

Gazeta Lekarska

PISMO IZB LEKARSKICH



24

Samorząd

Znając diagnozę,
znajdziemy lekarstwo

32

Praktyka lekarska

Resort zdrowia
(nie) odpowiada

38

Praktyka lekarska

Niezdrowy jak... Polak?
Ślązaczka? Łódzianin?

Spis treści



17



24



26



38

- 4 **Na wstępie / R. Golański:** W 25. rocznicę odzyskania wolności
- 6 **Pierwszym głosem / M. Hamankiewicz:**
Spolegliwość i demokracja
- 8 **Skrining**
- 10 **Obserwacje / S. Badurek:** Z perspektywy ćwierćwiecza
- 12 **Temat miesiąca:** Czas na urlop
- 16 **Nasi w Europie / R. Krajewski:** Przyszłość kształcenia i szkolenia lekarzy?
- 17 **Rozmowa o zdrowiu:** Poza presją pracy
- 20 **Samorząd:** Lekarze w mundurach
- 24 **Samorząd:** Znając diagnozę, znajdziemy lekarstwo
- 26 **Samorząd:** Pisma samorządu lekarskiego – Białobrzegi
- 27 **Punkt widzenia / J. Małmyga:** Zrozumieć rzeczywistość
- 28 **Stomatologia:** XII Kongres Stomatologów Polskich
- 30 **Prawo i medycyna:** Jakie mamy prawa
- 32 **Praktyka lekarska:** Resort zdrowia (nie) odpowiada
- 34 **Praktyka lekarska:** ECE w Polsce
- 35 **Biuletyn NRL**
- 37 **Praktyka lekarska:**
Wojskowi lekarze chcą doskonalić kwalifikacje
- 38 **Praktyka lekarska:** Niezdrowy jak...
- 40 **Praktyka lekarska:** Prawo i medycyna – wymuszone partnerstwo
- 42 **Ochrona zdrowia na świecie:** Jakie będą szpitale
- 44 **Indeks korzyści:** Być jak Dr House...
- 46 **Z dwóch stron sceny / S. Pietras:**
Placido Domingo – przypadek medyczny
- List do redakcji:** Polszczyzna nieznana
- 47 **Z dwóch stron sceny / A. Andrus:** Rabat Jedyny
- 48 **Recenzja:** Wojna Atossy
- List do redakcji:** Wskrzeszanie felczerów
- 49 **Z życia lekarza:** Zdarzenie z oddziału dziecięcego
- 50 **Błąd malarski:** Diabeł za skórą
- 52 **Kultura**
- 53 **Sport**
- 55 **Sport:** Łyk oczywistości
- 56 **Ogłoszenia**
- 68 **Komunikaty**
- 69 **Epikryza (43) / J. Wanecki:** Samorząd Lekar5ki
- 70 **Jolka lekarska**

28-31.08

W Ośrodku „WODNIK” w Słoku/ k. Bełchatowa odbędzie się X Jubileuszowy Ogólnopolski Motocyklowy Zlot Lekarzy „DoctoRRiders” 2014. Szczegóły na www.oil.lodz.pl

26.09

Upływa termin nadsyłania zdjęć do IV Ogólnopolskiego Konkursu Fotograficznego Lekarzy i Studentów Medycyny, który został objęty honorowym patronatem prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej Macieja Hamankiewicza. Więcej szczegółów na stronie www.gazetalekarska.pl (w zakładce Aktualności).

Aktualności



Najnowsze wieści ze świata medycyny, prac samorządu, porady prawne przydatne w codziennej pracy lekarza i lekarza dentystry, a także zapowiedzi wydarzeń sportowych i kulturalnych znajdziesz na www.gazetalekarska.pl (w zakładce „Aktualności”).



Ryszard Golański

Redaktor naczelny „GL”

W 25. rocznicę odzyskania wolności

Piszę felieton w wigilię ważnego dnia – 4 czerwca. Dwadzieścia pięć lat temu odbyły się pierwsze, częściowo wolne wybory do sejmu i nowoutworzonego senatu.

Takie wybory to był wynik porozumienia zawartego pomiędzy solidarnościową opozycją a komunistyczną władzą. Porozumienia zawartego przy słynnym, wręcz przysłowiowym Okrągłym Stole. Różnie możemy oceniać to, co się stało z Polską i w Polsce przez tych dwadzieścia pięć lat, ale jedno jest pewne, po latach zniewolenia mogliśmy zacząć żyć w wolnym kraju. Młodzi ludzie nie rozumieją tamtych czasów i naszego zachwycenia się wolnością. Kilka dni po wyborach, kiedy znane już były ich wyniki, odbyło się doroczne spotkanie członków mojej grupy studenckiej. Do dziś pamiętam euforyczny nastrój, który temu zebraniu towarzyszył. Podobnie jak pamiętam z wcześniejszych lat moją dobrze strzeżoną ulicę, bo obstawianą czterema samochodami służby bezpieczeństwa. Moim sąsiadem był jeden z członków Komitetu Obrony Robotników. Według mnie dzień 4 czerwca powinien być świętem międzynarodowym. Cały świat powinien wiedzieć, że od tego dnia i od tego wydarzenia rozpoczął się tak naprawdę upadek światowego komunizmu. Tak jak napisałem wcześniej, różnie można oceniać dokonania tego okresu. Nam lekarzom trudniej niż innym zawodom wystawiać oceny pozytywne. Tyle było nadziei na zreformowanie patologicznego systemu „służby zdrowia”. Tyle wiązaliśmy oczekiwania z wprowadzeniem systemu ubezpieczeń zdrowotnych. Owszem, z pewnością są lekarze, którzy mogą być zadowoleni ze swojej sytuacji i pozycji, dzięki własnej przedsiębiorczo-

ści i umiejętnościom, ale jaki stanowią odsetek? Myślę, że w jeszcze gorszej sytuacji są pacjenci.

W 25. rocznicę odzyskania przez Polskę wolności, redakcja „Gazety Wyborczej” i TVN zorganizowały plebiscyt na osoby, które mogą być symbolami zmian. Jako Człowieka 25-lecia wskazano Lecha Wałęsę. Dla naszego środowiska ważnym wyróżnieniem jest fakt, że w dziedzinie „nauka” laureatem plebiscytu został prof. Henryk Skarżyński. Otolaryngolog, otocirurg, specjalista audiologii i foniatrii. Twórca Światowego Centrum Słuchu w Kajetanach. Zasłynął z wszczepienia w roku 1992 pierwszego w Polsce implantu ślimakowego, a w roku 2002 po raz pierwszy na świecie wszczepił implant ślimakowy pacjentowi z częściową głuchotą. Jeszcze trudniejsze było powtórzenie tej samej operacji u dziecka. Rozmowę z Panem Profesorem zamieścimy w następnym numerze.

Wyżej było o sprawach ważnych i poważnych, a tymczasem przyszedł czas letnich urlopów, czyli tradycyjny czas odpoczynku wszystkich, także lekarzy. Rok temu pisaliśmy w letnim numerze o sposobach spędzania wakacyjnego wypoczynku przez nasze koleżanki i kolegów, w tej gazecie znajduj Państwo rady psychologa, jak powinien wyglądać urlop, aby spełnić w pełni swoją rolę oraz tekst opisujący problemy części lekarzy z wykorzystaniem tradycyjnego, letniego okresu na zapewnienie sobie choćby tygodniowego urlopu wypoczynkowego.

Życzę wszystkim, mimo spotykanych czasami przeszkód, udanych urlopów w rodzinnym lub koleżeńskim gronie. ■

Migawka



**Prof. Henryk Skarżyński
został „Człowiekiem
Wolności” w kategorii
nauka. Gratulujemy!**

Kontrowersje wokół czasu pracy

Mówi się czasem, że tam, gdzie dwóch prawników, tam trzy opinie prawne. Przepisy prawa są bowiem często tak skonstruowane, że możliwe jest całkowicie odmienne ich interpretowanie i to w sposób niebudzący od razu zastrzeżeń co do poprawności tych wywodów. Doskonałą ilustracją dla tego powiedzenia są przepisy o czasie pracy lekarzy i orzeczenia sądów zapadające na tle sporów dotyczących tej kwestii.

Niedawno pisałem w tej rubryce o dwóch orzeczeniach Sądu Najwyższego dotyczących kwalifikacji pracy podczas dyżuru medycznego. W orzeczeniach tych Sąd Najwyższy – w odmiennych składach sędziowskich, a przy identycznych co do zasady stanach faktycznych – doszedł do podobnych wniosków. Lekarze spierali się ze swoimi pracodawcami o wynagrodzenia za dyżury medyczne. Czas tych dyżurów był przez pracodawców zaliczany najpierw na uzupełnienie niewypracowanego nominalnego, etatowego czasu pracy, a dopiero po dopełnieniu go do ustawowych 7 godzin i 35 minut dziennie i 35 godzin tygodniowo traktowany był i wynagradzany jak czas dyżuru. Respektowanie przepisów o czasie odpoczynku nie pozwalało na wypracowanie przez dyżurujących lekarzy norm „etatowych”. W orzeczeniach, które zapadały w czerwcu i listopadzie 2013 r., Sąd Najwyższy uznał, że za dyżur medyczny, który jest odrębną kategorią czasu pracy, przysługuje zawsze odrębne wynagrodzenie, i to takie, jak za godziny nadliczbowe, i bez względu na to, czy czas dyżuru przekracza „normalne” godziny pracy w pełnym lub niepełnym wymiarze czasu pracy. Uznano również, że godziny zaplanowane jako dyżur muszą takimi pozostać i nie można ich kwalifikacji zmieniać po ich przepracowaniu, zaliczając do nominalnego czasu pracy wynagradzanego bez dodatku za czas dyżuru.

W wyroku z 8 października 2013 r., w sprawie sygn. akt III PK 110/12, Sąd Najwyższy zajął odmienne stanowisko, wprost stwierdzając, że ma zastrzeżenia do poglądów wyrażonych w omawianym orzeczeniu z czerwca 2013 r. i uznał, że lekarz, który godzi się na pełnienie dyżurów w rozmiarze wyłączającym możliwość wykonywania pracy w pełnym wymiarze normalnego czasu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym, nie nabywa prawa do wynagrodzenia za czas nieprzepracowany z tego powodu w normalnym czasie pracy. Sąd oparł się na analizie art. 80 i 81 § 1 Kodeksu

pracy. Pierwszy stanowi, że wynagrodzenie przysługuje za pracę wykonaną, a w przypadku niewykonywania pracy pracownik zachowuje prawo do wynagrodzenia, tylko gdy przepisy prawa pracy tak stanowią. Zgodnie z drugim, pracownikowi przysługuje wynagrodzenia za czas niewykonywania pracy, jeżeli był gotów do jej wykonywania, a doznał przeszkód z przyczyn dotyczących pracodawcy. Sąd Najwyższy uznał, że samo pozostawanie w stosunku pracy jest przesłanką wystarczającą do nabycia prawa do wynagrodzenia za przewidziany w nim wymiar czasu pracy. Pracodawca ma prawo żądać wykonywania pracy przez pracownika i zarazem ma obowiązek umożliwienia mu tego, zaś pracownik ma obowiązek wykonywania pracy lub przynajmniej pozostawania w dyspozycji pracodawcy. Po zapoznaniu się z zawierzanymi na przestrzeni kilku lat przez strony sporu miesięcznymi porozumieniami dotyczącymi dyżurów pełnionych w wymiarze powodującym znaczne przekroczenie przeciętnych maksymalnych norm czasu pracy, Sąd przyjął, że lekarze musieli mieć pełną świadomość – z uwagi na obligatoryjne okresy odpoczynku po dyżurach – że niemożliwe jest w takiej sytuacji wypełnienie pełnej normy podstawowego czasu pracy. Sąd potraktował takie zachowanie jako zaprzeczenie gotowości wykonywania pracy w normalnych godzinach pracy, w pełnym ich wymiarze. A gotowość ta jest – zgodnie z art. 81 § 1 Kp – niezbędną przesłanką nabycia prawa do wynagrodzenia za czas niewykonywania pracy z przyczyn dotyczących pracodawcy, zaś posłużenie się ogólnym i niewynikającym wprost z przepisów pojęciem ryzyka pracodawcy uznał za niewystarczające do obciążania pracodawcy obowiązkiem zapłaty za normalne godziny pracy, których lekarze nie przepracowali.

W takiej sytuacji nie można uznać, że mamy spójne poglądy pozwalające jednolicie interpretować przepisy o czasie pracy. Wynik sporów sądowych w tym zakresie pozostaje nadal kwestią otwartą. ■

mec.

**Jarosław
Klimek**

radca prawny
OIL w Łodzi

Inicjatorem serwisu
prawnego dla
lekarzy jest firma
Gedeon Richter.



**Maciej
Hamankiewicz**

Prezes
Naczelnej Rady
Lekarskiej

Niestety,
z przykrością
muszę Was,
Koleżanki
i Koledzy,
poinformować,
że Szef Kancelarii
Premiera pisemnie
poleciał, by to Pan
Minister w imieniu
Pana Premiera
spotkał się ze
środowiskiem
lekarzy i lekarzy
dentystów.

Spolegliwość i demokracja

Po raz kolejny napisaliśmy do Pana Premiera, by spotkał się z lekarzami i lekarzami dentystami. Wyraźnie bowiem widać, że Pan Premier, opierając się jedynie na informacjach Ministerstwa Zdrowia, nie ma szansy podejmować właściwych decyzji w zakresie ochrony zdrowia.

Na konferencji prasowej 21 marca widać było, jak Pan Premier kierowany wyłącznie intuicją, swoją mową ciała powątpiewał w wygłaszane przez Bartosza Arłukowicza wizjonerskie perspektywy likwidacji kolejek. W świetle przedstawionych dwa tygodnie później NRL dokumentów można potwierdzić, że szef rządu miał dobrą intuicję. Tzw. pakiet kolejkowy w nieznacznym stopniu wypełnia idee przedstawione na konferencji prasowej. Po głębokiej analizie przesłanych materiałów opisaliśmy dokładnie, w jaki sposób Pan Minister rozminął się z rzeczywistością i złożonymi obietnicami. Chcieliśmy przekazać te uwagi Panu Premierowi. Niestety, z przykrością muszę Was, Koleżanki i Koledzy, poinformować, że Szef Kancelarii Premiera pisemnie polecił, by to Pan Minister w imieniu Pana Premiera spotkał się ze środowiskiem lekarzy i lekarzy dentystów. Oczywiście my jesteśmy przygotowani merytorycznie do tego spotkania. Mam jednak obawę, że dyskusja z ministrem – dotychczas niechętnym do wysłuchania głosu samorządu – prawdopodobnie niewiele przyniesie poza tym, że Pan Premier będzie mógł oświadczyć, że „przecież się rozmawiało”.

Wiceminister Igor Radziewicz-Winnicki listem wyjaśnił przyczyny „zagięcia czasoprzestrzeni” w opiniowaniu projektu rozporządzenia w sprawie badań kierowców i przysyłania terminu do zaopiniowania w dniu wpłynięcia pisma. Wyjaśnił nam, że wcześniejsze uzgodnienia pozostawały niezachwiane, a dotyczyły innych kwestii. Tym niemniej NIL uczestniczyła w kolejnej, kilkugodzinnej komisji uzgodnieniowej, by dopilnować jakże istotnych dla nas wszystkich zapisów tego rozporządzenia. Starcie się publiczne różnych opinii na temat badania kierowców pozwoliło, mam nadzieję, Panu Ministrowi na wypracowanie przepisów satysfakcjonujących lekarzy i pacjentów, zapewniających dochowanie tajemnicy lekarskiej. Lekarze, szczególnie neurologi i diabetolodzy, nie będą musieli łamać tajemnicy lekarskiej i być „donosicielami” do wydziałów komunikacji. Pacjent będzie przekonany, że informacje uzyskane w gabinecie lekarskim pozostaną w murach tego gabinetu. Tym większe pozostaje nasze zobowiązanie, by w trakcie rozmów z pacjentami wyjaśniać kwestie bezpieczeństwa w ruchu drogowym uzależnionym od zdrowia i sposobu leczenia. Wyjaśniamy, które z rozpoznanych schorzeń lub zaordynowanych leków powinny spowodować odłożenie prawa jazdy na półkę z pamiętkami rodzinnymi.

Demokracja oznacza również jawność w sposobie wyłaniania osób, które mogłyby pełnić funkcję prezesa NFZ. Niezdrowa atmosfera wokół tej instytucji (nota bene przez nas wszystkich dramatycznie źle ocenianej) od chwili odwołania Agnieszki Pachciarz jest wręcz fatalna. Minister z właściwym sobie wdziękiem uznał, że najlepiej będzie, kiedy to on będzie decydował o tym, kto będzie dysponował olbrzymimi publicznymi pieniędzmi. Nie ogłaszał konkursu przez długi czas, zapewne uznając, że osoby pełniące obowiązki będą bardziej mu spolegliwe. Wreszcie przymuszony demokracją ogłosił konkurs. Na wszelki jednak wypadek – utajniając nazwiska kandydatów. Dodatkowo, by uniknąć sytuacji, że oto minister wyjawia kandydata dla powołującego go premiera, minister zmienia ustawę tak, by na przyszłość samemu móc mianować prezesa NFZ. W ten sposób uzyska pewność, że taki prezes będzie podporządkowany i nie zada nierozsądnych pytań, np. kto ma zapłacić za nieubezpieczonych. W ten sposób w kolejnym etapie powiedzenie „wszystko się zgadza oprócz kasy” zostanie ostatecznie zamienione na „kasa się zgadza oprócz tego jednego”.

Wobec medialnego szumu wokół tzw. deklaracji wiary podkreślałem i podkreślam, że po pierwsze – samorząd lekarski jest samorządem zawodowym wszystkich lekarzy i lekarzy dentystów, co oznacza, że skupia osoby wykonujące te zawody bez względu na wyznanie. Z tego względu samorząd lekarski nie powinien zajmować oficjalnego stanowiska w sprawie prywatnych deklaracji i oświadczeń wyznawców różnych religii; po drugie – Kodeks Etyki Lekarskiej jest zbiorem norm etycznych określających sposób postępowania lekarzy i lekarzy dentystów w życiu zawodowym. Wśród norm postępowania tam zawartych nie ma zakazu podpisywania deklaracji o charakterze wyznaniowym, etycznym czy też kulturowym. Wolność wyznania gwarantowana Konstytucją RP pozwala na podpisywanie tego typu dokumentów nie tylko lekarzom wyznania chrześcijańskiego, ale również innym wyznań. Nie można zatem stwierdzić, iż podpisanie tzw. deklaracji wiary stanowi naruszenie KEL. I wreszcie po trzecie – poszczególni lekarze mają prawo podpisywać tzw. deklarację wiary. W świetle przepisów KEL oraz wynikającej z Konstytucji RP wolności wyznania nie ma absolutnie żadnych podstaw do wyciągania konsekwencji wobec lekarzy, którzy podpisali taką deklarację. ■



**Katarzyna
Strzałkowska**

Rzecznik
prasowy NIL

Gratulujemy!

Lekarz, Senator,
prof. dr. hab. n. med.
Alicja Chybicka otrzymała
tytuł Doktora Honoris Causa
Akademii Pedagogiki
Specjalnej w Warszawie.

Eurowyby 2014

Przed eurowyborami siedemnastu prezesów samorządów zawodów zaufania publicznego, zrzeszających ogółem ok. 750 tys. osób, zaapelowało do swoich członków o rozważny i powszechny udział w wyborach do Parlamentu Europejskiego i wybranie osób, które profesjonalnie, merytorycznie i godnie będą reprezentować interes Polski i jej obywateli. W wyborach do Parlamentu Europejskiego 25 maja wybrano 51. europarlamentarzystów z Polski. Wśród nich jednego lekarza – Bolesława Piechę.

Strategia Walki z Rakiem

Na majowym posiedzeniu Naczelnej Rady Lekarskiej gościem był prof. Jacek Jassem – przewodniczący Polskiego Towarzystwa Onkologicznego. Gość zwrócił uwagę, że nie należy utożsamiać pomysłów Ministerstwa Zdrowia z planem zaproponowanym przez Towarzystwo. „To są dwie rozbieżne rzeczy” – zaznaczył. W stanowisku podjętym dzień po posiedzeniu NRL, prof. Jassem zaznaczył, że proponowane zmiany powinny być poddane szerokiej i pilnej konsultacji z udziałem pracowników ochrony zdrowia i pacjentów onkologicznych. „Pozwoli to dopracować proponowane zapisy ustawowe i osiągnąć akceptowane przez wszystkie strony porozumienie. Działania te należy zharmonizować z rozwiązaniami zawartymi w Strategii Walki z Rakiem w Polsce 2015-2024” – podsumował w stanowisku.

Pod koniec kwietnia prof. Jassem zaprosił samorząd lekarski do udziału w konsultacjach społecznych Strategii Walki z Rakiem w Polsce 2015-2024. Prezydium zajęło stanowisko, uznając, że opracowanie i wdrożenie skutecznego i efektywnego modelu opieki onkologicznej, opartego w szczególności na przyspieszonej diagnostyce oraz wdrażaniu skutecznych terapii onkologicznych, powinny stanowić

jeden z priorytetów działalności podmiotów odpowiedzialnych za organizację systemu ochrony zdrowia w Polsce. Jednakże – zdaniem Prezydium – bez zwiększenia puli środków przeznaczonych na ochronę zdrowia w ogóle, a na świadczenia onkologiczne w szczególności, projekt strategii nie ma szans na realizację, nawet przy założeniu efektywnej reorganizacji systemu ochrony zdrowia w przyszłości.

Pediatrzy i interniści w POZ

15 czerwca wchodzi w życie nowe przepisy dotyczące funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej, umożliwiając udzielanie świadczeń zdrowotnych nie tylko przez lekarzy posiadających specjalizację w dziedzinie medycyny rodzinnej, odbywających szkolenie specjalizacyjne w tej dziedzinie lub posiadających specjalizację II stopnia z medycyny ogólnej, lecz także przez pediatrów i internistów. Reguluje to ustawa z dnia 21 marca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw.

Lekarze posiadający specjalizację I stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej; specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych; specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii będą obowiązani w okresie 3 lat od dnia rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych w podstawowej opiece zdrowotnej ukończyć kurs w dziedzinie medycyny rodzinnej organizowany przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego. Koszty kursu pokrywa lekarz lub świadczeniodawca, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej.

Ustawa modyfikuje też definicję podstawowej opieki zdrowotnej, obejmując nią także świadczenia z zakresu chorób wewnętrznych.



Posiedzenie Naczelnej Rady Lekarskiej, na którym gościem był prof. Jacek Jassem.

Skład Prezydium NRL uzupełniony

9 maja odbyły się wybory uzupełniające na stanowisko Zastępcy Sekretarza NRL. Na tę funkcję wybrano Annę Lellę.

Wybory w NKR

30 maja Naczelna Komisja Rewizyjna wybrała spośród swojego grona drugiego zastępcę. Przewodniczącym komisji jest Andrzej Morliński, jego zastępcą – Andrzej Kierzek, drugim zastępcą – Halina Teodorczyk, sekretarzem – Maciej Zarębski, a zastępcą sekretarza – Ryszard Stańczak.

Pamiętajmy o możliwości konsultacji!

Trwają „Ogólnopolskie szkolenia z zakresu funkcjonowania systemu ochrony zdrowia oraz umiejętności komunikacji, współpracy i budowania relacji z pacjentem dla lekarzy rozpoczynających pracę”, współfinansowane ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki. Przypominamy, że wszyscy uczestnicy projektu mają możliwość skorzystania z bezpłatnych konsultacji z ekspertem z zakresu funkcjonowania systemu ochrony zdrowia oraz kompetencji miękkich. Zostało wyłonionych czterech ekspertów-konsultantów. Nazwiska i adresy e-mailowe do konsultantów znajdują się na stronie: www.mlodylekarz.org.

Miło nam poinformować, że obszerna informacja o szkoleniach ukazała się w dzienniku „Rzeczpospolita” w numerze z dnia 31 maja/1czerwca 2014 r. ■



Gadał lekarz do pacjenta

ZDROWIE | Medycy na kursach uczą się rozmawiać z pacjentem, by umiejętnie przekazać mu diagnozę i zapobiec konfliktom w lecznicy.

KATARZYNA NOWOSIELSKA

„Grubiański i niesympatyczny. Trzeba ciągnąć go za język i dopytywać, żeby zrozumieć cokolwiek z tego, co mówi w gabinecie” – takie wpisy pojawiają się często na portalach oceniających lekarzy. Nie od dziś wiadomo, że

którzy nie skończyli jeszcze 35 lat i są w trakcie odbywania stażu czy specjalizacji. Mają oni wnieść nową jakość do szpitali, umiejętnie budując relacje i współpracując z chorymi. Dlatego podczas sześciodniowych kursów uczą się, jak zapobiegać konfliktom i je rozwiązywać, jak radzić sobie ze stresem i wyważaniem zawo-



Współ swoje oc zytą w poczyta cie, spracach ooc koniec o kę w „Na Inna s prawo d klarowno zdrowia, ustawy Zresztą e się na lar 2013 r. aż prowadz ka praw właśnie zdrowia. – Nie się skarg powiedzi rozpozna planuje e – inform Kozłowski cjeńta. Zmian chorych e nie medy ba roz miękkie Uniwers znanie u uczestni kultatyw



**Sławomir
Badurek**

Diabetolog,
publicysta
medyczny

Z perspektywy ćwierćwiecza

Mamy czas rocznic. Dziesięciolecie przystąpienia do UE, piętnastolecie przynależności do NATO i dwudziestopięciolecie pierwszych niekomunistycznych wyborów. Za jubileuszową pompą nie przepadam. Wolę koncentrować się na tym, co teraz i w przyszłości. Warto jednak czasem spojrzeć za siebie, zrobić bilans i wyciągnąć wnioski.

Dwadzieścia pięć lat temu byłem w połowie studiów. Pamiętam polowania na podręczniki, bo coś akurat rzucili w księgarniach albo pokazało się w antykwariacie. Można też było zapisać się na subskrypcję w dziekanacie. Tym sposobem, mając dawno za sobą anatomię, stałem się posiadaczem węgierskiego atlasu anatomicznego. Kupiłem, bo kupowali „wszyscy”, wychodząc z założenia, że może się przydać. Mnie nie przydał się nigdy, a jego wartość handlowa dramatycznie spadła, bo urynnowienie gospodarki szybko wypełniło półki księgarskie dużo lepszymi pozycjami. Co charakterystyczne dla tamtych czasów, do dziekanatu chodziło się co miesiąc po kartki na mięso. Zniesiono je latem 1989 r. Produkty spożywcze, łącznie z reglamentowanymi przez długie lata mięsem i wędlinami, dosłownie zalały ulice. Rozstawione na chodniku łóżko polowe to był najpopularniejszy wówczas rodzaj sklepu. Kwitł handel z „Żuka” albo „Nyski”. Tu i ówdzie wyrastały jak spod ziemi wątpliwej urody kontenery handlowe, czyli tak zwane szczęki. Nie sztuką było kupić, ale kupić towar dobrej jakości bez przepłacania. Ze spełnieniem tego ostatniego warunku łatwo nie było, bo inflacja szalała i ceny rosły z dnia na dzień. Coraz trudniej dostępnym dobrem stawała się praca. Lekarze na brak zatrudnienia nie narzekali, ale oferta dla wchodzących do zawodu z roku na rok kurczyła się. Zniknęły bardzo popularne w czasach PRL-u stypendia fundowane przez pracodawców. W szpitalach w dużych miastach zaczęło brakować etatów. Kilka lat później problem złagodziły finansowane przez Ministerstwo Zdrowia rezydentury. Do tego czasu alternatywą była praca na wolontariacie. Zarabiano się popołudniami w przychodni lub na dyżurach w pogotowiu. Ofert dla absolwentów wydziałów lekarskich nie brakowało za to w małych miejscowościach i gminach, które kusily nie tylko wyższymi niż w dużych ośrodkach wynagrodzeniami, ale i służbowymi mieszkaniami.

Zgodnie z profilem zatrudniającej jednostki, otwierało się specjalizację. Nie było z tym problemów. Podanie pieczętki od pracodawcy, konsultanta i lekarza wojewódzkiego otwierały drzwi do „jedyńki”, a po zdaniu egzaminie – „dwójki”. Emigracja zarobkowa na Zachód stanowiła w tych la-

tach margines. Nie z powodu braku możliwości. Zasadniczym powodem była wiara w zreformowanie sektora i wyraźną poprawę warunków zatrudnienia w ciągu kilku lat. Nie były to oczekiwania bezpodstawne. Uwolniony z socjalistycznych pęt rynek łąknął fachowców. Ja również liczyłem, że lada rok ochrona zdrowia przestanie być jedną z niewielu socjalistycznych wysp na mapie III RP. Dlatego nie skusiła mnie propozycja znacznie lepiej płatnej pracy w firmie farmaceutycznej, choć tą drogą poszło wtedy wielu lekarzy, co – jak sądzę – było drugą ważną przyczyną śladowej emigracji. Nota bene w dwa lata po zdaniu „dwójki”, gdy bezskutecznie próbowałem otworzyć specjalizację diabetologii, jako że czasy łatwego dostępu do większości specjalizacji właśnie się skończyły, po raz drugi dostałem propozycję pracy w sektorze farmaceutycznym. I tym razem powiedziałem „nie”, zakładając, że uporam się wreszcie z otwarciem specjalizacji, a moje zarobki (już wtedy w ramach tzw. kontraktu) wzrosną. Jak się okazało, miałem rację. Egzamin z diabetologii zdałem jesienią 2005 r. w klinice w Zabrze i wspominam go bardzo dobrze, w czym wielka zasługa znakomitego profesorskiego tercetu Grzeszczak, Strojek, Gumprecht. Po stronie plusów w bilansie minionego ćwierćwiecza zapiszę też wyraźną (choć jedyną!) podwyżkę wynagrodzenia od początku 2008 r. Podobnie jak o niebo lepsze niż u progu kariery zawodowej możliwości pogłębiania wiedzy, dzięki świetnym podręcznikom, konferencjom i kursom. Pracując w dużym, rozwijającym się szpitalu nie mogę nie docenić coraz lepszego dostępu do nowoczesnej diagnostyki. Wielki minus to nieuporządkowanie systemu. U progu zainicjowanych w 1989 r. przemian nie postawiłbym złamanego grosza, że ćwierć wieku później politycy nadal będą mamić wyborców, że w ochronie zdrowia prawie wszystko wszystkim należy się za darmo. Byłbym gotów tę polityczną paplaninę zignorować, gdyby nie towarzyszący jej przekaz, według którego jeśli coś nie działa, to winni są lekarze. Będąca konsekwencją tego przekazu rosnąca presja, a często jawna agresja pacjentów i osób z ich otoczenia zmusza do refleksji, czy jestem na półmetku kariery czy też gdzieś znacznie dalej... ■

Marta
Jakubiak

Czas na urlop

To, ile lekarz pracuje, i jak długo odpoczywa, jest ściśle powiązane z formą zatrudnienia, jakie posiada. Pracownik etatowy ma w roku do dyspozycji 26 dni urlopu wypoczynkowego, co określone jest w kodeksie pracy. Zupełnie inaczej sytuacja wygląda w przypadku kontraktu. Zazwyczaj jego zapisy nie gwarantują lekarzowi płatnych świadczeń ani w przypadku choroby, ani dni wolnych na odpoczynek. Jeszcze inaczej sytuacja wygląda, gdy prowadzi się wyłącznie praktykę prywatną.

Na początku roku Państwowa Inspekcja Pracy ujawniła wyniki kontroli przeprowadzonej w blisko 300 polskich szpitalach. Główne naruszenia przepisów dotyczyły przede wszystkim przekraczania maksymalnego czasu pracy lekarzy, nieudzielania w wyznaczonym terminie odpoczynku czy zobowiązania pracownika do dodatkowej pracy bez jego zgody. Zdaniem PIP podstawową przyczyną nieprawidłowości jest zbyt mała liczba lekarzy pracujących w szpitalach.

Faktem jest, że przy zmniejszeniu w ostatnim czasie o niemal jedną trzecią obsady lekarskiej na oddziałach, niekiedy trudno pogodzić interesy i terminy. Niekolizyjne wzięcie urlopu, zwłaszcza w okresie wakacyjnym, często zależy od dobrej woli współpracujących ze sobą lekarzy i odpowiednio wcześniej podjętych rozmów. – Raczej nie miałam problemów z wzięciem urlopu, choć zdarzało się, że nie dostałam go w takim terminie, jaki akurat miałam w planach. Zawsze odpowiednio wcześniej starałam się uprzedzić, że chcę mieć wolne. Zazwyczaj udawało się nam tak zorganizować pracę na oddziale, żeby wszyscy mogli odpocząć – mówi dr Katarzyna Woszek, specjalista chorób wewnętrznych i reumatolog, zatrudniona na etacie w Instytucie Reumatologii w Warszawie, częściowo w oddziale szpitalnym, częściowo w przychodni przy szpitalnej. W zawodzie pracuje od 14 lat, prowadzi też prywatną praktykę lekarską. W szpitalu nie dyżuruje, a jej dzienny czas pracy wynosi przepisowe 7 godzin 35 minut. Dwa, trzy razy w roku wyjeżdża na krótsze, tygodniowe wakacje, raz w roku stara się mieć dłuższy, co najmniej dwutygodniowy urlop. – Umowa o pracę gwarantuje mi określoną liczbę dni płatnego urlopu. Staram się to wykorzystać – dodaje. Zwykle lekarze będący na etacie, pracujący w większych zespołach, nie mają problemów ze skorzystaniem z uprawnień urlopowych.

W Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie zatrudnionych na umowie o pracę jest 350 lekarzy, lekarzy na kontraktach jest tu 19. – Sezon urlopowy jest dla nas kłopotliwy, ale funkcjonujemy w takiej rzeczywistości od lat, więc udało nam się wypracować taki system, by przestrzegając prawa do odpoczynku, odpowiednio skompletować grafik dyżurów – informuje Magdalena Oberc, rzecznik prasowy szpitala. – Jeste-

śmy szpitalem „ostatniej szansy”, więc mamy wielu lekarzy, którzy zajmują się wąskimi specjalnościami, dlatego trudno powiedzieć, czy jest jakaś specjalność trudna do zastąpienia. W przypadku większości oddziałów konieczne jest planowanie urlopów z dużym wyprzedzeniem – podkreśla.

Normy wyznaczają czas

Przepisy dotyczące zatrudniania pracowników w ochronie zdrowia reguluje obowiązująca w całej Unii Europejskiej „Dyrektywa 2003/88”, którą w Polsce implementowano w 2008 r. Zgodnie z jej wytycznymi, czas pracy pracowników zatrudnionych w podmiocie leczniczym, a zatem np. czas pracy zatrudnionych lekarza i pielęgniarki, nie może przekraczać wspomnianych 7 godzin 35 minut na dobę i przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy. W przypadkach uzasadnionych lekarze mogą pracować do 12 godzin na dobę, ale ich łączny czas pracy nie może przekraczać w tygodniu 37 godzin 55 minut. Tylko w wyjątkowych sytuacjach lekarz może zgodzić się na czas pracy przekraczający 48 godzin na tydzień. To tzw. klauzula opt-out, która dotyczy wyłącznie sytuacji nadzwyczajnych i powinna mieć charakter przejściowy. Wymaga indywidualnej zgody, którą w każdej chwili lekarz może wycofać. W praktyce jednak taką klauzulę muszą podpisywać wszyscy lekarze, którzy dyżurują w systemie dyżuru 24-godzinnego.

Możliwość wydłużenia czasu pracy do 12 godzin nie dotyczy jednak pracowników niektórych zakładów i pracowni: radiologii, radioterapii, medycyny nuklearnej, fizykoterapii, patomorfologii, histopatologii, cytopatologii, cytodiagnosticsy, medycyny sądowej i pro-sektorów. W przypadku tej grupy specjalistów jeszcze do niedawna obowiązywały normy czasu pracy skróconego do 5 godzin na dobę i przeciętnie 25 godzin na tydzień w pięciodniowym tygodniu pracy. Po 1 lipca 2014 r. może się to zmienić – przestają bowiem obowiązywać przepisy ograniczające wspomniane normy, a minister zdrowia już planuje zrównać ich czas pracy z normami obowiązującymi dla pozostałych grup lekarzy. Wzbudza to wiele kontrowersji przede wszystkim ze względu na chęć utrzymania wynagrodzenia na dotychczasowym poziomie przy zwiększeniu godzinowego wymiaru czasu pracy. – Zwiększenie pracowników

Niekolizyjne
wzięcie urlopu,
zwłaszcza
w okresie
wakacyjnym,
często zależy
od dobrej woli
współpracujących
ze sobą lekarzy
i odpowiednio
wcześnie
podjętych
rozmów.

normy czasu pracy o połowę, tj. z 5 godzin dziennie do 7 godzin 35 minut, powinno znaleźć swoje odzwierciedlenie w powiększeniu wynagrodzenia lekarza – uważa Maciej Hamankiewicz, prezes NRL. „Lekarze zatrudnieni w zakładach i pracowniach wymienionych w art. 214 ustawy o działalności leczniczej wykonują odpowiedzialne zadania medyczne, nie znajduję zatem żadnego uzasadnienia, aby z dniem 1 lipca 2014 r. obniżać stawkę godzinową wynagrodzenia za tę trudną pracę” – czytamy w liście prezesa Hamankiewicza do przewodniczącego Komisji Zdrowia, Tomasza Łatosza. Sprawa budzi w środowisku kontrowersje. Jakie ostatecznie zapadną decyzje, zapewne dowiemy się już wkrótce.

Urlop na kontrakcie

Kodeks pracy nie reguluje norm dotyczących dni wolnych na urlop w przypadku pracowników kontraktowych. – Wszystko zależy od tego, jak mamy skonstruowaną umowę. Wiadomo, że kontrakty są skrojone tak, aby pewne obciążenia przesunąć z pracodawcy na pracownika. Są to między innymi koszty pracy, stanowiące około 44 proc. umowy o pracę. Przejście na kontrakt to jednak najczęściej świadome zrzeczenie się niektórych praw, np. płatnego urlopu czy zwolnień chorobowych, na rzecz przywilejów wynikających z niektórych zapisów zawartych w umowach kontraktowych, jak chociażby wyższe wynagrodzenie za pracę – mówi dr Leszek Jagas, specjalista medycyny pracy z Legionowa, lekarz kontraktowy.

Zatrudnienie kontraktowe wiąże się z wyższymi zarobkami i swobodą działania, ale jednocześnie niesie ze sobą ryzyko zbyt dużego obciążenia pracą, a co gorsza – pozostania bez środków do życia w przypadku choroby. – Pamiętam przypadek pewnej pani doktor będącej na kontrakcie, która zachorowała. Koledzy lekarze zwrócili się z prośbą o zapomogę dla niej, ponieważ od dłuższego czasu nie świadczyła pracy i pozostała bez środków na utrzymanie – mówi Katarzyna Strzałkowska, rzecznik prasowy NRL.

Urlop lekarza kontraktowego to także konieczność zorganizowania zastępstwa na czas nieobecności. – Jeżeli chcę mieć czas wolny, muszę mieć zastępstwo specjalisty o takich samych kwalifikacjach, który będzie pracował za mnie, i odpowiednio wcześniej zgłosić ten fakt do NFZ. Osoba niezgłoszona nie mogłaby mnie zastąpić. Przez lata zorganizowałem sobie pracę tak, że obecnie nie mam problemu ze znalezieniem chętnych na zastępstwo. Oczywiście z odpowiednim wyprzedzeniem muszę poprosić o wsparcie. Ustalanie zastępstw odbywa się za zgodą i wiedzą pracodaw-

cy. Kiedy już dopełnię niezbędnych formalności, mogę sobie pozwolić na wyjazd nawet dwa razy w roku – wyjaśnia doktor Jagas.

Na kontrakcie trzeba wszystko dobrze zaplanować i obliczyć, mądrze przekalkulować. Lekarz, który przez dłuższy czas chorował, raczej nie będzie mógł pozwolić sobie na urlop – nie będzie go stać na kolejne niezapłacone dni. To bez wątpienia ogromny minus pracy na kontrakcie. Kolejnym jest zarządzenie NFZ dotyczące wspomnianych zastępstw, gdyż lekarz nie zawsze może przewidzieć, że zastępstwa będzie potrzebował.

Dlaczego lekarze odmawiają sobie wolnego?

Jest wiele czynników, które wpływają na długość czasu przeznaczanego na wypoczynek. W przypadku lekarzy niebędących na etacie podstawowym problemem jest

Pracownicy etatowi wykorzystują urlopy zgodnie z normami określonymi przez kodeks pracy i nie ma problemów w ich przypadku z wzięciem wolnego. Takie umowy przeważają w przychodniach POZ.

prawdopodobnie czynnik ekonomiczny. Każdy stara się mieć stabilną sytuację finansową, a co za tym idzie – również życiową. – Ekonomia wymusza mniejsze lub większe kompromisy, ale skracanie urlopów do niezbędnego minimum to także kwestia odpowiedzialności za pacjentów – wewnętrzne poczucie obowiązku, świadomość, że zbyt długie przebywanie poza gabinetem sprawia, że terminy oczekiwania na wizytę u lekarza wydłużają się, nie można kontynuować planowego leczenia czy pomóc pacjentom z bólem – zauważa Anna Skalska, lekarz dentysta, właścicielka gabinetu stomatologicznego w Mińsku Mazowieckim zatrudniającego pięciu stomatologów. W zawodzie jest od sześciu lat i dziennie pracuje średnio około 12 godzin. Jeśli chodzi o kwestię rezygnacji z urlopu z przyczyn finansowych, uważa, że wszystko zależy od tego, kto jest na jakim etapie. – Młodzi lekarze, którzy dopiero zaczynają nie tylko swoją karierę zawodową, ale przede wszystkim są na początku drogi życiowej, zazwyczaj muszą dorabiać. To właśnie oni biorą na siebie większe obciążenia, jeśli tylko istnieje możliwość zarobienia większych pieniędzy – zauważa doktor Skalska.

Lekarze w wieku 50+ mogą pozwolić sobie na więcej wolnego zdecydowanie częściej, bo pewien status mają już zapewniony. Ponadto wraz z wiekiem i stażem pracy potrzeba wypoczynku jest coraz większa. – W latach 90., a nie byłem wówczas rekordzistą, pracowałem 450 godzin w miesiącu. Jeden z moich kolegów, oprócz pracy w przychodni między godziną 8.00 a 15.00, pełnił w pogotowiu 25 dyżurów w miesiącu – wspomina doktor Jagas. I podkreśla, że jeśli ma się dobrze płatny, stabilny etat, nie trzeba gonić za kolejnymi zleceniami. Jednak w przypadku kontraktu sytuacja może się zmieniać z dnia na dzień i trzeba o tym pamiętać. Kiedyś pracował w dziewięciu miejscach jednocześnie. W ciągu miesiąca stracił siedem prac. W trzech placówkach na drzwiach powieszono kartkę: „Przychodnia zamknięta do odwołania”. – Takie są realia rynku – podsumowuje. Jednocześnie potrzeby rynku – zbyt mała liczba lekarzy i duże zapotrzebowanie na usługi medyczne – sprawiają, że lekarze mogą pracować naprawdę dużo. Niestety, niektórzy zapominają o tym, że odpoczynek jest konieczny. Kilka lat temu cała Polska usłyszała o szpitalu w Głubczycach, w którym z przepracowania zmarł anestezjolog, pełniąc piątą z rzędu dyżur.

POZ i specjalistka

– Pracownicy etatowi wykorzystują urlopy zgodnie z normami określonymi przez kodeks pracy i nie ma problemów w ich przypadku z wzięciem wolnego. Takie umowy przeważają w przychodniach POZ. Z kolei w przychodniach świadczących usługi w ramach specjalisty zazwyczaj lekarze zatrudnieni są na kontrakcie – informuje Jacek Mitek, dyrektor ds. medycznych SPZOZ Warszawa Wola-Śródmieście, w skład którego wchodzi 14 przychodni. Znajduje w nich zatrudnienie łącznie 250 lekarzy. Dyrektor Mitek podkreśla, że również w przypadku kontraktów nie ma problemów z wygospodarowaniem dni wolnych, jeśli któryś z lekarzy o nie wnioskuje, ponieważ jest możliwość zorganizo-

wania zastępstw. Wszystko musi być jednak ustalone odpowiednio wcześniej.

Potwierdzenie optymistycznej tendencji do uwzględniania czasu na odpoczynek znajdujemy także w jednym z NZOZ-ów w Rawie Mazowieckiej. – Jesteśmy placówką specjalistyczną, bez kontraktu z NFZ – mówi Barbara Mróz, właścicielka placówki. – Współpracujemy z 20 lekarzami, których podstawową formą zatrudnienia jest etat w klinikach w Łodzi i Warszawie. Całe szczęście, że nie są pracownikami kontraktowymi, byłoby zobligowani do pełnienia 12-godzinnych dyżurów, co bez wątpienia mogłoby zdecydowanie utrudnić naszą współpracę – podkreśla. Lekarze pracujący w tej placówce zwykle biorą urlopy tygodniowe, rzadziej zdarza się, żeby mieli dłuższą przerwę w pracy. Problem z zastępstwami nie istnieje. Jeśli jeden z ortopedów wyjeżdża, dwaj pozostali przyjmują pacjentów. Nie ma też konieczności zgłaszania ich zastępstw do NFZ. Również w tej przychodni nie zdarzyło się, żeby w ciągu roku którykolwiek z lekarzy nie miał wolnego na odpoczynek.

Na własnym garnuszku

– Kiedy prowadzi się własny gabinet, wszystkiego trzeba dopilnować. Lekarz-właściciel zajmuje się nie tylko leczeniem, ale jest odpowiedzialny także za prowadzenie gabinetu – zauważa Anna Skalska. Mimo konieczności pogodzenia tych dwóch obowiązków – bycia stomatologiem i przedsiębiorcą – zawsze znajduje czas, by wyjechać na urlop. Zazwyczaj dwa razy w roku wyjeżdża na tygodniowy wypoczynek. Na dwa tygodnie wolnego, jak twierdzi, nie może sobie pozwolić. Zresztą wśród jej współpracowników mało kto bierze urlop czternastodniowy; na taką przerwę pozwalają sobie jedynie lekarze będący rodzicami dzieci w wieku szkolnym. Większość kadry korzysta tak jak ona z siedmiodniowego wypoczynku.

O wadach i zaletach różnych form zatrudnienia doskonale wie Agata Gutalska, lekarz dentysta. Obecnie jest właścicielką gabinetu dwufotelowego na warszawskim Żoliborzu. Wcześniej pracowała zarówno na etacie, jak i na kontrakcie. – Jeśli chodzi o komfort posiadania prawa do dni wolnych, etat był najlepszy. Zapewniał prawo do płatnego urlopu i zwolnienia chorobowego – nie trzeba było szybko wypoczywać ani szybko się leczyć. Z pracą etatową wiąże się jednak zdecydowanie gorsza płaca. Kontrakt był pod tym względem zdecydowanie bardziej atrakcyjny. Kiedy chciałam mieć trochę wolnego, prosiłam kolegę o zastępstwo. Gdyby się nie zgodził, nie mogłabym iść na urlop. To był duży minus kontraktu – opowiada. Doktor Gutalska dzień pracy zaczyna o godzinie 9.00, a kończy o 19.00. Pracuje pięć dni w tygodniu, weekendy zazwyczaj ma wolne, choć czasem robi wyjątki, by w soboty przyjąć pacjentów, dla których nie znalazła dość czasu w tygodniu. Na szczęście potrafi tak zorganizować sobie pracę, by zimą i w sezonie letnim mieć tydzień wolnego, czasami nawet uda jej się wygospodarować na wypoczynek czternaście dni. Jak twierdzi, wśród jej znajomych lekarzy wszyscy mają urlopy i zawsze starają stworzyć sobie optymalne warunki do odpoczynku. ■



**Romuald
Krajewski**

Prezydent
Europejskiej
Unii Lekarzy
Specjalistów
(UEMS)

To kolejna
dobrowolna,
oddolna inicjatywa
europejskiego
środowiska
lekarskiego w trosce
o wysoką jakość
kształcenia i opieki.
Jest ona bardzo na
czasie, bo szkolenie
w warunkach
symulacji jest
nowością, bardzo
szybko się rozwija,
jest przedmiotem
bardzo dużego
zainteresowania
przemysłu, a więc
ustalenie i weryfikacja
standardów
kształcenia są bardzo
potrzebne.

Przyszłość kształcenia i szkolenia lekarzy?

Wiele jednocześnie zachodzących
zjawisk – zarówno w ochronie
zdrowia, jak i w jej otoczeniu
– powoduje, że tradycyjny model
uczenia praktycznych umiejętności
wymaganych zarówno od absolwenta
uczelni medycznej, jak i od
specjalistów, coraz bardziej zmienia się
w nauczanie w świecie wirtualnym.

Nie ma wątpliwości, że ani lekarzem, ani specjalistą
nie będzie można zostać, mając do czynienia tylko
z symulatorami, wirtualną rzeczywistością, maneki-
nami i medycznymi gramiami. Ale bardzo dobrze wyka-
zano, że wykonanie procedur w warunkach symulacji
znacznie poprawia wykonanie ich u pacjentów. Nadto,
tradycyjne uczenie się w warunkach klinicznych ma
ograniczenia. Nie można wówczas pozwolić na two-
rzenie sytuacji awaryjnych, zwiększanie ryzyka ani na
wielokrotne powtarzanie czynności. W warunkach sym-
ulacji można to robić i chętnie mówi się o analogiach
do treningu pilotów, którzy regularnie ćwiczą prawo-
dłowe zachowania w razie awarii i niebezpieczeństwa
na symulatorach. W ten sposób można też ćwiczyć
różne warianty działania zespołowego i rozwiązywanie
problemów. Szkolenie wcale nie musi ograniczać się
do umiejętności technicznych, może obejmować tak-
że umiejętności społeczne. Coraz częściej słyszymy
o używaniu symulatorów do sprawdzania predyspo-
zycji i stanu umiejętności lekarzy.

Bardzo ważną staje się wspólna praca licznych spe-
cjalności zainteresowanych wykorzystaniem metod
symulacji. Dobrej jakości centra symulacji są bardzo
kosztowne i powinny służyć wielu specjalnościom,
licznym ośrodkom oraz uczącym się z wielu krajów,
aby dobrze wykorzystywać coraz bardziej skompliko-
wany, drogi sprzęt.

Sekcja Chirurgii UEMS, skupiająca także 9 węż-
szych specjalności chirurgicznych, od paru lat oma-
wiała programy szkolenia w ośrodkach symulacji i ich
akredytację. Niektóre ośrodki w Europie uzyskały już
akredytację Amerykańskiego Towarzystwa Chirur-
gów, ale ze względu na różnice pomiędzy systemami
szkolenia i organizacji ochrony zdrowia potrzebne jest
stworzenie systemu europejskiego.

Na ostatnim posiedzeniu Rady UEMS powołano Ko-
mitet (Multidisciplinary Joint Committee), który zajmie się
sprawami szkolenia specjalistów w warunkach symulacji
oraz akredytacją ośrodków prowadzących takie szkole-
nia. Na początek akces do pracy w Komitecie zgłosiło
12 specjalności, mamy więc nadzieję, że o efektach jego
pracy wkrótce i nie raz usłyszymy. ■



FOTO: SWPS

Poza presją pracy

Z dr. hab. Sylwiuszem Retowskim, psychologiem pracy i organizacji Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej w Sopocie, rozmawia Marta Jakubiak.

Panie doktorze, po co nam urlop?

Jeszcze kilkadziesiąt lat temu nikt nawet o nim nie słyszał. Urlop jest zdobyczą XX w. Wcześniej intensywność pracy regulowała natura. Wraz z rozwojem cywilizacji zdobywaliśmy jednak coraz więcej kontroli nad tym, co się dzieje w naszym życiu i otoczeniu, coraz bardziej uniezależniając się od zmian pór roku. W XXI w. doszliśmy do momentu, kiedy możemy zapracować się na śmierć, a największe szanse na to mają specjaliści z wyższym wykształceniem – do takiej grupy należą między innymi lekarze.

Czy Polacy potrafią zorganizować sobie urlop tak, żeby skutecznie wypocząć, czy grupa zawodowa lekarzy to potrafi?

Dane dla całego społeczeństwa nie są zbyt optymistyczne. Po pierwsze, istnieje bariera ekonomiczna – gros osób nie wyjeżdża, podając jako powód czynnik finansowy. Wśród wypoczywających poza miejscem zamieszkania są osoby z wykształceniem wyższym, które mają większą świadomość zdrowotną i dysponują wyższymi zarobkami. W większości przypadków nie potrafimy odpoczywać.

Dlaczego, jaki jest złoty środek na dobry, pozbawiony myśli o pracy i codziennych obowiązkach urlop?

Nie istnieje jeden uniwersalny wzorzec. Polacy spędzają urlopy na kilka sposobów. Dwa pierwsze to: porządkowanie papierów i remontowanie domu. W taki sposób na pewno nie odpocznemy, bo wypełniamy obowiązki pozazawodowe, ale jednak obowiązki. Urlop spędzony poza miejscem zamieszkania, w zupełnie innym otoczeniu niż rzeczywistość codzienna, daje zdecydowanie większe korzyści. Trzeba o tym pamiętać. Nie wystarczy tylko nie chodzić do pracy, żeby odpocząć.

Ale także ci, którzy wyjeżdżają, nie zawsze potrafią korzystać z wolnego. Często słyszę: „tak, tak, jadę na urlop, ale wezmę laptopa i komórkę, bo w międzyczasie będę sobie sprawdzał maile”. To jest zabójcze, bo prędzej czy później okaże się, że te maile są tak absorbujące, że nie można zrelaksować się, odcinając od codzienności, i odpocząć.

Zatem komputer zostawiamy w domu...?

Tak, tak, zdecydowanie tak.

Wracając do remontu. Kiedyś przecież trzeba go zrobić, a do tego potrzebny jest urlop.

Oczywiście, że tak, ale należy pamiętać, że urlop poświęcony na remont nie wystarczy – musimy mieć jeszcze kilka dni wolnych i wyjechać. To niezbędne, żeby zregenerować organizm.

Czy wyjazd daje największą szansę na pełny odpoczynek?

Tak, ale też nie każdy. Brak jakiegokolwiek wysiłku, czyli ograniczanie się na przykład jedynie do drzemek, do wylegiwania się, oglądania telewizji czy „grzebania” w internecie, oznacza, że nie zregenerujemy się ani psychicznie, ani fizycznie. W czasie urlopu trzeba zaangażować się w coś, co jest zupełnie oderwane od pracy i codziennych obowiązków. Bierny odpoczynek to za mało. Trzeba podejmować aktywność, która skutecznie pozwala się zrelaksować. Do dobrej regeneracji skutecznie przyczyniają się spotkania towarzyskie, wchodzenie w nowe interakcje, a także różnego typu aktywność fizyczna. Dla jednych będzie to pływanie, dla innych chodzenie na grzyby, jazda na rowerze, zwiedzanie czy po prostu spacer. Tu nie ma żadnych ograniczeń. Ważne, by robić coś angażującego.

Czyli również aktywność psychiczna, intelektualna...

Tak, ale obejmująca dziedziny niezwiązane z pracą. Nie byłoby wskazane, by na wyjeździe z grupą znajomych lekarzy rozmawiać o różnych sprawach związanych z pracą. Pewnie, że takie rozmowy mogą być przyjemne, ale nie pozwolą zdystansować się od tego, co mamy na co dzień, a to warunek konieczny, by naprawdę odpocząć. Jeżeli będziemy w stanie dokonać takiego „odłączenia się”, na pół tygodnia, tydzień, pozwoli nam to w pełni naładować wewnętrzne akumulatory.

Jak jeszcze można skutecznie odciąć się od pracy?

Jeśli człowiek jest naprawdę mocno zaangażowany w pracę, spędza w niej wiele godzin, nie wierzę, aby mógł wyłączyć się od niej z dnia na dzień – wczoraj jeszcze byłem na 12-godzinnej dyżurze, a dziś na leżaku podziwiam piękne widoki i tylko to mnie obchodzi. Tak się nie da, dlatego sam początek urlopu czasem bywa trudny. Ludzie zazwyczaj są trochę w szoku i potrzebują adaptacji.

Czyli naturalne jest, że przez pierwsze dwa czy trzy dni jesteśmy jeszcze jedną nogą w pracy?

Tak, to naturalne. Coś podobnego obserwujemy, kiedy wracamy do pracy po dłuższym urlopie. Zastanawiamy się: „co ja tu robię, jeszcze wczoraj byłem zupełnie gdzie indziej i robiłem zupełnie inne rzeczy”.

To może lepiej nie wyjeżdżać już następnego dnia po zakończeniu pracy, tylko mieć jeszcze dwa spokojne dni w domu na wyhamowanie?

To bardzo dobry pomysł, żeby zacząć urlop: już nie chodzę do pracy, jeszcze nie towarzyszy mi stres związany z podróżą, wyciszam się i wyjeżdżam po dniu, dwóch dniach już nieco wyciszony. Przy pracy bardzo intensywnej, a taką przecież wykonują lekarze, wyłączenie się nie jest sprawą prostą.

Moje magistranki rok temu wykonały badania psychologiczne w grupie lekarzy, między innymi dotyczące sposobu odpoczywania. Na przykład, z wyników badań Martyny Ponczek wynika, że presja pracy u lekarzy ma istotne negatywne konsekwencje dla jakości życia. Istotne zależności występują pomiędzy presją pracy a częstotliwością negatywnych doświadczeń podczas wypoczynku, obniżonym zadowoleniem ze zdrowia oraz z różnych ważnych aspektów satysfakcji z życia.

Czy lepiej, żeby wypoczynek trwał dłużej, co będzie wiązało się z tym, że rzadziej możemy pozwolić sobie na urlop, czy lepiej wypoczywać częściej, a krócej?

Odpowiedni poziom relaksu jesteśmy w stanie osiągnąć dopiero podczas wypoczynku, który trwa co najmniej dwa tygodnie. Oczywiście krótkotrwały urlop jest bardzo ważny, ale nie daje szansy, by naprawdę odpocząć. W weekendy nie ma nawet przestrzeni, żeby przestać myśleć o pracy.

Jak mądrze rozstać się z pracą przed urlopem? Zazwyczaj jest ona dwa razy bardziej intensywna, bo trzeba podomykać wiele spraw.

To fakt, że kiedy pełni się ważne funkcje i w pracy ma się dużą odpowiedzialność, a taką bez wątpienia mają lekarze, ostatni tydzień może być naprawdę szaleńczy. Jednak musimy pozamykać wszystko albo domknąć na tyle, żeby w czasie naszej nieobecności nikt nie ścigał nas telefonami. Gdyby tak się stało, urlop będzie zmarnowany.

Gdy chce się iść na urlop w drugiej połowie lipca, już pod koniec maja trzeba zacząć domykać bieżące sprawy i nie podejmować nowych zleceń.

Żeby uniknąć tej gonitwy, trzeba zaplanować wszystko odpowiednio wcześniej. Gdy chce się iść na urlop w drugiej połowie lipca, już pod koniec maja trzeba zacząć domykać bieżące sprawy i nie podejmować nowych zleceń. Dłuższe wygaszanie zobowiązań zawodowych pozwala uniknąć nerwowości przed samym urlopem.

Jakie są najważniejsze symptomy świadczące o tym, że już zapaliło się czerwone światelko i trzeba natychmiast iść na urlop? Znam osoby, które chodzą na dwutygodniowy urlop raz w roku, ale są również takie, które nie chodzą wcale.

Sygnałem, który powinien bardzo zaniepokoić, jest chroniczne zmęczenie, wyczerpanie. Jak je rozpoznać? W bardzo prosty sposób: kiedy po wolnych dniach, np. po weekendzie, jesteśmy tak zmęczeni, że z głęboką niechęcią myślimy o powrocie do pracy. Takie sygnały oznaczają, że zmęczenie osiągnęło taki poziom, kiedy człowiek nie jest w stanie zregenerować się w czasie krótszego wypoczynku.

Trzeba też obserwować swoje uczucia i emocje związane z pracą. Jeżeli stają się one coraz bardziej negatywne, czujemy niechęć do angażowania się w cokolwiek, wyraźnie zaczynamy odczuwać brak satysfakcji z tego, co robimy – oznacza to, że wyczerpaliśmy swoje zasoby i szybko ich nie przywrócimy. Na przykład z wyników badań mojej kolejnej magistrantki – Natalii Zajac, można wnioskować, że u lekarzy silna presja pracy nasila przeżywanie konfliktu pomiędzy pracą a rodziną, co w dalszej kolejności powoduje pojawienie się nie tylko wyczerpania emocjonalnego, ale również odczuwanie negatywnych emocji wobec pacjentów.

Co zrobić w sytuacji, kiedy wyjedziemy na urlop i nie czujemy się tam dobrze. Lepiej zostać i się przemęczyć, czy wyjechać?

Nie namawiałbym do podejmowania szybkich i radykalnych decyzji – „nie podoba mi się, wyjeżdżam”. Najpierw trzeba rozejrzeć się wokół raz jeszcze i poszukać tego, co w danym miejscu i otoczeniu jest pozytywne. Jest duże prawdopodobieństwo, że po wyjeździe na urlop lekarz może czuć się niezadowolony. Badania konsekwentnie wskazują, że zawodowi temu towarzyszy tzw. silna presja pracy – dużo odpowiedzialności i zobowiązań. Jeśli presja pracy jest bardzo wysoka, często również w czasie urlopu pojawiają się negatywne doznania. Niekiedy silna presja pracy sprawia, że nie można tak łatwo przestawić się ze stanu wysokiego zaangażowania na relaks typowy dla urlopu.

Jeśli jednak w danym miejscu po prostu nie da się wytrzymać, to trzeba zachować zdrowy rozsądek i nie kutować się tam.

Jak radzić sobie z presją pracy?

Presja pracy tak naprawdę ma dwa bardzo ważne aspekty. Jeden to kwestia zarządzania odpowiedzialnością, czyli zadaniami, których się podejmujemy i odpowiedzialność za nie. Druga jest bardzo mocno związana

z zarządzaniem czasem i presją czasu. Trzeba się zastanowić, które aspekty sprawiają, że nie dajemy rady. Pamiętać należy, że lekarze w swojej pracy zawodowej muszą poradzić sobie z dwojakimi obciążeniami. Jedne mają charakter intelektualny, związany z przetwarzaniem ogromnej ilości informacji i podejmowaniem decyzji, np. stawianiem diagnozy czy zaplanowaniem leczenia. Drugie obciążenie związane jest z emocjami: z zasady lekarze spotykają się z negatywnymi emocjami ludzi, którym pomagają, bo pacjent jest smutny, rozdrażniony, zły albo cierpi. Po nim przychodzi kolejny, który także doświadcza negatywnych emocji. Te dwa rodzaje wyzwań – intelektualne i emocjonalne – powodują, że zawód lekarza jest mocno obciążający i tak trudny do wykonywania.

Ile razy w ciągu roku lekarz powinien wyjechać na urlop i odciąć się od tych negatywnych emocji?

Na pewno każdy powinien wziąć jeden dłuższy, uczciwy urlop, co najmniej dwutygodniowy. Co do kolejnych, pozostawiam to do indywidualnej oceny.

Dlaczego ludzie nie znajdują czasu na urlop, skoro urlop to coś przyjemnego?

Niestety, znam takich, którzy są dumni, że nie chodzą na urlopy. Taką postawę spotyka się częściej u mężczyzn, niż u kobiet. Nie potrafię jej wytłumaczyć. Czasami ludzie po prostu nie mogą pozwolić sobie na wolne dni z powodów finansowych, zdrowotnych czy rodzinnych. Niekiedy jest to kwestia wyboru. O znacznie poważniejszym problemie możemy mówić wówczas, kiedy mamy do czynienia z syndromem pracoaholicznym, gdy w momencie wyjazdu pojawia się syndrom odstawienia. Negatywne objawy psychiczne i fizyczne nasilają się tak bardzo, że pracoaholik szybko wraca do codziennych obowiązków.

Czy wykonano badania na temat pracoaholizmu wśród lekarzy?

Obecnie prowadzimy takie badania. Ich wyniki można będzie poznać za kilka miesięcy.

Jak długo można wytrzymać bez urlopu przy bardzo stresującej pracy?

Jeżeli człowiek ma ważne powody, dla których nie jest w stanie wziąć urlopu – związane na przykład z koniecznością wywiązania się ze zobowiązań kredytowych albo w danym momencie zawodowym nie jest wskazane, żeby robił sobie jakąś dłuższą przerwę, taka sytuacja może trwać nawet kilka lat. Jednak wzrasta wówczas ryzyko pojawienia się różnego rodzaju poważnych konsekwencji – nie tylko psychicznych, ale i fizycznych. Lekarze wiedzą, czym to się może skończyć.

Kiedy można powiedzieć, że wypoczęliśmy?

Kiedy do pracy wracamy z ciekawością, zastanawiamy się, co się w niej dzieje, mamy ochotę rzucić się w wir zobowiązań, spotkać z dawno niewidzianymi współpracownikami. Po prostu chcemy wrócić do swojego gabinetu, szpitala, przychodni. ■

Te dwa rodzaje wyzwań – intelektualne i emocjonalne – powodują, że zawód lekarza jest mocno obciążający i tak trudny do wykonywania.

Lekarze w mundurach



Wojskowa Izba Lekarska w Warszawie

**Lucyna
Krysiak**

Lekarze wojskowi są zdyscyplinowani, koleżeńscy, zdolni do poświęceń, a także spontanicznej pomocy. Mają wyjątkową łatwość komunikowania się, choć wydawałoby się, że ze względu na swój wojskowy charakter są hermetyczni.



Zaczęło się tak jak we wszystkich izbach. Po re-aktywacji samorządu lekarskiego izby okręgowe konstituowały się w terenie, spierały o zasięg terytorialny, walczyły o własną tożsamość. O losach Wojskowej Izby Lekarskiej zdecydował Zjazd, który odbył się 15 listopada 1989 r. w Wojskowym Instytucie Higieny i Epidemiologii w Warszawie. Uczestniczyło w nim 153 delegatów. Wojskowa służba zdrowia była wtedy inaczej zorganizowana niż obecnie, delegatami na tym zjeździe byli więc wyłącznie lekarze mundurowi. Ich głosy były podzielone, jedni chcieli własnej izby, inni byli temu przeciwni. Jan Sapieżko, obecny prezes WIL w Warszawie, podkreśla, że to był bardzo trudny okres, można powiedzieć, że rewolucja w sposobie myślenia. Lekarze w mundurach po raz pierwszy w historii państwa polskiego dostali możliwość samostanowienia o sobie jako samorząd zawodowy. Dla wielu osób, zwłaszcza spoza środowiska medyków wojskowych, przyzwyczajonych do funkcjonowania na zasadzie hierarchiczności, odgórnych decyzji i rozkazów, był to szok. Wojskowa służba zdrowia nie miała przedwojennych tradycji samorządowych. Do dziś zresztą jest jedynym w kraju samorządem zawodowym w wojsku. Ostatecznie WIL się ukonstytuowała i włączyła w swoje szeregi wszystkich lekarzy wojskowych z całej Polski.

Lekcja samorządności

Pierwszym przewodniczącym Okręgowej Rady Lekarskiej WIL został płk prof. Bronisław Stawarz, ówczesny szef kliniki urologii w szpitalu wojskowym przy

ul. Szaserów w Warszawie. Na jego zastępców zostali wybrani: płk prof. Stanisław Barcikowski, płk dr hab. Jerzy Kruszewski i mjr lek. stom. Bogumił Zalewski. Pierwszym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej został płk prof. Andrzej Kulig, a przewodniczącym Sądu Lekarskiego płk dr n. med. Kazimierz Cieślak. No i zaczęła się praca. Wzorem wszystkich izb, tak jak nakazywała ustawa o samorządzie lekarskim, powołano wszystkie organy, ale od początku było wiadomo, że struktura organizacyjna izby wojskowej będzie się różnić od pozostałych. Ponieważ swoim zasięgiem izba objęła cały kraj, jej działalność oparto o tzw. rejonry lecznicze, w których wiodącą rolę spełniał szpital wojskowy. Zgodnie z zaleceniem II Zjazdu Rada powołała 21 przedstawicieli w tych rejonach. Mieli oni stanowić pomost pomiędzy centralą w Warszawie a lekarzami w terenie. Na organizowaniu i formowaniu tej struktury upłynęła II kadencja, której nadal przewodniczył płk Stawarz. Po nim (III kadencja) pałeczkę przejął płk prof. Jerzy Kruszewski, który wciąż aktywnie działa zarówno w swojej rodzinnej izbie, jak i w Naczelnej Radzie Lekarskiej (w IV i VI kadencji przewodniczył Komisji Kształcenia Medycznego, w IV i V kadencji był członkiem Prezydium). To był czas działań na rzecz utrzymania Wojskowej Akademii Medycznej, którą – jak wiadomo – i tak rozwiązano. Lukę po WAM i wyrwę w kształceniu lekarzy wypełnić miał utworzony Wydział Wojskowo-Lekarski na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi, który do dziś kształci lekarzy dla potrzeb wojska. To był także czas poszukiwań takich rozwiązań organizacyjnych,

Wojskowa służba zdrowia nie miała przedwojennych tradycji samorządowych. Do dziś zresztą jest jedynym w kraju samorządem zawodowym w wojsku.

które usprawniłyby funkcjonowanie izby i logicznym wydawało się, że tego rodzaju oczekiwania spełni powołanie delegatur. Przy tak dużym rozproszeniu członków delegatury jednak nie sprawdziły się i wrócono do poprzedniej formuły, w której lekarzom łączność z izbą zapewniają niezmiennie członkowie Rady Lekarskiej. Ministerstwo Obrony Narodowej życzliwie podeszło do utworzenia samorządu zawodowego w swoich strukturach i w sierpniu 1991 r. doszło do zawarcia pierwszego i dziś już historycznego „Porozumienia o współdziałaniu i współpracy pomiędzy MON i WIL”. Zobowiązywało ono MON do przekazywania środków finansowych na działalność administracyjną izby i zapewnienia pomieszczeń biurowych. Były to wprawdzie trzy skromne pokoiki przy szpitalu na ul. Szaserów, ale można już się tam spotykać, obradować i wydawać prawo wykonywania zawodu. Resort udostępnił też izbie nieodpłatnie linię telefoniczną i przekazał dokumentację ewidencyjno-kadrową umożliwiającą prowadzenie rejestru lekarzy wojskowych. – Na tamte czasy to był ewenement, informacje kadrowe podlegały szczególnej ochronie, a nam dostęp do nich pozwolił szybko zorganizować biuro i stworzyć ewidencję naszych lekarzy – wspomina Zbigniew Ułanowski, który od blisko 15 lat nieprzerwanie związany jest zawodowo z WIL. Przez 6 lat był dyrektorem biura, od 2002 r. prowadzi biuletyn izbowy „Skalpel”. Porozumienie to zobowiązywało również dowódców jednostek wojskowych do umożliwiania lekarzom pracy w samorządzie lekarskim i zwalniania ich do pracy w samorządzie z obowiązków służbowych. Ze względu na swój wojskowy charakter WIL od początku miała też pewne ograniczenia. Lekarze mundurowi nie mogli negocjować warunków pracy i służby tak jak ich cywilni koledzy, wyłączeni byli z orzecznictwa o niezdolności do wykonywania zawodu, z przewodniczenia komisjom konkursowym oraz występowania w obronie interesów indywidualnych i zbiorowych członków samorządu. – W tych pierwszych kadencjach wszyscy uczyliśmy się pracy w samorządzie, im bardziej nabieraliśmy doświadczenia, tym śміiej zabiegaliśmy o zniesienie tych ograniczeń. Nowa ustawa o izbach lekarskich z 2009 r. zniósła większość ograniczeń odnoszących się do lekarzy wojskowych, nadal jednak wyłączeniu podlega możliwość opiniowania warunków pracy i płacy lekarzy oraz możliwość wypowiedzenia umowy o pracę lekarzowi będącemu członkiem organów samorządu – tłumaczy Z. Ułanowski.

ski. W IV i V kadencji przewodniczącym ORL WIL był prof. Marian Brocki. Wprawdzie kraj obiegała wtedy fala akcji protestacyjnych lekarzy, mundurowi lekarze nie mogli czynnie włączyć się w te działania, choć zawsze je popierali. Nie uczestnicząc wprost, solidaryzowali się z kolegami w cywilu. Z czasem w WIL ubywało lekarzy w mundurach, będących w służbie czynnej, a obecnie stanowią oni tylko 20 proc. spośród ponad 4 tys. członków tej izby. Pozostali to są wojskowi lekarze, którzy są oficerami rezerwy lub oficerami w stanie spoczynku. Wielu z nich odeszło „do cywila” w efekcie trwającej wiele lat restrukturyzacji sił zbrojnych i likwidacji WAM, dzisiaj pracują w wojskowych szpitalach

i przychodniach, placówkach cywilnych i prowadzą własne praktyki lekarskie. Wyrazili jednak chęć pozostania w swoim środowisku i zostali w macierzystej izbie. W VI kadencji prezesem został Piotr Rapięko, w VII – Jan Sapieżko. Te kadencje wyznacza dążenie izby do zmian na lepsze warunków w kształceniu przed- i podyplomowym lekarzy wojskowych.

Z użyczenia

Ambicją każdej izby jest „dorobienie” się własnej siedziby. Lekarze z okręgowych izb są dumni, jeśli uda im się kupić, wybudować od podstaw lub przejąć i odrestaurować jakiś obiekt, najchętniej o historycznym znaczeniu. Wojskowa Izba Lekarska zyskała swoją siedzibę na zasadzie tzw. użyczenia. Znajduje się ona w skrzydle C Centralnej Przychodni Lekarskiej przy ul. Koszykowej 78 w Warszawie. WIL zajmuje pomieszczenia o powierzchni 500 m kw. i nie ponosi z tego tytułu kosztów najmu lokali, wnosząc jedynie opłaty za media i odprowadzając ustawowo określone podatki. – Siedziba może nie jest okazała, ale spełnia nasze oczekiwania, jest przestronna, wygodna i usytuowana w centrum miasta, co nie jest bez znaczenia dla członków izby, którzy na posiedzenia Prezydium i Okręgowej Rady Lekarskiej oraz inne spotkania zjeżdżają do stolicy z całego kraju – mówi prezes Jan Sapieżko. A spotykają się chętnie, stanowią zgraną społeczność – to pozostałość po czasach studenckich, kiedy byli skoszarowani i wspólnie odbywali szkolenia. Prezes podkreśla, że przebywanie ze sobą przez całą dobę w koszarowych warunkach integruje, uczy samodyscypliny, obowiązkowości, punktualności oraz lojalności wobec kolegów i przełożonych. Uczy także gotowości do pomocy w kryzysowych sytuacjach. Jednym słowem kształtuje charaktery. Ten wojskowy dryl przekłada się na staranność i ofiarność wykonywanych czynności zawodowych. – Bez tych cech osobowościowych trudno byłoby nam tworzyć spójną społeczność, bo przecież lekarze przynależni do naszej izby lekarskiej są rozproszeni po całym kraju – zastrzega prezes Sapieżko. W przeszłości członkiem WIL mógł być tylko lekarz mundurowy, po nowelizacji ustawy o izbach lekarskich są nimi lekarze, którzy pracują w zakładach opieki zdrowotnej podległych Ministrowi Obro-

ny Narodowej. To otworzyło nowe możliwości. Lekarze z tej izby są zaprzyjaźnieni z izbą warszawską, łódzką, gdańską, wielkopolską. Prezes uważa, że te przyjaźnie pozwalają jeszcze bardziej wtopić się w cywilną lekarską społeczność. Pomaga w tym sport. Lekarze wojskowi odnoszą znaczące sukcesy w tej dziedzinie. Prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Tenisowego Lekarzy, Marcin Wroński z Krakowa jest wybitnym sportowcem i organizatorem zawodów sportowych dla całego środowiska. Sukcesy odnosi także drużyna wojskowych lekarzy w piłce nożnej i pływcy. Krzysztof Kawecki z Bydgoszczy, za swoje osiągnięcia w minionym roku został wybrany przez NRL sportowcem roku. Lekarzom wojskowym szczególnie jednak zależy, by dorównać kolegom z innych izb w kwalifikacjach. Dzięki wejściu w życie Rozporządzenia MON z dnia 27 marca 2013 r. w sprawie trybu i sposobu odbywania szkolenia specjalizacyjnego uzyskali prawo do kształcenia specjalizacyjnego z wieloma udogodnieniami ze strony MON (dowódcy mają obowiązek im to umożliwić w wymiarze czasu nie mniejszym niż 24 godziny tygodniowo w ramach czasu pełnionej służby). Prezes Sapieżko podkreśla, że problemów mimo to jest wiele, ale małymi krokami są one rozwiązywane. Takim problemem jest specjalizowanie się lekarzy wojskowych. Jak wiadomo, w wojsku nie ma rezydentur, można się specjalizować tylko w trybie określonym wspomnianym rozporządzeniem MON. Najtrudniej jest w wojsku zdobyć specjalizacje kliniczne, zwłaszcza zabiegowe. Wiele zależy od życzliwości przełożonych, wiele od splotu okoliczności i szczęścia.

Wojsko jest i będzie

Lekarze wojskowi przeżyli już niejedno zawirowanie, największym była likwidacja Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi. Powołanie później Wydziału Wojskowo-Lekarskiego na UM, nigdy już nie było tym samym, ale – jak zastrzega prezes Jan Sapieżko – wojsko jest i będzie, potrzeba kształcenia lekarzy dla jego celów jest niezmienna. Potrzebuje ich zarówno kraj, jak i misje wojskowe – Irak, Afganistan, wcześniej Bośnia. Rzecz w tym, że likwidacja WAM znacznie to kształcenie utrudniła. – Kiedy widzimy młodych ludzi przychodzących

Lekarze mundurowi nie mogli negocjować warunków pracy i służby tak jak ich cywilni koledzy, wyłączeni byli z orzecznictwa o niezdolności do wykonywania zawodu, z przewodniczenia komisjom konkursowym oraz występowania w obronie interesów indywidualnych i zbiorowych członków samorządu.

Warto wiedzieć

Wojskowa Izba Lekarska w Warszawie

Terytorium: obszar całego kraju
Adres siedziby: ul. Koszykowa 78, 00-909 Warszawa
Kontakt: tel. 22 621 12 11; 22 621 04 93, faks : 22 684 55 80
e-mail: wojsko@hipokrates.org
Strona internetowa: www.wil.oil.org.pl
Liczba członków ogółem: 4041, w tym 3715 lekarzy, 315 lekarzy dentystów
Liczba delegatów na zjazd: 95
Liczba członków Okręgowej Rady Lekarskiej: 25
Prezes: Jan Sapieżko

Wiceprezesa: Stefan Antosiewicz, Artur Płachta, Marian Dójczyński, Jacek Woszczyk
Delegatury: brak
Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej: Jan Błaszczak
Przewodniczący Okręgowego Sądu Lekarskiego: Jan Wilk
Przewodniczący Okręgowej Komisji Rewizyjnej: Krzysztof Hałasa
Liczba pracowników etatowych: 12
Liczba samorządowców pobierających wynagrodzenie: 3



do jednostki, nie zawsze są oni odpowiednio przygotowani do wykonywania swojego zawodu, jednak wojsko jako takie także przechodzi metamorfozę, wszystko wskazuje na to, że wiele zadań, które do tej pory pełnili lekarze, przejmą ratownicy medyczni, a my musimy zmierzyć się z tymi zmianami. Lekarze pozostaną głównie na stanowiskach dowódczych i tam, gdzie są niezbędni – tłumaczy J. Sapieżko. Uważa, że w tej metamorfozie izba może odegrać swoją rolę. Lekarze z WIL oprócz swojej rodzimej jednostki są zwykle zatrudnieni w szpitalach lub przychodniach cywilnych. Wiele placówek cywilnych wręcz zabiega o ich zatrudnienie, zwłaszcza lekarzy specjalistów. Często zarabiają tam lepiej niż w rodzimych jednostkach. Izba zabiega o to, aby zniwelować te nierówności, ale najbardziej chodzi o wyrównanie nierówności w szkoleniach. Tajemnicą poliszynela jest, że na egzaminach z LEP-u i LDEP-u, obecnie LEK-u i LDEK-u, lekarze wojskowi wypadali słabiej niż ich koledzy z cywilnych uczelni. Niestety, likwidacja WAM się zemściła, co widać po wynikach tych egzaminów. To był sygnał dla izby, że należy przeorganizować i zintensyfikować szkolenia podyplomowe. – Wreszcie możemy decydować o przydziale miejsc stażowych dla szpitali, wybieramy te najlepsze i tam przygotowujemy naszych lekarzy do zdawania egzaminów, prowadzimy też przygotowania w trakcie studiów – tłumaczy J. Sapieżko. Izba finansuje te szkolenia, a bazę dydaktyczną organizuje prof. Jurek Olszewski, dziekan Wydziału Wojskowo-Lekarskiego UM w Łodzi. Potrzebę ciągłego doskonalenia umiejętności lekarzy wojskowych, konieczność dostosowania ich wiedzy teoretycznej i praktycznej do zmieniającej się sytuacji w wojsku dostrzega gen. bryg. Grzegorz Gielerak, dyrektor Wojskowego Instytutu Medycznego. Podczas I ogólnopolskiej konferencji poświęconej tym problemom zastrzegł, że medycyna wojskowa to medycyna pola walki, wymaga więc specyficznego podejścia do kształcenia kadr, wypracowania takich rozwiązań, które spełniałyby wymogi wojska, ale też oczekiwania medycyny cywilnej. Jan Sapieżko, prezes WIL, dodał, że to oznacza przełamanie pewnych schematów dotyczących myślenia o kształceniu wojskowych kadr medycznych, szukaniu nowych rozwiązań organizacyjnych i prawnych służących doskonaleniu zawodowemu medyków wojskowych i izba jest gotowa włączyć się w ten proces. ■



Znając diagnozę, znajdziemy lekarstwo

Z Jarosławem Waneckim, przewodniczącym Komisji Kultury Naczelnej Rady Lekarskiej, rozmawia Lucyna Krysiak.

Dotychczas kultura w samorządzie lekarskim była łączona ze sportem i rekreacją, i nie ma co ukrywać, że sport ją zdominował. Powołanie Komisji Kultury przy Naczelnej Radzie Lekarskiej jako odrębnie działającej struktury jest więc czymś zupełnie nowym. Skąd ten pomysł?

Barbara Szeffer-Marcinkowska w łódzkim „Panaceum” wyłożyła to dokładnie. Łączenie sportu i kultury to pozostałość stereotypów poprzednich dekad. Kultura fizyczna i kultura intelektualna nigdy do siebie nie pasowały, ale były ze sobą łączone, mimo że trudno jest znaleźć jednolicie działający zespół w obydwu sferach, nawet jeśli jego członkowie korzystają z niewykluczających się przecież form spędzania czasu. Stąd próba podziału ról.

Wszyscy wiedzą, że jest pan pasjonatem kultury. Jaki styl, kierunek działania przyjmie Komisja Kultury pod Pana przewodnictwem?

Znam większych od siebie zapaleńców kultury, ludzi, którzy mi imponują. Sam mam poczucie ciągłego nadrabiania zaległości, ścigania z samym sobą. Właściwie tylko w dziedzinie teatru próbuję być na bieżąco. Komisja to zespół ludzi, którzy wskażą po swoim inauguracyjnym spotkaniu kierunki działania, ale będę proponował nie tyle wspomaganie już istniejących grup hobbystycznych, ale namawiał do powszechnego korzystania z kultury wysokiej, której uczestnikami tradycyjnie było, jest i w coraz większym stopniu powinno być środowisko lekarskie. Nasze wykształcenie i pozycja społeczna predysponują do gremialnego udziału w odbiorze kultury. Moje motto: „Teatr uczy nas żyć, życie nas uczy udawać” pokazuje, że w przedsięwzięciu artystycznym można zobaczyć prawdę, która pozwala się odkryć także w relacji pacjent – lekarz. Nie zamierzam wyręczać poszczególnych izb lekarskich w ich dotychczasowych zadaniach. Chciałbym natomiast proponować rozwiązania, które pozwolą każdemu lekarzowi w Polsce skorzystać z najciekawszych propozycji z szeroko rozumianej kultury, kultury profesjonalistów, bo jedni leczą, a inni śpiewają, chociaż każdy Polak i śpiewać może, i leczyć potrafi. Spróbuję dodać nową wartość pieczęcie lekarskiej, która mogłaby stać się rekomendacją dla biur organizacji wi-

downi, kuratorów wystaw, organizatorów instalacji i happeningów niezależnie od miejsca zamieszkania i przynależności samorządowej. Lubimy wszak jako środowisko przemieszczać się weekendowo, festiwalowo czy koncertowo. Mam doświadczenie, które pozwala na twierdzenie, że lekarze to świetni interpretatorzy sztuki, doskonali dyskutanci, choćby podczas spotkań autorskich, erudyci. Można to jeszcze „podkreślić”!

W tym roku samorząd lekarski obchodzi jubileusz 25-lecia istnienia. Czy Komisja Kultury NRL włączy się w te obchody?

Jubileusze są ważnym miejscem spotkania ludzi, którzy razem coś tworzyli. W moim odczuciu, oprócz podziękowań, medali, kwiatów i bankietów, warto zaproponować wspólny udział w wydarzeniu kulturalnym. Od kilku tygodni intensywnie przygotowuję dla Prezydium i Konwentu Prezesów różne warianty „Srebrnej Gali” – mam nadzieję, że będzie to godna zawodu lekarza uroczystość.

Wśród lekarzy jest wielu uzdolnionych literacko, muzycznie, plastycznie, którzy często swoje talenty prezentują na szerszym forum. Czy chodzi tylko o oderwanie się od codziennych trudów wykonywanego zawodu lekarza, czy o coś więcej?

Śpiew, rysunek czy choćby bazgroły podczas szkolenia, taniec na balu czy prywatnie, jednym słowem każdy przejaw kulturalnej aktywności wyzwala pozytywną energię. Nie w każdym przypadku działania te muszą zamieniać się w bycie artystą. W wielu wypadkach to może być wręcz źródłem frustracji. W polskim szkolnictwie artystycznym popełnia się kosmiczny błąd, wmawiając wszystkim, że będą wirtuozami czy mistrzami pędzla. Przecież tylko nieliczni przejdą przez sito krytyki, zainteresowania widzowni i chętnych do nabywania ich dzieł. Większość powinna być raczej przygotowywana do rozumnego odbioru i umiejętności zachowania publicznego, odważnego zabierania głosu, przełamywania wstydu i kompleksów. Recytacja, którą porzuciło w ostatnich latach polskie szkolnictwo, była wyśmienitym wstępem do nauki retoryki. Nasz zawód to „Teatr jednego aktora”, w którym nadal oprócz wyników papierowych czy cyfrowych bardzo wiele zależy

W polskim szkolnictwie artystycznym popełnia się kosmiczny błąd, wmawiając wszystkim, że będą wirtuozami czy mistrzami pędzla. Przecież tylko nieliczni przejdą przez sito krytyki, zainteresowania widzowni i chętnych do nabywania ich dzieł.

od spojrzenia w oczy pacjenta – widza. Co do trudów zawodu – czy my na pewno wiemy, czego chcemy? Z jednej strony chlubimy się wolnym zawodem, z drugiej chcemy, aby nie wypominano nam misji, przysięgi Hipokratesa i etycznego obowiązku, chcemy normalnie żyć, uprawiając zawód taki jak inne.

Niezależnie od tego, czy jest się twórcą czy odbiorcą kultury, poprzez obcowanie z nią człowiek staje się bardziej wrażliwy, szlachetny, otwarty na nowe idee. Czy tego brakuje lekarzom, czy obserwuje się wśród nich głód kultury?

Lekarzom niczego nie brakuje. Czasem zapominają tylko, gdzie zapodziali te cechy. Czasem zbyt mało wynoszą z domu, ze środowiska, ale na studiach powinno się kształtować tego typu postawy. Z reguły odtwarzamy wzorce, które nam wpoił czy zaprezentował ktoś inny. Kiedy słyszę o rozwodrzeniu młodych lekarzy, o których opowiadają seniorzy, zastanawiam się i pytam, a kto ich wprowadzał do zawodu, a gdzie wtedy byliśmy? Wiele zależy od kultury, ale także tej osobistej – szefów zespołów, ordynatorów, kierowników przychodni. Jeśli wzorzec będzie polegał na hasle: tłuc punkty, nie bacząc na konsekwencje – daleko z wrażliwością, szlachetnością i otwarciem na idee nie zajedziemy. Jeśli wszystko opierać się będzie na procedurach, ankietach i chroniącym „tyłek” papierze, i o ile ludzie nie zachowają owej magii, która także leczy, dehumanizacja medycyny postąpi z przyspieszeniem. Goethe pisał: „gdy dla człowieka w wielkim frasunku nie ma pomocy ani ratunku, jeden lek swą moc zachowa – lek dobrego słowa”.

Dał się pan poznać jako fascynat teatru, autor recenzji teatralnych, organizator wieczorów poetyckich, choćby jako wiceprezes Unii Polskich Pisarzy Lekarzy, ale też jako ktoś, kto swoją pasją potrafi zarazić, chce dzielić się z innymi.

Co takiego jest w potrzebie wspólnego celebrowania kultury?

Kiedy przygotowywałem jeden z „Wieczorów Szekspirowskich” z udziałem Andrzeja Seweryna, stałem się świadkiem pewnego zdarzenia. Ustawiano reflektory, w jakieś chwili snop światła oślepił wielkiego aktora, który przerywając monolog Lady Makbet (tak, tak), z załawionymi oczami wyznał, że nie wyobraża sobie życia bez sceny, bez tych ulotnych chwil, gdy widownia czeka, wstrzymuje oddech, słucha i potem klaszcze. To jest ten dreszcz, który i mnie przeszedł kilka razy. Pierwszy raz w dzieciństwie, a w dorosłości podczas spektaklu „Fausta” w Teatrze Witkacego w Zakopanem. I chciałbym, aby moi przyjaciele, znajomi, obce mi osoby chociaż raz zostali takim dreszczem przeszyci, oczyszczeni, wskrzeszeni do „trudów pracy codziennej”. Tak celebруем kulturę również

w „Gazecie Lekarskiej”. Od czterech lat nieustannie chodzimy razem na lepsze i gorsze wystawienia warszawskich teatrów, a potem dyskutujemy, kłócimy się, oburzamy, śmiejemy, cytujemy, kpimy i umawiamy się na kolejny raz. Wspólny odbiór wzbogaca o spostrzeżenia innych, oświecla, jak dodatkowy reflektor. W mojej izbie doktor Włodzimierz Nowatorski pokazuje mi malarstwo, a jego opowieść odkrywa treści, których sam nigdy bym nie dostrzegł. Wielość interpretacji pokazuje różnorodność osobowości, wrażliwości i doświadczeń. Czerpanie z nich jest wielką przyjemnością. Międzyludzkim spektaklem. Z tego także wynika, że sztuka tworzona do szuflady możliwa, że nie jest sztuką, a jedynie zajęciem dla wolnych tymczasowo rąk. Dlatego, kiedy spotykamy się w Unii Polskich Pisarzy Lekarzy, każdy chce przeczytać swój utwór i poddać się ocenie – najlepiej profesjonalnej, a potem plebiscytowej, rozdać tomiki i autografy. Podobnie jest z popularnością wszelkich konkursów fotograficznych i malarskich, koncertami i występami para-teatralnymi. Dzieło musi mieć widza i powinniśmy pomóc artystom amatorom w jego odnalezieniu w szerszej skali.

Mimo nagonek medialnych, nękania przez urząd, jakim jest NFZ, ograniczeń resortowych, prawnych, lekarzom materialnie żyje się coraz lepiej, a jednak rośnie wśród nich poziom frustracji. Czy kultura może być na to lekarstwem?

Nie do końca. W „Hamlecie” Wiliama Szekspira Klaudiusz mówi do Gertrudy o problemach z królewiczem duńskim: „znając diagnozę, znajdziemy lekarstwo”. Nie jestem przekonany, czy frustracja środowiska wynika jedynie z wymienionych powodów i czy lekarstwem może być jedynie większe uczestnictwo w kulturze. To zbyt proste. Do prawidłowego funkcjonowania potrzeba więcej elementów: w tym dobrych relacji rodzinnych, układów koleżeńskich, chęci do nauki, umiejętności odpoczywania i znajdowania się w nowych warunkach prawnych. Wiem, wiem, miesiąc temu napisałem, że frustrację polskiego lekarza da się kulturą wyleczyć i zostałem na tym przyłapany. Niestety, myślę, że przyczepiliśmy sobie łatkę, trochę na nią sami sobie zapracowaliśmy w mediach, a i nie bez znaczenia jest fakt, że wielu z nas podzieliło lata swojej pracy między dwa systemy polityczne i nie potrafi odnaleźć się w nowej rzeczywistości. „Życie to nie teatr – ja Ci na to odpowiadam, życie to nie tylko kolorowa maskarada, życie jest piękniejsze i straszniejsze jeszcze jest, wszystko przy nim błędnie, błędnie nawet sama śmierć”. Z frustracji musimy wyrosnąć, znaleźć swoje miejsce na ziemi, ustawić się w szeregu zawodów zaufania, ale nie nadludzi decydujących o zdrowiu i życiu innych. Musimy przełamać „serwis” przeciwnika – niech taki sportowy slogan zakończy ostateczne oddzielenie sportu od kultury w łonie NRL. ■

Z reguły odtwarzamy wzorce, które nam wpoił czy zaprezentował ktoś inny. Kiedy słyszę o rozwodrzeniu młodych lekarzy, o których opowiadają seniorzy, zastanawiam się i pytam, a kto ich wprowadzał do zawodu, a gdzie wtedy byliśmy?

Pisma samorządu lekarskiego – Białobrzegi

**Ryszard
Golański**

Nowa, siódma, kadencja samorządu zawodowego lekarzy i lekarzy dentyków przyniosła w wielu okręgowych radach lekarskich pomysły na zmiany. Sferą, w której zmian dokonano lub są one proponowane, to nasze media.



Ważną, być może najważniejszą, częścią spotkania była dyskusja, moderowana przez Jarosława Wanckiego, przewodniczącego kolegium redakcyjnego „Gazety Lekarskiej”, dotycząca roli lekarskich samorządowych mediów w życiu nie tylko izbowym, ale także środowiskowym.

W praktyce oznacza to przede wszystkim pisma okręgowych izb lekarskich, w mniejszym stopniu rzeczników prasowych. Jednym z powodów tak dużego zainteresowania lekarzy tą dziedziną jest powszechne niezadowolenie ze sposobu przedstawiania przedstawicieli naszych zawodów w mediach powszechnych, publicznych i prywatnych, papierowych i elektronicznych. Nic zatem dziwnego, że wizerunek lekarza w mediach był jednym z głównych tematów dorocznego spotkania redakcji izbowych pism okręgowych oraz redakcji „Gazety Lekarskiej”. Tym razem nasze spotkanie miało miejsce w Białobrzegach nad Zalewem Zegrzyńskim, przy pięknej słonecznej pogodzie, można powiedzieć żeglarskiej, bo wiatru też nie brakowało. W zjeździe wzięło udział około czterdziestu osób reprezentujących znaczącą większość pism okręgowych.

Temat przywołany wyżej – wizerunek lekarza w mediach – omawiała w swoim wystąpieniu red. Elżbieta Cichocka z „Gazety Wyborczej”, publicystka od wielu lat pisząca o problemach opieki zdrowotnej w Polsce. Jej wrażenie, że samorząd lekarski i całe środowisko przejawia syndrom obłożonej twierdzy, wywołał, co zrozumiale, ożywioną reakcję. Część redaktorów lekarzy podkreślała, że podstawową motywacją dziennikarzy i mediów jest szukanie sensacji za wszelką cenę. Ciekawą częścią spotkania była prezentacja Wojciecha Dolkowskiego z portalu MedTube, o możliwościach i sposobach wykorzystywania internetu do szkolenia lekarzy. Po zakończeniu dyskusji prelegenta otoczył wianuszek osób zainteresowanych szczegółami i kontaktem.

O portalu „Gazety Lekarskiej”, działającym pod adresem www.gazetalekarska.pl mówili grafik Grzegorz Sztank i Mariusz Tomczak, redaktor portalu. Obaj przedstawiali funkcjonowanie portalu oraz jego cele.

Jednym z ważniejszych jest współpraca redakcji pism okręgowych izb czy osób zajmujących się ich stronami internetowymi z redakcją portalu „Gazety Lekarskiej”. Zamysłem redakcji „GL” jest, aby portal służył wszystkim lekarzom, a w jego codziennym tworzeniu współuczestniczyli redaktorzy i lekarze z okręgów. Z satysfakcją mogę stwierdzić, że jeszcze podczas spotkania otrzymałem bardzo konkretną propozycję współpracy od redaktora naczelnego jednego z najlepszych pism izbowych. Mam nadzieję, że to pierwsza z licznych deklaracji.

Jako redaktor naczelny prezentowałem wyniki ankiety dotyczącej oceny „Gazety Lekarskiej”. Ankieta ta została w pełni profesjonalnie przygotowana przez Ośrodek Studiów i Analiz NIL, przy współpracy stosownej komórki Polskiej Akademii Nauk. Wyniki tej ankiety przedstawiliśmy w majowym numerze „Gazety Lekarskiej”.

Ważną, być może najważniejszą, częścią spotkania była dyskusja, moderowana przez Jarosława Wanckiego, przewodniczącego kolegium redakcyjnego GL, dotycząca roli lekarskich samorządowych mediów w życiu nie tylko izbowym, ale także środowiskowym. Podkreślano, że obok roli informacyjnej nasze pisma winny kształtować postawy, zwłaszcza etyczne oraz przedstawiać wizję funkcjonowania nie tylko samorządu, ale także ochrony zdrowia. Roboczą częścią była dyskusja nad koordynacją liczby wydań poszczególnych pism i „Gazety Lekarskiej” oraz harmonogram wspólnej wysyłki. Podkreślano, że wspólny kolportaż wydawnictw okręgowych i organu Naczelnej Rady Lekarskiej, jakim jest „Gazeta Lekarska”, to pozytywne i korzystne dla obu stron porozumienie. Jego istotą jest podział kosztów kolportażu, który jest bezwzględnie największym wydatkiem i dla izby naczelnej i dla izb okręgowych. Dzięki koordynowaniu wydań zmniejszamy te koszty. Kolejnym ważnym wątkiem była dyskusja nad zastępowaniem wydań tradycyjnych, papierowych, wersjami elektronicznymi, choćby w formie pliku PDF. Tego typu postulaty są ostatnio dość często zgłaszane, a motywacją są oszczędności związane ze zmniejszeniem kosztów kolportażu. Wiele pism izbowych udostępnia swoim czytelnikom taką formę, przesyłając mailem adres, pod którym można zobaczyć najnowszy numer pisma, zanim otrzyma się wersję papierową. Zebrani byli zgodni co do tego, że jako rozwiązanie powszechne jest to pespektywa dość odległa i z kilku powodów nie powinniśmy dążyć do takich rozwiązań za wszelką cenę. ■

Zrozumieć rzeczywistość

Życie jest jak butelka dobrego wina. Niektórzy zadowalają się czytaniem etykiety na opakowaniu, inni wolą spróbować jego zawartość...

Anthony de Mello



**Jolanta
Małmyga**

Wiceprezes ORL
w Gorzowie Wlkp.

Myszę, że przed urlopami warto się zastanowić, jak żyjemy i czy potrafimy korzystać i doceniać to, co nam przynosi życie i współczesny świat, chociaż nie zawsze potrafimy postrzegać wszystko naszymi oczami. Wiele zjawisk i rzeczy nie jesteśmy w stanie dojrzeć gołym okiem, ale jeżeli uzbroimy je w noktowizory, widzimy w ciemności. Nasze oko nie widzi podczerwieni, gdyż jest to światło niedostępne dla ludzkiego wzroku, ale często odczuwamy ciepło, jakie ona wytwarza. Postrzeganie świata dzięki zmysłom jest subiektywne, ale ważne jest, czy potrafimy nadać znaczenie temu, co widzimy i odczuwamy, i jakie są nasze zachowania. Percepcja ludzkich zachowań powoduje różne obawy, dlatego boimy się spojrzeć w przyszłość, gdyż obawiamy się nieznanego i tego, czego nie możemy przewidzieć. Przyporównujemy wszystko do naszych zachowań. Jednak doskonalenie percepcji pozwala spojrzeć w przyszłość tak daleko, jak chcemy. Trudno jest zrozumieć rzeczywistość, ale nadajemy znaczenie rzeczom i zjawiskom, gdyż tak jest prościej i wygodniej żyć. Większość z nas zadowala się tym, co jest, akceptuje to i korzysta czasami nadmiernie z osiągnięć innych. Takich obaw nie mają naukowcy i badacze, chcą poznać, doświadczyć i poczuć nieznanne, bez względu na to, czy osiągną sukces, czy nie. Żyjemy w społeczeństwie, które bardzo się zmieniło, gdyż zmieniło się życie pod wpływem wielu nowych urządzeń i sprzętów codziennego użytku. Nawet nie staramy się tego dostrzegać. Młodszy nie znają innego życia, a starsi nie pamiętają, jak i kiedy nauczyliśmy się funkcjonować w nowoczesnym otoczeniu. Żyjemy w biegu, twierdząc, że i tak nie mamy wpływu na wiele spraw.

Wielokrotnie też nie zwracamy uwagi na to, że mamy szczęście żyć w czasach wielkich wydarzeń. Dla mnie jednym z nich była kanonizacja Jana Pawła II. Wielki Polak, z którym żyliśmy, spotykaliśmy się, a wielu z nas miało możliwość rozmawiać i być z tym wielkim człowiekiem. Emanował dobrocią, a każdy kontakt z nim był wielkim wydarzeniem. Czy wtedy myśleliśmy o tym, że rozmawiamy ze Świętym? Doceniamy to teraz i będziemy wspominać te chwile i cieszyć się, że mieliśmy szczęście uczestniczyć i przeżywać tak

ważne dla wielu ludzi na świecie wydarzenie.

Nie żyjemy w próżni, świat zaludniają ludzie i każdy z nas odbiera tę samą rzecz w inny sposób, ale ważne jest, aby z tych różnorodnych obrazów utworzyć jeden wspólny, przyjazny dla wszystkich. Taki obraz, który pozwoli poczuć życie i świat wszystkimi zmysłami.

Zbliżają się wakacje, to czas urlopów i odpoczynku od prozy życia, zabiegania i pracy. Nie ma ludzi niezastąpionych. Inni też potrafią wykonać takie same zadania jak my, dajmy im szansę, aby mogli się wykazać. Właśnie teraz możemy sobie pozwolić na relaks i przemyślenie wielu spraw. Pomyśleć nie tylko o codzienności, ale zastanowić się nad naszym życiem i jak chcemy je przeżyć. Jestem ciekawa, ilu z nas spróbuje poznać „smak wina”, a ilu przeczyta tylko etykiety. Życie to jak butelka wina napełniana od naszych narodzin emocjami, sukcesami, porażkami i wiedzą. Z pozoru taka sama, lecz każda kryje w sobie wyjątkowy smak i aromat. Tak jak dobre wino z czasem staje się lepsze i cenniejsze, tak i w życiu nabieramy doświadczenia i z dystansem podchodzimy do kwestii, które spędzały nam sen z powiek.

Póki co odpoczywajmy i cieszymy się wolnym czasem, poczućmy świat wszystkimi zmysłami.

Potrzeba nam ludzi myślących pozytywnie, gdyż optymizm jest bodźcem do działania, uskrzydla i zachęca innych do robienia dobrych rzeczy, malkontenci i pesymiści podcinają skrzydła. Każdy z nas ma chwile wątpliwości i zastanawia się, czy aby na pewno tak należy postępować i czy nasze postępowanie jest odpowiedzialne. Nie mamy możliwości wyłączyć się na jakiś okres i włączyć się ponownie do życia w innej rzeczywistości. Ludzie nie potrafią hibernować i zwolnić procesy życiowe, jak niektóre istoty niższego gatunku. Możliwe, że w niedługim czasie też się tego nauczymy. Moglibyśmy wtedy obudzić się, kiedy będą już leki na nieuleczalne obecnie choroby. Przeczekalibyśmy kryzys finansowy i konieczność pracy bez emerytury i byłibyśmy nadal młodzi, zdrowi i pełni zapału do pracy i życia. Dobrze jest tak sobie pomarzyć, ale póki co odpocznijmy i cieszyć się tym, co jest. A tegoroczne wakacje proponuję spędzić tak, jak polecał Mark Twain: „Spraw, aby każdy dzień miał szansę stać się najpiękniejszym dniem twojego życia”. ■

Potrzeba nam
ludzi myślących
pozytywnie,
gdyż optymizm
jest bodźcem do
działania, uskrzydla
i zachęca innych do
robienia dobrych
rzeczy, malkontenci
i pesymiści
podcinają skrzydła.

XII Kongres Stomatologów Polskich



**Anna
Lella**

Prezydent elekt
Europejskiej
Regionalnej
Organizacji
Światowej Federacji
Dentystycznej
(ERO-FDI)

Stałe doskonalenie
zawodowe
to element
zapewniania
pacjentom opieki
na najwyższym
możliwym
poziomie. Jako
lekarze dentyści
jesteśmy to winni
naszym pacjentom
i ponosimy za to
odpowiedzialność.

„Jako praktyk udoskonalaj się, studiuj. Udziel innym owoców swych studiów, wyników swego doświadczenia” – to jedno z przykazań „Kodeksu Deontologii Dentystycznej” opublikowanego w połowie 1925 r. przez przedstawicieli środowisk lekarzy dentyków.

Od najdawniejszych czasów lekarze spotykają się i wymieniają poglądy zgodnie z tą zasadą. Kodeks krótko i trafnie spisuje pryncypia moralne, odnosi się również do stosunków między lekarzami. Zwięzły tekst, niemal skromny, jednak ponadczasowy, z przesłaniem humanistycznym, podniósł już wtedy (początek XX w.) nasz zawód z rzemiosła do rangi sztuki leczenia. Kodeks sprzed blisko 100 lat był przypominany uczestnikom 12. Kongresu Stomatologów Polskich. Odbывая się co pięć lat zjazd to okazja do prezentacji nowoczesnych badań wyznaczających kierunki rozwoju stomatologii, zachęta do samokształcenia i dzielenia się z innymi lekarzami swoim doświadczeniem.

Kongres, połączony z jubileuszem 650-lecia Uniwersytetu Jagiellońskiego, zorganizowany przez Polskie Towarzystwo Stomatologiczne z zaangażowaniem się licznych polskich towarzystw zrzeszających stomatologów poszczególnych specjalności był okazją do wspomnień o dawnej i współczesnej historii stomatologii w Polsce, o pierwszej kobiecie dentyście, która uzyskała dyplom właśnie na UJ, o sprawach minionych i o problemach współczesnej stomatologii. Zaprezentowano film o prof. Włodzimierzu Józefowiczu – oddając hołd wizjonerskiemu spojrzeniu i realizmowi wielkiego uczonego, który pierwszy dostrzegł szansę na rozwój stomatologii w jej umedycznieniu i interdyscyplinarnym podejściu. W konsekwencji profesor stał się współtwórcą wspólnego samorządu dwóch zawodów.

W założeniu Kongres ma służyć prezentacji ostatnich osiągnięć nauki, zapoznawać z trendami w stomatologii, lansować wysoką jakość udzielanych świadczeń stomatologicznych. Nie jest to możliwe bez połączenia wiedzy, współdziałania innowacyjnych technologii, nowoczesnego sprzętu, szkolenia kadr i wprowadzania nowych metod organizacyjnych. Myślą przewodnią 12. Kongresu PTS była maksyma „Wszyscy jesteśmy połączeni”, co – jak przekazywał w wywiadach prof. Bartłomiej W. Loster, prezydent PTS – zwracało uwagę na konieczność wspólnych działań wszystkich stowarzyszeń stomatologicznych, miało podkreślać interdyscyplinarność stomatologii. Podobnie jak 5 lat temu Kongres Stomatologów Polskich odbył się pod hasłem „Stomatologia integralną częścią medycyny”.

Współczesna medycyna stawia przed lekarzami stomatologami liczne wymagania, w tym potrzebę kompleksowości w diagnostyce i leczeniu. Wymusza

to konieczność ogólnomedycznego kształcenia przed i podyplomowego dla stomatologów.

Organizacje międzynarodowe zrzeszające lekarzy dentyków wyrażają ten pogląd poprzez swoje stanowiska, apelując o jak największe umedycznienie kształcenia lekarzy dentyków. Zarówno w leczeniu ogólnostomatologicznym, jak i specjalistycznym z poszczególnych dziedzin, można odnaleźć wskazania do współdziałania z lekarzami innych dziedzin medycyny.

Dowodły tego wystąpienia podczas sesji inauguracyjnej. Prof. Tomasz Guzik, członek NRL, prezentując badania nad kluczową rolę stanu zapalnego w patogenezie nadciśnienia tętniczego, wskazał iż w nadchodzącej przyszłości lekarze stomatolodzy będą bardziej zaangażowani w część opieki nad chorym z nadciśnieniem tętniczym.

Podobnie prof. Alicja Hubaleska-Dydejczuk, wskazała istotną rolę stomatologów w diagnostyce zaburzeń endokrynologicznych, podkreślając, że stomatolog podczas przeglądu stomatologicznego może zaobserwować objawy choroby Cushinga, Addisona czy inne zaburzenia endokrynologiczne, np. podejrzenie akromegalii.

Od kilku lat w Europie i na świecie dostrzega się, jak ważną rolę w opiece zdrowotnej odgrywa lekarz dentysta. Ważne, aby lekarze innych specjalności zdawali sobie z tego sprawę, dlatego cieszy, że coraz częściej naukowcy i praktycy z poszczególnych dziedzin stomatologicznych wykładają na kongresach ogólnomedycznych, np. diabetologicznych, kardiologicznych. Nawiązana współpraca daje szansę partnerskiego współuczestniczenia w zebraniach i kongresach medycznych.

Zdrowie jamy ustnej nierozdzielnie wiąże się z każdą z czterech chorób niezakaźnych wskazywanych przez ekspertów ONZ jako najczęstsze przyczyny zgonów na świecie (tj. choroby układu krążenia, cukrzyca, rak, przewlekłe schorzenia płuc). Co równie istotne, znaczenie chorób jamy ustnej nie wiąże się tylko z ich związkami z powyżej wymienionymi chorobami niezakaźnymi, ale wynika z daleko idącego wpływu chorób jamy ustnej na zdrowie i jakość życia człowieka. Próchnica jest najpowszechniej występującą chorobą niezakaźną na świecie. Czynniki ryzyka chorób jamy ustnej, m.in. niezdrowa dieta, tytoń, nadmierna konsumpcja alkoholu, są wspólne także dla wymienionych 4 głównych

chorób niezakaźnych. Dlatego Światowa Federacja Dentystyczna FDI podjęła działania, aby choroby jamy ustnej zostały dołączone do wykazu chorób niezakaźnych, a ich profilaktyka, rozpoznawanie i leczenie stały się jednym z priorytetowych działań w ramach ONZ, WHO oraz na poziomie krajowym poszczególnych państw członkowskich.

Lekarz dentysta oprócz opieki stomatologicznej ma również szereg zadań jako lekarz pierwszego kontaktu. Wielu ludzi nie zdaje sobie sprawy ile korzyści może przynieść rutynowa wizyta u stomatologa. Gabinety stomatologiczne są często niedoceniane w zakresie możliwości przeprowadzania testów i badań przesiewowych, choćby zyskujący na popularności w USA test badania śliny w kierunku HIV – badanie proste, nieinwazyjne, szybkie i co ważne o wysokiej czułości.

Stałe doskonalenie zawodowe to element zapewniania pacjentom opieki na najwyższym możliwym poziomie. Jako lekarze dentyści jesteśmy to winni naszym pacjentom i ponosimy za to odpowiedzialność. Właściwie pojęte szkolenie podyplomowe jest konieczne również z powodu rozwoju badań wyznaczających nowe kierunki medycyny, w tym stomatologii. Przykładem może być podejście do zapobiegania i leczenia choroby próchnicowej, które w ostatnich latach też ewoluuje, co referowały podczas Kongresu rów-

no prof. Dorota Olczak-Kowalczyk, jak i prof. Honorata Shaw. Miarą postępu w stomatologii, jak i we wszystkich dziedzinach medycyny, jak podaje prof. Shaw, są: skuteczność profilaktyki; wiarygodna diagnostyka; poprawa metod leczenia.

Społeczeństwo oczekuje dostępu do wysokiej jakości opieki stomatologicznej świadczonej przez dobrze wykwalifikowanych, w pełni kompetentnych lekarzy dentystów stosujących najnowocześniejszą i najbardziej odpowiednią technologię. To samo społeczeństwo, edukowane na portalach internetowych ma bardzo niską świadomość zdrowotną i obce mu jest pojęcie prozdrowotnych zachowań. Zatem promocja zdrowia jamy ustnej powinna być integralną częścią ogólnej promocji zdrowia, gdyż jest ona determinantą zdrowia ogólnego i jakości życia.

Wizja sylwetki zawodowej lekarza dentysty przyszłości, z całym zakresem kompetencji, cechami i zadaniami powinna uwzględniać oczekiwania społeczne. W szkoleniu podyplomowym lekarza dentystry nie może zabraknąć wykładów z zakresu wiedzy społeczno-psychologicznej, umiejętności kontaktu z pacjentem i prezentowania siebie jako osoby dysponującej rozległą wiedzą medyczną, zdolnej do powiązania objawów zauważonych w jamie ustnej ze zdrowiem ogólnym. ■

Społeczeństwo oczekuje dostępu do wysokiej jakości opieki stomatologicznej świadczonej przez dobrze wykwalifikowanych, w pełni kompetentnych lekarzy dentystów stosujących najnowocześniejszą i najbardziej odpowiednią technologię.



**Małgorzata
Serwach**

Uniwersytet Łódzki

W uzasadnieniu wniosku do Trybunału Konstytucyjnego Naczelna Rada Lekarska wskazała, że nie kwestionuje samej istoty postępowania w sprawie ustalenia odszkodowania i zadośćuczynienia w razie wystąpienia zdarzenia medycznego oraz jego znaczenia.

W jej ocenie, zaskarżona regulacja narusza jednak prawo do odpowiednio ukształtowanej procedury sądowej, zgodnej z wymogami sprawiedliwości i jawności oraz prawo lekarzy do obrony,

Jakie mamy prawa

Odpowiedzialność z tytułu zdarzeń medycznych w Trybunale Konstytucyjnym.

I. Wniosek NRL do TK

W dniu 11 marca 2014 r. Trybunał Konstytucyjny wydał wyrok w sprawie zgodności z Konstytucją RP przepisów ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta regulujących tryb dochodzenia odszkodowania i zadośćuczynienia z tytułu zdarzeń medycznych¹. Wniosek do TK złożyła Naczelna Rada Lekarska, powołując się na swoją legitymację do reprezentowania oraz ochrony interesów środowiska lekarskiego.

Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta przewiduje uproszczony tryb dochodzenia przez pacjentów roszczeń odszkodowawczych w przypadku wystąpienia tzw. zdarzenia medycznego (rozdział 13a). Nowy model kompensacji szkód medycznych daje możliwość dochodzenia naprawienia szkody powstałej w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych w postępowaniu przed Wojewódzką Komisją ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych (nazywana w dalszej części „Komisją”), bez konieczności występowania na drogę sądową. Zdarzenie medyczne musi jednak wystąpić w podmiocie leczniczym prowadzącym szpital, natomiast samo świadczenie wypłacane jest pacjentowi przez ubezpieczyciela, a w razie jego braku lub wyczerpania sumy ubezpieczenia – przez szpital. Aby zwolnić podmioty lecznicze od materialnych konsekwencji wprowadzenia nowego modelu naprawienia szkód medycznych równocześnie wprowadzono obowiązkowe ubezpieczenie z tytułu zdarzeń medycznych, które zostało dwukrotnie przekształcone w ubezpieczenie dobrowolne, do 31 grudnia 2013 r., następnie do 31 grudnia 2015 r.

We wniosku z 20 kwietnia 2012 r. NRL wystąpiła o zbadanie zgodności dwóch przepisów ustawy. Zaskarżony przez Naczelną Radę Lekarską art. 67 i ust. 2 pr. pacj. przewiduje, że w posiedzeniach Wojewódzkiej Komisji ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych, z wyjątkiem części posiedzenia, w trakcie której odbywa się narada i głosowanie nad orzeczeniem, może uczestniczyć podmiot składający wniosek oraz przedstawiciel:

- kierownika podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, z działalnością którego wiąże się wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego;
- ubezpieczyciela, z którym podmiot leczniczy prowadzący szpital zawarł umowę ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych.

Natomiast art. 67 j ust. 7 pr. pacj. przyjmuje, że w terminie 14 dni od dnia doręczenia orzeczenia wraz z uzasadnieniem podmiotowi składającemu wniosek, kierownikowi podmiotu leczniczego prowadzącego szpital oraz ubezpieczycielowi przysługuje prawo złożenia do wojewódzkiej komisji umotywowanego wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy. Nie ma wymienionego lekarza, z którego dzia-

łaniem lub zaniechaniem wiąże się powstanie szkody na osobie i w konsekwencji ustalenie zdarzenia medycznego.

W uzasadnieniu wniosku do Trybunału Konstytucyjnego NRL wskazała, że nie kwestionuje samej istoty postępowania w sprawie ustalenia odszkodowania i zadośćuczynienia w razie wystąpienia zdarzenia medycznego oraz jego znaczenia. Zaskarżona regulacja narusza jednak prawo do odpowiednio ukształtowanej procedury sądowej, zgodnej z wymogami sprawiedliwości i jawności oraz prawo lekarzy do obrony. W szczególności kwestionowany art. 67 i ust. 2 pr. pacj. prowadzi do nierówności stron w postępowaniu toczącym się przed Wojewódzką Komisją ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych. Do udziału w postępowaniu nie jest bowiem uprawniony lekarz „obwiniony o zdarzenie medyczne”. W konsekwencji nie ma on prawa odwołania się od orzeczenia Komisji, co pozbawia – według stanowiska NRL – „prawa do sądu poprzez pozbawienie możliwości obrony i przedstawienia swojego stanowiska w sprawie”. Prowadzi to nie tylko do naruszenia przepisów Konstytucji RP przewidującej konstytucyjną zasadę równości. Lekarz jest bowiem pozbawiony prawa do bezpośredniego udziału w postępowaniu, chociaż dotyczy ono „sfery jego praw i dóbr osobistych”. Lekarzowi nie przysługują ponadto żadne środki prawne pozwalające na zakwestionowanie orzeczenia. Tymczasem – zdaniem NRL – ustalenia zdarzenia medycznego przez Komisję będzie miało wpływ na odpowiedzialność lekarza, który nie miał możliwości podjęcia stosownej polemiki.

II. Stanowisko TK

Trybunał Konstytucyjny po rozpoznaniu, z udziałem wnioskodawcy oraz przedstawicieli Sejmu i Prokuratora Generalnego, na rozprawie w dniu 11 marca 2014 r., wniosku Naczelnej Rady Lekarskiej o zbadanie zgodności orzekł, że wskazane przez nią przepisy są zgodne z Konstytucją RP.

W uzasadnieniu wyroku Trybunał Konstytucyjny wskazał, że chociaż celem postępowania przed Komisją jest naprawienie szkody na osobie, ma ono charakter postępowania pozasądowego, alternatywnego w stosunku do możliwości dochodzenia odszkodowania przed sądem, w trybie procesu cywilnego. Decyzja o wyborze jednej z dróg dochodzenia odszkodowania należy do pacjenta, a w przypadku jego śmierci – do jego spadkobierców. Ustawodawca dopuszcza ponadto możliwość zmiany decyzji przez poszkodowanego i wycofanie wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego. Ciężar wypłaty odszkodowania spoczywa na podmiocie leczniczym lub jego ubezpieczycielu, a sama odpowiedzialność jest ograniczona kwotą maksymalną określoną przez ustawodawcę.

Zdaniem Trybunału Konstytucyjnego, Wojewódzka Komisja ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych nie jest sądem, a jej członkowie nie są sędziami, dlatego zarzut naruszenia prawa do sądu, kierowany pod adresem ocenianych przepisów ustawy jest nieadekwatny.

Podobnie zarzut naruszenia zasady równości wobec pra-

¹ Sygn. Akt K 6/13, sentencja wyroku została ogłoszona dnia 24 marca 2014 r. w Dz.U. poz. 372. Pełny tekst wyroku wraz z uzasadnieniem dostępny jest na stronie Trybunału Konstytucyjnego.

wa jest pozbawiony podstaw prawnych. Z odstępstwem od zasady równości mamy do czynienia, gdy ustawodawca różnicuje podmioty prawa, które charakteryzują się wspólną cechą istotną. Punktem wyjścia jest zatem ustalenie, że kategoria podmiotów pominiętych przez ustawodawcę należy do tej samej kategorii, co podmioty objęte regulacją. Lekarze nie należą jednak do tej samej kategorii co podmioty zaliczone przez ustawodawcę do uczestników postępowania. Orzeczenie może wyłącznie dotyczyć ubezpieczyciela oraz szpitala, nigdy zaś samego lekarza uczestniczącego w udzielaniu świadczenia zdrowotnego. Trybunał Konstytucyjny uznał, że cechą, która zadecydowała o określeniu kręgu uczestników postępowania przed Komisją, jest poniesienie przez te podmioty odpowiedzialności majątkowej za skutki zdarzenia medycznego, w postaci obowiązku zapłaty odszkodowania i zadośćuczynienia. Stwierdził, że lekarze nieobciążeni tym obowiązkiem nie posiadają zatem cechy charakteryzującej pozostałych uczestników postępowania. W konsekwencji oczekiwanie równego traktowania lekarzy, podmiotów leczniczych prowadzących szpitale i ubezpieczycieli jest pozbawione podstaw.

W odniesieniu do drugiego z zarzutów Naczelnej Rady Lekarskiej, Trybunał Konstytucyjny zwrócił uwagę, że krąg uczestników postępowania przed Komisją determinuje krąg podmiotów legitymowanych czynnie do zaskarżenia orzeczenia w sprawie zdarzenia medycznego. Bezprzedmiotowa jest ponadto ocena tej procedury z punktu widzenia przysługującego lekarzom prawa do sądu, zamknięcia

im drogi sądowej czy też braku zaskarżenia, ponieważ w przyjętym modelu kompensacji zdarzeń medycznych „sprawa” ustalenia odszkodowania i zadośćuczynienia z tytułu zdarzenia medycznego nie jest „sprawą” lekarzy ani innych osób uczestniczących w udzielaniu świadczenia zdrowotnego. Wojewódzka Komisja ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych nie ma kompetencji do orzekania o ich prawach i wolnościach, stąd jej orzeczenia nie kształtują sytuacji prawnej tych podmiotów.

III. Wnioski praktyka

Od ponad trzech lat zajmuję się w/w zagadnieniem od strony teoretycznej oraz praktycznej i nie jestem przekonana, czy niechęć do odpowiedzialności z tytułu zdarzeń medycznych deklarowana lekarzy, w zasadzie zrozumiała, faktycznie jest uzasadniona. Wprowadzenie uproszczonego systemu kompensacji szkód medycznych, w sposób – chyba nawet przez ustawodawcę nieprzewidziany – wydaje się być najbardziej korzystny właśnie dla lekarzy oraz innych osób wykonujących zawód medyczny, z których postępowaniem może łączyć się powstanie zdarzenia medycznego. Lekarz, popełniając nawet najcięższy błąd, nie ponosi bowiem materialnych konsekwencji wyrządzonej przez siebie szkody. Odpowiedzialność ta leży przede wszystkim po stronie podmiotu leczniczego, który zobowiązany jest do złożenia pacjentowi propozycji odszkodowania lub zadośćuczynienia lub ponosi pewne wydatki z góry, zawierając umowę ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych i opłacając składkę. ■

Ciężar wypłaty odszkodowania spoczywa na podmiocie leczniczym lub jego ubezpieczycielu, a sama odpowiedzialność jest ograniczona kwotą maksymalną określoną przez ustawodawcę.

Resort zdrowia (nie) odpowiada

**Mariusz
Tomczak**

Niedawno minister zdrowia zaprezentował trzy projekty ustaw i sześć projektów rozporządzeń, których nadrzędnym celem ma być skrócenie kolejek do lekarzy. Zdaniem przedstawicieli Naczelnej Rady Lekarskiej, w większości nie dotyczą one planowanego skrócenia kolejek, które szumnie zapowiadał rząd. O co więc chodzi?

Proponowane przez resort zdrowia rozwiązania nie przyniosą ulgi ani pacjentom, ani lekarzom, bo są niedoprecyzowane i niedofinansowane, a przez to nie uleczą systemu ochrony zdrowia w oczekiwanym zakresie. Okazuje się, że tak szumnie zaprezentowane przez ministra Arłukowicza na konferencji prasowej 21 marca obietnice nie znajdują odzwierciedlenia w projektach, co potwierdza nasze wątpliwości wyrażone już podczas Krajowego Zjazdu Lekarzy. Delegaci Zjazdu wyrazili swoje rozczarowanie przedstawionymi wówczas rozwiązaniami i to rozczarowanie towarzyszy też zaprezentowanym aktom prawnym – mówi Maciej Hamankiewicz, prezes NRL.

Stanowisko samorządu lekarskiego w sprawie proponowanych przez Ministerstwo Zdrowia zmian legislacyjnych w ramach tzw. pakietu onkologicznego i kolejkowego przedstawiono również w czasie konferencji prasowej. – Samorząd lekarski ogólnie popiera większość idei, które minister Arłukowicz zapowiadał. Jednak po szczegółowej analizie aktów prawnych należy zauważyć, że brakuje konkretnych rozwiązań w wielu projektach, a niektóre zawierają błędne założenia, mogące w efekcie naruszać prawa pacjentów – uważa prof. Romuald Krajewski, wiceprezes NRL. W poszukiwaniu tych konkretnych wątpliwości wystaliśmy z pytaniami do resortu zdrowia. Czego się dowiedzieliśmy?

Spór o „zieloną kartę”

Minister obiecywał na konferencji prasowej z udziałem premiera Donalda Tuska, że w ramach „szybkiej diagnostyki onkologicznej” każdy pacjent onkologiczny będzie miał indywidualną ścieżkę leczenia i znajdzie się pod opieką konsylium lekarskiego. Z projektów ustaw i rozporządzeń nie dowiedzieliśmy się jednak niczego na temat konsylium. Nie otrzymaliśmy też odpowiedzi, dlaczego pomysłu konsylium w pakiecie nie ma. Na pytanie o indywidualną ścieżkę rzecznik ministra odpowiedział, że pacjent będzie zgłaszał się do swojego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, który określi, czy wizyta u specjalisty jest konieczna. „Będzie przeprowadzał dokładny wywiad i oceniał dolegliwości pacjenta, zlecając również wykonanie niezbędnych badań. W przypadku podejrzenia wystąpienia nowotworu złośli-

wego lekarz POZ skieruje pacjenta do onkologa lub do specjalisty właściwego dla danego umiejscowienia nowotworu. W tym właśnie celu lekarz wyda pacjentowi kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego, uprawniającą do »szybkiej diagnostyki onkologicznej« – wyjaśnia rzecznik.

O karcie szybkiej diagnostyki w kolorze zielonym minister mówił już na marcowej konferencji, a pomysł jej wprowadzenia znalazł się w pakiecie. NRL obawia się, że może ona stygmatyzować pacjentów z podejrzeniem choroby nowotworowej (przypominamy, że wcześniej wycofano z użytku np. różowe recepty na leki psychotropowe). NRL proponuje, aby tę kartę zastąpić specjalnym skierowaniem uprawniającym do szybkiej diagnostyki onkologicznej, by nic nie wyróżniało pacjenta z podejrzeniem nowotworu. Rzecznik ministra zdrowia wyjaśnia, że resort „nie widzi przeciwwskazań”, aby karta diagnostyki i leczenia onkologicznego miała zielony kolor. Krzysztof Bąk podkreśla, że celem karty jest „zapewnienie jak najszybszego zdiagnozowania pacjenta, aby mógł on jak najszybciej podjąć leczenie” i skorzystał z „szybkiej diagnostyki onkologicznej”. Ma ona dokumentować „cały proces diagnostyczny oraz terapeutyczny, aż do momentu powrotu pacjenta do lekarza POZ po zakończeniu leczenia”.

Ambitnie, ale bez konkretów

Minister Zdrowia zapowiedział, że każdy pacjent onkologiczny pozostający w fazie leczenia będzie miał swojego koordynatora opieki, który pomoże mu w walce z chorobą. Pakiet nie zawiera propozycji w tym zakresie, a w uzasadnieniu do projektów ustaw nie ma niczego na ten temat. Niestety nie dowiedzieliśmy się też niczego od przedstawicieli resortu. Z kolei uzasadnienie do projektu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych przewiduje siedem tygodni na zakończenie diagnostyki onkologicznej. Zapytaliśmy, dlaczego nie ma określonego terminu rozpoczęcia terapii? „Ustawowe zdefiniowanie terminu rozpoczęcia terapii nie jest możliwe ze względu na różnorodność przypadków klinicznych (np. współwystępowanie chorób wpływających na rozpoczęcie leczenia)” – wyjaśnia Krzysztof Bąk.

W „Gazecie Lekarskiej Premium” znajdziemy replikę **dr. Jerzego Kulikowskiego** do listu jednego z naszych czytelników „Narodowa trzęsiącza akredytacyjna”, który opublikowaliśmy w poprzednim wydaniu. Również tam zamieszczamy teksty: **Grzegorza Wojciechowskiego** o homeopatii na uniwersytecie. Wszystkie te trzy materiały znajdziecie na www.gazetalekarska.pl (w zakładce Premium).

Premium



Co o propozycjach Ministerstwa Zdrowia myśli przewodniczący sejmowej Komisji Zdrowia **Tomasz Latos**? Wywiad z nim znajdziecie w „Gazecie Lekarskiej Premium” na www.gazetalekarska.pl.

Zgodnie z założeniami zaprezentowanymi przez ministra Arłukowicza, lekarz rodzinny będzie mógł zlecać pacjentowi więcej badań. Pakiet, jak zapewnia rzecznik, zawiera poszerzoną listę badań, które zostaną sfinansowane w ramach koszyka świadczeń gwarantowanych. Pełna lista świadczeń znajduje się w projekcie rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

Według marcowych obietnic, każdy pacjent ma mieć zagwarantowany termin usługi medycznej i to akurat znajduje się w pakiecie. Tymczasem NRL oczekuje, że pakiet powinien zawierać maksymalny czas oczekiwania na różne rodzaje świadczeń zdrowotnych, a gdyby został on przekroczony, pacjent winien mieć prawo do wykonania świadczenia prywatnie lub za granicą i do refundacji kosztów poniesionych z tego tytułu. W jaki sposób resort ocenia ten postulat? „Postulat NRL jest niemożliwy do zrealizowania w ramach obowiązującego prawa” – tak lakonicznej i, jak się wydaje, oczywistej odpowiedzi udzielił rzecznik ministra zdrowia. Oczywiście, bo wszyscy zainteresowani tematem doskonale wiedzą, że prawo obecnie na to nie zezwala, jednak nadal nie wiemy, czy resort skłoni się w kierunku zmiany obecnie obowiązujących przepisów.

Skąd wziąć pieniądze?

„Specjaliści mają być dodatkowo finansowani za pierwszą wizytę pacjenta, mają być również premiowane zabiegi jednodniowe. Tymczasem pakiet nie zawiera regulacji w tym zakresie, na ten temat nie ma informacji także w uzasadnieniu do projektów ustaw. Co aktualnie dzieje się w tej sprawie?” – tak brzmiało nasze kolejne pytanie. Oto odpowiedź, jaką dostaliśmy: „Wielkość finansowania reguluje zarządzenie Prezesa NFZ”. Tylko sześć wyrazów...

Samorząd lekarski od dawna podkreśla, że oczekiwane zmiany wymagają zwiększenia puli środków publicznych. W tej chwili wydatki na służbę zdrowia w Polsce sięgają 4,4 proc. PKB. Według NRL powinny zostać zwiększone przynajmniej do 6 proc. PKB. Nasza redakcja zadała następujące pytanie: „Dlaczego pakiet Ministerstwa Zdrowia nie zawiera planu finansowania poszczególnych działań oraz nie uwzględnia planu zwiększenia wydatków na dodatkowe obowiązki lekarzy?”. Odpowiedź rzecznika była następująca: „Szczegóły rozwiązań zawarte są w ocenie skutków regulacji (OSR) ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, opublikowanej na stronie internetowej Rządowego Centrum Legislacji”. Dlaczego dostajemy właśnie takie odpowiedzi? ■

**Andrzej
Milewicz**

Prof. dr hab. med.,
prezes Polskiego
Towarzystwa
Endokrynologicznego

ECE w Polsce

W dniach 3-7 maja 2014 r. we Wrocławiu odbył się XVI Kongres Europejskiego Towarzystwa Endokrynologicznego.

W tym roku po raz pierwszy odbył się w Polsce Kongres European Society of Endocrinology. Było to zwieńczenie 10-letnich starań Polaków w ramach corocznych konkursów na organizację Kongresu ESE. To bez wątpienia ogromne wyróżnienie oraz uznanie dla naszego środowiska endokrynologicznego. Rok temu obradowano w Kopenhadze.

Przed rozpoczęciem kongresu poprowadzono trzy kursy dla wcześniej zarejestrowanych uczestników, tj. kurs ultrasonografii, którego organizację ECE (European Congress of Endocrinology) powierzyło prof. Markowi Ruchale z Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, drugi kurs poświęcony rakowi tarczycy poprowadziła prof. Barbara Jarzab z Instytutu Onkologii w Gliwicach. Kurs przygotowywania medycznych publikacji naukowych poprowadzili goście z zagranicy.

Uczestnicy kongresu to 2524 osób z 42 krajów świata, z czego 82 proc. to kraje europejskie, w tym grupa polska 299 uczestników. Tak liczny udział Polaków był możliwy dzięki wsparciu fundacji i sponsorów oraz Polskiego Towarzystwa Endokrynologicznego.

Podczas uroczystości otwarcia, po powitaniu uczestników kongresu przez prezesa ESE prof. Philippe'a Boucharda, głos zabrał w imieniu lokalnego komitetu organizacyjnego prof. Andrzej Milewicz. Przy dźwiękach mazurka Fryderyka Chopina przedstawił prezentację ilustrującą wkład Polski w rozwój demokracji, kultury oraz medycyny w Europie. Prelekcja ta przerywana była rzesistymi oklaskami. Jego Magnificencja Rektor Uniwersytetu Medycznego we Wro-

clawiu prof. Marek Ziętek wręczył prezesowi Europejskiego Towarzystwa Endokrynologicznego, prof. Philippe Bouchardowi, srebrny medal wrocławskiej uczelni w uznaniu za propagowanie ośrodka wrocławskiego i polskiej endokrynologii w Europie. W trakcie uroczystego otwarcia prezydent Europejskiego Towarzystwa Endokrynologicznego (ESE) wręczył prof. Andrzejowi Milewiczowi specjalną nagrodę w uznaniu za bycie ambasadorem ESE w Europie, natomiast Czeskie Towarzystwo Endokrynologiczne w uznaniu za wieloletnią współpracę z PTE przyznało prof. Andrzejowi Milewiczowi Honorowe Członkostwo.

Program kongresu obejmował 9 wykładów plenarnych, 3 debaty, 19 spotkań z ekspertem, 29 sympozjów, 1100 prac w sesjach plakatowych, ponadto 10 sympozjów satelitarnych. Najwięcej, bo 16 proc. prac, które zostały zgłoszone na kongres, pochodziło z Polski i Turcji, z pozostałych krajów liczba zgłoszonych referatów była zdecydowanie mniejsza, co podkreśla naukową pozycję polskiego środowiska. Po raz pierwszy środowisko polskie było tak licznie prezentowane wśród wykładowców – profesorów Uniwersytetów Medycznych, tj. prof. Marek Bolanowski (Wrocław), prof. Marek Ruchała (Poznań), prof. Włodzimierz Baranowski (Warszawa), prof. Małgorzata Karbownik-Lewińska (Łódź), prof. Leszek Czupryniak (Łódź), prof. Beata Kos-Kudła (Katowice). Ponadto referaty ustne przedstawiło wyróżnionych trzech młodych kolegów. Również liczną grupę (12 osób) wśród przewodniczących sesji stanowili Polacy. Jeszcze nigdy tak licznie nie byliśmy prezentowani podczas ECE.

Do najciekawszych naukowych nowinek należy wykrycie Neuromedyny U – nowego białka odpowiedzialnego za agresywność procesu nowotworowego w przebiegu raka endometrium, co rodzi nadzieje na nowe metody terapii tej choroby, zaprezentowane przez dra Thing-Yu Lin z Uniwersytetu w Tajwanie. Ponadto na uwagę zasługują badania prof. Waljit Dhillo z Imperial College w Londynie na temat nowych możliwości terapeutycznych podwzrostowych przyczyn bezpłodności przy zastosowaniu Kispetyny, jak również ciekawe wyniki badań epidemiologicznych dra Mette Nygaarda Andersena z Uniwersytetu Hellerup (Dania), który wykazał brak zasadności leczenia subklinicznej postaci niedoczynności tarczycy w aspekcie wpływu na wskaźnik śmiertelności.

Na zakończenie kongresu prezydent ESE prof. Bouchard jeszcze raz podkreślił wspaniałą organizację, niezwykle ciekawy program naukowy oraz socjalny, co przyczyniło się w opinii uczestników kongresu do stworzenia jego nowej formuły, która będzie kontynuowana. Wszyscy uczestnicy zachwycali się centrum kongresowym i jego lokalizacją, otoczeniem zieleni i muzykalną fontanną, jak również pięknem Wrocławia i słowiańską gościnnością. Następny Kongres ESE odbędzie się w maju 2015 r. w Dublinie. ■



BIULETYN

Nr 4 (156) Rok XXV Naczelnej Rady Lekarskiej Warszawa, V 2014

Redaktor naczelny: Konstanty Radziwiłł

Krajowa Komisja Wyborcza

OBWIESZCZENIE KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ z dnia 3 kwietnia 2014 r.

o wynikach wyborów do prezydium Krajowej Komisji Wyborczej

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 o izbach lekarskich (Dz.U. Nr 219, poz. 1708 z późn. zm.) oraz § 4 ust. 4 Regulaminu Krajowej Komisji Wyborczej, stanowiącego załącznik do uchwały nr 16 X Krajowego Zjazdu Lekarzy, z dnia 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu Krajowej Komisji Wyborczej, obwieszcza się, co następuje:

W wyniku przeprowadzonych w dniu 3 kwietnia 2014 r. wyborów: na stanowisko Przewodniczącego Krajowej Komisji Wyborczej, na okres kadencji 2014-2017 został wybrany:

Ładysław Nekanda – Trepka – lekarz

na stanowiska zastępców przewodniczącego Krajowej Komisji Wyborczej, na okres kadencji 2014-2017 zostali wybrani:

Mariusz Janikowski - lekarz

Ewa Miękus – Pączek - lekarz dentysta

na stanowisko sekretarza Krajowej Komisji Wyborczej na okres kadencji 2014-2017 został wybrany:

Marek Jodłowski- lekarz

na stanowisko członka prezydium Krajowej Komisji Wyborczej, na okres kadencji 2014-2017 został wybrany:

Paweł Susłowski - lekarz

Przewodniczący Krajowej Komisji Wyborczej

Ładysław Nekanda-Trepka

OBWIESZCZENIE KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ z dnia 24 kwietnia 2014 r.

o wynikach wyborów na stanowisko Przewodniczącego Naczelnej Komisji Rewizyjnej

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 o izbach lekarskich (Dz.U. Nr 219, poz. 1708, z 2011 r. Nr 112, poz. 654 i Nr 113, poz. 657 oraz z 2013 r. poz. 779) oraz § 45 ust. 1 Regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych stanowiącego załącznik do uchwały Nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r., na podstawie protokołu komisji wyborczej zgromadzenia wyborczego Naczelnej Komisji Rewizyjnej obwieszcza się co następuje:

W wyniku przeprowadzonych wyborów na stanowisko Przewodniczącego Naczelnej Komisji Rewizyjnej, na podstawie protokołu komisji wyborczej Zgromadzenia Wyborczego Naczelnej Komisji Rewizyjnej - wybory Przewodniczącego Naczelnej Komisji Rewizyjnej, z dnia 24 kwietnia 2014 r., ogłasza się, że Przewodniczącym Naczelnej Komisji Rewizyjnej na okres kadencji 2014-2017 został Andrzej Morliński.

Przewodniczący Krajowej Komisji Wyborczej
Ładysław Nekanda-Trepka

OBWIESZCZENIE KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ z dnia 24 kwietnia 2014 r.

o wynikach wyborów na stanowisko Sekretarza Naczelnej Komisji Rewizyjnej

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 o izbach lekarskich (Dz.U. Nr 219, poz. 1708, z 2011 r. Nr 112, poz. 654 i Nr 113, poz. 657 oraz z 2013 r. poz. 779) oraz § 45 ust. 1 Regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych stanowiącego załącznik do uchwały Nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r., na podstawie protokołu komisji wyborczej zgromadzenia wyborczego Naczelnej Komisji Rewizyjnej obwieszcza się co następuje:

W wyniku przeprowadzonych wyborów na stanowisko Sekretarza Naczelnej Komisji Rewizyjnej, na podstawie protokołu komisji wyborczej Zgromadzenia Wyborczego Naczelnej Komisji Rewizyjnej - wybory Sekretarza Naczelnej Komisji Rewizyjnej, z dnia 24 kwietnia 2014 r., ogłasza się, że Sekretarzem Naczelnej Komisji Rewizyjnej na okres kadencji 2014-2017 został Maciej Zarębski.

Przewodniczący Krajowej Komisji Wyborczej
Ładysław Nekanda-Trepka

OBWIESZCZENIE KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ z dnia 24 kwietnia 2014 r.

o wynikach wyborów na stanowisko Zastępcy Przewodniczącego Naczelnej Komisji Rewizyjnej

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 o izbach lekarskich (Dz.U. Nr 219, poz. 1708, z 2011 r. Nr 112, poz. 654 i Nr 113, poz. 657 oraz z 2013 r. poz. 779) oraz § 45 ust. 1 Regulaminu wyborów

do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych stanowiącego załącznik do uchwały Nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r., na podstawie protokołu komisji wyborczej zgromadzenia wyborczego Naczelnej Komisji Rewizyjnej obwieszcza się co następuje:

W wyniku przeprowadzonych wyborów na stanowisko Zastępcy Przewodniczącego Naczelnej Komisji Rewizyjnej, na podstawie protokołu komisji wyborczej Zgromadzenia Wyborczego Naczelnej Komisji Rewizyjnej - wybory Zastępcy Przewodniczącego Naczelnej Komisji Rewizyjnej, z dnia 24 kwietnia 2014 r., ogłasza się, że Zastępcą Przewodniczącego Naczelnej Komisji Rewizyjnej na okres kadencji 2014-2017 został Andrzej Kierzak – lekarz.

Przewodniczący Krajowej Komisji Wyborczej
Ładysław Nekanda-Trepka

**OBWIESZCZENIE
KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
z dnia 24 kwietnia 2014 r.**

**o wynikach wyborów na stanowisko
Zastępcy Sekretarza Naczelnej Komisji Rewizyjnej**

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 o izbach lekarskich (Dz.U. Nr 219, poz. 1708, z 2011 r. Nr 112, poz. 654 i Nr 113, poz. 657 oraz z 2013 r. poz. 779) oraz § 45 ust. 1 Regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych stanowiącego załącznik do uchwały Nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r., na podstawie protokołu komisji wyborczej zgromadzenia wyborczego Naczelnej Komisji Rewizyjnej obwieszcza się co następuje:

W wyniku przeprowadzonych wyborów na stanowisko Zastępcy Sekretarza Naczelnej Komisji Rewizyjnej, na podstawie protokołu komisji wyborczej Zgromadzenia Wyborczego Naczelnej Komisji Rewizyjnej - wybory Zastępcy Sekretarza Naczelnej Komisji Rewizyjnej, z dnia 24 kwietnia 2014 r., ogłasza się, że Zastępcą Sekretarza Naczelnej Komisji Rewizyjnej na okres kadencji 2014-2017 został Ryszard Stańczak.

Przewodniczący Krajowej Komisji Wyborczej
Ładysław Nekanda-Trepka

**OBWIESZCZENIE
KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
z dnia 9 maja 2014 r.**

o wynikach wyborów na stanowisko Zastępcy Sekretarza Naczelnej Rady Lekarskiej

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 o izbach lekarskich (Dz.U. Nr 219, poz. 1708, z 2011 r. Nr 112, poz. 654 i Nr 113, poz. 657 oraz z 2013 r. poz. 779) oraz § 45 ust. 1 Regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych stanowiącego załącznik do uchwały Nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r., na podstawie protokołu Komisji Wyborczej Naczelnej Rady Lekarskiej obwieszcza się co następuje:

W wyniku przeprowadzonych wyborów na stanowisko Zastępcy Sekretarza Naczelnej Rady Lekarskiej, na podstawie protokołu komisji wyborczej Zgromadzenia Wyborczego Naczelnej Rady Lekarskiej - wybory Zastępcy Sekretarza Naczelnej Rady Lekarskiej, z dnia 9 maja 2014 r., ogłasza się, że Zastępcą Sekretarza Naczelnej Rady Lekarskiej na okres kadencji 2014-2017 została Anna Lella.

Przewodniczący Krajowej Komisji Wyborczej
Ładysław Nekanda-Trepka

**OBWIESZCZENIE
KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
z dnia 24 maja 2014 r.**

**o wygaśnięciu mandatu członka
Naczelnej Komisji Rewizyjnej**

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 o izbach lekarskich (Dz.U. Nr 219, poz. 1708, z późn. zm.) oraz § 45 ust. 3 Regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych, stanowiącego załącznik do uchwały nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy, na podstawie uchwały Krajowej Komisji Wyborczej Nr 15 z dnia 24 maja 2014 r. w sprawie wygaśnięcia mandatu członka Naczelnej Komisji Rewizyjnej lekarza dentystry Piotra Łaski, obwieszcza się co następuje:

Wygasa mandat członka Naczelnej Komisji Rewizyjnej na okres VII kadencji 2014-2017 lekarza dentystry Piotra Łaski.

Przewodniczący Krajowej Komisji Wyborczej
Ładysław Nekanda-Trepka

**OBWIESZCZENIE
KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
z dnia 30 maja 2014 r.**

**o wynikach wyborów na stanowisko
Zastępcy Przewodniczącego Naczelnej Komisji Rewizyjnej**

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 o izbach lekarskich (Dz.U. Nr 219, poz. 1708, z 2011 r. Nr 112, poz. 654 i Nr 113, poz. 657 oraz z 2013 r. poz. 779) oraz § 45 ust. 1 Regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych stanowiącego załącznik do uchwały Nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r., na podstawie protokołu komisji wyborczej zgromadzenia wyborczego Naczelnej Komisji Rewizyjnej obwieszcza się co następuje:

W wyniku przeprowadzonych wyborów na stanowisko Zastępcy Przewodniczącego Naczelnej Komisji Rewizyjnej, na podstawie protokołu komisji wyborczej Zgromadzenia Wyborczego Naczelnej Komisji Rewizyjnej - wybory Zastępcy Przewodniczącego Naczelnej Komisji Rewizyjnej, z dnia 30 maja 2014 r., ogłasza się, że Zastępcą Przewodniczącego Naczelnej Komisji Rewizyjnej na okres kadencji 2014-2017 została Halina Teodorczyk – lekarz dentysta.

Przewodniczący Krajowej Komisji Wyborczej
Ładysław Nekanda-Trepka

Wojskowi lekarze chcą doskonalić kwalifikacje

Jeden z amerykańskich lekarzy wojskowych powiedział, że chirurgia wojenna przyczynia się do postępu w równym stopniu jak sama wojna, która jest okolicznością rozwijającą sztuki medyczne.

**Lucyna
Krysiak**

W tym kontekście na zadawane często pytania, czy sensowne jest wyodrębnianie medycznych służb wojskowych, czy potrzebni są lekarze wojskowi, czy tych samych czynności nie mogliby wykonywać przeszkoleni lekarze cywilni – odpowiedź nasuwa się sama. Aby jednak nadążyć za ciągle ewoluującymi potrzebami sił zbrojnych, lekarze muszą doskonalić swoje kwalifikacje zawodowe, głównie w specjalizacjach dotyczących medycyny pola walki, która zdecydowanie różni się od medycyny cywilnej. Wojskowa Służba Zdrowia to również unikalna wiedza w zakresie ran postrzałowych, stresu pourazowego, urazów wielonarządowych, którą w ocenie tych zdarzeń wojskowa medycyna się posługuje. Jednym słowem służba medyczna dla potrzeb wojska wymaga specyficznej wiedzy i algorytmów postępowania. Generał Grzegorz Gieletrak, dyrektor Wojskowego Instytutu Medycznego, zalicza się do tej grupy osób, która uważa, że obecny system kształcenia podyplomowego i doskonalenia służb medycznych wymaga zmian. Powinien uwzględniać aktualne cele stawiane sobie przez wojsko, dostosowywać do nich prawo regulujące zasady kształcenia służb medycznych, tworzyć ramy określające priorytety i jednolitą bazę z odpowiednim zapleczem, gdzie doskonalenie kwalifikacji zawodowych mogłoby się odbywać. Powinno być ono oparte o zasady specjalizowania się obowiązujące w lecznictwie cywilnym, poszerzonym jednak o umiejętności niezbędne w wojsku. Obecnie w Polsce jest 1100 miejsc akredytowanych, gdzie lekarze wojskowi mogą się specjalizować. To za mało, biorąc pod uwagę zainteresowanie specjalizacją i potrzeby związane z medycyną wojskową. Generał Gieletrak wierzy, że wskutek połączonych działań Wojskowego Instytutu Medycznego i Wojskowej Izby Lekarskiej miejsc specjalizacyjnych sukcesywnie będzie przybywać. Obecnie wojskowa służba zdrowia to nie jest tylko służba mobilna, uwzględniająca misje, ale stacjonarna usytuowana zarówno w szpitalach, jak i w jednostkach wojskowych, a także lekarze

zajmujący się profilaktyką, leczeniem uzdrowiskowo-rehabilitacyjnym, udzielający wysoko specjalistycznej pomocy medycznej w miejscu polskich kontyngentów wojskowych, zabezpieczający zaplecze naukowo-badawcze.

Nowoczesna wojskowa służba nie może być jednak wyjęta z kontekstu, musi współistnieć z cywilną ochroną zdrowia i służbami takimi jak straż pożarna, policja, ratownictwo medyczne. Musi być z nimi w pełni zintegrowana. – Lekarz wojskowy do czasu uzyskania specjalizacji zmierza jedną ścieżką, kończy wojskową uczelnię, rozpoczyna pracę w placówce resortowej, z chwilą jednak, kiedy decyduje się na specjalizację, jego rozwój zawodowy powinien pójść dwiema drogami, jako klinicysty i badacza naukowca – podkreśla generał Gieletrak. Jest to jeden z elementów budowania profesjonalnego systemu doskonalenia zawodowego kadr medycznych w wojsku. Wojskowej służbie zdrowia są bowiem potrzebni zarówno świetni lekarze, jak i organizatorzy. Ale tej drugiej umiejętności nie wykląda się na wojskowych uczelniach medycznych, muszą być one dopiero uwzględnione w nowym systemie kształcenia, doksztalcenia i wdrażane na różnych etapach. To konieczne, aby w przyszłości w wojskowych służbach medycznych administrowanie zastąpić zarządzaniem. Jednym słowem zarówno WIM, jak i inne ośrodki zaangażowane w tworzenie nowego systemu kształcenia kadr medycznych opartego na praktyce, teorii i doświadczeniu dążą do stworzenia platformy, która byłaby miejscem zintegrowanych działań w zakresie szkolenia zawodowego. Platforma ta ma zagwarantować spójność programową, ale też zdolność reagowania na zmiany i zdarzenia, które mają miejsce na misjach. W budowaniu nowego systemu podnoszenia kwalifikacji lekarzy wojskowych prym wiedzie Wojskowy Instytut Medyczny. Generał Gieletrak wierzy, że w tych reformatorskich działaniach będzie go wspierał Inspektorat Wojskowej Służby Zdrowia, bo wiadomo, że będą na ten cel potrzebne pieniądze. ■

Obecnie w Polsce jest 1100 miejsc akredytowanych, gdzie lekarze wojskowi mogą się specjalizować. To za mało, biorąc pod uwagę zainteresowanie specjalizacją i potrzeby związane z medycyną wojskową.

Niezdrowy jak...



...Polak? Śląszczak? Łódzianin? Dlaczego w jednym regionie więcej osób umiera przez raka płuca, a w innym na zawał serca? O tym, jak nierówna w zdrowiu jest Polska, i z czego to wynika, z prof. Bogdanem Wojtyńskim, zastępcą dyrektora Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny i kierownikiem Zakładu – Centrum Monitorowania i Analiz Stanu Zdrowia Ludności NIZP-PZH, rozmawia Lidia Sulikowska.

Czym właściwie są nierówności społeczne w zdrowiu?

Zdrowie, lub jego brak, nie rozkładają się po równo w społeczeństwie. Pewne grupy ludzi są bardziej narażone na przedwczesną śmierć i nie jest to kwestia przypadku.

Co decyduje więc, czy będziemy żyć długo i szczęśliwie?

Oczywistym determinantem jest wiek, ale z tym raczej trudno jest walczyć. Co innego status społeczno-ekonomiczny – to jeden z głównych czynników różnicujących stan zdrowia, na który można wpływać. Dobre zdrowie zależy od wykształcenia, warunków mieszkaniowych, właściwego odżywiania się, aktywności fizycznej, a więc i odpowiedniego stopnia zamożności, dzięki którym możemy realizować te potrzeby. Najlepiej rozpoznany mamy związek stanu zdrowia z poziomem wykształcenia i tu zdecydowanie widać, że osoby z wykształceniem wyższym są zdrowsze i żyją dłużej.

Z czego to wynika?

Po pierwsze, osoby te statystycznie lepiej zarabiają, więc mieszkają w dobrych warunkach, mogą sobie zapewnić zdrową dietę, rzadziej dotyka ich bezrobocie. Mają też lepsze kompetencje zdrowotne. Dla nich zdrowie plasuje się wysoko w hierarchii wartości. Mają również większe możliwości korzystania z opieki zdrowotnej, częściej odwiedzają prywatne placówki, bo ich na to stać. Dane Eurostatu pokazują, że osoby z wykształceniem poniżej średniego mają dwa razy więcej niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych niż ludzie z wykształceniem wyższym. Bo nie mają pieniędzy, i to nie na prywatną usługę, ale nawet na dojazd do publicznego ośrodka. To wszystko przekłada się na długość i jakość ich życia. Ostatnio wykonane przez nas analizy pokazują, że mężczyźni w wieku 25 lat z wykształceniem wyższym będą żyli przeciętnie o prawie 14 lat dłużej niż ich rówieśnicy z wykształceniem podstawowym lub gimnazjalnym. W przypadku kobiet ta różnica wynosi prawie 9 lat. Lepiej wykształceni także rzadziej chorują, np. osoby z wykształceniem niepełnym podstawowym siedmiokrotnie częściej umierają na choroby układu oddechowego niż osoby z wykształceniem wyższym. Przyczynia się do tego większa skłonność do palenia papierosów, ale też czynniki zewnętrzne, np. gorsze warunki mieszkaniowe, narażenia zawodowe. W przypadku chorób układu

trawienno różnica jest prawie czterokrotna, a główny winowajca to alkohol. Za niechlubny przykład może też służyć umieralność z powodu raka szyjki macicy, bo wśród gorzej wykształconych kobiet brakuje świadomości zagrożenia tą chorobą. Słabiej wykształceni także dużo częściej popełniają samobójstwa.

Wystarczy podnieść poziom wykształcenia, aby nierówności zdrowotne znikły?

Oczywiście, że nie. Zresztą chyba nie tyle o wykształcenie chodzi, ile o jego skutki. Ludziom gorzej wykształconym brakuje pieniędzy i kompetencji zdrowotnych, a przecież nie tylko studia są w stanie to zmienić, ale też odpowiednia polityka państwa. Trzeba jednak pamiętać, że nie tylko status społeczno-ekonomiczny determinuje nierówności. Ważne jest również to, gdzie żyjemy. Różnice w zdrowiu występują pomiędzy poszczególnymi województwami, a także powiatami, ale wytłumaczenie, od czego to zależy, jest problematyczne. Najlepiej pod względem długości życia prezentuje się woj. podkarpackie, a najgorzej – łódzkie. W przypadku kobiet najlepiej wypada powiat leski, a najgorzej Świętochłowice. Zauważyliśmy też sporo nierówności w obrębie jednego regionu. Generalnie najdłużej żyją mieszkańcy głównego miasta wojewódzkiego, ale są wyjątki. Na przykład skierniewiczanie żyją dłużej o cztery lata niż łódzianie.

Regiony różnią się także pod względem umieralności ze względu na poszczególne choroby?

Zdecydowanie tak. Warmińsko-mazurskie jest liderem, jeśli chodzi o zgony z powodu raka płuca. Z kolei na Podlasiu najmniej notuje się śmierci spowodowanych chorobami układu krążenia. Przykłady można by mnożyć. Trudno powiedzieć, dlaczego tak jest. Takiego stanu rzeczy nie da się wytłumaczyć jedynie poziomem zamożności czy wykształcenia. Wysoka umieralność na daną chorobę w konkretnym regionie może wynikać po prostu z tego, że choruje tam dużo osób, ale również przyczyną może być niewystarczająca opieka medyczna. Może jest tam zbyt mało szpitali albo specjalistów lub kontrakt z NFZ nie w pełni odpowiada na potrzeby mieszkańców. Tego jednak na razie nie wiemy, gdyż mamy zbyt mało danych, ale będziemy to zjawisko badać. W tym kontekście warto przywołać wyniki naszych ostatnich analiz, które pokazują, że śmiertelność szpitalna w zawał serca w województwach wielkopolskim

Ostatnio wykonane przez nas analizy pokazują, że mężczyźni w wieku 25 lat z wykształceniem wyższym będą żyli przeciętnie o prawie 14 lat dłużej niż ich rówieśnicy z wykształceniem podstawowym lub gimnazjalnym. W przypadku kobiet ta różnica wynosi prawie 9 lat.

i lubuskim jest o ponad jedną trzecią wyższa niż w pomorskim i opolskim.

W jednej z państwa publikacji natknęłam się na analizę pokazującą różnice pomiędzy województwami w zakresie umieralności z powodu przyczyn niedokładnie określonych lub nieznanych. Są one znaczące...

Najlepiej radzi sobie woj. pomorskie, gdzie tylko 1 zgon na 100 tys. mieszkańców nie ma zdefiniowanej przyczyny. Fatalnie wypada woj. łódzkie, gdzie takich zgonów notuje się ponad stukrotnie więcej. W 2012 r. w tym województwie aż 11 proc. zgonów mężczyzn miało podaną właśnie taką przyczynę. To trochę wina lekarzy, którzy niestarannie wypełniają karty zgonu, nie dociekają przyczyny, dlaczego pacjent zmarł. Trzeba zrobić wszystko, aby to zmienić, bo tak niedokładne dane zaniżają statystyki dotyczące zgonów z powodu konkretnych chorób.

Jak Polska ze swoimi nierównościami wypada na tle innych krajów?

Zjawisko zróżnicowania zdrowotnego występuje we wszystkich krajach, ale nie wszędzie na tym samym poziomie. Jeśli chodzi o Unię Europejską, to najgorzej jest w krajach postkomunistycznych, czyli także u nas. Jednocześnie mamy mniej lekarzy i pielęgniarek i mniejsze nakłady na ochronę zdrowia. Do najniższych należą wydatki

na profilaktykę oraz zdrowie publiczne. Trudno się jednak temu dziwić, bo przecież nasza przeszłość i możliwości rozwoju były zupełnie inne niż w Niemczech czy Francji.

Jak poprawić tę sytuację?

Walka z nierównościami jest bardzo trudna. Pomocna jest wiedza na temat nierówności w zdrowiu, bo kiedy wiemy, z jakiego powodu umierają mieszkańcy danej populacji, to widzimy, jakie programy promocji zdrowia i profilaktyki trzeba tam wdrożyć.

Czy decydenci, różnego szczebla, chcą po tę wiedzę sięgać?

Z tym bywa różnie. Przygotowaliśmy materiał dla Ministerstwa Zdrowia, który ma być pomocny w wykorzystaniu dotacji unijnych. Rozesłaliśmy też do powiatów opracowany przez nas Atlas Umieralności Ludności Polski, ale tylko nieliczni przedstawiciele władzy samorządowej zwracali się do nas z pytaniami dodatkowymi, zaintrygowani przesłanymi danymi. Mamy nadzieję, że to się zmieni. Resort zdrowia planuje wprowadzić zapisy, które zmuszą województwa do tworzenia map zdrowotnych, dzięki którym czarno na białym będzie widać, jakie są potrzeby, czy brakuje lekarzy konkretnych specjalizacji i placówek konkretnego profilu. Może w końcu przestaniemy tylko gasić pożary, a zaczniemy działać tak, aby one w ogóle nie wybuchały. ■

Najlepiej pod względem długości życia prezentuje się woj. podkarpackie, a najgorzej – łódzkie.

Lucyna
Krysiak

Prawo i medycyna

– wymuszone partnerstwo

W obecnej, skomplikowanej, a często zagmatwanej prawnie rzeczywistości medycyna i prawo muszą iść ręką w rękę. Jest to partnerstwo niełatwe, ale konieczne, wymuszone szybkim postępowaniem medycyny, wprowadzaniem nowych norm administracyjnych, stawianiem w obliczu nieznanych dotąd dylematów etycznych.

Trudno dziś wyobrazić sobie, aby lekarz mógł bezpiecznie wykonywać swój zawód bez znajomości prawa. Często jednak ta znajomość nie jest na tyle dogłębna, by sam rozstrzygał kwestie prawne. Musi mieć obok siebie fachowca. O tym, jak ważna jest współpraca lekarza i prawnika świadczy fakt, że już na studiach podejmowane są działania w tym zakresie. Przyszli medycy chcą wiedzieć, jak poruszać się w gąszczu przepisów towarzyszących wykonywaniu zawodu lekarza, jak radzić sobie w sytuacjach, kiedy wykonywanie tego zawodu jest zagrożone, jak być dobrym lekarzem, nie łamiąc prawa i zasad etyki. Ad vocem – przyszli prawnicy chcą osłuchać się z tematyką medyczną, wiedzieć, z jakim konglomeratem zagadnień będą mieć do czynienia. Organizują wspólne konferencje poświęcone prawu medycznemu. Najczęściej o charakterze lokalnym. Ostatnio o zasięgu ogólnopolskim. Prof. Agnieszka Liszewska, dziekan Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Łódzkiego, zaznacza, że związki prawa i medycyny są interdyscyplinarne, dotyczą prawa cywilnego, administracyjnego, karnego, ale też farmaceutycznego, prawa pracy, ubezpieczeniowego, wymagają więc ciągłego pogłębiania wiedzy. Organizatorzy konferencji – Europejskie Stowarzyszenie Studentów Prawa ELSA Poland oraz Samorząd Studentów UM w Łodzi nadali konferencji wymiar praktyczny, dobierając tematy z dyscyplin, z którymi lekarz i prawnik ma do czynienia na co dzień. Największy nacisk położyli na zagadnienia związane z odpowiedzialnością zawodową lekarza, z którą będzie miał do czynienia nawet w najbardziej standardowych sytuacjach – podejmując decyzję o leczeniu, prowadząc dokumentację medyczną, wystawiając receptę.

Niebezpieczne terapie

To, co w założeniu wydaje się proste i oczywiste, w rzeczywistości bywa bardziej złożone, często niebezpieczne. Tak jest z lekami z listy OTC, czyli wydawanymi bez recepty, które w dawkach znacznie przekraczających dawki terapeutyczne mogą być wykorzystywane jako środki psychoaktywne. Przykładem są niektóre leki przeciwbólowe, przeciwkaszlowe, antyalergiczne, a także pobudzające czynności mózgu wydawane na receptę, np. stosowane po udarach, u pacjentów geriatrycznych, które w zwielokrotnionych dawkach działają narkotycznie i uzależniają. Zamiast do pacjentów ze wskazaniami lekarskimi trafiają do młodzieży gimnazjalnej, licealistów i studentów. Prof. Jolanta Zawilska, farmakolog z UM w Łodzi na przykładzie analizy ich działania ostrzegła

przyszłych lekarzy i prawników, jak niebezpieczne mogą być dla ich przyszłych pacjentów i jakie konsekwencje prawne mogą wystąpić z tego tytułu. O tym, jak duża jest skala problemu, świadczy fakt, że producenci leków OTC zastanawiają się, czy nie wprowadzić ograniczeń w ich sprzedaży. Chcą, aby nadal pozostały lekami wydawanymi bez recepty, ale osobom, które ukończyły 18 lat i tylko po jednym opakowaniu. Nie tak oczywiste są także podstawy prawne dotyczące testowania i wprowadzania do lecznictwa nowych leków, a także procedury związane z ich opatentowaniem. Alicja Rumpel, rzecznik patentowy (dziedzina prawa, które pozwala wynalazcom uzyskać wyłączność na swoje rozwiązania i czerpać z tego profity) podkreśla, że za wszystkim, co nowe z pogranicza medycyny i farmacji, stoją ogromne pieniądze, nowe leki wymagają więc szczególnie wnikliwej oceny. W przeciwieństwie do USA, gdzie można opatentować praktycznie każdy wynalazek, europejskie zasady uzyskania patentu są bardzo restrykcyjne. Najbardziej w kwestiach dotyczących poziomu wynalazczego, który zakłada, że odkrycie musi być innowacyjne, przyczyniać się do postępu i nadawać do przemysłowego zastosowania. Polski system prawny reguluje ustawa – prawo własności przemysłowej, która jest odbiciem reguł funkcjonujących w Unii Europejskiej. To restrykcyjne prawo dotyczy także leków i rodzi dylematy, czy w ogóle powinno się je patentować? Tylko kto poniesie koszty badań nad nowymi lekami? Wprowadzenie na rynek jednego nowego leku kosztuje miliardy dolarów, czy jakiegokolwiek rządy udźwigną taki ciężar, jeśli firmy farmaceutyczne przestaną zarabiać na patentach? Dlatego patenty na farmaceutyki pozostaną, mimo że ich uzyskanie jest niezwykle trudne i ograniczają dostępność do nowoczesnych metod leczenia. W kwestii odpowiedzialności zawodowej stosowania niebezpiecznych terapii prof. Zbigniew Czernicki, rzecznik odpowiedzialności zawodowej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, zwrócił uwagę, że w obecnych czasach lekarz z pozycji autorytetu przeszedł na pozycję partnera i kluczową rolę pełni w tym informacja. Na procedury obarczone szczególnym ryzykiem, musi być wyrażona świadoma zgoda pacjenta. – Wyrażanie takiej zgody to wciąż duży problem, szczególnie u osób z zaburzeniami psychicznymi, nieprzytomnymi, niepełnoletnimi – tłumaczy prof. Z. Czernicki. Lekarz często balansuje na granicy prawa, musi wybierać, czy kierować się etyką i za wszelką cenę ratować ludzkie życie, czy łamać prawo i ponosić odpowiedzialność z tego tytułu. Mimo że są organizowane dla

Przyszli medycy chcą wiedzieć, jak poruszać się w gąszczu przepisów towarzyszących wykonywaniu zawodu lekarza, jak radzić sobie w sytuacjach, kiedy wykonywanie tego zawodu jest zagrożone, jak być dobrym lekarzem, nie łamiąc prawa i zasad etyki.

studentów medycyny zajęcia kształcące umiejętności komunikowania się z pacjentem i ich opiekunami, na których omawia się prawne aspekty odpowiedzialności zawodowej w sytuacjach terapii obciążonych ryzykiem, to wciąż wielkie wyzwanie dla prawników.

Nadążać za medycyną

Z założenia prawo medyczne to zbiór przepisów prawnych regulujących stosunki między uczestnikami systemu ochrony zdrowia, czyli między pacjentem, świadczącą usługę i płatnikiem. Prawo to reguluje również zasady funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej, sposób wykonywania zawodów medycznych oraz jego aspekty etyczne. Działalność ta nie jest wolna od niedociągnięć, błędów, a nawet patologii, jest więc obciążona postępowaniem skargowo-wnioskowym. Skargi są odbierane jak zbrodnia systemu, godzą nie tylko w instytucje takie jak NFZ, szpitale, przychodnie, jednym słowem w podmioty lecznicze, ale bezpośrednio w lekarzy. Zwykle kojarzone są z minioną epoką. Dr Agnieszka Korzeniowska-Polak, adiunkt na Wydziale Prawa i Administracji UM, uważa, że mimo wielu uciążliwości skargi są nośnikami informacji o systemie i jego funkcjonowaniu, nawet jeśli skarżący nie ma racji. Bywają inspiracją dla wprowadzania korzystnych zmian w przepisach, dostosowywania ich do realiów, potrzeb pacjentów, likwidowania uchybień. Tego rodzaju działania są niezbędne, aby prawo nadążało za medycyną. Dynamiczny rozwój medycyny wkracza w coraz to nowe obszary. Transplantacje, zapłodnienie in vitro, nowatorskie terapie onkologiczne, wszczepianie implantów, zabiegi chirurgii plastycznej – to tylko niektóre z nich. Krzysztof Merzel, student Wydziału Prawa UŁ, uważa, że obecny model kształcenia na studiach medycznych zbyt mało miejsca poświęca przygotowaniu przyszłych lekarzy do wejścia w zawodowe życie pod względem prawnym. – Lekarz powinien być świadomy zagrożeń, z jakimi zetknie się, podejmując zatrudnienie w swoim zawodzie, zanim jeszcze podpisze umowę o pracę. Powinien wiedzieć, że przez całe swoje zawodowe życie będzie musiał korzystać z pomocy prawników i naszą rolą jest kreowanie tej świadomości jeszcze na studiach – mówi Krzysztof Merzel. Relacje między różnymi dziedzinami prawa i medycyny należą do wielopłaszczyznowych. Prawnicy podkreślają, że tak jak oni nigdy nie będą zajmować się leczeniem, tak lekarze nie będą w żadnym sądzie występować jako profesjonalni prawnicy. Barbara Lewandowska, studentka Wydziału Lekarskiego UM w Łodzi, uważa, że to nie jest nowy trend, który przyszedł do Polski z Zachodu, to sytuacja w ochronie zdrowia zrodziła potrzebę, a wręcz konieczność po-

siłkowania się prawnikami. Krzysztof Rumpel, student Wydziału Prawa UŁ, jest przekonany, że relacje między medycyną i prawem wymagają nie tylko wzajemnego poznawania zawartości obu dyscyplin, ale też zdrowego podejścia, którego też trzeba się uczyć. Ponieważ obecnie nasila się roszczeniowość wobec lekarzy, w kontaktach z pacjentem zawsze należy zachować ostrożność. Aleksy Zagrodzki (Wydział Lekarski UM w Łodzi) mówi, że w obecnym, zreformowanym systemie kształcenia, w którym nie będzie stażu podyplomowego, student już w czasie trwania nauki, podczas zajęć z przedmiotów klinicznych będzie miał kontakt z pacjentem i powinien wiedzieć, na co może być narażony. Musi wiedzieć co zrobić, aby później nie było podstaw do pociągnięcia go do odpowiedzialności. – Staż podyplomowy był buforem, który pozwalał obyć się z rzeczywistością, teraz będziemy tego pozbawieni – dodaje A. Zagrodzki ■

Lekarz często balansuje na granicy prawa, musi wybierać, czy kierować się etyką i za wszelką cenę ratować ludzkie życie, czy łamać prawo i ponosić odpowiedzialność z tego tytułu.

Jakie będą szpitale

**Maria
Domagała**

Szpitale to centralny element systemu ochrony zdrowia. Ich sposób funkcjonowania wpływa na poziom dostępu do specjalistycznych usług i opieki zdrowotnej w ogóle. Specjaliści szpitalni to elita zawodowa. Nowe metody leczenia i osiągnięcia technologiczne i farmaceutyczne wprowadzane są zwykle najpierw w szpitalach, co zapewnia im wiodącą rolę w systemie.

Szpitale w Europie od kilku dekad podlegają głębokim zmianom. W dużym stopniu są one skutkiem oddziaływania czynników populacyjnych. Na przykład obecnie w Irlandii kobieta przeciętnie rodzi mniej niż dwoje dzieci (w latach 90. ponad troje) – toteż ilość świadczeń położniczych musiała spaść. Dużą rolę odgrywa starzenie się ludności, bo starsi częściej trafiają do szpitali i pozostają tam dłużej (ich leczenie to około połowa tzw. osobodni). Zmienia się sytuacja epidemiologiczna (choroby są inne niż kiedyś, a „dawne” mają inny przebieg), dochodzą nowe problemy zdrowotne związane z trybem życia, dietą, nikotynizmem. Bardzo istotnym czynnikiem zmian jest rozwój medycyny i technologii, dzięki któremu zwiększają się możliwości – można pomóc szerszej grupie pacjentów (np. poprzez transplantacje organów, skuteczne leczenie raka). Małoinwazyjne techniki zmniejszyły ryzyko, jakie niosą zabiegi, a nowoczesne leki skróciły leczenie szpitalne. Jednocześnie inne nowe leki, np. onkologiczne, przedłużają hospitalizację, której przedtem w ogóle nie podejmowano.

Szpitale się zmieniają

Zmienia się sposób świadczenia usług szpitalnych, nowe typy usług wymagają innej organizacji pracy, innego wykorzystania budynków, tworzenia i rozbudowy odrębnych jednostek i koncentracji kosztownych usług, jak np. tomografia komputerowa. Zabiegi endoskopowe czy dializy nie muszą być wykonywane w oddziałach szpitalnych, lecz w ambulatoriach w trybie jednego dnia. Konieczne jest zatrudnianie pracowników o różnicowanych umiejętnościach oraz ciągłe uzupełnianie przez nich wiedzy. Zmieniają się relacje między opieką szpitalną i ambulatoryjną, przesuwa granica między opieką specjalistyczną i podstawową.

Zmiany są też wymuszane przez coraz wyższe oczekiwania społeczne oraz... przez wzrost kosztów. Koszty szpitalnictwa w krajach rozwiniętych od 50 lat rosną. Co prawda od lat wynoszą one około 50 proc. środków przeznaczonych na ochronę zdrowia, ale te stanowią coraz większy procent PKB (wzrost z około 5 proc. PKB

w 1970 r.: w Wielkiej Brytanii do ponad 9 proc., we Francji i Niemczech do 11 proc., a w USA do ponad 17 proc. w 2010 r.). Kraje nowej UE obecnie wydają na zdrowie średnio 7 proc. PKB, z czego aż dwie trzecie na szpitale.

Panuje przekonanie, że szpitale mogłyby leczyć bardziej efektywnie, a wielu pacjentów mogłoby mieć lepszą opiekę w placówkach innego typu, co dałoby oszczędności. Toteż od lat 80. ubiegłego wieku rozwinięte kraje europejskie, a także USA, Kanada, Australia starają się przeprofilować szpitale i przesunąć część ich dotychczasowych zadań do innych zakładów. W szpitalach miałyby pozostać leczenie osób wymagających intensywnej opieki medycznej lub pielęgniarstwa, pogłębionej diagnostyki i zaawansowanej terapii.

Tendencja: mniej łóżek, krótszy pobyt

W Europie można wyodrębnić trzy poziomy szpitalnictwa: średni reprezentuje stara UE (4 placówki na 100 tys. ludności); niski – Europa Centralna (2,2); wysoki – kraje byłego ZSRR (8,5). Ważnym wskaźnikiem jest liczba łóżek tzw. ostrych (zabiegowych). W Europie Zachodniej redukuje się je od lat 80., w Europie Centralnej od 90., ale postępuje to wolniej – około 2005 r. w krajach nowej UE było średnio blisko 2 razy więcej łóżek ostrych niż w UE15 (6 vs. 3,5 na 1000). Nie da się jednak wskazać uniwersalnej optymalnej liczby łóżek ostrych. Ważny jest kontekst społeczny, rozbudowany system wsparcia środowiskowego, usług pomocniczych, a nawet usług w ogóle (sklepy). W krajach nowej UE redukcja łóżek szpitalnych nie może więc iść tak daleko jak w bogatszych zachodnich, ponieważ (upraszczając) w tych drugich szpitale koncentrują się na usługach ostrych, a w większości krajów Europy Centralnej i Wschodniej obok medycznych nadal pełnią funkcje socjalne.

Zmniejszaniu liczby łóżek towarzyszy skracanie czasu pobytu w szpitalu. Pacjenci po niezbędnej hospitalizacji trafiają do placówek z dominującą opieką pielęgniarstwa lub otrzymują pomoc medyczno-opiekuńczą w domach. Skracaniu pobytu sprzyjają nowe zalecenia medyczne (np. wczesne uruchomienie po zabiegach chirurgicznych), rozpowszechnienie się placówek

W Polsce po 1989 r. zarządzanie ochroną zdrowia przekazano samorządom lokalnym. W latach 2000-2009 liczba szpitali publicznych spadła (z 714 do 526), a niepublicznych wzrosła (z 38 do 228).

jednodniowych i nowe technologie. W krajach UE średni czas pobytu w szpitalu skrócono z 12 do 5-7 dni. Tymczasem w byłym ZSRR pobyt w szpitalu nadal wynosi przeciętnie około 14 dni; po porodzie bez komplikacji kobieta zostaje w szpitalu przez 7 dni (w większości krajów UE – 24 godziny), gruźlicę leczy się przez wiele miesięcy w szpitalu (na Zachodzie – ambulatoryjnie). Poza krajami byłego ZSRR istnieje prawidłowość, że krótszy pobyt w szpitalu to większa liczba przyjęć pacjentów.

Cięcie wielkości

Zmniejszanie całkowitej wielkości szpitali przebiega różnie. Na przykład w Niemczech w ciągu lat 90. ubyło 7 proc. łóżek, ale nie zlikwidowano żadnej placówki, w tym czasie Wielka Brytania i Irlandia zamknęły około jedną trzecią szpitali zabiegowych (części zmieniono kategorię). W Belgii, Danii, Francji przeprowadzano ustawowe reorganizacje, w tej ostatniej ogólnie ustalono docelową liczbę łóżek ostrych (zredukowaną) i długoterminowych: przy pięcioprocentowej redukcji łóżek ostrych w latach 90. otwarto 15 szpitali innego typu, 7 stacji dializ, 20 centrów dla pacjentów z alzheimerem, 60 placówek onkologicznych. Zamykanie oznacza często zastępowanie dwóch placówek jedną nową, nie rzadko o innym profilu i w obiekcie o wyższym standardzie, jak to robiono np. w Hiszpanii. W Wielkiej Brytanii zmiany poprzedzano tworzeniem trustów (np. łączono wszystkie szpitale w mieście); łatwiej zamknąć część trustu niż odrębną placówkę.

Przykłady krajów europejskich pokazują, że reorganizacja sterowana ogólnie była bardziej skuteczna niż pozostawienie tego procesu mechanizmom rynkowym. Zmiany są trudniejsze przy większej autonomii szpitali, gdy właściciel jest rozproszony, a sposób finansowania mieszany.

Alternatywne formy opieki

Przeprofilowanie szpitali odbywa się też poprzez zmianę schematu opieki. Przykładem takich działań jest Wielka Brytania, gdzie redukcji łóżek w szpitalach ostrych i psychiatrycznych towarzyszył wzrost liczby miejsc w placówkach pielęgniarstwa prowadzących opiekę w warunkach zbliżonych do domowych. Rozwijanie alternatywnych form opieki długoterminowej pozwala kierować część pacjentów do bardziej odpowiednich dla nich miejsc. Wzmocnienie służb socjalnych i nowe leki pozwalają wielu chorym, np. psychicznie, dobrze funkcjonować w środowisku. Zarazem jednak stan przebywających w szpitalach jest poważniejszy, a to wymaga innego przygotowania pielęgniarek i personelu pomocniczego. Redukcja łóżek ostrych ma przy tym także negatywne skutki: przedwczesne wypisywanie to czasem konieczność ponownych przyjęć, dłuższe oczekiwanie na zabieg itp.

W nowej Unii

W nowych krajach UE zmiany szły w podobnym kierunku, lecz napotykały więcej barier. Szpitale uniezależniano od rządu i przekazywano władzom lokalnym. Uzyskały one wówczas większą autonomię i często utrudniały restrukturyzację, jak np. na Węgrzech, gdzie w latach 90. kilkakrotne odgórne próby reorganizacji szpitali skończyły się redukcją łóżek zaledwie o 7 proc. W Czechach liberalizacja spowodowała tak duże problemy z finansowaniem, że w końcu lat 90. z 27 placówek zostało 9, a liczba łóżek ostrych spadła o 23 proc. W Polsce po 1989 r. zarządzanie ochroną zdrowia przekazano samorządom lokalnym. W latach 2000-2009 liczba szpitali publicznych spadła (z 714 do 526), a niepublicznych wzrosła (z 38 do 228). Obiekty małe (do 50 łóżek) są w 60 proc. prywatne, zaś większość średnich i wszystkie duże – publiczne. Nie ma centralnego planu restrukturyzacji, o inwestycjach decydują właściciele (samorządy lokalne). Liczba ostrych łóżek szpitalnych spada wolniej niż w starszej UE i wynosi 6,7 na 1000 mieszkańców (UE15 – 3,9, Wielka Brytania – 2,4). Średnia hospitalizacja trwa 5,1 dni (jak we Francji). W ciągu ostatniej dekady proporcja łóżek prawie nie zmieniła się: ostre stanowią 96 proc., psychiatryczne – 2,5, odsetek łóżek długiego pobytu spadł z 1,7 do 0,9. Od lat 90. opieka długoterminowa jest przesuwana ze szpitali do placówek pielęgniarstwa i opiekuńczych, ale wolno. Nie rozwinęła się zbyt szybko sieć szpitali dziennych (mało kontraktów z NFZ).

Próba prognozy

Planowanie szpitalnictwa, nawet oparte na rzetelnych przesłankach, jest trudne – szpital to przedsięwzięcie na wiele lat. Można prognozować zjawiska demograficzne oraz rozwój niektórych chorób. I tak np. obecny wzrost nikotynizmu wśród nastolatków za 30 lat zwiększy zachorowalność na raka płuc; wiadomo też, że korzystne zmiany w diecie mieszkańców Europy Centralnej po 1990 r. przyniosły w ciągu kilku lat spadek zachorowań na choroby sercowo-naczyniowe. Taka wiedza pozwala przewidzieć zmiany profilu pacjentów szpitali i odpowiednio modyfikować ofertę świadczeń, liczebność kadr itd. Trudniej jednak przewidzieć skutki rozwoju technologii i zmian otoczenia polityczno-ekonomicznego.

Obecna wiedza pozwala sformułować następującą prognozę: szpitalnictwo jako suma łóżek kurczy się, ale zakres i skala działania rośnie. Szpitale ostre będą przyjmować głównie pacjentów poważnie chorych z szansami na powrót do zdrowia. Wzrośnie liczba specjalistycznych oddziałów, zwiększy się znaczenie ratownictwa medycznego, bloki operacyjne będą wykorzystywane do bardziej skomplikowanych zabiegów. Potrzeba będzie więcej łóżek intensywnej terapii i opieki pooperacyjnej, a mniej ostrych w tradycyjnym rozumieniu; lżej chorzy i wymagający drobnych zabiegów będą leczeni poza szpitalami. ■

Przykłady krajów europejskich pokazują, że reorganizacja sterowana ogólnie była bardziej skuteczna niż pozostawienie tego procesu mechanizmom rynkowym. Zmiany są trudniejsze przy większej autonomii szpitali, gdy właściciel jest rozproszony, a sposób finansowania mieszany.

Na podstawie: „Hospitals in a changing Europe”, seria „European observatory on health systems and policies” oraz „Zarys systemu ochrony zdrowia Polska 2012”.



**Joanna
Sokołowska**

Zrobiłam krótką ankietę wśród lekarzy pierwszego kontaktu – tych wykształconych w medycynie rodzinnej i tych wyspecjalizowanych w pediatrii – nikt nie potrafił sobie przypomnieć żadnych zaleceń dotyczących kwalifikacji dziecka do nauki gry na instrumencie.

Być jak Dr House...

Jeden z moich wszechstronnie utalentowanych kolegów po fachu szepnął mi kiedyś na ucho, że do doskonałości brakuje mu tylko dwóch umiejętności: tańca towarzyskiego i gry na instrumencie. Przypomniałam sobie to wyznanie, oglądając koncert Hugh Laurie'go, promujący jego nową płytę „Didn't It Rain”.

Na muzycznej scenie doktor z filmowego Szpitala Klinicznego Princeton-Plainsboro w New Jersey przeistoczył się w wirtuoza fortepianu, kierującego zespołem muzyków z takim samym, nieco diabolicznym wdziękiem, jak dowodzi serialową grupą medyków. A gdy z Gaby Moreno zaśpiewał (i zatańczył) tango „Kiss of Fire”, zrozumiałam, że uzdolniony kolega po fachu chciałby być po prostu jak dr Gregory House... I wcale nie chodzi o skłonność do nałogów, niekonwencjonalnych zachowań, utykanie i trzydniowy zarost.

Związki aktora Hugh Laurie'go z medycyną są zresztą znacznie bliższe niż tylko serialowa kreacja. Jego ojciec – William George Ranald Mundell „Ran” Laurie, złoty medalista wioślarski Igrzysk Olimpijskich w 1948 r. w Londynie, po porzuceniu kariery sportowej zajął się medycyną i przez ponad 30 lat pracował jako lekarz rodzinny w Oxfordzie. Hugh próbował też pójść w ślady ojca – trenował z sukcesami wioślarstwo, próbował studiować medycynę. Okazało się jednak, że bycie medykiem jest mu dane jedynie na srebrnym ekranie. Więc może i on czegoś zazdrości mojemu wszechstronnie utalentowanemu koledze.

O tym, że „śpiewać każdy może”, w Polsce wie nawet dziecko. Aby jednak dźwięki wydawane z siebie lub przy użyciu przedmiotów zwanych instrumentami muzycznymi były miłe dla ucha, trzeba już nie tylko woli i talentu. Konieczna jest edukacja muzyczna. Sprawa wydaje się niezbyt skomplikowana – wystarczy przecież wykazać się szczerymi chęciami i odrobiną uzdolnień, by zostać uczniem szkoły muzycznej. I to im wcześniej, tym lepiej. Tak to pewnie działa nad Tamizą, gdzie sztukę gry na fortepianie posiadał mój tytułowy bohater. Nad Wisłą jest nieco inaczej... Głęboko zakorzeniona pamięć o tragicznie zmarłym Janku Muzykancie nakazała bowiem ustawodawcy dokonania wstępnej weryfikacji kandydatów do szkół muzycznych. Aby jednak nie ranić uczuć wrażliwych dzieci i ich ambitnych rodziców, zadanie to powierzono... lekarzom pierwszego kontaktu! Tych, którzy – jak ja – przecierają oczy ze zdumienia, zapewniam – to nie żart i odsyłam do odpowiedniego dnia nika ustaw. W punkcie 20n ustawy z 6 grudnia

2013 r. o systemie oświaty zapisano więc, iż „do pierwszego etapu postępowania rekrutacyjnego dopuszcza się kandydatów, którzy do wniosku o przyjęcie do publicznej szkoły lub publicznej placówki artystycznej dołączyli zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia kształcenia w danej publicznej szkole lub publicznej placówce artystycznej, wydane przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej” („pierwszy etap postępowania rekrutacyjnego” – to ten krótki moment trwający od wkroczenia do sali przesłuchań, do momentu sprawdzenia dziecięcej umiejętności powtórzenia wyklaskanego rytmu i nieskomplikowanej melodii).

Gdy pierwsi rodzice potencjalnie muzycznych sześciolatków zaczęli domagać się ode mnie takich zaświadczeń, pozwoliłam sobie na niezbyt wyszukaną konkluzję, że poza brakiem uzdolnień nie widzę przeciwwskazań do nauki gry na instrumencie, a beztalencie, jako rzecz wstydlivą, chronić będę tajemnicą lekarską. Testu na talent muzyczny nie znalazłam zresztą w żadnym katalogu badań i procedur medycznych. Potem, nie pierwszy raz zresztą, pomyślałam, że „durne prawo, ale prawo” i zaczęłam szukać informacji na temat zgubnych skutków gry na instrumentach.

Okazuje się, że choć muzyka, jak powszechnie wiadomo, łagodzi obyczaje, to jednocześnie podstępnie naraża na szwank zdrowie muzykujących. Stałe powtarzanie tych samych ruchów, wymuszone pozycje, narażenie na wibracje, wielogodzinne obciążenie tych samych partii mięśni i stawów, ich nadmierne rozciąganie lub ucisk – to tylko niektóre z przyczyn przyszłych chorób zwyrodnieniowych. „Kurcz muzyków” – dystonia, na którą podobno cierpiał sam wielki Robert Schuman, zapalenie kciuka u pianistów, zapalenie nadkłykci kości ramiennej u skrzypków – oto tylko niektóre skutki ćwiczeń muzycznych. A gra na instrumentach dętych? Wielogodzinne utrzymywanie dodatniego ciśnienia w drogach oddechowych, kontakt delikatnej skóry dziecka z metalem i dźwiganie przed sobą, za przeproszeniem, trąby? A kontakt z alergenami, skutkujący kaskadą objawów opisywanych jako „szyja skrzypka”, którego istotą jest ucisk i drażnienie skóry młodego artysty przez znajdujące się na instrumencie substancje chemiczne? A ryzyko stopniowej utraty



sluchu, związane z narażeniem na hałas? Podobno chwilowe wartości dźwięków subtelnych z pozoru instrumentu, jakim jest flet, mogą osiągnąć 120 dB! Polskie prawo dopuszcza pracę w hałasie o natężeniu 85 dB... Do tego jeszcze utrata wzroku spowodowana czytaniem nut w słabym oświetleniu sal koncertowych i ciągłe narażenie na stres związany z publicznym występem... Czy statystyczne nadwiślańskie pachole z alergią, krzywym kręgosłupem, płaskostopiem, przerośniętym migdałkiem gardłowym i permanentnym zwolnieniem z WF-u nie zostanie kaleką po ukończeniu szkoły muzycznej pierwszego stopnia?!

Zrobiłam krótką ankietę wśród lekarzy pierwszego kontaktu – tych wykształconych w medycynie rodzinnej i tych wyspecjalizowanych w pediatrii – nikt nie potrafił sobie przypomnieć żadnych zaleceń dotyczących kwalifikacji dziecka do nauki gry na instrumencie. Jednogłośnie doszliśmy do wniosku, że tylko mała rybka jak ryba i poddana szczegółowej diagnostyce, może przekroczyć 1 wrześniowy próg szkoły muzycznej... Ale czy znajdzie się taki odważny, który stwierdzi na piśmie, że dziecko jest zdrowe, a nie tylko niedokładnie zdiagnozowane? Chyba tylko dr House... ■

Okazuje się, że choć muzyka, jak powszechnie wiadomo, łagodzi obyczaje, to jednocześnie podstępnie naraża na szwank zdrowie muzykujących.



**Sławomir
Pietras**

Dyrektor
polskich teatrów
operowych

Plácido Domingo

– przypadek medyczny

W sztuce – aczkolwiek rzadko – bywały przypadki nadprzyrodzonego połączenia talentu, rozumu, wykształcenia, życiowego wdzięku, prostoty i życzliwości dla świata. Ale żeby przymioty te rozciągnąć na całe długie życie, pełne codziennej ciężkiej pracy, zmagania z kolosalną karierą oraz nieodzowną pełnią formy fizycznej i zdrowotnej – to już unikalny przypadek medyczny.

Jeden z najwybitniejszych artystów naszych czasów, a na pewno najwspanialszy śpiewak, do tego jeszcze dyrygent, dyrektor teatrów operowych, manager i promotor młodzieży artystycznej, skończył właśnie 73 lata.

Mieliśmy szczęście gościć go pięciokrotnie w Polsce. Ostatnio Przemysław Kieliszewski, coraz bardziej obiecujący dyrektor Teatru Muzycznego, sobie tylko znanymi sposobami namówił Plácida Dominga na koncert w Poznaniu. Inicjatywę zasponsorował jak zwykle nieoceniony dr (ale nie medycyny) Jan Kulczyk. Poznaniacy w mgnieniu oka wykupili kilka tysięcy wcale nie tanich biletów, resztę rezerwując dla licznych melomanów przybyłych z całego kraju.

Mega gwiazda na czele ekipy współpracowników wsiadł do samolotu na lotnisku w Santa Monica, gdzie skończył właśnie serię koncertów w Kalifornii. Zamierzał z kilkoma przesiadkami udać się do Poznania, aby zdążyć na próby z chórem i orkiestrą. Po dotarciu do Nowego Yorku okazało się, że maszyna, którą zamierzali lecieć do Londynu, uległa awarii. Artysta błyskawicznie zdecydował, że trzeba wynająć samolot prywatny, aby zdążyć na przesiadkę w Monachium. Kiedy już rozgościli się w wyczarterowanej maszynie, jej pilot nagle doznał gwałtownych torsji uniemożliwiających przebywanie w zanieczyszczonym kokpicie, a zwłaszcza lot przez ocean. Po wielu stresujących poszukiwaniach w ostatniej chwili znaleziono możliwość przelotu do Europy, z lądowaniem na londyńskim Heathrow. Dopiero stamtąd po 30 godzinach podróży, z jednodniowym opóźnieniem dotarli do Poznania.

Dlaczego o tym piszę? Bo zamiast choćby trochę odpocząć w hotelu, Domingo prosto z lotniska przy-

stąpił do wielogodzinnej intensywnej próby. Wieczorem zjadł z nami kolację, goszczony przez Ewę Voelkel w modernistycznej restauracji Concordia Design. Do drugiej w nocy brylował towarzysko, rozmawiał w kilku językach, wspominając pobyt w Poznaniu na próbie generalnej „Andrea Chénier”, swą zmarłą niedawno nieodżałowaną przyjaciółkę Barbarę Piasecką Johnson i inne serdeczne związki z Polakami.

Następnego dnia po kolejnej dodatkowej próbie dał mistrzowski koncert z obszernym programem i wieloma bisami. Z właściwą sobie swobodą zaprezentował formę wokalną iście nagraniową, kunszt interpretacyjny tym razem w repertuarze barytonowym, śpiewany głosem o niezapomnianym, pięknym brzmieniu.

Natychmiast po zakończeniu występu wsiadł w nocy do kolejnego wynajętego samolotu, szczerze współczując ledwie żywej ze zmęczenia ekipie. Jeszcze przed świtem w Wiedniu przesiedli się do maszyny, która uniosła ich aż na drugi koniec Azji. Tam bowiem czekały przełożone z powodu Poznania koncerty plenerowe dla nieprzebranych tłumów w Pekinie, Szanghaju, Tokio i Seulu. Radzę nie zadawać pytań temu niezniszczalnemu artyście, jak on to robi. Zagadnięty o urlopy, od lat odpowiada krótko: „Kiedy odpoczywam – rdzewieję!”.

Obiecuję sobie i swoim czytelnikom dokładne śledzenie dalszej – jestem tego pewien – jeszcze długiej kariery zjawiska, które nazywa się Plácido Domingo. Natomiast unikalny przypadek vitalny i odpornościowy, jakim jawi się ten wiecznie młody artysta, pozostawiam medycynie, która powinna odpowiedzieć na pytanie, co robić, aby za jego przykładem, ciągle w pełni formy dążyć do nieskończoności w życiu i sztuce. ■

List do
redakcji

Polszczyzna nieznana

Pragnę podpowiedzieć temat, który powinien zainteresować wiele Koleżanek i Kolegów lekarzy. Pełniąc od kilku lat rolę biegłego sądownego, mam kontakt z lekarskimi dokumentacjami z różnych regionów naszego kraju. Wszędzie oczywiście wiarygodności dokumentom dodają pieczętki lekarskie. Ale obserwuję w ich treści łamanie wszel-

kich zasad języka polskiego, a nawet wręcz logiki. Nazwisko i imię jest zwykle napisane poprawnie, ale potem zaczyna się „wolna amerykanka”. Specjalista dużą literą, ale już chirurg czy internista małą. Wszystko dużą, „lekarz” dużą, specjalista małą, a potem urologii dużą!!!!!! I wszystkie inne możliwe i wręcz niewyobrażalne kombinacje, też dotyczące

Rabat Jedyny

Ciekaw jestem, czy poloniści stworzyli już słownik, w którym zebrane byłyby wyrazy i sformułowania, zmieniające współcześnie swoje znaczenie? Miałbym kilka propozycji. Na przykład „jedyny”. To teraz znaczy, że jest go dużo, taki jak inne, powszechnie dostępne.

Medialnym odpowiednikiem słowa „jedyny” jest „tylko u nas”. To znaczy, że wszędzie. Wywiady z kobietą uzdrowioną przez papieża, zapowiadane zawsze jako „tylko u nas”, czytałem w kilku gazetach i widziałem w paru telewizjach. Druga propozycja to „rabat”. Sprawdziłem w słowniku wydanym w 2006 r. Wtedy jeszcze: „rabat – niem. Rabatt – zniżka, ustępstwo procentowe od ustalonych cen towaru, głównie na rzecz nabywców płacących gotówką, kupujących dużą ilość towaru jednorazowo lub w określonym czasie; opust, bonifikata”. A ja na przykład regularnie dostaję rabaty przy przeglądach technicznych samochodu, mimo że zawsze robię tylko jeden i płacę kartą. Zapytałem paru znajomych – wszyscy dostają rabaty w serwisach samochodowych. I nikt z nas nie ma odwagi zapytać, ile taki przegląd kosztowałby bez rabatu. Dostałeś, to się ciesz, bo jesteś „jedyny”. Chociaż takie pojmowanie „jedyności” nie jest chyba wymysłem współczesności. Przed laty popularna była piosenka, w której najpierw dowiadujemy się, że:

Chodził kiedyś kataryniarz,
Nosił na plecach słowików chór,
I papugę ze złotym dziobem,
I pierścionków sznur...
a zaraz potem, że to jest:
Złoty pierścionek, złoty pierścionek na szczęście,
Z niebieskim oczkiem, z błękitnym niebem na
szczęście,

Złoty pierścionek kataryniarza jedyny...

Czyli jak? Jedyny pierścionek ze sznura pierścionków? A może to kwestia złego zapisu tekstu? Jeden z moich kolegów, z zawodu poeta, twierdzi, że „jedyny” w tej piosence powinien być pisany wielką literą. Bo to nazwisko kataryniarza. Kataryniarz Jedyna. Na przykład Kazimierz Jedyna.

Wiedząc, do kogo kieruję, ten tekst, zacząłem się zastanawiać, czy „rabat” da się zastosować w służ-

bie zdrowia? W prywatnej bez problemu: „Wizyta kosztuje 100 zł, ale panu przyznaliśmy rabat, dlatego płaci pan tylko 70 zł i ma pan w tej cenie jeszcze kupon na wymianę opon w samochodzie na zimowe do 12 lipca”. Ale w systemie państwowym? Może tak: „Ma pani zapalenie płuc, ale po rabacie to jest tylko katar”? Chyba nie bardzo tak się da.

Rozważania na temat zmiany znaczenia słów uruchomiły mi się po obejrzeniu ulotki promującej pewien środek: „... jedyny w Europie innowacyjny kompleks na Twoje zmęczone gardło...”. Chciałem kupić. W najbliższej aptece nie było. Więc może ten był naprawdę jedyny? I służby specjalne wykupiły dla kogoś ważniejszego ode mnie? Na przykład dla Angeli Merkel? Ale pan farmaceuta zaproponował siedem innych równie „jedynych”. Z takim samym składem. Na wszystkie był rabat.

Poczytajmy dalej ulotkę tego specyfiku: „Kto powinien stosować preparat? W szczególności polecany jest osobom:

- intensywnie pracującym głosem: nauczycielom, konferansjerom, aktorom, wodzirejom, wokalistom i śpiewakom, prezenterom, adwokatom, itp.,
- palącym papierosy,
- często przebywającym w miejscach o zanieczyszczonym i zapyłonym powietrzu (zakłady przemysłowe, budowy, przemysłowe dzielnice miast itd.),
- przebywającym w pomieszczeniach z centralnym ogrzewaniem...

A TAKŻE WSZYSTKIM, KTÓRZY DUŻO I NIEUSTANNIE MÓWIĄ...”

Pokazałem tę ulotkę w pracy. Jedna z koleżanek aż podskoczyła z radości:

– Przecież mój Paweł jest nauczycielem, pali jak smok, dwa lata temu był wodzirem na studiówce w technikum budowlanym, co tydzień jeździ do matki do Nowej Huty, śpi przy kaloryferze, a japa mu się nie zamyka. A ja nie miałam pomysłu, co mu kupić na rocznicę ślubu! ■



**Artur
Andrus**

Dziennikarz
radiowej „Trójki”,
konferansjer
i satyryk

kroju czcionek, pisania części tytułów tylko dużymi literami, kursywą, wytłuszczeniem i co tylko jeszcze komputer podpowie. Wskazane byłoby też ujednolicić – czy specjalista chirurg czy specjalista w chirurgii, czy bez „w” – specjalista laryngologii.

Problem jest z pewnością poboczny, ale ośmieszająca niekiedy wręcz lekarzy, którzy fikuśną pieczęt-

ką chcieli sobie właśnie dodać powagi i szacunku.

Proponuję rzetelną konsultację z polonistą. Przy okazji też proszę wyjaśnić zasady stosowania lub nie kropek po dr, prof., hab., n. i koniecznych wtedy spacji po tych kropkach. ■

Imię i nazwisko do wiadomości Redakcji.

Wojna Atossy

Jarosław
Wanecki



Na rynku ukazała się jakiś czas temu niezwykle książka Siddhartha Mukherjee – amerykańskiego onkologa i pisarza pochodzenia hinduskiego. Do jej kupna zachęcało wiele recenzji, nawet artykułów w dziennikach i czasopismach. Mocną rekomendacją na ostatniej okładce są słowa prof. Cezarego Szczylika oraz wykaz nagród przyznanych autorowi.

„Cesarz wszech chorób. Biografia raka” opowiada dzieje nowotworów od pierwszej o nich wzmianki po współczesność, z pedantycznym przypomnieniem, a w niektórych wypadkach wręcz odkrywaniem szczegółów wojny z niepomaganym podziałem komórek w organizmie ludzkim. Mamy tu do czynienia z historią choroby opowiedzianej w formie życiorysu, gdzie tytułowy rak jest upodmiotowiony, inteligentny – stosuje swoje przemysły techniki zniszczenia, zmianę strategii, mutacje, pozorne oddanie pola walki poszczególnym działom onkologii, radiologii, chirurgii, farmakologii i genetyki. Zaskakujące zwroty akcji wywodzą się niemalże z powieści sensacyjnej, która angażuje czytelnika do ostatniej strony, z nadzieją na dobre zakończenie i pokonanie nieśmiertelnego wroga. Niby w tle, niby mimochodem dowiadujemy się o ludzkich słabościach, emocjach, ambicjach, o polityce, pieniądzu i reklamie zaprzęganym do rywalizacji dobra i zła. Z zapartym tchem kolejno odkrywa się nowe metody leczenia i przygryza wargi w czas porażek i roz-

goryczy, że na ostateczne zwycięstwo przyjdzie poczekać albo wręcz uznać, że nie o unicestwienie, a tylko o czasowe okiełznanie w tym wyścigu chodzi.

Końcowy rozdział przywołuje przypadek perskiej królowej Atossy, żyjącej w V w. p.n.e., chorej na raka piersi. Wehikuł czasu zabiera pacjentkę – dodaje jej nadziei i lat życia, ale nie pozbawia również cierpienia, radykalnych terapii i bezsilności wobec terminalnego stadium choroby. Atossę bada Imhotep, Hipokrates, Galen, operuje Halsted, nadzieją przyświeca Maria Skłodowska-Curie. Królowa przechodzi z rąk do rąk w eksperymencie kolejnych laboratoriów i klinik, stoi rozdarta między akademickimi dyskusjami, ale z roku na rok, z pokolenia na pokolenie, przy dobrym splocie zdarzeń, może cieszyć się szczęściem swoich dzieci, a nawet wnucząt, mimo że przekazuje genetyczny kod swojej niemocy, a „historia się powtarza, falami, jak echo...”.

Jakby na zamówienie, podczas posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej prof. Jacek Jassem przedstawił polski „Cancer Plan”, czyli rodzimą strategię wojny z rakiem w latach 2015-2024. Po lekturze „Biografii raka” warto zajrzeć na stronę Polskiego Towarzystwa Onkologicznego i znaleźć swoje miejsce w okopach. Front jest szeroki – wystarczy zacząć od rzucenia palenia, namówienia żony do cytologii, chwili rozmowy z pacjentem o rodzinnych lękach, by oddalić spotkanie nieuchronne... ■

List
do redakcji

Dr n. med.
Zbigniew
Kulak,
były
senator RP

Wskrzeszanie felczerów

Zrosnącym niepokojem obserwuję zupełny brak reakcji naszego środowiska wobec skutków rażącej twórczości byłego już ministra Jarosława Gowina. Minister został odwołany z funkcji już wiele miesięcy temu, ale pozostawił po sobie kilka pakietów (transz) zawodów do tzw. uwolnienia. W kolejnym, który ma być uchwalany w najbliższym czasie, wśród licznych innych profesji ukryto zawód felczera medycyny. Zawód zanikający, w zasadzie już w naszym kraju nieobecny. Wg Centralnego Rejestru Felczerów, prowadzonego przez NIL, w 2012 r. czynnych zawodowo osób z tym wykształceniem było 253, dzisiaj jest ich z pewnością jeszcze mniej.

W latach powojennych felczerzy medycyny wykonali w naszym kraju wielką pracę w zakresie profilaktyki i leczenia chorób zakaźnych, szczepień ochronnych, popularyzacji higieny, zdrowego trybu życia i odżywiania, leczyli dzieci i starców, zwłaszcza w środowiskach wiejskich, nieobjętych aż do 1972 r. ubezpieczeniem zdrowotnym. Wobec kształcenia kolejnych roczników lekarzy szkoły felcerskie były w końcu lat 50. likwidowane, np. w Łodzi ostatni absolwenci otrzymali dyplomy w 1958 r. Wielu felczerów w latach 60., a i chyba nawet w 70. miało możliwość ukończenia pełnych studiów medycznych. Część z tej

propozycji skorzystała, część już tego wyzwania nie podejmowała. Dzisiaj środowisko to praktycznie jest już w wieku emerytalnym.

I teraz nagle minister Jarosław Gowin wskrzesza ten zawód! Jeśli zostanie on faktycznie „uwolniony”, to za chwilę różne prywatne (i nie tylko) wyższe uczelnie rozpoczną nabór na takie przyspieszone i niezbyt trudne studia medyczne. Mamy przecież niź demograficzny i wiele takich szkół świeci wręcz pustkami na swoich pełnych jeszcze kilka lat temu korytarzach. Za 2-3 lata pojawią się absolwenci z dyplomami licencjackimi i będą domagali się wpuszczenia na medyczny rynek. Najpierw od ministra zdrowia (prawo do wystawiania recept), potem od NFZ (kontrakty), potem od ZUS-u (zwolnienia lekarskie), potem znów od ministra – żeby im pozwolił na specjalizację i na prywatne praktyki. Od parlamentu domagać się będą powołania izb felcerskich... Jeżeli obecny minister zdrowia rozważy możliwość przyznania pielęgniarcom prawa do wypisywania recept na niektóre leki, to nowi felczerzy tym chętniej wyciągną swoje dyplomy i certyfikaty. Będzie to błąd cofający nas o co najmniej 50 lat. Jeszcze można to zablokować, jeszcze mleko się nie rozlało... Apelujmy do parlamentarzystów wszystkich opcji o rozsądek w tej sprawie. ■

Zdarzenie z oddziału dziecięcego

Zwycięską anegdotę przesłał doktor Wojciech Fischer.
Gratulujemy wygranej!

Mama opiekująca się swoim niemowlęciem w czasie pobytu szpitalnego, wychodząc z sali chorych, zapytana została przez panią pielęgniarkę:

– Czy zasunęła pani łóżeczko?
W odpowiedzi pielęgniarka usłyszała:
– A uchowaj Boże, ja nigdy nic w życiu nie ukradłam, a tym bardziej ze szpitala!!!

Serdecznie dziękujemy wszystkim Czytelnikom, którzy przesyłali swoje anegdoty na konkurs „GL” 05/2014. Więcej nadesłanych anegdot publikujemy na www.gazetalekarska.pl w „Gazecie Lekarskiej Premium”.



To była już ostatnia edycja konkursu „Z życia lekarza...”.
Wszystkim, którzy zechcieli wziąć w nim udział, raz jeszcze dziękujemy.

Regulamin konkursu dostępny na stronie www.gazetalekarska.pl.





**Agata
Morka**

Historyk
sztuki

Diabeł za skórą

Ukryta pod dziwaczną czapką, wygięta w osiemnaście, łypie na widza niezwykle postać. Zamiast stóp ma ostre pazury, szponowate dłonie wygina pod niemożliwymi kątami. Inskrypcja pod ryciną sugeruje, że oto widz postawiony został oko w oko z samym diabłem.

Czort to jednak szczególnie, o samym sobie mówi „biedny diabeł” i coś w skuleniu jego ciała sugeruje, że liczy raczej na współczucie niż na potępienie. To diabeł niewzbudzający strachu, chyba nawet bezbronny.

Kompozycja obrona przez artystę wprowadza oko widza w okrężny ruch, poczynając od twarzy diabła, poprzez jego uskrzydłone ucho. Wzrok przykuwa następnie lewa ręka i noga, wygięte w kierunku prawego ramienia postaci wznoszącego się do góry i znów zmuszającego oglądającego do spojrzenia wprost w oczy diabła. Wytworzona w ten sposób cyrkulacja wprowadza do przedstawienia dynamizm, całkowicie kontrolowany jednak i dyktowany przez niepokojącego bohatera całej sceny.

Dookoła diabła leżą rozrzucone w nieładzie przedmioty, ułożone na kawałku materiału. Są tu i naczynia, i jajo z wykluwającym się wężem, znalazł się nawet i młotek. Linia frędzli stanowi granicę diabelskiego mikroświata, wzmagając jeszcze alienację i tak już wycofanej postaci. Ten diabeł nie szuka chętnych na podpisanie z nim cyrografu, nie wychodzi do widza, a wręcz się od niego odcina, zasłaniając tors ręką na temblaku i zaplatając nogi w ciasny węzeł.

Najwyraźniej coś przeszkadza mu w wykonywaniu zwykłych diabelskich sztuczek, najprawdopodobniej na coś cierpi. Obecność choroby sugerować również mogą wykwity na jego ramionach i udach. Co ma zatem za skórą ten samotny diabeł? ■

Linia frędzli stanowi granicę diabelskiego mikroświata, wzmagając jeszcze alienację i tak już wycofanej postaci.



„Je suy le pource Diabte”, anonim, Rijksmuseum, Amsterdam

a

b



Wskaż oryginał i znajdź cztery szczegóły różniące obrazy oraz postaw diagnozę.

Odpowiedź prześlij na
bladmalarski@gazetalekarska.pl
 do **15 lipca 2014 r.**

W temacie maila należy wpisać GL06.
 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



ROZWIĄZANIE ZAGADKI Z „GL” 05/2014

Obraz oryginalny: b

Diagnoza

Kobieta „cierpi” na tak zwaną Plica Polonica, zwaną również potocznie kołtunem, a odnoszącą się do zmierzwionych, skołtunionych włosów, w których nierzadko legły się wszy. Wierzone, że posiadanie kołtuna mogło być symptomem dolegliwości reumatycznych i panicznie bano się jego odcięcia. Plica Polonica bywała jednak zapuszczana celowo, a warkocz taki traktowano jako konieczną profilaktykę zdrowotną.

Szczegóły różniące obrazy

1. Zamiana elementu trzymanego przez kobietę na włócznię z proporcem.

Dodanie elementu świadczącego o związkach z armią byłoby zabiegiem dość przewrotnym. Jeśli pod koniec XX w. niechętni adepci sztuki wojskowej uciekali się do symulowania najróżniejszych chorób, by być zwolnionym z obowiązku wojskowego, o tyle w XVIII w. wystarczył do tego kołtun. Mężczyznom ze zmierzwionym włosom odmawiano bowiem wstępu do armii carskiej.

2. Dodanie rzeki jako tła.

Kołtun był chorobą typową dla ludzi mieszkających nad Wisłą. Przekazy źródłowe mówią o szczególnie częstym występowaniu kołtuna w regionie Mazowsza, umieszczenie rzeki na rycinie byłoby więc jak najbardziej adekwatne.

3. Umieszczenie małej figurki diabła w kołtunie.

Kołtun nie zawsze traktowano jako chorobę klas niższych. Czasami i sama arystokracja celowo zapuszczała kołtuny, wierzone bowiem, że pęk skręconych włosów posiada magiczną moc wyciągania z ciała złych mocy i duchów, które zagnieżdżać miały się w brudnych splotach. W tym kontekście kołtun uważano więc za amulet przeciwko chorobom.

4. Dodanie obok kobiety buteleczki z cieczą.

Do formowania kołtuna używano różnych specyfików, do tych najbardziej popularnych należały jednak ocet, воск, a czasem napar z mchu, który potęgował matowość splotu.



NAGRODZENI Z „GL” 05/2014

Voucher do Hotelu

Prezydent**** Medical SPA & Wellness

w Krynicy-Zdroju otrzymuje

Magdalena Mazurek-Kociubowska z Lublina

Gratulujemy!

Plener Malujących Lekarzy

W dniach 9-17 maja odbył się XIV Ogólnopolski Plener Malujących Lekarzy, tym razem w Nowym Targu „Pod Długą Polaną” u Pani Bogumili Boroń. Kontaktami i opieką zasłużył na uznanie dr Maciej Mikulski, chirurg dziecięcy z miejscowego szpitala – człowiek renesansu, człowiek orkiestra (dosłownie) – gra na flecie w Polskiej Orkiestrze Lekarskiej. Udział w plenerze wzięło 20 malujących koleżanek i kolegów: z OIL w Warszawie (9), OIL Wielkopolskiej (4), OIL w Rzeszowie (2), OIL Lubelskiej (1), OIL Płock (1) oraz OIL w Szczecinie (1), gościnnie Ajdyn Łazimow, artysta malarz oraz Luiza Dołęgowska. Pierwsze trzy dni to dni pięknej wiosny podhalańskiej, a później – p o t o p. Potoki wylały, huragan przewrócił wiele drzew, zerwana została linia energetyczna. Pięknie. Malownicz – w świetlicy.

Miejski Ośrodek Kultury w Nowym Targu pod

dyrekcją mgr Barbary Pachniowskiej zorganizował wspaniały wernisaż poplenerowy z występami miejscowego zespołu folklorystycznego. Kolega Maciej Mikulski grał na flecie i recytował fragment „Pana Tadeusza”. Wernisaż uświetnił obecnością i przemówieniem burmistrz Nowego Targu, Marek Fryźlewicz.

Pokazaliśmy 70 prac w różnych technikach – przedstawiających wrażenia (pierwszych trzech dni) z wiosny podhalańskiej. Wystawę ułożył Gabriel Wolski, specjalista w tej dziedzinie. STARA KOTŁOWNIA – dosłownie ożyła, obrazy jaśniały na szarych, loftowych ścianach. Dopisała również publiczność. MOK wydał plakat i umieścił wydarzenie w harmonogramie imprez majowych.

Tą drogą składam wszystkim wymienionym serdeczne podziękowania. ■

Włodzimierz Cerański, organizator

Lekarskie czarowanie pędzlem

Mówi się, że medycyna to sztuka. Pod wpływem wrażeń z wernisażu XII Ogólnopolskiej Wystawy Malarstwa Lekarzy, który miał miejsce 25 maja w Klubie Lekarzy łódzkiej OIL, mogę przypuszczać, że dziedziną medycyny szczególnie bliską sztuce jest stomatologia. Przedstawiciele tej sfery medycznej były najliczniejszą grupą wśród autorów przedstawionych prac. Maj to wyjątkowy miesiąc dla malarzy. Piękne, wiosenne barwy roślinności, aktywne słońce i najczęściej piękna pogoda sprzyjają malarskim plenerom. Dla lekarzy to doroczne spotkanie w gościnnym pałacyku przy ulicy Czerwonej. Swoje prace prezentowało w tym roku 65 osób, jak zwykle z całej Polski, od Szczecina po Jelenią Górę, Olsztyn, Tarnów i Międzyrzec Podlaski. Bardzo licznie było reprezentowane środowisko warszawskie. Podobnie jak w roku ubiegłym prace oceniało profesjonalne jury, złożone z pracowników łódzkiej Akademii Sztuk Pięknych. Przewodniczącym był prof. Tomasz Chojnacki, członkami zaś prof. Gabriel Kołat i mgr Daniel Cybula. Ten ostatni przedstawiał werdykt jury jednocześnie komplementując poziom prac i profesjonalizm autorów. Wśród silnej reprezentacji stomatologów główna nagroda, Złota Paleta, przypadła, owszem, lekarzowi dentyście, otrzymała ją z rąk prezesa łódzkiej izby, dra Grzegorza Mazura, koleżanka Halina Mąkowska z Mielca, za prace „Zima I” i „Zima II”. Kiedy oglądałem nagrodzone obrazy, miałem

wrażenie, że malował je wprawny zawodowiec. Myślę, że wiele osób chętnie poświęciłoby spore kwoty, aby mieć te prace u siebie na ścianie. Nagrodę II jury przyznało Teresie Kuczyńskiej, dermatologowi z Łodzi, za obraz „Zmierzch” (prywatnie – mój faworyt), nagrodę III – Wiktorii Mikulskiej z Warszawy, za obrazy: „Lato” i „Zwiastuny wiosny”. Wyróżnienia otrzymali: łodzianki Jadwiga Borysewicz, Alicja Naruszewicz-Petrenko i Jolanta Kaflińska-Wasiak oraz Anna Mendrek, Jan Herbert Heybowicz i Tadeusz Wolski z Warszawy, a także Anna Kulpińska z Katowic i Regina Jędrzejowska z Gliwic. Wystawa tradycyjnie będzie czynna przez tydzień, z żalem trzeba powiedzieć: szkoda, że tak krótko. Nie ma w ciągu roku drugiej okazji, aby zobaczyć zgromadzone w jednym miejscu dzieła, czasami naprawdę wybitne, naszych uzdolnionych koleżanek i kolegów. Aż się prosi, aby po łódzkiej prezentacji, kolekcję tę obejrżeli lekarze w innych izbach, szczególnie tych, w których liczne jest grono malujących doktorów i ich sympatyków. Może należy podjąć starania, na przykład pod egidą nowo powstałej Komisji Kultury Naczelnej Rady Lekarskiej, aby zorganizować wystawę objazdową? Niech lekarze także w innych miastach nacieszą oczy dziełami swoich kolegów. A na razie – nie pozostaje nam nic innego, jak niecierpliwie czekać na kolejną wystawę w Łodzi – do zobaczenia w maju 2015. ■

Ryszard Golański

Więcej
w Gazecie Lekarskiej
PREMIUM na
www.gazetalekarska.pl

Premium



Więcej
w Gazecie Lekarskiej
PREMIUM na
www.gazetalekarska.pl

Premium





RAJD GÓRSKI SŁUŻBY ZDROWIA BIESZCZADY 2014

Komisja Turystyki i Sportu ORL w Rzeszowie
zaprasza koleżanki i kolegów do udziału w Rajdzie Górskim
Służby Zdrowia „Bieszczady 2014”,
który odbędzie w dniach:

02 - 10 sierpień 2014

Baza namiotowa przy:
OSW w Zątnicy

W programie między innymi:

Codziennie wędrowki najpiękniejszymi
bieszczadzkimi trasami

Konkurs fotograficzny i rysunkowy

Spotkania z „bieszczadnikami”

Spotkania „podpiewamy, potańczymy”

Zgłoszenia (z dowodem wpłaty)
prosimy przysłać do 22.07.2014
na adres:

Biurolubelska
35-026 Rzeszów,
ul. Reformatka 10
fax: 017 853 94 31
e-mail: ohr@pzo.zest.pl

Więcej informacji na:

www.rzeszow.oil.org.pl



IV Ogólnopolski Konkurs Fotograficzny Lekarzy i Studentów Medycyny



Konkurs objęty Honorowym Patronatem
Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej
Dr n. med. Macieja Hamankiewicz



www.kultura.oil.lublin.pl



XI IGRZYSKA LEKARSKIE

Gazeta
Lekarska



informacje, zgłoszenia: www.igrzyskalekarskie.org

piłka nożna
koszykówka
siatkówka
siatkówka plażowa
piłka ręczna nowość!
lekkoatletyka
pływanie
triathlon
kolarstwo szosowe
MTB
tenis ziemny
tenis stołowy
badminton
squash
strzelanie
golf
trójbój siłowy



ZAKOPANE 10. - 14.09.2014

III MPL w Lekkiej Atletyce

W dniach 5-6 lipca na Stadionie Miejskim w Radomiu, ul. Narutowicza 9, odbędą się III Mistrzostwa Polski Lekarzy w Lekkiej Atletyce. Zawody organizowane będą równolegle z XXIV Mistrzostwami Polski Weteranów w Lekkiej Atletyce.

Osoby chętne do udziału w mistrzostwach proszone są o kontakt z organizatorem mistrzostw: tel. 504 101 375 lub e-mail julekp@onet.pl. Komunikat organizacyjny i karta zgłoszenia do mistrzostw dostępne na stronie www.pzwla.eu.

*Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego 24 MPW i 3 MPL
Julian Pelka, K-P OIL Toruń*

18 dołków dla mistrzów

Trend na grę w golfa już nie zaskakuje, gdyż sport ten zyskuje na popularności. W dniach 9-10 maja w Sobieniach Królewskich na Mazowszu rozegrano VII Mistrzostwa Izby Lekarskiej w Golfie. Na starcie stanęło 25 par i panów z całego kraju. Dwudniowa rywalizacja, pełna niespodzianek i zwrotów akcji przy dynamicznie zmieniającej się aurze (ulewa z gradem, silny wiatr) wyłoniła zwycięzców. W klasyfikacji indywidualnej zwyciężył 58-letni stomatolog z Warszawy Bogumił Zalewski. Drużynowy triumf przypadł w udziale również golfistom ze stolicy: Bogumiłowi Zalewskiemu i Waldemarowi Truskiewiczowi.

Marek Stankiewicz

X sezon „DoctoRRiders”

Na otwarcie 8-11 maja, do Ryni i Białobrzegów, przyjechało ok. 200 „rajdersów” na 150 motocyklach. Organizatorem był Jurek Zalewski (popularny „Felka”), reprezentujący Wojskową Izbę Lekarską. I spodziewaliśmy się jakiegoś akcentu wojskowego, ale to, co pokazał, przeszło nasze najśmielsze oczekiwania. To było spotkanie, które śmiało można nazwać „Złotem Patriotyczno-Sentymentalnym”. Jak zwykle czas bardzo szybko upłynął. Rozjeżdżaliśmy się do domów z żalem, że to już koniec, licząc na rychłe kolejne spotkanie. Żeby zrozumieć i przeżyć te niezwykle chwile, trzeba być z nami. Wszystkim uczestnikom serdecznie dziękuję – atmosfera naszych złoć to jest To! Życzę udanego i szczęśliwego sezonu 2014. A dla „Felka” WIELKI SZACUN.

Grzegorz Krzyżanowski „Prezes”

XI MP Weteranów w Rzutach

W dniach 26-27 kwietnia w Sopocie odbyły się XI MP Weteranów w Rzutach. W gronie kilkudziesięciu startujących znalazło się sześcioro lekarzy, którzy zdobyli łącznie 25 medali (12 złotych, 8 srebrnych, 5 brązowych). Liderką wśród lekarzy została Beata Warzecha (Sopot) – 5 złotych medali (Shotorama, speerorama, rzut dyskiem antycznym, rzut granatem, rzut ciężarkiem).

Zapraszamy do zapoznania się z bardziej obszerną relacją w „Gazecie Lekarskiej Premium” na www.gazetalekarska.pl, a także do obejrzenia filmów z zawodów w latach poprzednich na Youtube – konto MIRBOND69, film „Rzuty Nietypowe”.

Konrad Bońda

XVII MPL w Kolarstwie Górskim 2014

Po rocznej przerwie mistrzostwa powracają w Beskidy. Zawody zostaną rozegrane w sobotę 6 września w Ośrodku Sportowym Istebna-Zaolzie. Zapisy na miejscu od godz. 9.00 do 11.30. Wyścig zostanie poprowadzony górkami drogami o średnim stopniu trudności. Długość pętli to 10 km, suma podjazdów 250 m. Rywalizujemy w grupach wiekowych o tytuł Mistrza Polski oraz w kategorii Open. Zawodnicy w wieku 56. r.ż. i starsi jadą 1 pętlę, po zakończeniu której mogą kontynuować wyścig w kategorii Open; pozostałe grupy – 2 pętle. Kontakt z organizatorem: Janusz Lewandowski 606 235 361 janlewdoctor@interia.pl.

Więcej
w Gazecie Lekarskiej
PREMIUM na
www.gazetalekarska.pl

Premium



Łyk oczywistości

Sportowo aktywny styl życia a prawidłowe nawodnienie organizmu.

Podczas wykonywania wysiłku fizycznego w organizmie powstają ogromne ilości ciepła, które muszą być odprowadzone na zewnątrz. Jeśli wysiłek odbywa się w upalny dzień, z otoczenia chłoniemy dodatkowe ilości ciepła, co powoduje szybki wzrost temperatury wewnętrznej. Ponieważ należymy do organizmów stałocieplnych, wzrost temperatury ciała o 2°C upośledza funkcjonowanie poszczególnych komórek i narządów. Dalszy jej wzrost może być przyczyną poważnych zaburzeń zdrowotnych, takich jak bolesne skurcze mięśni, omdlenie cieplne, wyczerpanie cieplne czy udar cieplny, który stanowi zagrożenie życia.

Najbardziej skutecznym sposobem eliminacji ciepła z organizmu jest pocenie się i parowanie potu z powierzchni skóry. U dorosłego człowieka objętość wydzielanego potu może osiągnąć wartość 1-1,5 l/godz., a u wytrenowanych sportowców nawet 3-3,5 l/godz. i więcej, szczególnie przy wysokiej wilgotności otaczającego powietrza. Tak duże straty wody i elektrolitów (głównie sodu) z potem szybko prowadzą do odwodnienia organizmu, a w wyniku tego do pogorszenia możliwości wysiłkowych oraz zagrożenia dla zdrowia.

Organizm nasz broni się skutecznie przed przegrzaniem tylko wtedy, gdy ma odpowiedni zapas wody koniecznej do wytwarzania potu. Przy odwodnieniu, eliminacja ciepła z organizmu pogarsza się, a temperatura ciała szybko rośnie, prowadząc do hipertermii.

Zapobieganie tym zaburzeniom to przede wszystkim profilaktyka odwodnienia organizmu poprzez wypijanie odpowiedniej objętości płynów w czasie wysiłku.

Jakie napoje najlepiej spożywać?

Jeśli czas wysiłku nie przekracza godziny, w zupełności wystarczy niegazowana (ale nie niskosodowa!) woda. Jeśli jednak wysiłek jest dłuższy i intensywny, to wskazane jest dostarczenie do organizmu oprócz wody także węglowodanów (CHO) i sodu. Najlepiej do tego celu nadają się tzw. napoje sportowe – izotoniki. Stymulują one dobrowolne picie, są szybko przyswajalne po wypiciu oraz dostarczają energię niezbędną do kontynuowania wysiłku.

W tej chwili na rynku znajduje się cała masa produktów reklamowanych jako napoje sportowe. Co wybrać? Odpowiedź jest prosta – wg Europejskiej Komisji ds. Zdrowia i Ochrony Konsumenta napojem izotonicznym mogą być nazwane napoje o osmolalności 270-330 mOsm/kg wody. Powinny one zawierać 6-8 proc. węglowodanów, gdyż wte-

dy wchłaniają się łatwo z przewodu pokarmowego oraz od 460 do 1150 mg/l (20-50 mmol/l) sodu. I nic więcej!

Napoje hipotoniczne wchłaniają się szybko, ale dostarczają mało węglowodanów lub wcale (np. woda). Napoje o większej osmolalności – hipertoniczne, takie jak soki owocowe czy lemoniady, zawierają duże ilości CHO, ale przez to wolno wchłaniają się z przewodu pokarmowego. Co gorsza, przez pewien czas zalegają w żołądku, dając uczucie dyskomfortu.

Pragnienie pojawia się dopiero przy odwodnieniu rzędu 2 proc. masy ciała (odpowiada to ubytkowi 1-1,5 l u 50-70 kg zawodnika). Obserwuje się wtedy upośledzenie czynności ośrodkowego układu nerwowego oraz obniżenie zdolności wysiłkowych aż o 20 proc.! Pogarsza się także transport ciepła z pracujących mięśni do skóry, wzrasta konsumpcja glukozy, akumulacja mleczanów w komórkach mięśniowych oraz ryzyko urazu i przegrzania.

Ile napojów należy wypić?

Biorąc pod uwagę fakt, że zawodnicy dobrowolnie wypijają znacznie mniej płynów, niż tracą, a także uwzględniając duże międzysobnicze różnice w intensywności pocenia, Amerykańskie Towarzystwo Medycyny Sportowej (ACSM) oraz Komisja Medyczna MKOl rekomendują, że należy opracować indywidualnie dla każdego zawodnika i stosować odpowiednią strategię świadomego przyjmowania płynów (Woda+CHO+Na). Celem jest zminimalizowanie efektów odwodnienia organizmu i niedopuszczenie do spadku masy ciała przekraczającego 2 proc. Sportowcy powinni obserwować spadek masy ciała podczas treningów i skalkulować objętość przyjmowanego napoju. Poleca się wypijanie około 200-250 ml napoju sportowego co 15-20 min wysiłku. Objętość wypijanych napojów izotonicznych nie powinna jednak przekraczać 1000 ml/godz. Większa objętość wypitego napoju zwiększa uczucie dyskomfortu ze strony żołądka oraz może być przyczyną hiponatremii.

Niezmiernie ważne jest także właściwe uzupełnienie strat wodno-elektrolitowych po zakończonym wysiłku. Co 15-20 min po wysiłku należy wypijać po 200-250 ml napoju zawierającego węglowodany i elektrolity, tak aby w ciągu 4-6 godz. objętość wypitego płynu przekroczyła o 50 proc. powstałe niedobory wody (1,25-1,5 l na każdy 1 kg spadku masy ciała). Celem jest szybkie wyrównanie strat wodnych i elektrolitowych oraz dostarczenie odpowiedniej ilości węglowodanów koniecznych do resyntezy glikogenu. ■



Zbigniew Szyguła

Dr hab., prof.
AWF, specjalista
medycyny
sportowej,
kierownik Zakładu
Medycyny
Sportowej
i Żywienia
Człowieka
Akademii
Wychowania
Fizycznego
w Krakowie

Samorząd Lekarski

Podczas oficjalnej wizyty delegacji lekarzy ukraińskich Marszałek Senatu ostrzegł naszych wschodnich sąsiadów przed tworzeniem samorządu lekarskiego, który jest jedynie kolejną formą związku zawodowego. Człowiek wywodzący się z formacji, dzięki której możemy mówić o demokratycznym państwie prawa, w jednym zdaniu zdyskredytował wszystko, o co walczył. Zapomniał o „Solidarności” i przyłożył samorządności. Władza według Monteskiusza deprawuje, władza absolutna deprawuje absolutnie. A dodatkowo niestety odbiera rozum.

Wielu z nas, a jesteśmy społecznością liczącą 175 tys. lekarzy i lekarzy dentystów, szybko zapomniało, jak wielkim osiągnięciem był powrót do idei izb lekarskich. Uchwalona 17 maja 1989 r. ustawa przywróciła normalność, zabraną niechlubnym dekretem, i stała się jednym z fundamentów demokracji, który współtworzymy z samorządami lokalnymi i gospodarczymi. Łatwo jest dążyć do wzmocnienia rządów i podporządkowania ludu wypełniającego w milczeniu pomysły władzy, gdy kajdanki wspomina się wyłącznie jako fizyczny dyskomfort, zamiast pamiętać o zniewoleniu umysłu. Jak kruchy jest artykuł 17 Konstytucji RP, skoro wysokiej rangi przedstawiciel narodu w tym właśnie duchu wypowiada swoje androny.

Ćwierć wieku temu nikt nie mówił, że będzie łatwo, ale wierzyliśmy w cud zmiany. Polska znalazła się w innej orbicie wpływów geopolitycznych, musiała nauczyć się nowej formuły zarządzania majątkiem, ściągania podatków, przekonywania do różnych opcji rozwiązań, które powierza się w akcie głosowania. Nie wszystko się udawało. Ślepe uliczki naszych wyborów zaskakują niemal codziennie. Nie raz duch gaśl, kryzys pokazywał kły, a bieda rozciągała skrzydła nad polskim pacjentem. Manifestowaliśmy od początku swoje zaangażowanie w uzdrawianie systemu ochrony zdrowia, a samorząd lekarski poprzez opiniowanie projektów ustaw i rozporządzeń, udział w posiedzeniach komisji Sejmu i Senatu oraz ministerialnych zespołach, niestrudzenie próbuje przekonać władzę, że dobrze zorganizowana praca, dobrze zarabiający medycy, dobrze wyposażone i kierowane placówki, są metodą (ciągle niewykorzystaną) na poprawę stanu zdrowia Polaków (w każdej sferze definicji WHO).

W samo południe, 4 czerwca 1989 r., głosowaliśmy za Polską, którą dzisiaj bezkarnie odsądzamy od czci i wiary, depczemy histo-

ryczne osiągnięcia pokoleń, oskarżamy się, plotkujemy, kpimy. Za tym wszystkim idą szkody, ale paradoksalnie także zyski – łamiemy stereotypy, stajemy się częścią większej, europejskiej wspólnoty, obywatelami świata, a nie zaścianka intelektualno-kulturowego. Zmiana nie usatysfakcjonowała prawie nikogo, a jednak gdyby realnym stała się podróż powrotna, do wehikułu czasu wsiałoby, w moim przekonaniu, niewielu. Prawda jest bowiem taka, że już nie wyobrażamy sobie innego życia, braku debaty, choćby bezsensownej, ograniczenia prawa krytyki, ale także dostępu do najnowszych technologii, natychmiastowej informacji wolnej od cenzury. Gdyby jeszcze zniknęły: patologiczna reglamentacja zdrowia oraz kolejki z naszych przychodni i szpitali plus ubóstwo pozostawionych samym sobie obywateli, o których w ferworze reform zapomniano, właściwie nic nie byłoby jak dawniej.

Wolna Polska kończy 25 lat, tak jak moja izba, która nie ma adresu w żadnym z 23 polskich miast, bo jestem lekarzem Rzeczypospolitej. Moje prawo wykonywania zawodu ogranicza jedynie w ramach wypisywania recept Narodowy Fundusz Zdrowia, ale i to kiedyś minie jak zły sen, bo ministrowie się zmieniają, a stan lekarski trwa, rozwija swoje umiejętności, leczy z dnia na dzień, przynosi ulgę w ludzkim cierpieniu. Chciałbym jeszcze tylko, aby móc nieco zwolnić pęd codzienności, żebyśmy świadomie cieszyli się osiągnięciami, a nie tylko gonili za złotym cielcem.

Z okazji jubileuszy oczywiście nikt nie przyhamuje. Oglądanie zdjęć, anegdoty, przemówienia i medale jednym zakręcą łzę w oku, a innych rozdrażnią. Ale wolno nam w wolnym kraju mieć swój punkt widzenia i własny, wywalczony, wymęczony, wypracowany przez lata samorząd lekarski. Niech Pan o tym pamięta, Panie Marszałku, zanim wypowie Pan słowa nierozważne, niesprawiedliwe i niemądre. ■



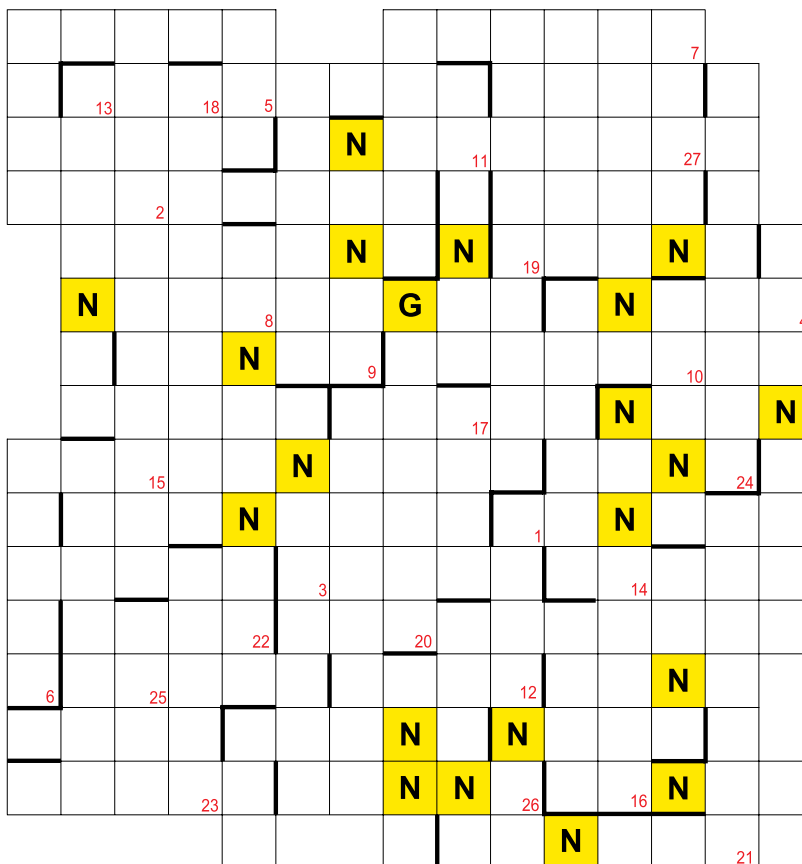
Jarosław Wanecki

Przewodniczący
kolegium
redakcyjnego „GL”

*Jarosław Wanecki, przewodniczący Kolegium Redakcyjnego „Gazety Lekarskiej”, został jednocześnie szefem nowej komisji Naczelnej Rady Lekarskiej – Komisji Kultury.



Objaśnienia 70 hasel podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery G i N. Na ponumerowanych polach ukryto 27 liter hasła, które stanowi rozwiązanie. Należy je przesłać na karcie pocztowej lub e-mailem na adres redakcji do 10 lipca 2014 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji).



Rozwiązanie
Jolki lekarskiej nr 197
(„GL” nr 4/2014)
Cierpienie daje prędką
dojrzałość. Conrad

Nagrody otrzymują:
Wojciech Pająk (Nowa
Wieś), Izabela Alenowicz
(Gdańsk), Krzysztof
Wasilewski (Zgierz).
Fundatorem nagród jest
Wydawnictwo Lekarskie
PZWL, www.pzwl.pl. Na-
grody prześlemy pocztą.

* nauka o klasyfikacji chorób * sport na korcie * japońskie bóstwo lub fińskie jezioro * głośnia (łac.) * Pallada *
datek dla Charona * lilie wodne * kraj Czechowa * królik olbrzym * żołnierze w lazarecie * zagłowiec wojenny,
pinka * firma od kredytów i depozytów * usunięcie operacyjne * sztuczna skóra * płynie w Pisu * antylopa
kanna * kiszony w occie pączek kwiatu * zagarnia ziemie państwa pokonanego * tubulus * dwie z 4 kołami
* grecka bogini zemsty * między argonem a wapniem * Brody u Polańskiego * obszar ochronny wokół parku
narodowego * jego siatka rozpowszechniła oświetlenie gazowe * wulkan sycylijski * ciągłą ocena wartości
programu * białucha lub pływalcz * hinduistyczne święto światła * popia lub kokosza * słodki płyn z lekiem
* Włochy * pień obłąnicy * malowana piękność * pokój więźnia * kręte rowy obłąnicy * soczewka (łac.) *
wyspa z Odense * furgonetka * Andrzej, autor „Kompedium farmakologii i farmakoterapii” * lisia jama * to
pieniądz * otwarcie ściany klatki piersiowej * ożywia lalki w teatrze * stolica królestwa Czampa * witamina A
* hołota * szaleń, psia pietruszka * pierwszy prezydent Cypru * jastrzębiowaty padlinożerca * urządzenie do
podmywania się * legendarny mąż Semiramidy * budka z gazetami i papierosami * kobieca talia * owoce dębu
* żyją w Libii i Omanie * wydzielanie mleka po porodzie (łac.) * okres rządów Mutsuhito * inżynier od mostów
dmuchanych * między fluorem a sodem * lejek Garonny i Dordogne * ubytki, niedobory * sławna krwiożerca
ryba * reżyser „Miasteczka Twin Peaks” * to zdrowie * główna tętnica * Aniza * spoina między metalami * moc
(łac.) * higieniczna lub cukrowa

BJER

Wydawca:

Naczelna Rada
Lekarska



Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład: 162 200 egz.

Kolegium redakcyjne:
Jarosław Wanecki (przewodniczący)
Ryszard Golański
Konstanty Radziwiłł
Jolanta Malmęga
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)
Jarosław Klimek (Łódź)
Anna Lella (Olsztyn)

Agata Morka (Warszawa)
Sławomir Pietras (Poznań)
Małgorzata Serwach (Łódź)
Joanna Sokółowska (Płock)

Redaktor portalu internetowego:
Mariusz Tomczak
m.tomczak@gazetalekarska.pl

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.**

Miesięcznik został wydrukowany na
papierze ekologicznym Ultra LUX
semigloss 60 g/m², posiadającym
certyfikat FSC oraz PEFC,
wyprodukowanym przez
LEIPA GEORG LEINFELDER



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