

REPORTAŻ: OKIEM REZYDENTA

Marzenia sięgnęły bruku

Agata Misiurewicz-Gabi

Kończą jedne z najtrudniejszych studiów, by wykonywać zawód wymagający nie tylko ogromnej wiedzy, lecz także wytrzymałości fizycznej i psychicznej. Mają w swoich rękach ludzkie zdrowie, sprawność i życie. Tymczasem rzeczywistość ochrony zdrowia, którą poznają z każdym dniem, każe im zakopać marzenia i ideały, godzić się na zmęczenie, trudne warunki pracy i nieadekwatne do wykształcenia i odpowiedzialności zarobki. Rezydenci – po raz kolejny zabierają głos i przekonują, jak niewiele się u nas robi, aby było lepiej.

Kiedy się skarżą, nie są słyszani. Bo niektórzy uważają, że nie mają prawa narzekać. Ponoć są za młodzi, żeby wymagać. Za mało doświadczeni, aby cokolwiek oczekiwać. Mówi się im, że powinni byli przewidzieć, na co się pisali, że bycie lekarzem to ciężki chleb. Stale słyszą, że praca w ochronie zdrowia to przede wszystkim służba i trzeba się jej poświęcić bez reszty. Tymczasem oni kochają to, co robią, chcą jednak pracować w godnych i bezpiecznych warunkach. Chcą też, tak jak ich rówieśnicy, mieć prawo do odpoczynku i do własnego życia. Czy oczekują zbyt wiele?

Długa droga do specjalizacji

Studenci kończący 6-letnie studia medyczne i 13-miesięczny staż, aby zostać lekarzami specjalistami, muszą odbyć szkolenie specjalizacyjne w ramach miejsc rezydenckich lub w szpitalach dysponujących wolnymi miejscami szkoleniowymi. Mogą oczywiście zrezygnować ze specjalizacji, ale wówczas mają ograniczony wybór miejsc pracy. O tym, czy będą pracować w wymarzonej zawodzie i czy zrobią specjalizację, o jakiej marzą, decyduje wynik LEK (Lekarski Egzamin Końcowy) oraz wolne miejsca na rezydenturze. I tu zaczyna się pierwszy i zasadniczy problem, bo na niektórych specjalizacjach miejsc jest naprawdę niewiele albo nie ma ich wcale. W konsekwencji młody człowiek, który całe życie marzy, by być dermatologiem, okulistą, radiologiem, może na upragnioną specjalizację się nie dostać. Wielu osobom udaje się realizować plany, ale reszta musi się pogodzić z tym, że ich marzenia legły w gruzach.

Brakuje specjalistów

Najwięcej miejsc rezydenckich jest m.in. na chirurgii, chorobach wewnętrznych, neurologii i onkologii klinicznej. Niejednokrotnie pozostają one nieobsadzone. Z kolei na cieszącą się zainteresowaniem alergologię i dermatologię mamy w tym roku po 4 miejsca, a na endokrynologię 6 – na całą Polskę! Podobno takie jest zapotrzebowanie, a liczba miejsc na rezydenturze zależy od aktualnych potrzeb – szpitali i pacjentów. Czy tak jest rzeczywiście?

Krystyna Cichocka – rezydentka na nefrologii, V rok: – *Liczba miejsc rezydenckich nie odpowiada faktycznemu zapotrzebowaniu, o czym świadczą niekończące się kolejki do specjalistów. Jest mnóstwo młodych lekarzy, którzy próbują się dostać na konkretną specjalizację, ale nie mają żadnych szans. Muszą czekać rok, dwa lub dłużej, aż takie miejsce się pojawi. Czasami zmieniają branżę i pracują gdzieś indziej, żeby móc się w tym czasie utrzymać.*

Marek Hryniewicz – rezydent na neurologii, III rok: – *Sposób dostania się na rezydenturę pozostawia wiele do życzenia. Już sam fakt, że można złożyć wniosek na jedną specjalizację do jednego województwa. Często młodzi ludzie rozczarowują się tym, że w miejscu, gdzie chcieliby robić specjalizację i gdzie mieszkają, w ogóle nie ma miejsc. Zmuszeni są w związku z tym przeprowadzać się do innego województwa, gdzie takie miejsce jest dostępne.*

Cezary Bielecki – stażysta, tuż przed egzaminem LEK: – *Absurdem jest to, że jeśli ktoś dostanie się na rezydenturę, to musi się jej podjąć, bo inaczej traci możliwość jej wykonywania w trybie rezydenckim. To jest dużym utrudnieniem dla osoby, która zastanawia się nad wyborem między jedną specjalizacją a drugą.*

Anna Grupińska – rezydentka na psychiatrii, I rok: – *Przyczyny mniejszego zainteresowania niektórymi specjalizacjami należy szukać już na studiach medycznych. Ja na przykład nie miałam żadnych zajęć z neurologii dziecięcej, a powinnam, bo przecież neurologów dziecięcych w Polsce brakuje. Uważam też, że nasze zainteresowanie daną specjalizacją zależy od sposobu prowadzenia zajęć na studiach i od tego, czy starsi koledzy po fachu potrafią nas do niej zachęcić. Tymczasem to oni niejednokrotnie odradzają nam pewne wybory. Trudno się spodziewać, byśmy zdecydowali się na coś, co nam wcześniej odradzano.*

Strajki – niespełnione obietnice?

Niecałe trzy lata temu protestowali. Mimo krytyki wielu środowisk, także lekarskich. Tymczasem rezydenci chcieli, by było lepiej dla wszyst-

”

Placówki wołają zatrudnić lekarzy na kontrakcie, żeby nie mieli oni prawa do urlopu czy zwolnienia i sami musieli opłacać swoje ubezpieczenie OC

kich: zarówno dla pracowników medycznych, jak i dla pacjentów, którym należy się lepsza opieka. Rozmawiali z władzami. Postulowali, żeby więcej pieniędzy wydawać na ochronę zdrowia (do 6,8 proc. PKB od 2021 r.), żeby były lepsze warunki pracy, sprzęt, więcej specjalistów, żeby nie musieli pracować ponad fizyczne możliwości, dorabiać na wielu etatach lub co jest kuriozalne – pracować za darmo. Pojawił się też postulat płacowy, bo ciągle zarabiają znacznie poniżej średniej krajowej mimo spoczywającej na nich odpowiedzialności i konieczności stałego dokształcania. Tymczasem to właśnie zarobki, o których *de facto* mówili najmniej, były cały czas podkreślane przez nieprzychylnie im media jako najważniejsze z żądań. Spotykali się z ostrą krytyką, także społeczną, jakby ludzie – pacjenci – zapomnieli, że to o ich



dobro chodzi przede wszystkim. Za powrót do pracy i zaprzestanie strajków wiele im obiecano. Co się po tych trzech latach zmieniło, czy ich sytuacja się poprawiła?

Krystyna Cichocka: – Z punktu widzenia rezydenta strajki niewiele zmieniły, może poza szumnie ogłaszanymi, nie wiadomo jakimi podwyżkami. Być może skorzystają na nich najmłodszy rezydenci, którzy dopiero zaczynają rezydenturę. Dla mnie jako osoby, która miała już zaawansowaną staż specjalizacji, niewiele się zmieniło. To co nam zaproponowano, to tzw. bon patriotyczny, czyli dodatkowe 600–700 zł brutto wynagrodzenia za podpisanie czegoś w rodzaju lojalności. To zobowiązanie do przepracowania 2 lat po zakończeniu specjalizacji w jednostce, która ma podpisaną umowę z NFZ. Jednak musi to być zatrudnienie na podstawie umowy o pracę, co faktycznie jest mało realne, ponieważ placówki wolą zatrudniać lekarzy na kontrakcie, żeby nie mieli oni prawa do urlopu czy zwolnienia i sami musieli opłacać swoje ubezpieczenie OC.

Anna Grupińska: – Nadal są problemy z jawnością Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego, przy czym na świecie jest przyjęte, żeby pytania i odpowiedzi po egzaminach były jawne. Dzięki temu można zweryfikować ich treść. Mamy też trudności z realizacją programu rezydentury. Dla przykładu – na oddziałach internistycznych wymaga się, aby rezydent wykonał określoną liczbę reanimacji, a nie zawsze na jego oddziale dochodzi do zatrzymania krążenia u pacjentów tyle razy, ile jest określone w procedurach. Poza tym zdarza się, że przydzieleni rezydentom opiekunowie nie wywiązują się ze swoich obowiązków w stosunku do nich. Jest to szczególnie widoczne w dużych ośrodkach, w których rezydentów jest wielu, przez co specjaliści nie mają czasu, by właściwie się nimi zająć.

Marek Hryniewicz: – Zmianą na plus jest większe przestrzeganie praw pracowniczych. Wcześniej

”

Moim środkiem ochrony osobistej były okulary, które noszę na co dzień, i jedna maseczka chirurgiczna na cały dzień. Potem na szczęście znaleźli się sponsorzy, którzy nam pomogli. To pokazuje, że nasze społeczeństwo poradziło sobie bez pomocy rządu, który załatwił jedynie te maseczki bez atestu



Fot. Zx-istockphoto

wielu lekarzy rezydentów było zmuszanych do podpisywania klauzuli opt-out i dyżurowania ponad czas określony w programie specjalizacji. Teraz godzin dyżurowania bardziej się przestrzega, a lekarzowi po pracy w ramach 40 godzin obowiązkowego w programie specjalizacji dyżuru nie jest potrącane z pensji podstawowej za zejście na dzień następnym.

Konflikt pokoleń

Środowisko lekarskie jest mocno podzielone. Choć wielu starszych lekarzy wspiera rezydentów, są też tacy, którzy nie rozumieją lub nie chcą zrozumieć ich żądań. Słyszysz się od nich, że młodzi powinni być przygotowani na ciężką pracę i wcześniej przewidzieć, że zawód lekarza wiąże się z ogromnym poświęceniem i wyrzeczeniami.

Anna Grupińska: – Mam wrażenie, że to jest nasza polska natura, że nie lubimy, gdy ktoś ma lepiej, niż my mieliśmy. Niektórzy starsi koledzy nie chcą zrozumieć, że walczymy o poprawę finansowania całej ochrony zdrowia. I nie chodzi tu tylko o pensje, ale o zwiększenie nakładów, skrócenie kolejek do specjalistów, w których niekiedy trzeba czekać dwa lata. Starsi koledzy nie rozumieją też, że jeśli nie będą starali się przekazać nam wiedzy i nie zaczną przychylniej na nas patrzeć, jako na swoich następców, to za kilka lat nie będzie miał kto ich leczyć. Warto wspomnieć, że średnia wieku lekarza w Polsce to powyżej 50 lat, a brak zachęty do wykonywania tego zawodu sprawia, że pod względem liczby lekarzy przypadających na tysiąc mieszkańców znajdujemy się na szarym końcu.

Marek Hryniewicz: – Osobiście miałem doświadczenia z takim podejściem starszych lekarzy. Ich zdaniem miałem prawo tylko się uczyć i to powinno mi wystarczyć. Uważali, że za naszą pracę nie należy się wynagrodzenie, bo przecież ciągle się uczymy i nie jesteśmy pełnoprawnymi pracownikami. Zaobserwowałem międzypokoleniową zawiść. W szpitalach nadal panuje system feudalny, jesteście traktowani jak sekretarki, a nie równorzędni członkowie zespołu. Nie rozumiem głębszej przyczyny tego zjawiska, nie potrafię tego racjonalnie wyjaśnić. Przecież nasze żądania dotyczą reformy

całego systemu ochrony zdrowia, żebyśmy mieli środki, aby leczyć lepiej.

Krystyna Cichocka: – Starsi stażem lekarze nie zawsze rozumieją i wspierają rezydentów. To jest taka typowo polska mentalność: jak mnie było źle, to innym też ma być źle. Kiedyś pracowało się troszkę inaczej i warunki pracy były dużo lepsze, o czym starsi lekarze niechętnie mówią. Teraz zdarza się tak, że i prawo pracy, i zasady obowiązujące na oddziale nie są przestrzegane. Jako młody rezydent zostawałam na samodzielnym dyżurze na 70-lóżkowym oddziale, gdzie mogli przyjechać pacjenci internistyczni, chirurgiczni, wymagający intensywnej terapii, i nikogo nie interesowało, jak sobie z tym poradzę. Kiedyś takich rzeczy nie było. Nie było na to zgody.

Dlaczego rezygnują z rezydentury?

Według szacunków Naczelnej Izby Lekarskiej w Polsce brakuje 68 tys. lekarzy specjalistów, a mimo to wielu absolwentów studiów medycznych nie podejmuje rezydentury wcale lub rezygnuje w trakcie jej trwania. Powód? Lepsze zarobki dla lekarzy nierezydentów oraz brak możliwości realizowania wymarzonej specjalizacji. Tacy lekarze zatrudniają się w firmach farmaceutycznych (choć obecnie rzadziej niż jeszcze kilkanaście lat temu), pracują w izbach przyjęć, na szpitalnych oddziałach ratunkowych lub wykonują zabiegi z zakresu medycyny estetycznej. Dopiero ta ostatnia praca wiąże się z lepszymi zarobkami, choć żeby ją wykonywać, trzeba zainwestować krocie w kursy i szkolenia. Są też tacy, którzy w ogóle rezygnują z medycyny. Zakładają własną, niezwiązaną z nią działalność gospodarczą lub kończą dodatkowe studia. Można powiedzieć, że takie sytuacje odejścia od zawodu zdarzają się po wielu innych studiach. Wynikają jednak raczej z niemożności znalezienia pracy w wyuczonym zawodzie, jak dla przykładu po wielu kierunkach humanistycznych. Tutaj jednak sytuacja jest inna. Lekarzy w Polsce brakuje, dlatego już sam fakt, że absolwenci studiów medycznych po wielu ciężkich latach nauki rozważają zmianę zawodu, powinien dawać do myślenia.

Krystyna Cichocka: – Polski system kształcenia lekarzy niszczy marzenia i bardzo szybko ▶

”

Zaobserwowałem międzypokoleniową zawiść.

W szpitalach nadal panuje system feudalny, jesteście traktowani jak sekretarki, a nie równorzędni członkowie zespołu



REPORTAŻ: OKIEM REZYDENTA

► weryfikuje je z rzeczywistością. Młodzi ludzie rozpoczynający studia medyczne są pełni entuzjazmu, werwy, nadziei, że zaczynają jakąś fajną przygodę. Bardzo szybko przekonują się, jak dalekie od wyobrażeń jest to, co zastali. Część z nich, nawet jeśli dostała się na wymarzoną ścieżkę specjalizacyjną, kiedy zobaczy, jakie to jest bagno, nie chce mieć z tym nic wspólnego.

Marek Hryniewicz: – Kiedy rozmawiam ze znajomymi spoza branży, którzy mają inne wykształcenie, to odczuwam pewien żal. Jesteśmy w tym samym wieku, a oni szybko po skończeniu studiów osiągnęli satysfakcję zawodową i godny poziom życia. Przede mną jest jeszcze długa droga, żeby moje zarobki wzrosły, co pozwoliłoby mi być całkowicie niezależnym. Pamiętajmy, że osoba, która kończy rezydenturę, ma już ponad 30 lat. W przypadku kobiet, które decydują się w tym czasie na dziecko, czas ten dodatkowo się wydłuża. Chciałbym dodać, że w polskim systemie studenci medycyny nie mają możliwości dorobienia sobie w szpitalu i zarazem odciążenia ochrony zdrowia. Mam porównanie ze szpitalami we Francji, gdzie odbywałem praktyki. Tam studenci są włączani do systemu szpitalnego już od IV–VI roku studiów. Dostają za to niewielkie wynagrodzenie, ok. 200 euro na miesiąc, ale są pełnoprawnymi członkami zespołu i czerpią satysfakcję z tego, że są doceniani i mogą pracować w zawodzie. Tymczasem mam wrażenie, że w naszych szpitalach studenci są niemile widziani i nikt nie ma dla nich czasu.

Praca za darmo?

Wielu młodych lekarzy zatrudnia się w szpitalach za darmo, aby móc wykonywać wymarzoną specjalizację. Średnio 5 lat rezydentury w formie wolontariatu to długi okres dla człowieka, który zbliża się już do trzydziestki albo jest grubo po niej i nadal musi pozostawać na garnuszku

”

Niektórzy są tak zmotywowani, by się kształcić na wybranym szkoleniu specjalizacyjnym, że zgadzają się pracować za darmo. Czasami myślę, że towarzystwa lekarskie wyznaczają tak małą liczbę miejsc, aby uniknąć konkurencji

rodziców lub dorabiać po godzinach w inny sposób. Choć praktyka taka ma się zakończyć, to nie zmieni to faktu, że wolnych miejsc rezydenckich nie przybędzie.

Anna Grupińska: – Są specjalizacje, na przykład dermatologia, w których takie praktyki są nagminne. To ogromny problem, który stwarza patologie, gdyż człowiek mający 26 lat rozpoczyna 5-letni wolontariat, a jedyną możliwość zarobkowania ma po godzinach pracy, czyli po 160 godzinach etatu. Ludzie godzą się na niewolniczą pracę ze względu na brak innych możliwości. W sytuacji gdy ciągle brakuje nam specjalistów, zamyka się furtki do kształcenia, co powoduje u nas brak komfortu. Wielu z nas emigruje z kraju, wiedząc, jak trudno jest się dostać na wymarzoną specjalizację.

Cezary Bielecki: – Niektórzy są tak zmotywowani, by się kształcić na wybranym szkoleniu specjalizacyjnym, że zgadzają się pracować za darmo. Potem dorabiają w POZ, wszędzie, gdzie się da, żeby móc się utrzymać. Ja sobie tego nie wyobrażam. Czasami myślę, że towarzystwa lekarskie wyznaczają tak małą liczbę miejsc, aby uniknąć konkurencji. Skoro brakuje specjalistów, dlaczego na niektórych specjalizacjach jest 0 miejsc albo 1 miejsce?

Jak ich zatrzymać w kraju

Młodzi, zdolni studenci kierunku lekarskiego często są kuszeni atrakcyjnymi ofertami pracy za granicą. Tam czekają na nich nie tylko wyższe zarobki, lecz także nieporównywalnie lepsze warunki pracy i kształcenia. Niektórzy już w trakcie studiów podejmują trudną decyzję o wyjeździe.

Krystyna Cichocka: – Wielu studentów medycyny już na III, IV roku bardzo intensywnie uczy się języków obcych i ma zdefiniowane kierunki wyjazdów. Zwłaszcza że kiedy wyjeżdżają na staże zagraniczne, to otwierają im się oczy. U nas widzą asystenta, który ma się nimi

zajmować i który miota się między przyjmowaniem pacjentów a prowadzeniem zajęć. Potem popatrzą, jak to wygląda u kolegów za granicą i porównanie jest proste. Wiedzą, gdzie chcą pracować.

Cezary Bielecki: – Kilka osób, które skończyły ze mną studia, od razu zdecydowało się studiować informatykę. Mówili, że nie będą zarabiać marnych groszy w ochronie zdrowia. Inni z kolei zaraz po stażu zdecydowali się wyjechać za zachodnią granicę i tam się specjalizować. Uważam, że aby to zmienić, trzeba stworzyć u nas takie warunki, żeby ludzie po studiach chcieli zostawać w kraju. Tymczasem nasz rząd próbuje temu zaradzić, zwiększając limit osób przyjmowanych na studia. W konsekwencji mamy przeładowanie w klinikach i za dużo studentów na oddziale. To nie rozwiąże problemu, bo kształcą się lekarzy, którzy i tak wyjadą. Zwłaszcza teraz, kiedy mają być wprowadzone zaostrzenia dotyczące błędów medycznych, które uchwalono pod osłoną nocy. Sam rozważam wyjazd z kraju, mimo że rozpocząłem w tym roku studia doktoranckie. Chciałbym zostać tu, gdzie jest moja rodzina, ale jeśli sytuacja się pogorszy i będę się bał zmierzyć pacjentowi temperaturę, bo on może źle się poczuje, a ktoś to uzna za mój błąd medyczny – ktoś, kto nie ma pojęcia, na czym polega leczenie pacjenta – to będę zmuszony do wyjazdu.

Anna Grupińska: – Jestem na pierwszym roku rezydentury, świeżo po dramatycznych wyborach moich kolegów, którzy podjęli decyzję o wyjeździe z kraju. Wymagało to z ich strony pewnych przygotowań, bo wiadomo, że trzeba mieć znajomość języka potwierdzoną certyfikatem. W tym wszystkim nie chodziło im tylko o pieniądze, ale głównie o system pracy, jaki funkcjonuje na zachodzie, w którym ma się łatwiejszy dostęp do wiedzy, do wykonywania danych procedur. U nas trudno jest je wykonać w podyktowanej w programie liczbie. Za granicą zejście z dyżuru po jego skończeniu, czyli po 24 godzinach, jest rzeczą oczywistą. Nikt nie odbiera z tego powodu środków finansowych. U nas w niektórych ośrodkach nadal się to praktykuje. Do tego dochodzi brak komfortu pracy i straszna biurokracja, która pochłania mnóstwo czasu i energii.

Marek Hryniewicz: – Mam kilku znajomych, którzy podjęli decyzję o wyjeździe jeszcze na studiach lub w czasie protestów. Myślę, że tendencja wyjazdowa dalej się u nas utrzymuje. Dlatego wielu studentów i rezydentów uczy się intensywnie języków obcych. Sam też się uczę, żeby mieć alternatywę, gdyby na przykład po skończeniu specjalizacji rzeczywistość okazała się zbyt bolesna. Moi znajomi, którzy wyjechali z kraju, są ze swojej decyzji zadowoleni. Chwalą sobie, że mają lepsze możliwości kształcenia, a podejście do nich opiekunów stażu jest na znacznie wyższym poziomie. Uważam, że żeby zatrzymać lekarzy, należy przeorganizować sposób rekrutacji na specjalizację. Poza tym musi być przestrzegane prawo pracy. Wiele mówi się o tym, aby w naszych szpitalach po-





”

Byliśmy świadomi, jaki wybieramy zawód. Przykre jest jednak to, że zmuszano nas i pewnie w wielu miejscach nadal się zmusza do pracy bez środków ochrony osobistej, mimo że w telewizji mówi się, że sprzętu w szpitalach nie brakuje. Tymczasem jest to dalekie od prawdy. Może obecnie trochę się poprawiło, ale kiedy wybuchła epidemia, wielu lekarzy wydało gigantyczne własne pieniądze, żeby kupić środki ochronne i mieć w czym pracować w szpitalu, który nie zapewniał nic

jawiły się sekretarki medyczne. Tak jest dla przykładu we Francji, gdzie lekarze nagrywają na dyktafon swoje obserwacje i wyniki badania fizykalnego, a osoba uprawniona to spisuje. Takie rozwiązanie znacznie odciąża lekarza i pozwala mu zająć się czymś bardziej pożytecznym.

Czy SARS-CoV-2 coś zmienił?

Epidemia COVID-19 pokazała, jak bardzo ochrona zdrowia jest potrzebna i że konieczne jest jej dofinansowanie. Społeczeństwo mogło śledzić, jaką ciężką i niebezpieczną pracę wykonują lekarze. Środki masowego przekazu podawały informacje o kolejnych zarażonych na świecie pracownikach medycznych i o ich zgonach. Nagle wszystkich obleciał strach, że mamy zbyt mało sprzętu medycznego, maseczek, rękawiczek, kombinezonów, że zabraknie respiratorów dla pacjentów, jeśli stracimy kontrolę nad wirusem. Jeszcze dotkliwiej uwidoczniły się braki kadrowe. To wszystko, o czym sygnalizowali wcześniej rezydenci, ujrzało światło dzienne. Stojący na balkonach mieszkańcy bloków w podzięce za trud i poświęcenie klaskali pracownikom medycznym. Klaskali też nasi posłowie. Pielęgniarki i ratownicy medyczni mogli się czuć przez chwilę docenieni i spodziewać się, że epidemia będzie początkiem dobrych zmian. Czy tak się stało?

Krystyna Cichocka: – Nikt z nas nie liczył na miłą, przyjemną pracę bez żadnego zagrożenia. Byliśmy świadomi, jaki wybieramy zawód. Przykre jest jednak to, że zmuszano nas i pewnie w wielu miejscach nadal się zmusza do pracy bez środków ochrony osobistej, mimo że w telewizji mówi się, że sprzętu w szpitalach nie brakuje. Tymczasem jest to dalekie od prawdy. Może obecnie trochę się poprawiło, ale kiedy wybuchła epidemia, wielu lekarzy wydało gi-

”

Jest mnóstwo młodych lekarzy, którzy próbują się dostać na konkretną specjalizację, ale nie mają żadnych szans. Muszą czekać rok, dwa lub dłużej, aż takie miejsce się pojawi

gantyczne własne pieniądze, żeby kupić środki ochronne i mieć w czym pracować w szpitalu, który nie zapewniał nic. Kupowaliśmy maseczki, kombinezony, sami zastanawialiśmy się, jak zmniejszyć zagrożenie dla swoich pacjentów, którzy byli w grupie ryzyka i mogli tej epidemii nie przetrwać. Długo nie było żadnych odgórnych rozwiązań i zostaliśmy z tym problemem sami. Dały się też we znaki niedobory kadrowe, niedofinansowanie. Przykra była odgórna odmowa jakiegokolwiek pomocy i zabezpieczenia naszego życia i naszych rodzin, do których wracaliśmy. Jeszcze do niedawna każdy wymaz, który lekarz chciałby sobie prywatnie pobrać, musiał być nadzorowany przez państwo, bo trzeba było to zarejestrować – podać, czy jest się w zawodzie medycznym czy nie.

Cezary Bielecki: – Kiedy zaczęła się pandemia, pracowałem przez 3 tygodnie na strefie czerwonej. Wszystkie transformacje związane z epidemią rozpoczęły się w moim szpitalu dopiero miesiąc później, niż powinny. Sam pobierałem wymazy od pacjentów z zapaleniem płuc, podczas gdy lekarze na SOR-ze bali się ich zbadać. Moim środkiem ochrony osobistej były tylko okulary, które noszę na co dzień, i jedna maseczka chirurgiczna na cały dzień. Potem na szczęście znaleźli się sponsorzy, którzy nam pomogli. To pokazuje, że nasze społeczeństwo poradziło sobie bez pomocy rządu, który załatwił jedynie te maseczki bez atestu. Miałem nadzieję, że epidemia COVID-19 coś zmieni, ale patrząc na te wszystkie uwagi w stosunku do lekarzy, ostracyzm społeczny wobec ludzi pracujących w ochronie zdrowia, niszczenie im samochodów, nieprzyjemne napisy na drzwiach – bardzo w to wątpię.

Marek Hryniewicz: – Ze strony społeczeństwa był pozytywny odzew w postaci szycia mase-

czek dla medyków czy dostarczania posiłków do szpitali. Dostaliśmy też od rządu oklaski. Teraz jednak pod pretekstem tarczy antykrzyzysowej próbuje się wprowadzić kary za nieumyślne spowodowanie śmierci w ramach błędu medycznego, co może być różnie interpretowane. Zwłaszcza że osoby starsze są bardziej narażone na powikłania wszystkich interwencji medycznych. Podobnie jest w przypadku zabiegów położniczych, w których decyzje trzeba podejmować nagle, jeśli zagrożone jest zdrowie i życie matki czy dziecka. Skutek będzie taki, że mniej zabiegów będzie się wykonywać i mniej ludzi będzie wybierać specjalizacje zabiegowe. Anna Grupińska: – Chciałabym, żeby pandemia coś zmieniła, jednak mam wrażenie, że w takich sytuacjach niewiele się zmienia. Musimy wiedzieć, że żeby zreformować system, nie możemy polegać na jednej kadencji rządu, na jednej sytuacji, takiej jak epidemia COVID-19, która nas zmotywuje do zmian. Do tego potrzebne jest zjednoczenie ponad podziałami i stworzenie wieloletniego planu stopniowej reformy. U nas ciągle działa się w chaosie, kiedy coś się dzieje, znajdują się darczyńcy i lekarze są doceniani, ale chwilę później mamy nagonki na personel i niechęć sąsiadów, żeby pracownik medyczny mieszkał w ich domu. To jest bardzo przykre, bo my walczyliśmy o ludzkie życie, a spotykamy się z takim ostracyzmem. Jeśli kolejna klęska, którą jest epidemia, nie skłoni osób decyzyjnych, żeby przeprowadzić długofalową reformę, to nie będzie lepiej. Niestety nie zauważałam, żeby ktokolwiek z rządzących miał ochotę w tym momencie ją przeprowadzić, i nie sądzę, że w najbliższym czasie cokolwiek się zmieni.

Nazwiska rezydentów, na ich prośbę, zostały zmienione.