului, fiți atenți la aderențele care s-au format între timp între acesta și viscere. Nu vă repeziți să trageți

de el orbește; retrageți ușor și dacă întâmpinați vreo rezistență, nu vă speriați. Rotiți cu blândețe în stânga și apoi în dreapta, asemeni felului în care rotiți cheia în ușă. Acest gest ar trebui să desprindă cu blândețe aderențele formate. Retrageți apoi tot cu atenție tubul.

Dacă în continuare se încăpățânează să rămână blocat, opriți-vă și cereți ajutor ecografic întrucât nu puteți ști sigur în ce s-a blocat. Să trageți de capul vostru e o dovadă de prostie. Dacă trebuie să scoateți o sondă nasogastrică a unui pacient, este ideal să aveți mănuși (*cele de consult, nu sterile*) și să puneți pe pacient o bavețică întrucât îi puteți murdări hainele.

Aici trebuie să vă mișcați un pic mai rapid spre deosebire de scosul tubului de dren, întrucât manevra este foarte neplăcută pentru pacient. La final, nu aruncați sonda la coșul de gunoi din salon, acela nu face parte din circuitul pentru produse biologice. Pe lângă faptul că scoateți germenii din circuitul spitalului, unde ei se simt bine și în siguranță, mai mult decât atât în drumul spre coșul de gunoi veți scurge și resturile de bilă și conținut gastric pe jos, spre disperarea infirmierelor. E pur și simplu „bad practice”.

În cazul în care trebuie să scoateți o sondă urinară nu vă aruncați să trageți de sondă precum un zgârcit de ultimul bănuț. Nu uitați faptul că sondă stă fixată în vezică datorită balonașului umflat cu ser. Să trageți de sondă fără a scoate serul din balonaș nu doar că îl va chinui pe pacient, dar mai ales vă veți face de râs în fața întregului salon. Iar dacă pacientul este intubat și sonda să zicem că trebuie schimbată, veți trage de sondă cu balonașul umflat, pacientul nu reacționează, voi forțați mai departe. Cum sună scenariul ăsta? Sună a ruptură de uretră. Din fericire astfel de greșeli le fac cel mult începătorii, dar e suficient să greșești o dată pentru ca lucrurile să ia o întorsătură dramatică.

Dacă tot am vorbit despre sonde, vreau să vă avertizez asupra unui scenariu relativ frecvent: bărbatul de vârstă a treia, cu hipertrofie a prostatei, operat pentru hernie inghinală sau altă intervenție sub rahianestezie, poate dezvolta postoperator glob vezical datorită faptului că vezica sa are un reziduu constant de urină (depinde de gradul de obstrucție subvezicală), la care se adaugă urina filtrată în timpul rahianesteziei. Pacientul vă va solicita pentru durere suprapubiană și unii se vor plânde de faptul că au senzație de

micțiune (*dată de distensia vezicală*), dar nu pot micționa. Aveți două variante: cateterizați vezica sau motivați pacientul să se mobilizeze. Unii pacienți după ce încep să meargă puțin, reușesc să micționeze spontan. Dacă palpați deja globul vezical, cateterizați cu încredere vezica, dar la fiecare 300 ml de urină evacuată vă sfătuiesc să vă opriți, luați o pauză de 5-10 minute în care mențineți sonda pensată, apoi evacuați mai departe. Faceți astfel pentru că o evacuare bruscă duce la hematurie și edem ex vacuo. Nici nu veți mai ști atunci ce l-a durut mai tare pe pacient: duerea de dinaintea cateterizării sau cea de după. Nu uitați să întrebați pacienții dacă au avut tranzit intestinal pentru gaze sau materii fecale, mă refer la acei pacienți care au avut intervenții în sfera digestivă, evident.

În cazul în care un pacient încearcă să se mobilizeze și amețește din cauza faptului că este slăbit și a stat prea mult timp la pat, face hipotensiune și își pierde cunoștința, nu vă speriați. Primul gest este să îl poziționați în decubit dorsal și să îi ridicați picioarele. Verificați între timp dacă respiră și măsurați pulsul. Majoritatea acestor pacienți își pierd cunoștința din cauza hipotensiunii dezvoltate în numeroasele zile în care au stat la pat. În câteva secunde, va începe să își revină treptat.

Dacă simțiți că situația vă depășește, cereți unui pacient să îl mențină în poziția respectivă și fugiți cât vă țin picioarele să căutați rapid un anestezist care să îl poată evalua și în același timp să aducă trusa de urgență. A doua variantă este să îi acordați primul ajutor. Știți să faceți asta?

Gărzile

Gărzile reprezintă cea mai spectaculoasă activitate din spital. Nici nu știu cum să le definesc mai bine. Pentru micul resident, a fi linie de gardă este precum a da timp de 24 de ore un șir lung de examene practice asemeni celor din facultate doar că de data asta nu ai ocazia să afli de la colegii care au intrat primii la examen ce are pacientul. În fața cazurilor care se prezintă, ai două modalități de abordare: să te eschivezi sau să chemi pe cineva să te ajute.

La primele gărzi e firesc să stai mereu cu cineva și să înveți cum se abordează cazul unui pacient. După câteva luni însă e caraghios să faci la fel pentru toate cazurile. E ca și cum ai avea 18 ani și încă vrei

să fii alăptat. Pur și simplu nu e normal. Plus că a sta la mâna altor colegi e foarte obositor și sentimentul de rușine față de pacientul care se uită la tine când chemi un „doctor” e de-a dreptul groaznic. Pe mine m-a obosit această variantă de abordare a gărzilor. Frica, așa cum am zis și în alte dăți, nu face decât să te țină în loc și nu te lasă să evoluezi.

A doua variantă de abordare a gărzilor este să faci precum pușcașii marini, „să fii tot ce poți fi”, adică să înfrunți cazurile și să lași naibii la o parte frica. Eu am ajuns în a doua etapă după ce m-am săturat să îmi fie frică, să mă tot ascund de cazurile venite și să tot cer părerea colegilor la fiecare caz. Am realizat că înainte de ei, mai pot asculta și părerea altcuiva: a mea. Să luăm scenariul cel mai prost posibil, cel puțin cel care m-a torturat în suficiente gărzi: echipa de gardă este sus în sala de operație în timp ce eu rămân singur să mă descurc cu pacienții veniți la camera de gardă. „Shit!”, ar zice unii, cum am făcut și eu. Să te rogi la Dumnezeu să nu existe nicio prezentare la camera de gardă într-un spital mare de urgență timp de 2 ore nu funcționează, e testat personal.

Primul lucru pe care trebuie să îl faceți când sosește un pacient este să vă lămuriți ce se întâmplă cu el. Anamneza e un instrument foarte util, dar care de multe ori este complet eliminat din arsenal din cauza fricii. Frica îți blochează gândirea, te face să accepți un diagnostic „la prima vedere” și să nu mai cauți alte răspunsuri. La fel și pregătirea insuficientă, vorba aceea „vezi ceea ce știi”. Așa că pentru început vorbește cu pacientul.

Există un protocol al anamnezei, dar cel mai probabil îl vei uita complet. Nu e nimic, întreabă-l pentru început ce îl doare, de ce a venit. După asta, încearcă să pui întrebări ajutătoare care să contureze un tablou clinic caracteristic pentru ceva. Dacă nu se conturează nimic, nu e o dramă, dar încearcă să afli cât mai multe informații de la pacient despre problema lui de sănătate.

Insist pe ideea de păstrare a calmului pentru că unii pacienți fie exagerează semnele și simptomele și încearcă să vă sugereze un diagnostic, alții sunt însoțiți de rude care vă vor spune ele clar de ce investigații și tratamente au nevoie pacienții; mintea voastră nu poate gândi decât dacă este limpede. Așa că rugați rudele să viziteze holul spitalului și pe pacient să se mai calmeze și să vă răspundă

strict la întrebări. Îmi amintesc de una din gărzile de la început când în camera de gardă a dat buzna următorul alai: o pacientă aflată în comă superficială, asistentul de pe ambulanță, fiica pacientei și medicul din unitatea de primiri urgențe.

Oau, 4 oameni speriați împotriva unui rezident nefericit și ofilit de spaimă. Fiica pacientei îmi spunea că pacienta nu s-a mai trezit din somn de dimineață, medicul din UPU îmi flutura o radiografie abdominală simplă în care „se schițau imagini hidroaerice” (*era de fapt aerocolie*) și îmi și pune un diagnostic „blitzkrieg”: pacienta a făcut un accident vascular cerebral și apoi ocluzie intestinală, așa, ca să îmi facă mie garda grea; asistentul de pe ambulanță îmi spunea că trebuie să decid repede ce fac cu pacienta fiindcă el trebuie să plece repede, fiind solicitat la alt caz. Vă dați seama cum e să îi auzi pe toți cei trei în același timp și să mai și faci pe tine de frică? Ce am făcut eu? Simplu, am luat-o la fugă pe scări și i-am turnat șefului de echipă diagnosticul împrumutat de la medicul din UPU. NICI măcar o clipă nu mi-am folosit creierul, numai mușchii de la picioare. Chirurgical a venit în camera de gardă, a vorbit cu aparținătoarea pacientei, s-a uitat la radiografie cu calm, bineînțeles că nu a văzut nicio imagine hidroaerică, și apoi s-a apropiat să consulte pacienta. Halena cu miros de mere verzi vă spune ceva? Următorul pas a fost să ceară o glicemie rapidă și surpriză! 672 mg/dl glicemia! O hiperglicemie așa de mare a dus pacienta în comă și bineînțeles că s-a instalat și o pareză intestinală care explica „imaginile hidroaerice” din imaginația mea.

Dacă Dr. House ar fi fost cu mine în camera de gardă, precis m-ar fi pocnit cu bastonul lui de lemn. Să reluăm filmul tâmpeniilor mele și să le analizăm un pic:

1. Mi s-a făcut frică. Îmi era, de fapt, încă de dinainte de a veni pacienta, dar odată ce au dat toți buzna în cameră, frica a pus complet stăpânire pe mine. Mi-a anulat toată gândirea logică și îmi dicta doar „fugi și cheamă pe cineva, nu vezi că situația te depășește?”. Din cauza fricii, am acceptat foarte ușor diagnosticul propus, fără să mă gândesc dacă e măcar adevărat sau nu.
2. Am uitat să vorbesc cu fiica pacientei, să întreb cum a ajuns în situația respectivă, dacă a avut vreo boală, dacă lua vreun



Figura 8. Cred că îmi voi aminti...

- tratament, ce să mai, să fac anamneza.
3. Despre interpretarea lucidă a radiografiei nici nu mai are sens să pomenesc,
 4. Iar despre asocierea cel puțin bizară a „AVC cu ocluzie intestinală” nu pot decât să râd acum.
 5. Mai mult decât toate acestea, când am trecut pe lângă pacientă, nici nu am sesizat halena specifică, având în vedere că era iarnă și merele verzi nu cresc în curtea spitalului.

Cinci tâmpenii mari în mai puțin de 2 minute, probabil că am stabilit un record nou în spital la capitolul prostie. Culmea, diagnosticul s-a deslușit cu ajutorul anamnezei și al unui minim examen clinic. Nici măcar nu era caz chirurgical. Era într-adevăr o urgență, dar nu chirurgicală. Toate astea puteau fi evitate cu puțină stăpânire de sine. Și cu încredere în forțele proprii. Dar pentru ca

voi să nu îmi amenințați recordul, am să vă dau niște titluri de cărți care vă vor ajuta și vă vor demonstra că lucrurile nu sunt chiar așa complicate. De fapt, puține sunt cazurile cu adevărat complicate pe care voi credeți că le-ați întâlnit.

Cărțile fac parte din **Colecția Medicului Rezident** și cu toate că au un trecut controversat în privința drepturilor de autor, eu le consider un punct foarte bun de plecare pentru o pregătire minimă în gărzi. Au și avantajul că sunt mărimi de buzunar. Așadar, cele două cărți sunt:

1. **Ghid de Urgențe în Chirurgia Generală**, Autor: Dr. Mircea Beuran, editura Scripta, 1998
2. **Ghidul Medicului de Gardă**, Autori: Dr. Mircea Beuran, Dr. Gerald Popa, editura Scripta, 1997.

Să nu credeți însă că aceste cărți țin loc de patologia vastă pe care trebuie să o citiți în timpul vostru liber. Iar în ce privește lecuirea de frică, nu vă pot dori decât să aveți curaj din start și să nu ajungeți să deveniți curajoși doar pentru că nu mai aveți pe unde vă ascunde și nu mai aveți de la cine cere sfaturi. Ar fi păcat să nu povestesc acum și revanșa mea. Într-o altă gardă la o ora târzie din noapte, primesc telefon din camera de gardă:

„Coborâți vă rog în gardă, avem o urgență venită cu Salvarea!”. Sună palpitant, nu-i așa? Mă duc buimac de oboseală și când ajung întâmpin un alt alai format din trei persoane: mama (*pacienta*), fiica (*plânsă, speriată și emoționată*) și asistenta/doctorița (?) de pe o salvare a unei clinici particulare. În timp ce pacienta stătea întinsă pe pat și se ținea cu mâna de abdomen pentru a-și calma durerea, fiica și reprezentanta de pe ambulanță încercau deja să îmi sugereze un diagnostic:

„Pacienta are febră și în urmă cu o lună a făcut o ecografie care arăta un calcul de 5,7 mm. Colecistită acută!”. „Golden Blitz” diagnostic, nu alta! Hmm... Încerc să vorbesc cu pacienta întâi și întâi. Îmi arată că are dureri în hipocondrul drept, dar nu numai, ele sunt prezente și în flancul stâng, precum și periombilical. Îmi tot spune că are febră, iar asistenta sau ce era de pe ambulanță mă

previne că are creatinina mărită (1,3 mg/dl). Oau! Ce încercă să îmi mai sugereze de data asta? Că are insuficiență renală? Mă reîntorc la pacientă și încerc să mai aflu informații. E genul de pacient care nu vorbește prea mult, iar eu încă nu eram lămurit de simptomele ei. Așa că merg mai departe și pun o serie de întrebări, generale. La întrebarea referitoare la scaun, îmi spune că

- „*Da, am avut vreo 7*”.

Bine că a păstrat secretă această informație. Deja am ceva de care să mă pot agăța. Febră și scaune numeroase. O întreb cum au fost scaunele, dacă au fost explozive sau nu, la care mi se răspunde:

- „*Vai, dar cum mă apuca, trebuia neapărat să merg la toaletă !*”.

O întreb mai departe:

- „*Miroseau mai urât decât în mod normal?*” „*Foarte urât miroseau!*”.

Din scurta noastră conversație am obținut câteva informații utile: pacienta a avut febră, scaune multiple, explozive, foarte urât mirositoare.

Îi explic acum domnișoarei de pe ambulanță că valoarea crescută a creatininei se datorează deshidratării provocate de scaunele aproape apoase. Mă privește nemulțumită. Îi explic că nu trebuie să își facă griji, este o enteroviroză provocată de un aliment consumat sau de apa dintr-o sursă infectată. Acum se atinge punctul maxim:

- „*Păi așa mi-a zis și doctorița de la boli infecțioase la care am fost în seara asta!*”.

Deja încep să mă trezesc de-a binelea și să mă și enervez în același timp. Adică pacienta a plecat în turneul ei medical la boli infecțioase, a primit un tratament antibiotic (*a luat primul comprimat la ora 23.00*), apoi s-a întors acasă și după câteva ore, nemulțumită de efectul slab, a considerat că e vorba totuși de ceva mai grav și așa a ajuns și la cămăruța noastră de gardă.

Îi prescriu o perfuzie cu antispastice, analgezice și o porție de somn. Până a doua zi dimineața era mult mai bine, dornică să plece acasă. Pot să spun că am rezolvat tot acest caz „din vorbe”. Stăpânirea de sine și calmul plus anamneza atentă au pus bazele succesului.

Am să continuu seria de povestiri din gardă cu încă două istorioare educative despre ce se întâmplă când nu faci un examen clinic corespunzător. Primul caz a fost al unui bărbat care a venit la camera de gardă foarte convins că are apendicită. Durerile intense în fosa iliacă dreaptă i se păreau suficiente pentru diagnostic. Ba chiar aş putea spune că îşi dorea să fie operat. Îl consult clinic şi la palpare observ că durerile deveneau mai intense când coboram spre regiunea inghinală. Dar, dintr-o pudicitate soră cu prostia, îmi zic „*eh, ce să fie mai jos, nu e nimic, are apendicită, asta e!*”.

Merg totuşi cu el pentru a solicita şi consultul altui coleg care a căzut şi el la rândul său în mirajul primei leziuni. Eu eram fericit că am pus un diagnostic corect, colegul la rândul lui la fel, pacientul era cel mai fericit că va fi operat de apendicită. Ce să mai, fericirea plutea în aer. Ba chiar am plusat şi am mers cu colegul să punem la sterilizare instrumentele pentru intervenţia laparoscopică ce urma să aibă loc.

Totul a fost bine şi frumos până când a venit să îl consulte şi chirurgia sef, care nu s-a ruşinat să îl pună pe pacient să îşi dea jos şi chilotul pentru a palpa regiunea inghinală. În clipa în care a palpat testicolul drept al pacientului, acesta mai avea puţin şi se urca pe pereţi de durere, mai abtirit ca Spiderman. Era o orhiepididimită acută banală. Tăcere deplină. Chirurgul tocmai ne-a distrus toată distracţia. Pacientul a trebuit să se mulţumească doar cu o reţetă dată de medicul urolog şi să aibă doar fantezii despre cum ar fi fost operat de apendicită, iar noi, „*chirurgii*”, să rămânem cu buza umflată. Râd şi acum când îmi amintesc episodul acesta.

Dar prostia şi pudoarea nejustificată nu se opresc aici. Tot în aceeaşi gardă, peste câteva ore, urma să vină şi a doua lecţie despre consultul clinic incomplet. De data asta, mă aflu în camera de gardă fără nicio ocupaţie, aşteptând să se întâmple ceva. Soseşte un tânăr (30 de ani) care se plânge de dureri cosmice la nivelul penisului. Ca un viitor urolog mă şi pregătesc pentru a pune diagnosticul vieţii mele. Îl întreb ce s-a întâmplat. Îmi povesteşte cum se plimba într-un hipermarket la cumpărături, simte nevoia să meargă la toaletă, apoi îl „*săgetează*” o durere cumplită în regiunea inghinală şi spre baza penisului. Mă gândesc iute de tot şi deja mă văd precum dr. House sau echipa CSI Miami reconstituind un diagnostic: „*pacientul*



Figura 9. Dacă tot ai venit... Ce zici?

are un calcul vezical și de îndată ce a fost la toaletă, acesta s-a inclavat la nivelul colului vezical și de acolo provin durerile acestea sfâșietoare. Asta e! Q.E.D.! Voila! Trebuie neapărat să chem urologul să îl preia!”.

Îl sun pe medicul urolog de gardă, cu care din fericire sunt prieten, așa că îl conving și mai ușor că pacientul are un calcul vezical. Îl rog să mergem la ecograf pentru a îi demonstra ce diagnostic maiestuos am pus eu.

La ecografie bineînțeles că nu se vede nici urmă de calcul în vezica urinară. Urologul îi spune să se deschidă la curea să îl consulte (*după ce s-a plictisit să mă tot asculte vorbind tâmpenii*) și de îndată ce tânărul își coboară pantalonii, diagnosticul devine evident: avea o hernie inghinală care pentru un moment a devenit strangulată, însă a fost redusă cu relativă ușurință de medic și durerile au încetat instantaneu.

Și uite așa diagnosticul putea fi pus corect doar prin inspecția regiunii inghinale, nici măcar nu trebuia să îl palpez. Încă un diagnostic ratat, încă o lecție învățată. Și așa în cursul gărzii respective am încercat să operez un pacient cu patologie urologică și să pasez la urologie un pacient cu patologie de chirurgie generală.

Viața are felul ei sadic de a se amuza pe seama mea, nu? Aceste două ultime cazuri au avut loc după etapa în care mi-am stăpânit frica, dar în care nu mi-am stăpânit răbdarea înainte de a trage niște concluzii.

Închei cu o ultimă povestire pentru că va întări și mai bine mesajul transmis anterior. Se prezintă la camera de gardă un pacient care mi-a mărturisit că nu a mai avut scaun de 5 zile. Era una din primele gărzi ale mele.

Nu mai văzusem până atunci un abdomen acut sau o ocluzie intestinală. Și ce mi-am zis în prostia mea? „*Păi dacă nu a ieșit afară de 5 zile, înseamnă ca e ceva grav, poate chiar o ocluzie intestinală*”. Nu m-am gândit să fac un banal tușeu rectal care mi-ar fi răspuns imediat la întrebare prin găsirea fecaloamelor din ampula rectală. Nu, am preferat să dezvolt tot felul de teorii despre ocluzia intestinală, deși starea pacientului era bună de altfel.

Până la urmă mi-a dat indiciul salvator un coleg și astfel am sfârșit prin a face prima mea operație din cariera de chirurg: o fecalomectomie...

Chiar dacă mai faceți prostii, nu fiți prea duri cu voi. Învățați din ele și promiteți-vă că în viitor veți fi din ce în ce mai buni. E nevoie de timp pentru a învăța și a crește. Aveți răbdare.

A doua parte importantă a activității din camera de gardă se adresează micilor intervenții chirurgicale: toaleta și sutura unei plăgi (*dacă au trecut mai mult de 6 ore de la deschiderea plăgii nu vă aruncați la cusut*), extragerea unei unghii încarnate, incizarea unei hidrosadenite, excizia unui chist sebaceu. În ce privește plăgile mai mari, efectuați o anestezie locală corespunzătoare cu xilina 1%. Nu uitați să întrebați pacientul înainte dacă este alergic la xilină.

Nu fiți superficiali în ce privește toaleta plăgii, căutați să pătrundeți cât mai profund și să o explorați cât mai bine. După ce ați terminat, asigurați-vă că pacientul are vaccinul antitetanos făcut (*în urmă cu 6 luni*), dacă nu, administrați-i o doză în camera de gardă. Plăgile tăiate ale mâinii țin de specialitatea chirurgie plastică, așa că, spre binele pacientului, realizați în aceste cazuri o toaletă corespunzătoare, urmată de hemostază și apoi trimiteți-l la cel mai apropiat spital cu un serviciu de chirurgie plastică. Pentru a realiza aceste mici manevre chirurgicale aveți nevoie de ajutorul colegilor mai mari; ne reîntoarcem la ceea ce vorbeam la început despre importanța echipei care să te poată ajuta sau nu.

Dacă nu ți se arată și nu ți se explică felul în care trebuie făcut corect și dacă nu ești lăsat să faci ceva chiar și sub supraveghere, atunci vei rămâne restanțier la capitolul „*mica chirurgie*”.

Capcana rutinei

După o perioadă de timp în care veți înțelege cum decurg lucrurile și veți intra și voi în ritmul vieții de spital, veți începe să țineți în frâie activitățile zilnice. Cazurile încep să se repete, medicația pacienților la fel, rutina pansatului nu se va schimba nici ea, iar voi aveți impresia că „*începeți să va descurcați*” și că sunteți pe drumul spre tronul de aur al chirurgiei.

Desigur, pe de o parte e adevărat, începeți să căpătați niște aptitudini chirurgicale, cât și organizatorice, dar există riscul să vă

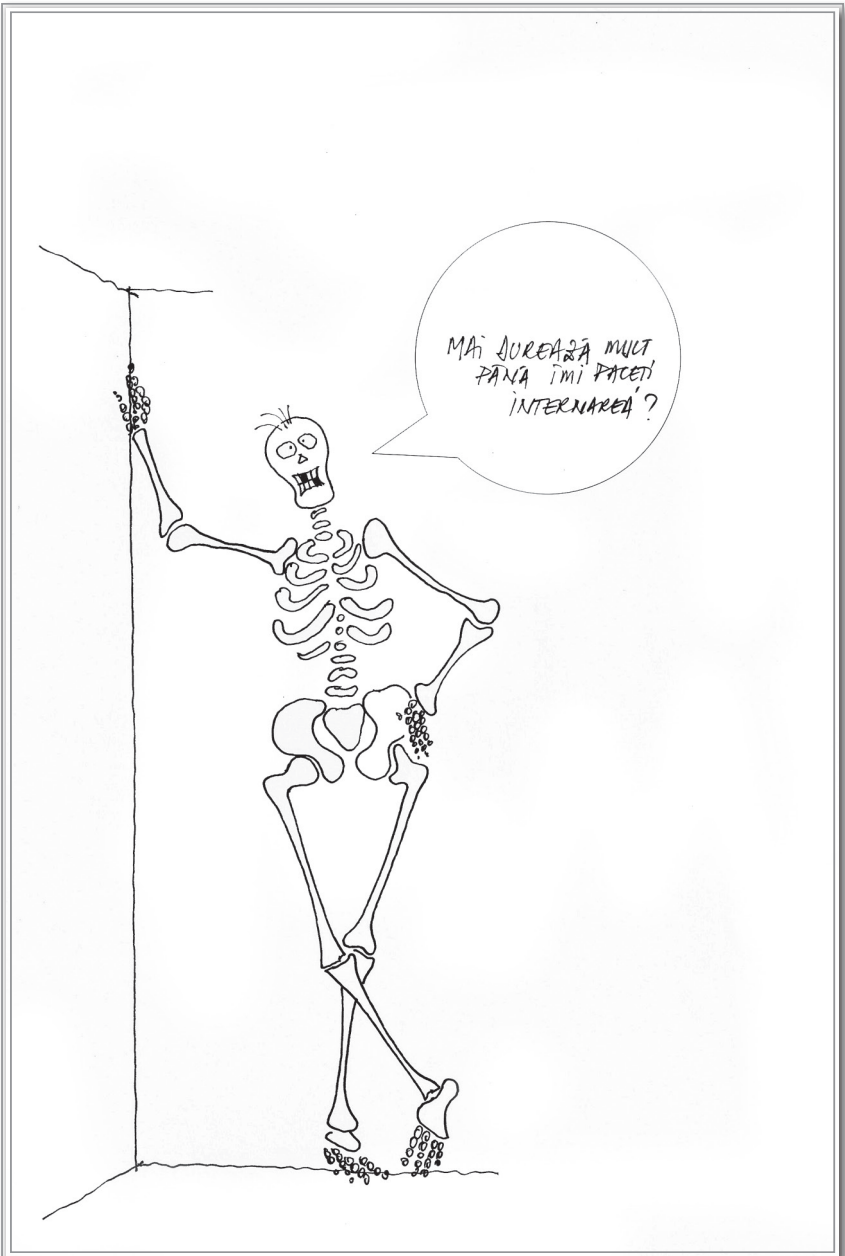


Figura 10. Și internarea mea?!

Tips & Tricks

Pentru a putea să faceți ceva practic, trebuie mai întâi să știți, adică să citiți. Timpul e scurt, dar voi puteți fi șmecheri și să îl păcăliți:

- luați-vă la voi cărți de mărime „pocket size” pe care să le citiți cu ușurință în lungul drum cu tramvaiul/autobuzul până la spital. Dacă vreți să citiți un tratat mai mare, printați din acesta câteva pagini A4 pentru drum. Dacă sunteți cu adevărat fanatici, rupeți-le din tratat, citiți-le și apoi repetați gestul până terminați cartea.

- dacă dimineța sunteți morocănoși și nu vă arde de raționamente fine, puteți apela cu încredere la testele MCQ. Au marele avantaj că oferă argumentația răspunsului. Chiar dacă sunteți adormiți, după primele răspunsuri greșite vă veți trezi destul de rapid. Sunt o modalitate bună de a învăța „din mers” câte ceva și mai ales de a vă menține atent vizavi de siguranța voastră în evoluția profesională.

- există și audiobooks, nu uitați! Dacă ochii vă sunt încețoșați dimineța, puteți folosi oricând o carte audio. Cel mai bun exemplu este Surgical Recall, 4e - Print & Audio Package, Ed. Lippincott Williams & Wilkins.

- despre smartphone-uri și tablete care citesc formatul pdf în care se pot găsi numeroase materiale valoroase nici nu mai are sens să amintesc. Singura grijă este să nu vi-l fure cineva, depinde de mijlocul de transport în comun cu care circulați.

scape ceva din vedere: **autosuficiența**. Te-ai descurcat bine ziua la spital, nimeni nu a mai țipat la tine, ba poate chiar ai primit și vreo laudă de la un coleg sau pacient, ce să mai, ziua a fost bună și tu ești mulțumit de tine.

Ajunghi acasă și nu mai ai chef de nimic, considerând că „*lasă, mă, ce să mă învețe pe mine patologia, când eu mă descurc practic. Oricum, la noi medicina are alte reguli decât la americani sau în alte țări. Mai stau acum să pierd timpul și cu toate tâmpeniile astea*”. Mai tragic este că ai dreptate, a doua zi te duci la spital și cu cât ai învățat „*la fața locului*” te descurci bine în continuare.

Nici nu mai pun la socoteală oboseala acumulată, diferite chestiuni casnice de rezolvat, necesare de altfel, și avem deja o serie de motive pentru care după programul de lucru nu mai apuci să mai

citești nimic. Să mergi în fugă la un congres sau la un workshop într-o încercare eroică de a recupera timpul pierdut este o măsură inutilă per total. Cu o floare nu se va face primăvară în blocul operator.

De-a lungul lunilor și poate al anilor, mirajul acesta al „descurcărelii” te va conduce spre drumul mediocrității și al eșecului personal. Eu m-am trezit dus de nas în acest miraj și timp de două luni nu am reușit să mișc nicio pagină din vreo carte de chirurgie, chit că aș fi citit tehnici banale, principii generale, articole noi, ORICE. Pur și simplu am lăsat timpul să treacă în zadar.

Mi-am amintit de începutul stagiului când de frică citeam cât de mult puteam în ce privește tehnicile chirurgicale, patologia, chiar dacă poate nu înțelegeam fraze întregi din anumite capitole. Când mă aflam oare pe calea cea bună?

Dacă vrei să vă treziți dur de tot la realitate, candidați pentru o bursă de studiu. Când o să vedeți cum veți fi măturat de alți contracandidați, veți mai fi atât de siguri de „descurcăreală”? Posibilitățile sunt multe, dar trebuie să vă doriți să le puneți și în practică.

Când ai o slujbă și când ai o carieră?

Să fim lămurii: slujba nu este același lucru cu cariera. Poate mulți nu mă înțeleg, dar despre această diferență am să vă și vorbesc în continuare.

Semnele că ai o slujbă sunt următoarele:

1. *Ziua de lucru ți se pare foarte lungă. La finalul programului vei dori ca ziua următoare de muncă să nu mai vină.*
2. *Te trezești mergând fără vreo țintă pe holurile spitalului, întrebându-te: „Ce dracu’ fac eu aici de fapt?”.*
3. *Îți este groază când auzi că trebuie să intri în sala de operație.*
4. *Gărzile ți se par interminabile și tot ceea ce poți gândi este cum să faci să pleci acasă mai repede.*
5. *Când începe ziua de luni, deja te și gândești la weekend.*
6. *Când te apuci să tai din calendar zilele rămase până la vacanță.*
7. *Când nu faci nimic să îmbunătățești toate cele de mai sus, ba chiar te gândești cum să pleci... cât mai repede spre casă.*

Semnele că ai o carieră în față sunt următoarele:

1. *Muncești cu drag în ciuda problemelor organizatorice.*
2. *Când intri în sala de operație uiți de ceas și te concentrezi doar la ce faci.*
3. *Îți faci timp să citești pentru a lămuri aspectele neclare din operații, cele legate de diagnostic etc.*
4. *Când citești această carte. Glumesc. Răspunsul este: când citești orice carte care ajută la evoluția ta profesională.*

Încercați să vă lămuriți dacă ceea ce faceți acum este o altă zi la slujbă sau o treaptă din cariera voastră. Nu lăsați lucrurile să meargă la voia întâmplării fiindcă nu vă vor duce nicăieri.

PARTEA a II-a

CAPITOLUL IV

5 ani mai târziu

Bine v-am regăsit în 2014!

Mi-au luat aproape 5 ani să scriu și această parte. De fapt, să fiu sincer, la un moment dat am și uitat că am scris prima parte, o mai împărțeam prietenilor pentru a le face o impresie bună despre mine. Au fost 5 ani în care am parcurs etapele pregătirii în urologie ca medic rezident, încercând să storc tot ce pot din ce îmi oferă sistemul medical românesc.

Ce am realizat în tot acest timp? În ordinea importanței, am urmat două fellowship-uri (*unul de laparoscopie urologică într-una din cele mai prestigioase clinici din acest domeniu din Europa și al doilea învățând bazele chirurgiei endoscopice percutanate într-o clinică universitară din Turcia*), am luat parte la două cursuri educaționale importante (*EUREP - European Urological Residents Educational Programme și USANZ - Urological Society of Australia and New Zealand - Trainee Week*).

Am parcurs 6 workshop-uri de chirurgie laparoscopică (*două de laparoscopie generală și 4 de laparoscopie urologică, la ultimul dintre ele am avut rolul de trainer pentru colegii aflați la început*), 3 workshop-uri de endourologie, 8 lucrări la congrese naționale de urologie (*5 lucrări ca autor principal, una din ele premiată la o secțiune specială dedicată medicilor rezidenți*), 11 lucrări la congrese internaționale (*8 lucrări ca autor principal*), 5 articole de specialitate în reviste de referință (*coautor*).

Nu, nu am enumerat toate aceste lucruri pentru a mă lăuda, vreau doar să subliniez că m-am străduit să storc tot ce am putut din acești ani de rezidențiat și să pun cât mai multe cărămizi la viitoarea carieră de medic urolog. Să fim înțeleși, tot ce am enumerat nu

le consider realizări mărețe, ci lucruri obligatorii pe care trebuie să le facă orice medic rezident care își tratează cariera cu simț de răspundere. Și întrucât ați cumpărat și citit cartea până la momentul acesta, sunt convins că vă pasă de cariera voastră.

Am avut oportunitatea de a călători mult în acești ani, de a intra în contact cu multe persoane din medicina europeană și nu numai și de a învăța multe de la acestea. Informațiile culese vi le voi prezenta și vouă în această parte a cărții întrucât sunt convins că vă vor fi de folos.

Această parte este dedicată managementului carierei voastre, atât de medici rezidenți, cât și de viitori medici specialiști și viitoare (vă doresc) nume sonore în medicină, fiecare în specialitatea aleasă. Există o vorbă care spune că înainte de a te cățăra pe scara succesului trebuie să te asiguri că este sprijinită pe clădirea potrivită. Ei bine, cam asta este scopul următoarelor zeci de pagini, să ofere informațiile despre domeniul în care vei urma să muncești și care, vrând-nevrând, îți va influența viața.

Dacă vrei să ai succes, trebuie să știi ce te așteaptă și să te pregătești într-un fel sau în altul. S-ar putea ca unele pagini să conțină informații aride, plictisitoare despre sistemul de sănătate românesc, însă e obligația fiecăruia să ne cunoaștem cât mai bine domeniul în care vom lucra, nu doar din perspectiva frumoasă a patologiei și tratamentelor, cât și a modului de funcționare, administrativ și economic.

Fii sincer cu tine!

Ți-ai pus întrebarea „ce vrei să realizezi în viață?”. Pe mine, cel puțin, mă întrebau părinții încă de la vreo 5 ani acest lucru și mă enerva că niciodată nu știam să le dau un răspuns. Pentru ai mei era totuși greu de crezut că un copil de 5 ani nu are un plan de viață pus la punct în cele mai mici detalii, oare cum de se putea una ca asta?

Serios vorbind acum, cei mai mulți oameni tineri, activi profesional, vă vor spune că pentru ei succesul înseamnă cel mai probabil să obțină mulți bani, faimă, sau ambele. Peste 90% din tinerii de liceu vor răspunde că vor ca în viitorul lor profesional să facă bani, rapid, fără să învețe prea multe. Așa se întâmplă când

televizorul ia locul părinților în educație. Alți tineri au și alte variante de răspuns prin care definesc succesul: satisfacție personală, urmărirea unei pasiuni, monetizarea ei etc.

În cazul tău, odată ajuns rezident nu cred că e cazul să te întreb dacă vrei să devii medic, însă trebuie să îți conturezi mai clar obiectivul pe măsură ce vei avansa în anii de rezidențiat, pe măsură ce te vei lămuri asupra specialității tale cât și, de ce nu?, asupra vieții tale. Am avut câteva colege de facultate foarte istețe care își doreau să facă Chirurgie Generală, însă după ce au pus în balanță și dorințele personale, precum o viață de familie reușită care să includă și unul sau doi copii, cât și timpul necesar creșterii acestora, au optat în cele din urmă pentru o specialitate care să le permită un orar mai flexibil, cu mai puține gărzi și mai puține ore de petrecut în spital. Am toată aprecierea pentru că au știut ce au dorit și astfel au făcut alegerea cu ușurință.

Ești șeful propriei companii

Știu, aparent lucrezi mereu pentru cineva: pentru șeful tău, pentru spitalul la care îți desfășori stagiul, pentru spitalul plătitor, pentru sistemul de sănătate românesc. Greșit! Nu uita că înainte de oricine lucrezi pentru tine.

Pentru a învăța și pentru a deveni mai bun, mai capabil și, în final, mai valoros (financiar și profesional). Imaginează-ți că persoana ta este o companie, iar tu ești șeful ei: tu decizi modul de conducere, direcția în care vrei să mergi, parteneriatele, promovarea etc. Și în final, tu ești cel care va conduce compania spre succes sau eșec. Ești propriul tău șef!

Oricare ar fi planurile tale legate de carieră și de specialitatea aleasă, asigură-te că ele reprezintă obiectivele tale personale și nu sunt induse de cei din jur (familie, prieteni, chiar și societate, care divinizează anumite specialități medicale și tratează cu indiferență altele). Am auzit cu toții că este bine să faci ce îți place, să îți urmezi pasiunea și cred că așa este cel mai bine.

Cu mențiunea că doar pasiunea, fără efortul muncii (uneori deloc plăcută), nu te va duce departe. Atunci când faci ceea ce îți dorești tu în sinea ta ai mai multe șanse să rămâi fidel planului în momentele

grele decât atunci când trăiești visul altcuiva. Îmi amintesc și acum presiunile celor din jur: „fă-te ginecolog, se câștigă bine”.

Nici măcar nu erau medici sau să aibă vreo legătură cu sistemul medical, în schimb îmi dădeau sfaturi! Suntem români și asta ne dă dreptul să ne pricepem la toate, inclusiv la medicină, așa că sfaturile se dau cu ușurință. Ascultă doar sursele certificate, adică acei oameni care măcar au făcut facultatea de medicină și au profesat. Documentează-te la fel de intens ca atunci când cauți cel mai bun preț la telefonul sau tableta pe care ai de gând să o cumperi, mai ales că în carieră faci un contract pe termen lung.

Câteva aspecte importante de considerat aunci când alegi specialitatea medicală/chirurgicală:

1. Înțelege-ți tipul de personalitate

Există o legătură destul de strânsă între personalitatea ta și comportamentul profesional. Sunt patru tipuri mari de personalități: colericul, sangvinicul, flegmaticul și melancolicul. Primele două tipuri de personalitate sunt mai frecvent întâlnite în specialitățile chirurgicale. Sangvinicul, de exemplu, are o mare rezistență în activitatea de muncă în sensul nu al unei robusteți fizice deosebite, ci al rezistenței față de fenomenul de oboseală.

Reacțiile persoanelor aparținând acestui temperament sunt rapide și adecvate stimulilor, semnalelor venite din mediu sau de la echipamentul tehnic, având o bună adaptabilitate și stăpânire de sine. Sangvinicul acționează prompt pentru găsirea de soluții, pentru depășirea dificultăților și învingerea obstacolelor, dar măsurile luate de el în acest sens au adesea un caracter de moment, nu sunt de durată și profunzime.

Tocmai de aceea și cartea asta am scris-o în salturi și nu am reușit să muncesc la ea în mod constant, pe termen lung. Pe de altă parte, tipul de personalitate flegmatică are și el o mare rezistență în activități, însă întregul său comportament este dominat de inerție. Aceasta face ca atât startul, cât și sfârșitul activității să aibă o latență foarte mare.

Reacțiile lui sunt lente, însă adecvate. Înclinat spre meditație, spirit analitic și înzestrat cu multă răbdare, flegmaticului i se pot încredința lucrări de anvergură, care se pot realiza în tempoul propriu și nu presat de termene scurte. Ideal pentru cei care vor să urmeze o carieră în cercetare, de exemplu, dar și în specialitățile clinice care sunt mai puțin spectaculoase la suprafață, însă necesită o înțelegere profundă și studiu îndelungat.

Pentru mai multe amănunte, îți recomand lectura „Psychological Types” de C.G. Jung. Sunt prezentate acolo mai multe tipuri de personalități și comportamentul lor profesional: Ambițiosul, Conformistul, Dependental, Profesionistul, Omul companiei, Analistul, Tehnicianul, Omul de echipă, Businessman-ul. Tu care ești?

2. **Dependența de tehnologie**

Specialitatea pe care o urmezi necesită ajutorul unei tehnologii avansate, care nu se poate realiza decât în spitalele mari, dotări importante? Acesta e un factor esențial de luat în calcul, întrucât vei fi mereu legat de un astfel de centru pentru a-ți face meseria. De exemplu, chirurgia cardiovasculară, neurochirurgia sau chirurgia toracică sunt extrem de greu privatizabile și nu le vei putea învăța și practica decât în centrele mari, de excelență. La polul opus, există specialități care pot funcționa foarte bine doar în regim de cabinet privat, precum dermatologia sau psihiatria, cât și multe din specialitățile medicale.

Chiar și așa, atenție! În mediul privat veți întâlni în 90% cazuri ușoare, care vin „pe picioare” și care nu vor constitui o provocare profesională. Lucrând exclusiv în mediul privat veți pierde din cazuistică urgențele și apoi cazurile complexe care necesită o echipă multidisciplinară, investigații speciale (cu aparatură care nu este cumpărată de centrele private întrucât nu este rentabilă). Nici nu pomenesc de strategia de marketing a clinicilor private care, asta este adevărul, trebuie să urmărească profitul înaintea medicinei ca să poată exista ca afaceri.

3. Cât timp vrei să investești în treaba asta?

Este aceeași regulă care se aplică și în business, când începi o afacere pe cont propriu și vei munci mai mult decât dacă ești angajat undeva cu program 8.00-16.00. Trebuie să investești timp în punerea ei pe picioare, în cazul tău asta însemnând să vezi cazuistica, să înveți și în paralel să începi să practici, pas cu pas.

Fă un exercițiu de imaginație și gândește-te ce activitate medicală ai vrea să desfășori încât să nu te mai intereseze ceasul, venirea weekend-ului, începutul de săptămână și, în general, tot felul de scuze pentru a opri munca. Încearcă să vizualizezi ce contează cel mai mult pentru tine: vineri seară să mergi la teatru sau la un spectacol sau pur și simplu să lenevești pe canapea sau să lucrezi în spital/clinică? E important să fii sincer cu tine, fiindcă dacă te vei implica într-o specialitate care îți consumă timpul, deși nu ești dispus să îl oferi, atunci o să pari în ochii colegilor, cât și ai pacienților un personaj neresios. Și nu cred că îți dorești asta.

4. Care sunt perspectivele de viitor cu specialitatea aleasă?

Întrucât există o neconcordanță între numărul de locuri pentru specializare scoase la concursul de rezidențiat și nevoia reală la nivelul țării, există o șansă mare să te trezești că nu vei avea unde să profesezi la finalul rezidențiatului. Mă refer evident la sistemul spitalicesc de stat.

Asta nu înseamnă să alegi specialitatea doar după criteriul acesta, însă e important să știi acest amănunt întrucât îți poți direcționa traiectoria profesională încă din rezidențiat (cel mai frecvent învățând o limbă străină în cazul în care nu știi nici una) și pregătirea pentru căutarea unei slujbe în afara țării pentru a profesa la terminarea rezidențiatului.

Ulterior, te poți reîntoarce atunci când vor fi posturi disponibile, dacă îți dorești acest lucru, dar între timp trebuie să profesezi. Sau dacă sunt posturi disponibile într-un alt oraș decât cel în care locuiești, trăiești, trebuie să te pui

de acord cu tine însuși cât de dispus ești să mergi să lucrezi în alt oraș. În același timp, interesează-te de condițiile din clinica respectivă. Un post vacant nu înseamnă în general și condiții grozave. La întrebarea de mai sus e bine să ajungi după ce te lămurești ce specialitate îți dorești să urmezi, nu invers, repet.

În cazul specialității mele, Urologie, știu că în țară sunt înregistrați 500 de urologi. Mai are sens să mă întreb dacă au cu toții posturi în sistemul de stat? Evident că nu. Paradoxal, sunt spitale județene care au posturi vacante în specialitatea mea (în Slatina, Vaslui, Călărași). Lipsa dotărilor le face să fie evitate.

- 5. Citește raportul OMS** - dacă ești într-o pană completă de inspirație, citește ultimul raport al Organizației Mondiale a Sănătății (<http://www.who.int/publications/en/>). Îți va oferi o viziune globală asupra problemelor de sănătate la ora actuală. De exemplu, în țările civilizate (hai să fiu darnic și să pun și România între ele) speranța de viață crește, populația vârstnică este mai numeroasă și astfel va fi o patologie crescută - permițând dezvoltarea unor ramuri medicale precum Geriatria sau apariția unor noi sub-specialități chirurgicale (de exemplu, chirurgia metabolică pentru obezitate, care capătă proporții endemice).

Creșterea numărului de cazuri oncologice, precum și lipsa programelor de prevenție, cât și a medicilor din zonele rurale duc (din nefericire) la un număr crescut de cazuri depășite chirurgical pentru care îngrijirile paliative devin ultima redută. La noi în țară această ramură este slab dezvoltată, poate viitorul va aduce schimbări în bine. Dar schimbările vin de la oameni interesați să găsească o soluție.

- 6. Dacă ai impresia că ai găsit deja o specialitate care îți place, încearcă să te documentezi cât mai mult despre ea încă din facultate.**

Caută să faci stagiile de vară în spitalele care au specialitatea dorită de tine, caută să înveți de la medicii

respectivi atât cât poți, pune întrebări mereu despre tot ce vrei să știi, chiar și întrebări care nu sunt legate strict de actul medical („se poate face meseria asta și în privat, în ce măsură? Este căutată în afara țării?” etc.). Cel care nu caută răspunsuri nici nu le va găsi. Și menține-te mereu informat asupra domeniului de interes din cât mai multe surse: reviste medicale, site-uri de profil, forumuri de internet, zvonuri, orice. Cu cât ai mai multe informații, cu atât îți vei forma o imagine de ansamblu cât mai fidelă a realității și, ulterior, vei înțelege mai bine ce ai de făcut.

Nu știi dacă ai observat până la momentul ăsta, dar la criterii nu am trecut nicăieri banii, mergând pe recomandarea clasică „fă specialitatea cutare că se câștigă bine!”. Alege ceea ce te pasionează, ceea ce te vezi făcând cât mai lejer, alege specialitatea care te face să te simți în elementul tău.

Cum am făcut eu alegerea specialității pentru rezidențiat?

Pentru început, nu cred că un absolvent de medicină poate face o singură specialitate bine și pe restul prost, suntem cu toții oameni deștepți și capabili. Desigur, asta nu înseamnă că le puteți face pe toate la fel de bine, dar vor fi câteva specialități spre care aveți o înclinație aparte.

În cazul meu, știam sigur că îmi doresc o specialitate chirurgicală. Știu că sunt un om cu răbdare destul de limitată și îmi plac rezultatele spectaculoase și cât se poate de rapide. Am înțeles acest lucru la mine și am realizat că nu pot avea aceste lucruri decât într-o specialitate chirurgicală. Și nu vă luați după cei care spun „în chirurgie se câștigă bine, fă-te chirurg!”.

Vremurile se schimbă și în cele din urmă România va trebui, cu chiu, cu vai, să intre în rândul țărilor mai puțin corupte, iar fenomenul plăților informale se va reduce, poate chiar va fi stopat. Știu, pare greu de crezut, dar nu este imposibil. După cum vedeți la televizor în ultima vreme s-au întocmit destule dosare penale. Vom discuta și aspectul ăsta puțin mai târziu.

De asemenea, nu faceți alegerea specialității doar pentru că oamenii o văd într-o lumină mai bună decât altă specialitate în care interesul vostru este mai crescut. Pe termen lung voi sunteți cei care se vor chinui sau vor avea satisfacții, nu oamenii care își spun o părere dezinteresată, din mers, și apoi se întorc la preocupările și grijile personale.

Așadar, am făcut prima selecție, am ales chirurgia. Îmi doream să fac Chirurgie Generală. În urma examenului de rezidențiat, cu punctajul obținut puteam alege între Ortopedie, Chirurgie Generală, ORL, Urologie și alte câteva specialități chirurgicale față de care eu personal nu aveam niciun interes (Chirurgie Vasculară, Chirurgie Toracică).

Deși îmi doream Chirurgie Generală, am ales Urologia întrucât pe lângă partea de chirurgie deschisă (atât intervenții importante precum nefrectomii, prostatectomii, cistectomii, cât și intervenții mici), există și chirurgia endoscopică, laparoscopică, plus patologia „de cabinet” care îți permite să muncești și cu mai puține resurse tehnice. Ai mai multe domenii de perfecționare de ales, iar diversitatea a fost mereu pe placul meu.

Așa am gândit la momentul respectiv și nu pot să spun că regret alegerea făcută.

Oricum aș fi ales între cele patru specialități chirurgicale enumerate mai sus, tot aș fi căutat să muncesc și să fac tot ce pot mai bine în rezidențiat pentru a obține cât mai mult profesional vorbind (adică învățând și făcând), fiindcă e datoria ta să îți tratezi cariera cu seriozitate. În fond, dacă ție nu îți pasă, atunci cui vrei să îi pese? Toți te aprobă când ai succes, toți aruncă vina pe tine când îți merge prost.

Cu excepția câtorva oameni din jur, care te vor iubi și susține mereu, restul sunt puțin relevanți. Și aici un mic sfat: nu deveniți fanatici în privința carierei, niciun succes din viața profesională nu va compensa o pierdere în viața personală (o relație proastă cu părinții, un eșec în mariaj, un copil care vă vede din an în paște pe acasă etc.).

După admiterea în rezidențiat, cum îți alegi clinica?

Fiecare dintre voi se va interesa pe forumurile online încă de când ia specialitatea care sunt clinicile în care își poate efectua stagiul și deja începe să își facă diverse calcule în funcție de câți colegi are în față ca punctaj și care vor alege primii, ce clinică vor alege, dacă vor putea schimba ulterior centrul de pregătire și tot așa.

Ceea ce vă interesează pe voi în mod direct trebuie să fie gradul de implicare a clinicii în pregătirea rezidenților. „*Sunt lăsați rezidenții să facă ceva?*” și „*Ai ce să înveți în clinica respectivă?*” sunt singurele întrebări la care trebuie să găsești răspunsuri.

Nu faptul că ar fi cool să fii rezident în centrul respectiv sau pentru că este aproape de casă etc. Fiecare zi care trece pentru tine poate însemna ceva nou învățat sau un gest chirurgical însușit, perfecționat. Sau poate să însemne doar timp pierdut. Dacă după o perioadă de timp petrecut în centrul respectiv așteptările tale nu sunt împlinite, atunci cuvântul magic pentru a rezolva problema este: **SCHIMBĂ**. Schimbă echipa cu care lucrezi, schimbă clinica, schimbă chiar și specialitatea dacă simți că ești nefericit și nu îți place ce faci. Sau dacă îți place specialitatea, dar nu sistemul... schimbă sistemul. Cei mai mulți fac asta plecând din țară. Orice ar fi, nu te bloca într-o poziție în care nu faci nimic și îți vine să te arunci de la balcon (mai ales dacă locuiești la parter). Nu mi-aș permite să dau acest sfat dacă și eu la rândul meu nu aș fi făcut asta.

Am renunțat la colaborarea cu medicul la care am fost repartizat în cadrul clinicii mele de urologie (nu a fost nimic personal, dumnealui e chiar un om deosebit) datorită faptului că simțeam că nu învăț prea multe lucruri și, în consecință, nu evoluez. Poate am fost eu nerăbdător, dar cu siguranță schimbarea aceasta a adus pentru mine oportunitatea de a continua munca în chirurgia laparoscopică începută în anul I de rezidențiat cu un alt medic care avea aceeași pasiune și pe termen lung și de a „umple” CV-ul cu toate acele lucrări, articole și fellowship-uri despre care menționez la începutul cărții.

Toate au venit în mod firesc, constant. Repet: dacă vouă nu vă pasă de carieră și de viața voastră, atunci cui vreți să îi pese? Credeți

că șeful de secție are insomnii din cauza lipsei voastre de traiectorie profesională? Și dacă după schimbarea mea inițială lucrurile ar fi mers prost, ce aș mai fi făcut? Am luat la un moment dat foarte în serios să schimb și specialitatea, să migrez către Chirurgie Generală, mai ales că devenisem „de-al lor” după stagiul anterior de 8 luni. Să rămâi într-o inerție dăunătoare este cel mai rău lucru care ți se poate întâmpla în acești ani de formare profesională. Al doilea lucru grav este să te minți singur că ești pe drumul cel bun. Dar vom discuta și despre aspectele acestea în amănunt la capitolul dedicat monitorizării evoluției profesionale.

CAPITOLUL V

Subiectul tabu nr. 1 - Banii și Medicina

Banii reprezintă un subiect despre care aș putea vorbi destul încât să scriu o carte doar pe tema asta. Subiectul banilor este un subiect de care toată lumea se ferește să vorbească, însă vrând-nevrând toată lumea îl are în vedere. Se poate vorbi din multe unghiuri, însă voi încerca o abordare cât mai practică.

Pentru început vreau să înțelegi că în medicină banii vin târziu comparativ cu alte meserii. Facultatea durează 6 ani, timp în care foștii colegi de liceu termină cu 2-3 ani mai devreme facultatea și pot începe cariera în meseriile alese, lăsând la o parte faptul că majoritatea dintre ei își pot găsi de lucru încă din timpul facultății în domeniul în care vor să activeze. Asta înseamnă că vor începe să câștige bani mult mai devreme decât viitorii medici și, de ce nu?, să și economisească. După terminarea celor 6 ani de facultate urmează un rezidențiat în care salariul obținut începe de la 800 RON și în funcție de specialitate crește până la un maximum de 1.600 RON (adică insuficient) și nici nu se modifică pe parcursul acestor ani. Excepție fac câteva specialități cu sporuri de 100%, precum Anatomie Patologică și Medicină Legală. Însă nu ne facem cu toții anatomopatologi doar de dragul salariului.

Cu cât specialitatea în care te afli durează mai mulți ani, cu atât vei stagna mai mult pe acest venit. Vei începe să câștigi și să economisești (dacă poți) banii la o vârstă înaintată, vârstă la care ceilalți vor avea deja un avans considerabil financiar. Singura sursă la care visează în secret mulți sunt plățile informale (adică

șpăgile), cu ajutorul cărora să poată ține pasul măcar cu cheltuielile obișnuite. Pe lângă salariile mici care abia acoperă (sau nu) costurile de trai, costurile legate de pregătirea medicală continuă nu sunt deloc de neglijat, începând cu costul cărților de specialitate (diferite tratate sau cărți cu informații actuale, abonamente la diferite reviste de specialitate, taxa de membru în diferite asociații medicale etc.) și terminând cu călătoria la congresul anual internațional al specialității în care vă aflați.

Și da, să nu uităm că ne pregătim din nou de recesiune. Nu vreau să vă sperii, vreau doar să înțelegeți ce vă așteaptă în față. Și spun toate astea în special pentru cei care își doresc să devină independenți financiar cât mai repede și să scape de banii primiți de la familie. Ei se vor consuma nervos cel mai mult din cauza banilor în toți acești ani. În cazul în care au un frate care practică o altă meserie și acesta este independent financiar, acesta va fi tratat (subtil sau nu) cu mai mult respect de către părinți, față de fratele medic care așteaptă următoarea infuzie de capital în micuța sa afacere medicală („Mamă, te rog, dă-mi și mie bani pentru taxa de congres, măcar cu împrumut”).

Am spus-o într-un mod delicat, nu? Pentru cei mai naivi dintre cei care citesc această carte, le voi recomanda o lectură intensivă despre bani, venituri, cheltuieli și planuri de viață legate de bani: *The Millionaire Next Door: The Surprising Secrets of America's Wealthy* (Thomas J. Stanley, William D. Danko). Se vorbește mult în această carte despre relația medicilor cu banii. Dacă faceți excepție de faptul că este raportată la veniturile și stilul de viață al medicilor din SUA, principiile de management al banilor sunt perfect valabile și în ziua și societatea noastră de azi.

Dar să trecem la cifre exacte:

În revista „**Viața Medicală**” (nr. 26 din 28.06.2013) se prezintă situația veniturilor medicilor din România într-un articol intitulat „*Ce venituri au medicii din România*”, semnat de dl. Dan Dumitru Mihalache. Evident că la baza piramidei se află medicii rezidenți, al căror venit este de 60 de ori (!) mai mic decât al unor medici aflați în vârful piramidei respective.

Mă rog, articolul își propune să arate extremele salarizării din sistemul de sănătate; nu mi se pare exagerat că sunt medici care

câștigă aproximativ 12.000 de euro pe lună atâta timp cât merită acest lucru, însă faptul că salariul unui rezident începe de la 700 RON este totuși ceva uluitor! (pentru mai multe amănunte accesați <http://www.hotnews.ro/stiri-esential-15109995-piramida-veniturilor-medicilor-din-romania.htm>, publicat la 2 iulie 2013, accesat august 2014).

În articolul respectiv, dna dr. Clara Matei, directorul Asociației Medicilor Rezidenți din România, menționează că veniturile pornesc de undeva de la 700-800 lei pe lună și cresc cam cu 100 lei în fiecare an. Desigur, în funcție de specializare, mai pot exista și anumite sporuri: medicii rezidenți de medicină de urgență primesc un spor de 100%, la fel și cei de pe chirurgie și ATI au un spor de 15%, cei de la boli infecțioase de 50%, cei de la Medicină Legală și Anatomie Patologică tot un spor de 100%.

Eu îmi amintesc că la începutul rezidențiatului (2009), în stagiul de Chirurgie Generală, am primit primul salariu de 950 RON (*net sau „în mână”, cum se spune*). Gărzile, deși făceam în medie 3 pe lună, nu erau plătite. Plătutul gărzilor era o decizie care ținea de fondurile spitalului, așa că în primul spital în care am lucrat ca medic rezident nu erau plătiți decât rezidenții de an mare (*mai exact cei din specialitatea Chirurgie Generală, cei de anul I fiind probabil „outsideri”*).

În fine, eram prea entuziasmat atunci să îmi pese de asta, mai ales că am înțeles de mult timp că nu voi câștiga bani în medicină așa, peste noapte. În anul II de rezidențiat (2010) am „beneficiat” de reducerea salarială de 25% datorată crizei, dar și a gestionării teribil de proaste a banilor din Sănătate, așa că am avut salariul de 750 RON (*la 28 de ani, eu câștigam 750 RON pe lună, nu vreți să râdem împreună la gluma asta?*) timp de mai multe luni până când am ajuns în specialitatea mea, chirurgicală, și am primit sporul de specialitate plus cel de radiații (*în urologie se folosesc frecvent razele X, în special în anumite intervenții endoscopice precum nefrolitotomia percutanată, montarea stenturilor ureterale, ureteroscopii etc.*).

Gărzile, tot în medie de 3 pe lună, au fost mereu din partea casei, adică neplătite. Sunt cel mai prost om de afaceri pe care l-ați întâlnit sau nu? Din momentul ăla nici nu mi-a mai păsat de bani întrucât cu cât mă gândeam mai mult la venituri, cu atât îmi doream să nu mai

fac nicio medicină și să nu mai vin nici măcar la spital. E o atitudine periculoasă. Undeva spre finalul rezidențiatului, în ultimii doi ani salariul a fost în mod constant de 1.400 RON, apoi 1.700 RON, dar a fost redus înapoi la 1.600 RON (*o explicație legată de un spor care nu se mai acorda, deși nu îl primeau toți rezidenții, în funcție de spitalul plătitor. Bullshit, mai concret*).

Evident, nu s-a pus problema celui de-al 13-lea salariu, am primit doar o singură dată un spor de fidelitate (care era cam 50% din salariu) undeva prin anul II. Spor de fidelitate, de parcă puteam să fac rezidențiatul în alt sistem de stat. Am prins o perioadă proastă financiar pentru a face rezidențiatul, asta e clar.

Update: începând cu anul 2014 s-au introdus acele burse de ajutor, nici nu știu cum să le numesc, pentru rezidenți. În esență, rezidenții al căror salariu brut nu depășește suma de 3.000 RON vor primi aceste ajutoare salariale lunare de aproximativ 600 RON (net) fără însă a însemna o majorare salarială (asta înseamnă că nu se vor lua în calcul mai târziu, în calcularea pensiei). Că o fi an electoral și de asta s-au acordat, vom vedea din 2015 încolo.

Veniturile extra

Cesurse devenit suplimentare poți avea în timpul rezidențiatului?

1. Job în mediul privat

Da, se poate. Eu am lucrat câteva luni în anul II de rezidențiat (atunci, cu reducerea de 25% a salariului de către mărinosul stat) într-o clinică privată ca ajutor în clinica de Chirurgie Generală. Lucram de două ori pe săptămână, de la ora 16.00 până la ora 22.00 în medie, și primeam 800 RON. Era în ochii prietenilor și ai familiei o mare reușită, și poate că așa se și vedea. Însă faptul că simțeam că nu fac nimic (eram norocos dacă eram lăsat în operații să tai firele de sutură după ce se făcea nodul - adică eram a 7-a roată la căruță) și că nici nu învăț mare lucru, m-au determinat să demisionez după aproximativ patru luni. Sentimentul de inutilitate a fost covârșitor și deși am pierdut sursa suplimentară de venit, pot să spun că am fost extrem de fericit în ziua în care am reziliat contractul, mă simțeam de parcă aș fi câștigat la

loterie. Și vrând-nevrând ne întoarcem la cele două lucruri despre care vă spuneam mai sus: „SCHIMBĂ” când ceva nu merge bine și „Cunoaște-ți temperamentul” ca să nu fii dezamăgit ulterior și ca să te poți înțelege mai bine și să te accepți, altfel riști înainte o viață plină de nefericire.

Acum, nu vă imaginați că a plouat cu oportunități de angajare mai departe. Ce e drept, nici nu am mai căutat. Însă ca o regulă generală, e greu, chiar imposibil să găsești o sursă de venit suplimentară ca medic rezident (făcând același lucru ca în specialitatea ta) pentru că dreptul de liberă practică pe specializarea obținută în urma examenului de rezidențiat se obține doar după terminarea rezidențiatului. A mai fost de curând propus un proiect de lege pentru rezidenți care i-ar fi ajutat să practice în mediul privat o anumită serie de gesturi terapeutice după ce finalizau stagiul respectiv de pregătire în rezidențiat. Vă reamintesc așa, ca un mic moment umoristic, de faptul că în rezidențiat nici măcar asigurare de malpraxis nu trebuie să vă faceți întrucât răspunderea acțiunilor voastre o poartă medicul coordonator. Așadar, mai dă-o naibii de treabă! Voi, dacă ați fi managerii unei clinici private, ați angaja un rezident care după stagiul de ecografie generală (de 3 luni în cazul rezidențiatului meu) ar fi teoretic pregătit să facă ecografie renală, vezicală, prostatică? Evident că nu. Nici nu îndrăznesc să vorbesc despre intervenții chirurgicale, chiar și minime. Poate rezidentul respectiv e chiar talentat, dar cadrul legislativ îl ține departe de oportunități.

2. Obținerea unei burse de doctorat

Nu este tocmai ușor întrucât există un număr limitat de locuri, iar în funcție de specialitatea voastră concurența poate fi mai mult sau mai puțin acerbă. Se va da și un examen scris nu tocmai ușor. Dar dacă reușiți, în următorii patru ani veți primi lunar bursa de doctorat având o valoare apropiată de a salariului din ultimii ani (în jur de 1.700 RON). Evident, trebuie să vă faceți și teza de doctorat și să o tratați cât mai serios întrucât poate fi nu doar o oportunitate financiară, ci

mai ales profesională. Mai multe informații puteți obține accesând următorul link: http://www.umfcaroldavila.ro/files/Reglementari%20Interne/04_Regulament_organizare_desfasurare_studii_universitare_doctorat.pdf (accesat august 2014).

3. Familia

O, da. Nu râdeți, nu mă înjurați fiindcă trec aici și această sursă de venit. Fără sprijinul familiei, începând cu facultatea unde povestea banilor este similară celei din rezidențiat (adică nu vă angajează nimeni pe specificul pregătirii voastre), nu veți face mare lucru. Fie că familia înseamnă părinții sau soțul/soția (ruțați-vă să lucreze în alt domeniu dacă vreți să plățiți facturile lunare), ei sunt un sprijin financiar important.

Societatea acceptă mai ușor o femeie care să câștige mai puțin decât soțul (deși aspectul ăsta s-a schimbat mult în ultimii ani), dar un bărbat care nu poate îndeplini rolul de „stâlpul familiei”, atât în familia lui (soție, copii), cât să își poată ajuta și părinții la nevoie, ei bine, nu se simte foarte confortabil în acest rol.

Încă din liceu auzeam frecvent afirmația că „medicina e grea” de la tot felul de persoane care, evident, nu aveau de-a face cu meseria asta. Sincer, nu facultatea e grea, dacă ai o minimă înclinație spre știința asta. Mie mi se pare greu, de exemplu, să pictezi, să cânti sau să fii matematician. Orice meserie pentru care nu ai chemare e una grea, nu? Medicina este grea fiindcă necesită eforturi financiare mari pe o durată lungă de timp.

Poți avea un job în paralel, fie joburi temporare, sezoniere, însă toate acestea îți mănâncă timp pe care îl poți alocă studiului, înțelegerii domeniului medical cu totul (nu doar strict medical, ci și în privința oportunităților de muncă, dezvoltare).

În facultate veți vedea cum colegii de liceu termină facultatea aleasă de ei în trei-patru ani maximum și după doi ani de activare în domeniul lor sunt deja „cineva” (mă

refer la cei ambițioși, harnici, perseverenți). Nu mai zic de faptul că în acești 6 ani de facultate veți dori să aveți niște bani pentru micile bucurii ale vieții (începând cu un film la mall, o ieșire în oraș, club, o vacanță de vară). Bun, așadar când veți termina facultatea și sunteți - practic - necalificați, colegii voștri din alte domenii au o experiență în activitatea lor, un job care de bine, de rău le permite să aibă o situație financiară confortabilă, măcar să se poată întreține singuri.

Pe voi vă mai așteaptă un rezidențiat în față (alți câțiva ani de muncă plătită teribil de prost aici în țară) la capătul căruia nu se ivește nimic sigur în termeni de angajare într-un spital de stat, dotat, civilizat. Acum înțelegeți de ce „medicina este grea”? Banii vin târziu și pe parcurs, s-ar putea să ajungi să o urăști mai degrabă decât să o iubești. Și nu am menționat nimic despre imaginea medicilor în societatea noastră și respectul care s-ar cuveni meseriei și medicilor.

Te-am deprimat până aici? Dacă nu, bravo, înseamnă că ești o persoană determinată cu un plan clar de viitor în minte. Dacă da, e cazul să reevaluezi planul și să vezi unde vrei să faci schimbările. Eu voi încheia discuția asta cu mulțumirile de rigoare părinților mei, fără al căror sprijin și sacrificii cu siguranță nu aș fi ajuns până aici.

4. Un business personal

În categoria asta am văzut câțiva colegi cărora le-am admirat spiritul antreprenorial. Problema cu business-ul personal este aceeași cu job-ul în afară profesiei, doar că îți consumă mai mult timp și resurse și, în final, va trebui să alegi căruia din cele două vrei să te dedici.

Dacă este un job care îți permite câteva ore de muncă și un venit cât să completezi salariul și micile nevoi, de ce nu? Ești isteț, ai găsit o variantă de a câștiga bani, ai o pasiune în plus față de medicină care se poate monetiza, fă-o, însă atenție la priorități! Eu am avut mai multe joburi „de vară” în ultimii trei ani de facultate lucrând în publicitate și cu toate că mi-a plăcut și aș lua-o de la capăt dacă ar fi să dau înapoi timpul, odată ce am început rezidențiatul am căutat

ca sursa suplimentară de venit să rezulte tot din activitatea medicală, așa cum am menționat la punctul 1.

5. Șpagă, plăți informale, ciubuc, cadouri etc.

Uuu, am ajuns și la capitolul ăsta. „Șpaga”, așa cum este cunoscută de toată lumea. Cu șpaga sunt o grămadă de probleme. Prima și cea mai mare este că dacă începeți din start să vă gândiți la modalitatea asta de a obține bani, există o șansă foarte mare să vă transformați în paraprofesionali, adică medicina să fie un paravan pentru business.

Atenția începe să fie îndreptată spre modalități de a stimula un pacient să contribuie la actul medical și astfel, vă transformați în ceva urât. Nu cred că are sens să menționez și aspectul penal, nu? Am avut întotdeauna un mare dispreț pentru cei care condiționează actul medical. Și din nou, atenție!, condiționarea aceasta are mai multe fețe, de la cerutul banilor în mod explicit până la diferite strategii de a cere acest lucru în mod indirect. Nici nu merită să mai scriu vreun cuvânt despre acest lucru. Nu vă pierdeți timpul cu învățarea acestor abilități, aveți lucruri mai bune de făcut cu viața voastră.

Trăiesc și eu în aceeași societate îmbolnăvită de anii de comunism în care s-a încurajat acest comerț „la negru” în toate aspectele societății și în care taxa doctorului era „sticla de whisky și pachetul de țigări sau cafea” (asta pentru că, chiar dacă le dădeau bani, nu aveau de unde să procure așa ușor bunurile respective fiindcă nu se găseau), însă condiționarea actului medical este ceva ce mintea mea nu poate înțelege.

Mai trist este că pacienții care sunt refuzați în privința atențiilor sunt de-a dreptul dezamăgiți de o astfel de atitudine din partea medicului, considerând astfel că vor fi tratați mai prost. Oameni buni, ce se întâmplă cu voi?

Vreți, nu vreți, oamenii din jur vă vor eticheta oricum că „e doctor, lasă că știu eu că ia șpagă”, fiecare în mintea lui imaginându-și tot felul de sume, complet nerealiste de cele mai multe ori. La naiba, până și rudele mele mai îndepărtate

mă suspectează că posed bogății nemaipomenite. Repet, ceea ce gândesc ceilalți despre voi este foarte puțin relevant, mai ales când voi știți adevărul și sunteți sinceri cu voi.

Acum haideți să facem un mic exercițiu de imaginație, să-i spunem „Înapoi din viitor”. Vreau să vă imaginați că aveți foarte mulți bani în momentul de față. Să presupunem că i-ați câștigat la loterie, câteva milioane de euro. Cum arată o zi din viața voastră de medic în condițiile astea? Ajungeți dimineața la spital într-un SUV de lux sau o mașină sport, ediție limitată (nu dau exemple de mărci întrucât nu mă sponsorizează nimeni, deocamdată), care atrage privirile tuturor trecătorilor. Aveți ultimul model și cel mai scump de telefon cu touch screen, știți voi de care, cu mărul mușcat.

Sunteți îmbrăcat cu orice haină din mall ați văzut și v-a plăcut, pe care ați cumpărat-o fără să stați pe gânduri dacă să așteptați reducerile sau să mai căutați. Vă simțiți bine în pielea voastră, totul e perfect, nici nu vă pasă când vine salariul de rezident. Ieșiți din mașină și vă îndreptați către intrarea în spital, către secția în care lucrați. Pe holul secției (medicală sau de chirurgie) veți vedea pacienții obișnuiți, și mai săraci, și mai bine îmbrăcați, unii cu o suferință evidentă care li se citește pe chip, alții care așteaptă la control. Știți că toți banii pe care vi i-ar putea oferi în acea zi nici măcar nu depășesc costul telefonului pe care îl aveți în buzunar sau al ceasului de la mână. Banii lor, pur și simplu, nu vă interesează pentru că voi aveți mai mulți decât vă pot oferi ei. Ei bine, cum îi veți trata? Veți fi mai răbdător cu ei, mai înțelegător, veți acorda mai mult timp consultațiilor pentru a vedea mai puțini pacienți, dar ascultându-i mai atent și oferind o calitate mai bună a actului medical? Sau pur și simplu veți căuta să convingeți managerul spitalului să vă construiască o sală de operație (plătită de voi, evident) în care doar să stați și să vreți să operați, să munciți cât mai mult? Doar voi știți răspunsul.

Ce gândește mintea voastră atunci când presiunea financiară dispare? Dacă vă gândiți să vă apucați de altceva cu banii câștigați, atunci am o veste proastă: nu veți excela

nici în medicină. Adevărații oameni de succes, pasionați de ceea ce fac, chiar dacă ar câștiga o sumă fabuloasă la loterie, ar continua să desfășoare activitatea care i-a pasionat și până atunci, doar că la un nivel și mai performant. Asta după ce, desigur, și-au luat o vacanță de 6 luni în care au făcut turul lumii. E perfect acceptabilă această pauză.

Un ultim amănunt: vă rog din suflet NU confundați succesul profesional cu cel material, în România nu se suprapun așa fidel. În societatea modernă, dar mai ales în societatea românească există o serie de valori date complet peste cap. Trăim într-o societate în care „a avea” este echivalent cu „a fi”. Ai, deci ești cineva. Ai o mașină scumpă, brusc asta înseamnă în mintea majorității că ești un individ capabil, valoros. Nu e rău dacă mașina aia scumpă vine ca urmare a valorificării abilităților tale, dar este o problemă când te zbați să obții mașina pentru ca ea să îți confirme valoarea pe care de fapt nu o ai.

În medicină nu există succese rapide, peste noapte. Dacă vedeți un asemenea exemplu, cel mai probabil în spatele reușitei sale se află mulți ani de muncă și abia acum își arată rodul. Varianta doi, este o minciună, un foc de paie și nu va trece de testul timpului. Sau publicitate plătită.

„Visul românesc” în medicină

„Visul românesc” e o definiție a mea pentru cei care visează să urmeze niște modele greșite, prezentate de către societate prin intermediul mass-media drept modele de succes. Sunt acei oameni care comit infracțiuni economice în special și apoi scapă ca prin minune, dându-ne tuturor impresia că justiția nu există sau nu contează și că în general poți să faci ce vrei în țara asta fiindcă oricum nu vor exista consecințe negative.

În privința medicinei, visul românesc se referă exclusiv la cei care visează să câștige banii din plăți informale, adică șpăgi. O să vă prezint cele două cazuri recente de corupție și plăți informale „grase” din spitale. În aprilie 2014, mai mulți medici de la Spitalul de Chirurgie Plastică, Reparatrice și Arsuri au fost reținuți de procurori

pentru că au efectuat ilegal operații estetice neacoperite de CNAS, dar folosind materialele și dotările spitalelor în care lucrau. Adică evaziune fiscală organizată, dacă îi pot spune așa.

Acuzele procurorilor le numără pe cea de completare a foilor oficiale cu diagnostice false, evaziune fiscală și „deturnarea completă a scopului și funcționalității Spitalului Clinic de Urgență de Chirurgie Plastică, Reparatrice și Arsuri, singurul de această specializare din România, unitate în care au fost investite sume importante pentru modernizare și dotare, transformându-l practic în propria lor clinică de chirurgie plastică din care unii dintre medici efectuau numai operații estetice”.

Mai mult de atât, la tot acest proces au colaborat și câțiva medici de familie care au completat bilete de trimitere ale respectivilor pacienți cu diagnostice false. Chiar mă întreb, ce diagnostic fals poți pune unei domnișoare care dorește să își monteze proteze mamare (silicoane)? Insuficiență mamară cronică?

Potrivit anchetatorilor, medicii vizați în dosarul operațiilor estetice pretindeau mită sume cuprinse între 450 și 3.400 de euro, în funcție de tipul intervenției, banii fiind împărțiți între membrii echipei operatorii, iar în cazul în care raportările acestora erau validate, Casa de Asigurări de Sănătate a Municipiului București deconta aproape 5.000 de lei pe operație (adică încă 1.000 de euro pierduți de către stat).

Autoritățile știau de situația spitalului încă din 2013, când o comisie internă a constatat existența acestor diagnostice false (comisia s-a întrunit întrucât numărul operațiilor estetice a crescut în anii 2011-2012). Și până la urmă, nu știu ce mare comisie trebuia întrunită întrucât nu poți să scoți o pacientă operată pentru implanturi mamare din blocul operator și o să expediezi direct acasă cu primul taxi.

Pacienții stau câteva ore în terapie intensivă pentru supraveghere imediat postoperatorie, apoi încă 24 de ore până la câteva zile internați în spital. E un secret pe care nu ai cum să îl păstrezi. Iar în spital, informațiile circulă rapid, surprinzător de rapid!

Oare toate aceste măsuri de eradicare a corupției ar mai fi fost luate spontan dacă nu existau presiunile organizațiilor internaționale precum Comisia Europeană și Banca Mondială, care

au cerut României să ia măsuri reale împotriva corupției și a plăților informale din spitale?

Evident că nu există o scuză pentru cazul de mai sus, deși noi, românii, suntem iertători (sau mai degrabă uităm repede) și ne place să găsim tuturor scuze, așa că vom spune că săracii medici au încercat să își recupereze dreptul salarial neacordat de stat. Au sesizat oportunitatea, au trăit visul românesc (adică să furi și să comiți tot felul de abuzuri și să nu îți faci griji că vei păți ceva), iar în final, au suportat și consecințele. Situație mai rară, ce e drept. La unul dintre chirurgii reținuți în urma perchezițiilor s-au descoperit 880.000 de euro.

Pentru cei interesați să afle mai multe amănunte despre acest caz, puteți urmări câteva stenograme aici: <http://www.hotnews.ro/stiri-esential-17126917-stenograme-dosarul-operatiilor-estetice-cum-falsificau-diagnosticele-spitalul-arsi-din-bucuresti.htm> (publicat 28 aprilie 2014, accesat august 2014).

Să luăm mai departe un alt caz, mult mai supărător din punct de vedere al imaginii întrucât este vorba de bolnavii de cancer. Și dacă la silicoane închidem ochii mai ușor (ii închidem din punct de vedere al iertării, că altfel toți bărbații îi deschid bine de tot când au de-a face cu asemenea situații), ei bine, la subiectul cancer toată lumea este sensibilă. Din spusele procurorilor, peste 1.000 de rețete false au fost completate pe numele unor pacienți sănătoși de câțiva medici de la Institutul Fundeni și de farmaciști ai grupului privat Poliano.

Rețetele au fost decontate fraudulos, iar cu medicamentele obținute ce se putea face? Simplu, s-au vândut! Paguba a fost de numai câteva milioane de euro și niște zile scurtate ale pacienților suferinzi de cancer. Un fleac, nu? Patronul grupului Poliano și al rețelei de farmacii Rețeta a ales să se sinucidă în urma dezvăluirilor făcute în legătură cu implicarea firmelor sale în această fraudă. În total au fost 9 inculpați în acest caz. Mai degrabă un coșmar românesc decât „visul românesc”.

Mai multe amănunte despre acest caz puteți citi accesând sursa Mediafax: <http://www.mediafax.ro/social/omul-de-afaceri-ilie-vonica-implicat-in-dosarul-retetelor-false-s-a-sinucis-el-s-a-aruncat-de-la-un-etaj-al-casei-sale-vonica-si-a-explicat-gestu->

l-intr-o-scrisoare-12683968 (publicat la 3 iunie 2014, accesat august 2014).

Tot recent (în iunie 2014) au avut loc mai multe percheziții în câteva birouri din Ministerul Sănătății. Procurorii care cercetează acest caz de corupție susțin că ar fi implicați atât funcționari publici, cât și câțiva membri ai unor comisii din Ministerul Sănătății. Este evident vorba despre aranjarea unor achiziții publice în cadrul programului național de neonatologie desfășurat în perioada 2008-2011 și finanțat printr-un grant al Băncii Mondiale. Și evident, Banca Mondială ar vrea să știe și ea ce s-a întâmplat cu banii, nu? Interesant este ca o parte din achiziții au fost contestate încă din 2010 (repet, suntem în 2014) de către Asociația Furnizorilor de Produse Medicale, care reclamă ca a fost aleasă câștigătoare cea mai scumpă oferta. Mai trist este că ancheta derulată de procurorii DNA este o urmare a unei sesizări efectuate de Oficiul European de Luptă Antifraudă care a descoperit suspiciunile de fraudă și corupție. „În ancheta DNA ar fi vizați mai mulți funcționari publici, dar și «medici de renume» care au făcut parte din comisii de atribuire a unor contracte. Medicii ar fi fost cooptați în comisiile de licitații «pentru a da greutate deciziilor care se luau», au mai spus sursele citate.”

Sursă:<http://www.mediafax.ro/social/perchezitii-la-ministerul-sanatatii-spitalul-cantacuzino-si-asociatia-de-neonatologie-functionari-si-medici-ar-fi-dat-preferential-contracte-unei-firme-olandeze-12764819> (publicat la 16 iunie 2014, accesat august 2014).

Și lista probabil că se poate continua mult și bine. Dar nu vreau să vă deprim cu astfel de cazuri, deși fac parte din realitatea sistemului medical și, mai presus, a țării în care trăim și în care vrem să evoluăm profesional, să ne facem treaba în liniște și să ne ajutăm pacienții și în general, să fim lăsați în pace.

Dar cazurile de mai sus sunt adevărate performanțe, demne de Liga Campionilor la Șpagă.

Un ultim amănunt legat de șpagă, este scenariul cel mai frecvent cu care vă veți întâlni în rezidențiat: în timpul spitalizării lor, pacienții se vor simți obligați să vă ofere o sumă de bani (mai mult de teamă decât din respect fiindcă vor să se asigure că „trece și pe la ei cineva” să îi consulte din când în când. În clipa în care acceptați suma pe care pacientul o pune grăbit în buzunarul vostru, sunteți

cumpărați. Apoi vor începe tot felul de pretenții din partea lui și a familiei, nemulțumiri, și chiar mai rău, reclamații, de parcă voi puteți schimba într-o clipă tot sistemul medical sau puteți schimba evoluția unor cazuri grave, depășite medical/chirurgical. Și sunteți cumpărați pe ce sume? Sunt convins că nu imaginea asta ați avut-o în minte atunci când ați dat examenul de admitere la Facultatea de Medicină.

Banii sunt doar o consecință, concentreză-te pe cauză!

Ca să concluzionez subcapitolul despre bani, nu pot să spun decât că avem o viziune defectuoasă asupra modului în care ei se câștigă. Banii reprezintă o consecință, o urmare a unui serviciu sau produs pe care îl oferi (atât în mediul de business, cât și în sistemul medical, cu mențiunea că aici avem de-a face cu cel mai prețios bun pe care îl posedăm, sănătatea). Când produsul este prost, banii nu or să vină.

Voi cumpărați produse de calitate proastă dacă vă permiteți ceva mai bun? Vă place să vă aruncați banii pe un produs de calitate scăzută? Evident că nu, mai ales de când cu criza economică. La fel este și în cazul vostru: voi sunteți produsul pe piața medicală. Sunteți un produs bun? Pregătit, capabil, deștept, disponibil? Vă meritați viitorii bani? Dacă voi ați fi în postura de pacienți, ați vrea să fiți tratați de clona voastră medicală? Nu trebuie să îmi răspundeți mie sau nimănui cu voce tare, doar vouă. Imaginați-vă că sunteți suferinzi (o afecțiune întâlnită în specialitatea voastră) și trebuie să fiți consultați, diagnosticați și apoi tratați de voi înșivă. Vă lăsați pe mâna voastră fără grijă?

Ce tot încerc în mod repetat și enervant să vă spun: concentrați-vă eforturile asupra voastră, asupra abilităților profesionale de care aveți nevoie pentru a fi valoroși în specialitatea voastră și abia apoi puteți aștepta să vină și banii. De-a lungul anilor este important să îmbunătățiți abilitatea voastră de a genera câștiguri financiare. Iar asta nu vine decât perfecționându-vă continuu: citind, învățând și făcând (operând, consultând, urmărind cazurile). Investind în voi (mergând la anumite congrese, diferite workshopuri, chiar

și scurte stagii de pregătire). Atunci când începeți pregătirea de specialitate, valoarea voastră este una scăzută fiindcă vă lipsește o calificare specifică. Sunteți precum un teren cumpărat la marginea orașului a cărui valoare este redusă. În timp, dacă orașul se extinde și înconjoară terenul, va crește evident și interesul cumpărătorilor pentru respectivul petic de pământ. Timpul a crescut valoarea investiției în acest caz.

În cazul vostru, simpla trecere a timpului nu vă va crește valoarea ca indivizi valoroși profesional decât dacă veți umple acest interval de timp cu muncă, pregătire continuă și reală, nu doar în foi. În câțiva ani de rezidențiat cu cât vă puteți crește valoarea? Timpul trece în folosul vostru (precum în cazul peticului de pământ) sau din contră, în defavoarea voastră (*caz în care veți deveni niște tineri specialiști incomplet pregătiți și în consecință, fără o prea mare valoare*)? Este o investiție pe termen lung și beneficiile vor veni și ele tot după un termen mai lung. Trebuie să fiți conștienți de acest lucru mereu.

Evident, sistemul în care lucrați vă poate ajuta sau din contră, trage în jos, dar ceea ce vreau să spun este că dacă voi nu sunteți pregătiți (teoretic și tehnic), atunci nimic nu vă poate ajuta în viitor. La argumentele de genul „*dar stai să vezi, că sistemul e cum e, că doctorul nu mă lasă să operez etc.*” nu pot să spun decât: SCHIMBĂ. Convinge-l că meriți să te lase să operezi sau schimbă sistemul. Scuzele nu te vor ajuta să devii mai capabil. Exercițiul, da. Nu alerga după bani, alege să devii mai bun.

Și până la urmă, cât trebuie să câștige un medic rezident/tânăr specialist?

Auzim cu toții tot felul de păreri legate de cât ar trebui să câștige un rezident. Oamenii din afara sistemului spun că „dom’le, un medic trebuie să fie plătit bine”, că nu trebuie să ducă grija cărților, congreselor și mai ales a facturilor și să se poată concentra pe dezvoltarea sa profesională continuă. Unii spun că ar trebui ca un rezident să aibă cam 2.000 de euro/lună, că așa au auzit ei că are, de exemplu, un rezident din Germania. E frumos gândul, dar noi nu avem economia Germaniei și nici sistemul ei de sănătate.

E încurajator să știi, de exemplu, că în SUA un medic urolog câștigă un maxim de 400.000 USD, fiind una din specialitățile cele mai bine plătite din branșă, salariul mediu fiind în jur de 293.593 USD/an, fluctuațiile depinzând și de pregătirea, experiența, implicarea în activitatea de cercetare etc. În Marea Britanie, salariul mediu ajunge la aproximativ 100.000 GBP/an, vorbind de un echivalent al unui medic primar; în funcție de vârstă și evoluția profesională, în Marea Britanie un urolog aflat în categoria de vârstă 20-29 de ani câștigă în medie cam 75.000 GBP, iar cei care sunt în intervalul 30-39 de ani pot ajunge la 98.000 GBP, cei trecuți de 40 ani ajungând și la salarii de 116.000 GBP.

Despre salariul unui urolog în Australia și Canada nici nu mă mai obosesc să scriu, nu vreau să mă sinucid până la finalul acestei cărți. Sunteți curioși cât câștigă un medic din specialitatea voastră? Verificați următorul link, cel folosit și ca sursă pentru informațiile de mai sus: <http://www.healthcare-salaries.com/physicians>. Desigur că sunt niște sume orientative mai mult, dar ați înțeles ideea. Nu poți să ai un salariu mare într-o țară cu o economie nu tocmai grozavă. Dar să lăsăm visurile frumoase și să revenim la realitatea românească.

În acest sens am să citez câteva fragmente dintr-un articol foarte util scris pe această temă de către dl. dr. Dan Peretianu (președinte al Sindicatului Medicilor din București) în revista săptămânală *Viața Medicală* (Nr. 24, 13 Iunie 2014), articol numit „*Cât de mari ar trebui să fie salariile medicilor*”. Începem din anul 1993, când pentru prima dată s-a pus problema în mod oficial a plăților informale (adică a șpăgii, pentru cei mai naivi dintre noi) în cadrul raportului „O Românie Sănătoasă”, editat în 1993 de Ritchard Brazil (*King's Fund College, Londra, Marea Britanie*) și Nick Nicholson (*Nuffield Institute of Health, Leeds, Marea Britanie*) în cadrul unui program al Băncii Mondiale. „Încă din 1991, când s-au făcut primele analize ale raportorilor, a fost evidentă legătura dintre salarizarea medicilor și nivelul economiei. Este vorba despre raportul dintre salariile medicilor din Europa și economiile țărilor respective.

Acest enunț, cum că salariile medicilor trebuie să fie de trei-patru ori mai mari decât salariul mediu pe economie, derivă din faptul că salariul medicilor, per ansamblu, era la nivelul unui salariu mediu pe economie. În 1992, salariul mediu era în jur de 20.000 de

lei (aproximativ 70-75 USD). Astăzi, salariul mediu pe economie este de 2.300 de lei brut, aproximativ 690 USD (*vezi datele Institutului Național de Statistică*), după impozitare ajungând la aproximativ 1.700 de lei. Salariile medii ale medicilor specialiști și primari sunt în jur de 3.000 de lei net lunar. Adică maximum 1,7 salarii medii pe economie. Aceste date arată că, deși salariile/veniturile medicilor au crescut în termeni reali (*raportat la dolar*) de 10 ori, ele au rămas totuși la nivelul de un salariu, maximum două salarii pe economie. Aceasta explică și de ce fenomenul „*plăților pe sub masă*” nu a dispărut, ba chiar s-a amplificat”.

Câte facturi poți plăti din salariul net de 1.700 RON? Cât despre investițiile în procesul de educație medicală continuă nici nu are sens să mai aduc vorba în contextul ăsta. Ca să nu mai spun că dacă ai „neșansa” să îți faci rezidențiatul într-un centru de pregătire care nu se află în orașul tău natal și trebuie să plătești și chiria, atunci situația financiară personală va fi zdruncinată rău de tot. Iar dacă totuși centrul de pregătire se află în orașul tău, cât vei fi dispus să locuiești cu părinții pentru a economisi banii de chirie?

CAPITOLUL VI

Subiectul tabu nr. 2 - Migrația medicilor

Avem prea mulți medici sau prea puțini?

Continuu să citez același articol semnat de dr. Dan Peretianu (președinte al Sindicatului Medicilor din București), de data asta legat de problema numărului de medici din țară: „Numărul de medici dintr-o țară depinde de capacitatea țării de a-i plăti precum o elită, cu cele mai mari salarii/venituri dintre toate profesiile. (..) De aceea, dacă o țară nu are bani pentru a-i plăti corect pe medici, va avea medici mai puțini.

De aici rezultă că proporția de medici într-o țară va crește dacă va crește și salariul/venitul medicului. Dar cum din 1991 până acum, salariul medicilor a crescut de numai 1,7 ori raportat la economia României, este de presupus ca numărul medicilor din România să fie de 1,7 ori mai mare.

În 1991, România avea 1,85 medici/1.000 de locuitori, fiind înregistrați toți medicii: stagiari, specialiști, primari, secundari și stomatologi. Ar trebui ca, acum, România să aibă $1,85 \times 1,7$ adică 3,145 medici/1.000 de locuitori. Dar dacă adunăm toți medicii din țară (toate specialitățile indiferent de nivelul profesional), ajungem la 3,7 medici/1.000 de locuitori.”

Concluzia nr. 1?

Țara noastră produce mai mulți medici decât își poate permite să plătească, chiar așa prost cum o face (*vorbim despre sistemul de stat*).

Concluzia nr. 2?

Avem un exces de medici care nu au încotro decât să plece, să se reorienteze profesional sau ce consideră ei că trebuie să facă pentru a se descurca financiar și profesional. De ce se produc mai mulți medici decât este necesar? Anual producem cam 6.000 de medici, la fel de mult ca și Franța de exemplu, doar că Franța are o populație de trei ori mai mare. Probabil fiindcă nimănui nu prea îi pasă, deși statul român pierde bani prin educarea lor.”

Prin plecarea medicilor români în străinătate statul pierde enorm și prin investițiile pe care le face în capitalul uman, numai pe parcursul celor șase ani, cât durează facultatea de medicină, fiecare student consumă din bani publici aproximativ 8.000 de euro”, susține prof. dr. Ioanel Sinescu, prorector în cadrul Universității de Medicină și Farmacie (UMF) „Carol Davila” din Capitală. (Sursa: http://www.paginamedicala.ro/stiri-medicale/Astarastoe_Migratia-medecilor-este-o-problema-de-siguranta-nationala_11061/, site agreat CMR).

Tot în același articol, se estimează că în anul 2010 și-au depus dosarele la Colegiul Medicilor din România (CMR) aproximativ 2.800 de medici pentru a pleca la lucru în străinătate, aducând statului român o pierdere prin școlarizarea acestora de peste 22 milioane de euro doar la nivel de an 2010. Wow! Cine e de vină? UE, normal, pentru că a deschis porțile pentru migrarea forței de muncă, cât și managementul deficitar al sistemului nostru de sănătate.

Până una-alta, statul nu poate împiedica această pierdere de resurse umane decât cu câteva argumente logice. „Este evident că 95% dintre cei care părăsesc România o fac pentru un salariu mai bun, pe care îl vor obține în străinătate. Acolo vor constata însă că jumătate din bani vor cheltui pe chirie, iar restul pe mașină și hrană etc. Nu cunosc un medic român care în Europa să fie într-o poziție importantă și recunoscută pe plan național în țara respectivă.

Există un cumul de factori care nu-ți permit să penetrezi ierarhia din țările respective”, a declarat acad. dr. Laurențiu Mircea Popescu, directorul Institutului „Victor Babeș” (Sursa: http://www.paginamedicala.ro/stiri-medicale/Astarastoe_Migratia-medecilor-este-o-problema-de-siguranta-nationala_11061/, site agreat CMR). O să discutăm acest aspect al vieții „în afară” puțin mai detaliat în

următoarele capitole. Până una-alta, din salariul net de 1.600 RON primit în România, dacă ești nevoit să plătești chirie, deja s-a dus cu ușurință jumătate din el. Despre întreținerea unei mașini nici nu mai putem discuta în acest caz. Iar penetrarea ierarhiei, să fim realiști, nici aici nu este pentru toată lumea. Nimeni nu pleacă să lucreze în afară dintr-o sete nebună pentru faimă și recunoaștere internațională. Evident că nu este „ca acasă” din punct de vedere al vieții sociale, în rest pot spune din experiența proprie că munca este mult mai plăcută atunci când condițiile îți sunt asigurate.

Dar nu trebuie să mă credeți pe mine pe cuvânt, sunt doar un străin pentru voi. Tocmai de aceea vom parcurge împreună datele unui studiu pe care eu îl consider serios (Health Professional Mobility and Health Systems, Evidence from 17 European Countries, Edited by Matthias Wismar, Claudia B. Maier, Irene A. Glinos, Gilles Dussault, Josep Figueras) realizat de către Federația Europeană a Serviciilor Publice ca parte a unui proiect european extins (Sursa: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0017/152324/e95812.pdf, accesat în august 2014). Studiul are un total 630 de pagini, iar situația României este prezentată în capitolul 16, numit Case studies from countries that joined the EU in 2004 or 2007, paginile 449-479: „Emergent challenge of health professional emigration: Romania's accession to the EU”.

Sunt câteva informații aride, peste care poate vreți să săriți, însă vă recomand să le citiți când aveți mai mult timp și chef întrucât fac parte din realitatea sistemului în care muncim și vrem să o facem și mai departe.

Punctul-cheie în privința migrației forței de muncă a fost evident anul 2007, odată cu intrarea României în Uniunea Europeană. Încă din 2006 mass-media populariza frica de a nu rămâne fără medici ca urmare a deschiderii frontierelor pentru muncă. Și au avut dreptate până la un punct, căci în 2007 au plecat 1.421 de medici. Aceștia reprezentau aproximativ 3% (Dragomirișteanu A et al. (2008). Migrația medicilor din România [The migration of medical doctors from Romania]. Revista Medica, 17 March 2008 (<http://www.medicalnet.ro/content/view/498/31/>, accessed 27 April 2011)) din totalul medicilor activi în sistem, în număr de 50.430 și 28,4% din totalul celor care au aplicat pentru obținerea actelor necesare

profesării în afara țării (în număr total de 4.990) - (referință: Dragomirișteanu A et al. (2008). *Migrația medicilor din România* [The migration of medical doctors from Romania]. *Revista Medica*, 17 March 2008 (<http://www.medicalnet.ro/content/view/498/31/>, accessed 27 April 2011, Ministry of Health 2008).

Un fleac, comparativ cu următorii ani. Majoritatea celor care au plecat proveneau din regiunea de nord-est a țării (Iași și regiunile vecine). Marea parte a celor care au plecat proveneau din specialitățile medicină de familie, anestezie și terapie intensivă, psihiatrie. În următorul an, 2008, numărul medicilor care au solicitat eliberarea certificatelor pentru a profesa în afara țării la Colegiul Medicilor din România a fost de numai 1.251 (majoritatea certificatelor fiind eliberate în București - 448 și Iași - 184). Destinațiile preferate au fost Germania, Franța, Anglia.

Datele oferite de CNOM (*Conseil National de l'Ordre des Medecins*) ne informează că în Franța s-au înregistrat în Colegiul Medicilor 1.000 de medici români în intervalul ianuarie 2007 - iulie 2008 (referință: CNOM (2009). *Atlas de la demographie medicale 2009*. Situation au 1er janvier 2009. Paris, Conseil National de l'Ordre des Médecins). Echivalentul Colegiului Medicilor din Germania a raportat un număr de 927 medici români înscriși până la finalul anului 2009, iar Marea Britanie a înregistrat doar 671 medici români între 2003-2008. Și tot la finalul anului 2009, Italia avea 555 medici români înregistrați în Asociația Medicală Italiană (referință EMN (2009). *Politiche migratorie, lavoratori qualificati, settore sanitario* [Migratory policies, qualified workers, health sector]. Rome, European Migration Network Italy (First Report EMN Italy)). Atenție, înregistrat nu înseamnă neapărat că toți medicii respectivi lucrau în sistemele de mai sus.

Fenomenul de migrație era întâlnit și înainte de 2007 însă. National Centre for Organising and Ensuring the Health Information System (NCOEHIS) a realizat un studiu special referitor la migrarea medicilor români și înainte de aderarea la UE. Conform acestui studiu, 360 de medici români (referință: Pertache I, Ursuleanu D (2006). *Population coverage with health personnel at primary care level*. Bucharest, National Centre for Organising and Ensuring the Health Information System.) au părăsit România în 2004. 76% dintre

aceștia lucrau în spitale din țară și doar 6% erau medici de familie, în contrast cu datele înregistrate în 2007, când medicii de familie erau printre specialitățile majoritare „emigrante”. Însă la începutul anului 2010, atunci când criza economică s-a agravat și în România, iar reducerile salariale de 25% au fost impuse (vă amintiți când vă povesteam de fenomenul meu salar net de 750 RON din perioada aceea), fenomenul de migrare a început să crească în amploare. Tot mai mulți medici s-au pregătit pentru varianta plecării la lucru în afara țării.

Surse neoficiale estimau eliberarea a aproximativ 300 de certificate de conformitate/lună de către CMR începând cu 2010. Într-un interviu acordat la data respectivă, Cseke Attila (Ministrul Sănătății) estima că între anii 2007-2010 s-au eliberat aproximativ 9.000 certificate de conformitate, iar fenomenul acesta al migrației forței de muncă se va prelungi și în următorii 10-15 ani. (Realitatea.net (2010). Ministrul Sănătății: Migrația medicilor va continua în următorii 15-20 de ani [Minister of Health: MDs' migration will continue for the next 15-20 years]. Realitatea.net, 12 August 2010 (http://www.realitatea.net/ministrul-sanatatii-migratia-medecilor-va-continua-in-urmatorii-15-20-de-ani_729148.html, accesat în 15 noiembrie 2010).

Și a avut destulă dreptate, întrucât numărul total al certificatelor solicitate începând cu 2010 a fost constant de aproximativ 3.000 de certificate anual. Anul trecut doar 5 certificate ne mai despărțeau de pragul critic de 3.000 (s-au eliberat 2.995 de certificate în 2013). Cei mai mulți medici care au plecat din România în 2013 au fost medici generaliști (766), medici de familie (327), chirurghi (200), obstetrică-ginecologie (148) și psihiatri (144).

Țările preferate de aceștia au fost Germania (729 medici), Franța (395 medici) și Anglia (377 medici). De asemenea, Belgia (174 medici) și Irlanda (113 medici) se află în top 5 al preferințelor specialiștilor. În schimb, Spania și Italia sunt țările în care aleg să meargă cei mai puțini medici români: doar 15 au ales Spania și 24 Italia.

Numărul total de certificate emise în perioada 2008-2013 se ridică la 13.872 (1.155 în 2008, 1.401 în 2009, 2.879 în 2010, 2.982 în 2011, 2.460 în 2012 și 2.995 în 2013). (Sursa: <http://www.cmr.ro/migratia-medecilor/>, apărut în 24 februarie 2014, accesat august

2014). Conform acestor date, rata migrației medicilor din țara noastră ar fi de 9% față de media europeană, care este de 2,5%.

Presa estimează că în toți acești ani au plecat din țară 14.000 de medici (13.872 mai exact), însă nu există o autoritate care să măsoare acest fenomen și să aibă o situație reală și exactă. Emiterea certificatelor nu înseamnă neapărat ca medicul respectiv va și părăsi țara, sau poate nu în același an. La fel, nu știm câți rezidenți au întrerupt rezidențiatul pentru a-l începe în altă țară. Un alt indicator interesant de urmărit ar fi numărul absolvenților de Medicină care pleacă direct în altă țară pentru a începe rezidențiatul și nici nu se mai obolesc să dea examenul aici.

Așa că, din punctul meu de vedere, datele prezentate nu pot fi de încredere atâta timp cât nu sunt corelate cu datele obținute de la firmele de recrutare, cât și de la instituțiile din țările în care aceștia își desfășoară activitatea. Mai mult, nu avem o situație exactă a medicilor care s-au întors fiindcă nu toți pleacă definitiv din țară, mulți dintre ei caută slujbe temporare.

Conform sursei Mediafax, președintele Colegiului Medicilor din România, prof. dr. Vasile Astărăstoea, a declarat că în țările UE lucrează 21.000 de medici, care au început să plece din România din 1990. „Dintre aceștia, 14.100 de medici au plecat de la 1 ianuarie 2007.

În Franța, sunt 4.300 de medici români care reprezintă 60% din totalul medicilor străini care lucrează în această țară, în Marea Britanie sunt circa 4.000 de medici români, pe locul doi după medicii indieni, în Belgia sunt 2.600 de medici români, iar în ultimii trei ani, după o politică agresivă din partea Germaniei, sunt 3.100 de medici în această țară, urcând de pe locul 7 pe locul 3 într-un top al medicilor străini care lucrează aici”, a spus președintele CMR. Sursa (<http://www.mediafax.ro/social/astarastoea-romania-a-cheltuit-3-5-miliarde-de-euro-pentru-pregatirea-medicilor-care-lucreaza-in-eu-12520382>, publicat la 24 aprilie 2014, accesat august 2014).

„Noi am cheltuit pentru toți medicii care au plecat 3,5 miliarde de euro numai pentru educație, liceu, facultate, rezidențiat. Nu punem în calcul faptul că sistemul a rămas deficitar și nu am primit din partea țărilor care și-au rezolvat problema de sănătate nici măcar un euro înapoi”, spune în continuare dl. Astărăstoea.

Genul acesta de afirmații mă fac să mă simt precum un fotbalist vândut de clubul la care activează la o echipă din străinătate. E un sentiment onorant. „O evaluare care s-a făcut arată că, în țările puternic dezvoltate economic, 50% din posturile de medici vor fi vacante. Producția universităților de medicină din aceste țări poate să acopere 11%, deci rămân aproape 40% din posturi vacanțe, asta echivalează cu 150.000 de posturi de medici vacante în toate aceste țări. Unitățile medicale vor veni și vor lua medicii din România fiindcă e o țară membră UE, iar formalitățile de angajare sunt mai simple, iar școala medicală românească e în continuare cunoscută și recunoscută”, a explicat președintele CMR. Sursa (<http://www.mediafax.ro/social/astarastoe-romania-a-cheltuit-3-5-miliarde-de-euro-pentru-pregatirea-medecilor-care-lucreaza-in-ue-12520382>, publicat la 24 aprilie 2014, accesat august 2014).

Un articol apărut în „The Guardian” pe 7 februarie 2014 (Sursa: <http://www.theguardian.com/world/2014/feb/07/romanian-health-service-crisis-doctors-uk>), denumit „Romanian health service in crisis as doctors leave for UK and other states”, prezintă câteva date legate de numărul de medici români care lucrează în Anglia (Sursa: http://www.gmc-uk.org/doctors/register/search_stats.asp). Românii sunt în număr de 2.253, reprezentând astfel 2,8% din totalul medicilor în Marea Britanie. Nu e o sumă extraordinar de mare, având în vedere că Germania are 3.245 medici (deși au salarii civilizate în țara lor, nu?) și suntem de asemenea întrecuți ca număr și de Italia (3.270), Grecia (3.308), Nigeria (4.308), cât despre India nici nu are sens să mai vorbesc (25.040, totalizând 9,8% din totalul medicilor care lucrează în Marea Britanie). Așadar, nici vorbă de „medicii români pe locul doi după medicii indieni”... Pentru aceia dintre voi care sunt interesați să afle mai multe date statistice, puteți accesa sursa de mai sus.

În același articol este prezentat și cazul unui rezident neurochirurg care provine din Târgu-Mureș (regiunea din nord, vă amintiți datele primelor valuri de medici plecați încă din 2007, 2008?). „*But for doctors like Dorin Gherasim, a 28-year-old neurosurgical resident from Târgu Mureș in the north of country, this is unlikely to stop the exodus. «This really feels like a crisis», said Gherasim, who earns €400 a month. «Any medical resident my age is thinking about emigrating.*

Germany, France, the UK. You can work there and have a decent salary - who wouldn't want that?»” (Sursa: <http://www.theguardian.com/world/2014/feb/07/romanian-health-service-crisis-doctors-uk>). Și pentru aceia dintre voi care caută o sursă mai academică pentru aceleași informații, le recomand articolul din British Journal of Medicine (Sursa: <http://www.bmj.com/content/348/bmj.g430>) în care în principiu sunt reluate aceleași date, aceeași situație (BMJ 2014; 348 doi:<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.g430> (Published 22 January 2014) Cite this as: BMJ 2014;348:g430).

Până una-alta, sistemul medical, cât și țara noastră sunt conduse ad-hoc, strategiile arătând mai degrabă a improvizații. Motivul? Calitatea mediocră a liderilor noștri politici. Avem o economie capitalistă declarată, însă fără rigorile capitalismului. De ce suntem în situația asta, nu știu răspunsul.

Care sunt motivele pentru care pleacă medicii?

Conform Health Professional Mobility and Health Systems, Evidence from 17 European Countries (Sursa: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/152324/e95812.pdf, accesat în august 2014, cap 16.7 - Factors influencing health professional mobility), cele mai importante motive pentru migrarea medicilor sunt:

1. Salariile mai scăzute decât în alte profesii non-medicale din România (*de exemplu, judecătorii, domeniul IT, domeniul bancar*).
2. Statut social nesatisfăcător (*și aici mulțumirile speciale merg către presa care nu ratează nicio ocazie pentru a pune medicii la zid, însă niciodată nu vorbesc despre lipsa de direcție a sistemului de sănătate, managementul prost al fondurilor, lipsa contribuțiilor pentru sănătate etc.*).
3. Lipsa posibilităților de avansare în carieră (*într-un spital județean lipsit de dotări, ce evoluție profesională poți să îți imaginezi?*).
4. Discrepanța între sarcinile pe care trebuie să le îndeplinească și nivelul dotării din spitale. Acest motiv este foarte serios

- întrucât de la lipsa materialelor din spitale (și aici vorbesc despre antibiotice și seringi, nu cine știe ce tomograf ultramodern) până la acuzațiile de malpraxis este doar un singur pas. Cine vrea să muncească într-o asemenea presiune, fiind și prost plătit în același timp?
5. Promovarea intensă a oportunităților de muncă în diferite țări din Europa în toate mediile - internet, presă, chiar și telefoane primite direct de la recrutori.

Ce rămâne în urma medicilor care pleacă?

Pentru locuitorii din marile orașe, această plecare a medicilor nu înseamnă o problemă, întrucât aici există o competiție mare pentru posturi, însă lipsa medicilor în mediul rural este o problemă reală. Un studiu NCOEHIS publicat în anul 2006 (Sursa: Pertache I., Ursuleanu D. (2006). *Population coverage with health personnel at primary care level*. Bucharest, National Centre for Organising and Ensuring the Health Information System) prezintă o situație critică în privința acoperirii serviciilor de sănătate în mediul rural: în 2005, 95 de localități din România nu aveau nici măcar medic de familie, în timp ce în zonele urbane această problemă nu există. La fel, în alte localități nu există specialități importante precum: anatomie patologică, boli infecțioase, gastroenterologie, hematologie, nefrologie, urologie.

Lipsa dotărilor împreună cu lipsa motivației salariale pentru viitorii specialiști le vor menține în continuare la fel de lipsite de acces la servicii medicale.

„Spre exemplu, România deține primul loc în Europa la mortalitatea cauzată de întreruperi de sarcină, în ciuda metodelor contraceptive tot mai numeroase, astfel că la noi în țară se face un avort la fiecare cinci minute, cu un total de 400 de asemenea intervenții, la cerere, pe zi”. Mai grav, susțin specialiștii, e faptul că foarte puține femei din România au beneficiat de vreo formă de educație sexuală sau a reproducerii, motiv pentru care 84% dintre româncele aflate la vârsta fertilă consideră că „statul se face vinovat de numărul alarmant de mare de avorturi din România”. Cifrele

apar într-un studiu recent al Institutului pentru Politici Publice (IPP), care mai relevă că 47% dintre românce nu au fost niciodată la un control de specialitate, de unde și creșterea alarmantă a numărului de cazuri de cancer de col uterin, care ne plasează tot pe un fruntaș loc 1 la nivel european. România ocupă locuri fruntașe în Europa și în ceea ce privește rata avorturilor primitive, altă poziție îngrijorătoare pe care țara noastră o ocupă fiind cea legată de numărul mare de bolnavi cu hepatită B și C.

Mai exact, cifrele Organizației Mondiale a Sănătății ne situează pe poziția întâi în Europa, cu circa 600.000 de români infectați, dintre care 80%-90% cu hepatită C în fază cronică. Cu toate acestea, cel mai recent raport lansat de Asociația Europeană a Pacienților cu Boli de Ficat (ELPA) arată că România se situează pe ultimul loc din 30 de state europene în ceea ce privește accesul pacienților cu hepatită la tratament și servicii medicale specializate, primele locuri fiind ocupate de Franța, Suedia și Slovenia.

Nici la capitolul bolnavi de tuberculoză România nu stă foarte bine, având aproximativ 1.500 de români care suferă de o formă de tuberculoză rezistentă la tratamentul clasic, ieftin. Totuși, peste 20.000 de bolnavi sunt diagnosticați anual cu această patologie, care îngrijorează nu doar specialiștii români, ci și pe cei din Europa. Considerată adesea o boală a trecutului sau una restrânsă la comunitățile marginalizate, tuberculoza implică anual costuri directe de peste 500 milioane de euro pe regiune și alte 5,3 miliarde de euro pierderi de productivitate.

Referitor la incidența bolilor de inimă, acestea afectează din ce în ce mai mulți cetățeni români. De altfel, bolile cardiovasculare rămân, în continuare, principala cauză de deces atât în România, cât și în Europa.

Nu în ultimul rând, România ocupă ultimul loc în Europa la prevenirea gripei, cu toate că Institutul Cantacuzino ar putea produce, începând din acest an, vaccin antigripal care ar putea ajunge și în alte state europene, institutul fiind considerat o unitate strategică de către Guvern. (Sursa: http://adevarul.ro/news/societate/sanatatea-romania-nivel-european-poporul-roman-unul-cele-mai-bolnave-europa-1_5225996dc7b855ff563e837f/index.html, publicat la 3 septembrie 2013, accesat în august 2014.)

Deși foarte importante, profilaxia și prevenția în domeniul sănătății sunt subfinanțate. La nivelul UE doar 3% din bugetul sănătății este alocat pentru astfel de proiecte, iar în țara noastră doar 1%. Oricum avem procentul din PIB pentru sănătate printre cele mai mici din Europa (4% din PIB în România față de 10% cât alocă Franța), ce mai înseamnă 1% din el?

În ansamblu, previziunile generale nu sunt greu de făcut: lipsa accesului la servicii de sănătate va duce la o creștere a morbidității și mortalității pe plan local, iar cazurile complicate/acute care au nevoie de spitalizare vor fi adresate centrelor mari din spitalele cu echiparea corespunzătoare (și aici, din păcate, nu pot lua în calcul toate spitalele județene), ducând la sufocarea multor centre din orașele mari. Pacienții sunt cei care vor avea de pierdut, deși toată presa va arăta cu degetul doar spre medici. În condițiile în care nu există condiții, ca să mă exprim așa, ce îți poate rămâne de făcut într-un spital de provincie? Fie te descurci cu ce ai la dispoziție, fie trimiți către centrele mari, unde cei care primesc cazul se arată de multe ori scandalizați că „l-au trimis la București doar pentru atâta lucru”. Așa este, pare absurd, dar ce poți face când nu ai materiale și instrumente?

Pe termen lung, vei acumula o mulțime de frustrări și te vei deprofesionaliza. În rest, nimic deosebit.

Vindecarea începe cu sistemul de sănătate sau „Momentul de maximă naivitate”

Dacă tot am anunțat că urmează un moment de maximă naivitate, pot să îl exprim fără teamă că voi fi judecat. În viziunea mea, rezolvarea problemelor începe cu stoparea corupției din sistemul de sănătate, cât și cu gestionarea corectă a resurselor.

Diagnosticul nr. 1. Managementul financiar lipsit de transparență. Fondurile strânse pentru sistemul de sănătate sunt folosite într-un mod greu de deslușit. Sănătatea primește și așa un procent redus din bugetul de stat: în 2012, bugetul alocat Sănătății a reprezentat circa 3,9% din PIB, iar în 2013 a crescut până la un nivel de 4,5%. Cheltuielile cu sănătatea ale Franței și Belgiei, raportate

la PIB, sunt de 11%, potrivit revistei britanice „*The Economist*”. De asemenea, Elveția, Canada, Germania și Austria alocă Sănătății între 10 și 11% din PIB pe an. De departe însă, SUA cheltuiesc cei mai mulți bani cu sănătatea - circa 16% din PIB. Pentru aceia dintre cititori care posedă cunoștințe avansate de economie, le recomand articolul următor, <http://cursdeguvernare.ro/sanatatea-2014-si-banii-ei-bugetul-scade-cheltuielile-cresc-subventiile-urca-la-07-din-pib.html> (accesat august 2014), în care se explică faptul că în 2014, în Sănătate va fi un buget redus, dar cheltuieli crescute. Și până la urmă ce ar trebui să facem cu toții, să abandonăm medicina câțiva ani timp în care să studiem științe economice pentru a înțelege ceea ce nu e de înțeles, adică managementul mediocru al resurselor financiare?

Diagnosticul nr. 2. Schimbarea frecventă a conducerii și lipsa unei strategii urmate pe termen lung. Miniștrii sănătății, împreună cu echipele lor, se schimbă des, fiecare propune o reformă care nu apucă să își arate rezultatele. Singurele strategii profitabile sunt cele pe termen scurt, legate de achiziții, de felul în care se iau comisioanele. Când un ministru greșește, ce pățește? Își cere scuze, își dă demisia și gata. Dacă toți medicii ar greși operațiile, ar scăpa doar cu scuze și zâmbete?

Diagnosticul nr. 3. Distrugerea arhitecturii sistemului spitalicesc, fără reconstruirea ei. Amintiți-vă ca în urmă cu câțiva ani se desființau spitale fără a se face vreun studiu în prealabil. Încă din 2009, ministrul sănătății de la data respectivă estima că avem de trei ori mai multe spitale decât este necesar, adică 150 de unități. La momentul respectiv se dorea comasarea a 111 spitale, respectiv 71 de unități pentru reprofilare în policlinici sau cămine pentru bătrâni.

După două luni de la această hotărâre au fost închise 67 de unități, pacienții alegând între a merge la un spital și mai îndepărtat sau la a nu mai merge nicăieri. Partea distractivă abia acum începe, întrucât această reorganizare a spitalelor urma să genereze scoaterea din circuit a 4.800 de paturi de spital (Sursa: <http://www.wall-street.ro/articol/Economie/102491/Reforma-sistemului-sanitar-Cat-de-necesara-este-desfiintarea-spitalelor.html> accesat august 2014).

„România are cea mai mare densitate de paturi de spital la mia de locuitori din Uniunea Europeană”, a spus președintele Traian Băsescu, într-o conferință la Covasna (Sursa:

<http://www.mediafax.ro/social/basescu-sustin-programul-initiat-de-ministrul-cseke-vreau-sa-cred-ca-este-doar-un-inceput-8165181>).

Însă o statistică publicată în 2009 de către Eurostat (Sursa: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=1&language=en&pcode=tps00046>, accesat august 2014), organismul oficial de statistică al Uniunii Europene, arată că România se află pe locul al 11-lea din toate cele 27 de state membre în privința numărului de paturi de spital la 100.000 de locuitori. Nu e rău, nu?

Astfel, în România erau 657,4 paturi la 100.000 de locuitori, cu mult mai puțin față de Germania, cu 820,3 paturi sau decât Ungaria - 705. Cele mai puține paturi de spital înregistrau la acea dată state precum Cipru (377,2), Portugalia (336,8) sau Marea Britanie (336,7), pe când media europeană se situa la nivelul de 684,8 paturi/100.000 de locuitori. În 2009 în România erau, în medie, 6,9 paturi de spital la mia de locuitori, conform Institutului Național de Statistică.

În privința numărului de spitale raportat la 100.000 de locuitori, România stătea mai prost față de media europeană, potrivit unei statistici a Federației Europene a Spitalelor și Serviciilor Sanitare (Sursa: http://www.hope.be/03activities/quality_eu-hospitals/key_figures/02-number_of_hospitals.pdf). Astfel, în 2006 în România erau 1,94 de spitale la 100.000 de locuitori, pe când media la nivel de UE era de 2,97 spitale. Este ceva care îmi scapă? Iarăși nu suntem hotărâți: avem prea multe spitale sau prea puține?

Diagnosticul nr. 4. Plățile informale (șpaga). Oricum s-ar vedea din afara sistemului medical („lasă, bă, că medicii iau bani, știu eu”), plățile informale nu sunt agreate de medici, toți își doresc un salariu oficial, satisfăcător, corespunzător activității efectuate. De fiecare dată când se pune problema majorării salariale, conducătorii țării spun același lucru: „Nu se poate în momentul de față și nici în viitorul apropiat”. Așadar, descurcați-vă cum puteți! Evident că toată lumea știe despre acest fenomen, care este tolerat și încurajat de către pacienți.

Am pus patru diagnostice serioase mai sus. Care este tratamentul? Care sunt așteptările de viață ale pacientului de mai sus (adică sistemul de sănătate)? Momentul de maximă naivitate vine când încerc să îmi imaginez rezolvarea acestor probleme: un

guvern competent și dedicat, spitale construite strategic în țară, manageriate corect (fără parazitoze de tip contracte cu firme de pază, curățenie, farmacia de la poarta spitalului, dar pe secții cu lipsă acută de antibiotice și materiale sanitare), echipate decent, salarii decente ale medicilor.

Am păstrat aceste „diagnostice” pentru finalul acestui capitol în care am încercat să ofer o imagine de ansamblu asupra managementului sistemului sanitar pentru a vă ajuta să înțelegeți cât de cât ce se petrece. Nu am pretenția că sunt vreun analist sau specialist în asemenea domeniu, doar am încercat să pun cap la cap informații din mai multe surse, cât mai oficiale și echidistante, lăsând concluziile să vină de la sine. Puteți să le considerați drept nemulțumirile mele exprimate public.

Concluzia? Lipsa unor politici coerente care să eficientizeze producția și distribuția de medici la nivel național, cât și crearea unor oportunități de muncă pe plan național sunt principalele motive pentru un asemenea număr-record de medici care aleg calea muncii în afară, sunt lucruri evidente pentru oricine.

CAPITOLUL VII

Managementul carierei

Time management = life management

Există o sumedenie de cărți scrise pe tema asta, în mediul de afaceri se organizează adevărate cursuri pentru înțelegerea și aplicarea acestui concept. Eu am să vă expun varianta simplă, ușor de înțeles: viața voastră este egal timpul pe care îl aveți la dispoziție. Când timpul expiră, murim, așa este de simplu. Așa că modul în care vă alocați timpul este modul în care vă construiți, de fapt, viața. Time management = life management. Restul e bullshit. Timpul vostru se duce în direcția priorităților voastre. „Dar știi cum e, că sunt foi de internare și de externare de făcut și trebuie să faci și munci care nu sunt plăcute, asta e, nu ai încotro”. Din partea mea aveți toată înțelegerea. Însă ghici ce? Nimeni nu dă doi bani pe scuzele voastre. După ce trec anii, rămâi cu ceea ce ai făcut cel mai mult: foi, vizite, operații, discuții de caz, timp pierdut la cafea etc.

Credeți că va veni vreun pacient vreodată să îl diagnosticați/ operați/îngrijiți doar pentru că faceți foile extraordinar de bine? Ați auzit vreodată vreun pacient să meargă la un medic și să îi spună „vreau să mă operați dvs. fiindcă am auzit că sunteți un ajutor foarte bun?” Să fim serioși. Puteți să vă faceți un jurnal pe o săptămână și să vă notați în el cum v-ați petrecut timpul, per total. Sau în acel caiet de monitorizare a pregătirii în cadrul specialității voastre chirurgicale/medicale pe care l-ați primit în anul 1 de rezidențiat.

Ce ați făcut la muncă, din sarcinile îndeplinite acolo câte vă ajută la formarea profesională și câte sunt doar timp irosit, cum v-ați petrecut timpul după ce ați ajuns acasă. Timpul este singura resursă nerecuperabilă. S-a dus și aia a fost. Nu vom rămâne tineri la nesfârșit și nici performanțele fizice nu vor fi mai bune pe măsură

ce îmbătrânim. Oamenii bogați își cumpără timp plătindu-i pe alții să se ocupe de diferite sarcini pentru că ei să se poată concentra pe activitățile care aduc și mai mulți bani sau pur și simplu pe ceea ce este cu adevărat important pentru ei, lucrând pentru EI, nu pentru alții. Așadar, prețuiți-vă și voi timpul.

O scurtă povestioară: în septembrie 2013 am dat un examen de abilități în laparoscopia urologică la nivel european (EBLUS - European Basic Laparoscopic Urology Skills). Existau mai multe probe care trebuiau terminate într-un timp standard. Exersasem pentru acel examen încă din primăvara anului, când mă aflam în Germania cu bursă de studiu pentru chirurgia laparoscopică urologică. În clinica respectivă aveau un laborator cu instrumentele necesare pentru exercițiu. La noi, din păcate, nu există. În cele câteva luni de când m-am întors în țară (din iunie până în septembrie, când a avut loc examenul) nu am mai avut unde exersa și am mers foarte încrezător că voi reuși din prima. Ei bine, am reușit să îl pic din prima.

Am fost foarte dezamăgit de mine în clipele alea. Eu, cu numeroasele mele ore petrecute în intervențiile laparoscopice, cursuri, workshopuri, lucrări prezentate la congrese? Eu să pic examenul? Mă simțeam precum Xerxes în filmul „300”, secvența de final. Un prieten, în încercarea de a mă încuraja, mi-a zis la aflarea veștii: „Nu e nimic, Ștefane, dacă era concurs de ținut camera sigur îl luai!”. Bang! Adevărul tocmai m-a lovit în față! Un exemplu mai bun pentru a ilustra tot ce am spus mai sus nu cred că am. Pentru că din sutele de ore petrecute în operații laparoscopice, 99% le-am petrecut ținând camera, iar în timpul în care aș fi putut să mă antrenez la un simulator... ei bine, nu am avut un simulator. Vedeți cât de jalnic sună toate explicațiile și scuzele?

Regula celor 10.000 de ore

La primul congres de internațional urologie la care am participat (World Congress of Endourology, Munchen, în 2009, anul I de rezidențiat) am asistat la o sesiune dedicată educației rezidenților, în care se vorbea în mod special despre importanța simulatoarelor în laparoscopia urologică. În cadrul unei prezentări susținute de o

cercetătoare din SUA, aceasta a făcut o paralelă între simulatoarele piloților de avion și cele chirurgicale, desigur subliniind că ultimele mai au o cale destul de lungă de parcurs până să poată reproduce în condiții cât mai realiste o intervenție laparoscopică. Pe lângă un simulator bun mai există un alt factor esențial în obținerea performanței: numărul de ore de exercițiu. A făcut referință la o carte pe care am citit-o în timpul cel mai scurt posibil de la aflarea ei și pe care v-o recomand oricând: Malcom Gladwell - *Excepționalii (Outliers, titlul original)*. În această carte sunt analizați oamenii de succes din mai multe domenii: sport, muzică, IT.

Am să mă opresc asupra unui capitol, poate cel mai relevant pentru meseria noastră, și anume Regula celor 10.000 de ore. Este prezentat pentru început un studiu făcut la începutul anilor '90 de către psihologul K. Anders Ericsson și de încă doi colegi de la Academy Music of Berlin. În cadrul aceluși studiu s-au împărțit studenții la vioară în trei categorii: violoniștii considerați vedete, cu potențial de a ajunge soliști de talie mondială; a doua categorie îi cuprindea pe cei considerați buni; ultima categorie îi conținea pe studenții cu șanse reduse de a cânta vreodată la un nivel profesionist. S-a pus aceeași întrebare fiecărui student: „*De-a lungul întregii tale cariere, încă de când ai luat pentru prima oară vioara în mână, câte ore ai exersat?*”. Toți studenții s-au apucat de cântat în jurul aceleiași vârste, de la 5 ani.

Până la 8 ani au exersat în medie toți cam două-trei ore pe săptămână. Studenții care s-au dovedit cei mai buni au continuat în timp să exerseze din ce în ce mai mult: 6 ore pe săptămână până la vârsta de 9 ani, opt ore pe săptămână până la vârsta de 12 ani, 16 ore pe săptămână până la vârsta de 14 ani, ajungând ca la vârsta de 20 de ani să exerseze mai bine de 30 de ore pe săptămână. Însumate, orele ajung undeva la cele 10.000. Violoniștii din grupul considerat bun aveau undeva la 8.000 de ore, iar cei din ultimul grup la numai 4.000 de ore.

Studiul a continuat și cu studenții la pian din cadrul academiei și concluziile au fost asemănătoare. Paradoxal, nu s-a descoperit niciun copil superdotat care să se claseze în primul grup, dar fără să depună un mare efort în acest sens. „Dar stai puțin, uite exemplul lui Mozart!”, ar spune cineva. Mozart a fost genial cu vioara, nu? Ei

bine, tot din același capitol aflăm că Mozart a început să compună muzică la vârsta de 4 ani, însă, așa cum sunt prezentate lucrurile în cartea psihologului Michael Howe, *Genius Explained*: „După standardele marilor compozitori, lucrările timpurii ale lui Mozart nu sunt prin nimic ieșite din comun. Se crede că au fost scrise de tatăl său și, posibil, îmbunătățite ulterior. Multe dintre compozițiile lui Wolfgang din copilărie, cum sunt primele șapte din concertele sale pentru pian și orchestră, sunt în mare parte lucrări de inspirație largă. Dintre concertele care reprezintă fără dubiu geniul lui Mozart, primul considerat acum o operă de artă (Nr.9.K.271) nu a fost compus înainte de vârsta de 21 de ani: vreme la care Mozart deja compunea concerte de mai bine de 10 ani”.

Concluzia studiului prezentat mai sus? Odată ce erau admiși într-o școală de top, ceea ce îi distingea pe studenții din cele trei categorii (având aceiași profesori și aceleași materii predate) nu erau decât numărul de ore exersate. Întregul studiul și teoria psihologului le puteți studia în amănunt în următorul link: [http://graphics8.nytimes.com/images/blogs/freakonomics/pdf/DeliberatePractice\(PsychologicalReview\).pdf](http://graphics8.nytimes.com/images/blogs/freakonomics/pdf/DeliberatePractice(PsychologicalReview).pdf). Pentru aceia dintre voi care sunt pasionați/obsedați de studiul succesului și al oamenilor de succes vă recomand cartea „*The Cambridge Handbook of Expertise and Expert Performance*” (Autori: K. Anders Ericsson, Neil Charness, Paul J Feltovich, Robert R. Hoffman) apărută în 2006. Conține 900 de pagini de analiză a oamenilor de succes din 15 domenii. Evident, vă recomand capitolul 19 - „*Expertise in medicine and surgery*”. Nu veți găsi acolo nicio scurtătură către succes sau vreo formulă magică, ci mai multe studii și concluziile lor. Până una-alta, tot exercițiul rămâne de bază în evoluția viitoare.

Importanța logbook-ului

Dar la ce folos introducerea de mai sus? Fiindcă în cele ce urmează o să discutăm despre autoevaluarea voastră profesională. Pentru cei care își amintesc, la începutul rezidențiatului ați primit un caiet de monitorizare a pregătirii în specialitatea aleasă de voi, atât chirurgicală, cât și medicală. Voi continua să vorbesc punând accent pe specialitățile chirurgicale întrucât aici înțeleg mai bine

ce se petrece. Așadar, înapoi la caiet. Pe lângă caiet veți mai primi și un curriculum de pregătire în specialitatea voastră. Acolo sunt sumarizați pașii pregătirii voastre teoretice și practice în fiecare stagiu din rezidențiat. Mai pe scurt: ce trebuie să învățați teoretic și ce trebuie să știți să faceți.

În cazul meu (specialitatea urologie, curriculum-ul din 2009), în cadrul stagiului de Chirurgie Generală, având o durată de 8 luni, ar fi trebuit să efectuez 130 de intervenții chirurgicale ca operator principal (adică mâna întâi). Dintre acestea, cele mai dificile intervenții (le numesc dificile întrucât pentru a le duce la bun sfârșit necesită stăpânirea mai multor gesturi chirurgicale precum disecția, manipularea țesuturilor moi, ligaturare, sutură, anastomozare etc.) sunt hemicolecomiile, în număr de 10 (presupun că din acestea 5 ar trebui să fie pe partea stângă și 5 pe dreapta, dar să nu exagerez).

Nu am reușit să găesc date concrete despre parcurgerea curbei de învățare a acestei operații, însă un lucru este sigur: până să ajungi la momentul în care parcurgi această intervenție cap-coadă ca operator principal îți trebuie mai multe cazuri abordate. Nu e ca și cum vii în centru direct pregătit și singura ta grijă este să bifezi cele 10 operații în opt luni. În abordarea laparoscopică aceeași intervenție necesită aproximativ 35 de cazuri pentru a parcurge această curbă, conform unui studiu (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23574845>), deși datele respective nu sunt cele mai satisfăcătoare.

Este normal să participi întâi la operații ca ajutor, învățând/perfecționând treptat câte un gest chirurgical la fiecare intervenție, apoi realizând diferiți timpi operatori principali și în cele din urmă fiind tu operator principal de la început și până la sfârșit. Câte hemicolecomii „eșuate” (adică supravegheat de chirurgul principal care să poată prelua operația în momentul în care te poticnești) trebuie să faci până să îți iasă una bine de la început la sfârșit? Mi-aș dori să vă ofer date concrete legate de curba de învățare în procedura aceasta, însă din păcate nu am găsit. Dar cred că bunul-simț vă dictează și vouă că nu veți avea când să realizați toate aceste operații în intervalul de 8 luni.

Nu exagerez, dar sunt și chirurghi primari care nu fac numărul respectiv de intervenții în 8 luni. Și ce se întâmplă dacă în cele 8 luni nu apuci să faci toate operațiile necesare? NIMIC, mergi mai departe.

Înainte de examenul de specialitate ce se întâmplă dacă nu ai caietul completat? NIMIC, fiindcă nu verifică nimeni. Examenul de specialitate verifică doar cunoștințele teoretice, iar în cadrul probei practice ești implicat mai mult sau mai puțin într-o intervenție chirurgicală (participi, ești întrebat diferite lucruri și cam atât). Până la urmă ceea ce ar conta la realizarea ta profesională este munca din anii de rezidențiat în care se presupune că trebuie să îți însușești abilitățile chirurgicale, o muncă realizată în mod constant.

Dacă în toți acești ani ai avut noroc să lucrezi cu vreun medic care să te învețe ceva (adică să te lase să operezi supravegheat și corectat), atunci felicitări! Dacă te mai și lasă să faci câte ceva ca operator principal, e cazul să îi construiești o statuie. Cât despre restul care nu au nici pile, nici noroc, nu le rămâne prea mult decât să învețe ce pot, să facă atât cât le este permis și să se gândească ce naiba au de gând să facă cu viețile lor. Suntem precum în vestul sălbatic în care fiecare își caută propriul noroc.

Eu am avut destulă conștiinciozitate să completez caietul de monitorizare a pregătirii în cadrul stagiului de Chirurgie Generală și în afară de participarea la numeroase operații ca ajutor (mâna a 3-a și mâna a 2-a) și o grămadă de cateterizări uretrovezicale, cam asta a fost tot. După aia nu i-am mai acordat atenție întrucât am înțeles cum stau lucrurile. Legat de numărul de operații din specialitatea mea, lucrurile sunt aici supradimensionate: în anii IV și V de rezidențiat, de exemplu, ar trebui să fi efectuat 20 de cistectomii radicale. Având în vedere că există un număr constant de aproximativ 10 rezidenți (anul IV plus V) în cadrul unei clinici universitare de urologie din București, ar trebui ca în 2 ani numai aceștia să realizeze 200 de cistectomii radicale.

Dacă verificăm registrele operatorii, s-ar putea nici să nu ajungem la 200 de asemenea intervenții făcute de toți medicii din clinică în cei doi ani de zile. Nu este absurd că se cere mult, ci faptul că niciun rezident nu face nici măcar o operație de genul ăsta cap-coadă în cei 3 ani de rezidențiat dedicați urologiei (din totalul de 5 ani). Dar cistectomiile radicale reprezintă totuși o operație dificilă și rezervată centrelor cu experiență. Să zicem că „ți se iartă” ca urolog dacă nu știi să faci operația asta. Însă ce te faci în privința nefrectomiilor (*chiar și simple*) pe cale deschisă? Fiindcă și aici sunt

în total de efectuat 20 de astfel de operații (10 nefrectomii simple și 10 nefrectomii radicale). Din păcate, situația este aceeași, chiar și o nefrectomie făcută cap-coadă în acești doi ani ar însemna enorm întrucât ar face saltul de la 0% (*cât știi când nu ai făcut nicio nefrectomie*) la 75% din operație învățată după primul caz făcut (procentul este pus de către mine, nu am găsit studii care să susțină această cifră, în afară de aprecierea mea în cazul operațiilor făcute ca mâna întâi). Restul de cazuri îmbunătățesc curba de învățare, însă nu așa dramatic cum o face primul caz din listă. De aceea tot insist pe o singură operație, dar făcută „pe bune”. Nu sunt exagerat și nu mă aștept să se bifeze cele 20 de nefrectomii în cei doi ani, dar la acea singură nefrectomie țin foarte mult.

Lăsând la o parte provocarea dată de numărul de cazuri adresate clinicii, care s-ar putea să nu fie suficiente pentru a ajunge la toată lumea („dați câte o nefrectomie la fiecare să ajungă la toată lumea” ca să adaptez la o glumă mai veche), mai există și provocarea dezvoltării tehnologiei și aici mă refer la chirurgia laparoscopică, al cărei fan înrăit am fost în anii de rezidențiat. Ori dacă vrei să faci nefrectomia pe cale laparoscopică, atunci brusc există un conflict serios între cele două modalități de abordare chirurgicală.

Pentru pacient, atâta timp cât indicația chirurgicală este corectă, intervenția laparoscopică are beneficii clare, mai multe decât operația deschisă. Pentru operator, dacă a parcurs curba de învățare și stăpânește intervenția, atunci iarăși e în regulă. Și rezidentul ce poate face? Să facă o leziune intraoperatorie destul de serioasă încât să se convertească operația la chirurgia deschisă? Din fericire, dacă pot spune așa, laparoscopia urologică nu este încă destul de prezentă în toate clinicile, iar pacienții sunt suficient de ignorați și neinformați încât să nu caute și această variantă terapeutică.

Lucrurile se vor schimba în următorii ani și progresul va veni și peste noi, chiar dacă noi ne opunem cu vehemență. Dacă veți căuta pe internet „simple nephrectomy”, veți constata că primele pagini sunt pline cu rezultate legate de nefrectomiile realizate pe cale laparoscopică și diferite comparații între laparoscopie și chirurgie robotică. Însă nu toate centrele posedă aparatura necesară, cât și chirurghi instruiți în laparoscopie, așa că ultima redută, vrând-nevrând, rămâne chirurgia deschisă. Dacă nu o stăpânești, nu ești un

chirurg complet. Și în cazul apariției unei complicații intraoperatorii, dacă ești nevoit să convertești la chirurgia deschisă, atunci ce faci?

Evident că în țările civilizate tendința este de a progresa, toate clinicile caută să aibă în dotare și linii de laparoscopie, rezidenții sunt instruiți în tehnicile de bază, iar marketingul spitalelor promovează pacienților această opțiune chirurgicală. Și este foarte bine să fie așa, întrucât și voi dacă ați fi în locul pacienților, ați alege tot varianta asta. Ca și chirurghi însă, răspunsul nu mai este așa ușor de dat.

Apropo, prima nefrectomie laparoscopică a fost realizată în 1991, iar acum suntem în 2014 și în România laparoscopia urologică este folosită de rutină doar în câteva centre de urologie din țară.

Un alt număr mult supradimensionat este cel al adenomectomiilor transvezicale, în număr de 30 în același interval de timp (anii IV și V). Acum, toată lumea evită pe cât posibil operația asta întrucât are numeroase complicații, cea mai frecventă fiind sângerarea postoperatorie datorită hemostazei greu de făcut, întrebați orice urolog cu experiență și care să fie și sincer cu voi în același timp. Este rezervată adenoamelor prostatice voluminoase (indicația din cărți este de 50 cmc, însă un bun endoscopist poate opera și volume până la 80-100 cmc). Evident, toată lumea realizează operația asta pe cale endoscopică (transuretrorezecția uretrală a prostatei) - în acest fel existând un bun control al hemostazei. Cine ar vrea să își complice viața făcând operația aceasta doar pentru a instrui rezidenții? Ce pacient informat și-ar dori una ca asta, când peste tot se promovează „operația cu laser a prostatei”?

Eu cel puțin am văzut până în 5 cazuri operate astfel în anii de rezidențiat și pot să mă consider norocos doar pentru atât. În specialitatea mea, majoritatea intervențiilor se realizează pe cale endoscopică, iar cu progresul tehnologiei, trendul rămâne minim-invazivitatea. Chirurgia deschisă „mare” devine din ce în ce mai mult un subiect legat de istoria medicinei și mai puțin de practica zilnică. Sigur, privim cu admirație la chirurgii seniori care spre norocul lor (în viziunea mea cel puțin) au petrecut o bună parte din cariera operând deschis și căpătând experiență în tehnicile deschise. Dar întrucât nu mă pot teleporta în anii '70 și nici nu am vreo idee despre cum să construiesc o mașină de călătorit în timp, nu îmi rămâne decât să mă adaptez la timpul prezent.

La fel se întâmplă și cu operațiile endoscopice, unde curricula cere 100 de operații pentru tumori vezicale pe cale endoscopică (între anul IV și V) și la fel de multe transuretorezeții prostatice. Aplicând la cei 10 rezidenți constanți între anii IV-V, ar trebui ca numai aceștia să opereze 1.000 de adenoame de prostată în cei doi ani. În Olanda, de exemplu, rezidenții fac numai 20 de astfel de operații pentru tumori vezicale, respectiv adenoame de prostată în ultimii doi ani de rezidențiat. Însă sunt operațiile validate de superiori și făcute cap-coadă. Nu știu dacă este suficient pentru doi ani de zile, dar cu siguranță înseamnă mai mult decât 100 de operații cerute la noi și majoritatea realizate fictiv. Câte apucă să facă fiecare rezident ține de norocul lui și de cât de bine își convinge superiorii că poate face asta.

Lăsând la o parte tot ce am spus mai sus, pentru a bifa toată curricula de operații din rezidențiat trebuie să vă rotați continuu întrucât un singur chirurg rar abordează toată patologia (și la fel de bine) din specialitatea voastră. Poate un chirurg este pasionat de laparoscopie și nu are interes pentru alt gen de cazuri, altul, din contră, nu vrea să învețe laparoscopie și face totul deschis, unul poate fi interesat doar de cazurile oncologice, altul doar de litiază etc. La fel se petrece și în alte specialități chirurgicale. Stând lângă un asemenea chirurg nu veți reuși să vedeți decât un fragment din specialitatea voastră. Nu este rău, însă voi sunteți în formare și trebuie să vedeți și să faceți cât mai multe. Pasiunea lui nu înseamnă că trebuie să fie și pasiunea voastră.

Aici intervine partea proastă întrucât la noi în sistem nu este înțeles și nici respectat termenul de „rotation”, așa cum se întâmplă în Europa de vest. Rotația ar presupune nu doar schimbarea medicilor, ci și a clinicilor, întrucât nu toate centrele au cazuistica similară.

Acest lucru nu se întâmplă atât din motive realiste (dacă rezidenții pleacă pentru un anumit stagiu, clinica ar putea rămâne descoperită la nivel de linii de gârzi, de exemplu, sau unii chirurghi nu ar mai avea cu cine colabora etc.), cât și din motive românești autentice („dacă plec, îmi pierd locul și plicul”, „ce să caut eu la aia, că nu mă bagă în seamă” sau „dacă vin din clinica X, or să mă disprețuiască în clinica Y”). Întrebarea pentru tine la final de capitol: în ritmul în

care muncești (adică operezi acum) în cât timp vei ajunge la cele 10.000 de ore? Fă un calcul simplu: câte ore ai petrecut în sală ca operator principal pe săptămână? Împarte 10.000 la numărul de ore săptămânale și vei afla în câte săptămâni vei ajunge un profesionist desăvârșit. Reușești să faci asta până vei ieși la pensie? Sau până la propriul priveghi?

Până la urmă, poate cele 10.000 de ore nu sunt relevante ca număr pentru evoluția ta, nu poți compara cântatul la pian sau vioara cu chirurgia sau pilotatul avioanelor sau programatul pe computer. Chirurgii sunt dezavantajați aici fiindcă spre deosebire de celelalte categorii care au acces la un instrument neînsuflețit pe care îl pot utiliza la orice oră doresc din cele 24 avute la dispoziție, chirurgul are condiții limitate pentru a opera (depinde de spital, tehnologie și, mai ales, pacienți). Însă mesajul este clar: cu cât mai mult veți opera, cu atât veți deveni mai buni. Iar dacă aveți și talent, atunci veți fi indestructibili (mă rog, doar teoretic, căci mai sunt destui colegi „binefăcători” prin jurul vostru care vor ști să vă mai domolească evoluția profesională).

Așteptările angajatorilor

Nu aș fi vorbit atât despre importanța realizării curriculei din rezidențiat dacă aceasta nu ar fi avut impact atât asupra evoluției voastre profesionale personale (importanța de a te ști pe tine cât de cât stăpân pe operațiile din specialitatea ta), dar mai important decât atât este aspectul evoluției viitoare. Pentru că ghici ce, angajatorii au nevoie de oameni pe care să se poată baza, nu au nevoie să angajeze învățăcei, ci oameni care să le rezolve problemele. Ți se pare corect, nu? Tu, de exemplu, angajezi un zugrav să vopsească pereții și tavanul, nu să îți spună că ar ști să vopsească, dar trebuie să îl înveți și tu și apoi va reuși să zugrăvească singur. Îl face inutil această explicație, nu?

Ei bine, atunci când un angajator din afară este interesat de tine, îți va trimite niște formulare pe care va trebui să le completezi (inclusiv CV-ul, la care vom ajunge curând). Printre acele foi există și o fișă legată de „surgical experience”, evident. Am să atașez una din ele aici, nu voi menționa compania de la care am primit-o, însă

este una dintre cele mai serioase și mai mari agenții de recrutare din Europa pe piața de muncă din domeniul medical.

Dacă vei completa lista cu sinceritatea cu care ar fi trebuit să completezi și caietul de operații din rezidențiat, vei constata că multe din operații vor rămâne tot la numărul „0”, iar la restul de operații vor fi majoritatea „supervised”, ceea ce pentru un tânăr medic specialist este cumva de înțeles fiindcă în rezidențiat trebuia să fie supravegheat. Trecând peste momentul neplăcut legat de palmaresul vostru chirurgical (până la urmă formularul acesta nu este doar pentru proaspeții specialiști, ci și pentru un medic primar care poate vrea să lucreze în afara țării), următorul punct important îl constituie faptul că numărul de operații va face diferența între a fi angajat sau nu. Iar dacă veți fi totuși acceptat, de completarea acestei liste depinde și viitorul vostru salariu.

Așa că să nu ne mirăm dacă nu veți fi plătiți la fel ca unul de-al lor care în timpul rezidențiatului a fost pregătit conform curriculei și completează numărul de operații acolo unde voi veți pune pune „0”. Shit, asta nu e o veste grozavă, nu? Dacă nu v-ați gândit prea mult în rezidențiat la treaba asta, acum aveți oportunitatea. Vă amintiți ce spuneam în capitolul „Banii sunt doar consecința, concentrează-te pe cauză!”? Că timpul trece și ceea ce trebuie să vă preocupe este creșterea abilității voastre de a câștiga bani devenind buni profesioniști. Ei bine, timpul trece și voi ajungeți să completați o asemenea listă de care depinde viitorul vostru salariu sau mai dramatic, de care depinde angajarea voastră.

Ca un mic amuzament, mă întreb ce s-ar întâmpla dacă viitorul angajator ar vrea să vadă caietul de operații din rezidențiat completat și ștampilat, cum ar fi?

În pagina următoare puteți vedea cum arată lista de completat primită de la un recrutor important la nivel european în privința experienței chirurgicale.

CV-ul

Ah, CV-ul, această unealtă complet necunoscută pe piața medicală din România! Nici nu mă sinchisesc să vorbesc despre (in)utilitatea lui în angajarea în sistemul de stat. În afară de cariera universitară, unde dosarul de realizări conținut în CV este important,

în rest nici nu cred că are nimeni vreun CV și nici vreo idee despre cum ar trebui completat.

În general, recrutorii se uită la următoarele lucruri: numele, facultatea absolvită și poziția curentă. Asta așa, la prima vedere. Apoi, în funcție de poziția pentru care aplicați, aceștia caută realizările voastre din CV cele mai relevante pentru postul care trebuie ocupat. Nu îi interesează povestea vieții voastre profesionale, ci doar acele realizări care vă recomandă a fi cel mai potrivit om pentru nevoia lor. Mă opresc aici din a face pe deșteptul și am să vă anexez un model de CV cerut de la o altă firmă de recrutare importantă și serioasă. Singura mențiune este că mai jos este prezentat un CV general și nu un model „țintit” pentru un anumit job solicitat (de exemplu, o clinică în căutarea unui urolog cu experiență în laparoscopie, caz în care CV-ul trebuie să înceapă cu experiența în laparoscopie - numărul de operații realizate, lucrări publicate, cursuri efectuate -, chiar dacă acestea sunt realizate în ultimii ani și nu cu ele ați început cariera).

Curriculum Vitae

SPECIALITY: Urology

PERSONAL INFORMATION

Title: Ph.D., M.D., FEBU

Christian Name:

Family Name:

Home Address:

Postal Code:

City:

Country:

E-mail Address:

Telephone (home):

Telephone (mobile):

Date of Birth:

Citizenship:

Gender:

Marital Status:

Spouse's profession:

Children:

License to practice in:

Driving licence:

EDUCATION (Courses and postgraduate training)

From (year):	To (year)	Name and location (city of Department/ Clinic of University)	Subject or speciality & tutor's name	Level of course (degree, diploma certificate, etc.)
2008	2010	Medical University of xy and Department of Urology and Urological Oncology of Teaching Hospital No 4	Prof. K., Urology	Ph.D
2013		AUA Annual Meeting, San Diego, California	List of HOT and courses TBA	certificate
2012		Advanced Life Support Course	The Medical Centre of Postgraduade Medicine,	certificate
2012		Pediatric ALS Course	The Medical Centre of Postgraduade Medicine,	certificate
2011		ESU Masterclass in Urology	European Association of Urology and AAF	certificate
2011		Ultrasound diagnosis in urology - practical course	xy School of Ultrasonography and xy Ultrasonography Association	certificate
2011		First Advanced Urology College	xy Urological Association and xy Hospital	certificate
2008		Laparoscopy in Urology	The Medical Centre of Postgraduade Medicine	certificate
2007		Endourology	The Medical Centre of Postgraduade Medicine	certificate
2007		Neurourology	The Medical Centre of Postgraduade Medicine,	certificate

2007	Urological Oncology	The Medical Centre of Postgraduate Medicine,	certificate
2006	Pediatric Urology	The Medical Centre of Postgraduate Medicine,	certificate
2005	Endocrine System Surgery	Department of General, Transplant and Angiosurgery of Medical University of xy	certificate
2005	Parenteral and Enteral Allimentation	Department of Surgery and Enteral Allimentation of Medical University of xy	certificate
2004	Reconstructive Surgery and Microsurgery	xy Collegium Medicum Department of Plastic Surgery of xy University	certificate

Clinical skills, techniques, and experience

Clinical skill, technique, or type of experience		Medical condition/area of clinical practice	Years of experience
Operation theatre		Lately endourological mostly	9
Outpatients Department		Prostate biopsies, cystoskopies included	8
Management of the ward			2

Specification of the main experience	Unit a number of surgeries/ tasks per year
TURP and TURPt	90
TURbT	70
Optical urethrotomy	15
Ureterorenoscopy	260
Cystolitholapaxy	10
LVL	10
Excisio cystis renis	1
Diagnostic laparoscopic laparotomy	4
Varicocelectomy	2
Scrotal explorations (including testicular torsions and hydrocele repairs)	80
Circumcision	40
Adenorectomy (Open prostatectomy)	3
Nephrectomy (simple and radical)	1
Ureterocutaneostomy	1
Cystolithotomy	20

Ureterolithotomy	1
TVT	0
Rigid and flexible cystoscopy	150
Prostatae biopsy	70
Suprapubic cystostomy and suprapubic catheter insertion	10
Urethroscopy	70
Transabdominal ultrasound (TAUS)	100
Tranrectal ultrasound (TRUS)	120
IU/IVP	70
ESWL	50

Recent clinical work

Description of your clinical experience.

Since 2009 I have been working as a Consultant Urological Surgeon. Since 01 January 2012 I am Consultant Urological Surgeon in the Regional Specilastic Hospital in xy. Regional Specialist Hospital in xy is over 600 bed unit. The Urology Ward is part of The General Surgery Department. Urology Ward in xy is 15 bed unit run by 2 Consultants, 1 Registrar. It covers General, Trauma, Endourology and Uro-oncology. As a one of the two Consultants I am responsible for all aspects of endourological care. I have my own elective theatre lists, I run outpatient clinic and I attend emergency theatre sessions (on-call). I specialize in endoscopic management of ureteric stones, but I am also high qualified surgeon in others endoscopic procedures - especially in electroresections of the prostate, prostate tumours and bladder tumours using monopolar and bipolar resectoscopes. I am trained in ultrasonography - transabdominal as well as transrectal. I am using transabdominal scanner on every day basis and I do TRUS - guided biopsies.

**LANGUAGES
Employment**

Spoken

Written

From (year)	To (year)	Employer (Hospital, xxx, Section)	Location (City)	Position (type of Job)
2012	-	Regional Specialist Hospital in xy		Consultant Urological Surgeon
2009	2011	Community Hospital in xy		Consultant Urological Surgeon
2011	2011	N Hospital in xy		Specialist Registrar
2010	2010	xy Hospital		Specialist Registrar

2006	2009	Community Hospital in xy		Specialist Registrar
2005	2006	xy Private Hospital		Resident Medical Officer
2004	2004	Department of Angiosurgery and Angiology of xy		Registrar
2004	2004	Department of Transplant Surgery of Provincial Hospital in xy		Registrar
2003	2004	Department of General Surgery of Community Hospital in xy		Registrar
2002	2003	Department of Urology of Community Hospital in xy		House Officer
2001	2002	Community Hospital in xy		Foundation Doctor

Research

Please specify your main area of interest in research.

<p>1. Urolithiasis 2. BCG therapy in bladder cancer 3.</p>

PRESENTATIONS

Name of the publication and name of Congress.

PUBLICATIONS

Name of the author, name of the publication and the journal, year, name, pages.

International experience

Describe your international experience from, work, studies and vacations.

I had a pleasure to work as a Resident Medical Officer in Newport, Wales from November 2005 till August 2006. I also took a post of Specialist Registrar in Ninewells Hospital in Dundee, Scotland and Grimsby, England - every post 2 months accordingly.

Future plans for clinical work

Make a description of your preferred clinical work for the future.

I think I would like to focus on endourology - operative theatre sessions, outpatients clinic, haematuria clinic etc. I would like to master my skills as well as learn/acquire new ones - laparoscopic at the higher level.

Interests and hobbies

I am the 2nd level experienced scuba diver registered in CMAS – World Underwater Federation. I possess CMAS Medical Doctor certificate which is recognised all over the world. I also like backpacking and hitchhiking across Europe although I have had no time for that lately. When I am free from my professional duties at home, I pursue my favourite occupations which are RPG and RTS games and fantasy and science-fiction books.

Family

Make a description of the plans for your spouse and children if you go to Sweden. What would they like to do in Sweden?

My wife is interior decorator, although at this moment she focused her efforts on house-keeping. Both my sons are underaged - the elder would be finishing his elementary school whilst the younger is going to his first Elementary school next year

Computer skills

Excellent ; not only Windows but OS and Android. Including the most popular software like MS Office Suite, OpenOffice, LibreOffice, through medical like PACS, InSite, CentralVision, Medscape App to TCP/IP and Ethernet Networking.

Cel mai puternic motivator - responsabilitatea

Ați simțit vreodată diferența trecerii într-o operație de la nivelul de mâna a 3-a la mâna a 2-a? Ați văzut cum sentimentul de detașare (completă pentru unii) de la nivelul mesei de instrumente și vizibilitate zero în plagă se transformă în atenție vie atunci când trebuie să vă mișcați la fel de repede și să intuiți gesturile pe care le va face operatorul principal în plagă? Dar situațiile (mai rare) în care voi sunteți operatorul principal și vă doriți să faceți totul ca la carte? Când e mai educativ contactul cu pacientul: la vizita de la prima oră împreună cu tot alaiul de pe secție sau atunci când sunteți la camera de gardă și un pacient suferind va enumera toate simptomele și așteaptă de la voi o soluție?

Răspunsul îl știm cu toții. Implicarea în actul medical generează responsabilitate. Iar responsabilitatea este un motor extrem de puternic al motivației de a citi, de a opera, de a face totul mai bine. Niciodată nu se va compara cititul unui subiect doar pentru că mâine se discută un caz, chiar și cu domnul profesor, precum este cititul frenetic odată ce ai ajuns acasă atunci când ai un caz care necesită o intervenție chirurgicală sau a fost operat și în ciuda intervenției corecte, evoluția lui e totuși proastă!

Din păcate, această responsabilitate e dată în doze mici rezidentului aflat în formare. Sunt multe motive care îmi vin în minte, însă am să mă rezum la cele care țin de sistem: numărul mare de operații programate care trebuie să se încadreze într-un interval orar (sunt puțini chirurghi răbdători cu lentoarea și stângăciile unui rezident care măresc timpul operator), stresul generat de operație (majoritatea chirurgilor lasă un rezident să preia operația după ce se trece de momentul critic al aceleia, pentru că îi e teamă să nu cumva să se compromită cazul; la fel, anestezistul nu e deloc încântat de timpul operator prelungit - „*hai, bă, lasă că înveți altă dată!*”).

Restul de motive care țin de transferul responsabilității sunt de cele mai multe ori subiective: rezidentul nu pare sigur pe el (dacă nu a mai operat înainte, evident că va fi nesigur), în echipa operatorie mai sunt și alți rezidenți favorizați sau medicul preferă un anumit ajutor care îi dă un confort psihic pe durata operației etc. De-a lungul timpului motivele pe care le-am auzit pentru a nu

responsabiliza rezidentul țin mai mult de partea subiectivă și nu merită să le enumăr aici. Lipsa de responsabilizare se reflectă cel mai bine în caietul de operații pe care nimeni nu se va uita și a cărui importanță este egală cu zero.

Am să vă prezint informațiile primite de la un coleg aflat în anul VI de rezidențiat în Olanda, pe care l-am cunoscut prin intermediul EAU (European Association of Urology), despre cum decurge la ei procesul de instruire în rezidențiat. Mai jos am să vă traduc câteva fragmente dintr-un email primit de la el în care l-am rugat să îmi povestească elementele esențiale despre pregătirea studentului și apoi a rezidentului. Traducerea și adaptarea sunt făcute de mine, mailul fiind scris în limba engleză.

„Studentul este respectat, este privit ca fiind baza și viitorul. Nu i se acceptă orice, dar este realmente instruit și ajutat. Sistemul ierarhic este subtil, de exemplu, studenții au un program strict de teorie și practică, dar practica este chiar practică. Ei fac de toate în spital, sunt sunați primii la o perfuzie și sunt luați la urgențe. În policlinică văd deseori pacienții singuri, apoi discută cazurile și îi examinează cu medicul specialist sau rezidentul. Este o tradiție ca studenții experimentați să îi învețe pe cei mai neexperimentați, toți studenții fiind sub directa îngrijire a rezidenților, iar din când în când un medic specialist le ține cursuri clinice și prezentări teoretice. Studiul nu li se plătește, trebuie să împrumute bani de la stat pentru studiu și pentru a se întreține, mulți dintre ei lucrând prin restaurante sau având alte slujbe. După ce au absolvit, există o perioadă de obicei în care lucrează pe diverse secții fără a face specializare; uneori este premergător specializării, alteori pur și simplu pentru a căpăta experiență.

Rezidenții sunt acceptați după un interviu și pe criterii destul de obiective: CV-ul conține un doctorat cu afinitate pentru specialitatea respectivă, de exemplu.

Urologia durează 6 ani, din care 2 ani de chirurgie generală, 4 de urologie. Totul este regizat prin Concillium Urologicum, o echipă de profesori și conferențieri ce organizează în mare, dar și în detaliu modul de specializare. Există 7 competențe la care se uită, printre care medicală practică, comunicare, organizare, studiu științific etc. Rezidenții au un program bine determinat: 5 zile pe săptămână, gărzi,

compensații dacă au lucrat prea mult; există cerințe ce trebuie să le acopere, operații sau bucăți de operații ce trebuie să le efectueze la care se ține evidența în portofoliul personal; acesta se completează online (<http://www.med-book.nl/login>), de multe ori este de față și șeful secției pe linie de specializare.

Obligatoriu este ca de 5 ori pe an să se dea un test practic în policlinică cu specialistul lângă el, caz ce se discută; dar și practic, după operație se completează formulare în care se arată ce a făcut, la cel nivel și cum a reușit. Apoi, obligatoriu de 2 ori/an se face analiza literaturii de specialitate a unui subiect ales - așa-zisul Critical Appraised Topic. Se susține intern. Apoi au de 2 ori/an un curs obligatoriu teoretic, astfel că în 4 ani se acoperă toate subiectele urologice importante - programul acesta se desfășoară la nivel de țară. Cursuri obligatorii mai sunt și gineco-urologia, ecografia, laparoscopia. În fiecare an, la sfârșit, se dă un examen teoretic din materia parcursă; la sfârșitul ultimului an, se susține examenul EBU (European Board of Urology - un fel de examen de specialitate la nivel european a cărui bibliografie o constituie ghidul anual al asociației).

Rezidenții mai experimentați îi învață pe cei novici, iar specialiștii pe toți. Ierarhia nu prea se simte, ei primesc tot inputul necesar ca să învețe și tot ce pot să opereze fac singuri, împreună cu cineva lângă ei la operații deosebite, desigur. Totul se monitorizează. Ideea este că un specialist îi învață pe toți tot ce poate, masa se uniformizează; specialistul însuși este controlat intern o dată la 2 ani printr-un proces în care, de exemplu, 25 de pacienți își spun părerea despre el, la fel fac și 8 colegi și încă 8 lucrători din spital; apoi are un interviu și dacă nu corespunde, se iau măsuri."

Ce aș mai putea sublinia: în cadrul specializării rezidentul este responsabilizat și monitorizat. În câte clinici de la noi se întâmplă așa ceva și în câte procesul de monitorizare este organizat și uniformizat?

În noiembrie 2013 am participat (printr-un noroc sau destin, spuneți-i cum vreți) la o întâlnire a rezidenților urologi tocmai în Noua Zeelandă. Programul, numit „USANZ Trainee Week” (Urological Society of Australia and New Zealand Trainee Week), reunea rezidenții aflați în SET (Surgical Education and Training

Program) din anul I până în anul IV (*în total sunt 6 ani de SET*). Motivul era pregătirea pentru examenul la final de SET 5 - corespunzător examenului de specialitate de la noi, iar în următorul an, SET 6, urmau să lucreze ca juniori specialiști supravegheați minim în cadrul unei clinici.

Într-una din pauzele de cafea am discutat cu un rezident care urma să dea examenul în anul următor și l-am întrebat despre structura rezidențiatului în Noua Zeelandă. Mai jos aveți traducerea:

„În prezent, după absolvirea Facultății de Medicină, urmează o perioadă de *internship* de un an, timp în care faci mai multe stagii importante, de bază, apoi un an de rezidențiat, care continuă aceste rotații în disciplinele clinice fundamentale. Urmează apoi interviul pentru SET, care este competitiv și bazat pe criterii obiective. Cele mai importante sunt: **CV-ul** (30% *din notă*), referințe din partea unor medici (30%) și interviul cu comisia pentru admitere în SET (40%) (pentru mai multe informații despre procesul de selecție puteți accesa: http://www.usanz.org.au/uploads/65337/ufiles/nSET_SELECTION_REGULATIONS_2015_-_FINAL_VERSION.pdf).

Apoi ești repartizat într-un anumit stat și în cadrul fiecărui an trebuie să parcurgi mai multe stagii în diferite spitale din acel stat. Există un examen la finalul primilor 2 ani de SET și încă unul la finalul SET 5. Momentan se află în discuție dacă este nevoie să se mai introducă încă un examen la finalul SET 3. Foarte important de-a lungul pregătirii sunt și competențele, nouă la număr: *collaboration, communication, health advocacy, clinical decision making, management and leadership, medical expertise, professionalism, scholar and teacher, technical expertise* (mai multe informații despre toate acestea puteți găsi aici: <http://www.surgeons.org/becoming-a-surgeon/surgical-education-training/competencies/>).

Experiența practică la finalul pregătirii SET nu este rea, însă nu este așa de bună precum cea de acum 10 ani, deoarece acum nu mai este acceptabil să lași rezidentul să greșească pentru a învăța din aceasta. Consultanții (n.a. - oarecum echivalentul unui medic primar) sunt alături de rezidenți în timpul operațiilor până când consideră că aceștia sunt maturi din punct de vedere etnic, cât și

teoretic. Majoritatea operațiilor importante se amână pentru ultimii doi ani - SET 5 și 6.

SET 6 a fost introdus în 2009 ca an suplimentar pentru a compensa lipsa de activitate practică din anii de început. (update: pe site-ul USANZ este anunțat că, începând cu 2016, durata pregătirii se va reduce din nou la 5 ani. Există în fiecare an o evaluare locală a rezidenților, apoi la nivel național, urmând a se lua diferite decizii în funcție de problemele pe care le prezintă fiecare delegație. În cazul în care un rezident nu a obținut rezultate satisfăcătoare, poate fi pus să repete un an de SET, numit astfel „extensie”. Dacă acesta nu poate depăși problemele (care nu sunt neapărat tehnice), atunci poate fi scos din program. Și chiar se întâmplă asta! În final, pentru a intra în examenul de final, cel din SET 5, trebuie să ai acordul supraveghetorilor din clinică, întrucât cerințele comisiei de urologie la nivel național sunt ca promovarea să fie de 80-90%.”

Pentru cei interesați să afle mai multe despre examinări pot accesa următorul link: <http://www.usanz.org.au/examinations/?r=23DA78CEBD10D6E75C50E9E428067D09>, iar informații generale despre programul SET pot fi găsite aici: <http://www.surgeons.org/becoming-a-surgeon/surgical-education-training/>.

Am analizat și curricula și, surprinzător, nu există număr de operații, sunt specificate doar tipurile de intervenții care trebuie efectuate.

E cale lungă până în Noua Zeelandă, și profesională, cât și în număr de kilometri (17,527 km), dar nu strică să aflăm ce putem de peste tot. Pe site-ul European Association of Urology există un articol întreg scris de mine ca o comparație între modalitatea de examinare în cadrul examenului de specialitate de la noi din țară și examenul de la finalul SET 5. Îl puteți citi aici: <http://www.uroweb.org/?id=187&aid=770>. Articolul se numește „*Romanian urologist shares has experience of the USANZ Trainee Week*”.

În concluzie, nu cred că există un sistem de pregătire perfect în rezidențiat și nu știu dacă există vreun rezident care la finalul pregătirii să spună cu voce tare că el se simte stăpân pe sine la operațiile complexe. Ceea ce am văzut este că există țări în care rezidentul este văzut ca viitor om de bază în specialitatea sa, responsabil până la urmă de sănătatea poporului care îl va avea

ca angajat și de aceea este tratat cu importanța care i se cuvine. Rezidenții reprezintă viitorul.

Povestea lui Daniel - Mărturisirile unui medic rezident emigrant în Anglia

V-am promis că voi fi cât se poate de echilibrat de-a lungul cărții între a nu judeca prea aspru sistemul nostru de sănătate și a ridica în slăvi plecarea în afară. De aceea am citat cât mai multe surse credibile, oameni cu funcții importante și statistici publicate, cu referințele de rigoare. Mai jos am să vă ofer și povestea colegului meu, dr. Daniel Fudulu, pe care l-am cunoscut și cu care m-am împrietenit în anul I de rezidențiat în cadrul stagiului de Chirurgie Generală, unde am fost colegi timp de aproape 6 luni de zile.

«Îi mulțumesc prietenului meu, dr. Ștefan Gutue, pentru că m-a invitat să scriu câteva rânduri în cartea lui despre mine și mai ales despre experiența mea de medic rezident chirurg emigrant în Anglia.

Am intrat la Facultatea de Medicină „Carol Davila”, București, în anul 2002 cu gândul de a face chirurgie mai târziu. Primul meu contact cu sala de operație a fost în anul I, în timpul practicii de vară, unde am făcut un stagiul de Obstetrică-Ginecologie sub îndrumarea doamnei doctor Roșca la Spitalul Municipal București. În cadrul acelei secții, alături de dumneai am învățat să fac primele mele noduri chirurgicale și am asistat ca „mâna a treia” în primele mele operații. Doctorița Roșca era un clinician și un chirurg de mare finețe.

Avea darul de a te învăța tot timpul câte ceva. Avea o mentalitate de trainer. După scurt timp, cam prin anul II, am realizat că aveam nevoie să fac o specialitate „și mai chirurgicală”, dar nu știam încotro să mă îndrept. Îmi amintesc că într-o după-amiază am intrat în librăria Mihai Eminescu, de la Universitate, și am pus mâna pe o carte care mi-a schimbat destinul. Cartea se numea „Operație fără anestezie”, scrisă de domnul dr. Dumintru Pascu. Am citit această carte cu nesaț și am vrut să îl cunosc personal pe autor. Așa am avut

șansa ca anul în II de facultate să cunosc un mare chirurg din vechea generație, om înțelept și sfătuitor. Dr. Pascu era retras din activitate când l-am cunoscut.

Dar prin discuțiile cu dumnealui am realizat că fost un adevărat profesionist care nu a făcut compromisuri. În apartamentul de pe strada Dr. Arghezi am aflat din poveștile domnului dr. Pascu mai tot despre marile figuri ale chirurgiei românești din perioada interbelică și postbelică: profesorul Buțureanu, profesorul Juvara, profesorul Burghel, profesorul Setlacec etc. Pe unii dintre ei, dr. Pascu îi cunoscuse personal. Dr. Pascu m-a pus în contact cu doi chirurghi „adevărați”, așa cum dumnealui îi numea: dr. Florin Turcu și dr. Sandu Naumescu. Îmi amintesc cu drag de primul contact cu chirurgia abdominală și mai ales esofagiană prin dr. Naumescu. Dr. Naumescu era un chirurg dur, serios, dar de mare anvergură.

Retrospectiv, văzând mai multe stiluri chirurgicale, dr. Naumescu a crescut continuu în ochii mei și a avut un rol important în modelarea mea. În paralel, l-am cunoscut pe domnul dr. Turcu, cu care țin o legătură strânsă până în ziua de azi și la care aveam să ajung mai târziu în timpul stagiului meu de Chirurgie Generală. Dr. Turcu a fost inițiatorul meu în chirurgia laparoscopică și mai ales un prieten care m-a susținut și încurajat în demersul emigrării. Îl vizitez de fiecare dată când vin în România în vacanțe.

În paralel, citeam din ce în ce mai multe cărți de beletristică medicală. Îmi amintesc cu drag de cartea profesorului Tiberiu Ghișescu „**Chirurgul**”, pe care o recomand călduros tuturor celor care vor să facă chirurgie. Cred că această carte mi-a deschis apetitul către chirurgia vaselor. O altă carte care avea să îmi schimbe destinul a fost cartea generalului Traian Oancea - „Cincizeci de ani de chirurgie”. Din această carte am aflat despre marii chirurghi militari din trecut, dar și contemporani. Am aflat despre viitorul meu mentor și model în chirurgia toracică, dl profesor Teodor Horvat.

Așa se face că într-o zi, luându-mi inima în dinți, l-am abordat pe profesorul Horvat la Spitalul Militar, unde lucra în vremea aceea, după ce terminase vizita obișnuită pe secție. L-am oprit pe scările spitalului și i-am cerut permisiunea să vin în sala de operație. Nu pot să uit de acea după-amiază când profesorul opera o tiroidă retrosternală. Profesorul avea un ritm, o disecție și o delicatețe

chirurgicală care m-au cucerit și m-au făcut să realizez că aici trebuie să poposesc. Da! Așa am decis să fac chirurgie toracică. În timpul vacanțelor de vară, intram în operații complexe alături de profesor.

Am fost expus unor cazuri extrem de interesante și variate care veneau din mai toată țara. Astfel, am intrat în contact cu mai toate aspectele de patologie chirurgicală toracică: chirurgia mediastinului, chirurgia pulmonară, chirurgia esofagului și chirurgia de graniță toraco-abdominală. Așa se face că am găsit un mentor care mi-a dat încrederea că pot să fac chirurgie. Mai târziu, în anul VI, am ales ca temă pentru lucrarea de diplomă „Chirurgia pericardului”, care avea să fie punctul de pornire pentru un proiect la care am lucrat aproape 2 ani alături de profesor - cartea „Pericardul” care urmează să fie publicată în curând. Concomitent am reușit să publicăm pe Cardiothoracic Surgery Network primul articol scris de 2 chirurși români: „Pericardial Reconstruction in Thoracic Surgery”, lucrare pe care profesorul Mark Ferguson a descris-o ca „an excellent contribution”.

Tot datorită profesorului Horvat am fost singurul student la Medicină coautor în Tratatul de chirurgie toracică, unde am scris un capitol despre anatomia cavităților pleuropericardice alături de domnul dr. Adrian Ciuche. Acum eram decis să fac chirurgia toracelui, iar următorul pas era să dau rezidențiatul și să iau chirurgia toracică. De asemenea, profesorul precizase că avea să mă facă preparator, ceea ce mi-a dat și mai mult elan și motivație.

Materia de rezidențiat am găsit-o fără mare aplicabilitate practică, dar a trebuit să o învăț și am reușit să fiu printre primii 100 din aproximativ 3.000 de candidați. Asta mi-a permis să aleg chirurgia toracică fără griji. Mândria de a fi medic rezident în Chirurgie Toracică a fost temperată mai târziu de lovirea mea de realitățile sistemului. Cred că am fost orb în perioada studenției. Am avut naivitatea să cred că pot să schimb totul. Acum înțeleg că este imposibil. Trebuie să te dezvolți într-un sistem organizat, unde poți să îți valorifici abilitățile dobândite. Trebuie să crești într-un sistem medical performant ca să faci performanță.

Totuși, este esențial ca să intri devreme în contact cu oameni valoroși, personalități adevărate, nu falsuri, oameni care să îți confirme că poți să faci performanță în chirurgie. De devreme

trebuie să lucrezi alături de mari chirurghi ca să ajungi să distingi mai târziu ce e bine sau rău în chirurgie. Nu uit de unde am plecat și sunt recunoscător maeștrilor și profesorilor mei din România fără de care poate nu descopeream o specialitate atât de dinamică și plină de satisfacții precum chirurgia.

Între timp, profesorul Horvat era forțat să se mute de la Spitalul Militar la Institutul Oncologic București. Un mare chirurg pensionat forțat la 50 de ani, persecutat și umilit de conducerea de acolo. A fost primul meu semnal că, în România, competența nu este apreciată.

Rezidențiatul de Chirurgie Toracică începea cu Chirurgia Generală, așa că m-am gândit să mă duc la faimosul Spital Fundeni. Acolo am avut șansa să lucrez doar pentru două săptămâni alături de profesorul Mihnea Ionescu, „Maitre” cum i se spunea. Poate cel mai mare chirurg generalist pe care am avut ocazia să îl cunosc. Aici am fost expus chirurgiei ficatului și pancreasului, care m-a fascinat.

Cu toate acestea, atmosfera de lucru nu era plăcută. Era multă hărțuire în jurul meu. Era ceea ce englezii numesc „bullying” și „harresment”. Lipsa conduita morală și profesională printre unii dintre colegii mei. Am văzut chirurghi înjurând și țipând în sala de operație la rezidenți.

Sunt lucruri pentru care în Anglia ești suspendat imediat. M-am speriat de mediul de lucru de acolo, am discutat cu dr. Turcu și am decis să îmi mut stagiul de Chirurgie Generală la Spitalul „Sfântul Ioan”, unde am lucrat în studenție. Dr. Turcu m-a primit cu multă căldură și am avut aici parte de o oază de liniște. La Spitalul „Sfântul Ioan” am întâlnit o colecție rară de chirurghi deosebiți: dr. Turcu, dr. Rubin Munteanu, dr. Cătălin Copeaescu și mulți alții.

Aici marele câștig a fost chirurgia laparoscopică. Cu toate acestea sistemul era același. Un sistem medical sărac și dezorganizat. Sistemul șpăgii, al lipsei de respect și comunicare față de pacient. O lume cu pacienți umiliți și timorați. Salariul meu era în jur de 9 milioane lei vechi, ulterior a fost redus în mod rușinos la cam 7 milioane lei vechi datorită reducerilor bugetare, iar bonurile de masă au fost tăiate.

Eram ajutat de tatăl meu cu bani de buzunar și de soția mea, Andreea, care lucra în sistemul bancar și câștiga de 5 ori mai mult ca mine. Nu aveam bani de cărți sau de congrese. Nu aveam bani de

nimic. Gărzile erau bineînțeles neplătite și asta tuturor li se părea normal.

Erau și multe momente frumoase precum mesele din garda cu dr. Turcu sau zilele în care mă duceam în policlinică și operam cazuri mici. Aici mi-am făcut un bun prieten - pe dr. Ștefan Gutue, care s-a dovedit să fie foarte receptiv la toate sugestiile mele pentru dezvoltarea lui profesională.

Pe măsură ce trecea timpul eram din în ce mai dezamăgit. După 6 luni m-am întors la specialitatea mamă - Chirurgia Toracică. Mă întorceam la Institutul Oncologic București de data asta. Aici profesorul punea temelia unei noi școli de chirurgie toracică și nu îi era ușor. Câteva luni nu am avut acces la sala de operație pentru că era blocat de colegii de la chirurgia sânelui. Aș fi vrut să rămân în chirurgia toracică, să ajung cândva șef de secție, profesor, continuator și modernizator al școlii de chirurgie toracică de la Spitalul Militar. Credeam că puteam să schimb totul. În realitate dusesem o viață boemă în studenție, în care nu văzusem realitatea. Contextul local, dar și realitățile de lucru locale cu unii dintre colegi mi-au distrus acest vis. Visul emigrării, „planul B” așa cum îi spuneam, se contura din ce în ce mai tare.

Eram din ce în ce mai frustrat și mai supărat și nu îmi mai plăcea nimic. Acum supărarea se răsfrângea și în familia mea. Aveam două opțiuni de plecare: SUA sau Anglia. Tot timpul am apreciat America și am crezut că e țara perfectă pentru emigrare. Cu toate asta auzisem cuvinte laudative despre sistemul englez, despre NHS (National Health System). În plus, Andreea, soția mea, nici nu voia să audă de America, așa că planurile mele de demarare a United States Medical Licesing Examination (USMLE-urilor) era oprite și mă gândeam din ce în ce mai mult la Anglia. Au urmat nopți, săptămâni întregi de documentare despre structura sistemului de acolo, despre cum să pătrund.

Acum că România devenise membră în Uniunea Europeană, era mai ușor, nu aveam nevoie de PLAB-uri. Primul obstacol era înregistrarea de la General Medical Council (GMC). Așa se face că storcând ultimele fonduri ale tatălui meu, profesor universitar de economie, bugetar, m-am suit în avion și m-am înregistrat la Londra, așa cum cere procedura GMC-ului. Privind în urmă, greutatea mare a

fost colaborarea cu instituțiile românești în vederea obținerii actelor pentru Marea Britanie.

În sfârșit, aveam GMC registration, acum aveam nevoie de un job și trebuia să fie unul de training. Luni întregi am căutat zi și noapte pe site-ul NHS Jobs. Inițial, strategia a fost să plec ca locum, dar ulterior am realizat cât de oportuniste sunt unele firme de recrutare și cât de mult promit și cât de puțin fac în realitate. Curând am realizat că eu trebuie să aplic direct la angajator, prin NHS jobs, și că trebuie să vizez locurile de training.

Trebuie știut că în Anglia există joburi de „non-training” și joburi recunoscute de „training”. Joburile de non-training pot fi utile dacă vrei să obții ceva experiență, dar nu sunt recunoscute, acreditate. Sunt job-urile sub titulatura: clinical fellow, locum appointment for service (LAS). Unele joburi de non-training sunt pur și simplu de „service provision”, adică stai pe secție și faci diverse job-uri în loc să stai prin sala de operație să te mai și dezvolți.

Marea bătălie este pe joburile de training, acreditate și recunoscute, cele care te duc către postul de consultant. Pe scurt, structura sistemului de training în Anglia e următoarea. După facultate intri într-un program de training de 2 ani numit Foundation Programme (vezi: www.foundationprogramme.nhs.uk). Așa cum numele spune, aici pui bazele, e o punte între terminarea facultății și pregătirea de specialitate. Este un cocktail de specialități medicale și chirurgicale. Spre exemplu, rotațiile mele au fost în primul an de foundation: Medicină Generală/ORL/Chirurgie Generală, iar în anul II: Pneumologie/Terapie Intensivă și Chirurgie Toracică.

Aici înveți mai totul, de la gesturile de bază precum luat sânge, canulare etc. până la toate aspectele perioperatorii: complicații medicale și chirurgicale/tratament. Mai ales, înveți cultura din NHS și cum să comunici cu bolnavii, aparținătorii și colegii. Ai un portofoliu electronic (www.nhseportfolios.org) în care ești obligat să înregistrezi evoluția ta. La fiecare început de rotație ai un supervisor (assigned educational supervisor) care stabilește obiectivele și cu care trebuie să te întâlnești de 3 ori în timpul stagiului (la început, mijloc și sfârșit). Concomitent, trebuie să îți faci evaluări (se numesc work based assessments) și sunt de mai multe tipuri: CBD (Case Base Discussion), mini-CEX (mini Clinical Evaluation Exercise), DOPS

(Direct Observation of Procedural Skills). Este de datoria ta să te angajezi în aceste evaluări, să fii proactiv.

Directorul de program stabilește un număr minim de evaluări pe care trebuie să le faci în fiecare rotație. O evaluare pe care vreau să o subliniez este TAB-ul (Team Assessment of Behaviour) sau 360 Degree Assessment în care ești evaluat (mai ales pe domeniul de lucru în echipă/comunicare) de minimum 10 colegi din ierarhii diferite (de la consultant până la infirmieră).

În plus, trebuie să te implici în învățământ cu juniorii (să faci teaching) și audit. Auditul este diferit de research-ul propriu-zis și presupune să evaluezi dacă activitatea clinică din spitalul tău e conformă cu ghidurile/procedurile locale. Anual ai o evaluare finală cu mai mulți consultanți și directori de program denumită ARCP (Annual Review of Clinical Progression). Anual trebuie să ai minimum un audit în CV-ul tău.

Revenind la structura de training, după Foundation Programme urmează pregătirea de specialitate propriu-zisă. În general, în chirurgie e un program separat numit Core Surgery de 2 ani (<http://www.surgeryrecruitment.nhs.uk/>), primii doi ani de specialitate (Core Training Year 1 și Core Training Year 2 sau Specialty Training 1 și 2). Structura de evaluare e aceeași ca în Foundation, dar evident că este centrat pe chirurgie. Echivalentul pentru specialitatea medicală este Core Medical Training. Ai o curriculumă clară și aici de fapt pui bazele chirurgiei. Curricula și portofoliul tău se găsesc pe site-ul ISCP (Intercollegiate Surgical Curriculum Programme), vezi detalii pe <https://www.iscp.ac.uk/>.

Acest program e destul de competitiv, concurența în jur de 3-4 pe un loc, iar în alte decanate precum Londra, până la 6 pe un loc. Există trei stații de interviu: stație clinică, o stație de portofoliu și una de management. Spre exemplu, la stație clinică eu am avut ca subiect evaluarea și tratamentul unui bolnav cu hipoxie postoperator și o bolnavă cu durere în fosa iliacă dreapta. Pare ușor, dar ei vor să vadă o abordare foarte structurată ca să punctezi mult (mai multe detalii vezi pe net despre cursul CrISP - „Care of the Critically Ill Patients in Surgery”). În proba academică de portofoliu, vorbești despre toate proiectele tale: audit, teaching, publicații, dar și despre experiența ta operatorie.

În timpul pregătirii, toate operațiile sunt înregistrate electronic într-un electronic logbook (www.elogbook.org) fie că le operezi „prima mână”, fie că asisti. Ești încurajat să operezi cât mai mult și ești evaluat în funcție de numărul de operații făcute, la sfârșit de an. Spre exemplu, la sfârșitul anului CT1 aveam în logbook ca prim operator, supervizat (nivelul numit de ei „Supervised, trainer scrubbed”): apendicectomii (n=20), hernioplastii (n=10), colecistectomie laparoscopică (n=1), drenaj de diverse abscese (n=25), laparotomii mediane + închis (n=5), disecție vase femurale (n=10), anastomoză proximală by-pass femuro-popliteu (n=5), expunere șold și genunchi (n=4), fixare fractură de gleznă (n=2), hemiartroplastie de șold (n=1) etc. Nu este ușor să ai aceste operații ca prim operator. Trebuie să câștigi încrederea consultantului, să fii insistent și să intri în competiție cu colegii pentru aceste cazuri.

Trebuie menționat că în training ai un program de teaching foarte activ, la care este obligatoriu să participi. Spre exemplu, în timpul programului de Core Surgery am avut câte o zi în fiecare an de Core Surgery Skills. Sunt cursuri cu diverse stații practice, de exemplu: anastomoză vasculară, hernioplastie, folosirea cauterului electric, anastomoză intestin subțire, stapling în chirurgia colorectală, core biopsy tumoră de sân, cateter suprapubic etc. La fiecare stație este câte un consultant care te învață aceste proceduri. Acum două zile am fost la cursul din anul II de Core Surgery și am învățat foarte multe trucuri pentru anastomozele vasculare de la un consultant de chirurgie vasculară. Indiferent de nivel, ai ceva de învățat, de rafinat în tehnica și abodarea ta.

Un alt aspect este cel al mobilității, greu de înțeles în România. M-am mutat în aproape 5 ani de 5 ori (Burton on Trent, Birmingham, Cheltenham, Taunton, Bristol).

După Core Surgery urmează cea mai competitivă etapă - intrarea în ST3 (Specialty Training Year 3). Acesta este un program de 5 ani (ST3-ST8) care duce în final la obținerea CCT (Certificate of Completion of Training). Astfel, după cam minimum 9 ani poți să ajungi consultant. Există și programe cuplate care se numesc run through ST1-ST8 și sunt numai pentru unele specialități. Aici dai interviu doar pentru ST1. Marea majoritate a rezidenților mai fac 1 sau 2 ani de fellowship după terminarea trainingului. Alții fac

și research (PhD, MD), cel mai des intercalat fie între terminarea facultății și foundation programme, fie între foundation și specialty training. Trebuie menționat că sunt și programe academice în care combini cercetarea cu research-ul (Academic Training). Mai multe detalii despre structura sistemului din Marea Britanie se pot găsi pe http://en.wikipedia.org/wiki/Modernising_Medical_Careers și <http://specialtytraining.hee.nhs.uk/>

Astfel, aplicam pe locurile de Foundation Programme rămase neocupate din aplicația națională. Pentru că terminasem facultatea în România, am luat full GMC registration, nu provisional. Doar cei cu provisional registration sunt eligibili să intre în aplicația națională pentru Foundation Programme.

Dar să revenim la parcursul meu. Nu prea mai treceam pe la spital. Toată lumea știa că vreau să plec. Nu mai puteam să mă întorc la serviciu, dar nici un job în Marea Britanie nu aveam încă. Nu aveam nimic. În cele din urmă am fost cu greu shortlistat la un post ST1 non-training de chirurgie toracică la Norwich. Iarăși, cu un efort mare financiar m-am urcat pe avion și m-am dus la interviu. Nu am luat interviul, motivul principal fiind lipsa de experiență ca medic în Marea Britanie. M-a reîntors deprimat, dar nu m-am lăsat. Nimeni nu mai credea în mine, decât eu.

Am continuat să aplic la job-uri de training, iar spre sfârșitul lui iunie 2010 speranța a venit. Am fost shortlistat la 3 job-uri de Foundation Programme: Wessex Denery, Burton on Trent (West Midlands Deanery) și Torqay. Am avut resurse să mă duc doar la două interviuri. Le-am luat pe ambele și am ales Burton on Trent pentru că îmi ofereau doi ani cuplați de Foundation Programme. Reușisem, aveam primul job în Marea Britanie! Mai presus, aveam training. Nu am avut mult timp să mă bucur de victorie. Plecam din țară.

Lăsam în urmă un posibil post de specialist de chirurgie toracică și un „doctorat din fonduri europene”. Lăsam în urma țara mea, familia mea: tatăl meu și soția, prietenii de la clubul de tango, mesele cu prietenii din apartamentul meu din Bucureștii Vechi, prietenii mei buni precum Dan Grigore. Lăsam identitatea mea. Cu greu nu am privit în urmă și am plecat. Eram fericit la suprafață, dar în adâncul meu, trist. Soția nu aplicase pentru un job în Marea

Britanie pentru că trebuia să termine un MBA Româno-Canadian în țară, așa că plecam singur.

Cu două valize și strictul necesar în iulie 2010 aterizam în Marea Britanie și mă instalam în căminul spitalului din Burton on Trent, un orașel mic și liniștit din Anglia. Prima lună avea să fie cea mai grea. Nu aveam salariu și trebuia să dau chiria pe o lună în avans și o garanție. Două săptămâni am stat la căminul spitalului, dar ulterior am închiriat un apartament cu două camere nemobilat.

Am cumpărat un pat second hand și cam asta era primul meu articol din casă. Treptat mi-am umplut casa tot cu mobilă second hand. Ulterior a venit și primul salariu, iar viața a devenit mai ușoară. Salariul în primul an era în jur de 2.000 £ și îți permitea un trai decent. Anual, salariul a crescut treptat, ajungând ca prin CT2 să am un salariu în jur de 2.900 £.

Pe lângă asta îți poți crește venitul făcând **locum** fie în spitalul unde lucrezi, fie prin agenții de recrutare în alte spitale. Ca SHO poți fi plătit până la 50 £/h, dar din această sumă trebuie să plătești taxa (*aproape jumătate*). Dar asta nu e ușor (*să faci locum*) pentru că se adaugă unui program deja încărcat.

Chiria variază de la zonă la zonă. În Londra evident că prețurile sunt foarte mari. Dar în regiunile unde am locuit până acum am plătit o chirie între 550 £-800 £/lună pentru un apartament de două camere și un living room. Mâncarea costă în jur de 300 £ pe lună de persoană, dar iarăși asta variază în funcție de cum gestionezi stilul de viață.

Trebuie subliniat că unele cursuri sunt destul de scumpe. Spre exemplu, cursul de Basic Surgical Skills costă în jur 700 £, iar cel de Advanced Life Support (ALS) în jur de 300 £. Pe lângă asta, taxa pentru portofoliul ISCP este în jur de 220 £ anual. La asta se adaugă și costul MRCS-ului: part A 450 £ și part B 890 £. Dacă te mai duci la un curs de pregătire pentru MRCS, ajungi ca mai tot examenul să te coste cam 2.000 £, asta dacă treci de prima oară.

În primul an de Foundation am început cu baza, nu știam să pun nici o branulă intravenoasă. În Anglia am învățat totul. Am învățat nu numai despre îngrijirea bolnavului din perioada pre-și postoperatorie, dar și despre cultura din NHS, modul cum să comunici cu colegii și bolnavii. Pe lângă chirurgie, am făcut și module

de medicină care mi-au lărgit cunoașterea și m-au ajutat să înțeleg complicațiile medicale la bolnavul chirurgical. Aveam un portofoliu electronic în care trebuie să fac un număr minim de evaluări. Am făcut primele mele audituri și am prezentat cât mai mult. Nu era ușor, îmi era dor de casă, de familie și mă simțeam destul de singur. La cam 1-2 luni zburam acasă chiar și pentru un weekend.

Am terminat primul an FY1 cu punctaj maxim la ARCP, evaluarea finală. Astfel, am reușit să îmi aleg o rotație pentru FY2 de chirurgie toracică în cea mai mare secție din Anglia - Birmingham Heartlands Hospital.

În anul II m-am mutat în Birmingham, într-un apartament destul de cochet din centru, lângă Mailbox. Am făcut Pneumologie, Terapie Intensivă și Chirurgie Toracică. De mare folos a fost stagiul de ITU în care am avut ocazia să pun peste 20 de catetere venoase centrale și să intubez. În gărzi făceam parte din echipa de resuscitare și trebuia să mă duc la fiecare stop cardiorespirator din spital și să mă preocup de calea aeriană.

Profesional evoluam, dar pe plan social deveneam din ce în ce mai deprimat și izolat. Mă simțeam singur, iar stresul emigrării mă ajunsese din urmă. Salvarea mea a fost venirea definitivă a soției. Nici asta nu s-a făcut ușor. Soția avea o poziție foarte bună în domeniul bancar, iar condiția care a pus-o ca să vină în Marea Britanie a fost să obțină un job.

Norocul nostru a fost că mai toți banii de nuntă i-am investit în MBA-ul soției. Am fi putut să îi cheltuim pe o mașină sau vacanțe, așa cum fac cei mai mulți oameni. Am învățat însă că este cel mai bine să investești în educația ta întrucât asta (*într-un sistem corect și o societate normală*) îți poate aduce venituri suplimentare. Un mod de gândire din păcate absent în țara noastră.

Astfel, dotată cu un CV solid și cu multă experiență, Andreea a reușit să obțină un transfer la o bancă din Marea Britanie, iar familia s-a reîntregit. Acest lucru s-a făcut cu mult efort, după o lungă așteptare. Acum nu mai eram singur, prinsesem elan. Mă pregăteam de stagiul de Chirurgie Toracică și de un alt mare hop, aplicația pentru *Core Surgical Training*. În stagiul de Chirurgie Toracică am intrat în contact cu unii dintre cei mai buni chirurghi toracici din Marea Britanie.

Am asistat în nenumărate operații și am făcut peste 20 de pleurotomii minime. Au venit și interviurile pentru Core Surgery. Am avut două invitații la interviu și nu am reușit să iau nici unul. Eșecul meu a fost la stațiile de clinic, unde aș fi putut să fiu mult mai structurat și mai la obiect. Îmi amintesc că pentru prima oară m-am gândit la întoarcerea în țară.

Totuși, nu m-am lăsat și am mers înainte cu gândul de a aplica în următorul an. Concomitent știam că drumul meu este Chirurgia Cardiotoracică. Întâmplarea a făcut să cunosc un chirurg cardiac român emigrat în Anglia, dr. Șerban Stoica. Dr. Șerban Stoica m-a încurajat să aplic la o poziție de un an chirurgie cardiacă - Clinical Fellow ST1 (non-training) la Bristol Royal Infirmary, care avea să îmi schimbe cariera. Domnul dr. Stoica s-a dovedit un bun prieten și rămâne pentru mine inițiatorul meu în chirurgia cardiacă. Timp de un an am intrat în primele operații pe cord deschis atât la adult, cât și la copil.

Operația pe care o făceam cel mai des era recoltarea de venă safenă pentru CABG (Coronary Artery Bypass Grafting). Alături de dr. Stoica am făcut prima mea sternotomie și am deschis pericardul pentru prima oară, un sentiment de neuitat. Treptat am realizat că mă îndepărtez de chirurgia toracică pură și mă îndrept către chirurgia cardiacă. Aici am văzut cei mai desăvârșiți, rafinați și complecși chirurghi. Cred că pentru a face o supraspecialitate precum chirurgia cardiotoracică trebuie început cu chirurgia generală. Trebuie să ai timp să digeri chirurgia cardiacă. Pentru asta îți trebuie o inițiere în chirurgie, care se întâmplă în chirurgia mamă - Chirurgia Generală.

În timpul șederii mele la Bristol mi-am dat MRCS part A și am făcut o serie de cursuri importante precum ATLS (Advanced Trauma Life Support) sau BSS (Basic Surgical Skill).

Cu un CV mai solid, multe cursuri, publicații și cu experiența unui interviu Core Training, am aplicat la anul, din nou. Am luat jobul. Deși nu am luat jobul cu tema de chirurgie cardiotoracică din core surgery, am luat un program de Chirurgie Generală (care nu era de refuzat). Așa se face că mă reîntorceam în chirurgia generală în, să-i spunem, „județul” Somerset, mai precis Taunton.

Am făcut 3 luni de ortopedie, iar până la sfârșitul stagiului am făcut o hemiartroplastie de șold, „*skin to skin*” cum spun englezii,

supervizat evident. Apoi m-am apucat de Chirurgie Vasculară, o specialitate mai apropiată de aria mea. Aici am făcut primele anastomoze vasculare. Am lucrat alături de o echipă de chirurghi fantastici. Se făcea școală, iar consultanții erau dornici să mă învețe. Eram lent cu anastomozele vasculare, dar consultanții mă așteptau să fac operația și independent până la capăt. Se ofereau să termine ei alte părți din operație precum pielea, ca eu să termin anastomoza.

Gărzile de noapte erau foarte grele. Trebuia să acopăr 4 departamente (*Chirurgia Vasculară, Urologia, Chirurgia Generală, Ortopedia și ORL*). Pe deasupra trebuia să supervizez și juniorii cu diverse probleme pe care le aveau pe secție. În timpul acestui an (2014) mi-am dat și MRCS part B, care a fost o mare încercare pentru mine.

La final am ajuns din Doctor Fudulu, Mister Fudulu, Membru al Royal College of Surgeons Edinburgh (www.rcsed.ac.uk). MRCS constă în două părți. **Part A** este un examen grilă de aproape 4 ore. **Part B** este un examen de tip OSCE (*Objective Structured Clinical Examination*) cu 18 stații clinice care includ: anatomie, patologie chirurgicală, terapie intensivă, scenarii de comunicare cu bolnavul sau cu colegii, stații de anamneză, stații de examinări clinice și stații tehnice. E un examen greu, dar foarte pertinent pentru profesia de chirurg. **Ai dreptul la 4 încercări, apoi nu mai ai dreptul să îl dai și nu mai poți să faci chirurgie.**

La sfârșitul anului CT1, mi-am luat ARCP-ul cu bine (*Annual Review of Clinical Progression*) și am reușit ca în anul 2 să îmi aranjez încă 6 luni de Chirurgie Cardiacă în loc de Chirurgie Generală. Tot în acest an s-a născut fiica mea, Emma, pe care o văd de asemenea ca o mare realizare.

Voi termina Core Surgery Programme la anul, pe 4/08/2015. În noiembrie anul acesta mă pregătesc pentru cea mai grea încercare, aplicația pentru ST3 Cardiothoracic Surgery, în urma căreia voi deveni Registrar în Chirurgia Cardiacă. Concomitent fac demersuri să încep și un MD la Bristol University. Sper să am succes. Dacă nu reușesc, știu că nu o să renunț până nu o să obțin ce îmi doresc.

Nu există rețete de succes în plecarea din țară, nu există garanții, trebuie să îți asumi riscuri. Până acum acesta a fost drumul meu. Nu

cred că plecarea din țară e o soluție pentru toți și este departe de a fi o soluție ideală. A fost o soluție mai bună în cazul meu. Ideal, cel puțin profesional, era să mă fi născut în SUA, Anglia sau altă țară mai dezvoltată sau ca România să îmi ofere mai mult. E cert că fiica mea va avea un alt start aici și sper să înțeleagă eforturile familiei noastre de a veni aici.

Vă doresc succes în profesia și specialitatea aleasă. Nu uitați că voi sunteți responsabili în cele din urmă pentru fericirea sau nefericirea voastră.»

MR DANIEL FUDULU MRCS ED
CT2 CARDIOTHORACIC SURGERY
BRISTOL ROYAL INFIRMARY, UK
DANIELFUDULU@YAHOO.COM

Câteva cuvinte despre sistemul privat de sănătate

Am tot vorbit în carte despre sistemul de sănătate de stat, dar e important să vă povestesc câte ceva și despre cel privat. Vedem peste tot reclame frumoase cu pacienți fericiți, zâmbitori, poze realizate impecabil, denumiri care inspiră încredere și, în general, numai vibrații pozitive. Toate acestea sunt pentru pacienți fiindcă ei sunt clienții. Dar ce vă oferă vouă acest sistem?

Pentru început, trebuie să înțelegeți că sistemul privat funcționează ca o afacere. Știu, prin contractele cu CAS mai ia din supraaglomerarea spitalelor de stat, întrucât pacientul poate beneficia de o consultație gratuită cu biletul de trimitere de la medicul de familie.

Sună frumos. Spre deosebire de bătrânul spital de stat în care se tratează tot felul de cazuri critice de cele mai multe ori cu succes (trecând peste tot circuitul specific românesc cu șpăgi, scandaluri, nemulțumiri ale aparținătorilor), aici în sistemul privat totul se contorizează.

Și ajungem astfel și la cariera voastră care se intersectează cu interesele mediului privat.

1. Mediul privat e interesat de partea comercială a specialității voastre. Asta înseamnă în cea mai mare parte consultații, investigații (cea mai frecventă este ecografia), investigații minim-invazive (endoscopie, colonoscopie) și mici intervenții - în măsura în care este dotat cabinetul respectiv, existența medicilor anesteziști etc. Așa că dacă specialitatea pe care o parcurgeți nu este comercială sau nu are proceduri/ investigații de larg consum, nu vă așteptați să răzbateți în privat.
2. Operațiile și cazurile complexe din specialitatea voastră sunt rar întâlnite în mediul privat dacă nu chiar absente total, depinde de clinică. Asta înseamnă că lucrând exclusiv în mediul privat nu veți întâlni provocări de genul acesta și vă veți deprofesionaliza. E valabil și pentru specialitățile medicale în egală măsură.
3. Chiar dacă există dotarea necesară din punct de vedere al aparaturii, oare câți pacienți își pot permite intervenția și spitalizarea?
4. Munca în privat trebuie văzută doar ca o prelungire a activității din spital. Din punct de vedere profesional, cazurile din mediul privat sunt comune, repetitive și stimulează minimum abilitățile voastre practice.
5. Puțini angajatori sunt interesați realmente de CV-ul vostru (mie nu mi l-a cerut nimeni la nici unul din interviuri; poate i-am convins doar cu personalitatea mea deosebită), în schimb unii dintre ei sunt foarte interesați de numărul de pacienți pe care îi puteți aduce la cabinet de la spital sau de la fostul loc de muncă (o altă clinică privată, de exemplu). Alegeți-vă cu grijă angajatorii fiindcă s-ar putea să vă transformați din medic în plasatori de pacienți.

Câteva cuvinte despre congrese

Când cineva o să descopere tratamentul definitiv pentru cancer, veți afla de la televizor, internet, radio, presă etc. Am dat un exemplu

extrem, dar mesajul este că informația circulă repede și prin multe canale. Dacă sunteți interesați doar de informație, atunci o plătiți la un preț prea mare mergând la un congres, atâta timp cât există site-uri de profil, reviste online (*contra cost, desigur*), comunități online etc. Pentru mine, congresele au două mari aspecte importante: cel de networking și apoi cel motivațional. Mă rog, mai este și cel turistic, pentru pasionații de călătorie. Și cel de a scăpa de familie pentru cei mai casnici. Dar, mă rog, să nu ne îndepărtăm de subiect.

Aspectul legat de networking este foarte simplu: căutați să cunoașteți persoane noi din diferite clinici (*din țară și din afara țării*) cu care să vă împrieteniți și să puteți stabili viitoare colaborări. Pauzele de cafea sunt momente propice pentru așa ceva. Dacă vă și pasionează subiectul prezentat de viitorul vostru prieten din domeniul medical, cu atât va fi mai ușor să intrați în discuție cu el.

Atmosfera unui congres este în general plăcută, toată lumea se scutură de stresul muncii zilnice de la spital și participanții sunt mai zâmbitori și relaxați, așa că vă pot spune un „Da” cu mai multă ușurință la solicitarea voastră. Nu uitați să aveți la voi câteva cărți de vizită. Știu, adresele de mail ale multor medici sunt puse pe site-urile clinicilor în care lucrează (în special în afara țării), însă prima impresie făcută de un email nu este la fel de puternică precum impresia făcută de o ființă vie care îi abordează zâmbitor. Puteți merge în clinica lor pentru un scurt stagiu din care să învățați ceva despre o procedură anume de care sunteți interesați, de exemplu. Dacă sunt medici din afara țării, este și mai bine.

Mobilitatea medicilor aduce beneficii nu doar individului, ci și profesiei medicale în general. Asta desigur, dacă nu e între timp săpat de vreun coleg. Dar oamenii care gândesc sănătos și limpede, raportându-se la viitor, cred că vor lua în calcul acest schimb benefic de experiență. Pentru un rezident în formare aceste schimburi nu pot fi decât bine-venite - îi îmbunătățesc nu doar cunoștințele, ci îi oferă și o perspectivă în viitor. Fără să fiu răutăcios, un astfel de schimb poate fi precum o călătorie în viitor. Când te întorci în țară, știi mai bine ce ai de făcut legat de evoluția ta profesională.

Cel de-a doilea aspect, cel motivațional este și el important. Întrucât în țara noastră planează o atmosferă puternică de autosuficiență, există șansa ca încă din anii de formare din

rezidențiat să vă copiați o parte din colegii mari (din fericire nu toți sunt autosuficienți și ignoranți) și să vă spuneți și voi că e foarte bine unde sunteți și ce faceți voi nu mai face nimeni.

În ce mă privește, primul congres la care am participat vreodată a avut loc în primul an de rezidențiat (2009) și a fost unul internațional: mi-a prins tare bine să văd cum arată „la lucru” urologii din mai multe țări europene și nu numai. M-a ajutat să îmi stabilesc niște repere profesionale mult mai clare și să îmi dau seama ce trebuie să fac pentru a avea o șansă să devin și eu ca acei medici. Deocamdată mai am o viață întreagă de muncă până acolo.

Fellowship-urile

Fellowship-ul reprezintă o perioadă de durată variabilă (câteva luni până la 2 ani) în care un medic lucrează și învață într-o altă clinică un subiect de interes din specialitatea în care este pregătit. Nu este un schimb de experiență întrucât ca fellow este mai degrabă un învățăcel decât egalul celor din clinica în care merge.

Importanța unui asemenea stagiu de pregătire este privită din mai multe rânduri. Cel mai important aspect este cel didactic. Mergeți în clinica respectivă să învățați și să faceți ceva nou sau să perfecționați un anumit tip de intervenții pe care le faceți deja.

Al doilea motiv important este pentru a vedea cum funcționează un alt sistem de sănătate de la programarea pacientului pentru investigații, internare, operație, îngrijiri postoperatorii, externare, controale, prevenție.

Alte beneficii secundare derivate din parcurgerea unui fellowship: viitoare colaborări științifice cu echipa din respectiva clinică pentru articole de specialitate, lucrări, faptul că un fellowship „dă bine” să apară în CV, o altă diplomă de pus pe peretele cabinetului etc.

Momentul ideal pentru un astfel de stagiu este undeva în ultimul an de rezidențiat, timp în care până atunci puteți acumula destule informații generale din patologia specialității voastre și chiar să căpătați o mică experiență într-un anumit tip de intervenții. Eu am parcurs în anul 4 de rezidențiat un asemenea fellowship (*prin*

intermediul European Association of Urology, programul European Urology School Programme) pentru a învăța mai multe despre chirurgia laparoscopică urologică într-unul din centrele de excelență din Germania.

În tot acel timp am ținut un jurnal online pentru colegii din țară, pe care îl puteți accesa și voi: www.myclinicalvisit.wordpress.com. În mod ideal, după parcurgerea unui fellowship (în care se va presupune că veți și face ceva practic) trebuie ca la întoarcerea în clinica voastră să și profesati ceva, adică să operați voi singuri cazuri din patologia respectivă. Sună naiv, nu? Nu prea se întâmplă. Așa că de cele mai multe ori veți rămâne cu niște amintiri plăcute, informații legate de sistem și despre ce vreți să faceți în viitor. Plus diploma care vă va fi de folos la un moment dat, cel mai probabil dacă veți decide să luați calea vestului.

Spre surprinderea mea, mentalitatea multor rezidenți vizavi de aceste fellowship-uri este că nu merită să își irosească trei luni plecând în altă țară, deși aceste fellowship-uri sunt plătite în general precum niște burse, desigur cu banii la limită, dar nu trebuie să scoți din buzunar nimic dacă ești atent la cheltuieli - până la urmă mergi la muncă, nu la distracție. Faptul că nu îi interesează alte sisteme nu e cel mai rău lucru.

Mai grav este că mulți se tem că dacă vor pleca trei luni, la întoarcere își vor pierde locul în echipa din care fac parte deja. Medicul cu care lucrează își va găsi un alt rezident care să îl ajute, acela va intra în operații și dând dovadă de loialitate, va intra mai des în sală decât rezidentul plecat. Dar desigur, aceste griji le au doar cei fără „susținere” în sistem, altminteri nu s-ar gândi la una ca asta.

Recunosc, am avut și eu regretele mele la plecare întrucât timp de 3 luni nu am mai avut contact cu chirurgia endoscopică pentru care am o atracție mare. Dar asta e, nu le poți avea pe toate în viață. Și oricum, dorința de a merge și de a vedea sistemul german medical a fost prea mare încât să îi pot rezista. Per total, alegerea vă aparține.

Un al doilea fellowship (*de numai două săptămâni, dar foarte intens din punct de vedere al activității*) l-am efectuat în Turcia, la clinica în care lucra un medic pe care l-am cunoscut chiar în Germania, în timpul fellowship-ului de chirurgie laparoscopică. Acolo am efectuat sub supraveghere câteva intervenții endoscopice

percutanate și începusem să mă obișnuiesc cu procedura respectivă. Însă așa cum mi-a spus și el - odată ce termini fellowship-ul și te întorci în țară în clinica în care lucrezi trebuie să ai deja câteva cazuri pregătite pentru a avea o continuitate a activității. Acest lucru din păcate nu s-a putut petrece întrucât tocmai terminasem rezidențiatul și perspectivele unui post în sistemul de stat (și implicit, pacienții aferenți) erau... De fapt, nu erau.

Concluzia: Fellowship-urile vă ajută să vă lărgiți viziunea asupra lumii medicale europene și cel mai probabil le vor fi de folos celor care se gândesc să își mute cariera de medic într-o țară din Europa în viitorul apropiat. Aici nimeni nu se va entuziasma la vederea diplomei obținute, ba din contră, există riscul să fii întrebat discret „*Păi ce mai faci pe la noi, nu voiai să pleci?*”. Dar repet, pentru acei rezidenți „*fără susținere*” oricum nu contează. Locul vostru din păcate nu va fi pe aici oricum.

Pentru studenți: „Ce aș face diferit dacă aș lua-o de la capăt”

Am fost departe de a fi un student strălucit în facultate. Am intrat la Facultatea de Medicină Generală „UMF Carol Davila” București în anul 2001 undeva între locurile 80-90, încadrându-mă în prima sută de admiși, așa cum își dorea de la mine profesorul de anatomie. Evident, nu am intrat cu bursă și nici nu am putut învăța de dragul bursei în nici unul din ani. Am picat primul examen de anatomie întrucât mi-a displicut total modul în care a fost predată și nu am avut nicio atracție față de această materie.

De fapt, în primul an de Medicină am fost dezamăgit de tot ce am văzut, începând cu coada de la ora 6 dimineața la biblioteca facultății pentru a primi manualele învechite de prin anii '70, scrise la mașină sau litografiate. Culmea, în liceu mergeam cu mare drag la toate olimpiadele de biologie începând din clasa a IX-a până într-a XI-a, pasiunea pentru biologie fiind cea care m-a împins către Medicină.

În facultate nu am învățat decât la materiile care mi-au plăcut și acolo am luat notele cele mai mari. Poate a fost un lucru rău. Abia

din anul 2004-2005 internetul a luat amploarea pe care o are și astăzi și accesul la informație, cărți, reviste de specialitate au arătat că Medicina poate fi predată și în alt fel în alte țări. Păcatul pe care îl săvârșesc multe cărți de medicină românești este că sunt scrise din obligație sau carierism, ceea ce le face extrem de plictisitoare, cât și greu de parcurs.

Mult timp am dat vina pe mine pentru faptul că nu învățam destul, că nu eram poate destul de perseverent, dar adevărul este că dacă facultatea nu te motivează și mai ales oportunitățile din viitor nu prea se văd după absolvire, atunci te mobilizezi destul de greu. Media celor 6 ani de facultate a fost 8,03, deci nicio măreție. E o notă a cuiva care învață așa, cât să ia examenele comparându-l cu mediciniștii adevărați.

Măcar la licență am recuperat, media fiind de 9,64. Niște cifre care nu mă mișcă deloc. Învățământul universitar se bazează pe o vastă acumulare de cunoștințe, fără a pune accent pe importanța practică a acestor noțiuni. Este considerat „nedemn” să te concentrezi doar pe aceste aspecte. Având în vedere volumul colosal de informații existent, este chiar o nebunie să aștepti memorarea acestora în același timp, ignorând complet structurarea gândirii, organizarea informațiilor în funcție de relevanță. Cât despre gândirea algoritmică nici nu are sens să amintesc ceva, nici măcar în clinici nu o vezi promovată des. Vă recomand o lectură rapidă a cărții „Decision Making in Medicine - Third Edition” - Mushlin Greenee, pe tema aceasta.

Înainte de a începe facultatea de medicină, în 2001, îmi amintesc cum părinții mei (oameni mult mai pragmatici decât naivul de mine), deși cu emoție vizavi de viitorul profesiei de medic în România, îmi spuneau, încurajându-mă și încurajându-se și pe ei, că „lasă, că până vei ieși tu medic poate se vor mai schimba și lucrurile în țara asta”.

Și parțial au avut dreptate: a venit peste noi criza economică din 2008, s-au închis mai multe spitale, fenomenul corupției din sistemul medical a ajuns să supere Banca Mondială (că, pe conducătorii noștri nu pare să îi deranjeze). În 2010 au plecat o mulțime de medici la muncă în afara țării, ajungând ca până în 2014 să totalizeze un număr de 14.000. Deci da, s-au schimbat lucrurile, dar nu prea mult în bine.

Citeam acum ceva timp un articol în revista Viața Medicală, semnat de Ioana Mocanu, absolventă a aceleiași facultăți de medicină. Articolul se numește „Impresii la sfârșit de facultate”. Nu vreau să fiu pesimist sau negativist, dar constat că din 2007 (anul absolvirii mele) și până în 2014 nu s-a schimbat nimic. Articolul complet îl puteți găsi aici: http://www.viata-medicala.ro/*articleID_8808-dArt.html (accesat august 2014). Nu vreau să transcriu vreun fragment din el întrucât merită citit cap-coadă.

Inevitabil, de-a lungul timpului m-am gândit de multe ori ce aș face dacă aș da timpul înapoi, inclusiv dacă aș mai face Facultatea de Medicină. Am ezitat de multe ori să spun „da” la același traseu, dacă aș lua-o de la capăt, și nu aș avea nici garanția fericirii în altă profesie. Dar astea până la urmă sunt problemele mele, nu?

Am să vă împărtășesc mai jos lucrurile pe care le-aș face diferit dacă aș lua-o de la capăt din anul I de facultate.

- 1. Dacă nu** ar exista oportunitatea de a lucra în afară și aș fi nevoit să practic medicina în interiorul granițelor, atunci m-aș pregăti să urmez altă facultate. Cu tot regretul, dar urmează 6 ani lipsiți de venituri, alți câțiva ani de rezidențiat în funcție de specialitate în care veniturile sunt oricum sub efortul depus și în final, devii un proaspăt specialist fără loc de muncă, căutat cel mult în mediul privat (*depinde desigur de specialitatea medicală*). Iar o altă specialitate medicală nu aș face întrucât nu mă pasionează. M-aș mulțumi să privesc medicina de la distanță, prin intermediul lui Dr. House și al documentarelor de pe Discovery și aș trăi cât de pot de sănătos încât să nu ajung pe mâna sistemului românesc spitalicesc.
- 2. Știind că** există oportunitatea de a lucra în afara țării, aș fi mai relaxat cu privire la viitor, dar nu foarte relaxat. Aș folosi de departe mult mai eficient timpul liber.
- 3. Astfel că** în timpul liber (*și să fim serioși, în facultate se pierde O GROAZĂ de timp complet degeaba - fie în părculețul din fața clădirii, fie prin bibliotecă cu o carte deschisă în față și cu mintea în alte locuri, fie în ferestrele de ore bune dintre*

cursurile de anatomie și lucrările practice, stând la taclale cu colegii etc.) aș face ceva de folos real pentru viitor. Și aș începe prin a învăța o limbă străină, poate chiar două. Aveți 6 ani la dispoziție, vă rog nu îmi spuneți că nu aveți timp să învățați două limbi străine. Și nu învățat la fel cum învățați fără chef pentru examene și colocvii. Ci mers la centrul respectiv unde se predă limba și dat examenele necesare pentru recunoașterea nivelului la care vă aflați. Așa cum sunt examenele IELTS sau Cambridge sau cele de la Institutul Goethe etc. O limbă străină cunoscută la nivel avansat și cu certificatul emis de centrul respectiv valorează mai mult decât orice din CV-ul vostru aproape gol de student medicinist. Nu o să impresioneze pe nimeni participarea la nu știu ce congres național sau apartenența la vreo asociație de studenți. Sigur, e bine să aveți preocupări de astfel de gen, însă o limbă străină înseamnă enorm pentru accesibilitatea voastră în alte sisteme.

4. **Aș învăța** materiile predate și din cărți similare din alte țări. Acum există o mulțime de cărți care se pot găsi cu ușurință pe internet, inclusiv cursuri video de medicină care pot fi urmărite online. Plus teste etc. Inclusiv cărți audio, care au avantajul că vă mențin antrenati și cu limba străină (*mă rog, majoritatea cărților sunt în limba engleză, așa că nu prea aveți ce face, e un must cunoașterea ei*). De când există tabletele puteți încărca pe ele o sumedenie de cărți în format pdf pe care le puteți citi la fel de confortabil ca și când ați avea cartea în mărime naturală. Nu mai trebuie să cărați câte 5 cărți la voi, cele câteva sute de grame ale unei tablete sunt necesare să transporte o bibliotecă întregă.
5. **Aș căuta** să folosesc cât mai eficient timpul. Ah, da, am mai zis-o odată pe asta.
6. **Dacă nu** vă plac profesorii din seria în care vă aflați, nu vă fie teamă să vă mutați din serie. Îmi pare rău că nu am făcut acest lucru în primul an când auzeam alți colegi despre cât de

încântați erau de cursurile de anatomie, iar eu mă chinuiam să țin pasul după dictarea grăbită de la cursurile la care eram nevoit (*prin foaia de prezență*) să particip. Cel mai dificil de renunțat în acest caz este la eventualii prieteni din grupă, din seria în care vă aflați acum. Dar dacă vă sunt prieteni buni, îi convingeți că e spre binele lor să meargă cu voi. Și chiar și dacă nu vor asta, există destule terase prin oraș în care să vă întâlniți cu ei la o bere și să povestiți. Anii trec, iar prietenii se sting. Legăturile se pierd și nu veți rămâne nici cu informația, nici cu prietenii. Noroc cu rețelele de socializare că mai aflăm câte ceva unii de alții.

7. **Nu lăsați** sistemul să vă deprime. Asta e societatea în care trăim, asta e viața. Schimbați ce puteți legat de voi și nu vă consumați cu restul de amănunte. Până la urmă, sunt anii voștri de viață: alegeți cum vreți să îi trăiți.
8. **Citiți** cartea „Procrastinarea” de Piers Steel. O să vă ajute să înțelegeți de ce aveți tendința să tot evitați munca folositoare pentru voi.
9. **În privința stagiilor**, căutați asistenții pasionați de munca lor și încercați să aflați de la ei cât mai multe amănunte despre patologia pe care o tratează. Întrebați-i toate nelămuririle pe care le aveți legate de pacienți, chiar dacă uneori se vor naște și situații hilare. Asta dă farmec vieții și vă scutură și pe voi de inerția lui „am venit, am ascultat, m-am luptat cu mine să nu adorm, nu vreau să întreb nimic ca să nu ne mai țină și hai să plecăm acasă să ne uităm la filme și să pierdem vremea”.
10. **Dați o șansă** fiecărui stagiu clinic în care veți ajunge. Chiar dacă nu vă pasionează materia și nu vreți să aflați străfundurile patologiei respective, încercați să vă creați o imagine de ansamblu asupra specialității respective. Iar asta nu o puteți face decât citind (chiar și la modul de lectură lejeră) diferite cărți pe tema respectivă. Nici nu

trebuie să fie măcar românești, dar e important să fie cărți bune. O scurtă căutare pe amazon.com va arăta rating-urile diferitelor cărți, cât și review-urile lor. Cu cât veți citi mai mult, cu atât mai bine. Repet, citiți să înțelegeți, nu să tociți. În paralel vă puteți lămurii și ce perspective de viitor are specialitatea al cărei stagiu îl parcurgeți. Căutați pe site-urile diferitelor clinici private de exemplu câte proceduri se efectuează în cabinetele lor din ceea ce vedeți că se face în spital. Ar fi frumos să existe în cadrul fiecărei facultăți de medicină un program de consiliere al studenților vizavi de alegerea fiecărei specialități, dar chiar și așa, cei mai buni investigatori rămâneți tot voi. Sunteți oameni inteligenți, nu trebuie decât să vă străduiți puțin.

Imaginea medicului în România

Despre subiectul ăsta se discută frecvent mereu în presă și televiziune, evident în 90% cazuri fiind prezentate cazuri din care imaginea medicului are de suferit, fără a se prezenta situația într-un mod echidistant. Goana după senzațional este mult mai importantă decât lămurirea faptelor. Însă în ciuda a ce se vede la televizor și în presă, majoritatea medicilor își fac treaba într-un mod cât se poate de profesionist. Și asta fiindcă sunt pasionați de munca lor. Și această majoritate este departe de a primi respectul meritat din partea publicului. Rădăcina acestui rău o reprezintă veniturile foarte mici oferite de stat care astfel încurajează fenomenul plăților informale. Adică medicii sunt până la urmă „*de cumpărat*”. Urmează să apară și promoții, vouchere, cupoane etc. la plățile informale dacă tot suntem în piața de retail. Măcar să ținem pasul cu timpurile, nu?

Lăsând la o parte toată mizeria de mai sus, în acest capitol nu vreau să transmit decât două idei: vrând-nevrând, medicul reprezintă interfața dintre sistemul sanitar (așa prost manageriat cum știți că este) și pacienți. Pacienții, majoritatea lor sunt oameni simpli, ignoranți la problemele sistemului sanitar fiindcă au deja destule probleme rezultate din degradarea stării de sănătate, vor arunca în cărca voastră toate neajunsurile sistemului. Lăsând la o

parte că psihologia omului bolnav este cu totul aparte de a omului sănătos, cel care merge de exemplu să cumpere alimente din supermarket. Încercați să vă puneți în locul unui pacient care pe lângă faptul că nu înțelege în mare parte ce se întâmplă cu el și asta evident că generează un stress, situația lui nu este deloc simplificată când stă ore în șir pe holurile spitalului, când nu înțelege de ce nu mai vine medicul, ce se va întâmpla cu el.

Astfel este foarte ușor să formulezi acuzații de tipul „mori cu zile în spitale”. Deși medicul respectiv a alergat întreaga zi pentru a bifa toate responsabilitățile: îngrijitul pacienților de pe secție, programul operator, urgențele care apar între timp, consultațiile ulterioare. Munca multă, solicitantă, dar dezorganizată în ochii pacientului.

Mai mult decât atât, imaginea medicului nu este apărută de nimeni, ci din contră. Atunci când îmbrăcați halatul pentru o nouă zi de muncă, îmbrăcați și toate problemele sistemului sanitar din ochii pacienților. Vă previn fiindcă trebuie să aveți nervii tari și să nu luați asupra voastră toată nemulțumirea lor cu care se prezintă „by default” la spital. Partea cu adevărat tristă este că acești pacienți care sunt complet nemulțumiți de sistemul nostru sanitar (*deși timpul de așteptare la noi pentru investigații și operații este foarte redus comparat cu alte țări din Europa, inclusiv Franța, Germania, Anglia*), când trebuie să meargă odată la cei 4 ani să voteze, uită toate nemulțumirile și votează la fel de bine cum au făcut-o și în trecut. Atât politicienii, cât și pacienții sunt mulțumiți cu „vinovații” găsiți. Medicul e hoț, șpăgar, muncește puțin.

Am găsit vinovatul, viața poate merge înainte de acum. A doua idee pe care vreau să v-o transmit este legată strict de imaginea voastră de medici care se proiectează în relația pe care o aveți cu pacientul. Și asta nu o veți învăța cel mai bine decât mergând într-un spital ca pacient sau ca aparținător, însă nu vă grăbiți să menționați din capul ușii că sunteți medici și deci meritați să primiți un tratament mai bun.

Comportați-vă ca niște pacienți obișnuiți (dar cu bun-simț) și studiați în acest timp alți medici, cât și medicul curant. Un adevărat profesionist și OM înainte de toate se va comporta frumos cu voi indiferent dacă îi puneți sau nu placa cu „știți, și eu sunt doctor”. Din exercițiul acesta puteți învăța cel mai bine ce să faceți și ce să nu

faceți ca medic în relația cu pacienții. Știți cum se spune „ce ție nu îți place, altuia nu-i face”. Pe cât vă țin nervii și energia, tratați-i pe ceilalți așa cum vreți și voi să fiți tratați.

În loc de final

Deși cartea aceasta se termină aici, ar mai fi multe de spus și de completat de către mulți colegi. Unii poate se tem să facă un asemenea pas din teama de a nu își compromite viitorul și imaginea în fața viitorilor angajatori, șefi etc.

De aceea, tot ce am scris în această carte sunt opinii personale și mi le asum. Unii vor considera că am fost prea blând în această carte și nu am povestit amănunte picante sau murdare din cadrul vieții din rezidențiat. Asta pentru că m-am ținut departe de genul de oameni care nu au constituit un exemplu pentru mine, atât profesional, cât mai ales uman. Unii vor spune „*lasă, bă, că eu voi face mai bine, ăsta nu știe ce spune, a fost un fraier*”. Le urez succes, exact așa gândeam și eu în 2009 când am început rezidențiatul. „*Voi face un rezidențiat foarte bun chiar și aici în România*”. Și am văzut colegi care aproape au reușit. Spun asta întrucât, având pilele și conexiunile potrivite, au reușit să facă mai mult, au beneficiat de mai multă atenție din partea unor șefi, spre deosebire de alții care au făcut ce au putut mai bine cu ce au avut la îndemână, atât cât le-a oferit și sistemul, căci, să nu uităm, în final, suntem limitați de propriile capacități și de sistem. Însă ajungem mai repede la limitele impuse de sistem decât la limitele proprii.

Nu am nici pe departe pretenția ca această carte să rămână un punct de reper pentru toți studenții și rezidenții la început de carieră, chiar îmi doresc din suflet să apară cineva care să scrie o versiune și mai bună și mai ales una pentru specialitățile medicale despre care nu am îndrăznit să vorbesc prea mult întrucât nu cunosc în amănunt subiectul. Știu doar că nu sunt singurul căruia îi pasă de ceea ce rămâne în urma lui și sunt convins că o astfel de carte mi-ar fi fost de mare folos în primii ani de facultate. Așadar, îi invit pe aceia ca mine să le dea o mână de ajutor în avans viitorilor colegi.

Curaj, nemulțumirea este motorul progresului!

Mulțumiri

Sunt foarte multe persoane pe care trebuie să le includ aici. Voi începe cu cei care au crezut în această carte, în ordine cronologică: *dr. Florin Turcu (încă de când a citit prima parte și a recomandat-o mai departe rezidenților boboci, în 2009. Îi mărturisesc pe această cale că dumnealui a fost „Terminator”-ul meu în anul I de rezidențiat, dar pe care îl respect foarte mult);*

Dr. Nicolae Iordache, autorul cărții/manualului de branding personal „Cine ești tu, doctore?”, care mi-a insuflat o tonă de entuziasm după ce a citit prima parte a cărții și mi-a spus că trebuie neapărat să mă mobilizez și să scriu și a doua parte. El este principalul „vinovat” pentru scrierea acestei cărți și îi mulțumesc.

Ultima persoană, dar nu cea din urmă, este doamna *dr. Maria Szerac*, care iarăși m-a încurajat în fiecare moment și prin toate conexiunile și energia debordantă a dumneai a făcut posibilă apariția fizică a acestei cărți.

Îi mulțumesc și domnului *dr. Cristian Persu*, cel care m-a încurajat să public materialul încă din 2009, atunci când a văzut primul exemplar. Și îi mulțumesc și pentru toți anii în care m-a sfătuit de bine în privința carierei.

Colegului și prietenului *dr. Daniel Fudulu* nu doar pentru aportul de text, ci mai ales pentru că a fost prima persoană care mi-a deschis interesul pentru lecturile de calitate, atât românești, cât și străine (*majoritatea*).

Caricaturile sunt opera *Cristinei-Maria Georgescu*, căreia îi mulțumesc încă o dată pentru faptul că le-a realizat în timp-record și s-a străduit să râdă la poantele mele.

Mulțumiri speciale merg și către *dr. Ionuț Chira*, cu ajutorul căruia am putut continua activitatea în chirurgia laparoscopică

urologică și, mai mult decât atât, m-a încurajat și susținut să particip la clinical fellowship-ul de chirurgie laparoscopică urologică într-unul din cele mai importante centre din Europa (*SLK Kliniken, Heilbronn, Germania*).

Le mulțumesc și colegilor și prietenilor din anii de rezidențiat în Urologie, aici voi începe cu *dr. Florentin Bengus*, cel care mi-a oferit o resursă inestimabilă: timp. I-am promis că în mai puțin de un an îl voi menționa în prima mea carte apărută și m-am ținut de cuvânt!

Țin în mod special să-i mulțumesc și domnului *dr. Bogdan Petruț*, pentru încrederea pe care a avut-o în mine de-a lungul timpului.

Urmează în listă colegii cu care am lucrat, învățat, râs, participat la examene cu unii dintre ei: *Mihnea Hurduc, George Opriș, Justin Aurelian, Mihai Dumitrache, Alexandru Grasu, Mircea Merticariu, Ștefan Rașcu, Sorin Nedelea, Gabi Roșoga, Costin Necoară, Florin Tănase, Nicolas Iordan*. Dacă am uitat pe cineva, îmi cer scuze, nu am făcut-o intenționat! Tot la capitolul prieteni îi enumăr și pe colegii de la camera de gardă care m-au scutit de mulți nervi tocați de-a lungul timpului: *Adrian Jircu, Jenița Iftime, Oana Pleșa, Silvia Dogaru*. Și bineînțeles, pe doamna *Iulia Sandu*. Și pe asistentele de la blocul operator: *Liliana Ivan, Mihaela Nedelcu, Adriana Garea*.

Închei prin a mulțumi familiei pentru tot sprijinul acordat de-a lungul timpului. Cartea aceasta le este dedicată într-o mare măsură și lor.

