

Puszczają im nerwy, już nie mogą tego wytrzymać. Mówią: masz trzy wyjścia. Pierwsze – pogódź się z tym i znieczul. Drugie – frustruj się i wykańczaj. Trzecie – wyjedź. O emigracji myśli co piąty student wydziału lekarskiego.



Fot.: Filip Klimaszewski / Newsweek

- [_Podziel się](#)
- [_Tweetnij](#)
- [_Skomentuj](#)

Zszywam pacjentowi rękę, obok leżą zwłoki. Nie powinny leżeć na sali opatrunkowej, ale dopóki nie przyjedzie firma pogrzebowa, leżą przykryte folią. Człowiek, któremu zszywam rękę, nie wie, co zrobić ze wzrokiem. Patrząc na to, co mu robię, czy na te zwłoki – mówi Maciej, na stażu w szpitalu powiatowym w Łódzkiem. Często mu wstyd przed pacjentami. – Bywa, że kładzie się materace na podłodze i pacjentów na te materace. Denerwują się. My też – opowiada. Kiedy miał staż na internie, wkurzał się, że na pacjenta ma niecałe 10 minut, a na wypełnienie papierów musi mieć 20. Piszesz, bo przyjęcie, piszesz, bo trzeba zebrać wywiad, piszesz, bo przyszły wyniki badań i trzeba je opisać. A potem to wszystko po wprowadzeniu w system wydrukować i ostemplować. Masz przed sobą papiery, nie pacjenta. Kiedyś jeden zostawiony bez nadzoru podpalił łóżko. Inni wypili środek do odkażania rąk.

– Zanim dostałem się na studia, przeszedłem przez ratownictwo medyczne, więc wydawało mi się, że wiem, jak działa ten system. A jednak wciąż mnie coś dziwi – mówi Maciej. Każdy oddział, na którym był w czasie stażu, to dobra ilustracja beznadziei systemu. Na każdym czegoś brakuje. Na ginekologii lekarze operują narzędziami, które sami sobie kupili. Tych wysłużonych, szpitalnych, wolą nie ruszać.

REKLAMA

– Często słyszę: „Pier... to, wyjeżdżam”. Ludziom puszczaają nerwy. Ostatnio na szkoleniu stażowym dziewczyna obok mnie w przerwach wyciągała podręcznik do nauki włoskiego – opowiada Maciej, który też nie wyklucza emigracji. Najpierw jednak robi specjalizację, ma nadzieję dostać się na chirurgię ogólną. W jesiennym rozdaniu w całej Polsce są 203 miejsca, ale np. na chirurgię onkologiczną – tylko 35, naczyniową – 13. Na neurochirurgię – osiem. Są regiony, w których nie wezmą nikogo na choroby płuc, nikogo na endokrynologię, nikogo na diabetologię. To, że tak trudno o miejsce, może tylko przyspieszać decyzję o wyjeździe.

Zmęczeni

– Myślę o Danii. Najpierw pojadę na praktyki, zorientuję się, jak jest – mówi Dominika Anzel. Jest na trzecim roku Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, chce się specjalizować w pediatrii. Wraca z biura Erasmusa, gdzie załatwiała formalności związane z wyjazdem. Gdy proponuję, żebyśmy wypily kawę, przeprasza, ale aż tyle czasu nie ma.



Fot.: Filip Klimaszewski / Newsweek

Pośpiech – tego uczą się już na studiach.

– Od pierwszego roku masz nadmiar rzeczy do zrobienia, ciągle wszystko szybko, w biegu. Aż w końcu staje się normą, że jesteśmy zabiegani. W czasie zajęć klinicznych w szpitalu często widzę rezydentów, którzy o piętnastej przypominają sobie, że są bez śniadania i kupują w automacie batonik – mówi Anzel.

Na jej facebookowym profilu znajomy zagrzewa do wkuwania duńskiego: Lære dansk, Domi. – Jeżeli Dania okaże się dobrym miejscem, wyjadę na stałe. Jeżeli nie, będę szukać innej opcji. Wcześniej w ogóle nie rozważałam wyjazdu. Myślałam, że może zanim skończę studia, system ochrony zdrowia zdąży się choć trochę zmienić. Miałam nadzieję szczególnie po strajku głodowym rezydentów, gdy wydawało się, że do wszystkich dotarło, jak bardzo jest źle. Po ostatnich wyborach już nie mam złudzeń, że będzie lepiej – tłumaczy.

– Mówi się: „myślę o tym, żeby wyjechać”, „chyba wyjadę”. Wyjazd to teraz temat bardzo wielu rozmów – zauważa Martyna Piszczek z samorządu Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Jest na piątym roku.

– Moje największe rozczarowanie? To czas, gdy zaczęły się zajęcia kliniczne i podzieleni na grupy chodziliśmy po szpitalu, licząc, że czegoś się nauczymy. A nie było nikogo, kto by miał czas się nami zająć – opowiada Maciej. – W końcu ktoś kazał nam zrobić wywiad. Szło nas dziesięciu do jednego pacjenta. Wypytywał ten, kto pierwszy zaczął, reszta w milczeniu patrzyła.

– Gdy zaczynałam studia, przyjęto około 300 osób, teraz na pierwszym roku jest 450 – mówi Martyna Piszczek.

Radykalne zwiększenie limitów przyjęć na medycznych uczelniach to reakcja na brak kadry w szpitalach. I ten dopływ sił kiedyś systemowi się przyda, ale na razie tylko pogłębia jego niewydolność. Studenci narzekają, że przychodzą na zajęcia i czekają, aż znajdzie się ktoś do ich prowadzenia. W końcu ktoś przychodzi, miałby ochotę puścić ich wolno, mówi, że miał kolejny ciężki dyżur, ledwie trzyma się na nogach.

– Zmęczenie, branie dyżuru za dyżurem, jest tak powszechne, że przyzwyczajamy się do tego. Od pierwszych zajęć w szpitalu oswaja się nas z podejściem: inaczej się nie da, tak trzeba – mówi Martyna Piszczek.

– Jest grupa lekarzy, którym to odpowiada, bo im więcej pracują, tym więcej zarabiają. Jednak to mniejszość. Pozostali pracują tak, choć nie chcą. System stawia ich pod ścianą. Słyszą: nie weźmiesz? Nie ma kto wziąć. Musisz. To rodzaj ucisku – twierdzi Bartosz Fiałek z Bydgoszczy, lekarz rezydent w trakcie specjalizacji z reumatologii. Jest przewodniczącym regionu kujawsko-pomorskiego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy. Już po trzech miesiącach stażu na internie wysłali go na szpitalny oddział ratunkowy. – Nie było obsady i czy chciałeś, czy nie chciałeś, trzeba było wziąć dyżur. To są takie nerwy, że niektórzy lekarze płaczą. Jest jak na froncie, wszystko się może zdarzyć, a ty bez doświadczenia, więc masz wszystkie możliwe objawy stresu. Przyspieszona akcja serca, szybszy oddech, pocenie się rąk. Tak bardzo się boisz, że ci coś nie wyjdzie, i tak bardzo chcesz, żeby wyszło, że pracujesz na ponad 200 procent swojej wydolności – opowiada Fiałek.

Po pierwszym całodobowym dyżurze z nerwów i zmęczenia dostał opryszczki, głowa mu pękała, oczy piekły. Ale usłyszał, że trzeba jeszcze zostać w pracy do czternastej. – I to się powtarzało. Nie miałem siły, nie kontrolowałem swoich zachowań, a znów miałem iść do chorych, uśmiechać się, być empatyczny. Koledzy robili to samo. Gdy pytałem, dlaczego się nie buntują, nie idą po dyżurze do domu, byli zdziwieni. Jak to, wyjść? Nikt przed nami nie wychodził, więc i my nie wychodzimy. Czyli: tak się przyjęło, trzeba robić ponad siły – mówi Fiałek.

W związku z brakiem lekarzy dyrekcja próbowała zmusić ich do pracy w dwóch miejscach w tym samym czasie – zajmować się równocześnie chorymi na swoim oddziale i tymi, których przywożono na ratunkowy. – Żeby z mojego oddziału czy z kardiologii dostać się na SOR, trzeba pokonać długi podziemny łącznik, co zajmuje około trzech minut. Wyobraziłem sobie, że po jednej stronie leży pacjent z zaostrzeniem niewydolności serca, a po drugiej z podejrzeniem zatorowości płucnej. Do którego biec? – zastanawia się Fiałek.

Nie chciał, żeby jakikolwiek lekarz stanął przed takim wyborem, podniósł bunt, za co groziło mu wyrzucenie z pracy i koniec marzeń o skończeniu specjalizacji. Teraz dostaje sygnały z innych szpitali, że jest tak samo: przymusza się lekarzy do pracy w dwóch miejscach równocześnie. Najczęściej rezydentów. Mają dość, myślą o wyjeździe.

Braki i składaki

– Wciąż słyszysz, że nie ma kim robić. Albo że jesteś młody, to zapier... A chciałbyś w końcu pracować mniej i się wyspać. Popatrzeć trochę na

zdrowych ludzi, a nie wciąż tylko na chorych – mówi Jakub Siczko z Warszawy (w trakcie specjalizacji z anestezjologii i intensywnej terapii). Zdarzało mu się dyżurować 48 godzin bez przerwy i jak dziennikarz pyta, jak to jest, to opowiada o sytuacji z trzeciej trzydziści w nocy, gdy był w pracy dwudziestą godzinę i trzeba było znieczulić do operacji kobietę z pękniętym wrzodem żołądka: odkręcasz tlen, maska do wentylacji upada ci na podłogę. Za nią upada filtr antybakteryjny. Bardzo powoli się schylasz, podnosisz oba te przedmioty i dobre pół minuty wpatrujesz się w nie, żeby przypomnieć sobie, jak właściwie łączyło się je w jedną całość. Reagujesz kiepsko, ruchy masz jak pijany. A przecież nic nie piłeś, niewiele jadłeś, zaledwie dwa snickersy. Jesteś rozwalony, jak sporo z tego, co jest tam dookoła. Niedawno w czasie dziesięciogodzinnej skomplikowanej operacji psują się kolejno: respirator, pompa infuzyjna, kapnometr, pulsoksymetr oraz EKG. – Kombinujesz, jak to chociaż na chwilę przywrócić do życia, co wymienić, co z czym połączyć, żeby znów zadziałało. I gdy myślisz, że nic więcej już chyba nie może się rozsypać, to na koniec, jakby symbolicznie, pod chirurgiem z hukiem łamie się podnózek, dzięki któremu lekarz lepiej widzi pole operacyjne.

– Co się wtedy czuje?

– Gdy na stole leży znieczulony pacjent, to nie jest ten moment, żeby powiedzieć: pier... to, mam dość! Trzeba się skoncentrować, jakoś sobie mimo wszystko radzić. Ile rzeczy działa ledwo, ledwo – jak my to mówimy – na bandaż i plaster, wie tylko ten, kto pracuje w tym rozpadającym się systemie. Nieustannie coś się psuje, zacina, trzeba łątać, lepić, skręcać. Nie ma nic, co by było jeszcze na gwarancji, tylko same zużyte składaki. A jak coś jest na baterie, to nie ma baterii. A jak

trzeba by wymienić jakąś część, to nie da się jej ściągnąć, bo już kiedyś szpital ściągnął, ale dotąd nie zapłacił faktury, więc drugi raz nikt już nie da. To są rzeczy, o których, gdy na salę wwożą dziecko z wypadku, starasz się nie myśleć, ale złość w tobie zostaje, odkłada się, odbiera ci zdrowie. I masz trzy wyjścia. Pierwsze: pogódź się z tym i znieczul. Drugie: frustruj się i wykańczaj. Trzecie: wyjedź. Jestem teraz między pierwszą a trzecią opcją – mówi Jakub Sieczko.

W ubiegłym roku w czasie inauguracji roku akademickiego w Collegium Maius Uniwersytetu Medycznego w Lublinie premier Mateusz Morawiecki mówił, że w ciągu ostatniego ćwierćwiecza wyjechało z Polski ok. 25-30 tys. lekarzy. Wyliczał, że wykształcenie lekarza w zależności od specjalizacji kosztuje od 0,5 mln do nawet 1 mln zł. Utyskiwał na czasy PRL, sugerując, że to wówczas biedna Polska finansowała bogatym krajom Zachodu naszych lekarzy.

Tymczasem trudno zapomnieć, że za ostatnich rządów posłanka PiS, Józefa Hrynkiewicz, krzyczała: „Niech jadą!”.

– Dla mnie to kopia Marca '68. Nie do pomyślenia, że znów zaczęło się mówić pewnym grupom: nie chcemy was tutaj! – opowiada Jakub Sieczko. – Kraj, który stawia nas w sytuacji, kiedy musimy sobie odpowiadać na pytania: zostać czy wyjechać, to nie jest kraj dobrze funkcjonujący. Można powiedzieć: to kraj rozrzutny. Zbyt lekko traktujący wyjazdy tych, których wykształcenie wymaga mnóstwa wysiłku i pieniędzy.

Poszukiwacze czasu

Ilu już wyjechało? Nie ma twardych danych. Szacunki opiera się na tym, ilu wystąpiło o zaświadczenie dotyczące postawy etycznej (certificate of good standing), które trzeba mieć, gdy chce się ubiegać o uznanie kwalifikacji w innym kraju. Z danych Naczelnej Izby Lekarskiej wynika, że od 2015 roku o takie zaświadczenie wystąpiło 4110 osób.

Firmy rekrutujące do pracy zauważają, że wyjeżdżać chcą przede wszystkim młodzi. – Potrzebujemy lekarzy rodzinnych i okulistów, najlepiej z dużym doświadczeniem. Jednak specjaliści już się tak nie garną jak dawniej – mówi Szymon Mrozowicz z MVZ Der Arzt, która rekrutuje do pracy w Niemczech.

W firmie Paragona, która rekrutuje lekarzy rodzinnych dla brytyjskiego National Health Service, słyszę to samo: specjalistów trudno namówić, za to okazji do wyjazdu szuka mnóstwo młodych, tuż po studiach i stażu.

To samo widzą w Medena Rek Polska, która szuka lekarzy do Szwecji. – Tym, którzy chcą wyjechać, nie chodzi o pieniądze, bo teraz już nie ma takich różnic w stawkach jak dawniej. Chodzi o komfort pracy. W Szwecji to 48 godzin tygodniowo, licząc z dyżurami. W nadzwyczajnych sytuacjach może być więcej, ale wówczas za nadgodziny lekarz dostaje w części pieniądze, a w części czas wolny. Tam bardzo pilnuje się, by nie pracował ponad miarę, bo to po prostu niebezpieczne – mówi Monika Ziegler, prezes Medena Rek Polska.

Magazyn „The Lancet” kiedyś podał wyliczenia, że pracując 36 godzin bez przerwy, lekarz popełni ponad 30 proc. więcej błędów niż ten, który będzie na dyżurze najwyżej 16-godzinnym. Chirurg, który

poświęci na sen mniej niż sześć godzin, zwiększa aż o 170 proc. prawdopodobieństwo popełnienia poważnego błędu przy operacji.

– Bierzesz te dyżury, bo naciskają, bo proszą, bo grafik się nie zepnie. I dopóki nic złego się nie stanie, będą cię klepać po plecach, mówić, że jesteś w porządku, tak trzymać. A gdy coś się stanie, umyją ręce. Zacznieś niedomagać? Popełnisz błąd? Dojdzie do powikłań? Nie usłyszysz: wiemy, że byłeś przeciążony, porozmawiajmy o tym, co się stało. Tylko: radź sobie, twoja sprawa, po co wzięłeś piętnasty dyżur z rzędu? Usłyszysz, że byłeś zachłanny. A nie, że byłeś przymuszony – mówi Bartosz Fiałek.

Starsi lekarze jakby wtopili się w ten system. Buntują się młodzi. A największa niezgoda na pracę w tak trudnych warunkach jest wśród tych, którzy dopiero mają w to wejść.

– Z ankiet wśród studentów wydziałów lekarskich wynika, że 21 proc. chce wyjechać za granicę. Pracowników ochrony zdrowia zaczyna brakować w całej Unii, do 2025 roku będzie blisko 2 mln wakatów. Oni już to wiedzą i nie trzymają się kurczowo myśli o pracy w Polsce. Nie muszą tu. Mogą gdziekolwiek – tłumaczy Fiałek.

Jakub Sieczko uważa, że duży poziom frustracji jest także z powodu obecnej władzy, która zrobiła wszystko, by uprzedzić do siebie lekarzy.

– Naprawdę trudno podjąć wysiłek jakiejś reformy, gdy widzi się, jak na nas szczują, jak do nas mówią: niech jada! Każdy ma swoją godność, wiemy, co potrafimy, nie będziemy jakąś bezradną, zastrachaną grupką, która nie umie bronić swoich racji – mówi Sieczko.

– Mam kolegę, który wyjechał do Szwecji, i koleżankę, która jest w Niemczech – opowiada Fiałek. – Gdy rozmawiam z nimi, słyszę: w końcu mamy czas. Jeszcze nie na wszystko mają pieniądze, bo wciąż są rezydentami, ale czasu już tyle, że wystarczy.