

Gazeta Lekarska

3
2014

PISMO IZB LEKARSKICH

Marzyć,
by mogło się
zdarzyć



22

Samorząd

Wierzę, że możemy
zrobić jeszcze więcej

26

Stomatologia

Zdrowy uśmiech
w każdym wieku

42

Ochrona zdrowia na świecie

DRG, czyli jednorodne
grupy pacjentów

Spis treści

3

2014



15



36



34



44

- 4 **Na wstępie / R. Golański:** Na przełomie kadencji
- 6 **Pierwszym głosem / M. Hamankiewicz:**
W resorcie i w samorządzie
- 8 **Skrining**
- 10 **Obserwacje / S. Badurek:**
Jak nas piszą, tak nas widzą
- 11 **Temat miesiąca:** Marzyć, by mogło się zdarzyć
- 14 **Nasi w Europie / R. Krajewski:**
Nadzieje na bardziej otwartą Europę
- 15 **Rozmowa o zdrowiu:** Stąpienie po kruchym lodzie
- 18 **Samorząd:** Stanowczy i nieustępliwi
- 22 **Samorząd:** Wierzę, że możemy zrobić jeszcze więcej
- 25 **Punkt widzenia / J. Małmyga:**
Wiosna i tak nadejdzie
- 26 **Stomatologia:** Zdrowy uśmiech w każdym wieku
- 28 **Prawo i medycyna:**
Dzieci martwo urodzone – sytuacja prawna
- 30 **Praktyka lekarska:** Czy na pewno będzie lepiej?
- 32 **Praktyka lekarska:**
Rada Europy przeszkadza w leczeniu pedofilów
- 34 **Praktyka lekarska:** Kariera w mundurze
- 36 **Reportaż:** Mobilne centrum szkoleniowe
- 41 **Z życia lekarza:** Głodne niemowlę
- 42 **Ochrona zdrowia na świecie:** Co to jest DRG
- 44 **Indeks korzyści:** Felieton pisany dla pieniędzy
- 46 **Z dwóch stron sceny / S. Pietras:**
Chałubiński z Paderewskim i Mozartem w tle
- 47 **Z dwóch stron sceny / A. Andrus:**
Czop z rzodkiew na światło wydany
- 48 **Błąd malarski:** Lepszy profil
- 50 **Kultura:** Moja Calineczka
- 52 **Kultura**
- 56 **Sport**
- 57 **Ogłoszenia**
- 63 **Komunikaty**
- 65 **Epikryza (40) / J. Wanecki:**
Poprawność polityczna
- 66 **Jolka lekarska**

do 1.04

Podmioty wykonujące działalność leczniczą, które udzielają ambulatoryjnych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych muszą złożyć sprawozdanie o działalności AOS za 2013 rok, (formularz MZ 12)

4-5.04

W Opolu odbędą się XIV Mistrzostwa Polski Lekarzy w Siatkówce. Kontakt: Paweł Pędich, tel. 697 699 986.

10-12.04

X jubileuszowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w Pływaniu „Dębica 2014”. Kontakt: Janusz Bieniasz, tel. (14) 670 52 61 lub Lesław Ciepiela, tel. 602 758 441.

Ważne!

Przypominamy, że w sprawach związanych ze zmianą adresu wysyłki „Gazety Lekarskiej” należy kontaktować się ze swoją okręgową izbą lekarską – nasza redakcja nie ma wpływu na kształt listy wysyłkowej.



**Ryszard
Golański**

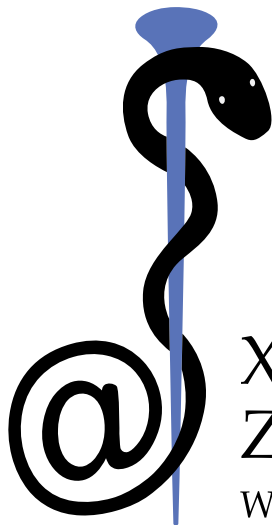
Redaktor
naczelny „GL”

Na przełomie kadencji

Mają Państwo przed sobą ostatni numer naszego pisma przed Krajowym Zjazdem Lekarzy, jest to zatem ostatni numer w kończącej się, szóstej, kadencji samorządu lekarskiego.

Nie jest rolą „Gazety Lekarskiej” dokonywanie podsumowań i wyciąganie wniosków. To prerogatywa delegatów na lekarskie zjazdy, w odniesieniu do naczelnych organów są to delegaci na KZL, wybrani na zjazdach okręgowych jesienią. Kolejny numer przyniesie relację ze zjazdu. W niej z pewnością znajdzie się próba oceny minionych czterech lat. Z listów, które napływają do redakcji (tylko niewielką ich część możemy opublikować), jasno wynika, że lekarze najczęściej negatywnie oceniają warunki, w jakich obecnie pracują. Kiedyś chodziło przede wszystkim o wynagrodzenia. Dla większości z nas jest to oczywiście sprawa numer jeden. Sytuacja w ochronie zdrowia zmieniła się znacząco i dlatego coraz częściej mówi się nie o płacy, ale przychodzie. I te przychody bywają już na całkiem przyzwoitym poziomie. Okupione jest to najczęściej pracą po kilkanaście godzin dziennie, w kilku miejscach. Taki tryb działania nie wynika z tak chętnie zarzucanej ostatnio lekarzom pazerności, ale z podwójnej konieczności. Po pierwsze – konieczności osobistej i zawodowej. Chcemy zapewnić sobie i swoim bliskim odpowiedni standard życia. I dobrze, jeżeli udaje się to osiągnąć. Po drugie – konieczności organizacyjnej. Gdyby lekarze zaczęli pracować tylko w jednym miejscu, to, przy tak małej ich liczbie w Polsce, wiele placówek opieki zdrowotnej trzeba by zamknąć. Nie zmienia to faktu, że wielu spośród nas wolałoby pracować tylko w jed-

nym miejscu i czerpać z tego satysfakcjonujący dochód. Ale często to nie poziom wynagrodzenia czy wartości kontraktu jest naszą największą bolączką. Coraz bardziej dokucza nam środowisko, w którym pracujemy. Pisząc środowisko, mam na myśli przede wszystkim uwarunkowania prawne i urzędnicze nakazy. Często słyszę od moich kolegów, którzy zbliżają się do wieku emerytalnego (a ten moment oddalono nam przecież), że chcieliby już przestać pracować, żeby nie musieć być urzędnikiem. W istocie proporcje pomiędzy czasem poświęconym na wypełnianie „kwitów”, a tym przeznaczonym na działania stricte lekarskie, czyli badanie i leczenie, z każdym kolejnym rokiem przechylają się, nie! – są przechylane na tę pierwszą stronę. Co ciekawe, z moich rozmów z młodymi kolegami jasno wynika, że oni inaczej podchodzą do sprawy, bardziej pragmatycznie. Nie są obciążeni wspomnieniem o tym, jak było kiedyś i tym, jakich zmian na gorsze byliśmy uczestnikami. Zmian, które często odbierają chęć do lekarskiej pracy. Oni nie mają wyjścia, muszą dostosować się do zastanej sytuacji, a część z nich umie to robić w sposób budzący zdziwienie, a czasami zazdrość. Życzę tym młodym ludziom jak najlepiej, bo przed nimi całe lekarskie, trwające kilkadziesiąt lat, życie. Nasz zawód jest bowiem zawodem, w którym, mimo dylematów opisanych wyżej, pracuje się także po osiągnięciu wieku emerytalnego. Z pożytkiem dla siebie i dla pacjentów.



Odpady medyczne

Odkąd z ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty usunięto przepis, że lekarze prowadzący praktyki lekarskie nie są przedsiębiorcami, spadły na lekarzy przeróżne obowiązki ciążące na osobach prowadzących działalność gospodarczą. Jedne z nich wiążą się z gospodarką odpadami.

Brutalnie przekonali się o tym lekarze, na których nałożono 10 tys. zł kary za nieterminowe przekazanie zbiorczego zestawienia danych o odpadach. Przepis, na podstawie którego wymierzano taką sankcję, został, wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego z dnia 15 października 2013 r., sygn. akt P 26/11, uznany za niezgodny z Konstytucją. Orzeczenie takie stanowi, zgodnie z art. 145a § 1 Kpa, podstawę do wznowienia postępowania w sprawie, w której wydano decyzję o wymierzeniu kary. Orzeczenie Trybunału ukazało się 3 grudnia 2013 r. w Dzienniku Ustaw nr 1426. Od tego dnia rozpoczął się bieg miesięcznego terminu do złożenia wniosku o wznowienie postępowania. Lekarzom, którzy złożyli taki wniosek, doręczane będzie postanowienie o wznowieniu postępowania, a potem decyzja o uchyleniu decyzji wymierzającej taką karę (oddalającą odwołanie od takiej decyzji). Ostatecznie postępowanie dotyczące wymierzenia kary musi zostać umorzone, a kwota kary zapłaconej przez lekarza zwrócona przez urząd marszałkowski. Miesięczny termin do wniesienia skargi o wznowienie postępowania jest terminem procesowym. Oznacza to, że w razie jego niedotrzymania można wnosić o jego przywrócenie pod warunkiem, że zostanie uprawdopodobnione, że uchybienie nastąpiło bez winy lekarza. Wniosek taki trzeba złożyć w ciągu 7 dni od dnia ustania przyczyny uchybienia terminu, składając jednocześnie wniosek o wznowienie postępowania.

Wszelkie odpady powstające w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych są, zgodnie z przepisami ustawy o odpadach, odpadami medycznymi. Mogą one być odpadami niebezpiecznymi – odpadami zakaźnymi. Są nimi substancje lub preparaty zawierające żywe drobnoustroje lub ich toksyny, o których wiadomo lub co do których istnieją wiarygodne podstawy do

przyjęcia, że wywołują choroby u ludzi lub innych żywych organizmów.

22 lutego 2014 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Środowiska z 13 stycznia 2014 r. w sprawie dokumentu potwierdzającego unieszkodliwienie zakaźnych odpadów medycznych lub zakaźnych odpadów weterynaryjnych (Dz.U. 2014 r., poz. 107). Określa ono sposób wydawania dokumentu potwierdzającego unieszkodliwienie zakaźnych odpadów medycznych, wzór takiego dokumentu i terminy jego przekazywania.

Podmiot prowadzący spalarnię odpadów niebezpiecznych wydaje lekarzowi prowadzącemu praktykę dokument potwierdzający unieszkodliwienie zakaźnych odpadów medycznych w postaci zestawienia, które wyszczególnia rodzaje i masę zakaźnych odpadów medycznych, poddanych unieszkodliwieniu w ciągu jednego miesiąca kalendarzowego. Dokument taki jest wydawany w postaci papierowej, opatrzonej podpisem posiadacza odpadów, który unieszkodliwił zakaźne odpady medyczne w sposób określony w ustawie o odpadach, albo w formie dokumentu elektronicznego, podpisanego bezpiecznym podpisem elektronicznym weryfikowanym przy pomocy kwalifikowanego certyfikatu lub podpisem potwierdzonym profilem ePUAP. Dokument taki jest przekazywany lekarzowi oraz Wojewódzkiemu Inspektorowi Ochrony Środowiska właściwemu ze względu na miejsce wytwarzania zakaźnych odpadów medycznych nie później niż po upływie 14 dni od końca miesiąca kalendarzowego, którego przedmiotowy dokument dotyczy.

Zgodnie z art. 72 ust. 1 ustawy o odpadach dokumenty takie powinny być przechowywane przez lekarza przez 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym je sporządzono. Naruszenie tego obowiązku jest wykroczeniem, które podlega karze aresztu lub grzywny zgodnie z art. 183 ust. 3 ustawy o odpadach.

mec.

**Jarosław
Klimek**

radca prawny
OIL w Łodzi

Inicjatorem serwisu
prawnego dla
lekarzy jest firma
Gedeon Richter.



**Maciej
Hamankiewicz**

Prezes
Naczelnej Rady
Lekarskiej

Z dumą przekazuję informację, że już 540 lekarzy do 35. roku życia – stażystów podyplomowych i specjalizujących się – ukończyło kursy z komunikowania się i funkcjonowania ochrony zdrowia. Zachęcam tych, którzy jeszcze nie skorzystali i proszę dyrektorów, koordynatorów staży, opiekunów osób specjalizujących się o dalszą przychylność dla projektu.

W resorcie i w samorządzie

Tryb legislacji przyjęty w Ministerstwie Zdrowia nie przestaje mnie zadziwiać. Normalnie powiedziałbym, że co chwila otrzymujemy jakieś kwiatki, ale nie mogę ująć tych spraw w kategorii kwiatów, bo są to tematy niezwykle poważne, rodzące konsekwencje w pracy każdego z nas.

W ostatnim numerze „Gazety Lekarskiej” pisałem, że w tworzoną nową rozporządzeniu w sprawie badań lekarskich osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami i kierowców nie rozwiano podkreślanych przez lekarzy wątpliwości. I nagle, jedna niespodzianka, jeden zawód. Niespodzianka: Minister Zdrowia uwzględnił uwagi zgłoszone przez samorząd i skreślił przepisy, zgodnie z którymi lekarz, który stwierdził u osoby ubiegającej się o prawo jazdy lub posiadającej prawo jazdy przypadek wystąpienia epizodu ciężkiej hipoglikemii albo przypadek wystąpienia napadu o symptomatologii padaczkowej lub podejrzenie albo istnienie padaczki, niezależnie od okoliczności, powinien niezwłocznie powiadomić organ wydający prawo jazdy. Zawód: projekt dotarł do nas 13 lutego z zaproszeniem na konferencję uzgodnieniową w dniu... 12 lutego! Nie wiem, jaki kształt przybierze ostatecznie rozporządzenie. Cokolwiek się nie stanie – zwracam się do Was, Koleżanki i Koledzy, o odpowiedzialną postawę i uświadamianie pacjentom, których stan zdrowia wpływa na predyspozycje do kierowania pojazdami niebezpieczeństw z tym związanych oraz namawianie do zgłoszenia tej okoliczności przez samego pacjenta do organu wydającego prawo jazdy w celu przeprowadzenia badań specjalistycznych. Ja tymczasem ufam, że formalny obowiązek powiadamiania przez lekarza organu wydającego prawo jazdy o konieczności dokonania oceny predyspozycji zdrowotnych pacjenta wygaśnie wraz z wejściem rozporządzenia w życie i będziemy mogli ogłosić duży sukces samorządu lekarskiego.

To ostatni numer „Gazety Lekarskiej” w VI kadencji. Według wyników najnowszego badania Ośrodka Studiów i Analiz Naczelnej Izby Lekarskiej gazeta jest czytana przez prawie wszystkich lekarzy, a większość ankietowanych ocenia ją pozytywnie. Wszystkim Wam, Koleżanki i Koledzy, którzy ją otwierali, czytali, wybierali artykuły, reagowali na publikowane treści – bardzo za te cztery lata dziękuję. Składam podziękowania tym, którzy ją tworzyli.

Z dumą przekazuję informację, że już 540 lekarzy do 35. roku życia – stażystów podyplomowych i specjalizujących się – ukończyło kursy z komunikowania się i funkcjonowania ochrony zdrowia.

Zachęcam tych, którzy jeszcze nie skorzystali i proszę dyrektorów, koordynatorów staży, opiekunów osób specjalizujących się o dalszą przychylność dla projektu. Udział młodych lekarzy w takich szkoleniach stanowi odpowiedź dla wszystkich, którzy w różnych mediach stawiają zarzut, że lekarze nie chcą uczyć się umiejętności komunikowania się z pacjentem. Takie zdanie wygłosił jeden z uznanych profesorów, podkreślając, że lekarze i lekarze dentyści nie potrafili wykształcać w sobie empatii dla chorego człowieka, bo stali się zawodem „technicznym”. Nie zgadzam się z tym, Panie Profesorze.

W wywiadzie udzielonym dla dziennika „Gazeta Prawna” w połowie lutego wiceminister zdrowia, Sławomir Neumann, na pytanie: „Czy NFZ będzie kolejną instytucją z prezesem, ale tylko pełniącym jego obowiązki?”, odpowiada: „Nie, zgodnie z ustawą musi być ogłoszony konkurs”.

Zaraz potem stwierdza, iż ogłoszenie konkursu będzie poprzedzone propozycjami zmian w Narodowym Funduszu Zdrowia. Ponieważ na ten temat prowadzę korespondencję z szefem Kancelarii pana premiera Donalda Tuska, która jest na bieżąco publikowana na stronie internetowej NIL, cieszę się, że pan minister zapoznał się z tą korespondencją i że się ze mną zgadza, że konkurs musi zostać ogłoszony. Jednakże niepokoi mnie ten czas przeprowadzenia zmian, bo interesująca jest właśnie kwestia okresu, na jaki może mieć miejsce powierzenie obowiązków. Ustawa stanowi o sześciu miesiącach, a zatem by był on zachowany, procedura konkursowa winna być wszczęta w krótkim czasie po powstaniu vacatu na stanowisku prezesa. Tymczasem po okresie prawie dwóch miesięcy od odwołania Agnieszki Pachciarz nie ma informacji o postępowaniu konkursowym.

Wydaje się, że dotychczasowe zapisy umożliwiające ręczne sterowanie działaniami NFZ zaciemniają wzajemne relacje i system odpowiedzialności między rządem a płatnikiem, co przekazałem panu premierowi. Bardzo nie chciałbym, abyśmy się nagle dowiedzieli, że podejmowane decyzje przez p.o. Prezesa NFZ, np. w formie wydawanych zarządzeń, utraciły moc. Wyobrażenie sobie konsekwencji powinno przerazić każdego.

**Katarzyna
Strzałkowska**

Rzecznik
prasowy NIL



Czas pracy lekarzy był tematem konferencji prasowej, która odbyła się 6 lutego w siedzibie NIL w Warszawie.

ZRP informuje

Na stronie internetowej Naczelnej Izby Lekarskiej wprowadzono nową rubrykę w zakładce „Zespół Radców Prawnych NIL informuje”. Na bieżąco wprowadzane są informacje prawne związane z wykonywaniem zawodu lekarza i lekarza dentysty. Najnowsze informacje dotyczą m.in.: programu szczepień ochronnych; zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania; dokumentu potwierdzającego unieszkodliwianie zakaźnych odpadów medycznych lub zakaźnych odpadów weterynaryjnych. Rubryka wprowadzona jest w zakładce „Dla Lekarzy”.

Czas pracy lekarzy – konferencja

W Naczelnej Izbie Lekarskiej odbyła się konferencja prasowa „Co grozi pacjentom, gdyby w obecnym systemie ochrony zdrowia lekarze pracowali krócej?”. W konferencji udział wzięli prezes NRL Maciej Hamankiewicz oraz wiceprezisi NRL: Romuald Krajewski i Konstanty Radziwiłł. Podczas konferencji mówio-

no o zagrożeniach wynikających z pomysłów ograniczenia czasu pracy lekarzy oraz z apelu Ministra Zdrowia o powszechne stosowanie zakazu konkurencji dla lekarzy. Zaprezentowane zostały m.in. opinie środowiska lekarzy i lekarzy dentystów na temat warunków pracy oraz problemów związanych z wykonywaniem zawodu. Przedstawione zostały zestawienia statystyczne dotyczące liczby lekarzy i lekarzy dentystów przypadających na mieszkańców w Polsce. Obszerny materiał pokonferencyjny znajduje się w „Gazecie Lekarskiej Premium” nr 02/2014.

Miejsca rezydenckie

W postępowaniu kwalifikacyjnym na specjalizacje lekarskie i lekarsko-dentystyczne, przeprowadzanym w okresie od 1 do 31 marca 2014 r., przyznanych zostanie 500 miejsc rezydenckich – poinformowało Ministerstwo Zdrowia. W porównaniu do ubiegłorocznej sesji wiosennej przydzielono w ogólnej puli o 36 miejsc rezydenckich mniej. W anestezyjologii i intensywnej terapii przyznano o 15 miejsc mniej, w medycynie rodzinnej – o 14 miejsc mniej, w ratownictwie medycznym

– o 13 miejsc mniej. Zwiększono liczbę miejsc m.in. w chirurgii stomatologicznej – o 8 więcej, kardiologii – o 6 więcej, w genetyce klinicznej – o 4 więcej.

Szkolenia dla młodych lekarzy w marcu i kwietniu 2014

Trwają szkolenia „Ogólnopolskie szkolenia z zakresu funkcjonowania systemu ochrony zdrowia oraz umiejętności komunikacji, współpracy i budowania relacji z pacjentem dla lekarzy rozpoczynających pracę”. Do udziału w szkoleniach zapraszamy lekarzy i lekarzy dentystów z całej Polski w wieku do 35. r.ż. w trakcie stażu lub specjalizacji.

Szkolenia w marcu i kwietniu 2014, na które są jeszcze wolne miejsca:



BIĄŁYSTOK, 16-21 marca, tel. 32 285 63 68
NAŁĘCZÓW, 23-28 marca, tel. 32 285 63 68
WŁOCŁAWEK, 24-29 marca, tel. 609 321 431
JASTRZĘBIA GÓRA, 23-28 marca, tel. 32 285 63 68
BOSZKOWO (woj. wielkopolskie), 31 marca-5 kwietnia, tel. 32 285 63 68
WARSZAWA, 7-12 kwietnia, tel. 22 558 80 47
ZAKOPANE, 12-17 kwietnia, tel. 32 285 63 68
BIAŁKA TATRZAŃSKA, 12-17 kwietnia, tel. 32 285 63 68
TORUŃ, 7-12 kwietnia, tel. 609 321 431
TORUŃ, 14-19 kwietnia, tel. 32 285 63 68
JASTRZĘBIA GÓRA, 25-30 kwietnia, tel. 32 285 63 68
NIEMCZA (woj. dolnośląskie), 26 kwietnia-1 maja, tel. 32 285 63 68

Szczegóły i rejestracja na stronie: www.mlodylekarz.org.



Sławomir Badurek

Diabetolog,
publicysta
medyczny

Jeśli to także
był lapsus,
zachęcam, by
wczytać się
w komunikat,
który władza
codziennie wysyła
za pomocą
sprzyjających
jej mediów do
niezadowolonych
z opieki
zdrowotnej
pacjentów.
Parafrazując
greps pani
wicepremier, ów
komunikat brzmi
tak: sorry, takich
mamy lekarzy.

Jak nas piszą, tak nas widzą

Jest taka scena w kultowym „Misiu” Barei: w obskurnym wnętrzu kotłowni, a zarazem pijackiej melinie, siedzi przy odrapanym biurku palacz zaciągający się papierosem.

W sąsiednim pomieszczeniu głośno harcuje grupka pijacków, racząc się kolejną butelką gorzały, nabytej w zamian za zdeponowany w „tykającej” szufladzie palaczowego biurka zegarek. Dzwoni telefon. To kierowniczka ADM-u dopytuje szefa kotłownio-meliny, dlaczego w mieszkaniach panuje przeraźliwy chłód. Palacz, uciszony hłaśliwych kompanów, klaruje, że wszystko rozumie, ale „jak jest zima, to przecież musi być zimno, bo takie jest odwieczne prawo natury”, a indagowany, czy pali, spokojnie wyjaśnia, że on pali cały czas, na okrągło i jednocześnie odpala kolejnego papierosa... PRL, z którego dowcipnie i zarazem inteligentnie drwił mistrz Bareja, dawno za nami. I cóż z tego. Życie książek nie czyta. Wystarczy kilkunastostopniowy mróz, by nasze koleje – te same, które przed wojną mogły służyć do regulowania zegarków – zostały sparaliżowane. „Sorry, taki mamy klimat” – zakomunikowała, zmagającym się z przymusowo wydłużoną podróżą o chłdzie i głodzie, Elżbieta Bieńkowska, wicepremier i zarazem minister infrastruktury.

Trzeba machnąć ręką – kobiecie się wyrwało, zachęcali obrońcy nowej gwiazdy rządu Tuska. Dziennikarka pewnej dużej gazety napisała nawet, że ona tę wypowiedź kupuje. Pewnie nie kupuje za to biletów kolejowych. A może poczuła się w obowiązku bronić wicepremiery (wicepremierki?), bo jak się zezłości, duża gazeta zostanie pozbawiona życiodajnych reklam? Znajdąc rzeczywistość mediów, uważam taki scenariusz za bardzo prawdopodobny. Chcąc wierzyć, że wypowiedź Bieńkowskiej to tylko niewinny lapsus, polecam małą powtórkę z rozrywki, czyli przypomnienie sobie, jak Hanna Gronkiewicz-Waltz komentowała latem powódź na Trasie Toruńskiej w następstwie opadów deszczu, wcale nie intensywniejszych niż występujące w ubiegłych latach o tej porze roku. Jeśli to także był lapsus, zachęcam, by wczytać się w komunikat, który władza codziennie wysyła za pomocą sprzyjających jej mediów do niezadowolonych z opieki zdrowotnej pacjentów. Parafrazując greps pani wicepremier, ów komunikat brzmi tak: sorry, takich mamy lekarzy. Niekiedy zamiast lekarzy są pielęgniarzki.

Łatwo jest nas atakować. Wśród mających miejsce każdego dnia tysięcy operacji, badań diagnostycznych, porad i konsultacji nietrudno o sensacyjny żer udowadniający prawdziwość komunikatu. Pomiedzy clikowymi opisami kolejnych ludzkich tragedii, zawinio-

nym przez faszeryzowanych rynsztokowymi epitetami lekarzy, bodźcuje się bardziej wymagających konsumentów medialnej papki wyrafinowanym przekazem, utkanym ze złotych myśli „zatroskanych” o stan koleżeństwa wpływowych lekarzy. Publikuje się na przykład w czytanej w niemal stu procentach przez pacjentów gazecie list ministra do lekarzy, w którym wylewa on na nich swoje żale. Albo zamieszcza w rozpaczliwie walczącym o czytelników tygodniku wypowiedź naszego kolegi, o tym jak bardzo jesteśmy pazerni i jak mało chętni do nauki.

W ten sposób, eksponując to, co złe, buduje się obraz naszego środowiska. Wyklócanie się, ile w tej układance jest klocków prawdziwych (w każdej profesji są czarne owce), a ile celowo zafalszowanych, to rzecz o drugoplanowym znaczeniu. Bo clou tkwi w tym, że pokazując „rąbek”, usiłuje się wmówić, że to całość. Lata propagandy robią swoje i coraz częściej jesteśmy widziani tak, jak nas piszą (pokazują). Z corocznych badań przeprowadzanych przez European Trusted Brands dla Reader's Digest wynika, że jeszcze w 2011 r. lekarzom w Polsce ufało 73 proc. badanych, rok później 64 proc., a w ubiegłym roku ledwie 57 proc. Gdyby ktoś nie pamiętał – dane są z okresu ministrowania naszego przyjaciela lekarza, Bartosza Artukowicza.

Cui bono? Na pewno zacierają ręce bogate i dobrze zorganizowane kraje, dla których „konowały, nieuki i łapówkarze” to cenieni fachowcy (czy słyszał ktoś o aferach z udziałem polskich doktorów za granicą?). W kraju, oprócz goniących za sensacją dziennikarskich hien, obrzucanie nas błotem leży w interesie prawników, specjalizujących się w sprawach o błąd medyczny. Nade wszystko zaś przyprawianie nam gęby jest korzystne dla każdej władzy migającej się od reformy pogrążającego się w organizacyjnym chaosie rażąco niedofinansowanego systemu. Taka strategia pozwala bowiem rządzącym zaoszczędzić pieniądze i odwrócić uwagę od własnego nieróbstwa, wskazując winnego. Divide et impera – tę znaną od czasów rzymskich zasadę boleśnie odczuwamy na własnej skórze. Bez zreformowania systemu na taki, w którym pacjent przestanie być postrzegany przede wszystkim jako źródło kosztów, NIC się nie zmieni. Pytanie tylko, kto to zrobi, skoro dla polityków – obojętnie: z prawa, lewa czy ze środka – obecny stan jest korzystny, a ogromna większość wyborców zadawała się doskakiwaniem do naszych gardeł i na razie nie zauważa, że zupełnie nic na tym nie zyskuje.

Marzyć, by mogło się zdarzyć

Na początku LEP i LDEP budziły kontrowersje wśród lekarzy. Później egzaminy te stały się najbardziej akceptowaną formą testowania przydatności do zawodu i przepustką do rozpoczęcia specjalizacji. Obecnie zastąpiły je LEK i LDEK, których formuła jest podobna, mimo że zniesiono staż podyplomowy. Na co mogą liczyć lekarze, którzy uzyskali najlepsze wyniki? Czy dobrze zdany egzamin pomaga im rozwinąć skrzydła?

Kiedy 10 lat temu wprowadzono Lekarski Egzamin Państwowy (LEP) i Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Państwowy (LDEP) w środowisku medycznym wrzało. Obawiano się, że wprowadzono je po to, by lekarzom po stażu podyplomowym ograniczyć swobodny dostęp do specjalizacji. Pierwszy próbny LEP był przez nich zbojkotowany. Protestowali studenci medycyny, protestowali lekarze stażyści, którzy na próbnym egzaminie oddawali czyste arkusze testowe. Niepocieszony tym prof. Andrzej Kulig, wówczas przewodniczący Krajowej Rady Egzaminów Lekarskich, próbował przekonywać, że celem tego egzaminu jest uzyskanie wiarygodnej odpowiedzi, jak działają poszczególne ośrodki kształcenia i jaki jest poziom wiedzy stażystów, jednak musiało minąć sporo czasu, zanim jego argumenty przemówiły na rzecz LEP-u i LDEP-u. Egzaminy te były elementem transformowania całego systemu kształcenia podyplomowego, obawiano się jednak, że nowy sposób testowania przydatności do zawodu jest źle przygotowany i że ucierpią na tym lekarze stażyści. Sygnalizowali oni, że stopień trudności testów jest bardzo wysoki, oderwany od praktyki, że w pytaniach jest wiele merytorycznych błędów. Mimo sporów, obiekcji, krytycznych uwag 12 listopada 2004 r. doszło do historycznego dziś przeprowadzenia pierwszego Lekarskiego Egzaminu Państwowego. Było nerwowo, zdający pisali odwołania i skargi. Z czasem wszystko się uspokoiło, lekarze do LEP-u i LDEP-u przywykli i choć bezlitośnie wytykali błędy w testach, krytykowali zakres zagadnień objętych pytaniami, zaakceptowali ten sposób weryfikacji wiedzy, a z czasem nawet zaczęli się ścierać w zdobywaniu punktów na tych egzaminach. Dla wielu z nich po stażu podyplomowym egzaminy te stały się nie tylko formalną przepustką do specjalizacji, ale nadzieją na rezydenturę, pracę w dobrej klinice lub liczącym się oddziale, jednym słowem nadzieją na spełnienie marzeń. Doceniając te wysiłki młodych lekarzy, ich ambitne postawy, Naczelna Rada Lekarska postanowiła najlepiej zdających otoczyć opieką i w czasie posiedzeń wręczać im nagrody, aby zachęcać młodych lekarzy do kształcenia się, podnoszenia kwalifikacji, rozwijania swoich zawodowych pasji. Nagrody pieniężne przyznawane przez samorząd lekarski i okazane uznanie przed

najwyższym gremium, jakim jest Naczelna Rada Lekarska, miały im w tym pomóc. Czy pomogły?

Liderzy ochrony zdrowia

Po raz pierwszy najlepiej zdający LEP i LDEP otrzymali nagrody w 2011 r. Prezes NRL Maciej Hamankiewicz powiedział wówczas, że nagrodzeni to przyszli liderzy ochrony zdrowia. Podkreślił, że osiągnięte przez nich wyniki dowodzą, że bez względu na zawirowania związane z nowym systemem kształcenia przed- i podyplomowego podjęli oni wysiłek, by osiągnąć najwyższe postawione sobie cele, a to dobrze wróży na przyszłość. Wierzy, że wykształcą się na wysokiej klasy specjalistów, których już brakuje w ochronie zdrowia. Dodał, że są synonimem jakości w lecznictwie. Maria Żywicka (Wielkopolska Izba Lekarska), która zaliczyła wówczas LEP na 173 punkty, była wtedy w grupie najlepszych. Ukończyła Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, ale staż odbywała w Szpitalu Wojewódzkim w Poznaniu. Z miastem tym i szpitalem związała się na stałe. Obecnie już jako mężatka (Żywicka-Jackowiak) jest w nim zatrudniona na etacie rezydentki. Robi specjalizację z neurologii. – Zależało mi na dobrym wyniku, nie ukrywam, że ucząc się zapamiętałam do LEP-u, liczyłam, że będę mogła bez przeszkód wybrać sobie miejsce, gdzie chcę robić specjalizację i tak się stało, można więc powiedzieć, że moje marzenie się spełniło – mówi Maria Żywicka-Jackowiak. Dodaje, że zależało jej na tym właśnie szpitalu, bo choć praca tutaj ciężka (dyżuruje w oddziale i na SOR), ma kontakt z różnorodnymi przypadkami. – Postawiłam na praktykę i uważam, że to słuszny wybór – zastrzega. Nie lubi zbyt daleko wybiegać marzeniami w przyszłość, chce najpierw zrobić specjalizację z jak najlepszym wynikiem. Od tego uzależnia dalsze plany. Nie chciałaby też, aby praca przysłoniła jej życie rodzinne. We wszystkim, co robi, jest zwolenniczką zachowania równowagi. Anna Smukowska-Gorynia w tej samej sesji LEP-u także uzyskała 173 punkty i także należy do Wielkopolskiej Izby Lekarskiej. Ukończyła Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, staż odbyła w Szpitalu Klinicznym im. H. Świąćckiego UM w Poznaniu i – jak mówi – nie wyobraża sobie rozstania z tym miastem. Jednak życie napisało inny

Lucyna
Krysiak

Dla wielu z nich po stażu podyplomowym egzaminy te stały się nie tylko formalną przepustką do specjalizacji, ale nadzieją na rezydenturę, pracę w dobrej klinice lub liczącym się oddziale, jednym słowem nadzieją na spełnienie marzeń.

Wiadomo, że w stomatologii o miejsce, gdzie można by się specjalizować, jest jeszcze trudniej niż w przypadku ukończenia wydziału lekarskiego. Wymogi stawiane ośrodkom prowadzącym specjalizację są dostosowane do dużych, uczelnianych jednostek, indywidualne praktyki lekarskie (prywatne gabinety, kliniki, przychodnie) często nie są im w stanie sprostać i nie chcą podejmować się tego zadania.

scenariusz. Dostała wprawdzie miejsce rezydentki, ale 30 km od Poznania w Kowanówku, gdzie znajduje się szpital rehabilitacyjno-kardiologiczny. – Rezydentura jest przypisana do województwa, a nie do konkretnego miejsca, a w tym czasie tylko tam był dla mnie etat rezydentki, ale po niespełna roku przeniosłam się do Szpitala Przemienienia Pańskiego w Poznaniu, gdzie jest klinika kardiologii, i nie musiałam już codziennie dojeżdżać kilkadziesiąt kilometrów do pracy i z pracy – tłumaczy A. Smukowska-Gorynia. Dodaje, że mimo niedogodności związanych z dojazdem, to było cenne doświadczenie. Dziś może powiedzieć, że osiągnęła swój cel i z pewnością dobrze zdany LEP jej w tym pomógł. W międzyczasie wyszła za mąż i urodziła dziecko (jej córka Joanna ma 3 miesiące), a także otworzyła przewód doktorski. – Trzeba mieć marzenia, bez nich nic nie jest możliwe – zaznacza i już cieszy się na pisanie doktoratu. Grzegorz Kurpanik w tamtym rozdaniu LEP-u uzyskał najwyższą liczbę punktów (174). Jest z Bydgoskiej Izby Lekarskiej, ukończył Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, a staż odbył w Wojskowym Szpitalu Klinicznym z Polikliniką SP ZOZ w Bydgoszczy. Także specjalizuje się w miejscu, które sobie wymarzył, a dobrze zdany LEP mu w tym dopomógł.

Ostatni LEP i LDEP przed kolejną transformacją systemu kształcenia podyplomowego odbył się w 2012 r. Mateusz Kłaczyński (Wielkopolska Izba Lekarska) uzyskał wówczas 184 punkty i to był rekord. Był zdecydowany, by specjalizować się w kardiologii. Tak wysoki wynik pozwolił mu wybrać sobie miejsce szkoleniowe i dziś jest na rezydenturze w szpitalu HCP w II Klinice Kardiologii w Poznaniu. – Dla mnie świetnie zdany LEP stał się przepustką do spełnienia marzenia o kształceniu się w specjalności, którą sobie wybrałem jeszcze jako student i bonusem przy wyborze miejsca, gdzie pragnęłam te marzenia realizować – tłumaczy M. Kłaczyński. Maria Falkiewicz (Lubelska Izba Lekarska) była wtedy na drugim miejscu ze 178 punktami. Mimo że to był sukces, podeszła jeszcze raz do egzaminu i wtedy uzyskała najwyższą liczbę punktów wśród zdających. Na pytanie – dlaczego? – odpowiedziała, że to było sportowe podejście, chciała jeszcze raz sprawdzić swoje możliwości. Była to też okazja do spotkania się z kolegami z roku i ze stażu podyplomowego. M. Falkiewicz sądziła, że z takim wynikiem ma zagwarantowaną rezydenturę, ale zmieniły się przepisy i osoby z trybu pozarezydenckiego mają pierwszeństwo, jeśli chodzi o miejsca szkoleniowe, przed rezydentami. W województwie lubelskim były w tym czasie zaledwie 2 rezydentury z kardiologii i 7 miejsc pozarezydenckich i została pominięta w tym podziale. – Wydawało mi się, że dobrze zdany LEP jest gwarancją otrzymania miejsca szkoleniowego w moim rodzinnym mieście Lublinie, tymczasem, aby rozpocząć wybraną przez siebie specjalizację, musiałam przenieść się pod granicę Białoruską – tłumaczy M. Falkiewicz. Dodaje, że sytuacja stała się nerwowa i choć w końcu wróciła do Lublina, bo zwniło się miejsce w szpitalu, gdzie chciała się specjalizować i gdzie już wcześniej zaangażowała się w pracę jednego z oddziałów, uważa, że źle się dzieje, gdy, przepisy okazują się silniejsze od najlepszego wyniku LEP-u.

Przymusowa emigracja

Losy lekarzy stomatologów, którzy najlepiej zdali w ostatnich trzech latach LDEP (Lekarsko Dentystyczny Egzamin Państwowy), układają się różnie. Wiadomo, że w stomatologii o miejsce, gdzie można by się specjalizować, jest jeszcze trudniej niż w przypadku ukończenia wydziału lekarskiego. Wymogi stawiane ośrodkom prowadzącym specjalizację są dostosowane do dużych, uczelnianych jednostek, indywidualne praktyki lekarskie (prywatne gabinety, kliniki, przychodnie) często nie są im w stanie sprostać i nie chcą podejmować się tego zadania. Specjalizujący się więc lekarze dentyści szukają miejsc w ośrodkach przy uczelniach, które wciąż, jeśli chodzi o prowadzenie specjalizacji, mają przewagę nad indywidualnymi praktykami. Często więc wiąże się to z przymusową emigracją do innego miasta, czasem nawet całą rodziną. Marta Gibas ukończyła Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, staż odbyła także w Poznaniu w Przychodni Stomatologicznej „Wildecka” S.C. LDEP zdawała w 2011 r., uzyskując 169 punktów. Aby specjalizować się w wyznaczonej przez siebie ortodoncji, przeprowadziła się do Krakowa, gdzie uzyskała etat rezydentki w uniwersyteckiej klinice stomatologicznej. – Chciałam specjalizować się w swoim rodzinnym mieście, ale okazało się to nierealne, musiałam więc wyemigrować do Krakowa – tłumaczy M. Gibas. Mówi, że podjęcie tej decyzji nie było łatwe, wiązało się ze sprzedażą mieszkania, namówieniem na wyjazd partnera życiowego, poszukiwaniem nowego źródła dochodu, bo z etatu rezydentki wyżyć się nie da. Trzeba było wynająć mieszkanie w Krakowie, opłacić kursy, jednym słowem: trzeba było pokonać wiele przeszkód. Jednak po dwóch latach rezydentury uważa, że to była słuszna decyzja i obecnie zastanawia się, czy po zakończeniu specjalizacji wróci do Poznania. Uważa, że gdyby nie wysoki wynik zdanego LDEP-u, nie miałyby szansy na rezydenturę i specjalizowanie się w ortodoncji.

Lekarze dentyści najczęściej wybierają specjalizację z ortodoncji i protetyki. Jeśli decydują się na chirurgię twarzowo-szczękową, to z ukierunkowaniem na implantologię. Mniej oblegane są specjalizacje ze stomatologii dziecięcej, która obecnie z uwagi na małe zainteresowanie jest wpisana jako specjalizacja priorytetowa, a także stomatologia zachowawcza z endodoncją czy periodontologia. Bartłomiej Górski (Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie), ukończył Warszawski Uniwersytet Medyczny, odbył staż w Szpitalu Klinicznym Dzieciątka Jezus w Centrum Leczenia Obrażeń w Warszawie. W tym samym rozdaniu LDEP-u także uzyskał 169 punktów. Specjalizuje się w Zakładzie Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia WUM, rozpoczął też studia doktoranckie. Mówi, że miał wielkie szczęście dostać się tu na rezydenturę i cały swój czas obecnie poświęca specjalizacji i doktoratowi. – To ogromny wysiłek i choć rzeczywiście spełniają się moje marzenia, to bez ciężkiej pracy ich realizacja nie byłaby możliwa – mówi B. Górski. Dodaje, że możliwość doktoryzowania się w wybranym przez siebie miejscu zawdzięcza wynikowi osiągniętym na studiach, jeśli chodzi o specjalizację, wynik LDEP pomógł mu na tej drodze.

Lekarze dentyści mogą, podobnie jak kończący wydział lekarski, odbywać specjalizację w trybie rezydenturkim i pozarezydenturkim, ale rezydentura jest tak mało, że obecnie nieliczni z nich korzystają. Za rezydentury płaci Minister Zdrowia. Z trybu pozarezydenturkiego najczęstszym jest wolontariat, więc w jednym ośrodku specjalizują się, w innym zarabiają na utrzymanie, opłacanie kursów specjalizacyjnych. Powszechna w stomatologii jest emigracja z mniejszych miejscowości do dużych miast, gdzie są ośrodki akademickie. B. Górski jest jednym ze szczęśliwców, którym udało się specjalizować w miejscu zamieszkania.

Przetarli szlaki

Pod koniec 2013 r. Naczelna Rada Lekarska uhonorowała najlepiej zdających w tym roku LEK (Lekarski Egzamin Końcowy) i LDEK (Lekarsko Dentystyczny Egzamin Końcowy). 179 punktów w tym rozdaniu LEK-u uzyskała Anna Pietrzak (Wielkopolska Izba Lekarska), a LDEK najlepiej zdał Mariusz Cierch (OIL w Warszawie) uzyskując 179 punktów. Byli oni pierwszymi zdającymi egzaminy kwalifikacyjne do specjalizacji w nowym systemie kształcenia przed- i podyplomowego. Ten pierwszy LEK i LDEK zakładał zdobycie maksymalnie 192 punktów, średnia wśród zdających wynosiła 134,2 punktu. Egzaminy te oraz zasady ich organizowania wprowadziła ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry z 2012 r. i rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie LEK i LDEK (Dz. U. Poz. 903). Merytorycznie nie różnią się one od LEP-u i LDEP-u, obejmują ten sam zakres wiedzy i taką samą liczbę pytań testowych. Utrzymano także próg zaliczający, który wynosi 56 proc. maksymalnej liczby punktów. Jest to jak wcześniej przepustka do rozpoczęcia specjalizacji. Jednak powiększył się krąg uprawnionych do zdawania tego egzaminu. Oprócz absolwentów uczelni medycznych oraz lekarzy mających ograniczone albo pełne prawo wykonywania zawodu, do egzaminów mogą przystępować studenci 6. roku kierunku lekarskiego i 5. roku kierunku lekarsko-dentystycznego. Zarówno A. Pietrzak, jak i M. Cierch przecierali te szlaki i też – jak w wierszu Jonasza Kofty „Trzeba marzyć, aby mogło się zdarzyć” – wyszli na przeciw wyzwaniu, by móc realizować swoje marzenia o specjalizacji. – Cały czas byliśmy uspokajani, że to ten sam egzamin, tylko zmieniła się nazwa, ale i tak treść była ogromna – zastrzega A. Pietrzak. Uważa, że egzamin był trudny, szczególnie, że zdawany już bez odbycia stażu podyplomowego, a więc bezpośrednio po studiach i pytania dotyczące części praktycznej mogły sprawiać kłopoty. Jako specjalizację wybrała neurologię, która jej zdaniem wymaga klarownego, bardzo konkretnego myślenia. Marzyła o tej specjalizacji już w czasie studiów. – Mam ścisły umysł i ta specjalizacja najbardziej mi odpowiada, liczę

na rezydenturę w Poznaniu – mówi. Mariusz Cierch pracuje w szpitalu im. Dzieciątka Jezus w Warszawie w Zakładzie Protetyki Stomatologicznej i tam ma zapewnioną rezydenturę. Uważa, że zakres pytań egzaminu LDEK jest porównywalny z jego poprzednią formułą, ale... – Wprawdzie rynek usług stomatologicznych jest sprywatyzowany, ale dla lekarza dentystry to nie jest gwarancją sukcesów odnoszonych w zawodzie, aby się na tym rynku utrzymać, trzeba być dobrym i to jest mój cel – zastrzega M. Cierch. Uważa, że osiągnięcie tego celu nie będzie łatwe.

LEK i LDEK młodzi lekarze traktują poważnie, o czym świadczą wypowiedzi w internecie na ten temat. Wymieniają się uwagami, komentują zestawy pytań, starsi koledzy udzielają rad tym, którzy są w trakcie przygotowań do egzaminów. Jest jasne, że bez dobrze zaliczonego LEK-u i LDEK-u trudniej o specjalizację w wymarzonej przez siebie dziedzinie i trudniej o pracę w wymarzonej przez siebie miejscowości.



**Romuald
Krajewski**

Prezydent
Europejskiej
Unii Lekarzy
Specjalistów
(UEMS)

Nadzieje na bardziej otwartą Europę

Niedawno przyjęta nowelizacja Dyrektywy 2005/36/EC w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych wprowadziła trochę nowych elementów dających nadzieję na ułatwienie i ujednolicenie kwalifikacji zawodowych w UE. Dotyczy to w mniejszym stopniu 7 zawodów „sektorowych”, które objęte są tzw. automatycznym uznawaniem kwalifikacji, wśród nich lekarzy. 12 lutego na konferencji w Komisji Europejskiej dyskutowano nad stworzonymi przez nowe rozwiązania możliwościami.

Dyskusja jest trudna, bo niektóre kraje członkowskie (wspierane też przez niektóre organizacje europejskich lekarzy) stanowczo broniły pełnej autonomii organów krajowych w uznawaniu kwalifikacji i zablokowały wprowadzanie rozwiązań dla całej Europy. Na konferencji obecni byli politycy wspierający działania na poziomie europejskim i podkreślali, że szczególnie młodzi Europejczycy potrzebują ułatwień i jednocześnie dobrej jakości kształcenia, aby móc szukać pracy w całej UE. Prezes Niemieckiej Izby Lekarskiej słusznie stwierdził, że gdyby pozostawić organom krajowym wydawanie kart kredytowych, do tej pory musielibyśmy chodzić z pieniędzmi w kieszeni.

Jeśli chodzi o uznawanie kwalifikacji, trochę usprawnień może dać wprowadzenie tzw. elektronicznej karty zawodowej. Tak zwanej, bo i w tym względzie organy kompetentne i kraje zablokowały wprowadzenie jednego dokumentu i z karty zrobiono elektroniczne repozytorium dokumentów potwierdzających kwalifikacje. To jednak jakaś poprawa. Być może nie trzeba już będzie wozić potwierdzanych dokumentów. Organy kompetentne nadal jednak będą mogły ich żądać. Bardzo pozytywnie i konkretnie wypadło wystąpienie mec. Marka Szwczyńskiego z Ośrodka Uznawania Kwalifikacji NIL, który mówił o możliwościach wykorzystania „elektronicznej karty zawodowej”.

Możliwości do działania stwarza też zapis o wspólnych kryteriach kształcenia. Kwalifikacje uznawane automatycznie, jak specjalizacje lekarskie, z tego mechanizmu będą wyłączone, ale będzie można go wykorzystać tam, gdzie system automatyczny nie działa. W UE tylko 17 specjalizacji lekarskich jest uznawanych we wszystkich krajach członkowskich. W części krajów jest uznawanych kolejnych 37. Cała reszta mogłaby skorzystać ze wspólnych kryteriów i platform. O to od lat stara się UEMS i podobnie jak przedstawiciele licznych organizacji innych zawodów mówiłem o naszych dokonaniach (programy specjalizacji, egzaminy europejskie). Wspólnie zachęcaliśmy polityków do wykorzystania stworzonych w znowelizowanej Dyrektywie możliwości. Będziemy dalej nad tym pracować.



Stąpanie po kruchym lodzie

Z prof. dr. hab. med. Henrykiem Gaertnerem, hematologiem, który zdradził literaturę dla medycyny, przyjacielem Stanisława Lema, historykiem medycyny poszukującym wolności w coraz bardziej zniewolonym zawodzie lekarza, rozmawiają Lucyna Krysiak i Jarosław Wanecki.

To rzadkość, by w jednej osobie tkwił tak duży potencjał – zarówno jeśli chodzi o nauki ścisłe, jak i humanistyczne. Jak kształtowały się pańskie wybory, co zdecydowało o tym, że został pan lekarzem?

Humanistycznie jestem obciążony dziedzicznie, ponieważ oboje rodzice byli polonistami. Matka, góralka wywodząca się z rodu Bachledów-Curu-

siów, który przed czterystu laty osiadł na Równi Krupowej, miała duszę otwartą na literaturę i sztukę. Ojciec, pochodzący z krakowskiej rodziny prawniczej, profesor filologii polskiej, wykładowca na Uniwersytecie Jagiellońskim, Katolickim Uniwersytecie Lubelskim oraz Uniwersytecie im. Jana Kazimierza we Lwowie, był jednocześnie zamożnym muzykiem, uczniem wybitnego pianisty

Ten okres lwowski wspominam gorąco i – jak powiedział mój przyjaciel ze studiów medycznych Stanisław Lem – czuję się emigrantem lwowskim. W dedykacji do jednej z ofiarowanych mi książek napisał: „Temu, który zdradził literaturę dla medycyny, od tego, który zdradził medycynę dla literatury”.

i pedagoga Jerzego Lalewicza. W rodzinie prze-
ważali prawnicy, poloniści, muzycy. Ja także skoń-
czyłem pianistykę, ale w czasie wojny zarzuciłem
granie. Jeszcze w 1939 r. myślałem poważnie
o polonistyce, ale matka powiedziała, że jednego
Gaertnera polonisty w rodzinie wystarczy, więc
zainteresowałem się chemią, by w końcu za jej
namową zdawać na medycynę. W tamtych cza-
sach medycyna była bardzo modna, ale na studia
dostałem się dzięki protekcji profesora Leona Wa-
chholza, który był wybitnym medykiem sądowym
i – co lepsze – tłumaczem Goethego. Można więc
powiedzieć, że już na starcie spotkałem kogoś
o szerokich horyzontach. Moje zainteresowania
pozwołyły mi realizować się na różnych polach, po-
znawać ludzi z różnych środowisk, przez co moje
życie na pewno było ciekawsze. Medycyna, muzy-
ka, filozofia, literatura, zawsze się przenikały, przez
co stawały się inspiracją do wielu działań, a czę-
sto łączyły różne specjalności. Studia lekarskie,
a później uprawianie zawodu lekarza, wymagało
jednak poświęceń i z czegoś trzeba było rezygno-
wać. Wolny zawód miał dać mi dużo przestrzeni...

... ale czy zawód lekarza jest nadal wolnym zawodem?

W ograniczonym zakresie, kiedy się ma prywatną
klinikę czy szpital. Biorąc pod uwagę publiczną
ochronę zdrowia, powiedziałbym, że dziś jest to
zawód zniewolony przez biurokrację. To zurzęd-
niczenie medycyny, tony dokumentacji, papierów,
zza których nie widać ani lekarza, ani pacjenta,
prowadzą do zaniku empatii, lekarskiej myśli de-
tektywistycznej, tak inspirującej i rozwijającej przy
indywidualnym podejściu do chorego. Powtarza-
jąc za jednym z moich kolegów lekarzy, można
powiedzieć, że pacjent dobrze opisany jest źle
leczony i na odwrót. Medycynie coraz bardziej
brakuje ludzkiej twarzy. W przeszłości lekarz był
mężem zaufania rodziny, wiedział o niej wszystko,
teraz nawet nie bardzo umie z pacjentem rozm-
wiać. Pracuje pod presją czasu, kontraktu z NFZ,
ograniczeń systemowych.

Urodził się pan w Lublinie, mieszkał przez jakiś czas we Lwowie, ale całe dorosłe życie związał pan z Krakowem. Dlaczego Kraków?

Podążaliśmy za ojcem, który jako profesor uniwer-
sytecki najpierw wykladał na UJ, później w Lubli-
nie, gdzie się urodziłem, i we Lwowie, gdzie się
urodził mój brat. Ten okres lwowski wspominam
gorąco i – jak powiedział mój przyjaciel ze stu-
diów medycznych Stanisław Lem – czuję się
emigrantem lwowskim. W dedykacji do jednej
z ofiarowanych mi książek napisał: „Temu, który
zdradził literaturę dla medycyny, od tego, który
zdradził medycynę dla literatury”. To były młode
lata, był we mnie zapał i głód poznawania świa-
ta. Można powiedzieć, że lwowskie środowisko

mnie ukształtowało. Mieszkaliśmy w kamienicy
profesorskiej, obok takich osób jak Jakub Parnas,
Ludwik Ehrlich, Kazimierz Ajdukiewicz, Juliusz
Kleiner... Tam poznałem przyjaciela rodziców, prof.
Rudolfa Weigla, który w czasie wojny uratował mi
życie. W 1939 r. byłem u rodziny w Zakopanem,
która miała Hotel Europejski, gdzie pracowałem
jako kierownik hotelu, tłumacz, a jak było trzeba
– portier. Dobrze poznałem ówczesną góralszczy-
nę, a przy okazji jej zdrajców. To za ich sprawą
w 1942 r. okazało się, że jestem szkodliwy dla
sprawy góralskiej i zostałem aresztowany przez
Gestapo. Żyję dzięki interwencji prof. Weigla.
Wydostał mnie z rąk Niemców, ściągnął do Kra-
kowa i załatwił pracę laboranta i karmiciela wszy
w instytucie przeciwtfusowym przy ul. Czyszej.
Z Weiglem Niemcy bardzo się liczyli, bo wyn-
lażł szczepionkę przeciwko tyfusowi plamistemu.
W 1943 r. na ulicy Niemiec zastrzelił mojego młod-
szego brata. Miał 15 lat, był fenomenalnie uzdol-
niony muzycznie i miał wielką karierę przed sobą.
Wybór Krakowa jako miejsca, z którym chciałem
związać życie, był więc czymś naturalnym. Moja
rodzina ze strony ojca była krakowska, ze strony
matki góralska. I tu rozpocząłem studia na tajnym
wydziale lekarskim UJ.

A jak doszło do spotkania z prof. Julianem Aleksandrowiczem?

To był rok 1949 r. Profesor przyszedł do mojego
domu w charakterze lekarza, czyli byłem jego pa-
cjentem. Kiedy zachorowałem, wspólni znajomi
poprosili profesora o konsultację. Po wyleczeniu
i rozmowie zaproponował mi pracę w klinice cho-
rób wewnętrznych, dawnym oddziale prof. Edwar-
da Szczeklika. Miejsce to było dość zrujnowane
i trzeba było je tworzyć od podstaw. W zespole
było sporo nowych twarzy, ale część stanowili
dawni lekarze tego oddziału, tak jak doc. Jadwi-
ga Miklaszewska, członek Unii Polskich Lekarzy
Pisarzy. Na tej internie wyrosły kliniki różnych
podspecjalności, a mnie przypadło w udziale zaj-
mowanie się krzepnięciem krwi. To był czas mo-
jej wzmożonej aktywności zawodowej. Wiele na-
uczyłem się od prof. Aleksandrowicza, który miał
ogromną siłę napędową do działania i zarażał nią
innych. W środowisku mówiono o nim „budzik
świata naukowego”. Miał pomysły arcyciekawe,
ale zdarzały się też śmieszne, jednak się tym nie
zrażał, miał bardzo szerokie kontakty zagraniczne
i udostępniał je. Dzięki jego inicjatywie zrobiłem
doktorat, habilitację, specjalizację internistyczną
i hematologiczną. Po 21 latach poszedłem jednak
własną, samodzielną drogą.

Uczeń zostawił Mistrza?

Czy była to relacja mistrz – uczeń? Tak bym tego
nie nazwał. Mówię raczej „szkoła Aleksandrowi-
cza”, tak jak mówi się o szkole Religi czy Dziatko-
wiaka. Zresztą w dzisiejszej rzeczywistości relacja

mistrza i ucznia jest czymś nieprzystawalnym do realiów. Kiedy leżałem w szpitalu, przychodzili do mnie różni lekarze i tak naprawdę nie wiedziałem nawet, kto się konkretnie mną zajmuje. Współczesne leczenie to bardziej praca zespołowa.

To dobrze czy źle?

Zarówno kiedyś, jak i obecnie lekarz nie miał wielkiego wpływu na kondycję opieki zdrowotnej. Z perspektywy przeżytych i przepracowanych lat mogę jednak powiedzieć, że teraz ten pociąg jedzie za szybko i często nie wiadomo, do jakiego celu zmierza. Moim zdaniem jest za duży rozryw między potrzebami społecznymi i roszczeniami, niektórymi nierealnymi. Zawsze ktoś na tym ucierpi, bo nigdy nie będzie pieniędzy na wszystko. Uważam też, że mamy nadmierny kult aparatury, drogich badań, przez co lekarz często zapomina o tym, że podstawę rozpoznania stanowi wywiad, można powiedzieć, że jest najważniejszy. Aparatura może weryfikować diagnozę, może ją potwierdzać lub wykluczać, ale nie powinna zastępować wywiadu jako narzędzia diagnostycznego. Lekarz schowany za aparaturą ma gorszy kontakt z pacjentem, nie ma szans, aby lepiej go poznać, jego środowisko, warunki życia, nawyki. Nawet nie wie, jaka jest siła uścisku jego ręki. Dzisiejsza medycyna to jak stąpanie po kruchym lodzie. Wciąż są zmieniane systemy, przepisy, wprowadzane nowe rozwiązania, ale nie zmieniają na lepsze sytuacji chorych. Dochodzi do tego, że się likwiduje oddziały bardzo potrzebne, jak interna, pediatria czy geriatra, a tworzy się oddziały, do których płyną pieniądze. Tworzy się systemy kontroli, bo brakuje zaufania do lekarza. Podejrzewam, że system eWUŚ więcej nas kosztował, niż byśmy zapłacili za leczenie nieubezpieczonych.

A może w dobie supernowoczesnych urządzeń pacjent myśli, że jest nieśmiertelny, a lekarz może wszystko?

Nikt nie chce umierać i nie ma się czemu dziwić, ale rzeczywistość odbiór społeczny medycyny jest często zniekształcony, przesadzony i pacjentom się wydaje, że nie ma rzeczy niemożliwych. Łatwy dostęp do informacji poprzez prasę, telewizję czy internet, jeszcze bardziej podsycia te oczekiwania. Każde najmniejsze doniesienie naukowe, pionierska operacja są rodmuchiwane. To stwarza pozory, że każdą chorobę można wyleczyć, każdy uraz naprawić, każdego uchronić od śmierci, a przecież to nieprawda.

Niedawno skończył pan 90 lat. Jakie z pańskiego punktu widzenia są relacje lekarzy seniorów z przedstawicielami młodszego pokolenia?

Osobiście nie mam z tym problemów. Czasem mam trudności z formalnościami. Przy zmianie

szpitala musiałem podpisać nie wiem już jaką ilość rozmaitych deklaracji, to wszystko jest uciążliwe. Jednak z młodszymi lekarzami mam jak najlepsze relacje.

Wielu chorych sięga po zdobycze medycyny Wschodu, akupunkturę, zioła i inne dziwne dla cywilizacji Zachodu terapie, co pan o tym sądzi?

Niejedno na tym polu zdziałaliśmy z doc. Marzaną Magdoń, szczególnie jeśli chodzi o akupunkturę. Jest wciąż stosowana w medycynie chińskiej i pomaga. Zachód już się o tym przekonał i coraz częściej się odwołuje do tej metody. Nie chodzi o to, jaką wartość przedstawia, bo na to są dowody naukowe, ale jak jest używana. Jeśli zamiast leczenia, to błąd, ale jeśli jako metoda wspomagająca, jest jak najbardziej dopuszczalna. Wiele metod medycyny tzw. niekonwencjonalnej opiera się na sugestii. W stosunku do medycyny niekonwencjonalnej należy być krytycznym, ale otwartym.

Co panu dzisiaj gra w duszy, bardziej medycyna, czy muzyka? Swego czasu zainteresował się pan muzykoterapią...

Muzykoterapia to nie jest wynalazek naszych czasów. Tradycje stosowania muzyki w leczeniu sięgają starożytności, a nawet głębiej – kultury plemiennej, kiedy szaman w czasie rytuałów leczniczych śpiewał, grał na instrumentach i tańczył. Obecnie jest to dziedzina oparta na podstawach naukowych, w której trzeba mieć wiedzę z wielu dyscyplin: psychologii, medycyny, muzyki, psychoterapii. Wciąż jednak trudno określić dokładnie, czy na proces zdrowienia ma wpływ sama muzyka, czy jest czynnikiem odwracającym uwagę od choroby i jej objawów. Temat jest fascynujący, więc jako poważny lekarz i zamiłowany muzyk studiowałem pedagogikę muzyczną i wydałem trzy tomy „Fizjologii gry skrzypcowej”. Skrzypkiem był prof. Feliński, a ja współautorem.

A skąd fascynacja Albertem Schweitzerem?

Imponowało mi, że potrafił zajmować się wieloma dziedzinami naraz. Był lekarzem, teologiem, filozofem, muzykologiem. Być może dostrzegłem w nim bratnią duszę. Arcyciekawy człowiek, dostępny dla wszystkich, jednocześnie ujmujący prostotą. Budował szpitale, jako lekarz niósł pomoc, a jednocześnie był jednym z najważniejszych badaczy twórczości Jana Sebastiana Bacha. Jego ideą, z którą zresztą się utożsamiam, było poszanowanie życia. Jej konsekwencją jest obowiązek jego ratowania i łagodzenia cierpienia. Przyszło nam żyć w czasach „wyścigu szczurów”. Nowoczesne przychodnie, szpitale – wyglądają jak galerie, błyszczą – czasami tandetą – i nie ma w nich ducha. Dobrze byłoby w tym pędzie nie zapominać o ludziach.

Lekarz schowany za aparaturą ma gorszy kontakt z pacjentem, nie ma szans, aby lepiej go poznać, jego środowisko, warunki życia, nawyki. Nawet nie wie, jaka jest siła uścisku jego ręki. Nawet nie wie, jaka jest siła uścisku jego ręki. Dzisiejsza medycyna to jak stąpanie po kruchym lodzie. Wciąż są zmieniane systemy, przepisy, wprowadzane nowe rozwiązania, ale nie zmieniają na lepsze sytuacji chorych.

Stanowczy i nieustępliwi



Świętokrzyska
Izba Lekarska

**Lucyna
Krysiak**

Lekarze ze Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej uchodzą za otwartych i szczerych, ale jak trzeba, potrafią pokazać pazur. W dążeniach do samostanowienia oraz walce o lepsze życie wykazali się stanowczością, nieustępliwością, desperacją i odwagą.

To właśnie te cechy charakteru zdecydowały o tym, że mimo wszelkich przeciwności, udało się powołać własną izbę. Było to jednak trudne. Z jednej strony sąsiedztwo silnego Śląska z ambicjami, aby jeszcze bardziej wzmocnić swoją pozycję, z drugiej izby krakowskiej, która miała wielki apetyt, aby wcielić w swoje struktury lekarzy z dawnego województwa kieleckiego. Historycznie wydawało się to uzasadnione, ponieważ kiedy na mocy ustawy z dnia 2 grudnia 1921 r. w odrodzonej Polsce powstały pierwsze władze izb okręgowych, lekarze z Kielecczyzny należeli do Okręgowej Izby Krakowsko-Kieleckiej. Kolejną przeszkodę stanowiło nowo ustanowione prawo po reaktywacji samorządu lekarskiego. W 1989 r. Rada Państwa powołała Komitet Organizacyjny Izb Lekarskich, ustalając obszary działania poszczególnych samorządów, ale w projekcie nie uwzględniono samodzielnej izby województwa kieleckiego. Od początku zapis ten wzbudził protest mieszkających tu lekarzy. Ich reakcja była natychmiastowa i zdecydowana. Powołali oni Tymczasowy Komitet Organizacyjny Izby Lekarskiej w Kielcach, który miał bronić ich prawa do samostanowienia. W jego skład wchodziło 22 lekarzy: Krzysztof Bartosz, Stanisław Bień, Stanisław Chwyczo, Liliana Kwiatkowska-Ciechomska, Bogumił Dąbek, Erazm Dembicki, Włodzimierz Gajewski, Andrzej Gil-Wrzesiński, Stanisław Horegląd, Wojciech Korejba, Mirosław Krzysztofik, Mirosław Madej, Stanisław Markowski, Krystyna Maszewska-Kuźniarz, Ryszard Misiak, Jacek Musiał, Grzegorz Nocur, Waldemar Puto, Dariusz Różański, Ryszard Siemiński, Leon Snarski i Waldemar Sokalski. Byli bardziej społecznikami niż działaczami. To dzięki ich entuzjazmowi i desperacji na I Zjeździe Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie doszło do utworzenia odrębnej izby z siedzibą w Kielcach. Uchwałą Krajowego Zjazdu Lekarzy z 10 grudnia 1989 r. lekarze województwa kieleckiego zyskali prawo do przeprowadzenia I Okręgowego Zjazdu Lekarzy który odbył się już 15 grudnia 1989 r. w Kielcach. Na Zjeździe tym podjęto uchwałę o nazwie izby, dokonano wyboru wszystkich organów oraz przewodniczącego Okręgowej Rady Lekarskiej. 25 stycznia 1990 r. ukazał się biuletyn izby, który był jednym z pierwszych w Polsce i jest wydawany do dziś pod nazwą „Eskulap Świętokrzyski”. Pierwsze posiedzenia Okręgowej Rady Lekarskiej oraz Prezydium ORL odbywały się w sali konferencyjnej Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego. Okręgową Izbę Lekarską w Kielcach

powołała Naczelna Rada Lekarska na pierwszym posiedzeniu w dniu 18 grudnia 1989 r. 5 maja 1990 r. zamieniła jej nazwę na Świętokrzyską Izbę Lekarską z siedzibą w Kielcach i tak zostało do dziś.

Egzamin z samorządności

Nie było nic. Siedziby, sprzętów, jakiegokolwiek infrastruktury. Nie było też wzorców, z których można było skorzystać. Włodzimierz Gajewski, przewodniczący Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej w I i II kadencji mówi, że wszystkiego trzeba było się uczyć, zarówno tego jak urządzić biuro, jak zorganizować jego działalność, jak rozmawiać z lekarzami i decydentami, a także jak tworzyć regulaminy, założenia kodeksu etyki lekarskiej... – Odnieśliśmy zwycięstwo i to było najważniejsze, pragnęliśmy własnej izby i marzenia te się spełniły, ale dopiero wtedy pojawiły się prawdziwe wyzwania – podkreśla. W tamtym czasie mimo niedogodności, niedostatków z opinią izby liczyły się władze, dyrektorzy szpitali, minister zdrowia, a to otwierało wiele drzwi. Zawsze bliskie mu były zagadnienia etyki, które do dziś wyklada młodym lekarzom. Znał Karola Wojtyłę, zanim jeszcze został papieżem, najpierw jako ministrant, później jako student. Wspólnie jeździli na spływy kajakowe, wędrowali po górach. – Te kontakty miały osobisty wymiar i wiele dla mnie znaczyły, można powiedzieć, że mnie kształtowały, wzmacniały ducha – mówi. III kadencja należała do Macieja Szewczyka, który doprowadził do kupna siedziby. Okazały dom jednorodzinny przy ul. Wojska Polskiego 52 w Kielcach po zaadaptowaniu stał się pierwszą siedzibą świętokrzyskiej izby. Oznaczało to koniec tułaczki i gnieźdzenia się w wynajmowanych pokojach. Ale w willi nie ma sali konferencyjnej i innych udogodnień potrzebnych do sprawnego funkcjonowania, a w czasach, kiedy jednym z głównych zadań są szkolenia lekarzy, to poważne ograniczenie. ŚIL chce sprzedać obecną siedzibę i wybudować nową, przestronną, wygodną, odpowiadającą potrzebom lekarzy. Plan już jest. Działka, na której ma stanąć budynek, także. W nowej siedzibie będzie także miejsce dla spotkań emerytów i rencistów oraz wystaw, wieczorów literackich i innych działań integracyjnych. Chodzi też o usytuowanie w miejscu, do którego będzie można łatwo dojechać nie tylko samochodem, ale też autobusem. W IV i V kadencji prezesem ŚIL był Marek Jodłowski (obecnie członek NRL i Prezydium NRL), który musiał

Nie było nic. Siedziby, sprzętów, jakiegokolwiek infrastruktury. Nie było też wzorców, z których można było skorzystać. [...] Okazały dom jednorodzinny przy ul. Wojska Polskiego 52 w Kielcach po zaadaptowaniu stał się pierwszą siedzibą świętokrzyskiej izby. Oznaczało to koniec tułaczki i gnieźdzenia się w wynajmowanych pokojach.

zmierzyć się z falą protestów lekarzy, która ogarnęła Polskę. W województwie świętokrzyskim protesty miały wyjątkowo burzliwy przebieg. Doszło do okupacji przychodni i niektórych oddziałów szpitalnych. Związkowcy lekarze ściśle współpracowali z izbą, mówili jednym głosem, dzięki czemu udało się zrealizować większość postulatów, m.in. uzyskać prawo do urlopu szkoleniowego, wynegocjować godziwe stawki za dyżury. To tutaj w siedzibie Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej odbywały się najważniejsze spotkania i rozmowy decydujące o losach protestujących lekarzy. To bardzo zintegrowało środowisko. VI kadencja to był czas Januarego Lewandowskiego, który skupił się na wypełnianiu statutowych obowiązków i umacnianiu zdobytych jego poprzedników. Objąwszy po nim prezesurę w VII kadencji Paweł Barucha zaznacza, że chciałby rozwijać te aktywności. Można powiedzieć, że ŚIL, na początku niechciane dziecko samorządu lekarskiego, egzamin z samorządności zdała celująco.

Wyrównać zaszłości

Świętokrzyska Izba Lekarska zalicza się do średniej wielkości. Liczy ponad 4600 członków, w tym około 1000 stomatologów. Mówi się, że „siedzi na województwie”, co oznacza, że jej zasięg terytorialny pokrywa się z granicami dawnego województwa kieleckiego, które po reformie administracyjnej kraju przekształciło się w województwo świętokrzyskie. To sprzyjająca okoliczność, ponieważ wszystkie powiaty i gminy automatycznie znalazły

się w strukturach ŚIL. Jej sercem są Kielce, miasto z zaszłościami wynikającymi jeszcze z dawnego zaboru rosyjskiego, ale z ambicjami, by je wyrównać. Niewątpliwie udział mają w tym lekarze, którzy każdy przejaw działalności w tym kierunku przyjmują z entuzjazmem. Mimo że na tych terenach lekarzom żyje się skromniej niż w innych regionach kraju, znani są z bezinteresowności. Dotyczy to zarówno działań na rzecz pacjentów, miasta i regionu, jak i kolegów lekarzy. Obecny prezes ŚIL, Paweł Barucha, zaznacza, że jednym z celów jego kadencji będzie dialog lekarzy z różnymi środowiskami, z innymi samorządami zawodowymi oraz organizacjami pacjenckimi. Chodzi o to, aby wspólnie rozmawiać o sprawach ochrony zdrowia, o których często politycy, decydenci, a także pacjenci mają niewielkie pojęcie. Wierzy, że ta forma edukacji pozwoli zmienić podejście do wielu problemów, wiele z nich pozwoli rozwiązać. W Świętokrzyskiej Izbie Lekarskiej, od początku jej istnienia, szczególnie rozwinięte są działania samopomocowe: zapomogi pośmiertne, losowe zapomogi bezzwrotne i pożyczki pieniężne. Nadzór nad ich wypłacaniem sprawuje powołana do tego celu Komisja Socjalna. – Często dzieje się to kosztem wyposażenia izby czy celów reprezentacyjnych, ale wspieranie kolegów to priorytet – mówi prezes Barucha. Uważa, że wśród lekarzy jest wiele osób wymagających pomocy nie tylko socjalnej, ale prawnej i izba im jej udziela, np. pomaga rozwiązywać konflikty między pracownikami i pracodawcami. Problem ochrony interesów lekarzy jest

Świętokrzyska Izba Lekarska zalicza się do średniej wielkości. Liczy ponad 4600 członków, w tym około 1000 stomatologów. Mówi się, że „siedzi na województwie”, co oznacza, że jej zasięg terytorialny pokrywa się z granicami dawnego województwa kieleckiego.



FOTO: Paweł Barucha

głównym tematem spotkań i prac Komisji: ds. Warunków Pracy i Placy, ds. Socjalnych, ds. Emerytów i Rencistów, ds. Rejestracji i Wydawania Prawa Wykonywania Zawodu, ds. Rejestracji Praktyk Prywatnych, czy Komisji ds. Ubezpieczeń od Odpowiedzialności Cywilnej Lekarzy. Prezes Paweł Barucha mówi, że w obecnej kadencji konieczne jest dostosowanie działań samorządu do ciągle zmieniającej się sytuacji w ochronie zdrowia. – Największy nacisk kładziemy na szeroko pojętą ochronę prawną lekarzy. Nakładane są na lekarzy coraz to nowe czynności czysto administracyjne. Brakuje czasu na leczenie ludzi, bo trzeba wywiązać się z biurokratycznych nakazów. Musimy bronić naszych kolegów przed odpowiedzialnością za „papierkowe” błędy. Muszą wiedzieć, że nie są pozostawieni samym sobie – podkreśla prezes Barucha. Jest stomatologiem, w samorządzie działa od kilkunastu lat i – jak mówi – z tej perspektywy można już dostrzec, co się zmienia, jeśli chodzi o rodzaj i zakres problemów. – Poruszamy się w gąszczu przepisów i wyzwaniem dla samorządu jest, aby lekarz czuł się w tej dżungli bezpiecznie – zaznacza prezes Barucha. Ochrona prawna lekarza to obecnie priorytet.

Mury nie leczą, leczą lekarze

W ostatnich latach Kielce stały się silnym ośrodkiem naukowym, o czym świadczy fakt istnienia w tym mieście dwunastu szkół wyższych. Niestety, nie ma tu uczelni medycznej, w której lekarze mogliby się dokształcać, podnosić swoje kwalifikacje, specjalizować się, habilitować. Być może dlatego mają wciąż niezaspokojony apetyt na wiedzę. Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, który ma Wydział Nauk o Zdrowiu, kształci wprawdzie fizjoterapeutów, pielęgniarki i położne oraz kadry zarządzające ochroną zdrowia, jednak o powołaniu wydziału lekarskiego dopiero się mówi. Na przekór utrudnieniom, jakim jest brak klinik, dostępu do najnowszych technologii czy uczelni medycznej, tutejsi lekarze są dobrze wyedukowani i to nie przypadek, że Świętokrzyskie Centrum Onkologii w rankingach zajmuje wysoką pozycję, mimo że każdy zatrudniony tam lekarz szlifował swoją wiedzę poza własną izbą. Stworzyli ten ośrodek od podstaw, uczyli się w różnych centrach Polski i za granicą, okupując ten wysiłek rozłąką z rodzinami i pono-

sząc koszty. Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach i Świętokrzyskie Centrum Onkologiczne są miejscem pracy dla największej rzeszy lekarzy z ŚiL, część z nich pracuje w szpitalach powiatowych na terenie województwa i w przychodniach. – Coraz więcej się buduje, otwiera nowych placówek ochrony zdrowia, nowych oddziałów, wyposaża w coraz nowocześniejszy sprzęt, ale trzeba pamiętać, że mury nie leczą – zastrzega prezes Barucha, dodając, że od systemów nauczania w uczelniach medycznych, a później systemów kształcenia będzie zależało, jaki poziom będą reprezentowali zatrudnieni tam lekarze i czy już jako specjaliści sprostają wymogom rynku usług medycznych. – Uważam, że specjalizacjami i stażami powinny zajmować się izby, tak jak kiedyś przejęły od państwa rejestry lekarzy – mówi Barucha. Jego zdaniem izby mają lepsze rozeznanie w zapotrzebowaniu na kształcenie się lekarzy w poszczególnych specjalnościach, są bliżej realiów, które z perspektywy urzędników są słabo widoczne. – Nie ma przepływu informacji na ten temat pomiędzy Urzędem Marszałkowskim, NFZ, Ministerstwem Zdrowia, co prowadzi do wypaczania prawdy. W tak kulejącym systemie trudno o prognozowanie i zapobieganie sytuacjom (brakuje geriatrów, pediatrów, anestezjologów), z którymi obecnie mamy do czynienia – tłumaczy prezes Barucha. Działania mają więc charakter interwencyjny, nie ma planowania i myślenia przyszłościowego. Dodaje, że izba jest najlepiej zorientowana, gdzie występują deficyty w poszczególnych specjalnościach i potrafi je wskazać. Prezes dopiero rozpoczął nową kadencję, ale jest optymistą. Uważa, że chociaż Świętokrzyska Izba Lekarska finansowo nie może się równać z takimi tuzami jak Śląsk czy Kraków, jej członkowie cenią sobie niezależność, możliwość decydowania o sobie i familiarną atmosferę. Izba ma swoich sportowców – doktora Jacka Łabudzkiego i triathlon, mocną grupę nurków, piłkarzy, koszykarzy, ale też aktywnie działających lekarzy na rzecz kultury: pisarzy, malarzy, fotografików. – Wierzę, że w nowej siedzibie lekarze bardziej rozwiną te aktywności. Wierzę, że stanie się dla naszych członków nie tylko miejscem, w którym będą mogli się szkolić, podnosić zawodowe kwalifikacje, ale po prostu spotkać się, bliżej poznać, odreagować codzienność, jeszcze bardziej się zintegrować – tłumaczy prezes Paweł Barucha.

W ostatnich latach
Kielce stały się
silnym ośrodkiem
naukowym, o czym
świadczy fakt
istnienia w tym
mieście dwunastu
szkół wyższych.
Niestety, nie ma tu
uczelni medycznej.

Warto wiedzieć

Metryka – Świętokrzyska Izba Lekarska

Terytorium:

województwo świętokrzyskie

Adres:

ul. Wojska Polskiego 52, 25-489 Kielce

Kontakt: tel. 41 362 13 81

e-mail: sekretariat@sil.apsnet.pl

Strona internetowa: sil.apsnet.pl

Liczba członków: 4583, w tym lekarzy 3571 i 1012 lekarzy dentyistów

Liczba delegatów: 162

Liczba członków Okręgowej Rady Lekarskiej: 25

Prezes: Paweł Barucha

Wiceprezesi: Urszula Chonin,

Iwona Skubida, Krzysztof Bidas

Delegatury: brak

Okręgowy Rzecznik

Odpowiedzialności Zawodowej:

Elżbieta Chmielowiec

Przewodniczący Okręgowego Sądu

Lekarskiego: Stanisław Markowski

Przewodniczący Okręgowej Komisji

Rewizyjnej: Wanda Korpikiewicz

Liczba pracowników etatowych: 8

Liczba samorządowców pobierających wynagrodzenie: 0



Wierzę, że możemy zrobić jeszcze więcej

Z Maciejem Hamankiewiczem, prezesem Naczelnej Rady Lekarskiej, rozmawiają Ryszard Golański i Marta Jakubiak.

Ostatnie cztery lata były okresem bardzo wyťažonej pracy – lista naszych osiągnięć jest długa, ale równie długa jest lista spraw, które należy załatwić. Najwięcej z nich kryje się w aktach prawnych, które opiniujemy. Przez tę kadencję zaopiniowaliśmy 714 takich projektów, w tym 119 ustaw i 595 rozporządzeń. Niejednokrotnie powtarzamy kilka tych samych spraw w różnych nowelizacjach.



FOTO: Marta Jakubiak

Koniec kadencji to okazja do podsumowania tego, co udało się zrobić i spisania spraw do załatwienia w przyszłości. Jak wyglądają pana osobiste listy po czterech latach?

Kiedy obejmowałem funkcję prezesa, moim celem było stworzenie zespołu, który będzie godnie reprezentował naszą grupę zawodową i skutecznie walczył o jej sprawy. Ocena naszej czteroletniej działalności już się po części dokonała. Bardzo dobre wyniki w swoich okręgach wyborczych uzyskali wszyscy członkowie Naczelnej Rady Lekarskiej. Spośród członków prezydium dwóch zostało prezesami w swoich izbach, w tym jeden – największej izby w Polsce, pięcioro zostało wiceprezesami. Wysokie noty członków NRL, jako delegatów na zjazd krajowy, bardzo mnie cieszą, ponieważ pokazują, że taki zespół – wspólnie działający i mówiący jednym głosem – udało się zbudować. Ostatnie cztery lata były okresem bardzo wyťažonej pracy – lista naszych osiągnięć jest długa, ale równie długa jest lista spraw, które należy załatwić. Najwięcej z nich kryje się w aktach prawnych, które opiniuje-

my. Ostatnie cztery lata były okresem bardzo wyťažonej pracy – lista naszych osiągnięć jest długa, ale równie długa jest lista spraw, które należy załatwić. Najwięcej z nich kryje się w aktach prawnych, które opiniujemy. Przez tę kadencję zaopiniowaliśmy 714 takich projektów, w tym 119 ustaw i 595 rozporządzeń. Niejednokrotnie powtarzamy kilka tych samych spraw w różnych nowelizacjach. Wierzę, że możemy zrobić jeszcze więcej i za któryś razem wreszcie przekonać ustawodawców o słuszności naszych stanowisk. Niejednokrotnie powtarzamy kilka tych samych spraw w różnych nowelizacjach. Wierzę, że możemy zrobić jeszcze więcej i za któryś razem wreszcie przekonać ustawodawców o słuszności naszych stanowisk.

Panie prezesie, co – pana zdaniem – odpowiedziałby młody lekarz na pytanie: co to jest izba lekarska?

Myszę, że młodemu lekarzowi izba lekarska kojarzy się przede wszystkim z rejestrem lekarzy, wydawaniem

prawa wykonywania zawodu i oddelegowywaniem na staż podyplomowy. Młodzi lekarze, którzy biorą udział w szkoleniach organizowanych przez samorząd i zdobywają punkty edukacyjne, traktują również izby jako miejsca, które umożliwiają im poszerzanie wiedzy.

Bardzo chciałbym, aby wszyscy lekarze zaczęli myśleć o izbach jako o miejscach, w których mogą otrzymać wsparcie w trudnych sytuacjach, gdzie tworzona jest tożsamość i jest budowana wspólnota naszej grupy zawodowej. Przecież to właśnie w izbach wykuwa się wspólne stanowisko bardzo zróżnicowanego światopoglądowo środowiska, które później jest prezentowane na zewnątrz – władzom, mediom i społeczeństwu. W ostatnich latach, w których następuje tak intensywna ekonomizacja pracy lekarza, aktywne uczestnictwo w społeczności zawodowej jest szczególnie ważne. Wspólny głos ma większe szanse dotrzeć tam, gdzie chcemy, aby dotarł i został usłyszany.

Na okręgowych zjazdach lekarzy z radością witano młodych delegatów, którzy zdecydowali się pracować społecznie na rzecz środowiska lekarskiego. Podnoszono przy okazji, że średnia wieku osób zaangażowanych w pracę izb lekarskich rośnie z każdą kolejną kadencją. Czy zgadza się pan z taką opinią i co mówią na ten temat statystyki?

Statystyki pokazują, że zawód lekarza i lekarza dentystry jest zawodem demograficznie starzejącym się: prawie 20 proc. spośród nas przekroczyło 60. rok życia, w niektórych specjalizacjach to prawie 30 proc. Dodatkowo zawód lekarza jest coraz bardziej poddawany regułom rynkowym i coraz trudniej jest poświęcać się dla działania społecznego, szczególnie młodym, dopiero wchodzącym w pracę zawodową lekarzom. Dlatego bardzo się cieszę, że mimo niekorzystnych warunków tak wielu młodych kolegów decyduje się pracować na rzecz całego środowiska lekarskiego.

Jednym z powracających tematów dyskusji lekarzy jest sprawa kształcenia podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystrów. Zaangażowani są w tę dyskusję przede wszystkim ci najbardziej zainteresowani – lekarze młodzi. Rola samorządu lekarskiego w tej sferze znacząco wzrosła, ale zdaniem wielu osób nadal jest niewystarczająca.

Cieszy mnie aktywność w procesie samokształcenia całego środowiska lekarzy i lekarzy dentystrów. Osobiście jestem pełen podziwu dla stomatologów, którzy niebawem sprawnie organizują się i szkołą, zwłaszcza że dla nich spełnienie obowiązku kształcenia jest chyba trudniejsze niż w przypadku innych lekarzy ponieważ swoją pracę wykonują w większości indywidualnie, w placówkach prywatnych, które mają bezwzględny wymóg bilansowania działalności.

Naczelna Izba Lekarska i okręgowe izby lekarskie starają się w coraz większym zakresie wspierać lekarzy w wypełnianiu obowiązku kształcenia zawodowego, organizując ogromną liczbę kursów edukacyjnych. Ze środków NIL przeznaczyliśmy w tej kadencji ponad

milion złotych na szkolenia w okręgowych izbach lekarskich i w naszym ośrodku doskonalenia. Udało się pozyskać także środki unijne. Jeden projekt – zaplanowany na milion złotych – już się zakończył, drugi – zaplanowany na osiem milionów – trwa. Chciałbym, aby w kolejnych latach działania izb w zakresie szkoleń były jednym z priorytetów. Zapraszamy na prowadzone kursy doskonalące – organizujemy je właśnie dla was.

Gorącym tematem ostatnich miesięcy jest problem czasu pracy lekarzy. Sytuacja znacząco się zmieniła od chwili, kiedy duża część naszych koleżanek i kolegów zaczęła pracować nie w oparciu o umowę o pracę, ale na zasadach kontraktu. Jeden z zarzutów stawianych lekarzom jest taki, że pracują w zbyt wielu miejscach i mają zbyt mało czasu na regenerację sił. Taki tryb pracy to konieczność czy chęć poprawiania warunków materialnych rodzinie?

W Polsce na tysiąc mieszkańców przypada zaledwie 2,19 lekarza, podczas gdy na przykład w Niemczech – 3,84, w Austrii – 4,83, w Norwegii – 3,72, w Czechach – 3,64, w Estonii – 3,26. Niestety, polska rzeczywistość jest taka, że potrzeby chorych są większe niż możliwości ich zaspokojenia przez taką właśnie liczbę lekarzy, jaką mamy w naszym kraju. Wyniki zakończonego niedawno badania Polskiej Akademii Nauk i Ośrodka Analiz Naczelnej Izby Lekarskiej pokazują, że w ostatnich dwóch latach stale wzrasta obciążenie lekarzy pracą, mimo że pracują w takich samych warunkach, na tej samej umowie, przy takim samym zatrudnieniu. Niemal połowa ankietowanych osób przyznała, że dostrzega objawy wypalenia zawodowego u swoich współpracowników, a 42 proc. obserwuje je u siebie. To bardzo niepokojące dane. Ogromnie bym chciał i zapewne jest to życzenie wielu osób wykonujących ten zawód, aby jeden lekarz pracował na jednym etacie i miał tyle czasu dla pacjenta, ile wymaga dany przypadek. Aby lekarz miał również czas dla siebie i swojej rodziny. Niestety, lekarzy brakuje. W bardzo wielu przypadkach pracujemy ponad siły, a na szczeblu ministerialnym i rządowym podejmuje się decyzje, w wyniku których stajemy się świadczeniodawcami zobowiązanymi do wykonywania dozwolonej liczby świadczeń, które zapewnią placówkom medycznym ekonomiczny wynik dodatni. Mimo licznych apeli samorządu, by podjąć działania zmierzające do poprawy sytuacji, decydenci zdają się być głusi i nie zauważają, że jest zbyt mało miejsc na uczelniach medycznych, proces specjalizacyjny pozostawia wiele do życzenia, a populacja lekarzy coraz bardziej się starzeje i coraz więcej godzin spędzamy w pracy. Muszą w końcu zostać podjęte decyzje, które w przyszłości zaowocują poprawą warunków pracy lekarzy, a dla pacjentów poprawą dostępności do leczenia. Będziemy o to z uporem zabiegać.

Można usłyszeć opinie, że Naczelna Rada Lekarska jest oddalona od codziennych problemów lekarzy, że bliżej nich są izby okręgowe. Czy rzeczywiście zadania i ich realizacja na poziomie kraju i okręgu są różne?

Przecież to właśnie w izbach wykuwa się wspólne stanowisko bardzo zróżnicowanego światopoglądowo środowiska, które później jest prezentowane na zewnątrz – władzom, mediom i społeczeństwu. W ostatnich latach, w których następuje tak intensywna ekonomizacja pracy lekarza, aktywne uczestnictwo w społeczności zawodowej jest szczególnie ważne. Wspólny głos ma większe szanse dotrzeć tam, gdzie chcemy, aby dotarł i został usłyszany.

Dyskutujemy między sobą, czasem nawet bardzo ostro, ale w imieniu środowiska lekarskiego powinniśmy przyjmować wspólne stanowisko. Wszystkie decyzje NRL podejmowane są w sposób demokratyczny. Naszym nadrzędnym celem jest mówienie jednym głosem w imieniu całego samorządu.

Niewątpliwie dla lekarza kosztują najbliższą ciału zawsze pozostanie izba okręgowa, do której należy. To w OIL znajdziemy m.in. bezpośrednią pomoc prawną, wsparcie dla osób potrzebujących czy pomoc dla dzieci zmarłych koleżanek i kolegów. Właściwie większość spraw załatwiamy w izbie okręgowej. NRL ma nieco inne zadania. Jednym z nich jest na przykład opiniowanie aktów prawnych, pełnienie funkcji koordynującej działania poszczególnych izb i reprezentowanie interesów lekarzy na zewnątrz. W sposób oczywisty, z powodu różnic w zadaniach, bezpośredni kontakt lekarzy i lekarzy dentyków z Naczelną Radą Lekarską jest mniejszy. Nie zgodziłbym się jednak, że jesteśmy dalej od problemów lekarzy. W bardzo wielu sprawach jesteśmy ich bezpośrednim reprezentantem i rzecznikiem, walcząc o sprawy związane z codziennym wykonywaniem pracy lekarza.

Zdarza się, że okręgowe rady lekarskie kontestują decyzje rady naczelnej. Jaka jest tego przyczyna?

Członkami NRL z mocy ustawy są prezesi OIL i reprezentanci wybrani przez Krajowy Zjazd Lekarzy. Jeśli któraś z OIL kontestuje uchwały naczelnej rady, oznacza to, że albo przedstawiciel OIL nie brał udziału w obradach, albo słabo argumentował za rozwiązaniem, które przyjęła jego macierzysta izba, albo – co się zdarza – zgłaszany problem jest niesłychanie kontrowersyjny, a środowisko niebawem podzielone. Na posiedzeniach NRL trzeba przedstawić swoje racje w imieniu rady okręgowej i przekonać innych członków NRL do swojego stanowiska. Dyskutujemy między sobą, czasem nawet bardzo ostro, ale w imieniu środowiska lekarskiego powinniśmy przyjmować wspólne stanowisko. Wszystkie decyzje NRL podejmowane są w sposób demokratyczny. Naszym nadrzędnym celem jest mówienie jednym głosem w imieniu całego samorządu.

Jedną z „odwiecznych” bolączek samorządu lekarskiego jest to, że Ministerstwo Zdrowia nie refunduje kosztów ponoszonych przez izby okręgowe i naczelną w związku z czynnościami przejętymi od administracji

państwowej, takimi jak prowadzenie rejestru lekarzy oraz orzecznictwa w sprawach odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Krakowski izbie lekarskiej udało się wygrać proces z ministerstwem w tej sprawie. Czy to daje nadzieję dla innych?

Bardzo się cieszę z tego sukcesu i wydaje się, że wreszcie ten problem znajduje rozwiązanie. Najwyższy czas, aby obowiązki państwa były, jak stanowi prawo, finansowane z budżetu, a nie ze składek lekarzy.

Ustawa o izbach lekarskich wyraźnie określa, że koszty związane z wykonywaniem zadań samorządu lekarskiego przejętych od administracji państwowej, takich jak wydawanie prawa wykonywania zawodu, prowadzenie rejestru lekarzy, działalność rzeczników odpowiedzialności zawodowej i sądów lekarskich, powinny być pokrywane z budżetu państwa, a dokładnie – powinno za nie płacić Ministerstwo Zdrowia. Kiedy nie płaci ministerstwo – izby płacą ze składek, a tymczasem składki powinny być wykorzystywane na potrzeby lekarzy, a nie na działania, za które ma płacić państwo.

Proces krakowski sprawił, że na kolejnych rozprawach sędziowie zawieszali swoje postępowanie, mówiąc, że czekają na ostateczne rozstrzygnięcie sprawy OIL w Krakowie. Można zatem oczekiwać, że to orzeczenie będzie istotne przy podejmowaniu decyzji we wszystkich innych sprawach dotyczących refundacji kosztów.

Trzy najważniejsze sprawy dla samorządu na kolejną kadencję.

Jestem przekonany, że najważniejszym zadaniem jest kontynuowanie walki o wprowadzanie dobrych zmian w otoczeniu prawnym naszego zawodu: m.in. ustaw i rozporządzeń, a także silne akcentowanie absurdów legislacyjnych tworzonych przez organizatorów ochrony zdrowia.

Kolejnym ważnym projektem jest rozwijanie przez samorząd działalności edukacyjnej, z naciskiem na przejęcie całego szkolenia podyplomowego i nadzoru nad specjalizacjami. I trzecie, niezwykle ważne zadanie: zabieganie z całej naszej mocy i siły o poprawę wizerunku polskiego lekarza i lekarza dentydy.

Zostałem lekarzem, aby... pomagać ludziom chorym. Nigdy nie miałem innego pomysłu na swoje zawodowe życie.

Zostałem samorządowcem, aby... *medicos juvans, aegrotis servit* [pomagając lekarzom, służyć chorym – przyp. red.].

Moje największe marzenie jako lekarza to... praca, w której mogę zajmować się obowiązkami lekarskimi, dobrze zorganizowana, dająca satysfakcję i uznanie środowiska.

Moje największe marzenie jako prezesa NRL... praca, w której mogę zajmować się leczeniem, dobrze zorganizowana, dająca satysfakcję i uznanie środowiska.

Moje największe marzenie jako Polaka... by mieć pewność, że to my, całe społeczeństwo – poprzez naszych reprezentantów w Sejmie i Senacie – decydujemy o naszych losach. I byśmy odczuwali dumę z tego powodu.

Nigdy nie zgodzę się na... publiczne podważanie zaufania do naszego zawodu.

Zawsze będę bronił... wolności zawodu lekarza i lekarza dentydy.

Najbardziej cenię u ludzi... szczerłość, odpowiedzialność, dotrzymywanie umów, życzliwość.

Nigdy nie zaakceptuję... dwulicowości i braku kindersztuby.

Chciałbym, aby polscy lekarze... w świecie byli co najmniej tak dobrze postrzegani jak dotychczas i by ten dobry wizerunek był dostrzeżony również w Polsce.

Żałuję, że... doba ma tylko 24 godziny.

Jestem dumny z... moich kolegów, którzy w tak trudnych warunkach polskiego systemu ochrony zdrowia osiągają tak nieprawdopodobnie wiele.

Wiosna i tak nadejdzie

*Ludzie tęsknią za całkowitą odmianą,
a jednocześnie pragną, aby wszystko
pozostało jak dawniej.*

Paulo Coelho

Marzec to taki miesiąc, w którym wszystkiego się można spodziewać i jak mówi polskie przysłowie, w marcu jak w garncu – ni to zima, ni to wiosna. Pogoda i tak zależy od pojawiających się frontów powietrza, ścierających się niż i wyż, które nieprzewidywalnie na dłuższy czas kształtują stan pogody. Z mojego punktu widzenia zmiany w przyrodzie mają bardzo duży wpływ na nasze zachowania. Czasami zastanawiam się, czy nie jesteśmy lepsi od natury, gdyż stopień zawirowań, rozpalenia pragnień i dążeń jest tak wielki, że aż strach się bać. Jesteśmy częścią przyrody, ale powinniśmy umieć przewidywać nasze zachowania, a przede wszystkich ich następstwa. Dążenie za wszelką cenę do zmian, kiedy nawet nie bardzo wiadomo, o co komu chodzi i czego chce, niczego dobrego nie wróży. Jeśli chcemy zmian, to trzeba jasno i zrozumiale te zmiany przedstawić. Jednak nikt nie potrafi tego powiedzieć w prosty sposób, a może wystarcząłyby tylko pewne poprawki bez rewolucyjnych, radykalnych zmian. Wielokrotnie wspólna chęć do działania dla dobra nie tylko lekarskiej rodziny przynosi o wiele lepsze efekty. Jak na razie, to widać jedynie ciągle krytykowanie wszystkich za wszystko, bez wskazania sposobów rozwiązania problemów i wytrwania w ich realizacji do skutecznego końca. Złotouści, którzy z łatwością potrafią głosić populistyczne hasła, marząc jedynie o własnej potęgze, jakoś nie potrafią dokonać niczego pożytecznego. Niby chcą zmian, a jednak ciągle tkwią w jednym miejscu, drepcąc w kółko. Wspominają dawne czasy i chcą, aby było inaczej, ale jak dawniej. Doskonale wiemy, że niektóre rzeczy się nie powtarzają i nie ma do nich powrotu. Świat się zmienia i życie idzie do przodu, przecież także w przyrodzie mimo na pozór cyklicznych zmian za każdym razem jest inaczej. To są nieprzewidywalne żywioły, ale czy my lekarze możemy zachowywać się także nieprzewidywalnie i żywiołowo? Czy trzeba niszczyć pewne wypracowane wartości tylko po to, aby zaistnieć w tłumie i powtarzać stare błędy? Pozostawmy stare waśnie i zatargi w minioniej epoce i idźmy do przodu, ale mądrze i roz-

sądnie, bez zaciętrzewienia. Jeśli chcemy zmian, to musimy zrozumieć, że tak jak powiedział Seneka: jest „to proces, który wymaga konsekwencji i spokoju, a nie ciągłego wypominania i podcinania skrzydeł”. Doceńmy tych, którzy bez oglądania się wstecz, robią naprawdę wiele dobrego dla naszej społeczności, bo chcą i potrafią, więc zamiast zazdrościć sukcesów, pomóżmy im i włączmy się do wspólnej pracy. Po mroźnej i przygnębiającej zimie – czy nam się podoba, czy nie – wiosna i tak przyjdzie. W promieniach słońca świat obudzi się do życia, rozkwitnie zielenią drzew zwiastującą nadzieję na lepsze i radosne dni.

Jesteśmy w przeddzień wyborów na nową kadencję do samorządu lekarskiego. Tak się składa, że nasz Zjazd rozpoczyna się w pierwszy dzień wiosny. Myślę, że sama przyroda pomaga nam zadbać o wiosenną atmosferę. Nie budźmy demonów przeszłości, ale z optymizmem popatrzmy w przyszłość. Czekają nas wiele wyzwań, do których realizacji powinniśmy wybrać mądrych i odpowiedzialnych przedstawicieli. To oni przez następne cztery lata będą reprezentować społeczność lekarską i dbać o dobry wizerunek samorządu, a także zabiegać o dobre postrzeganie polskich lekarzy i lekarzy dentyków nie tylko w Polsce, ale także w Europie i na świecie. W ostatnich dniach usłyszeliśmy wiele niekorzystnych opinii nie tylko na temat organizacji opieki zdrowotnej w naszym kraju, ale także o zachowaniach lekarzy. Często zabrakło chociażby odrobiny empatii i zdolności przewidzenia przyszłości. Ale nie dajmy się zrażać, mamy też sukcesy i zwycięstwa, nie jest tak źle, jak nas przedstawiają. Należy zadbać o takie warunki pracy, zdobywania specjalizacji i odpowiedzialne traktowanie przez władze, żebyśmy w spokoju mogli godnie wykonywać swój zawód. Dlatego z rozwagą, bez złości i niepotrzebnych emocji wybierzmy takich przedstawicieli do naczelnych władz samorządu, którzy potrafią poświęcić swój czas dla innych i odpowiedzialnie pracować dla dobra ogółu, nie oglądając się na osobiste profity.

Życzę owocnych obrad.



**Jolanta
Małmyga**

Wiceprezes ORL
w Gorzowie Wlkp.

*Już dawno temu
zauważono, że gdy
dążenie do zmiany
rozpala psychikę,
sam ten żar
przyciąga demony,
uśpione kompleksy
czy zewnętrznych
wrogów ducha
– różnego rodzaju
kłopoty.*

Robert Bly

Zdrowy uśmiech w każdym wieku

**Lucyna
Krysiak**

20 marca obchodzimy Światowy Dzień Zdrowia Jamy Ustnej. Udział w obchodach weźmie ponad 50 państw. Organizatorom (FDI) chodzi o podniesienie świadomości znaczenia zdrowych, ale i pięknych zębów niezależnie od wieku.

Światowy Dzień
Zdrowia Jamy
Ustnej to pretekst,
aby jednocześnie
na całym świecie
mówić o tym,
jak ważna jest
dbałość o higienę
jamy ustnej od
najmłodszych
lat, jak ważne
jest zachowanie
własnych,
zdrowych zębów
do późnej starości.

Kampania ma przebiegać pod hasłem: „Świętując piękne uśmiechy”. Niestety, jeśli chodzi o zdrowie jamy ustnej i piękny uśmiech Polacy wciąż są w ogonie Europy. Zaledwie 28 proc. naszych rodaków ma własne, naturalne zęby w pełnym komplecie. Gorszymi wynikami legitymują się tylko Węgrzy i Estończycy. Najpiękniejszym użębieniem w Europie mogą poszczycić się Szwedzi, Duńczycy i Grecy. W krajach tych ponad 50 proc. obywateli ma wszystkie swoje zęby. Dlaczego nie Polacy? Przyczyn jest kilka. Za dużo słodczy, za rzadko do lekarza stomatologa, okazjonalnie na wizyty kontrolne. Polacy nie doceniają też zabiegów usuwających kamień nazębny, który prowadzi do dalszych, poważniejszych konsekwencji. FDI apeluje, aby stomatolodzy, których w krajach Unii Europejskiej jest ponad 2 mln, zintensyfikowali swoje działania na rzecz poprawy tej sytuacji, ale w Polsce brakuje programów profilaktycznych z zakresu stomatologii, zlikwidowano także gabinety dentystyczne w szkołach, przez co utrudniona jest kompleksowa opieka nad dziećmi w wieku szkolnym, ograniczony jest również koszyk świadczeń stomatologicznych refundowanych przez NFZ. Prof. Honorata Shaw, wiceprezydent Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, mówi, że na szczęście sytuacja zaczyna się zmieniać na lepsze i obchody Światowego Dnia Zdrowia Jamy Ustnej mają w tym swój udział. – Nie wiedza może zabijać, a każda kampania edukacyjna podnosi poziom wiedzy, pozostaje w świadomości ludzi na długo i choć zmiany nie przychodzą z dnia na dzień, są odczuwalne – podkreśla prof. Shaw. Dodaje, że ważne jest, aby kampania była prowadzona w sposób interesujący, wtedy można w nią włączyć młodych. W tym roku do obchodów ŚDZJU włączyli się studenci wydziałów stomatologicznych, którzy w centrach handlowych otworzyli stoiska wystrojem przypominające gabinety dentystyczne, gdzie można zrobić przegląd jamy ustnej. Są tam także rozdawane materiały edukacyjne i udzielane porady.

Wyjść z impasu

Aby jednak wyjść z impasu, potrzeba jeszcze bardziej spektakularnych działań, większego nagłośnienia spraw związanych z dbałością o stan zdrowia

jamy ustnej, wzrostu edukacji i świadomości, ciągłego przekonywania, jak ważny jest piękny, zdrowy uśmiech w kształtowaniu wizerunku, odbioru społecznego, wreszcie dla dobrego samopoczucia. W europejskich krajach, np. w Szwecji, gdzie tylko 10 proc. obywateli nosi ruchome protezy, zdrowy i piękny uśmiech świadczy o wysokim statusie społecznym, kulturze osobistej i świadomości zagrożeń wynikających z zaniedbań w dbałości o stan zdrowia jamy ustnej. W Polsce aż 37 proc. naszych rodaków nosi ruchome protezy zębów i jest to najwyższy wskaźnik w całej UE. FDI chce, aby kraje zapóźnione w tym względzie mogły brać przykład z najlepszych. To dlatego tegoroczne obchody Światowego Dnia Zdrowia Jamy Ustnej zyskały szerszy wymiar oraz świeżość poprzez stworzenie nowego logotypu i zwerbowanie nowych sponsorów. Światowy Dzień Zdrowia Jamy Ustnej to pretekst, aby jednocześnie na całym świecie mówić o tym, jak ważna jest dbałość o higienę jamy ustnej od najmłodszych lat, jak ważne jest zachowanie własnych, zdrowych zębów do późnej starości. Naczelna Izba Lekarska wciąż zabiera głos w tej sprawie. Z okazji ŚDZJU organizuje konferencje, Komisja Stomatologiczna NRL czyni starania o zwiększenie nakładów na profilaktykę, podejmuje stanowiska w sprawie wzmocnienia działań na rzecz edukacji i leczenia dzieci i młodzieży. Można więc powiedzieć, że samorząd lekarski aktywnie włącza się w edukację społeczeństwa i lekarzy w przekonaniu, że stan zdrowia jamy ustnej znacząco wpływa na ogólny stan zdrowia pacjentów. Nowe logo WOHD ma pokazywać, jak cenny w codziennym życiu jest zdrowy uśmiech. – Chcemy świętować i celebrować te zdrowe uśmiechy – powiedział dyrektor wykonawczy FDI Jean-Luc Eisele. Dodaje, że witalność uśmiechu przedstawiona w nowym logo FDI chce się widzieć na twarzy każdego – czy to w Nepalu, Chorwacji, czy Chile. – Chcemy wśród społeczności lokalnych na całym świecie promować ideę dobrego zdrowia jamy ustnej i podkreślać znaczenie właściwej codziennej pielęgnacji – zastrzegł Eisele. Jest w tej kwestii wiele do zrobienia, bo statystyki są porażające i chodzi nie tylko o piękny uśmiech, ale o nowotwory jamy ustnej. W tym Polska także przoduje w UE i ma jeden

z najwyższych wskaźników śmiertelności (2,5 przypadków na 100 tys. mieszkańców rocznie). Dla Polaka ruchoma proteza i rak jamy ustnej są więc powszechne. Dzieje się tak, ponieważ 44 proc. Polaków odwiedza lekarza dentystę rzadziej niż raz do roku, a 14 proc. ma poważne problemy z jedzeniem z powodu ubytków i schorzeń jamy ustnej. Jedną z konferencji zorganizowanych przez KSNRL poświęcona była właśnie nowotworom głowy i szyi.

Zmienić złe nawyki

Główną przyczyną próchnicy i w konsekwencji wczesnej utraty własnych zębów jest cukier (22 proc. pije kawę i herbatę z cukrem, a 19 proc. pije słodzone napoje) oraz palenie papierosów i picie alkoholu w nadmiarze. Polacy za rzadko też myją zęby, za rzadko sięgają po nici dentystyczne oraz irygatory czyszczące przestrzenie między zębami, a zamiast past bogatych we fluor i wapń, wybierają wybielające. Przeciętny dorosły Polak ma prawie 13 zębów objętych próchnicą, a 40 proc. Polaków w wieku 65-74 lat już straciło własne zęby. Lekarze dentyści podkreślają, że próchnica to choroba cywilizacyjna i trudno z nią walczyć działaniami, które mają charakter akcyjny. Potrzebne są rozwiązania systemowe. Prof. Honorata Shaw zgadza się z tą opinią. – Są niepodważalne dowody naukowe, że istnieje związek pomiędzy głębokim zapaleniem przyzębia i funkcją układu sercowo-naczyniowego, oddechowego, pracą nerek i cukrzycą – tłumaczy prof. Shaw. To oznacza, że stan zdrowia jamy ustnej, piękne zęby i uśmiech to nie jest już kwestia wyłącznie estetyki, ale zdrowia w ogólnym znaczeniu tego słowa. Dodaje, że kampania związana z obchodami ŚDZJU może mieć przełożenie na działania profilaktyczne – zarówno podejmowane przez Ministerstwo Zdrowia, jak i lekarzy tzw. pierwszego kontaktu, którzy powinni zainteresować się tym, jakie problemy stomatologiczne mają ich pacjenci. Przypomina o tym nieustannie KSNRL, prowadząc starania o większe nakłady finansowe na profilaktykę, a także na promocje leczenia stomatologicznego dzieci i młodzieży. W parze z odpowiednią opieką stomatologiczną, profilaktyką, higieną powinna iść dieta bogata w wapń, który jest podstawowym budulcem zębów. Niedobór wapnia odpowiada za kruchość zębów, częste ich złamania przy nagryzaniu, pogłębianie się zmian próchnicznych. Ważna jest także witamina D, dzięki której wapń jest lepiej wchłaniany, co przekłada się na twardość tkanki kostnej i witamina C odpowiedzialna za stan dziąseł (zapobiega odsłanianiu się szyjek zębowych i pomaga w profilaktyce przeciwnowotworowej) oraz witamina A, która wzmacnia dziąsła, mineralizuje zęby. Nie należy zapominać o koenzymie Q10, który zwiększa odporność organizmu, wpływa na kondycję przyzębia i chroni dziąsła przed drobnoustrojami powodującymi m.in. paradontozę, (według szacunków może na nią cierpieć nawet 70 proc. osób w podeszłym wieku).

Z okazji ŚDZJU posłowie do Parlamentu Europejskiego Claudiu Ciprian Tănăsescu i Karin Kadenbach przygotowują debatę polityczną. Do jej zorganizowania włączyła się Platforma na Rzecz Lepszego Zdrowia Jamy Ustnej w Europie. Tematem dyskusji będzie ocena wyzwań stawianych dla polepszenia stanu zdrowia jamy ustnej w państwach UE. To jest już siódma edycja obchodów ŚDZJU. Anna Lella, wiceprezes NRL zaznacza, że Polska aktywnością wyróżnia się wśród innych krajów i to zaangażowanie już procentuje.



**Michał
Kozik**

Radca prawny
Naczelnej Izby
Lekarskiej

Wyodrębnienie kategorii poronienia nastąpiło tylko na użytek prowadzenia dokumentacji medycznej i jest nieznanie przepisom o aktach stanu cywilnego i pochówkach, które posługują się tylko pojęciem martwego urodzenia.

Dzieci martwo urodzone – sytuacja prawna

Jak wygląda sytuacja prawna rodziców dziecka, które urodziło się martwe? Jakie są obowiązki lekarza w przypadku takiego zdarzenia? Skupimy się na dwóch zagadnieniach, które w takiej sytuacji wydają się szczególnie ważne: obowiązku rejestracji urodzenia dziecka w urzędzie stanu cywilnego oraz prawie do pochówku.

Nie wszystkie ciąży kończą się szczęśliwym rozwiązaniem. W takiej sytuacji rodzi się szereg pytań o to, jak powinien się zachować lekarz i podmiot leczniczy, w którym doszło do martwego urodzenia. Należy przy tym pamiętać, że po nieszczęśliwym zakończeniu ciąży, rodzice dziecka znajdują się w szczególnie trudnej sytuacji i powinni otrzymać rzetelną informację na temat przysługujących im praw. Spoczywająca na podmiotach leczniczych powinność informowania rodziców wymaga sięgnięcia do przepisów, a tutaj niestety zaczynają się problemy. Pierwszą bolączką jest to, że regulacje prawne są rozproszone w wielu aktach prawnych. Drugą niedogodność stanowi niejednoznaczność przepisów.

Martwe urodzenie a poronienie

Już na wstępie pojawia się problemem związany z terminologią, tj. określeniem, czy doszło do martwego urodzenia czy do poronienia.

Rozróżnienia na martwe urodzenie i poronienie dokonuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. 2010, nr 252, poz. 1697). Rozporządzenie to definiuje termin „poronienie” jako wydalenie lub wydobycie z ustroju matki płodu, który nie oddycha ani nie wykazuje żadnego innego znaku życia, jak czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli, jeśli nastąpiło to przed upływem 22. tygodnia ciąży (21 tygodni i 6 dni). Martwe urodzenie to z kolei – w myśl rozporządzenia – całkowite wydalenie lub wydobycie z ustroju matki płodu, jeśli nastąpiło po upływie 22. tygodnia ciąży, który po takim wydaleniu lub wydobyciu nie oddycha ani nie wykazuje żadnego innego znaku życia, jak czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli.

Kryterium podziału przyjętym w rozporządzeniu o dokumentacji medycznej jest moment, kiedy doszło do wydalenia martwego płodu, datą graniczną jest 22. tydzień ciąży. Wpisy w dokumentacji medycznej powinny posługiwać się terminem poronienia i martwego urodzenia.

Czy kryterium bazujące na upływie 22. tygodnia ciąży jest miarodajne także dla określenia postępowania

w pozostałych interesujących nas sferach, takich jak zgłoszenie do urzędu stanu cywilnego i pochówek? Okazuje się, że nie. Wyodrębnienie kategorii poronienia nastąpiło tylko na użytek prowadzenia dokumentacji medycznej i jest nieznanie przepisom o aktach stanu cywilnego i pochówkach, które posługują się tylko pojęciem martwego urodzenia. Taki stan rzeczy powoduje oczywiście pytanie, czy w pojęciu martwego urodzenia dla potrzeb rejestracji dziecka w urzędzie stanu cywilnego (dalej: USC) i pochówku mieszczą się także przypadki, które w dokumentacji medycznej opisywane są jako poronienie.

Zgłoszenie dziecka do USC

Ustawa Prawo o aktach stanu cywilnego zobowiązuje podmiot leczniczy, w którym doszło do urodzenia żywego dziecka do przesłania do USC w terminie 14 dni dokumentu o nazwie „Pisemne zgłoszenie urodzenia dziecka”. Na jego podstawie wydaje się akt urodzenia. Ustawa przewiduje, że gdy dziecko urodziło się martwe, zgłoszenie do USC takiego zdarzenia powinno nastąpić w ciągu 3 dni.

Po pisemnym zgłoszeniu urodzenia martwego dziecka, USC sporządza akt urodzenia zawierający adnotację, że dziecko urodziło się martwe, który jest jedynym dokumentem stanu cywilnego, ponieważ dla martwego urodzonego dziecka nie sporządza się aktu zgonu.

Wydane na podstawie ustawy Prawo o aktach stanu cywilnego, rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2005 r. w sprawie pisemnego zgłoszenia urodzenia dziecka (Dz. U. Nr 27, poz. 232) określa wzór pisemnego zgłoszenia urodzenia dziecka, które nie odróżnia martwego urodzenia i poronienia, posługując się jedynie terminem martwego urodzenia. Skoro prawo o aktach stanu cywilnego i rozporządzenie w sprawie pisemnego zgłoszenia urodzenia dziecka nie różnicują tych dwóch zdarzeń i nakazują dokonać zgłoszenia urodzenia martwego dziecka, to powstaje pytanie, czy obowiązkiem zgłoszenia do USC objęte są wszystkie przypadki, nawet te z bardzo wczesnej fazy ciąży? Okazuje się, że nie. Wynika to z faktu, że tylko kompletnie wypełniony dokument pisemnego zgłoszenia urodzenia dziecka zawierający informację o płci umożliwia wystawienie aktu urodzenia. Jak przyjął Naczelny Sąd Administracyjny

w wyroku z dnia 1 kwietnia 2009 r. (sygn. akt II OSK 464/2008), dla dziecka martwo urodzonego, którego płci nie da się określić, nie jest możliwe wystawienie aktu urodzenia. NSA zauważył, że akt urodzenia martwo urodzonego dziecka musi zawierać wszystkie dane wymagane przepisem art. 40 ust. 2 ustawy Prawo o aktach stanu cywilnego, w tym nazwisko, imię i płeć dziecka. NSA wyjaśnił, że płeć dziecka rzutuje na nadanie mu imienia i końcówkę nazwiska w formie żeńskiej lub męskiej.

W rezultacie należy przyjąć, że w przypadku martwego urodzenia szpital ma obowiązek wysłać do USC pisemne zgłoszenie urodzenia dziecka tylko wtedy, gdy zostanie ustalona jego płeć. Jeżeli płci nie ustalono, to pisemnego zgłoszenia urodzenia dziecka nie dokonuje się, ponieważ na jego podstawie nie będzie można sporządzić aktu urodzenia.

Z powyższego wynika, że obowiązek wysłania do USC pisemnego zgłoszenia urodzenia dziecka nie jest powiązany z medycznym rozróżnieniem poronienia i martwego urodzenia. Zgłoszenie urodzenia do USC zależy natomiast od posiadania wiedzy o płci dziecka. Nawet jeśli ciąża trwała krócej niż 22 tygodnie, ale ustalono płeć dziecka, szpital powinien zawiadomić USC o urodzeniu.

Ustalenie płci martwo urodzonego dziecka

Ustalenie płci płodu warunkuje możliwość zgłoszenia do USC i uzyskania aktu urodzenia. W przypadku ciąży, która trwała ponad 22 tygodnie, zwykle płeć płodu można ustalić za pomocą standardowych badań. Gdy do zakończenia ciąży doszło we wczesnej jej fazie zwykle badania nie pozwalają na określenie płci dziecka. W takiej sytuacji o tym, czy będzie można zgłosić urodzenie dziecka do USC, decydują rodzice, którzy mogą (ale nie muszą) wnioskować o przeprowadzenie badań genetycznych w celu ustalenia płci martwo urodzonego dziecka. Badania genetyczne nie są finansowane przez NFZ i w związku z tym ich koszt muszą pokryć rodzice.

Przeprowadzenie badań genetycznych niesie ze sobą jeszcze jedną komplikację: jak wcześniej wspominałem, termin na zgłoszenie martwego urodzenia wynosi 3 dni (art. 38 ust. 2 Prawa o aktach stanu cywilnego). W przypadku oczekiwania na wyniki badań genetycznych termin ten raczej nie będzie dotrzymany. Czy w związku z tym upływ tego terminu będzie skutkował brakiem możliwości zgłoszenia dziecka do USC? Moim zdaniem termin ten ma charakter instrukcyjny, jego niedotrzymanie nie pozbawia możliwości ubiegania się o wystawienie aktu urodzenia.

W związku z wymogiem podania płci dziecka dla uzyskania w USC aktu urodzenia, rodzice czasami zwracają się do lekarzy, aby płeć wpisano do dokumentów na zasadzie „uprawdopodobnienia”. Uprawdopodobnienie polega na wskazaniu płci martwo urodzonego dziecka na podstawie odczuć matki. Ministerstwo Zdrowia w 2012 r. wyjaśniło, że nie istnieją przepisy prawa, które nakazywałyby pracownikowi podmiotu leczniczego uprawdopodobnienie płci w sytuacji wczesnej ciąży. W rezultacie Ministerstwo nie zaleca stosowania uprawdopodobnienia płci.

Pochówek dzieci martwo urodzonych

Kolejną ważną kwestią jest możliwość dokonania pochówku martwo urodzonego dziecka. Problematykę pochówku reguluje ustawa z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2011 r. Nr 118, poz. 687) oraz wydane na jej podstawie rozporządzenia wykonawcze.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2001 r. w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi (Dz. U. 2001, nr 153, poz. 1783) za zwłoki uważa się ciała osób zmarłych i dzieci martwo urodzonych bez względu na czas trwania ciąży. Z przepisu wynika, że istnieje możliwość pochowania dziecka martwo urodzonego niezależnie od tego, czy ciąża trwała co najmniej 22 tygodnie. Przepisy o pochówku nie stosują podziału na martwe urodzenia i poronienia.

Bardzo ważne jest to, że brak pełnej wiedzy o martwo urodzonym dziecku, np. nieustalenie jego płci, nie stanowi przeszkody w sprawieniu pochówku. Możliwe jest pochowanie dziecka martwo urodzonego, dla którego – wobec nieustalenia płci – nie sporządzono aktu urodzenia. Takie wyraźne zezwolenie na pochówek dzieci martwo urodzonych jest wynikiem nowelizacji ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych z dnia 26 maja 2011 r. Znowelizowany art. 11 ust. 5a ustawy stanowi obecnie, że: „W przypadku dziecka martwo urodzonego, bez względu na czas trwania ciąży, dla którego na wniosek osoby uprawnionej do pochowania (...) sporządzono kartę zgonu (...), nie jest wymagana adnotacja urzędu stanu cywilnego o zarejestrowaniu zgonu”.

Podstawą do dokonania pochówku dziecka martwo urodzonego jest karta zgonu. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2001 r. w sprawie wzoru karty zgonu oraz sposobu jej wypełniania (Dz.U. 2001, nr 153, poz. 1782), kartę zgonu wystawia się dla dziecka martwo urodzonego bez względu na czas trwania ciąży, gdy osoby uprawnione do pochówku (np. rodzice) chcą pochować dziecko. Gdy rodzina nie składa wniosku o wydanie karty zgonu, karty tej nie sporządza się.

Powstaje jednak wątpliwość, czy w przypadku dzieci, których płci nie ustalono, możliwe jest wystawienie karty zgonu. Z treści rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2001 r. w sprawie wzoru karty zgonu oraz sposobu jej wypełniania wynika, że karta zgonu ma zawierać informację o płci zmarłego oraz jego imię i nazwisko. Rozporządzenie nie zawiera wskazówek, jak postępować w przypadku, gdy płci nie ustalono. Jest to z pewnością niedoskonałość regulacji prawnej, która nie wzięła pod uwagę pochówku dziecka, którego płci nie ustalono. Trudno zatem udzielić jakichś wskazówek, jak tę trudność przezwyciężyć. Jednak z uwagi na jednoznaczne rozstrzygnięcie w ustawie o cmentarzach i chowaniu zmarłych, że pochówek takiego dziecka jest dopuszczalny, rozporządzenie wykonawcze do tej ustawy nie może blokować stosowania ustawy. W tej sytuacji uważam, że w karcie zgonu dziecka martwo urodzonego można pominąć wskazanie płci lub wskazać, że płeć była nie-

W związku z wymogiem podania płci dziecka dla uzyskania w USC aktu urodzenia, rodzice czasami zwracają się do lekarzy, aby płeć wpisano do dokumentów na zasadzie „uprawdopodobnienia”. Uprawdopodobnienie polega na wskazaniu płci martwo urodzonego dziecka na podstawie odczuć matki.



**Józef
Dolanowski**

Lekarz
rodzinny

Nie boję się,
że zgodnie
z nową ustawą,
nagle będę miał
konkurencję
w postaci
wielu kolegów
internistów
i pediatrów,
którzy otworzą
swoje praktyki.
Wszyscy, którzy
chcieli pracować
w podstawowej
opiece zdrowotnej,
już tam pracują.

Czy na pewno będzie lepiej?

Pierwszy raz usłyszałem o medycynie rodzinnej pod koniec studiów na początku lat dziewięćdziesiątych. Nie miałem sprecyzowanej wizji mojej przyszłej pracy, więc informacje o pilotażu w Żywcu i pierwszych egzaminach specjalizacyjnych z medycyny rodzinnej traktowałem bardziej jako ciekawostkę.

Nie widziałem się w specjalnościach zabiegowych i „królowa medycyny”, jak czasem nazywano wówczas internę, była dla mnie naturalnym wyborem. Jak wielu z nas, pracowałem wówczas jednocześnie w Przychodni Rejonowej, Oddziale Wewnętrznym, Pogotowiu Ratunkowym i dyżurowałem na Izbie Przyjęć. Typowe powiatowe miasto z rozległym terenem rolniczym wokół.

Zapowiedzi nadchodzącej reformy 1999 r. trochę mnie dziwiły. Wychowany według kanonu niemal nienaruszalności rozdziału interny i pediatrii, ze zdziwieniem obserwowałem promocję instytucji lekarza rodzinnego. Reklamy z prezesem Konstantym Radziwiłłem wówczas mnie nie przekonywały. Mając otwartą specjalizację drugiego stopnia z chorób wewnętrznych, byłem pewien, że nawet jeśli taki model opieki zdrowotnej będzie tworzony, to tylko zespół internisty i pediatry jest w stanie zapewnić ją na właściwym poziomie.

I właśnie w takim momencie zaczęła się moja przygoda z medycyną rodzinną. Zacząłem jeździć na szkolenia i konferencje lekarzy rodzinnych. Zacząłem z nimi dyskutować, przekonywać, że przecież internista, pediatra... itd. Byłem wówczas w tym momencie, w którym dzisiaj są moi koledzy lekarze tych specjalności, promujący zmianę ustawy.

Były dwa dość ważne wówczas dla mnie wydarzenia, które zmusiły mnie do zastanowienia nad moimi poglądami. Długa rozmowa z moją, chyba tak mogę nazwać, mentorką – doktor Krystyną Chudziak, która przekonywała mnie, że nie mam racji, ale muszę sam dojść do takiej opinii, robiąc specjalizację z medycyny rodzinnej, angażując się w szkolenia, działalność towarzystw naukowych i po prostu pracując jako lekarz rodzinny, a nie jako lekarz oddziału, przychodni, izby przyjęć (wówczas mini-SOR) i zespołu ratunkowego. Drugim wydarzeniem było spotkanie z amerykańskim GP na Konferencji w Rajgrodzie. Siwy pan doktor, zapytany

przeze mnie, dlaczego w USA pacjenci korzystają z usług lekarzy rodzinnych, czy to kwestia kosztów, wygody czy też innych okoliczności, uśmiechnął się. Widzisz kolego, z usług GP korzystają wszyscy – i biedni, i bogaci, bo jest to droga i najlepsza, i najprostsza, i najtańsza – zarówno dla pacjentów, jak i dla polityków w Kongresie.

Później zetknąłem się ze wspaniałymi ludźmi w Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce. Zacząłem zgłębiać wiedzę, że medycyna rodzinna jest uznaną na całym świecie specjalnością. Na nasze kongresy przyjeżdżali profesorowie medycyny rodzinnej z całego świata. Przedstawiali swoje prace naukowe, zachęcali do wykonywania własnych. To tam dowiedziałem się o deklaracji WHO, uznającej medycynę rodzinną za podstawę systemu opieki zdrowotnej.

Po ukazaniu się dyrektywy Unii Europejskiej, opisującej warunki niezbędne do pracy w podstawowej opiece zdrowotnej, ja, ze świeżym dyplomem uzyskania specjalizacji z Medycyny Rodzinnej czułem się wspaniale. Zacząłem dostrzegać sens pracy jako lekarz rodzinny. W trakcie kursów na University of Sheffield poznałem trochę system brytyjski, ale przede wszystkim imponował mi charakter pracy naukowej, którą podejmowali lekarze rodzeni w oparciu o ośrodek akademicki. Praca ta naprawdę znajdowała przełożenie na zalecenia i postępowanie NHS, chociażby w prowadzeniu opieki nad osobami w podeszłym wieku. Zaimponował mi doktor Jack Czauderna (Polak z pochodzenia), który oprócz tego, że pracował jako lekarz rodzinny, bardzo aktywnie promował w robotniczej dzielnicy Sheffield zachowania prozdrowotne, organizując chociażby spotkania na „pobieganie”. Artykuły w tamtejszej lokalnej prasie o „wellbeing” mogą być inspiracją, jak należy promować zdrowy styl życia.

W bardzo wielkim skrócie opisałem moją drogę zawodową, która jest bardzo podobna

do drogi wielu moich kolegów. Po 20 latach pracy widzę, jak niesłychanie ważna jest rola lekarza rodzinnego jako koordynatora procesu leczenia. Jak często polipragmazja staje się niebezpieczna dla pacjentów, zwłaszcza w starszym wieku.

Lubię tłumaczyć kolegom innych specjalności, dlaczego mój pacjent jest zapraszany do gabinetu, dlaczego siedzi obok biurka, a nie naprzeciw. Niewielu z kolegów ma też okazję do spotkania się z pacjentem w jego własnym środowisku, w domu. Naprawdę nie wystarczy napisać, najlepszą nawet, receptę, jeśli lek nie będzie kupiony. Jeżeli jednego dnia przychodzi do mnie pacjent nadużywający alkoholu, to nie dziwi mnie następnego dnia wizyta roztrzęsionej żony, z bólami głowy i w klatce piersiowej.

Nie boję się, że zgodnie z nową ustawą, nagle będę miał konkurencję w postaci wielu kolegów internistów i pediatrów, którzy otworzą swoje praktyki. Wszyscy, którzy chcieli pracować w podstawowej opiece zdrowotnej, już tam pracują. Boję się, że na skutek nowego zapisu znów stracimy wiele lat na przekonanie się, że praca w podstawowej opiece zdrowot-

nej nie dzieli się tylko na internę i pediatrię. Jest to mnóstwo umiejętności, których trzeba się nauczyć, niestety niemal od podstaw. Zbyt mały, moim zdaniem, nacisk w programach innych specjalizacji jest na tzw. miękkie umiejętności. Możemy oczywiście wołać o szkolenie szerokich rzesz różnych specjalistów. Jest to również potrzebne wobec braku lekarzy. Natomiast żeby efektywnie wykorzystać nawet to, co mamy, musimy mieć podstawy, a tą podstawą jest medycyna rodzinna. Czasem żartuję, chociaż w duchu nie mam żadnych kompleksów, że jestem „wsiowym doktorem”, ale widząc kolejnego pacjenta z kilkoma plikami recept, proszącego o radę, „co ja w końcu mam brać, panie doktorze”, wierzę, że moja praca i ta specjalizacja jest dla ludzi doskonałym wyborem. Cieszę się, że studenci na praktykach i stażyści pracujący ze mną w gabinecie zmieniają zdanie o medycynie rodzinnej.

Dlatego chciałbym, aby i koledzy lekarze, i decydenci przyjęli do wiadomości, że medycyna rodzinna jest, będzie i może obronić się sama. Nie tracmy kolejnych lat na eksperymentowanie, jeśli wszystko to zostało już przerobione przez innych.

Boję się, że na skutek nowego zapisu znów stracimy wiele lat na przekonanie się, że praca w podstawowej opiece zdrowotnej nie dzieli się tylko na internę i pediatrię.



**Maciej
Krzanowski**

Doktor nauk
medycznych,
specjalista chorób
wewnętrznych
i kardiologii

Duża część
specjalizujących
się lekarzy
w narzucanych
im zakazach
i nakazach
dopatruje
się działań
o charakterze
mobbingu.
Częściej jednak
mamy do czynienia
z łamaniem
zasady równego
traktowania
w zatrudnieniu,
wprowadzonej
do kodeksu
pracy w 2004 r.
i będącej jedną
z podstawowych
zasad prawa pracy.

Rada Europy przeszkadza w leczeniu pedofilów

Pedofilia to jedna z parafilii. Parafilie to stany, w których podniecią seksualną są specyficzne sytuacje, przedmioty czy osoby. Ludzi dotkniętych w jakimś stopniu tą chorobą, jak i odmian samej parafilii jest wiele.

O ienka jest granica między niektórymi, społecznie obojętnymi parafiliami, dzięki którym jesteśmy seksualnie różnokolorowi, a tym, co wydaje nam się być normą. Nudną normą... ktoś powie. Ogromna jednak jest ich skala. Od prawie fizjologii do głębokiej i społecznie szkodliwej patologii.

Na szczęście większość parafilii jest społecznie obojętna. I o tych nieujawniających się publicznie wiedzą tylko seksualni partnerzy. Nikomu nie przeszkadza czyjaś choreofilia – dewiacja seksualna, w której bodźcem seksualnym jest taniec. Czy anasteemafilia, w której bodźcem erotycznym jest partner niskiego wzrostu. Czy amaurofilia – typ parafilii, w której bodźcem seksualnym jest współżycie w ciemnościach i to, gdy partner ma zasłonięte oczy. Nie jest nawet społecznie szkodliwy czyjs fetyszizm, osiąganie podniecenia seksualnego poprzez kontakt z określonymi przedmiotami. Właściciele sex shopów i producenci dostarczanych im gadżetów nawet z tego żyją. Ale pedofilia, sadyzm seksualny, raptofilia (warunkiem osiągnięcia orgazmu jest seks połączony z gwałtem), eretofonofilia (rozkosz płynąca z mordowania partnera seksualnego) są społecznie fatalne i ścigane. Te złe parafilie dotyczą głównie mężczyzn.

Nie miejsce tutaj na przytaczanie wszelkich zdumiewających okoliczności, w jakich „właściciele” poszczególnych parafilii szczytują. Zainteresowanych odsyłam do Googli. Westchniecie państwo za Goethem: „Mein Gott, wie gross ist Dein Tiergarten” (Mój Boże, jak wielki jest Twój zwierzynek).

Pedofil, czy w ogóle seksualny przestępca, to człowiek nieszczęśliwy szczególnie. Bo i chory, i potępiany. Trzeba chronić społeczeństwo przed jego dewiacją, ale też trzeba go leczyć. Dla dobra ogółu, ale też dla jego dobra. Leczenie parafilii nie jest, niestety, problemem do końca rozwiązanym i wszelkie metody obniżające aktywność choroby powinny być stosowane czy choćby próbowane.

Parafilie nie mają przyczyny w zaburzeniach hormonalnych. Ale dla osiągnięcia sprawności seksualnej, czy to u ludzi tzw. normalnych, czy u parafilików, potrzebne są hormony płciowe. Odrębną sprawą jest sposób i okoliczności, w jakich człowiek osiąga seksualne zadowolenie. Te zależą od tej „sztancy” w mózgu, która jest u parafilika szczególna. Czyli... lecząc człowieka dotkniętego parafilą społecznie niebezpieczną,

trzeba mu obniżyć popęd płciowy (wpływ hormonów płciowych) i poprzez zabiegi psychoterapeutyczne naprawiać mózg. Nauczyć go „gospodarowania” swoją seksualnością. To drugie jest w jakimś stopniu możliwe dopiero, gdy osiągnie się pierwsze.

Są dwie drogi obniżania działania hormonów płciowych. Kastracja chirurgiczna, usunięcie gruczołów płciowych, z reguły potrzeba tego występuje u mężczyzn. I kastracja farmakologiczna. Ta ostatnia polega na podawaniu dewiantom cyproteronu, specyfiku blokującego wpływ testosteronu na wszystkie tkanki i narządy.

Metody te mają swoje wady i zalety. Wadą chirurgicznej, choć i zaletą, jest jej nieodwracalność. Tak jak zaletą i jednocześnie wadą metody farmakologicznej jest jej odwracalność. Gdy leczony przestaje lek zażywać, problem wraca do punktu wyjścia. Na dodatek lek jest nieobojętny dla zdrowia. Poważne choroby wątroby, depresja, zaawansowana cukrzyca, skłonność do choroby zakrzepowo-zatorowej są przeciwwskazaniem do kastracji farmakologicznej. Na dodatek lek nie należy do najtańszych (około 200 zł/miesiąc), a powinien być zażywany bezterminowo. U części chorych jego podawanie musi łączyć się z przetrzymywaniem lezonego w zakładzie zamkniętym.

Niestety, kastracja chirurgiczna, mimo że w krajach, w których bywa stosowana (Czechy, Dania, Niemcy, Norwegia, Szwajcaria, stan Texas w USA), jest wykonywana zawsze za zgodą czy nawet na życzenie chorego na niebezpieczną społecznie parafilę, jest zakazana przez art. 3 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka. Artykuł, który mówi, że „nikt nie może być poddany torturom ani nieludzkiemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu”. I na ten artykuł powołuje się, zakazując kastracji chirurgicznej pedofilów, ustanowiony przez Radę Europy Komitet ds. Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu. Komitet wezwał Czechy w 2009 r. do zaprzestania stosowania kastracji chirurgicznej w leczeniu pedofilów, na co te się nie zgodziły. I słusznie. Bo co ma wspólnego „zapobieganie torturom” z proponowaną pedofilom ogólnie przyjętą w medycynie metodą leczenia w innej chorobie, w raku prostaty? W Polsce w latach 2009-2012 wykonywano na koszt NFZ rocznie 250-340 tych operacji, a przeprowadzano je zapewne również poza Funduszem. To jedyna znana mi sytuacja, kiedy politycy mówią lekarzom, że

metody leczenia choroby „A” nie wolno im stosować w chorobie „B”. Przychodzi na myśl ironia powiedzenia „political correctness” i nazwanie tej ingerencji „etyczną poprawnością”. Na dodatek Komitet łączy zakaz kastracji chirurgicznej z takimi pojęciami jak tortury oraz nieludzkie traktowanie... No ręce opadają. Dodam, że jeszcze częściej wykonywane są operacje usunięcia jajników (czyli kastracje chirurgiczne kobiet). W Polsce w latach 2009-2012 rocznie na koszt NFZ 1400-1700 operacji.

Jednym ze zwolenników dopuszczenia przez prawo kastracji chirurgicznej w leczeniu pedofilów za ich zgodą jest prof. Lew Starowicz. Powtarzam ponownie „za zgodą”, gdyż różni „moralizatorzy” występując przeciw tej metodzie, używają argumentów, jak gdyby zabieg miał być wykonywany wbrew życzeniu chorego i skutkował nienawistnym stosunkiem leczonego do swych „oprawców”. Czy można sobie wyobrazić, żeby jakiś komitet w USA zakazał lekarzom dokonania mastektomii u Angeliny Jolie, gdy ta, pamiętając o młodo zmarłej na raka matce i ciotce i swej genetycznej do raka piersi predyspozycji, poprosiła o ich operacyjne usunięcie?

Inna sprawa, że kastracja chirurgiczna, choć skuteczniej uwalniająca parafilika od wpływu testosteronu niż kastracja farmakologiczna, też nie rozwiązuje w pełni problemu leczenia parafilii, a więc i pedofilii. Ale doświadczenia krajów, gdzie jest stosowana, pokazują, że gra jest warta świeczki. W katamnezie 84 przestępców seksualnych poddanych kastracji chirurgicznej w Czechach (Zwerina i wsp. *Cesk Psychiatr.* 1991: 87:28) tylko trzech spośród nich dopuściło się ponownych przestępstw seksualnych i te nie miały charakteru agresywnego. Jej wpływ był szczególnie korzystny w pedofilii i w grupie mężczyzn powyżej 46. r.ż. Dlatego Czesi proponują szczególnie groźnym przestępcom seksualnym kastrację chirurgiczną i jeśli ci wyrażą na to zgodę, uzyskują nadzwyczajne złagodzenie kary.

Pedofilom, mimo okropieństw dokonywanych przez nich czynów, współczuję. Oni są naprawdę słabsi od kierującego nimi przymusu. Opuszczają więzienie i ponownie do niego wracają. Wielu z nich boi się siebie i błaga o leczenie. A medycyna dzisiaj, choć coraz bardziej skuteczna, też coraz bardziej agresywna. I wiem, że leczenie ich choroby to nie bułka z masłem. Tak jak w ogóle nie jest do pozazdroszczenia sytuacja wielu dziś chorych, których leczenie wymaga łamania zasady „primum non nocere”, ale decydują się na nie, bo życie z kalectwem jest lepsze od życia z daną chorobą.

Proponuję, żeby Naczelna Rada Lekarska wniosła problem pod obrady Stałego Komitetu Lekarzy Europejskich, którego jest członkiem. Komitet powinien zaprotestować przeciw mieszaniu się polityków do medycyny i wymóc na Radzie Europy wycofanie się z zakazu stosowania w leczeniu parafilii kastracji chirurgicznej, jeśli ta wykonywana jest za zgodą chorego. Na pewno składając taki wniosek, NRL nie będzie osamotniona.



FOTO: Marta Jakubiak

Kariera w mundurze

**Lidia
Sulikowska**

Obciążająca służba i niewygórowane zarobki, ale także stabilizacja oraz dobry dostęp do specjalizacji – tak mniej więcej przedstawia się perspektywa dla lekarza – żołnierza zawodowego. Czy Wojskowa Służba Zdrowia może być atrakcyjnym miejscem pracy dla medyka?

Wojsko już w średniowieczu zaczęło dostrzegać, jak ważna jest pomoc medyczna. W Polsce to Stefan Batory jest uważany za prekursora wojskowej ochrony zdrowia. Profesjonalna formacja powstała w 1775 r., kiedy to utworzono stanowisko generał-sztabs-medyka, który miał pokierować Wojskową Służbą Zdrowia. Jaka jest obecnie kondycja wojskowej opieki zdrowotnej i jakie miejsce zajmują w niej lekarze?

Zasoby i możliwości

Siły Zbrojne RP są obecnie zabezpieczane pod względem medycznym przez 56 podmiotów leczniczych, które należą do MON i działają w formie jednostki budżetowej, a także 28 jednostek służby zdrowia, które są finansowane z budżetu tego resortu (m.in. 2 szpitale polowe i 5 Wojskowych Ośrodków Medycyny Prewencyjnej). Świadczenia, które są finansowane z budżetu MON, są dostępne dla żołnierzy i pracowników wojska. Z drugiej strony Minister Obrony Narodowej jest także organem założycielskim dla kolejnych 52 podmiotów, które działają nie dla wojska, ale w ramach powszechnego systemu opieki zdrowotnej (3 instytuty badawcze, 49 SPZOZ-ów, w tym m.in. 12 szpitali wojskowych i 32 przychodnie lekarskie). Świadczenia przez nie ofero-

wane są dostępne dla wszystkich obywateli RP i są finansowane z kontraktów zawartych z NFZ. Placówki te otrzymują dotacje na remonty, nowe inwestycje budowlane i sprzęt medyczny.

Sekretarz stanu w MON, Czesław Mroczek, mówił podczas posiedzenia sejmowej komisji obrony narodowej, które odbyło się we wrześniu ubiegłego roku, że taka struktura, uformowana w przeszłości, która realizuje zadania w zakresie niezwiązanym bezpośrednio z siłami zbrojnymi, nie będzie likwidowana, o ile podmioty te będą dobrze działały. I dodał, że będą podjęte próby przekazania tych szpitali samorządom, ale nie jest to takie proste, bo nie zawsze jest chęć do ich przejęcia. Jednocześnie zapowiedział, że nie ma żadnych potrzeb, aby tę działalność rozszerzać.

Jak wyglądają finanse tych placówek? Spośród 49 SPZOZ-ów rok 2011 ze stratą zakończyło kilkanaście placówek. Sytuacja finansowa się poprawia, gdyż – jak informuje Inspektorat Wojskowej Służby Zdrowia (IWSZ) – w 2012 r. 43 SPZOZ-y wypracowały zysk. Gorzej sytuacja wygląda w przypadku instytutów badawczych – dwa z nich zakończyły 2012 r. na minusie, z czego 21 mln zł starty zanotował Wojskowy Instytut Medyczny (główny powód – nadwykonania). Inspektorat zapowiada jednak, że wstępne dane pozwalają stwierdzić, że 2013 r. będzie lepszy, także

Obecnie w wojsku
służą 759 lekarzy
wojskowych,
a powinno
– 30 proc. więcej.

w przypadku instytutów badawczych. Co jednak ze szpitalami, które mają długi? Najpewniej MON będzie pokrywał straty, bo – jak podaje IWSZ – nie ma na tę chwilę planów przekształceń SPZOZ-ów w spółki.

Kadra ma braki, ale ma być lepiej

Niejednorodna struktura medycznych placówek i realizacja zadań wykraczających poza zabezpieczenie medyczne dla wojska to nie jedyny problem. We wrześniu ubiegłego roku, podczas wspomnianego już posiedzenia sejmowej komisji obrony narodowej, szef WSZ gen. bryg. lek. Piotr Dzięgielewski przyznał, że „właściwie najtrudniejszym problemem Wojskowej Służby Zdrowia pozostaje dalszy odpływ kadry lekarskiej”. O ile w 2008 r. funkcjonowały 1802 etaty lekarskie, to już dwa lata później ich liczba spadła do 1600. W 2011 r. było już 848 lekarzy. Obecnie w wojsku służy 759 lekarzy wojskowych, a powinno – 30 proc. więcej. Co prawda braki kadrowe wiążą się też z likwidacją Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi i kilkuletnią przerwą w kształceniu wojskowych kadr medycznych (do czasu uruchomienia Wydziału Wojskowo-Lekarskiego UM w Łodzi), ale problemem jest też to, że wielu doświadczonych lekarzy odeszło ze służby.

Najlepiej sytuacja wygląda w wojskowych placówkach otwartych dla całego społeczeństwa, czyli SPZOZ-ach i instytutach badawczych. Pracuje tam 392 lekarzy wojskowych i ponad 2,6 tys. lekarzy cywilnych. Kadra jest zapewniona. Problem jest z obsadą w przypadku tzw. medycyny polowej, czyli w jednostkach, które świadczą usługi na rzecz żołnierzy i innych pracowników wojska. – Wojsko czasem nie chce walczyć o swoich lekarzy. Mam tu na myśli medyków z długim, kilkunastoletnim i więcej stażem służby w stopniu kapitana, którym system nie pozwala na dalszy awans. Oni chcą odejść, a wojsko wydaje niemal administracyjną zgodę, bez rozmów i prób zatrzymania. Trzeba jednak przyznać, że era masowych odejść już się skończyła, zmiany idą w dobrym kierunku, a i młodzi ludzie są zainteresowani służbą – ocenia Jan Sapieżko, prezes Wojskowej Izby Lekarskiej w Warszawie. Chętnych na podjęcie studiów faktycznie nie brakuje, bo jak informuje IWSZ, kandydatów jest co roku więcej niż dostępnych miejsc. Jak wojsko zamierza ich zatrzymać na dłużej? Co prawda służba w wojsku do łatwych nie należy, ale w ostatnim czasie pojawiły się konkretne zachęty i ułatwienia. – Sporo się w ostatnim czasie zmieniło i to na lepsze. Obecnie lekarzom odbywającym specjalizację przysługuje 15 dni urlopu szkoleniowego w miesiącu, dzięki czemu łatwiej jest im pogodzić służbę ze szkoleniem. Łatwiej jest też awansować na kolejne stanowiska – wylicza Jan Sapieżko. Lekarz wojskowy może też pracować w medycynie cywilnej – trzeba się jednak zwrócić o zgodę do swojego dowódcy, należy też pamiętać, że podstawowym miejscem pracy pozostaje wojsko. Dodatkowo, jak informuje IWSZ, w chwili obecnej nie brakuje miejsc specjalizacyjnych, a problemy takie pojawiają się w cywilnej ochronie zdrowia. Trzeba się

jednak liczyć z tym, że być może zostanie wprowadzone ograniczenie dotyczące dziedzin, w których się będzie można specjalizować (do tych, które będą najbardziej przydatne do pracy w wojsku, czyli np. chirurgia czy ortopedia).

Problemem pozostaje m.in. wynagrodzenie, które jest ustalane za pomocą ogólnej siatki płac obejmującej wszystkich żołnierzy zawodowych (np. stanowiska oficerów lekarzy odpowiadają stopniowi wojskowemu podporucznika). Co prawda do tego dochodzi dodatek mundurowy, trzynastka, a dla lekarzy funkcjonujących w medycynie polowej – dodatek służbowy. Nie są to jednak zarobki, które otrzymują lekarze cywilni. – Zdarza się, że lekarz cywilny zatrudniony w medycznej placówce wojskowej zarabia znacznie więcej niż jego kolega żołnierz. WSZ jednak się zmienia i mamy nadzieję, że lekarze będą postrzegać wojsko jako dobre miejsce pracy. Otrzymują sygnały, że młodzi chcą służyć i coraz rzadziej decydują się odchodzić do cywila – podsumowuje Jan Sapieżko.

W kamaszach

Jak zostać lekarzem wojskowym? Do wyboru są w zasadzie dwie drogi. Pierwsza to ukończenie 6-letnich studiów na Wydziale Wojskowo-Lekarskim Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Student jest jednocześnie żołnierzem podchorążym i ma zapewnione zakwaterowanie i wyżywienie w Wojskowym Centrum Kształcenia Medycznego w Łodzi. Program kształcenia jest wzbogacony, w porównaniu do uczelni cywilnych, o tzw. standard wojskowo-medyczny (medycyna pola walki), czyli takie przedmioty jak np.: interna i chirurgia polowa, ochrona zdrowia wojsk, psychiatria i psychologia stresu bojowego, bioterroryzm, patologia urazów i porażeń wojennych.

Absolwent, czyli już lekarz – oficer, odbywa roczny staż podyplomowy w jednym ze szpitali wojskowych lub instytutów badawczych, dla których Minister Obrony Narodowej jest organem założycielskim (w 2018 r. wymóg stażu znika). Po zdaniu LEK-u jest kierowany do służby w jednostkach organizacyjnych MON, z reguły jednostkach wojskowych (tzw. medycyna polowa). Może też wówczas starać się o odbycie specjalizacji. Po ukończeniu szkolenia specjalizacyjnego można się ubiegać o służbę w szpitalu wojskowym, instytucie badawczym, Wojskowym Ośrodku Medycyny Prewencyjnej czy orzecznictwie wojskowo-lekarskim. Kolejne stanowisko służbowe to w praktyce mianowanie na kolejny stopień wojskowy, czyli awans i wyższe zarobki.

Druga droga do rozpoczęcia kariery w wojsku jest przewidziana dla absolwentów cywilnych uczelni medycznych – mogą oni ukończyć studium oficerskie. W tym przypadku szczególnie poszukiwani są lekarze dentyści i farmaceuci.

Jak odejść z wojska? Można wypowiedzieć stosunek służbowy i zwolnić się do rezerwy oraz rozpocząć pracę w cywilnej ochronie zdrowia, jednak jeśli praca w wojsku trwała krócej niż studia, wówczas trzeba zwrócić koszty nauki (naliczane proporcjonalnie do czasu odbytej służby).

Najlepiej sytuacja wygląda w wojskowych placówkach otwartych dla całego społeczeństwa, czyli SPZOZ-ach i instytutach badawczych. Pracuje tam 392 lekarzy wojskowych i ponad 2,6 tys. lekarzy cywilnych. Kadra jest zapewniona.



O Reorganizacji WSZ na www.gazetalekarska.pl w „Gazecie Lekarskiej Premium”.



FOTO: Marta Jakubiak

Mobilne centrum szkoleniowe

**Marta
Jakubiak**

W połowie grudnia do Polski przyjechało mobilne centrum szkoleniowe – jedyna w Europie sala operacyjna na kółkach, w której chirurdzy ortopedzi mogą doskonalić swój warsztat zabiegowy, a także uczyć młodszych lekarzy wchodzenia w dorosłe życie chirurga. Mobilne centrum wróci już w marcu.

Laboratorium znajduje się w specjalnie przygotowanym do tego celu samochodzie.

Ponieważ jest mobilne, pozwala na przeprowadzenie szkolenia w dowolnym miejscu.

Pierwsze szkolenia w mobilnym laboratorium poprowadzono sześć lat temu w Stanach Zjednoczonych. Dwa lata później jeden z takich samochodów szkoleniowych przyjechał do Europy. Zainteresowanie tą formą ćwiczeń było w naszym kraju tak duże, że polscy lekarze jako jedni z pierwszych na Starym Kontynencie mogli doskonalić swoje umiejętności w takim wędrującym labie.

Od tamtej pory mobilne laboratorium przyjeżdża do naszego kraju raz na kwartał i spędza tu tydzień. W marcu odwiedzi Śląsk, gdzie podczas kongresu „Stopa, kostka, staw skokowy” pozostanie do dyspozycji lekarzy. W czasie grudniowego tournée odwiedziło WIM przy Szaserów w Warszawie, warszawski oddział Kliniki Mediq z Legionowa, dzień spędziło na rewitalizacji i dotarciu do Szczecinka, gdzie zabawiło na kilka treningów, po czym wróciło do Niemiec.

Laboratorium znajduje się w specjalnie przygotowanym do tego celu samochodzie. Ponieważ jest mobilne, pozwala na przeprowadzenie szkolenia w dowolnym miejscu. To pewnego rodzaju nowość. Do tej pory polscy chirurdzy musieli wyjeżdżać na takie ćwiczenia za granicę albo odbywać je w dużych ośrodkach klinicznych, np. w Warszawie, gdzie działa tylko jedno laboratorium kadawerowe. Biorąc pod uwagę fakt, że lekarze są zazwyczaj tak bardzo zajęci, że nie mają czasu na takie wyjazdy, mobilne laboratorium niezwykle ułatwia

im proces szkolenia i jest to szczególnie ważne dla chirurgów ortopedów z mniejszych ośrodków. Zdecydowanie łatwiej jest wyjść na 3-4 godziny przed szpital, gdzie zaparkowany został mobilny lab, niż jechać kilka godzin do aglomeracji oddalonej o wiele kilometrów. Czasem wraz z laboratorium przyjeżdżają specjaliści z innego kraju, by pokazać jakieś nowe techniki operacyjne i skonsultować je z opiniami polskich lekarzy, a także poznać ich pomysły na nowe rozwiązania.

– Chętnie skorzystaliśmy z możliwości odbycia szkolenia w mobilnym labie – mówi Jerzy Petz, dyrektor Kliniki Mediq. – Była to doskonała okazja dla naszych lekarzy, by doskonalić własne umiejętności, sprawdzić pomysły na nowe techniki operacyjne, a także uczyć młodszych kolegów, którzy dopiero wkraczają na chirurgiczne sale – podkreśla dyrektor Petz. A jak wiadomo, droga młodego chirurga ortepedy do stołu operacyjnego nie jest ani łatwa, ani prosta. Zanim dotrze do pacjenta, w procesie szkolenia najpierw jest animacja, potem ćwiczenia na sawbone’ach, czyli plastikowych kościach, następnie na fantomach, później w warunkach prosektoryjnych na kadawerach i wreszcie asysta. Dzięki mobilnemu laboratorium młody chirurg ortepeda może swój pierwszy samodzielny zabieg wykonać bezpiecznie, bez ryzyka powikłań u pacjenta, pod okiem doświadczonych kolegów. – To unikalna forma treningu chirurgicznego oraz sprawdzenia najnowszych technik

operacyjnych i ich modyfikacji w najbardziej bezpieczny sposób, czyli na specjalnie przygotowanych do tego modelach, z wykorzystaniem pełnego instrumentarium, wszystkich narzędzi używanych tak, jak podczas prawdziwej operacji ortopedycznej – mówi dr n. med. Marcin Ziółkowski, specjalista chirurgii, ortopeda traumatolog, specjalizujący się w chirurgii stawu kolanowego.

Lekarze bardzo entuzjastycznie i z nieukrywaną radością traktowali trening, który nie tylko daje możliwość szkolenia młodych w trakcie specjalizacji, ale także daje wiele możliwości bez ryzyka ze strony pacjenta im samym jako doświadczonym chirurgom: mogą definiować swoje techniki, sprawdzić proponowane nowe rozwiązania techniczne i testować implanty. – Możemy wszystko przetestować na specjalnie przygotowanych fantomach. Dopiero potem – po sprawdzeniu, czy techniki są bezpieczne, lepsze od dotychczasowych – wdrażać je u pacjentów – opowiada dr Ziółkowski.

Laboratorium jest technicznie przygotowane również do pracy na kadaverach, ale ćwiczenia takie są prowadzone jedynie na terenach placówek uniwersytetów medycznych. Preparaty nie podróżują z mobilnym laboratorium – nie wolno ich przewozić. Do Europy są sprowadzane ze Stanów Zjednoczonych. Dostarcza się je w miejsce zaparkowania mobilnego labu w odpowiednich pojemnikach, z plikiem dokumentacji dotyczącej m.in. etyki postępowania z preparatami ludzkimi.

– Laboratorium pozwala doskonalić techniki operacyjne artroskopowe, m.in. stawu ramiennego i okolicy barku – mówi lek. med. Sławomir Struzik, specjalista chirurgii, ortopeda traumatolog, specjalizujący się w chirurgii stawu ramiennego i okolic barku. – Możliwość odbywania takich ćwiczeń w przypadku chirurgii barku jest bardzo ważna, gdyż bark zawsze operowany jest na ukrwionych naczyniach, co wiąże się ze zdecydowanie większym ryzykiem niż na przykład operacja kolana przeprowadzana w niedokrwieniu – podkreśla.

Najczęstsze operacje wykonywane w obrębie stawu ramiennego to rekonstrukcje uszkodzeń stożka rotatorów, częste u osób po 50. r.ż., konflikty podbarkowe związane z dużymi dolegliwościami bólowymi przy odwodzeniu, uszkodzenia obrąbka powodujące niestabilność stawu, zwłaszcza te powstałe wskutek urazów, często dotyczące ludzi młodych, nawet przed 18. r.ż., u których ryzyko nawrotów takich zwichnięć jest bardzo wysokie. Artroskopowo wykonuje się też rekonstrukcje uszkodzeń stawu barkowo-obojczykowego, zabiegi rewidujące struktury nerwowe tej okolicy i zabiegi, które wyprzedzają konieczność wykonania w przyszłości endoprotezy. I wszystko to można poćwiczyć w mobilnym labie.

Doktor Struzik zaznacza na fantomie porty artroskopowe: standardowy port tylny oraz inne porty względnie zmienne, których użycie zależy od rodzaju uszkodzenia oraz tego, jaką procedurę operacyjną należy wykonać. Może zaopatrywać urazowe uszkodzenia obrąbka, chrząstki stawowej, stożka rotatorów, ścięgna bicepsa wewnątrz stawu, ale również problemy w przestrzeni podbarkowej wynikające z konfliktu podbarkowego, z przerostu kaletki, ze zmian zwyrodnieniowych w stawie barkowo-obojczykowym, z niestabilności tego stawu, a także z konfliktu nerwów ze strukturami tkanek miękkich. Pokazuje młodym adeptom sztuki artroskopowej, co mogą zrobić w stawie, uczy ich poszukiwań nowych modeli dostępów, sam poszukuje prekursorskich technik operacyjnych. – Jako lekarze nie jesteśmy tylko odtwórcami. Chcemy i powinniśmy być kreatywni. Przecież każde uszkodzenie jest inne, zatem każde postępowanie operacyjne wymaga indywidualnego podejścia do danego rodzaju uszkodzeń – zauważa. Po krótkiej wizycie opuszczam laboratorium. I nie wiem, czy większe wrażenie zrobiło na mnie samo laboratorium, czy ta szczerza radość i nieskrywany entuzjazm lekarzy, że mogą w tym laboratorium być.

Laboratorium jest technicznie przygotowane również do pracy na kadaverach, ale ćwiczenia takie są prowadzone jedynie na terenach placówek uniwersytetów medycznych. Preparaty nie podróżują z mobilnym laboratorium – nie wolno ich przewozić. Do Europy są sprowadzane ze Stanów Zjednoczonych.



Choć to tylko fantomy, nie było łatwo – młodzi lekarze w akcji.

www.gazetalekarska.pl

**Gazeta
Lekarska**

Aktualności



Skarbonka



Społeczność



Ogłoszenia



Papier



Premium



Redakcja



Więcej niż myślisz!

Głodne niemowlę

Zwycięską anegdotę przesłała doktor Barbara Jaskólska z Lidzbarka.
Gratulujemy wygranej!

Pewnego dnia do pediatry zgłosiła się kobieta z trzymiesięcznym niemowlakiem, zmartwiona faktem, że dziecko za mało przybiera na wadze i nie wie, co zrobić. Lekarz oświadczył, że w takim razie musi zbadać dziecko. Kiedy skończył, stwierdził, że ewidentnie niemowlak jest głodny, a odruch ssania ma prawidłowy. Skoro nie w dziecku jest przyczyna, postanowił zbadać ową panią. Poprosił ją, żeby

się rozebrała od pasa w górę i badał, czy ma pokarm. Po badaniu powiedział:

– Droga pani, nic w tym dziwnego, przecież pani w ogóle nie ma pokarmu.

Na to odpowiada kobieta:

– Panie doktorze, czy ja powiedziałam, że jestem matką dziecka? Otóż jestem jego babcią, a badanie, przynajmniej – bardzo mi się podobało.

Serdecznie dziękujemy wszystkim Czytelnikom, którzy przesłali swoje anegdoty na konkurs „GL” 02/2014.

Więcej nadesłanych anegdot publikujemy w „Gazecie Lekarskiej Premium” na www.gazetalekarska.pl.

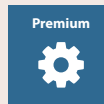
Czekamy na kolejne historie, opisujące najbardziej niezwykłe, zabawne lub absurdałne sytuacje z życia lekarza.

Należy je przesyłać **do 14 marca** na adres anegdota@gazetalekarska.pl.

Tekst nie powinien przekraczać 700 znaków.

Do wygrania weekend dla dwóch osób w Hotelu Białowieski!

Regulamin konkursu dostępny na stronie www.gazetalekarska.pl.



Co to jest DRG?

**Maria
Domagała**

Standardem na świecie jest dziś DRG, system opracowany w końcu lat 70. XX w. w USA. Pozwala on sprawniej organizować i monitorować funkcjonowanie szpitali, a zwłaszcza bardziej adekwatnie rozliczać ich usługi. Zakres stosowania DRG rozszerza się również na inne segmenty lecznictwa.

Zasady kwalifikacji hospitalizowanych pacjentów na podstawie diagnozy, czyli przypisywanie ich do jednolitych grup (diagnosis related groups, DRG), są następujące. Podstawowe dane o pacjencie, leczeniu i lekarzu pozwalają przypisać mu numer grupy, klinicznie istotnej i ekonomicznie jednorodnej. Leczeni w szpitalu pacjenci zostają dzięki temu pogrupowani w taki sposób, żeby zaoferować im specyficzny pakiet działań szpitalnych (czyli „produkt szpitalny”).

Co daje DRG?

DRG umożliwia pomiar aktywności szpitali, dzięki czemu płaćenie za ich usługi staje się bardziej adekwatne i przejrzyste. Kategoryzacja pacjentów prezentujących podobne cechy kliniczne i wymagających wykorzystania podobnych zasobów szpitalnych oraz jednoznaczne przypisanie ich do określonej grupy DRG pozwala opisać aktywność szpitali w wystandaryzowany sposób i umożliwia szczegółowe analizy: długości pobytu i kosztów, ocenę stanu pacjentów i porównanie tych parametrów w różnych szpitalach i na różnych oddziałach. Stanowi narzędzie precyzyjnej oceny kosztów leczenia pacjenta, uwzględniające jego cechy i cechy usługi (diagnoza, leczenie); ułatwia porównanie, zarządzanie i planowanie. Sposób płaćenia szpitalowi na podstawie liczby i rodzaju procedur oraz liczby obsługiwanych pacjentów zachęca do efektywnego wykorzystania zasobów, większej aktywności i zmniejszenia kosztów; pozwala zoptymalizować schematy opieki i skrócić czas hospitalizacji, zastąpić drogie leczenie przez równie skuteczne tańsze, wyeliminować zbędne i dublujące się badania, testy, usługi. Dążenie do redukcji kosztów przekłada się na lepszą koordynację między szpitalem, przychodnią i placówką świadczącą np. opiekę przewlekłą. Efektem jest ogólna poprawa skuteczności opieki zdrowotnej.

Podstawą kodowanie

Ponieważ najważniejszym kryterium klasyfikacji są diagnozy i procedury, konieczne jest ich jednoznaczne kodowanie. Oparto je na Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (najnowsza to ICD-10) – modyfikowanej na potrzeby danego kraju. Muszą być ujęte najważniejsze cechy, sprawiające, że leczenie jednego pacjenta z użyciem określonych procedur jest droższe lub tańsze niż bez nich, a innego – odwrotnie. DRG muszą być jednorodne ekonomicznie, by można było na ich podstawie analizować i kontrolować różnice w ich obciążeniu,

a opłaty za leczenie odpowiadały kosztom. Z uwagi na innowacje technologiczne oraz zmiany schematów postępowania medycznego i kosztów system musi być regularnie aktualizowany. Należy też wykluczyć możliwość manipulacji. Początkowo podstawowy schemat modelu obejmował 350 kategorii diagnostycznych, w obecnych systemach może ich być nawet ponad 2000 (w Niemczech 1200, w Wielkiej Brytanii 1400, we Francji 2300).

Zacząło się w New Jersey

Sposób płaćenia za świadczenia szpitalne oparty na DRG po raz pierwszy zastosowano w New Jersey. W Europie – w Portugalii w 1988 r. W Wielkiej Brytanii i krajach Commonwealthu w 1992 r. przyjęto australijską odmianę, którą potem wykorzystały Norwegia i Irlandia. Kolejne kraje wprowadzały różne warianty DRG. System od początku wspierały Rada Europy i OECD, finansując badania porównawcze szczegółowych problemów w kontekście DRG, np. wpływu zastosowania DRG na długość hospitalizacji czy koszty szpitalne, wykorzystania systemu do oceny zapotrzebowania i szacowania budżetu. Bank Światowy opublikował podręcznik projektowania i wdrażania systemu płaćenia za usługi szpitalne opartego na DRG. W Unii Europejskiej DRG jest ważnym elementem ujednolicania usług medycznych (do problematyki tej odnosi się dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej).

Jak było wcześniej

Przed wprowadzeniem DRG stosowano głównie dwie (i stosuje się nadal obok DRG) metody płaćenia szpitalom. Pierwsza opiera się na opłatach za usługę (fee for service, FFS). Pozwala ona w pełni pokryć koszty działalności szpitala, zachęca do produktywności (duża liczba usług w przeliczeniu na pacjenta). FFS może jednak prowadzić do świadczenia usług zbędnych i zdarza się, że świadczeniodawcy działający bez ograniczeń budżetowych lekceważą wydatki. Rozliczanie na zasadzie FFS wymaga szczegółowego fakturowania procedur, gdyż jedynym narzędziem kontroli kosztów jest szczegółowa specyfikacja składników leczenia.

Druga metoda – budżetowa – polega na tym, że szpital otrzymuje stałą ilość środków za pewien poziom aktywności (określony jako liczba przypadków

Model DRG
związa się. Został
pomyślany do
stosowania
w szpitalach,
ponieważ
w lecznictwie
otwartym,
rehabilitacji,
opiece
psychiatrycznej
trudno
wykorzystać
diagnozy jako
kryterium
wykorzystania
zasobów.

lub osobodni albo łóżkodni) wynegocjowany zwykle na rok z góry. Kierownictwo ma mało informacji o rodzaju dostarczanych usług i kosztach generowanych przez lekarzy. System jest prosty do administrowania i pozwala na utrzymanie wydatków w ryzach, ale niesie ryzyko, że placówka nie będzie dostarczać odpowiedniej ilości usług; nie zabiega o pacjentów, ma więc słabsze wyniki.

Obie metody nie motywują do aktywności i kontroli kosztów, są też wątpliwym narzędziem poprawy jakości – albo prowadzą do nadprodukcji usług (FFS), albo ich zaniżania w stosunku do potrzeb (budżet). Niemniej niektóre usługi szpitali i dziś są finansowane odrębnie (element FFS), zaś na drogie leki i leczenie pacjentów wymagających długotrwałej hospitalizacji ustala się budżet.

Korzyści i niedogodności

Finansowanie oparte na DRG zachęca szpitale do skupienia aktywności na niezbędnych usługach – inaczej niż model FFS, a jednocześnie do obsłużenia większej liczby pacjentów (przypadków) – inaczej niż budżetowy. W krajach stosujących wcześniej model budżetowy model DRG jako zasada rozliczania przyczynił się m.in. do poprawy efektywności, aktywności i przejrzystości, skrócenia czasu hospitalizacji i oczekiwania na zabiegi, lepszej jakości opieki, wzrostu konkurencyjności między szpitalami. Zwiększyły się zasoby informacyjne, możliwy stał się audyt, który prowadzą płatnicy dla sprawdzenia, czy informacje szpitali są poprawne i wiarygodne.

System DRG niesie także pewne niedogodności i zagrożenia. Wymaga drobiazgowej, wystandaryzowanej dokumentacji i księgowości (podobnie jak FFS) i kodowania diagnoz, procedur i informacji o wykorzystaniu środków (kosztach). Konieczne są szkolenia.

Redukcja kosztów może pociągać za sobą obniżenie jakości. Model DRG nie specyfikuje, jakie zabiegi muszą być zastosowane w leczeniu określonego pacjenta, toteż szpitale mogą rezygnować z niektórych testów diagnostycznych, obniżać standardy higieny, zmniejszać zatrudnienie albo zbytnio skracać okres hospitalizacji, co może niweczyć skuteczność. Tylko w niewielu krajach stawki za usługi powiązane z jakością; w Wielkiej Brytanii i Holandii płatnik/ubezpieczyciel może negocjować stawki z uwzględnieniem wyników leczenia.

Wprowadzenie DRG ośmieliło szpitale do inwestowania w innowacje pozwalające zredukować koszty całkowite w przeliczeniu na pacjenta, ale powstrzymuje przed inwestycjami prowadzącymi do wzrostu kosztów. Ponieważ jednak finansowanie uzależnione jest od kodowania istotnych diagnoz, istnieje motywacja do stosowania odpowiednich narzędzi, co sprzyja jakości.

Różne modele

Większość europejskich krajów wprowadziło jakąś formę DRG – z podobną strukturą, ale innymi szczególnie rozwiązaniami, jak np. liczba kategorii

klinicznych, kryteria klasyfikacji pacjentów i jakości, zasady kosztorysowania i alokacji środków itd.

W Szwecji i Finlandii system służy głównie jako narzędzie oceny szpitali sprzyjające przejrzystości w planowaniu i zarządzaniu. We Francji i Niemczech jest synonimem metody płacenia. We Francji, Irlandii, Hiszpanii początkowo wprowadzono DRG w celach porównawczych: czy np. hospitalizacja pacjentów z tych samych grup w różnych szpitalach trwa tyle samo, czy leczenie gdzieś nie kosztuje wyraźnie więcej lub czy gdzieś nie występuje większa niż przeciętnie liczba komplikacji.

W Niemczech, Finlandii DRG jest punktem wyjścia do negocjacji budżetu szpitala skalkulowanego z uwzględnieniem współczynnika oddającego różnice między typami placówek, poziomami specjalizacji, lokalizacją i in. DRG jako podstawa rozliczania sprawdził się w Portugalii, Szwecji i Norwegii. Wzrost efektywności leczenia potwierdzają badania w Wielkiej Brytanii i Austrii.

Wdrożenie systemu zajmuje zwykle 5-10 lat. Za przykład nowego kraju UE, gdzie DRG wprowadzono skutecznie i szybko, uznawana jest Estonia.

Model DRG rozwija się. Został pomyślany do stosowania w szpitalach, ponieważ w lecznictwie otwartym, rehabilitacji, opiece psychiatrycznej trudno wykorzystać diagnozy jako kryterium wykorzystania zasobów. Ale ostatnio w Wielkiej Brytanii, Francji i Niemczech rozszerzono go na kolejne segmenty lecznictwa: ambulatorium i psychiatrię. Było to nieuniknione, gdyż część procedur szpitalnych przesuwa się do lecznictwa otwartego. Aktualizacja systemu jest też niezbędna z powodu zmian w praktyce medycznej i zasobach oraz wprowadzania technicznych innowacji.

W Polsce wzór brytyjski

W Polsce w 2009 r. wprowadzono system Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP) jako metodę rozliczania świadczeń szpitalnych. Każdy szpital mający kontrakt z NFZ musi stosować klasyfikację pacjentów zgodnie z JGP. Polski system bazuje na brytyjskim Healthcare Resource Groups (HRGs) i ma wiele cech wspólnych. Każdy pacjent szpitala zostaje przypisany do grupy, której wartość określono w punktach (najwyższa – 4706 pkt.). Grupy – jest ich ponad 500 – są ujęte w 16 sekcji (tzw. główne kategorie diagnostyczne) zasadniczo nawiązujących do specjalności klinicznych. Ważne elementy systemu to: katalog JGP (pełna lista wraz z wartością punktową), opis JGP oraz algorytm JGP będący instrukcją obsługi narzędzia informatycznego, zwanego gruperem. Dane o pacjencie (diagnoza, procedury, wiek, płeć, przyczyna przyjęcia i wypisu, czas pobytu) są automatycznie przenoszone przez gruper do systemu. Od niedawna częściowo włączona jest do systemu rehabilitacja, psychiatria na razie nie. Poza systemem JGP są drogie procedury (transplantacje, chemioterapia). System nie różnicuje płatności dla szpitali pod względem jakości usług, wszystkie szpitale mają taką samą wycenę za daną JGP. W 2013 r. NFZ wydał nową wersję algorytmu JGP (1.1.2014).

Polski system bazuje na brytyjskim Healthcare Resource Groups (HRGs) i ma wiele cech wspólnych. Każdy pacjent szpitala zostaje przypisany do grupy, której wartość określono w punktach (najwyższa – 4706 pkt.).

Korzysalam m.in. z: Diagnosis-Related Groups in Europe. Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals. Seria European Observatory on Health Systems and Policies 2011 oraz Opis działania algorytmu JGP wersja 1.1.2014 <http://www.nfz.gov.pl/new/?katnr=7>



**Joanna
Sokołowska**

Od lat, za cichym przyzwoleniem kolejnych ekip rządzących i zarządzających, większość z nas pracowała (i nadal pracuje) więcej niż w jednym miejscu.

Tym samym godzimy się na to, że odpowiedni do aspiracji status materialny osiągamy, nie wyżej ceniąc swoją pracę, ale pracując dłużej. Powstało zjawisko, podobne do opisanego przez naszego kolegę po fachu, Mikołaja Kopernika, psucia pieniądza.

Felieton pisany dla pieniędzy



FOTO: Photos.com

Pracuję dla pieniędzy. Niekiedy ta praca daje mi satysfakcję, choć znacznie częściej przynosi zmęczenie. Oczywiście chciałabym pracować tylko dla tych pachnących endorfinami momentów, kiedy ma się poczucie udziału w CZYMŚ WAŻNYM, ale nie przyszedł na ten świat w rodzinie finansowych potentatów, a zamiast szukać bogatego męża, studiowałam medycynę...

Gdy trzeźwo patrząc na świat rówieśnicy handlowali tureckimi swetrami, stałam w kolejce po „Histologię” pod redakcją Kazimierza Ostrowskiego. Stałam w tej kolejce, w dobrym towarzystwie, kilka dni... Staczy kolejkowych obojga płci, którzy to pamiętają, serdecznie pozdrawiam! Po części dzięki lekturze „wystanego” podręcznika wszyscy odebraliśmy kilka lat później dyplomy lekarskie. Jako memento, na dalszą drogę łapiduszego życia, każdy – wraz z dyplomem – dostał ciemnozielony kubek promocyjny pewnej firmy farmaceutycznej, ze złotym napisem „Doctor”. Złośliwi mówili, że do żebrania...

Jakoś tak pomiędzy kolejką „po Ostrowskiego” a zielonym kubkiem, skończył się komunizm. Czasy, gdy wszyscy musieli pracować „dla wspólnej korzyści i dla dobra wspólnego”, minęły. Praca stała się przywilejem, a my jego szczęśliwymi beneficjentami. Trzeźwo patrząc na świat rówieśnicy, z tureckich swetrów przerzucili się na handel paliwami. My przerzucaliśmy się ze stażu podyplomowego na staże specjalizacyjne. Oni szukali hoteli na urlop w egzotycznych miejscach, my – tanich miejsc noclegowych na czas szkoleń

w ośrodkach akademickich. Czasem miejsca te były nawet dość egzotyczne, choć raczej nie hotelowe...

Jeśli los, wsparty wiedzą ekonomiczną i wyczuciem rynku, sprzyjał naszym przedsiębiorczym rodakom, zaczęto ich postrzegać jako ludzi zasłużonego sukcesu. Nawet, jeśli ktoś wspomniał o przysłowiowym pierwszym ukradzionym milionie, to raczej w tonie uznania dla nadwiślańskiego spryciarza.

O powodzeniu finansowym w świecie lekarskim mówiło się zawsze z przekąsem i pewnym zażenowaniem. Czy to z uwagi na towarzyski konwenans, piętnujący dyskusję o zarobkach, czy z innych powodów, koledzy lekarze niechętnie dzielą się radością ze swych sukcesów. Wprawdzie nikt z powodu bycia lekarzem nie trafił do rankingu setki najbogatszych Polaków, ale też przecież nie brakuje wśród nas ludzi zamożnych lub jako takich postrzeganych.

To świetny lekarz, więc świetnie zarabia – czy ktoś z państwa usłyszał lub wypowiedział kiedyś takie zdanie? Zamiast tego, zgodnie ze staropolską tradycją nakazującą skrzętne liczenie cudzych pieniędzy, każdy Lach, niezwiązany zawodowo ani rodzinnie z ochroną

zdrowia, z upodobaniem zajmuje się liczeniem zysków swojego ulubionego doktora. Dyskusja ta, żelazny temat spotkań rodzinnych i debat medialnych, podsycana w okresach politycznej posuchy przez życzliwych dziennikarzy, przez lata przebiegała jedynie w kontekście kwot, nieruchomości i dóbr materialnych. Ożywczy powiew przyniosła jej konstatacja, że lekarze pracują... – chapeau bas, Panowie Dziennikarze!

I jak teraz przy niedzielnym rosale liczyć dochód sąsiada lekarza, skoro we wszystkich gazetach napisano, że w domu to on bywa rzadko, śpi niespokojnie na szpitalnej kozetce i ze zmęczenia popełnia błąd za błędem?! Dość atrakcyjne, z punktu widzenia towarzyskiej konwersacji, wydaje się poddanie ocenie osobowości takiego sąsiada pod kątem lekarskiej pazerności, ale z tym ostrożnie! Niezbędna analiza porównawcza jego stanu posiadania z widocznymi zza płotu dobrami innego sąsiada – przedsiębiorcy, może nie wypaść na korzyść naszej hipotezy.

Przed biegającymi z jednej pracy do drugiej doktorami ostrzegł nawet Minister Zdrowia – chyba niechcący deklarując to, czego od lat domagają się lekarskie związki zawodowe – kontroli i przestrzegania czasu pracy. Tę myśl, rzuconą w emocjach, trudno będzie ministrowi rozwinąć, zachowując, konieczną dla zdrowia psychicznego, spójność wypowiedzi. Wszak obietnica skrócenia kolejek do specjalisty, nawet kosztem przerzucenia części obowiązków z jednych lekarzy na drugich, oraz zamiysł dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, przy zachowaniu zagwarantowanego konstytucją powszechnego dostępu do leczenia, wymagać będzie dodatkowej pracy – pracy lekarzy, których liczba w tym momencie nie zwiększy się.

Od lat, za cichym przyzwoleniem kolejnych ekip rządzących i zarządzających, większość z nas pracowała (i nadal pracuje) więcej niż w jednym miejscu. Tym samym godzimy się na to, że odpowiedni do aspiracji status materialny osiągamy, nie wyżej ceniąc swoją pracę, ale pracując dłużej. Powstało zjawisko, podobne do opisanego przez naszego kolegę po fachu, Mikołaja Kopernika, psucia pieniądza. Celowo niższa wycena pracy lekarskiej doprowadziła do spadku jej wartości. W prosty sposób sami stworzyliśmy wizerunek wiecznie zmęczonego, goniącego za pieniądzem lekarza.

Pracuję dla pieniędzy – rzecz to nieco wstydliva i niezgodna z wzorcem utrwalonym w narodowej literaturze. Mam przecucie graniczące z pewnością, że nie jestem w tym odosobniona. Mój zawód jest wyjątkowy. Niektórzy mówią górnolotnie, że to powołanie. Ale to jednak wciąż praca. I choć Bertrand Russell przestrzegał, iż przekonanie o niezwyklej wadze swej pracy, jest jednym z objawów załamania nerwowego – ja je mam (być może i przekonanie i załamanie). Ta wyjątkowość sprawia, że wykonywanie zawodu lekarza, regulowane jest kanonem zasad – Kodeksem Etyki Lekarskiej. To zobowiązuje i nobilituje. We współczesnym świecie to jednak również tylko praca w znaczeniu ekonomicznym i jako taka podlega regulacjom – również w zakresie czasu jej trwania i wynagradzania. Łamanie tych regulacji to zwykłe łamanie prawa.

Pracuję dla
pieniędzy – rzecz
to nieco wstydliva
i niezgodna
z wzorcem
utrwalonym
w narodowej
literaturze. Mam
przecucie
graniczące
z pewnością, że
nie jestem w tym
odosobniona.
Mój zawód jest
wyjątkowy.



**Sławomir
Pietras**

Dyrektor
polskich teatrów
operowych

Chałubiński z Paderewskim i Mozartem w tle

W czerwcu 1882 r. zaledwie 22-letni Ignacy Jan Paderewski, odczuwając osłabienie nerwowe i przemęczenie pracą ponad siły, stał się pacjentem dra Tytusa Chałubińskiego.

Poza Tatrami wielką namiętnością tego najśłynniejszego wówczas lekarza Warszawy była muzyka. Toteż po zajęciu się nadwątłym zdrowiem obiecującego pianisty sędziwy eskulap zapraszał chętnie Paderewskiego do swego mieszkania przy ul. Mokotowskiej. Podczas towarzyskich wieczorów dyskutowano nie tylko o medycynie i muzyce, ale także o tatrzańskim folklorze, wycieczkach górskich i urokach Zakopanego, właśnie niedawno odkrytych przez Chałubińskiego.

Rok później pod wodzą doktora zorganizowano wyprawę pod Tatry, w której poza Paderewskim wzięli udział Jan Kleczyński – redaktor naczelny „Echa Muzycznego i Teatralnego” – oraz zaprzyjaźniony skrzypek Władysław Górski i jego żona Helena. Notabene wtedy właśnie sympatyzowanie z żoną przyjaciela przeszło w namiętny romans, który doprowadził do unieważnienia małżeństwa Górskich i dożgonnego związku Ignacego Jana z o cztery lata starszą panią Heleną.

W Zakopanem dr Chałubiński zapoznał przyszłego kompozytora z legendarnym góralskim skrzypkiem Bartusiem Obrochtą, ks. Józefem Stolarczykiem – pierwszym proboszczem Zakopanego, Heleną Modrzejewską zjeżdżającą tu na letnie wakacje aż z Ameryki, reżyserem i przyszłym dyrektorem teatru krakowskiego i lwowskiego Tadeuszem Pawlikowskim, oraz wieloma innymi postaciami ówczesnej socjety. W tym gronie z inicjatywy i pod wodzą dra Tytusa odbywano szereg spacerów i górskich wycieczek, imprez okolicznościowych i salonowych koncertów z popisami przyszłej pianistycznej sławy. Wkrótce Paderewski za wstawiennictwem swego wiedeńskiego profesora Teodora Leszetyckiego otrzymał pracę w konserwatorium w Strasburgu, a doktor na wieść o jego nowych, nietypowych kłopotach zdrowotnych słał z Warszawy takie oto lekarskie zalecenia:

„Szanowny, kochany Panie Ignacy... Posyłam Wam 2 recepty. Jedna na roztwór sublimu. Druga na roztwór boraksu w spirytusie. Ponieważ łupież bardzo się rozwieliżniła,

więc pierwszy tydzień traktujcie skórę na głowie wyłącznie sublimatem. Lecz po tygodniu spróbujcie tylko raz, a najwyżej dwa razy na tydzień sublimatu, ale za to co dzień bardzo pilnie wycierać skórę boraksowym roztworem (...) Ślicznie by było, gdybyście sobie mogli znaleźć czas na odpoczynek w górach...”. Teraz już wiemy, czym została uratowana „złota lwia grzywa”, z której słynął w całej karierze artystycznej i politycznej przyszły mąż stanu.

Pierwsze pasmo europejskich sukcesów pianistycznych Paderewskiego przypada na rok 1889. W jesieni tego roku w Zakopanem gaśnie życie starego doktora. Na wieść o tym młody wirtuoz pędzi pod Tatry, by przy łożu umierającego dać najsmutniejszy w życiu koncert. Grał wtedy Beethovena, Schumana, Chopina i Mozarta – kompozytora szczególnie uwielbianego przez sędziwego przyjaciela.

Trzy lata wcześniej przebywając w warszawskim salonie doktora, Paderewski niemal co wieczór proszony był o repertuar mozartowski. Jednocześnie musiał wysłuchiwać niekończących się narzekań melomana medyka, że do dziś nie ma na świecie równie znakomitego twórcy muzyki, co Wolfgang Amadeusz. Któregoś dnia po powrocie do domu zasiadł do fortepianu i á prima vista skomponował później tak sławny Menuet G-dur. Podczas kolejnego wieczoru proszony o występ zagrał tę najnowszą, utrzymaną w wiedeńskim klasycznym stylu, własną kompozycję. Po wielu latach tak to wspominał w swoim pamiętniku:

„Nie zdążyłem skończyć, gdy kochany doktor zerwał się na równe nogi z okrzykiem: – O, Mozart! Co za cudowny utwór. Niech pan powie, mój drogi, czy znalazłby się dzisiaj kompozytor zdolny do napisania czegoś równie pięknego? – Jest taki, to ja!” – odparł Ignacy Jan Paderewski osłupiałemu Tytusowi Chałubińskiemu.

Menuet powstał dzięki temu niezwykłemu medykowi wkrótce zaczął rozsławiać po całym świecie imię naszego pianisty, kompozytora i polityka.

Czop z rzodkwie na światło wydany

Ludzkie choroby, dolegliwości, niedomagania należy traktować z powagą i współczuciem. I tak zazwyczaj do nich podchodzę. Ale jest mi coraz trudniej.

W inę za osłabianie poziomu mojej empatii wobec cierpiących bliźnich ponoszą twórcy i nadawcy reklam leków. Kiedy przez pół roku, co piętnaście minut słyszę w radiu zachętę do kupowania środków na wzdęcia bądź zaparcia, jakoś coraz trudniej mi współczuć. Uruchamia się we mnie coś na pograniczu „głupawki”, zwłaszcza kiedy po raz kolejny dopada mnie reklama śpiewana na skoczną nutę piosenki „Orkiestry dęte”. Cytuję z pamięci: „Kiedy jesteś cała wzdęta, w brzuchu gra orkiestra dęta, nie licz na oklaski, chcesz mieć brzuszek płaski...”. Oczywiście dla higieny psychicznej mógłbym sprowadzić ten przypadek do zabawy i porównać reklamową przeróbkę z oryginałem, zastanawiając się, czy kiedy „Babcia stała na balkonie, dołem dziadek defilował...”, babcia miała płaski brzuszek, czy już nie? Ale natłok reklam odbiera mi ochotę do żartów. Przez drugie pół roku trudno się uwolnić od leków na „lekkie nietrzymanie moczu” i hemoroidy. Niedawno nawet zobaczyłem reklamę telewizyjną, w której pani opowiada o tym, że miała problem z hemoroidami, mama poleciła jej jakiś skuteczny lek i już po problemie. Klip kończy się w ten sposób, że uśmiechnięta pani stwierdza: „Teraz mam czas na rzeczy ważniejsze niż hemoroidy”. A mnie od razu korci, żeby zapytać: „To są takie?!?”. Bo sądząc po intensywności nadawania tej reklamy, aktualnie w naszym kraju nie ma spraw istotniejszych niż hemoroidy.

Żeby wszystko było w pełni jasne – wiem, że leki na tego typu przypadłości trudno reklamować. Bo to w ogólnym pojęciu wstydliwe tematy, za niezręczne uważa się samo ich poruszanie. Ja tak nie uważam. Należy o nich mówić, ale po prostu warto się zastanowić nad formą i intensywnością. Od producentów leków oczekuję w miarę subtelnej informacji, że mogę sobie z tymi problemami poradzić. Równie delikatnie i więcej chciałbym się dowiedzieć od lekarza czy farmaceuty. Tylko bez natłoku, proszę! Natłok mnie przytłacza! (O, może właśnie stworzyłem jakieś nowe pojęcie – natłok, który przytłacza = przytłok). Wiem, że czas antenowy hurtem można kupić taniej, ale... Gdyby znajomi z za-

granicy wyrabiali sobie opinię na mój temat na podstawie tego, co zobaczą w blokach reklamowych w polskiej telewizji i usłyszą w polskim radiu, mogliby pomyśleć, że ja i większość moich rodaków przez pół roku nie powinniśmy jeść, a przez drugie pół siadać.

Tutaj miałem skończyć. Wysłać tekst do redakcji i dumny ze swojej bezkompromisowej postawy, wyjść na ulicę z wyrazem twarzy krzyczącym do przechodniów: „To ten, który nie wstydził się pisać o reklamach środków na wzdęcia, zaparcia, nietrzymanie moczu i hemoroidy!”. Ale coś mnie podkusiło i jeszcze sobie poczytałem. Tuwima „Cicer cum caule czyli groch z kapustą”. A tam... Recepta na „gryzienie w żywocie” z wydanej w 1564 r. książki: „Lekarstwa doświadczone, które zebrał uczony lekarz pana Jana Pileckiego. Ktemu są przydane lekarstwa końskie z ćwiczeniami tegoż lekarza, przydaliśmy y figury ziół rozmaitych ku lekarstwom z ziołkami dostatecznie sprawione. Teraz znowu na światło wydane. Roku 1564”:

Weźmi gnoiu gołębiego
Trzecią część kopru swoyskiego,
Tyle dwoie wody naley
Warz aż trzecia część wydzie s niey

Przecedź a day choremu pić
Cztermi łotmi trunek zważyć,
Żywot to dobrze przepuszcza
Kto w nim ciężkie gryzienie ma.

Albo czop z rzodkwie ustruży
Miodem go z wierzchu pomaży,
Wetkniź go w zad co nadaley
Pozbędziesz tym choroby złey.

Czyli jednak! Narodowa tradycja! Wesóło i do rymu! Przepraszam za wszystko, co napisałem wcześniej i z wszystkiego się wycofuję. Omawiane reklamy proszę nadawać jeszcze częściej! Twórców i nadawców zachęcam do jeszcze większej odwagi! Bawić bez skrępowania! Pokazywać, co się da! I przerabiać najpopularniejsze piosenki! Bo przecież...

„My Słowianie wiemy, jak użyć swego ciała,
Wiemy, jak pokazać to, co mama w genach dała”.
A jeśli dała, to nie ma się czego wstydzić.



**Artur
Andrus**

Dziennikarz
radiowej „Trójki”,
konferansjer
i satyryk



**Agata
Morka**

Historyk
sztuki

Lepszy profil

Na początku drugiego millennium, gdzieś jakby obok przepychanek europosłów i ustaleń brukselskich norm ogórkowych, zadziało się coś, co naprawdę zespiliło Stary Kontynent: Erasmus.

Się rażenia tej osławionej studenckiej wymiany porównać można do tej wzbudzonej w XVI-wiecznej Europie przez jej imiennika. Erazm z Rotterdamu, podróżnik, ksiądz i filozof wstrząsnął renesansowym światem. I całe życie dbał o to, by ten wizerunek wszechstronnego myśliciela utrzymać.

W 1523 r. Erazm zwraca się do Hansa Holbeina Młodszeo z prośbą o namalowanie portretu, który mógłby być rozestany po całej Europie do przyjaciół myśliciela. Zadanie i klient to nie lada, a młody Holbein wie, że jeśli zadowoli pozującego, to ma szansę na międzynarodowe rekomendacje. Klient to też wymagający i kapryśny, dobitnie wyrażający niezadowolenie ze swojej podobizny pędzla samego Dürera.

Holbein maluje portret poprawny, przewidywalny nawet, przedstawiając Erazma jako skupionego, pogrążonego w pracy filozofa, tworząc

wizerunek, o jaki zapewne Erazmowi chodziło. Ale już środki plastyczne użyte do kreacji takiego wizerunku dalekie są od przewidywalności. W tym dusznym portrecie widać zuchwałość Holbeina. Nastrój pewnej alienacji portretowanego potęguje kompozycja, zamknięta z jednej strony ramieniem, z drugiej okadrowana wzorzystą tkaniną. Intensywność skupienia tak portretowanego, jak i widza, któremu Holbein nie zostawia innego wyboru jak patrzenie na mistrza, jest wręcz nieznośna. A jednak mimo że malarz zmusza widza do kontemplacji portretowanej postaci, to broni mu całkowitego jej poznania. Pokazuje Erazma z profilu, tajemniczego i niedostępnego.

Portret ponoć kryje w sobie także tajemnicę choroby, na którą chorować miał Erazm, a której objawy uchwycił Holbein. O jaką przypadłość mogło chodzić?



Hans Holbein, Portret Erazma z Rotterdamu,
1523, Luwr, Paryż



Wskaż oryginał i znajdź cztery szczegóły różniące obrazy oraz postaw diagnozę: na co choruje Erazm?

Odpowiedź prześlij na
bladmalarski@gazetalekarska.pl
 do 14 marca 2014 r.

W temacie maila należy wpisać GL03.
 Proszę nie zapomnieć o podaniu danych kontaktowych (imię i nazwisko, adres, telefon).
 UWAGA - jedna osoba może przesłać jedną odpowiedź.

Dla jednej z osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi, **Hotel Prezydent**** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju**

ufundował voucher obejmujący m.in.:

- dwa noclegi dla dwóch osób w apartamencie
- dwa śniadania i dwa obiady w hotelowej Restauracji Magnolia oraz uroczystą kolację dla dwojga
- pakiet zabiegów (dla dwóch osób) w hotelowej Ambasadzie Zdrowia i Urody SPA (Masaż dla dwojga, Ajurwedyjski masaż na „Talaxa Spa”, Złoty zabieg na ciało)
- możliwość korzystania bez ograniczeń z basenu, jacuzzi, 3 rodzajów saun, siłowni



NAGRODZENI Z „GL” 02/2014

Voucher do Hotelu
 Prezydent**** Medical SPA & Wellness
 w Krynicy-Zdroju otrzymuje
Michał Jędraszek z Kielc
 Gratulujemy!

ROZWIĄZANIE ZAGADKI Z „GL” 02/2014

Obraz oryginalny: b

Diagnoza: hyphema (krwotok do oka)

Na początku lat trzydziestych Munch zapadł na poważną chorobę oczu, która groziła ślepotą. Prerażony malarz w obliczu utraty zmysłu, bez którego nie byłby w stanie malować, przez kilka lat pieczołowicie dokumentował przebieg choroby w cyklach obrazów i szkiców, który uchwycić miały, w jaki sposób jego chore oko odbierało świat. Obok przedstawień figuratywnych, Munch stworzył kilkanaście jakby pospiesznych malarzkich zapisów choroby, ujętych w abstrakcyjne kompozycje linii i punktów.

Szczegóły różniące obrazy

1. Dodanie białych plamek, powodujących wrażenie „śnieżenia”.

Tak zapewne widziałby Munch, gdyby cierpiał na zaburzenia wzroku zwane wizualnym śniegiem.

2. Zwielokrotnienie widzianego obiektu (komoda po lewej stronie).

Tego rodzaju widzenie pojawić mogłoby się w przypadku palinopsji.

3. Dodanie na ścianie kolorowych kształtów.

Podobną analizę optycznych złudzeń dokumentował w swojej serii „Powidoki” Władysław Strzemiński. W charakterystycznych kolorowych falujących kształtach malarz starał się zawrzeć plamy kolorów, które widział po długim patrzeniu na kolor podstawowy.

4. Przemienienie elementu centralnego obrazu tak, że wygląda jak wciągająca widza spirala.

Takie przedstawienie obiektu na pierwszym planie byłoby nawiązaniem do ruchu op-artu, z jego zainteresowaniem optyczną ułudą. Op-art i jego mistrzowie, Bridget Riley czy Victor Vasarely bardzo często używali w swoich obrazach spiralnych form, często powodując u widza zawroty głowy.



Edward
 Munch,
 „Autoportret
 w czasie
 choroby oczu”,
 1930,
 Muzeum
 Edwarda
 Muncha, Oslo



**Stefan
Trzos**

Laureat III miejsca
w kategorii
proza Konkursu
Literackiego
„Przychodzi wena
do lekarza 2013”

W poprzednim
numerze „Gazety
Lekarskiej” (02/2014)
błędnie umieściliśmy
podpis laureatki
III miejsca w kategorii
POEZJA Konkursu
Literackiego
„Przychodzi wena
do lekarza 2013”.
Imię i nazwisko
wyróżnionej nagrodą
autorki to Jolanta
Nadratowska-Kisiel,
a nie jak podaliśmy
Katarzyna Piątek.
Za błąd przepraszamy.
Redakcja

Premium



Pełna treść opowiadania na
www.gazetalekarska.pl
w „Gazecie Lekarskiej
Premium”.

Moja Calineczka (fragmenty)

Wierzyłem w św. Mikołaja. Gdy wreszcie nastawał wieczór 6 grudnia, siadałem na krześle – całkiem nieruchomo i jeszcze grzeczniejszy niż zwykle, by tak upragniony przez dzieci staruszek, pędząc w saniach zaprzężonych w renifery, wrzucił mi przez okno bodaj małeńki prezent. Najczęściej chował go pod poduszką i te noce były najpiękniejszymi w życiu. Ze szczególnie zapartym tchem chłonałem baśnie, jakie mi przynosił. Wreszcie – po latach – sam zostałem „świętym” i odtąd pod poduszki moich dzieci przyszło mi wsuwać zawiniątka owinięte złocistą wstążeczką.

*

Dzwonek telefonu wdiera się w ciszę szpitalnej nocy. Dopiero co zdążyłem przyłożyć głowę do jaski, więc krótki sen nie zdążył jeszcze ukoić zmęczenia.

– Przyjęcie na „trójkę”, doktorze – słyszę głos pielęgniarki.

– Co tam mamy nowego? Pilne? – próbuję przedłużyć chwilę leżenia.

– Dziewczynka. Planowa – po czym odkłada słuchawkę.

Nic strasznego, próbuję pocieszać się w myślach. Zbadam, wydam zlecenia i zaraz wrócę.

Szpitalny sen dyżuranta jest zawsze czymś z pogranicza jawy – ot, kolejne z setek dzieci, jakim trzeba udzielić pomocy.

Dopinam fartuch, przyglądam włosy. Staram się delikatnie stąpać w drewnianych chodakach, by ich stukot nikogo nie zbudził. Jeszcze tylko spojrzenie na zegar wiszący na ścianie. Dwie po północy. Więc to już 6 grudnia – uśmiecham się w myślach.

*

„Trójka” jest w głębi korytarza. Po drodze zaglądam przez okienka w drzwiach prowadzących na sale. Przykrywam wystające spod koldry plecy Agnieszki, w kaloryferach grzeją tak sobie, a ona ma zapalenie płuc.

Wreszcie sala z nową pacjentką. Siedzi na łóżku tyłem do drzwi, oświetlona żarówką lampki na szpitalnej szafce. Blond warkoczki po obu stronach głowy sterczą nienaturalnie daleko.

– Witaj, ślicznotko – zagajam, podchodząc.

Milczy, prawą ręką tuląc do siebie pluszowego i tylko niewiele mniejszego od niej misia.

Większość dzieci onieśmiela obcość szpitalnej sali. I nie ona pierwsza reaguje na powitanie brakiem odpowiedzi.

– Witaj – powtarzam zatem, równocześnie dostrzegając aparaty słuchowe przytknięte do uszu dziewczynki. A więc pewnie nie słyszała, kiedy mówiłem z poziomu drzwi. Pospieszne wnioski bywają mylne.

– Dobry wieczór – odpowiada wreszcie nieśmiało, jeszcze mocniej wtulona w futerko maskotki.

– Jak ci na imię?

– Joasia. I mam pięć lat – widać, że kontakt z lekarzem nie jest jej obcy.

– A ja Stefan. I będę się tobą teraz opiekował, chcesz?

Kiwa głową potakująco, patrząc niepewnie. Nawet w półmroku wyraźnie dostrzegam niebieski odcień twardówek. Patrzę też na krzywe ramiona i wygięte nienaturalnie uda, wreszcie na różowe pantofelki z wielkimi pomponami.

– Posiedzę tu chwilę i przeczytam, co napisano na twoim skierowaniu, dobrze?

Znów tylko potakiwanie w odpowiedzi.

„Osteogenesis imperfecta” brzmi łacińska formułka. I dopisek wielkimi literami: „Napady padaczki. Podejrzanie guza mózgu”. To ostatnie jest głównym powodem hospitalizacji.

Wrodzona łamliwość kości...

Stąd aparaty wzmacniające dźwięk.

I dlatego ma niebieskie twardówki.

I to ta właśnie choroba wygięła łukowato zarys kończyn.

I zahamowała wzrost tak, że pluszowy miś sięga prawie połowy jej pałkowatych podudzi.

A więc św. Mikołaj i dziś nie zapomniał o mnie, starym koniu? I po tylu latach wrzucił mi pod poduszkę – tym razem szpitalną – kolejną cudowną baśń? Moją Calineczkę...

– Często upadasz? – pytam.

– Nie, nie często – odpowiada niepewnie szepem. W rogu jej oczu dostrzegam łzę.

– Ostatni raz przed tygodniem. Ale chyba się potknęłam i to dlatego – rozpaczliwie chwytam się zwodniczej nadziei.

– Nie bój się, poradzimy coś na to – zdobywam się na słowa pociechy, o które tak trudno, gdy wie się, że choroba jest przecież nieuleczalna.

– Najważniejsze, że kości wytrzymały. Muszą być całkiem twarde! – dodaje.

– Rączka dopiero się zrosła. Też wtedy upadłam, jak trachnęła.

– Bolało? – staram się nawiązać kontakt.

„Tak” wypowiedziane skinięciem głowy poparte jeszcze mocniejszym wtuleniem się w zabawkę.

– Postaramy się, żebyś już więcej nie mdlała. A teraz połóż się i śpij.

Ma niespełna metr wzrostu, przemyka mi przez głowę, gdy otulam ją delikatnie koldrą.

– Dobranoc – gaszę lampkę.

– Czy może się palić? To gdybym musiała wstać do łazienki. Nie potknę się wtedy i znów nie upadnę.

*

**Fundacja Lekarze Lekarzom już pomaga
Koleżankom i Kolegom, którzy znaleźli się
w trudnej sytuacji finansowej.**

Dotychczas zebrano 21 tys. zł. Pomoc płynie z całej Polski: z Lublina, Wrocławia, Bakałarzewa, Łodzi, Warszawy, Zbąszynka, Goleniowa, Szczecina, Dębicy oraz Limanowej. Dzięki zebranyom środkom udało się wesprzeć pierwszego potrzebującego!

Serdecznie dziękujemy za dotychczas udzielone wsparcie. Wciąż jesteśmy na początku drogi, dlatego nadal prosimy o wsparcie. Przyda się nawet symboliczne wsparcie, chętnie przyjmujemy także pomoc w innej formie – promocję naszych działań.

Jeśli los potrzebujących pomocy Koleżanek i Kolegów nie jest Ci obcy, skontaktuj się z nami: fundacja@hipokrates.org.

Mariusz Janikowski,
prezes zarządu Fundacji Lekarze Lekarzom



„Pro Seniore”

8 lutego odbyła się w Warszawie VII Charytatywna Gala Przyjaciół Fundacji Lekarskiej „Pro Seniore”.

**Marta
Jakubiak**

Jak ocenia Andrzej Surowiecki, prezes fundacji „Pro Seniore”, to jeden z lepszych bali zorganizowanych dotychczas. Dzięki licytacji i loterii fantowej udało się zebrać około 30 tys. zł. W tym roku wśród przedmiotów przeznaczonych na licytację znalazły się m.in.: długopis z bursztynem od Anny Komorowskiej, która objęła patronatem honorowym galę, albumy i ryciny подарowane przez Adama Struzika, marszałka województwa mazowieckiego, a także wiele wyjątkowych prac artystów plastyków i tworzących lekarzy. Zlicytowano też kosze upominkowe oraz kilka darmowych abonamentów na cały rok wraz z telefonami.

Uzyskane środki zostaną przeznaczone na cele statutowe fundacji, która każdego roku współpracuje z turnusami rehabilitacyjnymi dla swoich podopiecznych, kupuje potrzebny sprzęt rehabilitacyjny i świadczy bieżącą pomoc. – Bardzo dziękujemy wszystkim, którzy wspierają naszą fundację. Zawsze jesteśmy wdzięczni za każdą pomoc, także tę niematerialną. Ogromnie cenne jest dla nas wsparcie chociażby w docieraniu do osób starszych, które są w trudnej sytuacji życiowej, a nie zawsze mają

odwagę, żeby poprosić o pomoc. Nie bądźmy obojętni. Rozejrzyjmy się wokół siebie – być może blisko nas jest senior lekarz, któremu możemy pomóc – apeluje prezes Surowiecki.

Więcej o fundacji na stronie www.proseniore.pl.



FOTO: Marta Jakubiak

Gala III Edycji Ogólnopolskiego Konkursu Literackiego

im. Profesora Andrzeja Szczeklika

„Przychodzi wena do lekarza”



JURY:

Anna Dymna, Ewa Lipska,
Bronisław Maj, Marek Pawlikowski,
Maria Szczelik, Adam Zagajewski



fol. Jacek Poremba

Podczas Gali zostaną ogłoszone wyniki III edycji konkursu i wręczone nagrody. Humanistyczne przesłanie jego patrona – Profesora Andrzeja Szczeklika przekażą aktorzy: Anna Dymna i Jerzy Trela. Specjalny program muzyczny zaprezentuje Motion Trio, światowego formatu zespół akordeonowy.

3 kwietnia 2014 r., godz. 20.00

Sala Koncertowa Pałacu Kultury i Nauki w Warszawie

Partner



Sponsorzy



Organizator

medycyna **praktyczna**



30. Jubileuszowy Charytatywny Bal lekarzy

18 stycznia w Warszawie odbyła się 30. edycja Charytatywnego Balu lekarzy, organizowanego przez zarząd główny Polskiego Towarzystwa Lekarskiego i Fundację Edulandia. Bal rozpoczął się bardzo uroczystie – goście wstali i wspólnie zatańczyli poloneza. Na imprezę licznie przybyli lekarze, profesorowie i artyści – w sumie bawiło się 350 osób. Podczas imprezy odbyła się aukcja, z której dochód został przekazany Fundacji Edulandia na zakup sprzętu komputerowego dla hospicjów i oddziałów dziecięcych warszawskich szpitali. – Dzięki cudownym ludziom udało się zebrać około 20 tys. zł – mówi Patrycja Woy-Wojciechowska, wiceprezes Fundacji Edulandia (www.fundacjaedulandia.pl). Na licytacji znalazło się wiele

cennych przedmiotów, m.in. zegarek Alicji Szymańskiej (Magdalena Róźdzka) – bohaterki serialu „Lekarze”, oraz batuta z partyturą kompozycji Adama Sztaby. Do wylicytowania była też kolacja z Katarzyną Grocholą i lekcja tańca z Marcinem Hakielem.

Lidia Sulikowska



Zdjęcie z historią w tle

W 2007 r. podczas manifestacji lekarzy w Białym Miasteczku rozstawionym przed gmachem Urzędu Rady Ministrów był również dr Marek Stankiewicz. To właśnie wtedy dostrzegł niezwykle moment i uwiecznił na zdjęciu, które w tym roku zachwyciło znawców fotografii na całym świecie.

Najpierw zdjęcie zauważono i jako najlepsze na I Międzynarodowym Salonie Fotografii Artystycznej PHOTOARTMEDICA w Częstochowie nagrodzono Złotym Medalem Fotoklubu RP. Potem powędrowało na Urban Photographer of the Year 2013 – największy na świecie konkurs fotografii miejskiej, gdzie otrzymało wyróżnienie spośród 12 600 prac nadesłanych ze 118 krajów, w tym 264 z Polski. Zostało również opublikowane w albumie pokonkursowym.

Zdjęcie nosi tytuł „Osobliwy uścisk dłoni – Peculiar handshake”.

Dr Marek Stankiewicz jako jedyny Polak znalazł się w gronie laureatów tego prestiżowego konkursu. Serdecznie gratulujemy!

Marta Jakubiak



Marek Stankiewicz „Osobliwy uścisk dłoni – Peculiar handshake”

**Ryszard
Golański**

Kwitnąca jabłoń

Różne bywają powody, dla których sięgamy po książkę. Rekomendacja kogoś ze znajomych, informacja w mediach, przykuwająca wzrok i zachęcająca okładka w księgarni. Różne także bywają nasze oczekiwania co do zawartości dzieła.

C hętnie czytamy o sprawach odległych od naszej codziennej rzeczywistości. Egzotyczne kraje, sensacyjne wydarzenia, ciekawe relacje historyczne. Czasami dodatkową satysfakcję z lektury daje nam piękny język, którym książka jest napisana. Czy może zatem zainteresować nas opis życia lekarki pracującej w podstawowej opiece zdrowotnej, w małej miejscowości na Warmii? Czy wydarzenia w jej rodzinie mogą powodować u czytelnika emocje i refleksje? Okazuje się, że tak. Tak jest w przypadku książki: „W cieniu papierówki – lekarka i cud zwyczajności” wydanej przez olsztyński „Wers”. Autorką jest Anna Osowska, miejsce akcji to okolice Bartoszyca. Mamy przed sobą rodzaj literackiej autobiografii, choć nie wiemy, ile z opisanych faktów dotyczy życia autorki, a ile jej bohaterki. Początek książki to opis życia lekarskiej rodziny, mieszkającej w wiejskim siedlisku, w otoczeniu zaprzyjaźnionych sąsiadów, często pacjentów głównej bohaterki. Mamy tutaj także grono przyjaciół, odwiedzających dom położony nad jeziorem z dala od miejskiego zgiełku i jego mieszkańców. Każdy z czytelników znajdzie w tej części jakieś sceny z własnego życia. Studenckie przyjaźnie po latach. Wychowywanie dorastających dzieci. Wspólne, małżeńskie rozwiązywanie problemów. No i ten, tak częsty w lekarskim życiu, brak czasu na wszystko. Wyjazdy na zjazdy naukowe i szkolenia, oku-

powane zaległościami w pracy zawodowej i życiu rodzinnym. Od początku lektury czujemy, że w tym dość sielankowym obrazie musi nastąpić jakiś dramatyczny zwrot. Przez dwa rozdziały można przypuszczać, że będzie to sytuacja romansowa, ze względu na postawę i sposób bycia jednego z bohaterów. Ale ten trop okazuje się być mylny. Przyczyną nagłej zmiany sytuacji i życia bohaterów jest choroba jednego z członków rodziny. Następuje gwałtowne przewartościowanie spraw ważnych i ważniejszych. Czas zaczyna biec inaczej. Warto poznać opis relacji pomiędzy najbliższymi członkami rodziny, reakcje rodziny dalszej i przyjaciół. Dla nas, lekarzy, ciekawa jest postawa pacjentów, którzy często nie mogą uwierzyć i że lekarz też może być chory, szczególnie „ich” lekarz. Jeszcze ciekawszym aspektem jest fakt zamiany miejsc: lekarz jako osoba chora, potrzebująca nie tylko fachowej pomocy od swoich koleżanek i kolegów, ale także opieki. Niełatwo jest pogodzić się z taką zamianą ról. Lektura książki skłania do refleksji nad własnym życiem, nad hierarchią wartości. Uświadamia, jak ważną sprawą może być coś, co na co dzień wydaje się być oczywistością: oczekiwanie kolejnego kwitnienia ulubionej jabłoni.

„W cieniu papierówki – lekarka i cud zwyczajności”
Anna Osowska



List do
redakcji

Paweł

Lekarz nie brzmi dumnie

P racuję ponad 20 lat, poradnia państwowa, specjalistyczna, praca na cały etat, mam dwie specjalizacje drugiego stopnia. Moja pensja brutto to 3 600 zł. Też uważam, że nasze władze powinny starać się, aby Ministerstwo Zdrowia ustaliło minimalne pensje dla lekarzy. Rezydenci bez specjalizacji mają ustaloną pensję, wyższą brutto niż ja i moi koledzy, koleżanki z poradni.

W gazetach, radio, TV ciągle słyszę, jak to świetnie teraz lekarze zarabiają, ale niestety, nie wszyscy. Nie zawsze da się zmienić pracę, spakować i wy-

jechać daleko, do innego miasta.

Nawet bez kolejki na wizytę do lekarza lekarz już nie ma prawa wejść, bo tego pozbawił nas fundusz, a nikt z naszych władz się tym nie zainteresował. Ile przywilejów mają inne zawody, np. nauczyciele. My żadnych, tylko obowiązki.

Faktycznie w Polsce lekarz nie brzmi dumnie!

Ustrój się zmienił, ale właściwie nic się nie zmieniło, bo ja nadal boję się podać swoje dane i tylko podpisuję list imieniem – Paweł. Mimo tego, proszę, wydrukujcie mój list.

Z głębokim żalem zawiadamiamy, że w dniu 28 stycznia 2014 roku zmarł w Linzu

Prof. Stanisław Nęcek

członek honorowy Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii od 1998 roku

członek Rady Programowej Anestezjologii Intensywnej Terapii

Rodzinie składamy wyrazy szczerzego współczucia

Członkowie i Zarząd Główny

Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii

Czekamy
na Wasze
prace!

Pula nagród
to
10 000 zł!!!



Ogólnopolski Konkurs Literacki „Historia Zdrowia i Choroby” trwa!

Wystarczy przesłać tekst, w formie szkicu literackiego lub innej formy literackiej, na jeden z poniższych tematów:

- Zapis zmian, które nastąpiły w polskiej ochronie zdrowia, w szczególności podczas wprowadzania pakietu reform w latach 2009-2013
- Przedstawienie nowych relacji między lekarzem i pacjentem
- Prezentacja zmieniającej się roli lekarza w świetle gwałtownego rozwoju technik medycznych
- Promowanie twórczości literackiej opisującej środowisko lekarskie

Przyjmujemy prace do 6 tys. znaków (wraz ze spacjami), które wcześniej nie były publikowane ani nagradzane.

konkursliteracki@gazetalekarska.pl

Organizatorem konkursu jest Kolegium Redakcyjne „Gazety Lekarskiej”.
Szczegóły oraz regulamin dostępne są na www.gazetalekarska.pl

Mistrz i Mistrzyni Podkarpacia w Narciarstwie Alpejskim Lekarzy – Bystre 2014

**Krystyna
Cyran**

Od 7 do 9 lutego Ośrodek Wypoczynkowy w Bystrem koło Baligródu otworzył swoje gościnne podwoje dla uczestników V Podkarpackich Mistrzostw Lekarzy w Narciarstwie Alpejskim.

Zima nie była łaskawa i organizatorzy z napięciem sprawdzali grubość pokrywy śnieżnej na stoku góry Dwidowa, gdzie miały się odbyć zawody w dwóch konkurencjach: slalomie gigancie i slalomie specjalnym. 7 lutego do Bystrego zaczęli zjeżdżać uczestnicy, by po raz piąty walczyć o zaszczytny tytuł Mistrzyni i Mistrza Podkarpacia w Narciarstwie Alpejskim Lekarzy. Gościliśmy 90 uczestników, wśród których były lekarki i lekarze, dzieci, młodzież oraz sympatycy i sponsorzy. 60 osób zgłosiło chęć sportowej rywalizacji.

W Sobotę jako pierwsze rozpoczęły się zawody w slalomie gigancie. Najpierw trasę przejechały dwie najmłodsze zawodniczki, niespełna czteroletnie Kasia Snela i Ala Grzebyk. Pomagali im rodzice. Po najmłodszych jechały dzieci i młodzież, następnie lekarze, a na koniec – sympatycy. Po przerwie technicznej odbył się drugi przejazd. Nie obyło się bez niespodzianek. Faworyci, chyba z nadmiaru emocji i nadmiernej szybkości, wypadali z trasy lub omijali bramki. Zakończyła

się pierwsza konkurencja – slalom gigant, a po niej nastąpiła druga – slalom specjalny. Sprawny przebieg zawodów zawdzięczamy profesjonalnie działającej ekipie Grzesia Zamorskiego. Zawody z dużym poczuciem humoru komentował pan redaktor Janusz Majka.

Ogłoszenie oficjalnych wyników i rozdanie medali i nagród odbyło się podczas wieczornej, uroczystej kolacji, do której zasiadły trzy pokolenia narciarzy. Najmłodszy uczestnik liczył sobie zaledwie sześć miesięcy, a najwcześniej urodzonym był pan doktor Aleksander Lenczyk z OIL w Krakowie. Wszyscy zostali serdecznie powitani przez prezesa ORL w Rzeszowie, dra Wojciecha Domkę oraz wiceprezesa ORL w Krakowie, dra Marka Zasadnego. Mistrzynią Podkarpacia w narciarstwie alpejskim w roku 2014 została dr Jolanta Rembiasz z Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie, a mistrzem dr Jacek Polakiewicz również z tej samej izby.

Do zobaczenia w Bystrem w 2015 r. Zapraszamy serdecznie!



Pełna relacja na
www.gazetalekarska.pl
w „Gazecie Lekarskiej
Premium”.



Poprawność polityczna

Anonimowe listy, tak jak w każdej redakcji, wyrzucamy do kosza. Są jednak pojedyncze wyjątki, które prowokują do głębszego zainteresowania się tematem (a nie opisanymi w donosie osobami), albo w inny sposób determinują pracę nad kolejnymi wydaniem „Gazety Lekarskiej”. Tym razem napisała do kolegium opiekunka lekarskich dzieci...

Często opiekuję się dziećmi w mojej rodzinie, gdy ich rodzice lekarze mają pracę, dyżury. Z nudów czytuję Waszą Gazetę. Zauważyłam, że zajmujecie się mało ważnymi tematami. Nigdy nie widziałam artykułu o szkodliwości roślin genetycznie modyfikowanych, o szkodliwości większości szczepień, o niebezpieczeństwach płynących z in vitro (alternatywna naprotechnologia), o złym wpływie na zdrowie komórek kucharek mikrofalowych, smug na niebie, o trującym pszennym chlebie, o grzybicach, które dotyczą podobno 70 proc. społeczeństwa...”.

Wywód Czytelniczki ma dwie strony, na których wyliczone są zalecane przez autorkę lektury obowiązkowe, które powinniśmy wykorzystywać, aby pismo izb lekarskich sięgnęło wyższego, merytorycznego poziomu. Całe kolegium zostało poproszone o zapoznanie się z korespondencją, a w ciągu najbliższego miesiąca zostanie z zadanej lekcji przepytane telefonicznie. Pomińmy smugi na niebie. Interesujące jest natomiast wezwanie: „Nie bójcie się wyrwać z poprawności politycznej, której teraz służycie, aby Was w przyszłości nie rozliczyło społeczeństwo, bo na to się zapowiada (...). Nie wysyłam (listu – przyp. jw) do redaktora naczelnego, bo wyczuwam, że on wszystkich dyscyplinuje, by była poprawność polityczna”.

Kolegium „Gazety Lekarskiej” pracuje od czterech lat. Przeszliśmy bardzo długą drogę, aby sprostać wyzwaniom nowoczesnego samorządowego miesięcznika. Naszą poprawność polityczną wyznacza niezmiennie prestiż zawodów lekarskich. Konsekwentnie prezentujemy stanowiska największych polskich autorytetów w różnych dziedzinach medycyny. Nie uciekamy od dyskusji, której ramy wyznacza jednak nauka, a nie demagogia czy sensacja. Z wielką uwagą śledzimy zmieniającą się rzeczywistość, aby waga podejmowanej tematyki

przekładała się na postępowanie w gabinecie lekarskim. Dyscyplinujemy się wzajemnie i z numeru na numer podnosimy poprzeczkę.

Dlaczego w takim razie cytuję anonimowy list spoza środowiska? Przede wszystkim, aby pokazać, jak lekarze są postrzegani na każdym etapie swojej pracy, a może nawet życia. Już nie tylko przy łóżku chorego, w czasie wizyty domowej, przy stole operacyjnym i podczas sanacji jamy ustnej, ale także na podstawie tego, co czytają, piszą, mówią. Wzorem średniowiecznych zwyczajów, każdy dzisiaj czuje się lekarzem. Każdy może udzielić porady na jarmarku, kiedy zastosowane terapie nie przyniosły efektu. Wówczas dochodzą do głosu szarlatani, wróżki, ministrowie, uzdrowiciele reklamujący się w sprawach dla reportera i podsycający wiarę w nieśmiertelność ciała. Powstaje wrażenie zmasowanego ataku. Nie nadążamy za roszczeniem, nadzieją, modlitwą i czujemy się osaczeni, nie tylko przez media, ale także innych, którzy rekompensują agresją lub mentorskim pouczeniem swoje niespełnione marzenie o medycynie.

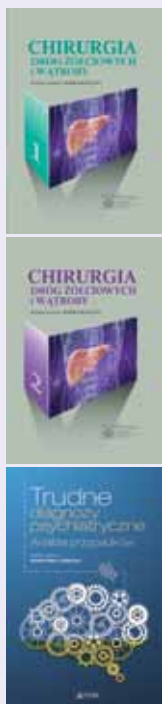
Linia programowa „Gazety Lekarskiej” skoncentrowana jest na działalności samorządu lekarskiego, wolności zawodu, wielorakich pozamedycznych zainteresowaniach lekarzy i lekarzy dentystów. Opisujemy polską ochronę zdrowia i kamienie, które rzucane są pod nogi medyków przez kolejne administracje rządowe. Im jesteśmy bardziej oczerniani, tym politycy są czystszy i jeszcze bardziej chcą uzdrowić świat. Anonimowo zabierają pieniądze, ale pod nazwiskiem wzywają do empatii i stygmatyzują czynnik ludzki. Służą poprawności politycznej swoich partii i koniunkturze codzienności.

A co do rozliczeń społeczeństwa. Każdy z nas stoi w obliczu odpowiedzialności za chorego i starannie wypełnia swoje zadania, choćby edukacyjne. Reszta zależy od audytorium. Pozdrawiam Panią, Pani Krystyno!

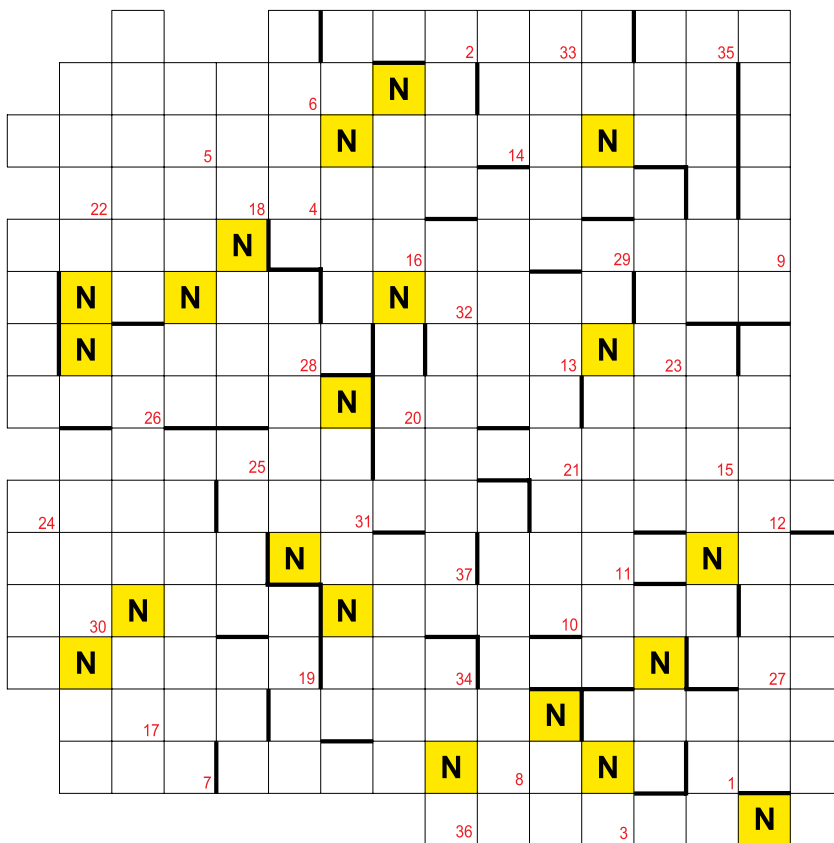


Jarosław Wanecki

Przewodniczący kolegium redakcyjnego „GL”



Objaśnienia
76 haseł podano
w przypadkowej
kolejności. W dia-
gramie ujawniono
wszystkie litery N.
Na ponumerowa-
nych polach ukryto
37 liter hasła, które
stanowi rozwią-
zanie. Należy je
przesłać na karcie
pocztowej lub
e-mailem na
adres redakcji do
10 kwietnia 2014 r.
Wśród autorów
prawidłowych roz-
wiązań rozlosujemy
nagrody książkowe
(prosimy o podanie
specjalizacji).



Rozwiązanie Jolki
lekarskiej nr 194
(„GL” nr 12/2013-1/2014)
Życie bez celu jest
błądzeniem. Seneka

Nagrody otrzymują:
Leszek Kania (Jędrze-
jów), Łukasz Kluczyń-
ski (Kraków), Nina
Śmiech (Łódź).
Fundatorem nagród
jest Wydawnictwo
Lekarskie PZWL,
www.pzwl.pl. Nagrody
prześlemy pocztą.

* krwinki czerwone * kraj z FBI * imię Chruszczowa * proszek przeciw bieguncie * piesiec lub korsak * morze węgierskie
* dziobak lub kolczatka * imię Sharifa, doktora Żywago * pamiątka * nasz oddział Czerwonego Krzyża * druga w
Balearach * elegancki wagon * Karl, sławny lipski położnik * płynie z Łodzi do Warty * argument, kozer * kuguar *
muza z lirą * łowisko leśne * między stronem a cyrkonem * uprowadzona przez byka-Zeusa * gęsto zarośnięty las
* najprostszy to aceton * anyż gwiazdkowaty * ukochany Afrodyty * łapy, biegi i skoki * krytyk, oceniający * izraelski
kałasznikow * skorupiak Brachyura * miasto Euklidesa, ucznia Sokratesa * najmniejsza częśćka znaczeniowa
wyrazu * do kropienia galarety * Indianie z pd. Alaski * nadworny malarz króla Stasia * stomatologiczny składnik oleju
goździkowego * ... de Janeiro * angielski przewodnik * Agropyron, uciążliwy chwast * wieś z zaporą za Jeziorem
Zegrzyńskim * odsyłacz do innego pliku * oskoma * jerozolimska dolina kaźni * bicz spleciony z rzemieni * amiloryd
Polfy z hydrochlorotiazidem * gród nad Rodanem i Saoną * tajlandzka złotówka * delfin miecznik * z tekel i fares *
rynna w stromym stoku * artretyzm * ... Parbat * dawne pochlebstwo, komplement * składnik ryboflawiny * zmierza
do oazy * gołe panie z Chalup * pseudopodium * filozof z Rotterdamu * stępka * pinceta * marokańskie miasto lub
czerwona czapka z czarnym chwastem * dawni mieszkańcy Salonik * sławne uzdrowisko pod Liege * diastaza *
napędza zwierzyne * jabłka i śliwki * Charles, opracował liczby normalne * sieć między dalekopisami * alergen w
atopii * masoni w Bawarii (1776) * tarcza Zeusa * naevus * ukochany Aidy * rakietka sygnalizacyjna * alkohol metylowy
* Morze z Brisbane * król Lidii, teść Bellerofonta * pałeczka błony śluzowej żołądka

BJER

Wydawca:
**Naczelna Rada
Lekarska**



Dla członków izb lekarskich bezpłatnie
Nakład: 163 000 egz.

Kolegium redakcyjne:
Jarosław Wanecki (przewodniczący)
Ryszard Golański
Mariusz Janikowski
Jolanta Malmyga
Wojciech Marquardt
Katarzyna Strzałkowska

Redaktor naczelny:
Ryszard Golański
Tel. 600 909 382
naczelnym@gazetalekarska.pl

Zastępca redaktora naczelnego:
Marta Jakubiak
Tel. 608 316 248
m.jakubiak@gazetalekarska.pl
Dziennikarze:
Lucyna Krysiak
Tel. 696 48 70 48
l.krysiak@gazetalekarska.pl
Lidia Sulikowska
Tel. 668 854 344
l.sulikowska@gazetalekarska.pl

Redakcja:
Urszula Bąkowska
Tel. (22) 558 80 40, Fax (22) 558 80 42
u.bakowska@gazetalekarska.pl
redakcja@gazetalekarska.pl
Stale współpracują:
Artur Andrus (Warszawa)
Jerzy Badowski (Olsztyn)
Sławomir Badurek (Toruń)

Anna Lella (Olsztyn)
Agata Morka (Warszawa)
Sławomir Pietras (Poznań)
Małgorzata Serwach (Łódź)
Joanna Sokołowska (Płock)
Jarosław Klimek (Łódź)

Adres redakcji: 00-764 Warszawa,
ul. Jana III Sobieskiego 110
www.gazetalekarska.pl

Reklama i marketing:
Elżbieta Tarczyńska
Tel. (22) 559 13 26, Fax (22) 558 80 42
Tel. 606 699 830
e.tarczyńska@gazetalekarska.pl

Ogłoszenia:
Michał Ostaszewski
Tel. (22) 559 13 26, Fax (22) 558 80 42
m.ostaszewski@gazetalekarska.pl

Projekt i opracowanie graficzne:
Grzegorz Sztank

Druk: **Drukarnia Quad/Graphics
Europe Sp. z o.o.**

Materiałów niezamówionych redakcja nie
zwraca i zastrzega sobie prawo do skrótów,
adjustacji, zmiany tytułów. Redakcja nie
odpowiada za treść reklam i ogłoszeń.
Autorów prosimy o przysyłanie tekstów
zapisanych na CD, e-mail w edytorze
pracującym w środowisku Windows.
Publikacja ta przeznaczona jest tylko dla
osób uprawnionych do wystawiania recept
oraz osób prowadzących obrót produktami
leczniczymi w rozumieniu przepisów ustawy
z 6 września 2011 r. – Prawo farmaceutyczne
(Dz.U. nr 126, poz. 1381, z późn. zmianami
i rozporządzeniami).