

Podróż do „lepszego świata”

Artur Młodzianowski

Nikt nigdy nie mówił, że będzie łatwo. Co więcej, od samego początku wiadomo, że jest i będzie trudno. Wysiłek nie kończy się na egzaminie wstępnym do akademii medycznej.

Jak powiedział kiedyś, nieżyjący już, Profesor Julian Stolarczyk: „Medycyna to rzemiosło, a fachu uczyć się trzeba całe życie. Zaczyna się w szkole zawodowej, jaką jest akademie, a potem czeka nas już tylko żmudna praca i wysiłek do końca naszych dni”.

Choroby Serca i Naczyń 2008, 5 (2), 109–115

WSTĘP

Codziennie gromadzę doświadczenia. Często dzięki „polskiej rzeczywistości” mój proces przyswajania wiedzy przyspiesza. Czasem gna na złamanie karku przez kilkaset godzin w miesiącu. Nie spędzam ich bynajmniej w bibliotece — podobnie jak wielu moich kolegów żyję w szpitalu i szpitalem. Trudno przy tym powiedzieć, że żyję godnie „ze szpitala”.

Czasem rozterki są większe, czasem mniejsze. Podobnie jak inni tak zwani znajomi po fachu, wiem, że codzienność polskiego doktora może być inna. Świadomi tego są zwłaszcza ci, którzy nie mają już ważnej rejestracji w polskiej Izbie Lekarskiej i od pewnego czasu pozostają na emigracji. Świat jest niewielki w dobie podróży samolotem, Internetu i telefonii komórkowej, a ci, co już za granicami, nie milczą — uświadamiają tych, co jeszcze pozostali w kraju.

Bardzo mnie niepokoi, że wielu stażystów czy studentów na praktykach wakacyjnych już ma w swoich głowach ułożony konkretny plan działania. Jedni za 2 lata będą w Szwecji, inni za rok w Austrii, a jeszcze inni już się pakują do Holandii. Nawet nie rozważają innej opcji. Nie ludzą się wizją zmian.

Czy moją Ojczyznę stać na „gubienie” talentów? Z kim będę za kilka lat dyżurował?

DECYZJA

Podjąłem decyzję — emigruję. Zmęczony, ale początkowo pełen zapału, słę podania, życiorysy; e-maile, listy... Na razie bez cienia sukcesu. Pracuję więc dalej. Ministrowie się zmieniają, kolejne obietnice wypływają z ich ust. Staram się zaakceptować rzeczywistość i zapomnieć o „lepszem świecie”.

Po miesiącu od ostatniego e-maila dzwoni telefon — za tydzień mam rozmowę kwalifikacyjną w Warszawie. Na nieszczęście dzień *interview* przypada zaraz po ciągu dyżurów. Znajduję zastępstwo na ostatnie 2 godziny dyżuru i, konając ze zmęczenia, jadę do stolicy. Śpię całą drogę, a po przebudzeniu myślę wyłącznie o czekającym 300 km dalej łóżku. Pół godziny później poznaję parę miłych Szkotów. Szybko znajdujemy wspólny język, o zgrozo, narzekając na korki w stolicy, jakoś polskich dróg, spóźnione i brudne pociągi oraz międzynarodowe lotnisko w Warszawie z jednym, ciasnym, hałaśliwym i nieprzyjaznym terminalem. Staram się ratować sytuację, zachwalając Gdańsk i Kraków. Tłumaczę, że postępek wymaga i czasu, i ofiar. Nie wyglądają na zadowolonych, ze mnie zaś „uchodzi para”. Powieki stają się coraz cięższe. Sytuacja jeszcze się pogarsza, gdy dochodzimy do tematów medycznych. Moi rozmówcy nie wierzą w to, jak i ile pracuję. Myślą pewnie, że bajki im opowiadam. Kończymy spotkanie z mieszanymi uczuciami, a ja mam poczucie zmarnowanego czasu. Jestem zdegustowany, że ludzie z „lepszego świata” mnie nie rozumieją.

Po 3 dniach dostaję propozycję pracy.

PRZEPROWADZKA

Złożenie wypowiedzenia chyba nie zaskoczyło nikogo. Świadomość kolegów jakby już zaakceptowała przeświadczenie, że każdy kiedyś, gdzieś wyjedzie w poszukiwaniu tego „lepszego”. Tylko mój szef chodzi niepokiesz-

ny — byłem jego jedynym asystentem na oddziale. Za kilka tygodni, już bez mnie, będzie tworzył jednoosobowy „zespół”.

Po 4 tygodniach pożegnań i gorączkowego pakowania się siedzę w samolocie z biletem opłaconym przez nowego pracodawcę. Najpierw docieram do londyńskiego *General Medical Council* (GMC), czyli brytyjskiego odpowiednika polskiej Izby Lekarskiej, by potem skierować się do miasta docelowego w Szkocji.

O zgrozo, zanim zacznę zarabiać, muszę wpłacić prawie 300 funtów* (ok. 130% miesięcznej, podstawowej pensji netto lekarza rezydenta w 2007 roku) opłaty rejestracyjnej w GMC. To coroczna składka, którą musi wnieść każdy chcący praktykować w Wielkiej Brytanii lekarz.

Po długiej podróży z międzylądowaniem w Londynie kończę swoją wędrówkę na lotnisku w Szkocji, gdzie czeka na mnie główny menadżer firmy medycznej, która mnie zatrudniła. Jedziemy na późny obiad, potem odwozi mnie do hotelu, w którym spędzę swoje pierwsze dni. Po niespełna tygodniu przeprowadzam się do wynajętego i opłaconego przez firmę mieszkania. Od samego początku wkurzają mnie podwójne krany z osobno ciepłą i zimną wodą i polskie wtyczki, które nie pasują do szkockich gniazdek elektrycznych. Widać, co kraj, to obyczaj!

NOWY ŚWIAT

Boję się być wrzucony na „głęboką wodę”. Wiem, że mógłbym sobie nie poradzić — nic przecież nie wiem o pracy lekarza w tym kraju. Jednak zanim przyjmuję swojego pierwszego pacjenta, mijają ponad 2 tygodnie.

Na kolejnych lunchach i obiadach spotykam się z dyrektorami i menadżerami firmy. Nie pracuję w szpitalu, nie jest to też przychodnia. To prywatne przedsiębiorstwo świadczące usługi medyczne dla przemysłu *oil and gas*. Oryginalne połączenie ośrodka medycyny pracy, ratownictwa medycznego i centrum szkoleniowego. Do zakresu moich obowiązków będzie należało badanie robotników przed podjęciem przez nich pracy na morzu, organizowanie i branie udziału w akcjach ratunkowych na platformach i statkach pływających po Morzu Północnym, szkolenie medyków i ratowników medycznych oraz wykonywanie audytów medycznych.

Zacząłem od szkoleń, wykładów, zwiedzania muzeów. Mojemu pracodawcy zależy, bym zrozumiał firmę i jej

sposób działania. Chce też koniecznie, bym zdobył wiedzę historyczną — poznał przemysł *oil and gas* od podszewki. Tak mijają pierwsze 2–3 tygodnie. Czasem czuję się jak w szkole. Nikt nie goni mnie do pracy. Wszyscy chcą, bym coś przeczytał, czegoś dotknął, spróbował — są bardzo przejęci moją osobą. Zauważam, że kolejno między sobą rozdzielają dyżury i towarzyszą mi od rana — wioząc mnie do pracy, po późny wieczór — zapraszając mnie na obiady czy wożąc na zakupy.

Każdego przyjeżdżającego do Wielkiej Brytanii lekarza czeka osobista rejestracja w GMC (miałem to już za sobą), a następnie w *Home Office* — odpowiedniku polskiego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych. Schemat Rejestracji Pracowników (WRS, *Workers Registration Scheme*) jest obowiązkowy i należy się zarejestrować w ciągu 30 dni od momentu zatrudnienia. Kolejnym obowiązkiem pracowniczym w tym kraju jest uzyskanie NIN (*national insurance number*), czyli numeru ubezpieczenia społecznego. Bez niego nie można na przykład wybrać lekarza domowego (GP, *general practitioner*), czym akurat nie martwię się zupełnie. Mój pracodawca prosi mnie o wypełnienie kilku formularzy i już po 4 tygodniach mam wszystkie niezbędne numerki i karty. Czas na rejestrację w przychodni i zakładanie konta w banku. Obie instytucje wymagają dokumentu tożsamości (paszportu lub nowego dowodu osobistego) i na przykład listu, rachunku — papieru z nadrukowanym nazwiskiem i brytyjskim adresem zamieszkania.

W przychodni stawiam się o umówionej godzinie. Jest miło i przytulnie. W tle gra cichutko relaksacyjna muzyka. Recepcjonistka grzecznie prosi mnie o wypełnienie formularza i umawia na kolejną wizytę, tym razem u kolegi doktora, za 3 dni.

Pewnie po prostu nie mam szczęścia — doktor jest nieco opryskliwy i słabo „przyswaja” informację, że jesteśmy kolegami po fachu. Przechodzę obowiązkowe badanie przedmiotowe, zostaję pouczony o zasadach dobrego odżywiania się, otrzymuję plik ulotek informacyjnych i list z oświadczeniem, że szczęśliwie zostałem przyjęty w poczet pacjentów tutejszej praktyki lekarskiej doktora z milionem niezrozumiałych skrótów przed i po nazwisku.

W banku natomiast serdeczności nie ma granic. Po przedstawieniu się i wytłumaczeniu pani w recepcji, że jestem *doctor from Poland*, zostaję zaproszony do biura dla VIP-ów, gdzie moje półbuty toną w otchłani miękkich dywanów. Odtąd mój prywatny *agent* służy mi pomocą i radą 24 godziny na dobę. Mimo zupełnie pustego portfela dostaję linię kredytową czy też debetową (sam nie

*Czerwiec 2007 roku (w 2008 r. — 380 funtów)

wiem) o równowartości nowego samochodu średniej klasy, a przedstawiciel banku przemiłym, wręcz nieco za słodkim, głosem przy bursztynowym *earl grayu* wyjaśnia mi, że czas oczekiwania na moją platynową kartę VISA wynosi aż 2 tygodnie, przepraszając mnie przy tym wylewnie. Aż tak długo? — pytam. Nie dostanę jej od razu? Co kraj, to obyczaj — jak widać.

Karta z błędami w nazwisku przychodzi wcześniej; agent nie odpowiada na telefony i e-maile, a po dwóch osobistych interwencjach w banku, po kolejnych 4 tygodniach dostaję *brand new credit card*. Dywany są jakby mniej puszyste i bardziej szare. Herbaty nie podają.

PIERWSZY PACJENT. SYSTEM PRACY

Po uzupełnieniu rozlicznych formalności, rejestracji do kilku stowarzyszeń, zrzeszeń, klubów itp. zdecydowano, że jestem gotowy do pracy. Mogę przyjmować pacjentów i wydawać im stosowne zaświadczenia. Mój pracodawca, pokrywając koszty rejestracji, wydał jakieś 2300 funtów, a zarówno przed, jak i za moim nazwiskiem na pieczęcie wciąż nie widnieje ani jeden niezrozumiały skrót z wielu, jakie widziałem u kolegów po fachu. Jestem po prostu i tylko *MEDICAL DOCTOR!*

Pierwszy pacjent nie stanowi problemu. Chłop na schwał, zdrów jak ryba. Gdyby jeszcze akcent miał bardziej zrozumiały, ucielibyśmy sobie długą pogawędkę, a tak raczej krótko, formalnie, innymi słowy — profesjonalnie.

Kolejny pacjent też czuje się świetnie. Wdzięcznie postępując, wczłapuje do mojego gabinetu. Od drzwi zapewnia, że jest zdrowy jak ryba. Leków na stałe nie bierze; pali, bo lubi i tylko paczkę dziennie. Nie będzie rzucił, bo kolega rzucił i umarł. „Biedak” — myślę sobie. Rozmowę przerywa nam napad kaszlu „wielkiego człowieka”. Ściany drżą, a ja mam gęsią skórę. Pacjent z uśmiechem tłumaczy, że bym się nie martwił, bo właśnie zaczął brać trzecią paczkę penicyliny V przepisaną przez lekarza rodzinnego i za tydzień lub 2 będzie lepiej. Zdjęcia RTG klatki piersiowej nie miał. W Wielkiej Brytanii od pewnego czasu robi się ich coraz mniej. Z profilaktyki „wypadły” już niemal zupełnie. Powód jest prosty — przepisy i pieniądze. Nikt nie naraża pacjentów na „śmiertelne promieniowanie”, no i każdy liczy pieniądze.

Mierzę ciśnienie, nie wierząc wyświetlonej na monitorze komputera informacji: 180/140 mm Hg. Pielęgniarkom w tej firmie nie płaci się za pomiary ciśnienia, więc tego nie robią. Nie rozumiem tego jeszcze. Badanie ciśnienia cokolwiek kosztuje? Pozostawiają to badanie technikom, a ci to

niesamowici spryciarze. Potrafią zmierzyć ciśnienie i porabrać krew w tym samym czasie! Mierzę więc sam. Nie jest najlepiej: „190 na 100 mm Hg” — mruczę. Dobroduszny „wielki człowiek” znowu mnie pociesza: „Takie mam zawsze” — radośnie stwierdza. „Jak miałem kiedyś niższe, to spałem cały czas”. Alkohol nie jest dla niego najmniejszym problemem — pije 2–3 butelki piwa dziennie, bo lubi. Lubi, jak widzę, też dobrze zjeść, bo wskaźnik masy ciała przekroczył już 37 kg/m².

To drugi pacjent, jakiego mam. W ciągu kolejnych miesięcy mam takich jeszcze dziesiątki, żeby nie powiedzieć — setki.

Od samego początku zadziwia mnie brak wśród Szkotów świadomości własnego stanu zdrowia. Nie potrafią powiedzieć *I'm hypertensive*, bo to takie trudne medyczne określenie. Pytają mnie, jak literuje się w języku angielskim *appendix, thyroid*. Nie wiedzą, jakie leki biorą i z jakiego powodu. Brzmi to niedorzecznie, może troszkę śmiesznie, ale taka jest rzeczywistość. Przyzwyczajony do przekonania panującego w Polsce, że na medycynie i polityce znają się wszyscy, początkowo nie mogę uwierzyć w to, co widzę i słyszę.

Praktykując w Polsce, staramy się posługiwać międzynarodowymi standardami — schematami leczenia i postępowania. Panuje u nas zupełnie niesłuszne przekonanie, że wciąż jesteśmy „gorsi” od bogatego i doskonałego Zachodu, skąd wywodzi się wiele polskich kompleksów.

Przynajmniej 70% moich szkockich pacjentów nie ma pojęcia, że ma nadciśnienie. Spośród szczęśliwców, u których je rozpoznano, blisko połowa jest leczona tiazydami. Beta-blokery czy antagoniści wapnia są stosowane tylko w minimalnych dawkach, niezwykle rzadko. Inhibitorów ACE i antagonistów receptora angiotensyny II niemal nie widuję w zaleceniach lekarskich. Zgroza!

Prawie 80% pacjentów ma problemy dermatologiczne, z czego 99% określa je po prostu jako *eczema*. Większość tych nieszczęśników jest leczona przez długie miesiące steroidami w różnej formie. Sami pacjenci nie stronią od kremów steroidowych aplikowanych na skórę twarzy przez kilkanaście tygodni.

Antybiotyki to kolejny rozdział w czasem tajemniczej szkockiej medycynie. Króluje penicylina V, którą wielu pacjentów przyjmuje nawet przez 3–4 tygodnie. Pamiętam artykuły w polskiej prasie medycznej piętnujące lekarzy rodzinnych zbyt często stosujących antybiotykoterapię, a tu niemal każdy ból gardła, zęba, stan dermatologiczny leczy się antybiotykiem.

Stan uzębienia mieszkańców północnej części Wyspy mógłby przyprawić o zawał serca każdego polskiego stomatologa. Komplet uzębienia w wieku 20–25 lat widuje rzadko. Paradontoza, próchnica, wybite, połamane zęby lub też same korzenie zębów sterczące z dziąseł, to codzienność. Najzdrowsze zęby mają pracujący tu Polacy i Hindusi. Ci pierwsi zwykle leczą się w Polsce.

SYSTEM OPIEKI ZDROWOTNEJ

Odpowiednikiem polskiego publicznego systemu opieki zdrowotnej na Wyspach jest *National Health Service* (NHS). Każdy zatrudniony i opłacający składki na ubezpieczenie społeczne ma prawo do darmowej lub częściowo odpłatnej opieki medycznej.

Bezpłatną opieką objęci są również członkowie rodziny ubezpieczonego, pod warunkiem że mieszkają na Wyspach. Nieodpłatnie można się zarejestrować w przychodni lekarza rodzinnego, jeśli są jeszcze w niej wolne miejsca. W przypadku odmowy rejestracji można szukać pomocy w terenowych oddziałach NHS lub dzwoniąc na odpowiednie infolinie. W ramach ubezpieczenia przysługują nieodpłatne wizyty u GP (czyli u lekarza rodzinnego), hospitalizacje i odpłatność ryczałtowa w wysokości 6,5 funta za wydany w aptece medykament, niezależnie od jego faktycznej ceny. Bezpłatnie leki otrzymują dzieci do 18. roku życia, kobiety w ciąży oraz osoby powyżej 60. roku życia.

By skorzystać z usług stomatologa, należy — podobnie jak w przypadku lekarza rodzinnego — uzyskać rejestrację i stać się pacjentem konkretnej praktyki świadczącej usługi dla NHS. W przypadku standardowego leczenia stomatologicznego pacjent jest zobowiązany do pokrycia 80% kosztów leczenia — do wysokości 384 funtów. Zwolnieniu z opłat podlegają kobiety w ciąży, kobiety posiadające potomstwo w wieku do 1. roku życia oraz dzieci do 18. roku życia i starsze, jeśli uczą się w pełnym wymiarze godzin.

W stanach nagłych NHS dysponuje systemem karetek i oddziałów ratunkowych. Do dyspozycji pacjentów są też centra nagłych stanów stomatologicznych.

Okres oczekiwania na wizytę u lekarza rodzinnego waha się od kilku godzin do niemal 2 tygodni (!). Najczęściej są to 2–3 dni. Dotyczy to także osób w ostrym stadium infekcji wirusowych. Pacjenci nie stawiają się w praktyce lekarskiej bez wcześniejszego uzgodnienia terminu wizyty. Spóźnieni muszą się liczyć z tym, że mogą zostać odesłani „z kwitkiem”.

Oczekiwanie na leczenie stomatologiczne, mimo współpłacenia, trwa od kilku dni do prawie 2 miesięcy.

Chorzy wymagający leczenia specjalistycznego są kierowani przez lekarzy rodzinnych do szpitali bądź gabinetów lekarzy specjalistów. Oczekiwanie na wizytę może wynosić aż do pół roku, zwykle nie krócej niż 2–3 miesiące.

Po leczeniu specjalistycznym pacjent zwykle nie otrzymuje dokumentacji medycznej. Często bywa tak, że w ogóle nie rozumie i nie wie, co diagnozowano i jaką ostatecznie diagnozę postawiono. Wypisy ze szpitala — *discharge letter* — są bardzo ogólnikowe i nie zawierają żadnych wyników. Te bardziej szczegółowe, jeśli w ogóle są wysyłane, to ma to miejsce dopiero wiele dni, często tygodni po wypisaniu ze szpitala. By otrzymać jakiegokolwiek dodatkowe informacje, lekarze rodzinni, lekarze medycyny pracy i inni piszą listy do ośrodków specjalistycznych z prośbą o ujawnienie diagnozy oraz przebiegu choroby i leczenia. Opłata, jaką trzeba uiścić za taki jeden często tylko kilkudziesięciu raport, wynosi od kilkudziesięciu do kilkuset funtów. Chcąc uzyskać od lekarza rodzinnego informacje (raport) o stanie zdrowia pacjenta, trzeba się liczyć z okresem oczekiwania do 3–4 tygodni, opłata i możliwością zaskarżenia tej prośby przez lekarza rodzinnego do NHS. Może on uznać, że jest zbyt zajęty, by w danej chwili zajmować się pisaniem raportów. Przepływ informacji jest bardzo sformalizowany i długotrwały. W Polsce kserokopię dokumentacji zawsze może przefakusować „pani Henia”, kolega po fachu coś powie przez telefon, wypisy szpitalne to długie i szczegółowe elaboraty, a pacjenta w potrzebie ZAWSZE udaje się gdzieś, jakimś cudem, „upchnąć”.

KLIMATY

Zanim tu przyjechałem, o szkockiej pogodzie wiedziałem niewiele. Panujące mity i podpowiedzi „życzliwych” spowodowały, że moja walizka była w połowie wypełniona sprzętem wodoodpornym. Pierwszą kupioną po przylocie rzeczą była para pięknych kaloszy w szkocką kratę. Po kilku tygodniach się rozczarowałem. Znudziło mnie wieczne targanie brezentu i parasola. Być może byłem świadkiem nadzwyczajnej suszy? Klimat jest zdecydowanie podobny do polskiego. Adaptacja nie wymaga większych poświęceń.

Pierwszy spacer pamiętam do dziś — zrobił na mnie ogromne wrażenie.

Zacząłem od studiowania mapy i zwiedzania miasta. Nic nadzwyczajnego. Wszędzie granitowe budowle. Gra-

nitowe chodniki obklejone porzuconymi gumami do zucia; granitowe ronda, ławki, przystanki, pomniki. Ulice dla odmiany są betonowe. Sterty śmieci kontrastują z idealnie przystrzyżoną trawą. Główna ulica miasta jest esencją brzydoty betonowo-asfaltowo-granitowego królestwa. Długo szukam drzew, parków. Nie znajduję w nich ciszy, ukojenia, śpiewu ptaków. Wbite w centrum miasta niczym klin śmierdzą spalinami.

Błękitne, piękne niebo jest poprzecinane wieżami kościołów. Są ich dziesiątki. Idę do najbliższego, przekraczam próg świątyni i... natykam się na kelnera. Nie wierzę! Idę do kolejnego, i następnego, i jeszcze jednego... biura, restauracje, puby, hotele, dyskoteki — oto co wypełnia tu wnętrza dawnych świątyń. Czynne parafie liczę na palcach jednej ręki. Tęsknię za polskimi miastami, zwykłymi kościołami.

Czym przeciętny Polak wyróżnia się wśród Szkotów? Idąc ulicami, bezbłędnie mogę wyłowić wzrokiem wszystkich Rodaków. W większości są szczupli i przystojni. Włosy uczesane, ubiór zadbane, u kobiet dyskretna biżuteria i makijaż. Otyłość stanowi wielki problemem w Szkocji. Otyłe dzieci, kobiety, mężczyźni są wszędzie. Suną mozolnie w godzinach *lunchu* całymi tabunami do Burger Kingów czy McDonalldów, gdzie pochłaniają tony ociekających tłuszczem frytek polanych sosem majonezowym. Ci na diecie kierują się do supermarketów po megapaczki chipsów *light* i hektolitry dietetycznej *coca-coli*. Zwykle późnym wieczorem jedzą tylko gotowe, odgrzewane porcje z „korytek”. Lubią mówić o swoim odchudzaniu się. Zawsze podkreślają swój aktywny tryb życia. Uprawiają sporty: spacerują maksymalnie 30 minut dziennie, w weekendy grają w golfa. Będący w mniejszości chudzielcy biegają, pływają, jeżdżą na rowerach, grają w *squasha*, codziennie samodzielnie przygotowują posiłki. Są „mało szkoccy”.

Wieczory lubię spędzać w domu, na przekór znajomym. Nie gustuję w przepełnionych klubach ani w załośnych dyskotekach. Nie bawi mnie upijanie się do nieprzytomności w „kościelach”. Piją zaś wszyscy — robotnicy, sekretarki, dyrektorzy... Miasto w piątkowe i sobotnie wieczory wygląda jak ogarnięte plagą, szaleństwem. Wszyscy krzyczą, śpiewają, tańczą, przewracają się, biją i wymiotują. Spacer ranną porą dnia następnego nie należy do przyjemnych. Wymiociny, krew, resztki jedzenia — obrazy, których nigdy nie zapomnę i w które trudno uwierzyć. A moi pacjenci nie przestają się pytać, czemu w Polsce tak dużo się pije. Przyganiał kocioł garnkowi... Nie lubię stereotypów.

Wystarczy jednak wyjechać za miasto. Nie jest to trudne, biorąc pod uwagę rozwiniętą sieć kolei, połączeń autobusowych, darmowych autostrad i dróg ekspresowych. Mija kilkanaście minut i już mogą się rozkoszować pięknymi pejzażami szkockich highlandów.

To piękny kraj ludzi dumnych i niezależnych, nade wszystko ceniących wolność. Jednocześnie kraj niezliczonych waśni, zdrad i ciągłych wojen domowych z Anglią.

Równiny są poprzecinane siecią tradycyjnych kamiennych murów stanowiących granice własności ziemskich, góry — bruzdami strumieni i potoków. Tu i ówdzie mijam drogowskaz do destylarni. W oddali mającą stare zamczyska i opuszczone warownie. Tajemnicze jeziora rynnowe, zwane tu *loch*, przyciągają swoją ciemną, granatową barwą. Bajkowa kraina wrzosowisk, mchu i karłowatych drzew. To kraj Północy — surowy i nieokiełznany. Zakochałem się od pierwszego wejrzenia.

SZKOLENIE NA SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM

Po kilku latach multizadaniowej pracy w polskich szpitalach podjąłem próbę odnalezienia się w tutejszej rzeczywistości klinicznej, co nie jest łatwe. Zdobycie praktyki w publicznej jednostce graniczy z cudem. Wiele szpitali żąda za taką możliwość opłat w wysokości 30–50 funtów dziennie. Naciskam swoich szefów, dowodzę przydatności stażu w codziennej pracy i wreszcie upragniony dzień nadchodzi. Uzgodniona, niemała kwota brytyjskich funtów wpływa na konto uniwersytetu, a ja o umówionej godzinie zgłaszam się na oddział ratunkowy.

Pierwsze godziny mojego stażu bardzo przypominają mi studia na „latach klinicznych”. Stoję i wyczekuję, nadstawiam uszu i wypatruję. Szukam dobrej duszy, która przygarnie spragnionego wiedzy polskiego doktora, która uszczknie drobinę swojej bezkresnej wiedzy i się wspałałomyślnie ze mną podzieli.

Wytrzymuję 4 godziny. Błądę, pytam, zaczepiam, szukam zajęcia. Z bezsilności w końcu rezygnuję. Kolejnego dnia mam nieco więcej szczęścia. Od rana panuje wielki harmider. Po 3 godzinach krzątania się w poszukiwaniu zajęcia słyszę, jak dyżurni drogą radiową dostają zgłoszenie z karetki. W tle słychać syreny. Wiozą nieprzytomnego mężczyznę znalezionego w garażu. Podziwiam organizację i działanie zespołu. Po 5 minutach 3 lekarzy i 3 pielęgniarki niemal na baczność stoją przy łóżku reanimacyjnym. Sprzęt przygotowany, zegar wiszący nad łóżkiem wyzerowany. Czekamy. Pamiętam z telewizyjny serial „Ostry dyżur”. To, co zobaczyłem po przyjeździe karetki, bardzo

mi go przypomina. Pełny profesjonalizm. Wśród krzątających słychać tylko głos medyka zdającego relację o stanie pacjenta. Każdy zna swoje miejsce, wie co robić. Nikt nikomu nie wchodzi w drogę. Po 2 minutach pacjent jest rozebrany, krew pobrana, w tym z tętnicy promieniowej (!) na gazometrię, EKG zrobione, zmierzone ciśnienie, saturacja... Kończą badanie przedmiotowe i czekają na konsultanta.

Nie załamuję się na następną „akcję”. Kolejne godziny znowu mijają na oczekiwaniu, pytaniu, wprasaniu się. Spotykam na korytarzach młodszych kolegów — studentów. Oni też szukają szczęścia. Wychodzę i już nie wracam.

KSZTAŁCENIE

W systemie opieki zdrowotnej w Wielkiej Brytanii łączy regionalizacja z podziałem na Anglię, Szkocję, Walię i Irlandię Północną. Każdy z tych regionów prowadzi niemal niezależną politykę, której wspólnym mianownikiem jest Ministerstwo Zdrowia Zjednoczonego Królestwa.

System kształcenia podyplomowego jest skomplikowany. Zrozumienie go, jeśli w pełni możliwe, pochłania godziny. Ze względu na niedobory w kadrze lekarskiej w 1999 roku zdecydowano się na zwiększenie liczby kandydatów przyjmowanych na studia medyczne. Jednak, zwiększając liczbę studentów, nie powiększono liczby miejsc specjalizacyjnych. Jest to jeden z głównych powodów narastającego od 2000 roku kryzysu i dramatu wielu młodych medyków, którzy pozostają bez pracy i możliwości specjalizacji.

Jesienią 2000 roku NHS opublikowało oficjalny plan, w którym zakładano zwiększenie liczby miejsc specjalizacyjnych i wyznaczenie klarownej ścieżki kariery dla młodych medyków. Do tej pory po ukończeniu studiów medycznych przystępowało się do rocznego odpowiednika polskiego stażu podyplomowego i pracowało jako *pre-registration house officer* (PRHO). Następnie otrzymywało się pełną rejestrację (pełne prawo wykonywania zawodu) i jako *senior house officer* (SHO) pracowało minimum 2 lata. By zostać specjalistą, należało zdobyć miejsce specjalizacyjne i pracować kolejne 4–6 lat. Po pomyślnym zdaniu egzaminów i wpisaniu w *General Medical Council* (GMC) do rejestru jako lekarz specjalista (*specialist registrar*) rozpoczynało się cykl szkoleń zakończony egzaminami, by po około 9 latach od ukończenia studiów zostać konsultantem (*consultant*). W czasie szkolenia specjalizacyjnego zatrudnienie nie było gwarantowane, co

wiązało się z aplikowaniem co 6 miesięcy o kolejne stanowisko pracy i miejsce specjalizacyjne. Należało się więc liczyć z ryzykiem potrzeby zmiany miejsca zamieszkania. Niejednokrotnie zdarzały się sytuacje, w których o jedno miejsce specjalizacyjne w określonej lokalizacji walczyło do 1000 (!) specjalizantów.

W lutym 2003 roku powołano do życia instytucję o nazwie *Modernising Medical Careers* (MMC), której celem była reforma systemu, zwiększenie dostępności do lekarzy specjalistów w ramach leczenia prowadzonego przez NHS i uregulowanie skomplikowanej sytuacji lekarzy w trakcie specjalizacji.

W sierpniu 2005 roku, w ramach reformy, wprowadzono dwuletni odpowiednik stażu podyplomowego — *Foundation Training* (F). Pierwszy rok szkolenia (F1) prowadzi do pełnej rejestracji w GMC, a ukończenie kolejnego (F2) umożliwia aplikowanie na szkolenie specjalizacyjne.

Wszystkie szkolenia specjalizacyjne i miejsca pracy z możliwością specjalizacji muszą być zatwierdzone przez *Postgraduate Medical and Education Training Board* (PMETB).

„Staż podyplomowy” jest zakończony aplikowaniem na wybraną specjalizację. Szkolenie prowadzi do zdobycia specjalizacji, wpisu do rejestru lekarzy specjalistów i wręczenia *Certificate of Completion of Training* (CCT). Tylko zdobycie CCT umożliwia ubieganie się o pozycję konsultanta.

Specjalizację można zdobywać na wiele sposobów. Najpewniejsza jest sześciolletnia ścieżka *run-through* — jednokrotnie aplikuje się na daną specjalizację, a po jej rozpoczęciu zyskuje się gwarancję zatrudnienia, obwarowaną jedynie corocznym *Annual Review of Competence Progression* (ARCP). Lekarzem rodzinnym można zostać po 5 latach szkolenia. Inną metodą zdobycia specjalizacji jest w tym roku tak zwana ścieżka *uncouple*. Składa się ona z dwuletniego szkolenia podstawowego (3-letniego dla psychiatrii i medycyny ratunkowej): *Core Medical Training* (CMT) dla chorób wewnętrznych, *Core Psychiatry Training* (CPT) dla psychiatrii i *Core Surgical Training* (CST) dla chirurgii oraz opartej na zasadzie konkursu walki o ST3 (kolejne stopnie w cyklu szkolenia specjalizacyjnego) i ST4 (tylko dla psychiatrii i medycyny ratunkowej). Etapy szkolenia podstawowego od tego roku nazywają się kolejno CT1 i CT2 (odpowiedniki dawnego ST1 i ST2) i CT3 (odpowiednik dawnego ST3) dla trzeciego roku w dziedzinie psychiatrii i medycyny ratunkowej. Zdobycie etatu ze szkoleniem podstawowym (*Core Training*) w ramach ścieżki *uncouple* gwarantuje ukończenie specjalizacji, jednak nie daje gwa-

rancji co do możliwości wyboru podspecjalizacji internistycznej, psychiatrycznej czy chirurgicznej.

Lekarze będący już w trakcie specjalizacji, a na przykład rozważający zmianę kierunku specjalizacji lub przygotowujący się do szkoleń specjalizacyjnych, mogą być zatrudnieni i kontynuować do jednego roku specjalizację w ramach *Fixed Time Specialty Training Appointment* (FTSTA).

Kolejnymi, rzadziej spotykanymi, metodami szkolenia specjalizacyjnego są *Locum Appointment for Service* (LAS) lub *Locum Appointment for Training* (LAT).

Od sierpnia 2007 roku wszyscy lekarze przyjęci na szkolenie specjalizacyjne w ramach programów *run-through* i FTSTA są tytułowani *specjalty registrars* (StR), a lekarze w trakcie specjalizacji, którą rozpoczęli przed tą datą — *specialist registrar* (SpR).

W 2008 roku aplikację na szkolenia specjalizacyjne rozpoczynające się w lipcu oficjalnie zakończono 18 stycznia. Obecnie trwają rozmowy kwalifikacyjne**.

PODSUMOWANIE

Być może jestem jednym z nielicznych i miałem szczęście. Uważam jednak, że system kształcenia specjalizacyjnego w Polsce, mimo wielu niedociągnięć, jest lepszy. Młody lekarz w Polsce ma większe szanse na rozpoczęcie szkolenia specjalizacyjnego, dużo szybciej osiąga samodzielność, łatwiej mu gromadzić doświadczenie. Można oczywiście dyskutować i w zależności od punktu widzenia, podważać tę opinię.

Z czysto zawodowego punktu widzenia, po blisko roku pobytu w Szkocji, będąc wciąż w czasie szkolenia specjalizacyjnego, wybrałbym Polskę. Jednak cena, jaką młodymu lekarzowi przychodzi za to płacić, jest bardzo wysoka. Niedobór środków finansowych, znikoma ilość czasu spędzanego w domu z rodziną, roszczeniowa, bardzo frustrująca postawa pacjentów spowodowały, że zwyciężyła we mnie chęć odnalezienia „lepszego świata”.

Teraz trudno byłoby mi z niego zrezygnować.

**Kwiecień 2008 roku