

Gazeta Lekarska

10
2014

PISMO IZB LEKARSKICH



Kształcenie przeddyplomowe
w polskich realiach

30

Stomatologia

Praktykę otworzę
najchętniej od zaraz

36

Praktyka lekarska

Psychogeriatrya – wyzwania
i potrzeby XXI wieku

48

Ochrona zdrowia na świecie

Nagła pomoc
i ratownictwo medyczne

Spis treści

10
2014



17



22



24



36

- 4 **Na wstępie / R. Golański:** Obrażliwa tablica
- 6 **Pierwszym głosem / M. Hamankiewicz:**
Ważne fakty i perspektywy
- 8 **Skrining**
- 10 **Obserwacje / S. Badurek:**
Nie podkładajmy głowy pod topór
- 12 **Temat miesiąca:**
Kształcenie przeddyplomowe w polskich realiach
- 16 **Nasi w Europie / K. Radziwiłł:** Ustawiczne Doskonalenie
Zawodowe profesjonalistów medycznych w UE
- 17 **Rozmowa o zdrowiu:** Rak piersi przestanie zabijać
- 20 **Rozmowa o zdrowiu:** Onkologia przyszłości
- 22 **Samorząd:**
Stoimy na straży wydawania składkowych pieniędzy
- 24 **Samorząd:** Gdy lekarz nie dostrzega swojej choroby
- 26 **Samorząd:** Ustawa, która dała reaktywację
- 29 **Punkt widzenia / J. Małmyga:** W świecie mięczaków
- 30 **Stomatologia:** Praktykę otworzę najchętniej od zaraz
- 34 **Prawo i medycyna:**
Błąd medyczny – co oznacza w praktyce?
- 36 **Praktyka lekarska:** Psychogeriatra
- 38 **Biuletyn NRL**
- 40 **Praktyka lekarska:** Co ma EURO 2012 do epidemii Eboli?
- 42 **Praktyka lekarska:** Nowe rozdanie? Nie tym razem
- 46 **Praktyka lekarska:** Jak wydawać pieniądze na zdrowie?
- 48 **Ochrona zdrowia na świecie:**
Nagła pomoc i ratownictwo medyczne
- 50 **Indeks korzyści:** Abramski
- 52 **Z dwóch stron sceny / S. Pietras:** Długowieczność
Recenzja: Chłopiec z pociągu
- 53 **Z dwóch stron sceny / A. Andrus:** W pokoiku na stoliku...
- 54 **Błąd malarski:** Przed piramidą
- 56 **Kultura:** Odbiorą mi tylko życie
- 57 **Kultura**
- 59 **Sport**
- 62 **Ogłoszenia**
- 72 **Komunikaty**
- 73 **Epikryza (45) / J. Wanecki:** Na dobry początek
- 74 **Jolka lekarska**

18.09

Weszły w życie zmiany dotyczące sposobu wystawiania recept na leki zawierające środki odurzające i substancje psychotropowe. Więcej na www.gazetalekarska.pl (w zakładce „Aktualności”).

4.10

Zaczynają obowiązywać zmiany w rozporządzeniu w sprawie recept lekarskich. Wprowadzono m.in. możliwość wypisania ilości leku na 120 – zamiast 90-dniowy – okres stosowania. Szczegóły na www.gazetalekarska.pl (w zakładce „Aktualności”).

15-16.10

Na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym odbędą się bezpłatne warsztaty poświęcone wykorzystaniu cytometrii przepływowej w onkologii molekularnej. Patronat nad tym wydarzeniem objęła „Gazeta Lekarska”. Więcej na www.gazetalekarska.pl (w zakładce „Aktualności”).

19.10

Ogólnopolska Wystawa Fotograficzna Lekarzy w Łodzi.



Ryszard Golański

Redaktor naczelny „GL”

Obrażliwa tablica

Mieszkam niedaleko jednego z łódzkich parków. Ilekroć wchodzę do niego z psem na spacer, spotykam te same tablice z napisem: „Zakaz wyrzucania śmieci”. Mimo że obrazek ten oglądałam już od kilku lat, nie mogę powstrzymać się od emocji, choćby szyderczego uśmiechu.

Dlaczego uważam ten napis za obraźliwy? To, że nie powinno się w parku wyrzucać śmieci, wydaje się tak oczywiste, że informowanie o tym jest dla mnie nie tylko niepotrzebne, ale właśnie obraźliwe. Wiem, dlaczego te tablice w parku się pojawiły. Moi sąsiedzi wywozili do niego na taczkach różne śmieci, nie tylko trawę i gałęzie z ogrodu. Kilka lat temu można było zobaczyć w krzakach np. telewizor. Szczytem było wywiezienie kilku taczek kafelków, które pozostały po remoncie łazienki mojej sąsiadki, nota bene... lekarza dentystry! Nie jest to tekst o moich sąsiadach, ale o ludzkich zachowaniach. Śmieci w polskich przydrożnych rowach, śmieci w lasach, źle świadczą o naszej kulturze. Nie pozwalają, moim zdaniem, zaliczyć nas do grona krajów wysoko cywilizowanych. Oczywiście istnieje całkiem spore grono ludzi, którzy nigdy w życiu nie zostawili śmieci w lesie. Mało tego, ostatnio widziałem grzybiarzy, którzy oprócz koszyka na podgrzybki mieli duży plastikowy worek i wrzucali do niego napotkane pety i puszki.

Ten wstęp był mi potrzebny do tego, aby napisać o zachowaniach lekarzy. I nie o śmiecenie tu będzie oczywiście chodziło. Wiemy, jak jesteśmy zapracowani, wręcz zagonieni, jak jesteśmy zmęczeni. Nie zwalnia to nas jednak od zachowania właściwej postawy wobec siebie nawzajem, wobec pacjentów i ich rodzin. Przyczynkiem do tych rozważań było krańcowo różne zachowanie młodych lekarzy, bo rezydentów, licznie zatrudnionych w szpitalu, w którym pracuję. Kulturę oso-

bistą wynosimy najczęściej z domu. Nie uczą jej, albo uczą nieskutecznie, w gimnazjach i liceach. Na studiach na taką naukę jest już chyba za późno. A w pracy? Młody lekarz wnikliwie przygląda się zachowaniom swoich starszych kolegów i przełożonych. Ale czy czerpie pozytywne wzorce? Ktoś złośliwy mógłby w tym miejscu zapytać: „A czy młody lekarz spotyka w pracy wzorce godne naśladowania?”. Jestem głęboko przekonany, że w wielu przypadkach można twierdząco odpowiedzieć na oba te pytania.

Tematem miesiąca w tym numerze naszego pisma jest przeddyplomowe kształcenie medyków. Na nielicznych uczelniach w programie studiów są zajęcia mówiące o zachowaniach wobec pacjentów: o sposobie bycia, o sposobie przekazywania informacji, o konieczności zachowania najzwyczajszej grzeczności. Wiemy, jak irytujący i męczący potrafią być nasi podopieczni, podobnie ich bliscy. Nie zmienia to faktu, że cierpliwość i wyrozumiałość to te cechy, których się od lekarza najczęściej oczekuje. Szczególne znaczenie ma stosunek do osób starszych, a tych nie brakuje wśród naszych pacjentów, a będzie ich jeszcze więcej. Kiedy obserwuję zachowania młodych koleżanek i kolegów, ich podejście do osób starszych, sposób bycia i wysławiania się, zastanawiam się nad przyczynami tak różnych postaw. I myślę, że jeżeli będę musiał być pacjentem (oby jak najpóźniej), to chciałbym być leczony tylko przez niektórych z nich. ■

Migawka



22 września prezydent Bronisław Komorowski powołał Ewę Kopacz na stanowisko Prezesa Rady Ministrów. To drugi w dziejach Polski lekarz na stanowisku premiera (poprzednim był gen. Felicjan Sławoj Składkowski). Ministrem Zdrowia w nowo powołanym rządzie pozostał Bartosz Arłukowicz. Jednym z wicemarszałków Sejmu RP będzie Elżbieta Radziszewska.



NFZ wzywa do zwrotu refundacji

Historia sporów lekarzy z Ministerstwem Zdrowia czy NFZ jest bardzo długa. Część z nich zostaje zakończona kompromisem, jednak okazuje się po jakimś czasie, że mimo to powstają na ich tle problemy dokuczliwe dla lekarzy. Tak stało się w przypadku recept na leki refundowane.

Pewnie pamiętają państwo spór, który dotyczył zmiany umów upoważniających do wystawiania recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne refundowane ze środków publicznych, przysługujące świadczeniobiorcom. Lekarze dość powszechnie odmawiali podpisania umów i wypisywania recept na leki refundowane na określonych w nich zasadach. Część umów, które lekarze zawarli wcześniej, uległa rozwiązaniu, a nowe nie zostały podpisane. Lekarze stosowali przeróżne metody uchylania się od skutków, jakie niesły nowe regulacje, w szczególności od nadmiernych kar przewidzianych za niezgodne z zasadami wypisywanie recept na leki refundowane i braku uprawnień pacjentów do refundacji. Stosowano własne wzory recept lub pieczętowano je adnotacją „Refundacja do decyzji NFZ”.

Znalazły się grupy lekarzy, którzy nie wpisywali na receptę kodu płatnika i pozostawiali to pole nieprzekreślone lub wypisywali recepty, wpisując kod płatnika odruchowo, mimo że nie podpisali umowy z NFZ. Lekarze ci otrzymują teraz z NFZ wezwania do zapłaty kwot refundacji wypłaconych na zaordynowane przez nich leki. Są to, jak dotąd, kwoty niewielkie, rzędu kilkuset złotych, ale NFZ jest nieugięty w swoich żądaniach i podtrzymuje je mimo prób wyjaśnienia tej sytuacji przez wzywanych do zapłaty lekarzy.

Adresaci takich wezwań mogą zachować się w różny sposób. Można oczywiście zastosować się do wezwania, ale podważa to sens wcześniejszego postępowania i jest nieuzasadnionym ustępstwem wobec Funduszu. Przecież pacjenci, którym wypisane zostały leki, potrzebowali ich i byli uprawnieni do korzystania z refundacji. Lepszym sposobem jest pozostawienie wezwania bez jakiegokolwiek reakcji.

NFZ nie może wystąpić przeciwko takim lekarzom na drogę postępowania sądowego,

opierając swoje roszczenia na niewykonaniu czy nienależytym wykonaniu zawartej z Funduszem umowy na wypisywanie leków refundowanych, bo lekarze, których ten problem dotyczy, nie podpisali takich umów. Nie mieli wobec tego, jakiej umowy naruszyć. Roszczenia NFZ mogą się opierać na zobowiązaniu do naprawienia szkody wyrządzonej bezprawnie z winy lekarza. Jednak w przypadku takich roszczeń zastanawiać się można, czy wystąpiła jedna z przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej – szkoda. Zakładając, że pacjent, któremu wypisano lek refundowany, był ubezpieczony i miał prawo do korzystania z leków refundowanych, a lek był mu niezbędny ze względu na jego stan zdrowia, to NFZ i tak musiałby ponieść koszty refundacji i to w takiej samej wysokości. Można się zastanawiać, czy w związku z tym poniósł jakikolwiek uszczerbek, który musi zostać naprawiony. Wydaje się to co najmniej dyskusyjne. Brak takiej przesłanki skutkować musi oddaleniem powództwa NFZ przeciwko lekarzowi. Rozwiązanie takie wiąże się jednak z koniecznością podjęcia pewnej aktywności przez lekarza – złożenia sprzeciwu od nakazu zapłaty czy odpowiedzi na pozew i ewentualnie uczestniczenia osobiście w postępowaniu sądowym. Niesie ze sobą również niepewność co do rozstrzygnięcia, jakie w takim postępowaniu zapadnie. Z pewnością jednak prowadzenie korespondencji z NFZ nie przyniesie oczekiwanego skutku i odstąpienia przez Fundusz od roszczeń wobec lekarzy.

Warto również pofatygować się do właściwego oddziału Funduszu, żeby sprawdzić, jakich recept dotyczy wezwanie. Pozwoli to upewnić się, czy ordynacja leku była właściwa i została w sposób prawidłowy odnotowana w dokumentacji medycznej (a musi się to stać nawet w przypadku leków przepisywanych sobie i członkom rodziny).

mec.

**Jarosław
Klimek**

radca prawny
OIL w Łodzi

Inicjatorem serwisu
prawnego dla
lekarzy jest firma
Gedeon Richter.



**Maciej
Hamankiewicz**

Prezes
Naczelnej Rady
Lekarskiej

Wszystkim
Koleżankom
i Kolegom
z okazji
Międzynarodowego
Dnia Lekarza,
który obchodzimy
1 października,
życzę spokojnego,
bezpiecznego
wykonywania zawodu
i czerpania radości
z pomocy chorym.

Ważne fakty i perspektywy

Wybór Ewy Kopacz na premiera powinien budzić nadzieję, bo po raz pierwszy po wojnie premierem zostaje lekarz. To wojna właśnie zakończyła premierowanie lekarza Felicjana Sławoja Składkowskiego, który – o czym nie pozwala nam zapomnieć nazwa „sławojki” – ukierunkował myślenie Polaków w stronę higieny.

Jaki kierunek przyjmie w zakresie ochrony zdrowia pani doktor Kopacz? Na razie przedstawiła swój rząd i pokazała, że nie zamierza z niego wyrzucić Bartosza Arłukowicza, a to oznacza, że kierunek będzie na razie podobny do przyjętego przez jej poprzednika Donalda Tuska, który doktorowi Arłukowiczowi zawierzył i uznał, że spełni obietnice zadeklarowane w marcu. Należy więc liczyć, że jedyne, co może poprawić po premierze nie-lekarzu premier lekarz, to ostre i merytoryczne pilnowanie spełniania obietnic. Z pewnością jako premier to robi. Natomiast, czy pozostawi po sobie kierunek myślenia Polaków w jakiejś dziedzinie i o czym będziemy mogli mówić w przyszłości „kopaczówki” – czas pokaże. Chciałbym, aby wszystkim nam kojarzyły się z postępem.

Na forach internetowych trwa dyskusja w sprawie uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej wprowadzającej m.in. zwiększenie wysokości składki z 40 zł do 60 zł od nowego roku. Rozumiem wszystkie głosy sprzeciwu. Przecież w jakiejkolwiek dziedzinie życia wystarczy zapytać: kto chce płacić więcej? Każdy odpowie, że nie chce. Kiedy jednak w tej samej uchwale, w której widnieje podwyższenie wysokości składki, jest też postanowienie, że każdy lekarz i lekarz dentysta po 75. roku życia zostanie automatycznie zwolniony z opłacania składki, to w ten sposób młodszy, pracujący lekarze pomogą starszym. Kiedy w badaniach Naczelnej Izby Lekarskiej przeprowadzanych wśród Koleżanek i Kolegów widzę, że większość zgłasza potrzebę, aby samorząd lekarski przeprowadzał więcej szkoleń bezpłatnych, to przecież wiadomo, że to są koszty, które chcemy i musimy ponieść. Kiedy mówimy o potrzebie ochrony prawnej dla każdego lekarza – też izba lekarska chce to uczynić. Chcemy również pomagać w szerokim zakresie lekarzom seniorom oraz tym, którzy znajdują się w trudnej sytuacji materialnej. Nie chcemy być obojętni na pokrzywdzone przez los lekarskie rodziny i sieroty po lekarzach, którym należy się stypendium. I tak dalej, i dalej. Wiele mógłbym pisać o działalności izb lekarskich, z której część z Was korzysta, a druga część myśli, że za składkę otrzymuje tylko „Gazetę Lekarską” i biuletyn. Drugą część przekonuję, że tak nie jest. I zachęcam do dyskusji.

Ostatnio, w jednym z wywiadów przeprowadzanych dla jednego z tygodników, zostałem zapytany, ilu lekarzy stało w zeszłym roku przed sądami lekarskimi. Oczywiście wie-

działem, że dziennikarz oczekiwałby odpowiedzi, że tysiące! Nie, nie są to tysiące, ale wcale nie-mało, bo prawie pół tysiąca z nas w zeszłym roku spotkało się z zarzutami kierowanymi do sądu lekarskiego. Ja osobiście chciałbym, aby takich spraw było jak najmniej, ale statystyka pokazuje, że utrzymywanie pieczy nad należytych wykonywaniem zawodu lekarza to ważne zadanie samorządu lekarskiego. I bardzo potrzebne do ochrony naszego wizerunku. Wszyscy dobrze wiemy, że często mamy do czynienia z bardzo skomplikowanymi zdarzeniami, wymagającymi trudnych i wnikliwych prac. Jeśli ktoś zapyta, czy wiąże się to z kosztami, odpowiem tak, bo są to czynności przejęte od administracji państwowej, za które minister zdrowia nie płaci. To też dla pytających, na co wydajemy składkę.

Przez szpitale przetoczyła się ostatnio fala nieudomówień wynikająca z interpretacji jednego z wojewodów, który zakwestionował prawną poprawność spółek zabezpieczających szpitalne dyżury, sugerując, aby zamienić tę formę na umowy cywilnoprawne z praktykami. Wiadomym jest, że w świetle obowiązujących przepisów najbezpieczniejszą dla każdego lekarza i lekarza dentystry formą wykonywania zawodu w podmiocie leczniczym jest zatrudnienie i pełnienie dyżurów w ramach umowy o pracę w wymiarze godzin przewidzianym przez prawo. Mamy też możliwość kontraktu zawartego przez praktykę obejmującego całość wykonywanych czynności – zarówno tych, które mieszczą się w ramach normalnych godzin czasu pracy, jak i tych, które wykonywane są w ramach dyżuru. Możemy również zawrzeć umowę o pracę z jednym podmiotem oraz umowę cywilnoprawną na dyżury jako praktyka lekarska z innym podmiotem. Natomiast jednocześnie pozostawienie przez lekarza w stosunku pracy z podmiotem leczniczym i wykonywanie – w formie praktyki lekarskiej – dyżurów w tym samym podmiocie leczniczym na podstawie umowy cywilnoprawnej wymaga doprecyzowania ustawowego, bowiem rodzi ono wiele wątpliwości prawnych. Na szczęście wojewoda, który proponował lekarzom to ostatnie rozwiązanie – wycofał się z pomysłu. Sytuacja pokazała jednak, że w tej skomplikowanej materii mogą zgubić się wszyscy. ■



**Katarzyna
Strzałkowska**

Rzecznik
prasowy NIL

Składka od 2015 roku

Naczelna Rada Lekarska zmieniła wysokość opłacania składki członkowskiej od 1 stycznia 2015 r. z 40 zł na 60 zł miesięcznie dla lekarzy do 75. r.ż. Jednocześnie NRL zwolniła z obowiązku opłacania składki wszystkich lekarzy i lekarzy dentystów, którzy ukończyli 75. r.ż. Uchwalono także możliwość zwolnienia z opłacania składki lekarzy nieuzyskujących przychodu z tytułu wykonywania zawodu. Uproszczono też zasady dokumentowania w izbie uprawnienia do zwolnienia.

Kwestia uproszczenia zasad opłacania składki była przedmiotem stanowiska XII Krajowego Zjazdu Lekarzy. Podwyższenie nastąpiło zgodnie z wnioskiem złożonym przez Konwent Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich oraz projektem OIL w Warszawie. Wysokość składki nie była zmieniana od sześciu lat.

Wszystkie komentarze oraz uwagi lekarzy i lekarzy dentystów w sprawie składki członkowskiej prosimy kierować na adres e-mailowy składki@hipokrates.org.

Młodzi chcą jawności

Naczelna Rada Lekarska na posiedzeniu w dniu 5 września br. podjęła uchwałę w sprawie wystąpienia z wnioskiem do Trybunału Konstytucyjnego o zbadanie zgodności z Konstytucją RP przepisów, które uniemożliwiają dostęp do testów Lekarskiego Egzaminu Państwowego i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Państwowego i Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego.

Korespondencja w tej sprawie pomiędzy Prezesem NRL, Rzecznikiem Praw Obywatelskich i Ministrem Zdrowia toczy się od ponad roku.

W ostatnim czasie o spotkanie z ministrem zdrowia, Bartoszem Arłukowiczem, zabiegała Komisja Młodych Lekarzy NRL, chcąc przekonać ministra o słuszności wprowadzenia jawności testów LEK, LDEK. Do spotkania nie doszło, a Komisja otrzymała odpowiedź z Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego MZ. Przewodniczący Komisji, Filip Dąbrowski, odpisał dyrektorowi Departamentu, że nie zgadza się z wieloma argumentami przedstawionymi przez ministerstwo. Jednym z nich był argument, że LEK i LDEK składa się z 200 pytań i że w razie ujawniania pytań w krótkim czasie wyczerpałyby się zasoby wiedzy, z których można formułować nowe pytania. „LEK i LDEK obejmują swoim zakresem ogromny materiał objęty programem studiów medycznych, twierdzenie, że wiedza zdobywana w czasie studiów wyczerpuje się w liczbie kilkuset czy nawet kilku tysięcy pytań jest dla nas całkowicie oderwane od realiów życia i obowiązujących standardów kształcenia na kierunku lekarskim” – podkreślił Filip Dąbrowski. Nie podzielił również poglądu ministerstwa, że ujawnienie pytań egzaminacyjnych prowadziłoby do obniżenia jakości wykształcenia lekarzy. Pełna treść listu na stronie www.nil.org.pl.

Niemożliwe 14 dni

Prezydium NRL, analizując projekty rozporządzeń w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego oraz z zakresu ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, wskazało w stanowisku, że zwiększenie dostępności i skrócenie czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń onkologicznych nie może odbywać się kosztem pogorszenia jakości. Jedną z przedstawionych uwag dotyczyła najdłuższego czasu do rozpoczęcia leczenia – wynoszącego 14 dni, który – zdaniem Prezydium – będzie w większości ośrodków niemożliwy do zrealizowania w sytuacji ograniczonej liczby specjalistów i zaplecza diagnostycznego. „Nierzadko sam proces planowania leczenia, np. radioterapii, może być dłuższy, w przypadku zaistnienia czynników powodujących konieczność korekty wyjściowo przyjętych założeń. W przypadku oddziałów o najwyższym stopniu specjalizacji, świadczących procedury niemożliwe do zrealizowania w innych ośrodkach, ograniczona dostępność zaplecza niezbędnego do przeprowadzenia leczenia (kadry, blok operacyjny) czyni 14-dniowy termin nierealnym. Sztywne przestrzeganie omawianej zasady skutkować będzie tworzeniem kolejek de facto fikcyjnych lub kierowaniem chorych do ośrodków o niższym poziomie referencyjnym, co przełoży się na pogorszenie jakości świadczonych usług. Brakuje również określenia maksymalnego terminu między etapami leczenia (np. radioterapia czy chemioterapia uzupełniająca po leczeniu chirurgicznym)” – wskazało Prezydium NRL. Pełna treść stanowiska w „Gazecie Lekarskiej Premium”.

Dużo zmian w jednym

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zaopiniowało projekt zmiany ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz zmianie niektórych innych ustaw. Pomimo tego, że jest to na razie tylko projekt, jeśli będzie przegłosowany, wprowadzi on wiele zmian obejmujących m.in.: elektroniczną receptę, elektroniczne skierowania i zlecenia, Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego, Kartę Specjalisty Medycznego, zmiany w zakresie procedur kształcenia poprzez wprowadzenie Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych, likwidację umów upoważniających do wystawiania recept na leki refundowane. Już dzisiaj zachęcam do zapoznania się ze stanowiskiem na stronie www.nil.org.pl.

Brak informacji o refundacji

„Proces leczenia często wymaga stosowania także leków nieobjętych refundacją. W takich

przypadkach należy analizować całkowity koszt terapii, gdyż tylko w ten sposób precyzyjnie można określić wydatki pacjenta. Ograniczanie oceny wpływu ustawy refundacyjnej na wydatki pacjentów na leki wyłącznie do leków refundowanych, co konsekwentnie czyni Ministerstwo Zdrowia, nie daje rzeczywistego obrazu kosztów terapii, jakie ponosi pacjent. Takie spojrzenie jest istotne z punktu widzenia płatnika, ale nie uwzględnia całkowitych wydatków pacjenta” – to jeden z fragmentów listu prezesa NRL do wiceministra zdrowia zawierający pytanie o spełnienie ustawowego obowiązku ministra zdrowia do złożenia 1 stycznia 2014 r. sprawozdania ze skutków społecznych ustawy refundacyjnej. Zdaniem prezesa NRL, minister powinien w sprawozdaniu określić wszystkie dane z rynku leków wraz z uwzględnieniem recept na leki refundowane wypisane ze 100-procentową odpłatnością, rozumiane jako „... ograniczenia w dostępie pacjentów do tańszych leków wynikające z preskrypcji lekarskiej...”. „Należy odpowiedzieć na pytanie, jaka jest geneza tego zjawiska. Czy jest ono związane z brakiem chęci współpracy, czy też z nowymi, często skomplikowanymi przepisami i dotkliwą penalizacją za błędy i pomyłki” – zaznacza Prezes NRL.

Szkolenia w Kazimierzu Dolnym

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. W dniach 13-17 października zapraszamy do Kazimierza Dolnego.

Rejestracja na stronie www.mlodylekarz.org.

Przypominamy, że wszyscy uczestnicy projektu mają możliwość skorzystania z bezpłatnych konsultacji z ekspertem z zakresu funkcjonowania systemu ochrony zdrowia oraz kompetencji miękkich. ■





**Sławomir
Badurek**

Diabetolog,
publicysta
medyczny

Uprzejmość wynika z faktu, że dziennikarz, realizując materiał, wykonuje zawód, którego podstawowym uprawnieniem jest prawo do informacji. Dlatego, gdy kontaktuje się z nami reporter, zamiast stosować strategię „spuszczania na drzewo” (i tak z góry skazaną na porażkę), należy uprzejmie zapytać: „w czym mogę pomóc?”.

Nie podkładajmy głowy pod topór

Kilka tygodni temu obejrzałem taką oto scenę w jednym z tzw. programów interwencyjnych: wieczór, w tle oświetlony budynek szpitala z doskonale widocznym neonem izby przyjęć i migającymi „kogutami” stojącej nieopodal karetki. Na pierwszym planie rozdzielone jaskrawą taśmą dwie grupy skierowanych ku sobie ludzi. Pomiędzy nimi uzbrojony w długi mikrofon przedstawiciel czwartej władzy.

Scena wyglądała do tego stopnia dramatycznie, że nawet po wyzerowaniu dźwięku, widzi tak miałby wrażenie konfliktu wiszącego nad głowami uczestników spektaklu... reportażu oczywiście, który – gdyby nie obecność dzielnego reportera, zręcznie wymachującego mieczem, to jest, przepraszam, mikrofonem – wybuchłby lada moment w formie krwawej jatki. Tymi, którzy niczym wraże wojska stali naprzeciwko siebie, byli lekarze, sądząc po białych kitlach, wyciągnięci przed oko kamery wprost z pracy, a z drugiej strony rodzice bodaj dwuletniego pacjenta, wspierani przez licznych krewnych, znajomych i innych „poszkodowanych” w tym szpitalu. Datem cudzysłów, ale w inscenizacji... – znów się mylę – bezstronnej w założeniach relacji go nie było. Buchające z telewizora wnioski były bowiem jasne i wyraźne, jak ów szpitalny neon wyzierający z półmroku.

A ile tam padło szczegółów dotyczących chorego dziecka! Że ujawniali je rodzice, nikogo nie może dziwić. Ale i przypierani do muru lekarze też sypali jak z rękawa faktami z historii choroby. Jak znam życie, nie mieli oni stosownej zgody rodziców, upoważniającej do upublicznienia danych objętych tajemnicą lekarską, a zgodnie z zapisami „Ustawy o zawodzie lekarza” są to wszystkie (!) informacje na temat pacjenta, powzięte w związku z wykonywaniem zawodu. Wspomniana zgoda na ujawnienie tajemnicy, znów powołam się na „Ustawę”, może być wyrażona przez pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego po uprzednim poinformowaniu o niekorzystnych dla pacjenta skutkach tego kroku. W praktyce powinna zatem mieć formę pisma, jasno precyzującego komu i w jakim zakresie przyzwolenie zostało udzielone. Na wszelki wypadek nie będę podawał, o jaki szpital chodziło, bo – a nuż – znajdzie się jakiś „życzliwy”, który podpowie rodzinie...

Dla odmiany zupełnie inny obrazek. Ścigany przez reportera na szpitalnym korytarzu lekarz wykrzykuje, że nie zgadza się na sfilmowanie i zasłaniania obiektyw kamery. Telewizja pokazuje jego wizerunek z czarnym paskiem przesłaniającym oczy. Widzowie od razu dowiadują się, kto jest ofiarą, a kto przestępcą. Dla „pokrzywdzonych” i reprezentujących ich prawników to pożądaný efekt. Sympatia mediów gwa-

rantowana, a niezawisły sąd też nie jest ze stali i nie zaszkodzi pokazać mu się w prasie lub telewizji w roli mocno skrzywdzonej ofiary. Jak wobec tego zachować się w kontaktach z mediami? Bazując na własnych wieloletnich doświadczeniach rzecznika dużego szpitala i okręgowej izby lekarskiej, w kontaktach z dziennikarzami zalecam uprzejmą powściągliwość. Uprzejmość wynika z faktu, że dziennikarz, realizując materiał, wykonuje zawód, którego podstawowym uprawnieniem jest prawo do informacji. Dlatego, gdy kontaktuje się z nami reporter, zamiast stosować strategię „spuszczania na drzewo” (i tak z góry skazaną na porażkę), należy uprzejmie zapytać: „w czym mogę pomóc?”. Bardzo prawdopodobne, że nie zostaniemy poproszeni o opinię na temat nowej metody leczenia lub diagnostyki, tylko będziemy zapytani, dlaczego u takiego a takiego chorego czegoś nie wykonaliśmy albo zrobiliśmy, tyle że nie tak, jak trzeba. I tu pora na powściągliwość. Wynika ona z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej. Nie możemy nawet potwierdzić, czy ktoś leżał w szpitalu albo miał wizytę w przychodni. Z moich obserwacji wynika, że większość dziennikarzy, którzy nie zajmują się na co dzień problematyką medyczną, zupełnie nie zdaje sobie z tego sprawy! Należy zatem spokojnie wytłumaczyć naszemu rozmówcy, jakie ciążą nad nami zobowiązania i poinformować, że w razie ich niedotrzymania narażamy się na surową odpowiedzialność prawną. Nie zaszkodzi wyrazić ubolewanie, że nie jesteśmy w stanie pomóc w oczekiwanym przez dziennikarza zakresie.

Na tym nie koniec. Zainteresowanie mediów losami naszego pacjenta to poważny sygnał ostrzegawczy. Wskazane, aby już na tym etapie skontaktować się z prawnikiem, bo sprawa najprawdopodobniej będzie miała ciąg dalszy. Wsparcie prawne pomoże w razie potrzeby utemperować zamiary dziennikarza, idące w kierunku publikacji naruszającej nasze dobra osobiste. Najlepiej, gdyby w sprawach związanych z wykonywaniem zawodu można było skorzystać z reprezentacji prawnika w ramach składki. W mojej ocenie zmiany idące w tym kierunku powinny być priorytetem naszego samorządu. ■

Kształcenie przeddyplomowe w polskich realiach

**Lidia
Sulikowska**

Co roku tysiące młodych ludzi chcą studiować medycynę, jednak tylko nieliczni dostają indeksy i w październiku mogą rozpocząć naukę na wymarzonej uczelni. Limity przyjęć zwiększają się powoli, jednocześnie powstają nowe wydziały na uczelniach niemedycznych, przejmując część środków finansowych na kształcenie. Do tego brakuje pieniędzy na wdrożenie praktycznego nauczania. Czy edukacja idzie w dobrym kierunku?

Ministerstwo Zdrowia w tegorocznym postępowaniu rekrutacyjnym w sumie przyznało w 12 uczelniach 5510 miejsc na kierunku lekarskim (z czego 3194 w trybie stacjonarnym), a także 1274 miejsca (tryb stacjonarny – 773) na kierunku lekarsko-dentystycznym, dostępnych łącznie w 10 uczelniach. Chętnych jest kilkanaście razy więcej. Tylko na Śląskim Uniwersytecie Medycznym w Katowicach o przyjęcie na kierunek lekarski odbywany bezpłatnie ubiegało się 5830 kandydatów, a limit wynosił 528 miejsc. Na kierunek lekarsko-dentystyczny było 2568 chętnych, a przyjęto 110 osób. Na Uniwersytecie Medycznym we Wrocławiu na studia lekarskie w trybie stacjonarnym zgłosiło się 5503 chętnych, a przyjęć można było zaledwie 212. Na kierunku lekarsko-dentystycznym tej uczelni było 2876 kandydatów, a limit wynosił 50 miejsc. Podobnie było w Bydgoszczy, Szczecinie, Łodzi, Gdańsku i innych uczelniach. Także na studia odpłatne, gdzie za rok nauki trzeba płacić średnio 20-35 tys. zł w zależności od uczelni, chętnych nie brakuje, co więcej ich liczba znacznie przekracza ustalone limity (np. w Łodzi na kierunku lekarskim chciało studiować 850 kandydatów, a przyjęto 120). W ramach odpłatnej edukacji można odbyć studia w języku angielskim, ale jest to najdroższa ścieżka rozwoju zawodowego, bo za rok nauki trzeba zapłacić średnio około 50 tys. zł.

Ilu lekarzy potrzebujemy?

Zainteresowanie studiami medycznymi jest ogromne, rodzi się więc pytanie, czy limity nie powinny zostać zwiększone. Resort zdrowia tłumaczy, że ustala je, uwzględniając w szczególności możliwości dydaktyczne uczelni oraz zapotrzebowanie na absolwentów, a z roku na rok miejsc jest coraz więcej. – W porównaniu z rokiem akademickim 2007/2008 limit na studiach stacjonarnych kierunku lekarskiego wzrósł z 2695 do 3194 miejsc

w roku akademickim 2014/2015, tj. o 499 – informuje Krzysztof Bąk, rzecznik prasowy Ministra Zdrowia. Uczelnie medyczne z kolei informują, że mogłyby przyjąć średnio od 20-40 proc. studentów więcej niż obecnie. Jak dużej kadry medycznej nasz system ochrony zdrowia tak naprawdę potrzebuje?

Zdaniem Naczelnej Rady Lekarskiej (stanowisko z 6 czerwca br.), w przypadku kierunku lekarskiego zbyt wolno zwiększa się liczba miejsc na dziennych studiach w stosunku do zapotrzebowania na lekarzy w Polsce, co może spowodować, że w przyszłości Polacy będą mieć dramatyczne problemy z dostępnością do świadczeń medycznych. Z kolei, jeśli chodzi o kierunek lekarsko-dentystyczny, to w opinii NRL rokroczne zwiększanie liczby miejsc jest niepotrzebne, bo rosnąca liczba absolwentów stomatologii przewyższać będzie zapotrzebowanie na lekarzy dentystów (już teraz w Polsce liczba dentystów jest wyższa niż średnia unijna). NRL zaznacza także, że dostępność do świadczeń stomatologicznych nie jest ograniczona przez liczbę lekarzy dentystów, ale przede wszystkim jest wynikiem zbyt niskich nakładów publicznych na system opieki stomatologicznej i ograniczeń co do zakresu i ilości tych świadczeń przysługujących w ramach NFZ. Ponadto limity powinny wynikać z faktycznych możliwości uczelni, a – jak wynika z danych zebranych przez Ministerstwo Zdrowia w 2012 r. – liczba unitów stomatologicznych, którymi poszczególne uczelnie dysponują, jest zbyt niska w stosunku do liczby osób szkolących się. Zwiększanie limitów na kierunek lekarsko-dentystyczny negatywnie ocenia też Najwyższa Izba Kontroli.

Jednocześnie ministerstwo jest przychylnie zwiększaniu liczby dostępnych miejsc na studia niestacjonarne płatne, szczególnie tych prowadzonych w jęz. obcym, na co wskazuje zwiększanie co roku limitów przyjęć.

Konkurencja rośnie

Kwestia limitów wiąże się pośrednio z innym kontrowersyjnym trendem, który pojawił się w systemie kształcenia przeddyplomowego lekarzy w Polsce. Jeszcze nie tak dawno kierunki lekarskie dostępne były wyłącznie na uczelniach medycznych, ale rynek ten nie jest zamknięty, bo zaczęły się nim interesować także inne jednostki. Na razie jedyną uczelnią niemedyczną, której udało się go uruchomić, jest Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie, który w czerwcu tego roku wypuścił pierwszych 49 absolwentów. Plany utworzenia kierunku lekarskiego ma też m.in. Uniwersytet Zielonogórski, Uniwersytet Rzeszowski i Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach. Uczelnie medyczne sceptycznie odnoszą się do tych inicjatyw. – Stoimy wobec paradoksalnej sytuacji, kiedy uczelnie medyczne powołane do kształcenia lekarzy nie mogą przyjąć większej liczby studentów, bo nie otrzymają środków na ich kształcenie, a jednocześnie Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego podejmuje decyzje dotyczące uruchamiania w uczelniach niemedycznych kierunku lekarskiego. W konsekwencji środki finansowe przekazywane są właśnie tam, a nie do uczelni medycznych – ocenia prof. dr hab. Przemysław Jałowiecki, rektor Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. – Tworzenie nowych wydziałów medycznych

i lekarskich to duże obciążenie dla budżetu, generowanie nowych i ogromnych kosztów, związanych z adaptacją bazy szpitalnej w tych miastach. Warto byłoby dziś spersonalizować decyzje o tworzeniu nowych wydziałów lekarskich, poznać autora lub autorów tego pomysłu, by po latach nie okazało się, że odpowiedzialnych za takie działania brak – zaznacza prof. dr hab. Andrzej Drop, rektor Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

Obawa o jakość

Pomysłem dotyczącym tworzenia kierunków: lekarskiego i lekarsko-dentystycznego na uczelniach niemedycznych stanowczo sprzeciwia się Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych, która w uchwale z 13 czerwca 2014 r. ostrzega, że może to doprowadzić do pauperyzacji dyplomu lekarza, gdyż uczelnie te kształcą przede wszystkim humanistów i inżynierów, a nie mają doświadczenia w kształceniu lekarzy. Zdaniem KRAUM, wysoki poziom kształcenia mogą zapewnić tylko uczelnie medyczne, które przez lata wypracowały zasady nauczania, mają odpowiednią bazę i wysoko wykwalifikowaną kadrę. – Każdy może tworzyć to, co chce, o ile zdobędzie akredytację. Jeśli uda się spełnić warunki, jeśli jest baza, to dlaczego nie? Jednak wymogów nie można naginać, a to niestety może się zdarzyć ▶

Jakich lekarzy kształtują uczelnie

Dyskusje wokół kształcenia przeddyplomowego skupiają się wokół limitów przyjęć, braku pieniędzy na realizację zadań narzucanych ogólnie, ale warto przyjrzeć się także, jak nauka wyglądała kiedyś, i czym różni się od obecnej formy kształcenia studentów. Rozmawiam na ten temat z prof. n. med. Ewą Otto-Buczkowską, pediatrą i diabetologiem.



prof. Ewa
Otto-Buczkowska

Kiedy zaczęła Pani przygodę z medycyną?

Studia na kierunku lekarskim rozpoczęłam w 1953 r. na Wydziale Lekarskim Śląskiej Akademii Medycznej w Zabrze-Rokitnicy. Musiałam jednocześnie pracować, więc nie miałam ani chwili czasu na tzw. życie studenckie. Nie brałam udziału w żadnych imprezach towarzyskich. Na pierwsze wakacje wyjechałam dopiero po ślubie, w roku 1960.

Jak wówczas prowadzono zajęcia?

W tamtych czasach studenci, inaczej niż obecnie, mieli ścisły kontakt ze swymi profesorami na co dzień. Do tej pory pamiętam wszystkich swoich profesorów, na czele z moim bezpośrednim przełożonym – prof. Stanisławem Kohmannem. Wykłady profes-

sorskie były zasadą, z rzadka tylko byli oni zastępowani przez adiunktów. Także egzaminy zdawało się wyłącznie u profesorów. Nie musieliśmy bawić się w „kółko i krzyżyk” na testach. Egzamin był ustny i nie trzeba było



Studenci UMK Collegium Medicum w Bydgoszczy.

FOTO: archiwum CM UMK

w czasach, gdy zapotrzebowanie na lekarzy jest duże. Najważniejsze jest utrzymanie wysokiej jakości kształcenia. Trzeba sobie zadać pytanie, czy nasz system opieki zdrowotnej potrzebuje dobrze wykształconych lekarzy, cenionych za granicą, jak to jest obecnie, czy „felczera”, który będzie wykonywał wyuczone procedury. Jeśli państwo stawia przede wszystkim na oszczędność, to mogą rodzić się tendencje tworzenia byle czego, byle by było tanio – ocenia prof. Jerzy Kruszewski, przewodniczący Komisji Kształcenia Medycznego Naczelnej Rady Lekarskiej.

– Istnieje poważna obawa, że poziom kształcenia, który zaoferują uczelnie niemedyczne, zniweczy budowany przez lata wizerunek dobrze przygotowanego absolwenta polskiego kierunku lekarskiego. Wykształcenie lekarza to bardzo odpowiedzialna rola, zwłaszcza teraz, kiedy zlikwidowano roczny staż podyplomowy i absolwent kierunku lekarskiego od pierwszego dnia pracy będzie musiał podejmować decyzje o sposobie leczenia pacjenta – dodaje z kolei rektor SUM w Katowicach.

Dodatkowe obciążenia

Skoro już mowa o likwidacji stażu i włączeniu praktycznego nauczania do programu kształcenia przeddyplomowego, to okazuje się, że uczelnie stoją przed niemałym wyzwaniem. Staż podyplomowy zostanie po raz ostatni zorganizowany: dla zawodu lekarza w 2017 r., a lekarza dentysty – w 2016 r. W związku z tym dla osób, które rozpoczęły studia w 2012 r., trzeba było zmienić program kształcenia, wprowadzając elementy

praktycznego nauczania. – Przedmioty teoretyczne musiały ulec skomasowaniu w dwóch pierwszych latach studiów, a już od trzeciego roku będą realizowane przedmioty kliniczne, niezabiegowe i zabiegowe – tłumaczy dr hab. Małgorzata Sobieszczańska, Dziekan Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. Zdaniem Nataszy Blek, Prezydent Międzynarodowego Stowarzyszenia Studentów Medycyny IFMSA-Poland, studenci z całego kraju skarżą się, że przez zmiany w programach mają bardzo mało czasu na przyswojenie materiału. – Wiedzę, która kiedyś była przekazywana przez 6 lat, teraz studenci muszą opanować w 5 lat, to przytłacza. Poobcinano nam też godziny z wybranych zajęć, a z drugiej strony te same zagadnienia dublują się w kilku przedmiotach. Myślę, że trzeba jeszcze raz przeanalizować program nauczania, aby uniknąć niepotrzebnych powtórzeń i nie ciąć godzin bez refleksji, czy są potrzebne czy nie – mówi Natasza Blek.

MZ zlikwidowało staż, aby absolwenci mogli wcześniej rozpocząć pracę. Przeciwny tej decyzji był zawsze samorząd lekarski, argumentując, że właściwą drogą do wzrostu liczby lekarzy jest zwiększenie limitów przyjęć na studia medyczne, a nie likwidacja stażu. Boją się też studenci. – Na studiach nie możemy wykonywać procedur medycznych, a po ich ukończeniu od razu nabędziemy te uprawnienia. Staż był formą przejściową. Czy teraz będziemy równie dobrze przygotowani? Obawiamy się także, co stanie się w 2018 r., kiedy będziemy mieć dwa razy więcej absolwentów uczelni medycznych wchodzących jednocześnie



Model wykorzystywany do kształcenia przyszłych stomatologów w UM w Łodzi.

recytować formulek, ale adept sztuki medycznej musiał umieć uzasadnić swoją odpowiedź i przedstawić swój tok myślenia. Zdarzało się też, że profesorowie wizytowali zajęcia praktyczne. Obecnie studiowanie medycyny stało się tak naprawdę nauką „procedur”, a nie myślenia lekarskiego. Efekt jest taki, że młodzi lekarze często nie umieją zebrać starannie wywiadu, nie potrafią prawidłowo przeprowadzić badania fizykalnego chorego.

Czy to wina samych lekarzy czy może jest jakiś błąd systemowy?

na rynek pracy niż dotychczas. Trudno nie obawiać się ograniczonego dostępu do specjalizacji dla tych lekarzy – mówi Prezydent IFMSA-Poland.

Warto przy tym zaznaczyć, że likwidacja stażu podyplomowego to większe koszty dla uczelni, bo będą one musiały na szósty rok studiów zapewnić pracę w maksymalnie trzyosobowych grupach studenckich. KRAUM w uchwale z 21 marca 2014 r. kalkuluje, że wprowadzenie tego wymogu w życie „przy średnio 300 studentach na roku powoduje wzrost liczby grupo-godzin do wartości 90 000 godz. dydaktycznych na roku VI, przy założeniu 256 godz. dydaktycznych powoduje konieczność wydelegowania 350 etatów do zabezpieczenia wraz z ustawowymi nadgodzinami. W chwili obecnej przy założeniu, że zajęcia odbywają się w grupach 4-6-osobowych, daje to wzrost o 36 000 godz., czyli 140 etatów”. Do tego trzeba jeszcze doliczyć koszt doposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną do symulacji procedur diagnostyczno-terapeutycznych. Ministerstwo Zdrowia przyznaje, że włączenie przeważającej części programu stażu podyplomowego w tok studiów spowoduje wzrost kosztu wykształcenia studenta, nie przewiduje jednak, jak na razie, zwiększenia finansowania dla uczelni. Na dodatkowe pieniądze chyba na razie nie ma co liczyć. ■

Nie mają okazji się tego nauczyć. Dawniej wizyta profesorska w klinice to był trochę teatr, podążała za nią cała świta, składająca się z adiunktów, asystentów, ale także studentów i pielęgniarek. Była to też okazja, aby podpatrzeć, jak się rozmawia z chorym i jak się go bada, a także uczestniczyć w dyskusji i omawianiu poszczególnych przypadków.

Pani pokolenie lekarzy jest więc inne niż osób, które niedawno kończyły medycynę...

Oczywiście, teraz są inne czasy, wszystko jest inne. Przede wszystkim zasadniczo zmieniły się relacje pomiędzy lekarzem a pacjentem. Obie grupy bardzo się od siebie oddaliły. Z drugiej strony teraz są większe możliwości prowadzenia badań naukowych. Mamy też znakomite techniczne możliwości diagnostyki. Gdyby połączyć sposób przekazywania wiedzy sprzed lat z obecnymi potencjałem medycyny – byłoby pięknie.



**Konstanty
Radziwiłł**

Stały Komitet
Lekarzy
Europejskich

CPD powinno
obejmować
postęp w zakresie
praktyki, nauki,
prawa i etyki oraz
motywować
specjalistów
do udziału w
kształceniu
odpowiednim
do ich zawodu.

Ustawiczne Doskonalenie Zawodowe w UE

Wchodzi w życie przyjęta w ub. roku
nowelizacja Dyrektywy 2005/36/WE
dot. uznawania kwalifikacji
zawodowych (2013/55/WE).

Doskonali ona system automatycznego i jednocześnie bezpiecznego uznawania kwalifikacji w tzw. zawodach regulowanych. W ramach tego opisuje ona również kryteria uzyskiwania kwalifikacji, a także potrzebę stałego rozwoju zawodowego (CPD) w tych zawodach.

Dyrektywa stwierdza, że CPD przyczynia się do bezpiecznej i skutecznej praktyki zawodowej osób korzystających z automatycznego uznawania kwalifikacji zawodowych, wobec czego ważne jest, aby zachęcić państwa członkowskie UE do dalszego wzmacniania systemów CPD. Kraje te powinny zachęcać do ciągłego doskonalenia zawodowego m.in. lekarzy i lekarzy dentyków. Informację nt. środków podjętych przez państwa w celu wspierania CPD dla tych zawodów należy przekazywać Komisji Europejskiej, a państwa zobowiązane są wymieniać się najlepszymi praktykami w tej dziedzinie. CPD powinno obejmować postęp w zakresie praktyki, nauki, prawa i etyki oraz motywować specjalistów do udziału w kształceniu odpowiednim do ich zawodu. Państwa członkowskie mają zapewnić, poprzez zachęcanie do CPD, że m.in. lekarze i lekarze dentyści będą w stanie aktualizować swoją wiedzę, umiejętności i kompetencje w celu utrzymania skutecznej i bezpiecznej praktyki zawodowej oraz być na bieżąco z postępem w swoich dziedzinach zawodowych. Mają one poinformować Komisję o środkach podjętych w tym zakresie przed 18 stycznia 2016 r.

W praktyce oznacza to, że w ciągu najbliższego roku także Polska musi przygotować raport w zakresie m.in. objętym działaniem samorządu lekarskiego, czyli takich spraw jak m.in. akredytacja podmiotów kształcących i wydarzeń edukacyjnych, tematyka CPD, sposób rozliczania i dokumentowania realizacji CPD oraz konsekwencje nierealizowania CPD. Wydaje się, że zanim raport powstanie, warto byłoby jeszcze raz przyjrzeć się systemowi doskonalenia zawodowego w medycynie i stomatologii oraz podjąć w tym zakresie próbę podciągania do najlepszych. Oprócz bilansu 10 lat obowiązującego Rozporządzenia MZ z 6 października 2004 r. w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyków (zbieranie punktów edukacyjnych), pomocne w tym mogą okazać się wyniki dobiegającego właśnie końca studium, prowadzonego na zlecenie Komisji Europejskiej pod kierownictwem Stałego Komitetu Lekarzy Europejskich (CPME), mającego opisać stan CPD w krajach UE w zawodach lekarza, lekarza dentystry, pielęgniarki, położnej i farmaceuty. Wstępne wyniki studium wykazują daleko idącą różnorodność rozwiązań, a zatem i wzorów do czerpania z doświadczeń innych państw. ■



Rak piersi przestanie zabijać

Z **prof. Guyem Jerusalemem** z Centre Hospitalier Universitaire w Liège (Belgia), członkiem Europejskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej, specjalizującym się w leczeniu raka piersi, rozmawia **Mariusz Tomczak**.

Panie Profesorze, gościł Pan na XVII Kongresie Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej w Gdańsku. Czy to pierwsza wizyta w Polsce?

Tak, była to moja pierwsza, choć bardzo krótka wizyta. Jestem zaskoczony, że Kongres Polskiego Towa-

rzystwa Onkologii Klinicznej przyciągnął tyle osób i to w piątek, w dzień roboczy. W Belgii raczej nie mamy takiej frekwencji podczas konferencji krajowych. To pokazuje, jak aktywni są w Polsce lekarze. Taka frekwencja bez wątpienia motywuje wykładowcę, umożliwia bardziej interaktywne podejście. ►

Tematyka Pańskiego wystąpienia dotyczyła raka piersi. To nowotwór najczęściej występujący u polskich kobiet...

Tak samo jest w Belgii.

A jak wygląda sytuacja w innych krajach?

W Stanach Zjednoczonych rak piersi jest nowotworem występującym najczęściej, na drugim miejscu jest rak płuc, ale jeśli chodzi o śmiertelność, to w USA jest ona wyższa w przypadku raka płuc niż raka piersi. W Belgii około 1/3 wszystkich nowotworów u kobiet to rak piersi, a ponieważ jest on tak częsty, stanowi również główną przyczynę zgonów spowodowanych chorobami nowotworowymi. Ponadto rak piersi charakteryzuje częstość wznowy na poziomie 25 proc. (wskaźnik wyleczalności wynosi 75 proc.). Jednocześnie widzimy też rosnącą częstotliwość występowania i wzrost śmiertelności na skutek nowotworów płuc. Możemy spodziewać się, że w którymś momencie to właśnie rak płuc będzie najczęstszą przyczyną zgonów, a nie rak piersi, tak jak jest obecnie w Stanach Zjednoczonych. To dość niekorzystna prognoza, bowiem leczenie nowotworów płuc jest znacznie trudniejsze. W wielu przypadkach leczenie operacyjne nie jest możliwe ze względu na wykrycie choroby w zbyt zaawansowanym etapie, a leczenie systemowe nie przynosi oczekiwanych wyników.

Jak przebiega rozwój choroby u pacjentek z zaawansowanym rakiem piersi? Na czym polega ten proces?

U nielicznych pacjentek nowotwór jest bardzo agresywny biologicznie. Często jest on diagnozowany już jako rozsiany rak piersi; z taką sytuacją mamy do czynienia w przypadku około 2-3 proc. pacjentek, choć nie wynika to tylko ze zbyt późnej diagnozy. W moim kraju coraz rzadziej zdarzają się pacjentki, które na przykład miały guza od siedmiu lat i w końcu zgłosiły się do lekarza, który przypadkowo wykrył nowotwór w czasie badania w zupełnie innym kierunku. Najczęściej jest tak, że chcemy wyleczyć pacjentkę chirurgicznie, a potem włączyć uzupełniające leczenie ogólnoustrojowe – terapię hormonalną, chemioterapię, leczenie anti-HER2. W pewnym momencie dostępne możliwości terapeutyczne jednak się kończą i któregoś dnia choroba powraca. Wiemy, że w więcej niż w połowie przypadków wszystkich nawrotów wznowa ma miejsce po upływie ponad pięciu lat, więc – w przeciwieństwie do wielu innych rodzajów nowotworów – mamy tu do czynienia z bardzo wieloma późnymi wznowami. Przy niekorzystnej postaci biologicznej nowotworu czasem obserwujemy też wczesne wznowy. Po dwóch-trzech latach, u pacjentek leczonych powszechnie stosowanymi środkami, na przykład za pomocą chemioterapii, czy inhibitorów aromatazy, wznowa może wystąpić nawet jeszcze w trakcie takiego leczenia.

Który typ raka pozwala na większą przeżywalność – hormonozależny czy

hormononiezależny? Skąd wynikają te różnice?

Rokowanie w momencie diagnozy opiera się na dwóch istotnych kryteriach. Z jednej strony mamy rozprzestrzenienie anatomiczne raka, gdyż jeśli zajętych jest wiele węzłów chłonnych, rośnie ryzyko wznowy niezależnie od tego, jak zbudowane są komórki nowotworowe. Z drugiej strony mamy biologię guza, prędkość namnażania się komórek rakowych, niewielkie zróżnicowanie i tak dalej. Zatem na początku bierze się pod uwagę te kryteria, ale później – w zależności od typu nowotworu, z którym mamy do czynienia – rokowania mogą się zmieniać. Nawet jeśli ryzyko wyjściowe jest wysokie, a nowotwór posiada receptor estrogenowy, ryzyko można obniżyć poprzez poddanie pacjentki leczeniu antyestrogenowemu. W efekcie rezultat może być lepszy, bo można w tym przypadku wykorzystać coś niedostępnego w leczeniu nowotworu hormononiezależnego. Co więcej, większość nowotworów posiadających receptor estrogenowy rośnie wolniej, dlatego też do wznowy w ich przypadku dochodzi zazwyczaj późno. Kiedy przyjrzymy się wskaźnikom przeżywalności pięcioletniej, nowotwory z receptorem estrogenowym są mniej agresywnymi nowotworami, ale jeśli spojrzymy na dane odnośnie przeżywalności 15-20-letniej, to różnica nie jest już tak istotna ze względu na późne wznowy u pacjentek z nowotworami estrogenozależnymi.

Jaka jest przyczyna nieskuteczności leczenia u niektórych pacjentek z hormonozależnym rakiem piersi?

Chirurg może wyciąć guz i w ramach zabiegu cała widoczna zmiana jest usuwana, ale wiem jednocześnie, że w bardzo wielu przypadkach pozostają zmienne chorobowo komórki we krwi, czasem również w szpiku kostnym lub innych obszarach. Powodem, dla którego dochodzi do wznowy, jest to, że komórki rakowe zaczynają się namnażać w innych miejscach organizmu, jeśli zastosowane leczenie ogólnoustrojowe ich nie zniszczyło. Z czasem zmieniają swoją postać tak, że zaczynają być widoczne w postaci guza. Im bardziej skuteczne leczenie ogólnoustrojowe, tym większe szanse na wyleczenie pacjenta, jednak w przypadku tego leczenia działamy trochę w ciemno, nie wiedząc, czy nowotwór zareagował, czy też nie. Jesteśmy w stanie to stwierdzić dopiero wtedy, kiedy dojdzie do obserwowalnych przerzutów. Randomizujemy badania, gdzie niektórzy pacjenci są leczeni ogólnoustrojowo, inni nie. Widzimy, że przy konkretnym protokole leczenia rzadziej dochodzi do wznowy. W ten sposób pośrednio dowodzimy, że u danego pacjenta zniszczyliśmy istniejące mikroprzerzuty.

Czy znane są sposoby przywracania wrażliwości raka piersi na leczenie hormonalne?

Na to pytanie nie jest łatwo odpowiedzieć. Musimy zrozumieć, że konkretna ścieżka aktywuje powstanie

Rokowanie w momencie diagnozy opiera się na dwóch istotnych kryteriach. Z jednej strony mamy rozprzestrzenienie anatomiczne raka, gdyż jeśli zajętych jest wiele węzłów chłonnych, rośnie ryzyko wznowy niezależnie od tego, jak zbudowane są komórki nowotworowe. Z drugiej strony mamy biologię guza, prędkość namnażania się komórek rakowych, niewielkie zróżnicowanie i tak dalej. Zatem na początku bierze się pod uwagę te kryteria, ale później – w zależności od typu nowotworu, z którym mamy do czynienia – rokowania mogą się zmieniać.

odporności. Kiedy taką ścieżkę blokujemy, to spodziewamy się – ale tylko spodziewamy, bo formalnie nie dowiedziono tego wpływu u pacjentek, może tylko laboratoryjnie – że znowu pojawi się wrażliwość hormonalna. Pytanie brzmi: czy faktycznie uwrażliwiamy raka na działanie terapii hormonalnej, czy też usuwamy komórki nowotworowe bezpośrednio poprzez zablokowanie tej drugiej ścieżki, aktywowanej w razie wystąpienia oporu? Tego jednak jeszcze nie wiemy. Pewne jest, że jako minimum musimy zablokować ścieżkę związaną z mechanizmem oporności.

Jak medycyna radzi sobie z leczeniem hormonozależnego raka? Jak dobiera się terapię dla tej grupy?

Najefektywniejsza standardowa hormonalna terapia uzupełniająca prowadzona jest w oparciu o inhibitor aromatazy, a to oznacza, że przez co najmniej pięć lat trzeba prowadzić terapię hormonalną. Przy czym warto zauważyć, że 10 lat stosowania tamoxifenu może być bardziej efektywne niż pięć i w którymś momencie powinniśmy włączyć również inhibitor aromatazy. Na chwilę obecną nie dysponujemy jeszcze wynikami badań pozwalającymi ocenić skuteczność dziesięcioletniej terapii hormonalnej uwzględniającej od początku inhibitor aromatazy, choć takie właśnie podejście może być najlepsze. Musimy jeszcze poczekać na wyniki.

Jeśli chodzi o leczenie raka rozlanego, należy wziąć pod uwagę okres bez progresji choroby. U pacjentek z bardzo późną wznową – 10, 15 czy 20 lat po wyleczeniu – standardową procedurą jest wznowienie terapii hormonalnej. Tutaj nie dysponujemy danymi o przewadze jednego leku nad innymi u pacjentek z późną wznową. W swojej praktyce klinicznej obserwuję również, że niezależnie od wykorzystywanego leku uzyskujemy bardzo dobre wyniki i długookresową kontrolę choroby. Natomiast jeśli chodzi o wznowę w trakcie leczenia hormonalnego lub o wczesne niepowodzenie takiej terapii, standardowe leczenie hormonalne daje rozczarowujące wyniki, więc trzeba włączyć w nie coś jeszcze. Pozytywne efekty dają ewerolimus z eksemestanem, choć obiecująco wyglądają również inne leki celowane, nad którymi prowadzone są badania, na przykład cyklinozależny inhibitor kinazy. Jesteśmy przekonani, że pacjentkom nie wystarczy sama terapia hormonalna, dlatego szukamy tego najlepszego uzupełnienia i mamy nadzieję na stworzenie nawet kilku rodzajów terapii. Wówczas trzeba będzie odpowiedzieć na pytanie, w jakiej kolejności będziemy włączać do terapii poszczególne leki. Być może konieczne stanie się również opracowanie kombinacji potrójnych składających się z cyklinozależnego inhibitora kinazy, inhibitora ścieżki PI3K i terapii hormonalnej – badania kliniczne są w toku. Konkretnie leki celowane opracowujemy na podstawie tego, co wiemy o mechanizmie choroby.

I w ten sposób dochodzimy do kolejnego pytania. Ewerolimus to lek, który daje

nadzieję wielu kobietom.

Jaki jest mechanizm jego działania?

Jest to inhibitor mTOR blokujący ścieżkę PI3K-AKT-mTOR. W toku terapii hormonalnej, kiedy guz zaczyna stawiać się odporny na leczenie, wiąże się to z hiperaktywnością tej ścieżki.

Czy jego stosowanie to autentyczny przełom w walce z hormonozależnym rakiem piersi?

Tak, gdyż jeśli przyjrzymy się randomizowanym badaniom klinicznym, obejmującym tylko standardowe leczenie hormonalne, widzimy brak poprawy lub tylko niewielki progres. W przypadku jego stosowania mamy ponad dwukrotne wydłużenie czasu przeżycia bez progresji choroby. Takie wyniki po raz pierwszy odnotowano w badaniach klinicznych leczenia trastuzumabem u pacjentek z przerzutową postacią choroby.

Jaki jest stan współczesnych badań nad stworzeniem innych leków?

Żyjemy w bardzo ciekawych czasach. Jeszcze 15 lat temu nie mieliśmy prawie nic w porównaniu z tym, czym dysponujemy teraz. Czasem nawet trudno jest ocenić wszystkie możliwe terapie kombinowane. Nigdy wcześniej nie dysponowaliśmy tyloma obiecującymi lekami. Pojawiły się nowe możliwości, jeśli chodzi o leczenie nowotworów estrogenozależnych, w przypadku których jeszcze do niedawna nie było wiadomo, jak zrobić krok naprzód, nawet przy zastosowaniu inhibitora aromatazy zamiast tamoxifenu. Nadal jednak postęp nie jest taki, jak w przypadku antyHER2 i chemioterapii. Mamy nadzieję, że prowadzone badania pozwolą wyłonić leki skuteczne w tym wariacie choroby i, widząc, jakie postępy dokonują się w nauce, znalezienie skutecznej terapii wydaje się być całkiem realne.

Jak Pan ocenia stan leczenia kobiet z hormonozależnym rakiem piersi w Europie?

Europa to bardzo wiele krajów, a każdy z nich ma swoje problemy... Sytuacja w Belgii różni się od tej amerykańskiej o tyle, że pacjenci mają łatwy dostęp do najlepszych ośrodków i mogą wybrać, gdzie chcą się leczyć. Wiele ośrodków ma dobre wyniki, leki dostępne są dla pacjentów nieodpłatnie, a jeśli chodzi o finansowanie lekarzy – niemalże wszystko pokrywa Krajowy System Opieki Zdrowotnej. W Stanach Zjednoczonych, jeśli mamy pieniądze, to wszystko jest możliwe, ale dla wielu ludzi opieka medyczna nie jest dostępna. W Polsce i w niektórych krajach Europy, nie ma dostępu do ewerolimus, bo każde państwo ma swoje przepisy, co nie wyklucza, że jakość opieki medycznej jest tam wysoka, a dostęp do leków całkiem niezły i dotyczy całego społeczeństwa. Łatwo mówić, że w USA wszystko jest dostępne natychmiast, ale jeśli to „natychmiast” dotyczy jedynie 10 proc. populacji, to tak naprawdę możliwości są mocno ograniczone. ■

Jeśli chodzi o leczenie raka rozlanego, należy wziąć pod uwagę okres bez progresji choroby. U pacjentek z bardzo późną wznową – 10, 15 czy 20 lat po wyleczeniu – standardową procedurą jest wznowienie terapii hormonalnej. Tutaj nie dysponujemy danymi o przewadze jednego leku nad innymi u pacjentek z późną wznową.

Czy Amerykanie lepiej radzą sobie z chorobami onkologicznymi? Czy świat wygra z nowotworem piersi do 2020 roku? Jak będzie wyglądać leczenie raka piersi w przyszłości? Czytaj w „Gazecie Lekarskiej PREMIUM”
na www.gazetalekarska.pl.

Premium





**Tadeusz
Pieńkowski**

Prezydent
Międzynarodowego
Towarzystwa
Chorób Piersi

Nowotwór jest w stanie „bronić się” przed lekami, na które jest ekspozycyjny. Nie wszyscy chorzy reagują na leczenie zgodnie z oczekiwaniami, dodatkowo u większości pacjentów, którzy odnieśli korzyść z leczenia, dochodzi do kolejnego nawrotu choroby.

Onkologia przyszłości

– komentarz prof. dr. hab. n. med. Tadeusza Pieńkowskiego, kierownika Kliniki Onkologii CMKP w Europejskim Centrum Zdrowia Otwock.



FOTO: Shutterstock

Zapadalność na raka piersi w Polsce rośnie, szczególnie istotny jest udokumentowany wzrost zachorowań w młodszych grupach wiekowych. Podstawowe znaczenie w zmniejszaniu umieralności z powodu tego nowotworu ma wczesne wykrywanie, czyli profilaktyka wtórna, oraz optymalnie przeprowadzone leczenie skojarzone.

Wyniki leczenia tego nowotworu są niestety gorsze w Polsce niż w większości krajów Unii Europejskiej i w Stanach Zjednoczonych. W Polsce rak piersi jest najczęstszym nowotworem złośliwym wśród kobiet. Jeżeli przeanalizować przyczyny zgonów z powodu nowotworów złośliwych u kobiet, to okazuje się, że na pierwszym miejscu jest rak płuca.

Poprawa wyników leczenia związana jest z prowadzeniem intensywnych badań klinicznych, zwiększoną dostępnością badań przesiewowych i wprowadzeniem na szeroką skalę

leczenia skojarzonego. Skuteczność leczenia raka piersi związana jest z postępowaniem w biologii tego nowotworu, z rozwiązaniami organizacyjnymi i z należytym finansowaniem leczenia.

Rak piersi jest chorobą heterogenną. Na podstawie badań molekularnych można rozróżnić 5-7 podtypów raka piersi. Każdy z tych podtypów charakteryzuje się odmiennymi cechami biologicznymi, rokowaniem i podatnością na poszczególne metody leczenia.

Na podstawie wyników powszechnie dostępnych badań immunohistochemicznych można wyodrębnić trzy różne podtypy raka. Raka z dodatnimi receptorami dla estrogenów lub progestagenów. Ten typ raka jest podatny na leczenie hormonalne. Raka, którego komórki zawierają nadmierną ilość receptora HER2. W tym typie raka piersi wysoką aktywnością charakteryzują się leki działające

na szlak przewodzenia sygnałów zależny od receptora HER2. Trzecim podtypem jest rak, którego komórki nie zawierają receptorów hormonalnych i ilość receptorów HER2 jest prawidłowa. U chorych, u których rozpoznano raka zawierającego receptory dla estrogenów lub progesteronów, istnieją wskazania do zastosowania leczenia hormonalnego. Powinno być ono stosowane zarówno w leczeniu uzupełniającym, jak i w leczeniu choroby uogólnionej. Współcześnie stosowane leki hormonalne to inhibitory aromatazy (anastrozol, letrozol, eksemestan), wybiórczy modyfikator receptorów dla estrogenów – tamoksyfen, agonści przysadkowych hormonów tropowych (goserelina, leuproreina) i czysty, antyestrogen – fulwestrant. Leczenie hormonalne może być stosowane zarówno po radykalnym leczeniu miejscowym, jako tzw. leczenie uzupełniające, jak i u chorych z uogólnieniem procesu nowotworowego. Nowotwór jest w stanie „bronić się” przed lekami, na które jest ekspozycyjny. Nie wszyscy chorzy reagują na leczenie zgodnie z oczekiwaniami, dodatkowo u większości pacjentów, którzy odnieśli korzyść z leczenia, dochodzi do kolejnego nawrotu choroby. Właśnie w takiej grupie chorych wykazano, że podanie ewerolimusu – leku, który powoduje blokowanie niektórych wewnątrzkomórkowych

sygnałów – dochodzi do ponownego uwrażliwienia komórki nowotworowej na leki hormonalne. Skojarzone leczenie ewerolimusem i eksemestaniem u chorych, u których po uprzednim leczeniu hormonalnym wystąpiła progresja, przynosi lepsze rezultaty niż stosowanie samego eksemestanu. W Polsce ten sposób leczenia nie jest finansowany.

Opracowywanie i wprowadzanie do praktyki klinicznej nowych leków jest procesem długotrwałym, wymagającym międzynarodowej współpracy. Na świecie w ostatniej dekadzie możliwości leczenia uległy znacznemu zwiększeniu. Niestety w Polsce pacjenci z tych wielkich osiągnięć nauki mają bardzo ograniczone korzyści.

Poprawę wyników leczenia raka piersi w Polsce można uzyskać przez wzrost nakładów finansowych przeznaczonych na profilaktykę, diagnostykę, leczenie i pielęgnowanie chorych. Najlepszą drogą do uzyskania tego celu jest wprowadzanie zgodnie z rezolucją Parlamentu Europejskiego systemu Ośrodków Diagnostyki i Leczenia Raka Piersi. Dobrą wiadomością dla wszystkich kobiet w Polsce jest, że pierwszy taki ośrodek akredytowany przez Senologic International Society działa w Zachodniopomorskim Centrum Onkologii w Szczecinie. ■

Stoimy na straży wydawania składkowych pieniędzy

Z **Andrzejem Morlińskim**, przewodniczącym Naczelnej Komisji Rewizyjnej, rozmawia **Lucyna Krysiak**.



Lekarze niewiele wiedzą o działaniach komisji rewizyjnych. Jakie są ich zadania w okręgach i czy pokrywają się z zadaniami Naczelnej Komisji Rewizyjnej?

Działania okręgowych komisji rewizyjnych są powieleniem modelu, który funkcjonuje w Naczelnej Komisji Rewizyjnej. Są to wprawdzie różne podwórka, ale zasady pozostają porównywalne. Zresztą współpracujemy ze sobą i tych wspólnych punktów działania jest wiele. Na początku obecnej kadencji zaaranżowałem spotkanie szkoleniowe, które odbędzie się w listopadzie tego roku i liczę na to, że spełni ono swój szkoleniowy charakter. Nowa kadencja oznacza nowe wyzwania, szczególnie dla tych naszych kolegów w okręgach, którzy w tej kadencji są nowo wybrani do komisji rewizyjnych, zetknęli się więc z ich działalnością po raz pierwszy i potrzebują wprowadzenia. Aby szkolenie to było jak najbardziej profesjonalne zatrudniliśmy firmę z zewnątrz, która się specjalizuje w tej dziedzinie. Proszę pamiętać, że jesteśmy lekarzami, a analiza dokumentów dotyczących spraw finansowo-gospodarczych, bo takim

sektorem się zajmujemy, wymaga znajomości elementów ekonomii i księgowości, czego na studiach medycznych się nie wykłada. Kontrolując realizację budżetu, a więc rozliczenia finansowe – takie jest nasze główne zadanie – trzeba umieć analizować i interpretować faktury dotyczące wydatków i nasi koledzy z komisji rewizyjnych muszą się w tym biegle poruszać. Działalności w tych komisjach trzeba się więc cały czas uczyć, współpracować ze sobą, dzielić się doświadczeniami. Są wśród nas koledzy, którzy są dyrektorami ZOZ-ów, szpitali, ordynatorami oddziałów, mają więc do czynienia z finansami i gospodarką. Sam, mimo że jestem specjalistą w dziedzinie ginekologii, skończyłem studia menedżerskie i dyrektorałem tak specyficznej placówki, jaką jest Dom Lekarza Seniora w Warszawie. Musimy mieć świadomość tego, że jak wszystkie organy samorządu lekarskiego, spełniamy rolę służebną wobec naszego środowiska lekarskiego, a czasami jesteśmy postrzegani jak prokuratura wewnętrzna. Jeśli wykryjemy jakieś problemy finansowe w działalności innych organów, to naszą rolą jest je sygnalizować, podpowiadać, jak je rozwiązać, a nie ścigać, wytykać błędy i je piętnować. Chcielibyśmy, aby tak nas postrzegali lekarze, a także koledzy, których kontrolujemy.

Jakie akty prawne regulują te kwestie i czy są wystarczającym narzędziem w pracy Naczelnej Komisji Rewizyjnej?

Działamy na podstawie ustawy o izbach lekarskich i uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej dotyczącej funkcjonowania NKR. Jest tam wyraźnie określone, że naszym wiodącym zadaniem jest kontrola gospodarki finansowej. Na posiedzeniach, które odbywają się co miesiąc, analizujemy na bieżąco dokumentację dotyczącą tej sfery działalności NIL. Co pół roku dokonujemy podsumowań, by móc przedstawiać NRL wyniki tych analiz. Tak naprawdę stoimy więc na straży prawidłowego wydatkowania składkowych pieniędzy i trzeba to z całą mocą podkreślić. To nie są pieniądze samorządowe w ogólnym tego słowa znaczeniu, to są pieniądze lekarzy. Ich wydawanie wymaga więc szczególnego nad-

zoru. Nasze działania, choć czasem przyjmowane z niechęcią, bo postrzega się nas jako patrzących na ręce, mają więc głęboki sens. Personalnie nie interesuje nas, czy ktoś ma czyste ręce, ale czytelność i zasadność wydawania składkowych pieniędzy, co możemy ocenić na podstawie udostępnionych nam dokumentów. Wprawdzie za nimi zawsze stoją ludzie, ale my nie skupiamy się na nich, tylko na „papierach” – fakturach, rachunkach, delegacjach, dzięki czemu możemy być obiektywni. Ten взгляд Naczelnej Komisji Rewizyjnej w dokumentację finansowo-rozliczeniową zapewnia samorządowi lekarskiemu transparentność w prowadzeniu polityki gospodarczej. Oczywiście napotykamy błędy, ale przeważnie nie są one zamierzone, wynikają raczej z nieznamości przepisów lub zwykłej nieuwagi. Trzeba zaznaczyć, że Naczelna Komisja Rewizyjna kontroluje dokumentację, która przeszła już przez sito księgowości. Dla NIL pracuje zewnętrzna firma księgowa, która nieugięcie trzyma się zasad. Nie ma sytuacji, która mogłaby tutaj stworzyć jakiegokolwiek korupcyjnego układu. Jest to sposób myślenia gazetowy, który podchwytują nieprzychylni samorządowi lekarskiemu lekarze, a wiadomo, że takich wśród nas także nie brakuje. Wynika to często z niewiedzy, co robimy, czym się zajmujemy. To jest praca, której nie widać, czasem wręcz chciałoby się zrobić coś spektakularnego, aby przekonać malkontentów, ale najważniejsze jest być skutecznym, niekoniecznie musi temu towarzyszyć rozgłos.

Czy kompetencje Naczelnej Komisji Rewizyjnej są wystarczające by mogła rzetelnie wywiązywać się ze swoich obowiązków? Może potrzebne są zmiany?

Naczelna Komisja Rewizyjna jest zależna od decyzji Prezydium i Naczelnej Rady Lekarskiej. Głos tego gremium w świetle obowiązującej ustawy o izbach lekarskich i uchwały NRL jest ostateczny, jeśli chodzi o ustalenia dotyczące prac wszystkich komisji, również NKR. Ta zależność może więc być postrzegana jako kneblująca nam usta. Często zastanawiałem się nad tym, czy to nie stanowi problemu, czy jest dobre dla społeczności lekarskiej i podjąłem nawet rozmowy na ten temat z prezesem NRL. Wytworzyła się dyskusja, czy wzorem Naczelnego Sądu Lekarskiego i Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, nie wyłonić z istniejących struktur również Naczelnej Komisji Rewizyjnej, zapewniając jej większą swobodę działania i niezależność. Chcę podkreślić, że lekarze wybrani do komisji rewizyjnych nie są ludźmi przypadkowymi, są to osoby o nieskazitelnej opinii, które niejednokrotnie całe swoje życie poświęcili działalności samorządowej. Budzą szacunek i respekt. Z ich zdaniem liczy się zarówno Prezydium, jak i Naczelna Rada Lekarska.

Jak w ocenie Naczelnej Komisji Rewizyjnej jest realizowany budżet NIL?

Wiadomo, że od lat plan i wykonanie to dwie różne rzeczy...

Jestem w NKR już drugą kadencję, mam więc rozeznanie w tym, co dzieje się w finansach NIL, ale na stanowisku przewodniczącego tej komisji jestem po raz pierwszy. Nie uważam jednak, żeby to w jakiś znaczący sposób odmieniło moje myślenie. Podejmujemy decyzje gremialnie, chociaż przewodniczenie to większa odpowiedzialność i czuję jej ciężar. Planując budżet, uwzględnia się wszystkie wydatki. Również te związane z refundacją przez Ministerstwo Zdrowia kosztów administracyjnych przejętych przez samorząd lekarski, takich jak prowadzenie rejestrów lekarzy, spraw związanych z odpowiedzialnością zawodową czy szkoleń. Niestety, pomiędzy planem budżetu a jego wykonaniem w tych obszarach działalności jest dramatyczna różnica. Członkom Naczelnej Komisji Rewizyjnej dosłownie spędza to sen z oczu, ale musi ten rozdźwięk przyjąć jako zło konieczne. Przecież nie możemy za to obarczać odpowiedzialnością członków Prezydium czy Naczelnej Rady Lekarskiej, ponieważ oni wykorzystują wszelkie formy nacisku na resort zdrowia, aby ten wypłacał należne pieniądze z tytułu refundacji w terminie i określonych kwotach. Jednak nielato jest odzyskać. Analogiczna sytuacja jest w izbach okręgowych, które protestują w tej sprawie z różnym skutkiem. Część izb swego czasu na znak protestu odmówiła gratyfikacji za postępowanie administracyjne od Ministerstwa Zdrowia, gdyż kwoty były żenująco niskie.

Jaka jest skala problemu dla budżetu NIL?

Ogromna, ponieważ wraz z Komisją Finansowo-Budżetową trzeba było niejednokrotnie dokonywać korekty budżetu, a to – jak wiadomo – zawsze budzi emocje i wprowadza zamieszanie. Wciąż zabiegamy jako samorząd lekarski o to, aby administracja państwowa traktowała nas po partnersku, również w sprawach finansowych, ale są to trudne relacje. Tymczasem niedobory z tytułu gratyfikacji zbliżają się do granicy 30 proc., tworząc poważną wyrwę w budżecie NIL, wpływając tym samym na gospodarkę finansową. Podobnie jest w okręgach. Ten niedostatek najbardziej odczuwają małe izby, ale wszędzie odczuwa się jego negatywny wpływ na realizację zaplanowanego budżetu.

Czy jest szansa, że Ministerstwo Zdrowia pochyli się nad problemem i wreszcie dojdzie do uregulowania tych kwestii?

Nie tracę nadziei. W Ministerstwie Zdrowia pracują lekarze, to są nasi koledzy i aż trudno uwierzyć, że zza biurka tak niewiele widzą. Przecież oni także są członkami izb lekarskich, tak samo płacą składki i w ich interesie powinno być, aby pieniądze te były racjonalnie wydawane. Nie jestem zwolennikiem prowadzenia wojen, wolę rozwiązywanie problemów w dyskusji, poprzez przedstawianie argumentów i wypracowywanie kompromisów. Wierzę, że i w tej sprawie kiedyś stanie się to możliwe. ■

Planując budżet, uwzględnia się wszystkie wydatki. Również te związane z refundacją przez Ministerstwo Zdrowia kosztów administracyjnych przejętych przez samorząd lekarski, takich jak prowadzenie rejestrów lekarzy, spraw związanych z odpowiedzialnością zawodową czy szkoleń. Niestety, pomiędzy planem budżetu a jego wykonaniem w tych obszarach działalności jest dramatyczna różnica.



Bohdan Tadeusz Woronowicz

Doktor nauk
medycznych,
specjalista
psychiatra,
certyfikowany
specjalista terapii
uzależnień,
certyfikowany
superwizor
psychoterapii
uzależnień,
pełnomocnik
ds. zdrowia
lekarzy i lekarzy
dentystów przy
OIL w Warszawie.

Gdy lekarz nie dostrzega swojej choroby

Od wielu lat zastanawiam się nad tym, w jaki sposób zainteresować kolegów problematyką uzależnień i jak to zrobić, żeby im się zbytnio nie narazić.

Moje pierwsze próby to odległa przeszłość, bowiem jeszcze w 1990 r. dr Tomasz Jaroszewski, który zainicjował wydawanie „Gazety Lekarskiej”, opublikował w pierwszych numerach moje teksty na temat alkoholizmu. Znacznie później w „Pulsie”, dostępnym niestety tylko na Mazowszu, publikowałem przez kolejne miesiące krótkie artykuły na temat uzależnień i do dzisiaj spotykam osoby, które wspominają je i dziękują za przybliżenie problematyki. Nadal uważam, że wiedza lekarzy na temat uzależnień jest bardzo uboga, ale najbardziej przykre jest chyba to, że zbyt mało uwagi poświęcamy tym kolegom, którzy cierpią z powodu uzależnień. Ponieważ osoby uzależnione nie mają z reguły świadomości swojej choroby (mówi się, że to „choroba zaprzeczeń”), chciałbym, po niemal ćwierćwieczu, poruszyć ten temat na łamach „Gazety Lekarskiej”.

Początki

Kilka lat temu w oparciu o doświadczenia wynikające z mojego udziału – jako specjalisty psychiatry i specjalisty terapii uzależnień – w pracach komisji NRL rozpatrującej odwołania kolegów z różnych izb lekarskich, zwróciłem uwagę dra Konstantego Radziwiłła, ówczesnego prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej, na konieczność bliższego przyjrzenia się pewnemu problemowi. Problem ten dotyczył lekarzy, którzy z powodu stanu zdrowia, a najczęściej z powodu uzależnień od substancji psychoaktywnych, wymagali profesjonalnej pomocy i jednocześnie stanowili zagrożenie dla pacjentów. Spotkałem się z pełnym zrozumieniem, a efektem naszych dyskusji była Uchwała NRL nr 7/07/V z dnia 13 kwietnia 2007 r. w sprawie organizacji systemu pomocy lekarzom i lekarzom dentystom, których stan zdrowia ogranicza lub uniemożliwia wykonywanie zawodu. Uchwała ta zobowiązywała okręgowe rady lekarskie do zorganizowania systemu pomocy tym lekarzom i do powołania w tym celu pełnomocników do spraw zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów.

Okazało się jednak, że nie wszystkie rady okręgowe poważnie potraktowały to zobowiązanie. Myślę, że wynikało to nie tylko z niezrozumienia wagi problemu, ale także z obaw, że pełnomocnik, oprócz zajmowania się wspieraniem kolegów z problemami zdrowotnymi, będzie „wyłapywał”

lekarzy nadużywających alkoholu, co zdaniem części zwolenników swojskiej rozumianej solidarności zawodowej, byłoby „zamachem” na wolność lekarzy.

Jednocześnie na organizowane w Naczelnej Izbie Lekarskiej przez koleżankę Bożenę Pietrzykowską coroczne spotkania część rad nie przysyłała swoich pełnomocników, a nawet twierdziła, że na ich terenie problemów z uzależnieniami wśród lekarzy nie ma. Uważam, że ten ostatni fakt należałoby możliwie szeroko nagłośnić, bowiem w świetle badań, z których wynika, że na świecie problem uzależnienia dotyczy 10-12, a nawet 15 proc. populacji lekarzy, jest to ewenement. Na pewno warto byłoby ujawnić, a nawet uhonorować te rady okręgowe, które potrafiły poradzić sobie z problemem uzależnień wśród kolegów. Mam tylko żal, że trzymają w tajemnicy metody, które pomogły im w osiągnięciu tego niespotykanego sukcesu. Może kiedyś je ujawnią, a wtedy usłyszy o nas cały świat.

Perspektywiczne rozważania

Nasuwa mi się jednak pewna refleksja. W czasach PRL-u problem narkomanii bardzo długo „nie istniał”, bo w społeczeństwie budującym socjalizm nie było dla niego miejsca. Był to problem wstydlawy, a jego oficjalne ujawnienie rzuciłoby cień na cały system. Propaganda głosiła, że narkomania wynikała z niesprawiedliwości społecznej i ze złej władzy. Dopiero Markowi Kotańskiemu udało się wyciągnąć problem na światło dzienne jedynie dzięki temu, że zaczęli zgłaszać się do niego po pomoc partyjni bonzowie ze swoimi dziećmi narkomanami. Podobnie tematem tabu był przez wiele lat alkoholizm w służbach mundurowych czy wśród duchowieństwa. Proszę mnie źle nie zrozumieć, nie życzę żadnemu prezesowi żadnej izby lekarskiej ani żadnemu koledze wybranemu do władz samorządu lekarskiego, żeby spotkał się z przypadkiem uzależnienia wśród osób bliskich czy wśród współpracowników. Życzę im natomiast zwrócenia większej uwagi na cierpiących z powodu uzależnienia kolegów oraz na idące z tym w parze zagrożenie dla pacjentów.

Kilka miesięcy temu, po szczęśliwym rozluźnieniu więzów z Instytutem Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, gdzie przez 35 lat prowadziłem Ośrodek Te-

rapii Uzależnień, przyjąłem propozycję prezesa OIL w Warszawie, dra Andrzeja Sawoniego, i zostałem pełnomocnikiem ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentyistów tej izby. Mogę więc poświęcić znacznie więcej czasu m.in. tym kolegom lekarzom, którzy mają problemy z uzależnieniami.

Z życia wzięte

Moją szczególną uwagę zwróciły ostatnio dwa wydarzenia, które powinny skłonić nas do zastanowienia się nad tym, co zrobić, żeby ograniczyć możliwość powtarzania się podobnych sytuacji. Zatrzymany w maju w Wąbrzeźnie lekarz pogotowia ratunkowego miał we krwi 3 promile alkoholu, a jednocześnie za sobą kilka poważnych „przewinień”, takich jak np. trzykrotne odebranie prawa jazdy z powodu jazdy w stanie nietrzeźwym, fałszowanie recept oraz prowadzenie praktyki lekarskiej pomimo zawieszonego prawa wykonywania zawodu. Nasuwa się tu pytanie, gdzie byli jego koledzy z samorządu lekarskiego i dlaczego pomimo tylu sygnałów nie zareagowali w odpowiedzialny sposób? W lipcu tego roku zatrzymano dwukrotnie na terenie woj. mazowieckiego lekarkę, która wracała samochodem z pracy w przychodni, mając o godz. 14.00 we krwi 2,66 promila alkoholu jednego dnia i 2,7 promila alkoholu o godz. 11.40 kolejnego dnia. Wprawdzie nie została „przyłapana” w miejscu pracy na przyjmowaniu pacjentów w stanie nietrzeźwym, jednak takie stężenia alkoholu we krwi bezpośrednio po wyjściu, a właściwie po wyjechaniu z miejsca pracy mówią jednoznacznie, że musiała przyjmować pacjentów, będąc pod wpływem alkoholu, a stan „niedyspozycji” musiał utrzymywać się przez kilka kolejnych dni. Dodatkowo, podobno po zatrzymaniu policjanci „usłyszeli pod swoim adresem sporo niecenzuralnych słów”. Nasuwa się retoryczne pytanie: czy my, jako środowisko lekarskie, możemy być obojętni wobec takich sytuacji? Kolejne pytanie: co

możemy zrobić? Okazuje się, że niewiele, ja na przykład, pomimo podjętych starań, jako pełnomocnik nie uzyskałem do dziś możliwości formalnego dotarcia do tej lekarki, chociaż niewątpliwie potrzebuje ona pomocy. Dlaczego tak się dzieje? Odpowiedź jest bardzo prosta: poza wspomnianą wcześniej uchwałą NRL z 2007 r. nie mamy jasnych procedur, które określałyby tryb postępowania z kolegami, którzy już stali się „bohaterami” doniesień prasowych albo wkrótce nimi się staną.

Samorząd i jednostka

Artykuł 64 Kodeksu Etyki Lekarskiej mówi wyraźnie: „w czasie wykonywania swej pracy lekarz musi zachować trzeźwość i nie podlegać działaniu jakichkolwiek środków uzależniających”. Wiadomo bowiem, że będąc pod wpływem działania substancji psychoaktywnych i wykonując w tym stanie swoje obowiązki zawodowe, lekarz zamiast pomóc, może podjąć decyzję szkodliwą dla zdrowia pacjenta. Nad tym powinien czuwać samorząd lekarski, zgodnie z art. 5 KEL: „Izba lekarska jest obowiązana do czuwania nad przestrzeganiem zasad etyki i deontologii lekarskiej oraz zachowaniem godności zawodu przez wszystkich członków samorządu lekarskiego, a także do starań, aby przepisy prawa nie naruszały zasad etyki lekarskiej”.

Obowiązkiem jednostek samorządu lekarskiego jest jednak nie tylko ochrona pacjenta przed niedysponowanymi z powodu swojej choroby lekarzami, ale także troska o zdrowie tych kolegów lekarzy, którzy nie zdając sobie sprawy ze swojego uzależnienia, nie decydują się na podjęcie leczenia.

To na razie tyle, tytułem przypomnienia o naszych powinnościach.

Mam nadzieję, że koledzy zechcą podzielić się swoimi przemyśleniami na poruszony temat, a licząc na konstruktywny odzew, bardzo chętnie ujawnię również swoje pomysły na zmianę panującej sytuacji. ■

Dlaczego tak się dzieje?
Odpowiedź jest bardzo prosta: poza wspomnianą wcześniej uchwałą NRL z 2007 r. nie mamy jasnych procedur, które określałyby tryb postępowania z kolegami, którzy już stali się „bohaterami” doniesień prasowych albo wkrótce nimi się staną.

Ustawa, która dała reaktywację

**Katarzyna
Strzałkowska**

I Krajowy Zjazd Lekarzy odbył się 12 grudnia 1989 r. Na Zjeździe – jak wspomina mec. Witold Preiss – każdy z delegatów, jeżeli chciał być wybrany do organów izbowych, musiał wstać i oświadczyć, że nie należy do Polskiej Zjednoczonej Partii Robotniczej. Jednocześnie dodaje, że gdyby nie zgoda gen. Wojciecha Jaruzelskiego udzielona rok wcześniej koledze ze szkolnej ławy – los ustawy reaktywującej izby lekarskie mógł być zupełnie inny.

Profesorem, który spotkał się z gen. Jaruzelskim, był Tadeusz Koszarowski, lekarz, poseł na Sejm VIII kadencji, prezes Polskiego Towarzystwa Lekarskiego (PTL) na początku lat 60. – Chodzili do jednej klasy w gimnazjum. Całe życie utrzymywali koleżeńskie stosunki, grywali w brydża. To na tym spotkaniu w 1988 r. udało się prof. Koszarowskiemu uzyskać zgodę generała na reaktywowanie samorządu lekarskiego – mówi mec. Preiss.

Wspomina, że duże znaczenie w procesie legislacyjnym dotyczącym izb miała też działalność prof. Zbigniewa Gburka – lekarza, posła na Sejm IX kadencji. Prof. Gburek – pisząc o latach 80. – przywoływał uchwałę Stronnictwa Demokratycznego z 1981 r., w której wskazywano na konieczność reaktywowania izb lekarskich w celu „upodmiotowienia środowiska, dla osiągnięcia społecznych postaw lekarza”, takich jak: zaangażowanie na rzecz medycyny profilaktycznej; gospodarność powierzonym mieniem; społeczna odpowiedzialność za słowo, za poziom świadczeń diagnostyczno-leczniczych, za wydatkowanie społecznych pieniędzy poprzez zasadne i rzetelne gospodarowanie powierzonymi dokumentami, za którymi idą określone środki finansowe (zwolnienia lekarskie, leczenie sanatoryjne, renty itp.).

Idea samorządu w „Solidarności”

W protokole porozumienia zawartego pomiędzy Komisją Rządową a Delegacją Pracowników Służby Zdrowia zrzeszonych w NSZZ „Solidarność” dnia 16 listopada 1980 r. w Gdańsku mówi się o podwyższeniu uposażeń dla pracowników służby zdrowia. Podpisanie porozumienia nastąpiło dzięki akcji protestacyjnej przeprowadzonej pod przywództwem Aliny Pińkowskiej – przewodniczącej sekcji Służby Zdrowia NSZZ „Solidarność”. Komentując to wydarzenie, lekarz Elżbieta Seferowicz, uczestniczka wydarzeń, zaznacza: – NSZZ „Solidarność” Służby Zdrowia

nigdy nie ograniczał się do żądań dotyczących pracy i płacy pracowników. Domagał się m.in. tworzenia samorządów lekarzy i pielęgniarek. Alina Pińkowska była tego gorącą zwolenniczką.

I wspomina, jak 25 kwietnia 1981 r. w Poznaniu na spotkaniu delegatów Sekcji Krajowej Służby Zdrowia NSZZ „Solidarność” uchwalono reaktywowanie izb lekarskich, a 18 września 1981 r. Krajowy Zjazd Delegatów zaakceptował program, w którym zdecydowanie poparto tworzenie samorządów zawodowych, lekarskiego, pielęgniarskiego, aptekarzy. W drugiej części zjazdu, która odbywała się w dniach 26 września – 10 października 1981 r., mówi się o zmianie systemu wynagrodzeń oraz reaktywowaniu samorządnych izb lekarskich jako czynników niezbędnych do przywrócenia właściwej rangi zawodowi.

– W latach 1982-1989 w sposób mniej spektakularny, ale jak się okazało skuteczny, środowisko solidarnościowe nie pozwalało zapomnieć o idei samorządu. Kolejne próby rozmienienia i zepchnięcia na ślepy tor skończyły się fiaskiem, dzięki solidarnej postawie wielu ludzi – wspomina Józef Szymczyk z Sekcji Pracowników Służby Zdrowia NSZZ „Solidarność” Ziemi Łódzkiej.

Pierwsze projekty ustawy

Witold Preiss podkreśla, że pierwszy projekt ustawy o izbach lekarskich – opracowany przez pracownika Najwyższej Izby Kontroli na zlecenie Zarządu Głównego PTL – trzeba było wyrzucić do kosza. Powielał on – jego zdaniem – przedwojenną ustawę, która przyznawała duże uprawnienia nadzorcze ministrowi spraw wewnętrznych. Dlatego też w PTL tworzone kolejne projekty.

Doktor Szymczyk wspomina, że drugi projekt ustawy poddano szczegółowej analizie na Krajowej Konferencji w Bydgoszczy 16 maja 1981 roku, gdzie spotkali się ludzie walczący o reaktywację samorządu - przedstawiciele NSZZ „Solidarność” oraz Zarządu Głównego PTL. Jak relacjonuje,

Ustawę o izbach
lekarskich
przegłosowano
na jednym
z ostatnich
posiedzeń Sejmu
IX kadencji.

jeszcze w tym samym miesiącu ponownie przyrzano się zapisom tego projektu ustawy na tzw. forum dyskusyjnym, które odbyło się w składzie rozszerzonym o przedstawicieli ministra zdrowia oraz związkowców ze Związku Zawodowego Służby Zdrowia i Związku Zawodowego Lekarzy Polskich.

13 grudnia 1981 r. ogłoszono stan wojenny. Działacze PTL podkreślali, że jego wprowadzenie wyraźnie spowolniło rozpoczęte dzieło, lecz nie zatrzymało go, a w pracach zarządu głównego w kolejnych latach wielokrotnie wracano do tej sprawy, angażując lekarzy posłów wybieranych do Sejmu kolejnych kadencji.

Mec. Preiss zaznacza, że najważniejszy projekt powstał w Zarządzie Głównym PTL w 1984 r. i był oparty na prawie o adwokaturze i ustawie o radcach prawnych. – Istnienie konkretnego projektu ustawy o izbach lekarskich umożliwiło podjęcie konkretnych prac w Sejmie. Wydawało się, że przeciwnicy reaktywowania izb byli tym faktem zaskoczeni – podkreśla.

Zabieganie o uchwalenie

Prof. Jerzy Woy-Wojciechowski, ówczesny i obecny prezes Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, w swojej najnowszej książce pisze o „głęboko zaangażowanych członkach PZPR”, których dobrał do Zarządu Głównego PTL, chcąc dotrzeć do wielu decydentów w sprawie samorządu lekarskiego. „Odbywaliśmy dziesiątki oficjalnych wizyt, prosząc o poparcie. [...] I nie wiem, jak by się dalej potoczyła nasza „wojna” o izby, gdyby nie szczęśliwy pomysł zapraszania posłów lekarzy na prywatne spotkania z Prezesem PTL, do odległego od Sejmu o kilkaset metrów Klubu Lekarza w Alejach Ujazdowskich [...]”.

Posłanka na Sejm VII, VIII i IX kadencji, lekarz prof. Bożena Hager-Malecka podkreśla, że sprawa reaktywowania samorządu była wielokrotnie wznawiana i walczyło o nią wielu szlachetnych ludzi. Wymienia prof. Zdzisława Lewickiego z PTL, który przybywał w tej sprawie do Sejmu wielokrotnie; prof. Henryka Rafalskiego – przewodniczącego Sejmowej Komisji Zdrowia, który bardzo aktywnie uczestniczył w staraniach o reaktywację samorządu, prof. Tadeusza Chruściela, który w latach 80. uczestniczył jako doradca w pracach Sejmu – najpierw oficjalnie w imieniu „Solidarności”, a następnie nieoficjalnie („ale wszyscy dobrze wiedzieli, kto i w czym imieniu się wypowiada”).

– W 1984 r. nie było żadnych możliwości, żeby ten projekt został przekształcony w obowiązujące prawo, bo nie było na to politycznej zgody – podkreśla mec. Preiss. Opowiada, jak Ministerstwo Zdrowia przeprowadzało poprzez lekarzy wojewódzkich ankietę, której wyniki miały wykazać, że samorząd jest niepotrzebny. Przeciwnicy reaktywowania podnosili niedoskonałość projektu ustawy, mówiąc, że wymaga on doszlifowania. Ale – zdaniem mecenasów ▶

– chodziło o to, aby nie uchwalić ustawy przed 4 czerwca 1989 r., czyli przed kolejnymi wyborami parlamentarnymi. Wówczas projekt byłby przekazany do archiwum i trzeba byłoby zacząć wszystko od nowa. – Kalkulacje były proste: jeśli sprawa przejdzie na kolejną kadencję Sejmu, to w sytuacji kryzysu gospodarczego sprawa izb lekarskich nie będzie numerem jeden dla nowo wybranego Sejmu. Wówczas zostanie odłożona na kolejne lata – podkreśla.

Uchwalenie ustawy

Ustawę o izbach lekarskich przegłosowano na jednym z ostatnich posiedzeń Sejmu IX kadencji. Janusz Wiśniewski, autor opracowania kroniki o izbach lekarskich, przytacza relację z tego wydarzenia: „Wtorek, 17 maja 1989 r., godz. 12.45. Trwa 48. posiedzenie Sejmu bieżącej kadencji. [...] Następuje głosowanie: Marszałek Malinowski zadaje pytanie: kto jest za, kto przeciw, kto wstrzymuje się od głosu? Na tablicy świetlnej wyskakuje liczby. Za – 255, przeciw – 0, wstrzymujących się – 0. Takiej jednomyślności dawno już w tej Sali nie było”.

W pierwszym numerze biuletynu izb lekarskich, słowo wstępne należało do ówczesnego wicemarszałka Senatu, prof. Zofii Kuratowskiej, która napisała: „[...] Jest faktem oczywistym, że

ogromu problemów narosłych w ciągu przeszło 40 lat rządów komunistycznych nie da się szybko rozwiązać. Wszak do ideologii tego okresu – szczególnie lat pięćdziesiątych i sześćdziesiątych – należało obniżenie rangi zawodu lekarskiego. [...] Izby lekarskie są ważnym elementem zmiany ustroju w naszym kraju. Jedną z podstaw nowego systemu stanowi wyjęcie z rąk władz centralnych decyzji w każdej sprawie i zrozumienie, że o kształcie kraju – a więc także o kształcie naszego zawodu – decydujemy sami na każdym szczeblu [...]”. ■

Opracowano na podstawie:

- wywiadu z mec. Witoldem Preissem oraz publikacji:
 - „Biuletyn Izby Lekarskiej”, Warszawa 1990, nr 1, s. 2
 - „Historia izb lekarskich”, Warszawa 1993, s. 73
 - J. Wiśniewski, „Kronika Izby Lekarskiej w Polsce” Warszawa 2005 (nr. 37/1989 „Służby Zdrowia”), s. 81
 - „70 lat samorządu lekarskiego na Śląsku”, Katowice 2005, s. 49, 63, 69
 - „Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi. Historia i prawdziwe oblicze”, Łódź 2009, s. 52
 - J. Woy-Wojciechowski, „Q pamięci”, Warszawa 2014, s. 159



mec. Witold Preiss
– współpracownik
Polskiego Towarzystwa
Lekarskiego w latach 80.,
pracownik Naczelnej
Izby Lekarskiej
w latach 1989-2002

Będziemy wdzięczni za przesłanie wspomnień związanych z tym tematem – zwłaszcza tych lekarzy, którzy brali udział w opisywanych wydarzeniach. Na maile czekamy pod adresem radakcja@gazetalekarska.pl. W temat wiadomości prosimy wpisać: „Reaktywacja – wspomnienia”.



W świecie mięczaków

Świat jest sceną, tylko sztuka jest źle obsadzona.

Oscar Wilde

Świat jest naprawdę piękną i fascynującą sceną, na której odgrywane są mniej lub bardziej zachwycające spektakle. Występują w nich lepsi i gorsi aktorzy. Wielokrotnie z tych bardzo dobrze zapowiadających się, błyskotliwych i wzbudzających zaufanie, tylko niewielu po oszałamiającym początku potrafi dotrwać do w miarę dobrego końca. W teatrze to reżyser wybiera artystów i jeżeli źle dobierze zespół – sztuka okazuje się klapą. Dobry reżyser, żeby odnieść sukces, wsłuchuje się w uwagi swoich aktorów, podobnie jak dobry trener w uwagi zawodników. Także aktorzy muszą chcieć słuchać uwag reżysera i wzajemnie współpracować.

Przyglądam się odlatującym jesienią ptakom – zawsze jest lider prowadzący kłucz, a reszta leci w podporządkowanym szyku za nim. Te osobniki, które nie są w stanie podołać trudom lotu, zostają. Obserwując przyrodę, zastanawiam się, dlaczego my, ludzie, nie potrafimy brać przykładu z istot stojących niżej w szeregu ewolucyjnym. Bez względu na umiejętności, wszyscy chcemy być liderami, zamiast współpracować i budować, niszczyliśmy tych lepszych od nas. Z wielkim trudem przychodzi nam docenianie i uznawanie sukcesów, które udało się osiągnąć innym, więc staraliśmy się za wszelką cenę pomniejszyć ich znaczenie i na siłę szukamy błędów, ale sami nie potrafimy zaproponować lepszych rozwiązań i sposobów ich realizacji.

Każdy z nas w życiu gra różne role, ale bardzo często jest to teatr jednego aktora i jednego widza. Moim zdaniem, w życiu politycznym naszego kraju mamy coraz więcej aktorów i reżyserów, którzy nie potrafią właściwie się odnaleźć. Uważają, że tylko oni wiedzą, jak należy postępować. Ci, którzy nie słuchają ludzi, z którymi i dla dobra których mają pracować, po prostu przegrywają. Bardzo często wszystkim brakuje odrobiny tolerancji i poszanowania poglądów innych, niż własne. A życie byłoby o wiele przyjemniejsze i piękniejsze, gdybyśmy wszyscy wykazali się chociażby odrobiną zrozumienia, tolerancji i chęci pracowania razem, zamiast ulegać tym głośniejszym krzykom i walczyć o niekiedy śmieszne sprawy.

Pamiętam, jak przy budowie drogi S3 prze-rwano prace z powodu konieczności stworzenia podziemnego przejścia dla ślimaków. No, w końcu ślimak też stworzenie boskie i jakieś

prawa mu się należą. Osobiście nie przepadam za tymi mięczakami, szczególnie w ogródku działkowym, ale jeśli mamy prawo, które nakazuje chronić każde żywe stworzenie, to należy go przestrzegać, a na poprawę bezpieczeństwa podróżujących ludzi i autostradę można nadal czekać, skoro przez tyle lat jej nie było.

Dziwi mnie tylko, że jakoś nikt za bardzo nie próbuje chronić istot wyższych, jakimi są ludzie chorzy. A może dla niektórych są mniej ważni od mięczaków i innych żyjątek? Ale przecież oni także są częścią przyrody i naszego świata. Brakuje pieniędzy na leczenie zarówno dzieci, jak i osób starszych, których z każdym rokiem przybywa, ale to nie jest ważne – priorytetem jest ochrona przed rozjeżdżaniem na szosie ślimaków, w końcu to też dla bezpieczeństwa ludzi, żeby się opony nie ślizgały podczas jazdy.

Dziwne jest postępowanie niektórych głoszących przywiązanie do prawa i prawdy, tylko że nie cały czas do jednej i tej samej. A jacy my, lekarze, jesteśmy dla siebie i jak się zachowujemy, gdy przychodzą po pomoc starsi koledzy po fachu? Często odnoszę wrażenie, że lepiej traktuje się u nas ślimaki, niż niepracujących kolegów, którzy całe życie poświęcili leczeniu chorych, a teraz, kiedy sami potrzebują pomocy, trudno im się na nią doczekać. Żyjemy w czasach skierowań i kolejek, więc oni również pokornie czekają w kolejkach i siedzą w poczekalniach pośród pacjentów, których sami kiedyś leczyli, zażenowani i zawstydzeni. Często nie znamy ich ani z imienia i nazwiska, ani nawet z widzenia, ale przecież tak niewiele potrzeba, aby zaznaczyć w historii choroby, że dany pacjent to jest lekarz. Wystarczy odrobina empatii, dobrej woli, życzliwości i pokazania lekarskiej solidarności. Warto pomyśleć o tym, że sami nie będziemy wiecznie młodzi i sprawni. W każdej chwili możemy trafić w szeregi pacjentów z poczekalni. Czy nie będzie nam przykro, gdy zostaniemy potraktowani bezosobowo?

Jesień mieni się kolorami, a z drzew opadają liście, słońce nie grzeje już tak mocno, a dni stają się krótsze. To dla mnie czas zapamiętywania letniego ciepła, ale też odlatujących ptaków i początku oczekiwania na ich wiosenny powrót. Bądźmy dobrymi reżyserami i zagrajmy najlepiej, jak potrafimy, nasze role na scenie życia. ■



**Jolanta
Małmyga**

Wiceprezes ORL
w Gorzowie Wlkp.

Często odnoszę
wrażenie, że
lepiej traktuje się
u nas ślimaki, niż
niepracujących
kolegów, którzy
całe życie poświęcili
leczeniu chorych,
a teraz, kiedy sami
potrzebują pomocy,
trudno im się na nią
doczekać.

Praktykę otworzę najchętniej od zaraz

Młodzi stomatolodzy w dążeniach zawodowych są ambitni i wytrwali, i nie chodzi tylko o zdobycie specjalizacji, ale o niezależność, co oznacza otwarcie własnej prywatnej praktyki. Od kilku lat coraz liczniej pokazują się na targach CEDE, poszukując tam dla siebie inspiracji.



Tegoroczna Śródkowoeuropejska Wystawa Produktów Stomatologicznych CEDE, która odbywała się w dniach 11-13 września w Poznaniu, potwierdziła ten trend, a prezes firmy „Exactus” Ewa Mastalerz prognozuje, że w następnych latach będzie on jeszcze bardziej widoczny. Oznacza to, że po 24 latach organizowania tej imprezy dochodzi do zmiany pokoleniowej. Lekarze dentyści, którzy od lat funkcjonują na rynku usług stomatologicznych, przyjeżdżają na targi w poszukiwaniu nowinek, a także by spotkać się z kolegami z branży. Młodzi widzą tu dla siebie inspirację. Liczą na bezpośrednie kontakty z przedstawicielami firm produkujących sprzęt i materiały, na możliwość zawierania korzystnych transakcji handlowych związanych z wyposażeniem własnego gabinetu. – Coraz bardziej nastawiamy się na młodych lekarzy dentyistów, ponieważ do nich należy przyszłość, jako wystawcy musimy więc liczyć się z ich oczekiwaniami – zaznacza Ewa Mastalerz. A te dotyczą nie tylko sprzętu stomatologicznego i materiałów, ale sposobu ich prezentacji. Młodzi są dociekliwi i nie wystarcza im już obejrzenie produktu, chcą go „wziąć do ręki” i przetestować. Strefa Testów była więc w tym roku rozbudowana i wręcz oblegana. Młodzi stomatolodzy interesują się też ergonomią, ekologią i profilaktyką. Świadczy to o poziomie świadomości zagrożeń, jakie

niesie ze sobą wykonywanie zawodu lekarza dentyisty zarówno dla ich zdrowia, jak i środowiska. Zdają też sobie sprawę, że medycyna naprawcza czy odtwórcza jest ważna, ale jeszcze ważniejsza jest profilaktyka, którą powinno się prowadzić równolegle z leczeniem. Organizatorzy targów twierdzą, że młode pokolenie stomatologów cechuje dynamizm, brak zahamowań w kontaktach, bezpośredniość i odwaga w konfrontacji z nowymi technologiami i nowinkami. Tę nową jakość w postrzeganiu stomatologii prezentowało na targach CEDE stowarzyszenie Be Active Dentist skupiające licznie młodych dentystów pragnących łączyć profesjonalne szkolenia z rekreacją, aktywnym wypoczynkiem i dobrą zabawą. W tym roku swój udział zaakcentowało zbiórką pieniędzy na pomoc dla sparaliżowanego lekarza dentyisty z Zamościa. W halach targowych były ustawione rowerki treningowe, na które wsiadali zwiedzający i pedalowali co sił w nogach. Każdy przejechany kilometr kosztował 3 zł. Im więcej kilometrów, tym większą kwotę udało się zebrać. Na jednym z rowerków z zapalczywością „jechała” Marta Klimkowska-Misiak, wiceprezes Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie. – Pomysł, aby w ten sposób wesprzeć potrzebującego kolegę, uważam za strzał w dziesiątkę. Taka akcja aktywizuje środowisko i rozwija ideę solidarności wśród lekarzy – przekonuje.

W konfrontacji z rzeczywistością

Młodzi stomatolodzy należą do pokolenia, które swobodnie porusza się w internecie, portalach społecznościowych, co daje im możliwość szybkiego kontaktu i dotarcia do informacji. Widząc to, organizatorzy targów zainstalowali aplikację mobilną CEDE 2014, dostępną na iPhone'y, smartfony, tablety. Aplikacja była przydatna w organizowaniu czasu zwiedzających, można było przeczytać opisy wykładów, wyłonić z listy wystawców firmy, z którymi pragnęło się nawiązać kontakt, a także zgłaszać na zgłoszony produkt do Grand Prix CEDE. Również Be Active Dentist zgłosiło swój udział w tym konkursie. Były to szkolenia połączone z wyjazdem na narty. Podobnie jak w wielu dziedzinach, w stomatologii także obserwuje się digitalizację, a młodzi lekarze dentyści w tym przodują, wykorzystując to zjawisko do lansowania swoich pomysłów i organizowania własnej prywatnej praktyki. Hubert Gołąbek z Warszawy ma 24 lata, jest wiceprezydentem Ogólnopolskiego Zarządu Polskiego Towarzystwa Studentów Stomatologii. Właśnie kończy staż podyplomowy i w niedalekiej przyszłości marzy o otwarciu gabinetu. Interesuje go endodoncja. Podkreśla, że student stomatologii nie ma dostępu do nowoczesnych technologii i systemów, które się aktualnie stosuje w praktyce stomatologicznej. Dla kogoś takiego jak on, bez doświadczenia zawodowego, targi to prawdziwy poligon. – Do otwarcia własnej praktyki potrzebne są pieniądze i dla młodego lekarza dentysty to często największa bariera, jednak jeszcze większą jest brak doświadczenia i niedostateczna wiedza, dlatego PTSS stawia przede wszystkim na szkolenia – tłumaczy Hubert Gołąbek. Ale szkolenia kosztują, młodzi stomatolodzy korzystają więc z różnych form, także tych oferowanych przez firmy produkujące sprzęt stomatologiczny i nie wstydzą się o tym mówić. Tomasz Łukasik ma 23 lata, studia ukończył we Wrocławiu. Jest wiceprezydentem OZ PTSS. Uważa, że jeśli chodzi o wyposażenie gabinetów, dziś wszystko jest dostępne, ale nie zawsze młody lekarz dentysta umie się tym posługiwać. – Bardzo sobie cenię możliwość przetestowania nowych materiałów na targach, a jeszcze bardziej uzyskanie na ten temat informacji z pierwszej ręki, dzięki czemu mogę wybrać to, co najbardziej odpowiada moim potrzebom – zaznacza Tomasz Łukasik. Dodaje, że startującemu zawodowo lekarzowi najtrudniej otworzyć własną praktykę w miastach akademickich, gdzie na każdym rogu ulicy znajduje się gabinet i jest duża konkuren-



cja. W mniejszych miejscowościach brakuje stomatologów i tu są większe możliwości. Jednak po studiach prawie każdy pragnie zostać w ośrodku akademickim, gdzie ma szansę na specjalizację. Tomasz Łukasik jest w trakcie specjalizacji z chirurgii i periodontologii. Jego siostra z mężem też są stomatologami i już otworzyli własną praktykę, ale zaciągając kredyt. Uważa, że ryzyko związane z kredytem to jedno, ale by się udało, trzeba od początku do końca mieć przemyślany biznesplan i konsekwentnie go realizować, mieć rozeznanie na rynku usług stomatologicznych i znaleźć tam swoje miejsce. Maciej Michalak, prezes ZG Be Active Dentist (27 lat) z Warszawy, jest świeżo upieczonym specjalistą z chirurgii stomatologicznej i właśnie otworzył własną praktykę. Poszedł na całość, na przekór konkurencji wybrał miejsce w centrum Warszawy. Mimo młodego wieku ma już jakieś doświadczenie. Specjalizację robił w klinice chirurgii twarzowo-szczękowej szpitala przy ul. Szaserów w Warszawie, a praktykował w Legionowie, gdzie przyjmował żołnierzy z misji w Iraku i Afganistanie. – Potwierdzam, że najważniejsze to mieć pomysł na siebie i wpasować się w niszę. Moim pomysłem oprócz standardowego leczenia są szkolenia i kursy, a wszystko pod hasłem stowarzyszenia, z którym się identyfikuję – mówi Maciej Michalak. Dodaje, że kontakty nawiązane na targach ułatwiły mu zgromadzenie sprzętu na korzystnych warunkach, ale największym wyzwaniem jest dla niego odpowiedzialność. – Pracując na swoim, nie można liczyć na to, że ktoś nas poprowadzi, poprawi, pomoże – podkreśla. Olaf Sitarski z Wrocławia jest w trakcie specjalizacji z protetyki i w przyszłości także myśli o otwarciu własnego gabinetu, ale jest ostrożny w swoich planach. Podobnie jak jego kolezdy uważa, że największą barierą, którą przyjdzie mu pokonać, jest odpowiedzialność, ale też obawia się komercji. – W stomatologii konieczna jest ciągła weryfikacja wiedzy i umiejętności manualnych, bo to jest gwarancją, że gabinet będzie świadczył usługi na odpowiednim poziomie, młodemu lekarzowi niełatwo sprostać tym wyzwaniom – mówi. Prof. Bartłomiej Loster, prezes Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, zaznacza, że niemożliwym jest, aby na studiach nauczyć przyszłego stomatologa umiejętności praktycznych i doświadczenia. Te musi zdobywać sam. – W kontekście obecnej polityki edukacyjnej, kiedy studenci nie mają stażu podyplomowego,

a dydaktyka jest wtłoczona w szkolenie przeddyplomowe, opuszczając mury uczelni, są zdani na siebie – konkluduje profesor.

Nie popaść w nadmierną komercję

Targom towarzyszył Zjazd Zespołów Stomatologicznych, który zawsze jest wydarzeniem naukowo-szkoleniowym, ale w tym roku szczególnie był nastawiony na praktykę. Wykłady, kursy, prezentacje dobrano w taki sposób, aby ich tematyka była jak najbliższa życiu. Wśród najbardziej zainteresowanych udziałem w nich, znów grupą dominującą była stomatologiczna młodzież. Część przyjechała z małych miejscowości, chcąc dowiedzieć się, jak poruszać się wśród najnowszej wiedzy, sprzętu i materiałów, jak odnaleźć się w zawiłościach ekonomii, kredytów, praw rynku. Kamil Kuczewski, który w Be Active Dentist pełni rolę trenera rozwoju gabinetu stomatologicznego i szkoli młodych lekarzy dentystów otwierających swoje praktyki w zakresie marketingu, przekonuje, że choć jest to niezręczny temat, bez marketingu nie ma dochodowego biznesu. Jego zadaniem jest tak wypromować nowo powstający gabinet, aby od razu przynosił dochody. – Za przygotowaniem medycznym lekarzy dentystów nie idzie przygotowanie finansowo-biznesowe i moją rolą jest pomóc im na starcie rozwinąć biznes – mówi. Szkoła także młodych stomatologów w umiejętnościach komunikowania się z pacjentem, co także ma wpływ na sukces komercyjny.

PTSS, Be Active Dental i portale infoDENT24 przeprowadzili ankietę, na którą odpowiedziało kilkaset osób. Pytania dotyczyły problemów młodych lekarzy, z którymi się stykają, stawiając pierwsze kroki w biznesie. Ankieta potwierdza, że prawie każdy lekarz dentysta, po uzyskaniu prawa wykonywania zawodu, będzie się starał uruchomić własną praktykę dentystyczną (na 100 pytanym takich planów nie ma tylko 7 osób). Co drugi pytany chciałby jak najszybciej przyjmować pacjentów we własnym gabinecie. Ankieta rysuje też wizerunek młodego lekarza dentysty – kreatywny, otwarty na wyzwania, egzekwujący swoje prawa, trzeźwo oceniający propozycje kontrahentów, upatrujący przyszłość w pracy w największych aglomeracjach. Najchętniej we Wrocławiu (13,1 proc.), Warszawie (9,6 proc.), Poznaniu i Rzeszowie (po 5 proc.). Za największe utrudnienie przy

uruchamianiu własnego gabinetu (poza brakiem pieniędzy) młodzi uznali zbyt dużą konkurencję na rynku. Zabezpieczenie widzą w stabilnym źródle przychodów, jakim – w ich mniemaniu – jest kontrakt z NFZ (67,77 proc. chciałoby na starcie podjąć współpracę z tą instytucją), ale negatywnie oceniają zasady kontraktowania usług. Bardziej niż rywalizacji z doświadczonymi kolegami i kolegami o pacjentów komercyjnych, obawiają się przepisów podatkowych i branżowych (BHP, sanepid). 51,2 proc. ankietowanych dostrzega też konieczność ciągłego szkolenia się. Młodzi stomatolodzy dobrze wiedzą, że sukces biznesowy gwarantuje nie tylko ciężka praca i dobre inwestycje, ale przede wszystkim umiejętności. Prof. Stanisław Suliborski, który od lat organizuje Zjazd Zespołów Stomatologicznych, z całą mocą podkreśla, że zawsze kwalifikacje powinny być na pierwszym miejscu i zachęca stomatologiczną młodzież do udziału w szkoleniach. – Stomatologia to dziedzina, w której zmiany następują bardzo szybko i trudno za nimi nadążyć, za wyposażeniem gabinetów zawsze muszą iść doświadczenie i kompetencje, agresywny marketing nie może ich przysłonić – podkreśla profesor.

Kongres FDI zamiast CEDE

Polska stomatologia wciąż się rozwija, targi CEDE stały się po targach w Kolonii najważniejszymi w Europie, mają swoją rangę i markę. Jednak o rozgłosie polskiej stomatologii świadczy także jej zaangażowanie w prace Światowej Federacji Dentystycznej (FDI). O tym, jak znaczący jest udział polskich lekarzy dentystów w projektach tej organizacji, świadczy fakt, że w 2016 r. w Poznaniu odbędzie się coroczny światowy kongres FDI. Jego organizatorem będą Międzynarodowe Targi Poznańskie i „Exactus”. Tym razem wyjątkowo FDI zastąpi CEDE. Udział w kongresie planuje 10 tys. osób z całego świata. FDI jest największą organizacją stomatologiczną na świecie, zrzesza ponad 200 organizacji krajowych. Jej celem jest kreowanie i uzgadnianie wspólnej polityki w zakresie zdrowia jamy ustnej, stałego doskonalenia programów edukacyjnych, wspieranie aktywności swoich członków w tych działaniach. To będzie wydarzenie na skalę międzynarodową. Organizację kongresu FDI w Polsce poparła Naczelna Izba Lekarska i jej prezes Maciej Hamankiewicz oraz Anna Lella, zastępca sekretarza NRL i osoba związana z tą organizacją poprzez piastowane wysokiego stanowiska w ERO-FDI. Rozmowy na ten temat trwały półtora roku. Dlaczego Poznań? Ponieważ organizacyjnie jest w stanie udźwignąć to przedsięwzięcie. CEDE jest pod względem liczby uczestników imprezą porównywalną. Dlatego wybór padł na firmę „Exactus” jako organizatora kongresu FDI. Dla polskiej stomatologii będzie to wyjątkowa możliwość nawiązania kontaktów, wymiany doświadczeń, zaprezentowania polskiej stomatologii na światowym forum. Warto zaznaczyć, że 25 proc. programu naukowego będzie układane przez Polskie Towarzystwo Stomatologiczne, 25 proc. przez FDI, a 50 proc. będzie pracą wspólną. Bardzo duży nacisk jest na profilaktykę. W kongresie FDI 2016 swój udział przygotowuje także Young Dentists Worldwide, a więc i tutaj stomatologiczna młodzież chce zaistnieć. ■

Prof. Stanisław Suliborski, który od lat organizuje Zjazd Zespołów Stomatologicznych, z całą mocą podkreśla, że zawsze kwalifikacje powinny być na pierwszym miejscu i zachęca stomatologiczną młodzież do udziału w szkoleniach.



**Małgorzata
Serwach**

Uniwersytet Łódzki

Błąd diagnostyczny może być bardzo poważny w skutkach, w szczególności może on rzutować na dalszy proces leczenia. Gdy na tym, tak wczesnym, etapie popełnione zostanie określenie uchybienie, wszystkie występujące kolejno czynności medyczne najprawdopodobniej także będą nieprawidłowe.

Błąd medyczny

– co oznacza w praktyce?

Powstanie odpowiedzialności cywilnej lekarza może być wynikiem tzw. błędu w sztuce, czyli błędu popełnionego w czasie wykonywania czynności zawodowych. Najpopularniejszy podział błędów medycznych dotyczy błędu diagnostycznego, terapeutycznego (w leczeniu) oraz błędu prognostycznego (rokowania).

W najnowszej nauce wyróżnia się także błąd techniczny oraz organizacyjny, wskazuje się też na błędy opiniotawcze, a także logiczne. Popełnienie każdego ze wskazanych błędów może prowadzić do odpowiedzialności prawnej lekarza (cywilnej, zawodowej, karnej) oraz powstania wynikających z niej konsekwencji. Podstawowe znaczenie w praktyce odgrywają błędy w procesie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na każdym jego etapie: od diagnozy po rokowanie. Konsekwencje uchybień powstałych w związku z organizacją procesu leczenia, posługiwaniem się wadliwym sprzętem, aparaturą czy urządzeniami; w końcu błędy związane z wydawaniem opinii i orzeczeń lekarskich, zostaną omówione w kolejnej publikacji.

Błąd diagnostyczny

Mówi się o nim zazwyczaj wtedy, gdy nie zostaną wykonane niezbędne czynności potrzebne do rozpoznania choroby lub sama interpretacja prawidłowo zleconych i wykonanych wyników badań jest nieprawidłowa, niezgodna z wiedzą medyczną oraz logicznym rozumowaniem. W praktyce oznacza to, że nie zostaną rozpoznane, bardziej lub mniej charakterystyczne, objawy lub też wyciągnięte z nich zostaną wnioski odbiegające od aktualnej wiedzy medycznej. Z błędem tego typu mamy do czynienia także wówczas, gdy badania są przeprowadzane niewłaściwie lub po prostu niedbale. Błąd diagnostyczny może być bardzo poważny w skutkach, w szczególności może on rzutować na dalszy proces leczenia. Gdy na tym, tak wczesnym, etapie popełnione zostanie określenie uchybienie, wszystkie występujące kolejno czynności medyczne najprawdopodobniej także będą nieprawidłowe. Odpowiedzialność za błąd w diagnozie coraz częściej występuje też w orzecznictwie sądów polskich. Tytułem przykładu w wyroku z 27 czerwca 2007 r. Sąd Apelacyjny w Warszawie uznał, że błędem diagnostyki i terapii – jako przesłanki odpowiedzialności cywilnej lekarza – jest opieszałość w podejmowaniu czynności i niedostateczne pouczenie pacjenta o ryzyku związanym ze stanem jego zdrowia. W spornym stanie faktycznym lekarz rodzinny, pomimo niepokojących objawów w postaci częstych omdleń pacjenta i sugestii lekarza pogotowia co do ich przyczyny nie przeprowadził odpowiedniego rozpoznania. W szczególności nie podjął żadnych czynności diagnostycznych, nie przeprowadził wywiadu ani badania fizykalnego, nie zmierzył ciśnienia tętniczego

i tętna. Jedyną czynnością, którą podjął, było wypisanie skierowania na EKG oraz recepty na antybiotyki. W konsekwencji lekarz nie zdiagnozował bloku przedsionkowo-komorowego II stopnia (Mobitz II) oraz nie dostrzegł bradykardii w sytuacji, gdy częstość akcji serca wynosiła około 40/min. Na skutek wskazanych zaniedbań wdrożone zostało leczenie nieadekwatne do rzeczywistego stanu zdrowia, co doprowadziło do śmierci pacjenta. W innym wyroku Sądu Najwyższego z 6 maja 2010 r. zwrócono uwagę, że nierozpoznanie u płodu w czasie badania USG ciężkiego i nieodwracalnego uszkodzenia nie tylko świadczy o winie lekarza, ale powoduje, że kobieta traci możliwość podjęcia decyzji o germinacji ciąży. W konsekwencji rodzi to odpowiedzialność z tytułu tzw. wrongful birth.

Błąd terapeutyczny

Nazywany jest też błędem w leczeniu i występuje wtedy, gdy lekarz dokonuje wyboru niewłaściwej, czyli niezgodnej z przyjętymi zasadami wiedzy medycznej, metody leczenia lub nieprawidłowo ją realizuje. W praktyce najczęściej polega on na zastosowaniu nieodpowiednich środków farmakologicznych, braku pouczenia pacjenta o sposobie ich stosowania, zaniechaniu skierowania chorego na hospitalację w szpitalu czy przeprowadzeniu zbędnego zabiegu. Błąd terapeutyczny może mieć przy tym dwojaki charakter. Może być błędem samoistnym lub wystąpić w wyniku nieprawidłowej diagnozy. Samoistny błąd terapeutyczny oznacza, że lekarz pomimo prawidłowo postawionej diagnozy podejmuje nieodpowiednie, niewłaściwe dla danego pacjenta, leczenie. Zleca źle dobrane do stanu chorobowego środki farmakologiczne czy też przeprowadza zbędne świadczenie opieki zdrowotnej. Z kolei błąd wynikający z nieprawidłowej diagnozy jest następstwem wcześniej już występujących nieprawidłowości. Może on skutkować podjęciem kolejnych wadliwych czynności przez lekarza lub przeciwnie – zaniechaniem dalszego leczenia pacjenta.

Błąd terapeutyczny może wystąpić na każdym etapie leczenia. W wielu przypadkach uchybienie tego rodzaju występuje już na samym początku procesu terapeutycznego, gdy lekarz weryfikując wcześniejsze ustalenia diagnostyczne, podejmuje decyzję o najwłaściwszej w danym przypadku metodzie leczenia. Wówczas błąd terapeutyczny bardzo trudno jest wyeliminować, zwłaszcza gdy terapia jest ściśle związana z poprzedzającą

ją diagnozą. Dlatego niejednokrotnie trudno stwierdzić, czy lekarz popełnia kolejny błąd, czy też nie zauważa wcześniejszych nieprawidłowości. Błąd terapeutyczny może ponadto polegać na przyjęciu nieprawidłowego sposobu leczenia rozmiągającego się ze wskazaniami wiedzy i sztuki lekarskiej, przy pominięciu innych metod leczenia oraz na zwłoce z zasięgnięciem opinii specjalisty. Wniosek taki wyraził Sąd Okręgowy w Radomiu w wyroku z 15 lipca 2003 r. Orzeczenie zostało wydane w sprawie pacjenta, który na skutek wypadku komunikacyjnego doznał złamania otwartego piszczeli lewej z przemieszczeniem, ale wskutek nieprawidłowego leczenia doznał szkody znacznie większych rozmiarów. Podczas pobytu w szpitalu założono mu bowiem stały gips, chociaż cierpiał na schorzenia układu krążenia oraz cukrzycę. Na skutek długotrwałego utrzymywania opatrunku gipsowego na dotkniętej urazem nodze oraz niepodjęcia zabiegów zmierzających do jej ukrwienia, pomimo dolegliwości zgłaszanych wielokrotnie przez pacjenta, doszło do martwicy tkanki oraz rozmiękczenia kości, co w konsekwencji doprowadziło do amputacji nogi. Zdaniem sądu błąd lekarza polegał na wdrożeniu procedury nieodpowiedniej dla danego pacjenta oraz braku konsultacji ze specjalistą z zakresu chorób naczyniowych (konsultacje nastąpiły dopiero po 43 dniach od założenia trwałego opatrunku gipsowego).

Błąd rokowania

To błąd prognozy dotyczącej stanu zdrowia pacjenta, związany pośrednio z procesem leczenia lub jego zaniedbaniem. Jest to jednak ten rodzaj błędu, który nie musi wpływać ujemnie na wynik terapii i może się pojawić samoistnie. Błąd ten najczęściej nie jest jednak rozpatrywany samodzielnie, lecz w połączeniu z błędem diagnostycznym lub terapeutycznym. W przypadku wystąpienia wielu uchybień jednocześnie, w szczególności w razie zaprzestania leczenia, negatywne skutki dla pacjenta mogą oznaczać szkodę znacznych rozmiarów. Tytułem przykładu, gdy lekarz stwierdza czasową niezdolność pacjenta do pracy lub niezdolność do wykonywania określonych czynności, zaleca rehabilitację, jednak jak się później okazuje – zbyt krótką, bo de facto jest to niezdolność trwała. Podobnie jest, gdy lekarz uznaje czasowe ograniczenie w uprawianiu oznaczonej dyscypliny sportowej. Uchybienie to może doprowadzić do poważnych konsekwencji zdrowotnych, których skutki widoczne będą przez wiele kolejnych lat, a przede wszystkim mogą mieć nieodwracalny charakter.

Wystąpienie każdego z omówionych błędów powoduje zagrożenie powstania odpowiedzialności po stronie lekarza. Najgroźniejszą sankcją jest oczywiście odpowiedzialność cywilna, która łączy się z koniecznością wypłaty określonej kwoty tytułem odszkodowania lub zadośćuczynienia. Chronić przed tym niebezpieczeństwem ma obowiązkowe ubezpieczenie OC lekarzy, które jednak nie w każdym przypadku gwarantuje pełne bezpieczeństwo. Każda wypłata świadczenia rodzi też konsekwencje ubezpieczeniowe – wzrost składki ubezpieczeniowej w przyszłości. ■

Błąd terapeutyczny może wystąpić na każdym etapie leczenia. W wielu przypadkach uchybienie tego rodzaju występuje już na samym początku procesu terapeutycznego, gdy lekarz weryfikując wcześniejsze ustalenia diagnostyczne, podejmuje decyzję o najważniejszej w danym przypadku metodzie leczenia.

Psychogeriatrya

Z **dr. Jakubem Nestorowiczem**, lekarzem psychiatrą II Kliniki Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, rozmawia **Marta Jakubiak**.



Dlaczego zajął się pan doktor psychogeriatricą?

Nie stoi za moim wyborem żadna cikliwa, porywająca historia. Jest to wybór świadomy i przemyślany. Nigdy nie widziałem się w specjalizacjach zabiegowych. Zajęcia z psychiatrii na studiach były dla mnie objawieniem, bo poczułem, że w końcu coś naprawdę mnie wciąga. Pracę ze starszymi osobami zawsze lubiłem, zauważałem, że mam z nimi dobry kontakt.

Czym zajmuje się psychogeriatrica?

Psychogeriatrica jest działem psychiatrii zajmującym się profilaktyką, rozpoznawaniem, leczeniem, rehabilitacją i społecznymi problemami zaburzeń psychicznych w podeszłym wieku. Chciałbym jednak podkreślić wielodyscyplinarny charakter psychogeriatrici, który wynika z kilku aspektów życia starzejącego się człowieka. Mamy tu bowiem do czynienia z aspektem psychologicznym, biologicznym, socjologicznym czy filozoficznym wieku podeszłego. Starzenie się populacji znajduje odzwierciedlenie w ciągle rosnącym odsetku ludzi starszych zgłaszających się zarówno do lekarzy pierwszego kontaktu, jak i do specjalistów. Osoby powyżej 65. roku życia z powodu współwystępowania licznych chorób, ich przewlekłego charakteru oraz niejednokrotnie niewielkiej efektywności leczenia wymagają szczególnych procedur diagnostycznych i odmiennego sposobu postępowania terapeutycznego.

W Polsce nie ma takiej specjalizacji, a psychogeriatriców jest zaledwie

kilkudziesięciu. Czy należałoby utworzyć taką specjalizację i nauczać psychogeriatrici już na studiach?

Oczywiście, że przydałaby się specjalizacja z psychogeriatrici. W wielu krajach zresztą taka jest. Jest w USA, jest w kilku krajach europejskich. U nas są albo geriatrzy, albo psychiatry. Albo psychiatry, którzy pracują jako psychogeriatricy... Niestety nie zanoszą się na to, żeby powstała specjalizacja psychogeriatrici, ponieważ decydenci nie widzą problemów psychicznych ludzi starszych. Tworzy się za to inne dziwaczne podspecjalizacje...

Jeżeli zaś chodzi o nauczanie psychogeriatrici na studiach, to mam mieszane uczucia. Może wydawać się, że jest to dawanie wiedzy młodym osobom, którą z biegiem czasu i tak mogą zapomnieć. Jestem większym entuzjastą wprowadzania geriatrici, w sensownym wymiarze godzinowym, w każdej uczelni medycznej. Dlatego geriatrici, że ma pewne wspólne obszary z psychiatrią. Mam tu na myśli chociażby tzw. geriatriczne cztery D: depresja, demencja, delirium, dehydratacja. Jest to taki obszar nakładania się zainteresowań psychiatrów i geriatriców, którzy często współpracują ze sobą i dobrze się rozumieją, bo działają na tym samym polu. Depresja czy demencja w wieku podeszłym obciążają rodzinę, obciążają też państwo, bo opiekują się młodzi, którzy gorzej pracują. Obciążają też służbę zdrowia, bo mają wielochorobowość, z którą wielu lekarzy sobie nie radzi, a częstość występowania powikłań wskutek nierozpoznania lub nieadekwatnego leczenia jest rzędu 30-40 proc.

Gdzie pacjenci w podeszłym wieku mogą szukać pomocy?

W Polsce w ramach opieki całodobowej oddziałów psychogeriatricznych jest około osiemnastu. To zapewnia jakieś 620 łóżek (liczby bezwzględne; 0,2 na 10000 ludności). Trzeba dodać, że oddziały te często z nazwy są oddziałami psychogeriatricznymi, a w rzeczywistości jednym z decydujących czynników o umieszczeniu w nich pacjenta jest jego wiek i rozpoznanie psychiatryczne. To nie jest wystarczająca ilość łóżek, od 10 lat ich nie przybywa, a w dużej części są to miejsca zajmowane przez przewlekłe chorych lub osoby kwalifikujące się do domów pomocy społecznej.

Jeśli chodzi o poradnie psychogeriatriczne, sprawa jest nieco skomplikowana. Niby są i niby ich nie ma. Wszystko zależy od tego, czy się patrzy na nazwę, czy na zakres działań poradni. Do pewnego czasu funkcjonowały poradnie zajmujące się tą samą grupą pacjentów, a nazywały się: poradnie alzheimerowskie, poradnie psychogeriatriczne, poradnie zaburzeń pamięci, poradnie chorób zwyrodnieniowych – wszystkie dotyczyły w skrócie chorób mózgu wieku podeszłego, różnicowania i leczenia tych chorób. Od 2006 r. w ofercie NFZ

zlikwidowano poradnie zaburzeń pamięci. O ile w przychodni psychiatrycznej czy geriatrycznej funkcjonują psycholodzy, to już w poradni neurologicznej NFZ nie uznaje ich obecności. W cywilizowanym świecie chory z otępieniem pozostaje często pod opieką kilku współpracujących ze sobą specjalistów, takich jak psychiatra, neurolog, geriatra i psycholog, którego rola jest bardzo ważna, szczególnie we wstępnej fazie choroby. Niestety w raporcie Instytutu Ochrony Zdrowia z 2014 r. otępienie nie zostało uznane jako problem priorytetowy, tak jak jest ono ujęte w innych zachodnich krajach Europy.

Jak pacjenci trafiają do pana – są kierowani przez lekarzy, rodziny same proszą o konsultację, a może sami pacjenci zgłaszają się po pomoc?

W zasadzie wymieniła pani wszystkie typowe sytuacje. Praca w oddziale całodobowym jest związana z pacjentem najczęściej przyjmowanym w drodze ostrych przyjęć. Oddział psychogeriatryczny, w którym pracuję, gromadzi pacjentów, którzy w większości wymagają takiej hospitalizacji. Dużą trudność stanowią dla nas pacjenci w niewyrównanych stanach somatycznych, którzy są przenoszani z różnych oddziałów internistycznych. Zaburzenia psychiczne występują u 5-50 proc. populacji w wieku 65+. Do najczęstszych należą depresje (do 50 proc.), zaburzenia funkcji poznawczych – otępienia (10-60 proc.), okresowe zaburzenia świadomości (20-30 proc.), rzadziej zaburzenia psychotyczne (1,5-5 proc.). Taki podział mniej więcej odzwierciedla przekrój pacjentów w oddziale. Dodałbym jeszcze dość widoczną grupę pacjentów z zaburzeniami zachowania w przebiegu otępienia, którzy wymagają leczenia farmakologicznego.

Co jest największym problemem wieku podeszłego i od kiedy można mówić o wieku podeszłym?

Uważa się, że dolną granicą jest 65. rok życia, ale pamiętajmy, że już w szóstej dekadzie życia u wielu osób narastają zmiany miażdżycowe w naczyniach mózgowych i zewnątrzczaszkowych, powodując zmniejszenie i spowolnienie przepływu krwi, doprowadzając do zmian niedokrwiennych, których efektem jest pogorszenie funkcji poznawczych. XXI wiek będzie okresem wzrostu liczby osób starszych, ale i wiekiem redefiniowania pojęcia starość. Mam wrażenie, że psychogeriatricę interesuje się dość wąska grupa lekarzy. Widzę to przy okazji różnych warsztatów, na których współwykładałam. W dobie coraz bardziej zaawansowanych i efektywnych leków, które działają u młodszych osób, uzyskiwanie szybkich i spektakularnych efektów leczniczych jest ciągle trudne u osób w wieku podeszłym. Nadal często wśród lekarzy pojawia się „lękorodne” nastawienie do pacjenta z obciążeniami psychiatrycznymi. Niejednokrotnie chory posiadający przy sobie dokumentację psychiatryczną bywa, pomimo oczywistych wskazań na przykład do hospitalizacji internistycznej, odsyłany do psychiatrycznej izby przyjęć tylko dlatego, że jest „psychiczny”. Często dominuje też opinia, że „na starość nie ma leku”, chorzy w wieku podeszłym nie zawsze są mile widziani w placówkach leczenia ambulatoryjnego, a wśród nas, le-

karzy, często pojawia się obawa, że rodzina chce pozbyć się starego człowieka z domu; co swoją drogą rzeczywiście czasami się zdarza. Wśród opinii pracowników służby zdrowia często pojawia się obraz starzejącego się człowieka jako osoby nieprzyjemnej, zrzędlivej, dysforycznej, wymagającej „cudu”. Praca z chorymi w zaawansowanym wieku wymaga wielkiej cierpliwości, odporności psychicznej, dużej dozy empatii i wrażliwości. To prawda, że z biegiem czasu ludzie starzy, nie wykazujący ewidentnych zaburzeń psychicznych, zmieniają się czasem charakterologicznie i zmiany te nie zawsze są przyjemne dla otoczenia. Na szczęście znam wielu pacjentów, którzy do ostatnich chwil zachowują pogodę ducha, optymizm i potrafią być wyrozumiali wobec trudności, z którymi my lekarze borykamy się na co dzień. My też się w końcu zestarzejemy...

Jak lekarze innych specjalności mogą wspomóc psychogeriatrów?

Dobrze byłoby, gdyby lekarze innych specjalizacji mieli możliwość czerpania wiedzy od osób zajmujących się problematyką wieku podeszłego, głównie geriatrów, psychiatrów, także neurologów; myślę chociażby o stażach w oddziałach specjalistycznych psychogeriatrycznych, których jednak w Polsce trochę jest. Warto zwrócić uwagę na depresję, bo to obciążenie nie tylko dla pacjenta, to często pogorszenie przebiegu różnych chorób somatycznych i wreszcie samobójstwa – często niewykryte. Z kolei otępienia to przede wszystkim pień i obciążenie dla społeczeństwa oraz państwa, więc trzeba myśleć o wczesnym rozpoznawaniu tej choroby i wdrażaniu różnych programów, oddziaływać często niefarmakologicznych, bo przecież nie ma ciągle skutecznego leczenia demencji. Warto żeby lekarze robili przesiewowe badania w kierunku otępienia, wykonali – jeżeli jest to możliwe – kilka prostych testów typu MMSE, KTSP. Zbyt dużo pacjentów trafia do nas z już zaawansowanym procesem otępiennym.

Co chciałby pan zmienić w polskim systemie ochrony zdrowia?

Jako lekarz zajmujący się tematyką psychogeriatrici uważam, że niezbędne jest utworzenie specjalizacji z psychogeriatrici. Konsekwencją jej braku jest brak poradni psychogeriatrycznych nastawionych na wczesną diagnostykę zaburzeń psychicznych, takich jak otępienie, depresja, oraz na przewlekłe leczenie połączone z psychoedukacją rodziny i opiekunów. Lekarze innych specjalizacji często nie mają wystarczających umiejętności rozpoznawania i różnicowania depresji współwystępujących z chorobami somatycznymi u zgłaszających się chorych, a w związku z tym nie stosują adekwatnego leczenia, co często prowadzi do pogorszenia choroby podstawowej, pogorszenia rokowania czy występowania lekooporności. Dobrym pomysłem byłoby stworzenie Psychogeriatrycznych Centrów Zdrowia Psychicznego, zapewnienie obecności w oddziałach internistycznych konsultantów psychiatrów bądź psychogeriatrów. Odpowiednie rozpoznawanie i leczenie pacjentów z zaburzeniami depresyjnymi poprawiłoby jakość życia, przedłużyło je i zapobiegło samobójstwom biernym. ■

1.10

Międzynarodowy Dzień Osób Starszych – święto ustanowione przez Zgromadzenie Ogólne ONZ.

10.10

Światowy Dzień Zdrowia Psychicznego – święto ustanowione przez Światową Organizację Zdrowia (WHO).

Testy MMSE i KTSP w „Gazecie Lekarskiej PREMIUM” na www.gazetalekarska.pl.

Premium



BIULETYN

Nr 5 (157) Rok XXV Naczelnej Rady Lekarskiej Warszawa, IX 2014

Redaktor naczelny: Konstanty Radziwiłł

Posiedzenie NRL – 5 września 2014 r.

UCHWAŁA Nr 25/14/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 5 września 2014 r.

w sprawie wystąpienia z wnioskiem do Trybunału Konstytucyjnego

Na podstawie art. 191 ust. 1 pkt 4 i ust. 2 w związku z art. 188 pkt 1 i 3 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej Naczelna Rada Lekarska uchwala, co następuje:

§ 1.

Wystąpić do Trybunału Konstytucyjnego z wnioskiem o zbadanie zgodności:
1) art. 16r ust. 12 zdanie 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity: Dz. U. 2011 r. nr 277 poz. 1634 z późn. zm.), w brzmieniu nadanym przez art. 1 pkt 13 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. 2011 r. Nr 113 poz. 658) z art. 61 ust. 3 w związku z art. 31 ust. 3 Konstytucji RP,
2) art. 14a ust. 11 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty w brzmieniu nadanym przez art. 1 pkt 9 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. 2011 r. Nr 113 poz. 658), z art. 61 ust. 3 w zw. z art. 31 ust. 3 Konstytucji RP.

§ 2.

Upoważnić Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej Macieja Hamankiewicza do wniesienia wniosku, o którym mowa w § 1, do Trybunału Konstytucyjnego oraz reprezentowania Naczelnej Rady Lekarskiej w postępowaniu przed Trybunałem Konstytucyjnym w sprawie wniosku, o którym mowa w § 1, z prawem udzielenia pełnomocnictwa.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Konstanty Radziwiłł

PREZES
Maciej Hamankiewicz

UCHWAŁA Nr 26/14/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 5 września 2014 r.

w sprawie powołania Rady Ośrodka Współpracy z Polonią Medyczną

Na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. 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 § 3, § 6 ust. 1 oraz § 7 uchwały nr 2/14/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 4 kwietnia 2014 r. w sprawie Ośrodka Współpracy z Polonią Medyczną, uchwala się, co następuje:

§ 1.

Powołuje się Radę Ośrodka Współpracy z Polonią Medyczną w składzie:

- Andrzej Baszkowski
- Zbigniew Brzezin
- Grzegorz Krzyżanowski
- Wojciech Marquardt
- Krystyna Szyrocka-Kowalczyk
- Andrzej Włodarczyk

§ 2.

Do wspólnego dysponowania środkami finansowymi Ośrodka Współpracy z Polonią Medyczną wraz z Kierownikiem Ośrodka wyznacza się pana Wojciecha Marquardta.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Konstanty Radziwiłł

PREZES
Maciej Hamankiewicz

Uchwała Nr 27/14/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 5 września 2014 r.

w sprawie wysokości składki członkowskiej

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 11 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. 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) uchwala się, co następuje:

§ 1

1. Ustala się wysokość składki obowiązującej lekarza i lekarza dentystę, członka okręgowej lub wojewskiej izby lekarskiej, zwanego dalej „lekarzem”, w wysokości 60 zł miesięcznie.
2. Lekarz posiadający ograniczone prawo wykonywania zawodu, zwany dalej „lekarzem stażystą”, opłaca składkę w wysokości 10 zł miesięcznie.

§ 2

1. Obowiązek opłacania składki powstaje od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym lekarz, lekarz stażysta:
1) został wpisany do rejestru członków okręgowej lub wojewskiej izby lekarskiej;
2) utracił prawo do zwolnienia z obowiązku opłacania składki.
2. Składkę za dany miesiąc opłaca się do końca tego miesiąca lub z dowolnym wyprzedzeniem, osobiście lub za pośrednictwem pracodawcy:
1) na konto bankowe okręgowej lub wojewskiej izby lekarskiej lub
2) na indywidualny numer subkonta bankowego nadany i przekazany przez okręgową lub wojewską izbę lekarską lub
3) w kasie okręgowej lub wojewskiej izby lekarskiej.
3. Od zaległych składek nalicza się odsetki ustawowe od dnia wymagalności.

§ 3

1. Zwolnienie z obowiązku opłacania składki powstaje na podstawie niniejszej uchwały w pierwszym dniu miesiąca następującego po miesiącu, w którym lekarz:
1) ukończył 75 lat;
2) został skreślony z rejestru członków okręgowej lub wojewskiej izby lekarskiej;
3) złożył oświadczenie, że nie osiąga przychodów z tytułu wykonywania zawodu oraz ze źródeł przychodów wymienionych w przepisach o podatku dochodowym od osób fizycznych, z wyłączeniem renty lub emerytury, w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych lub ustaw regulujących zaopatrzenie emerytalne służb mundurowych.
2. Zwolnienie, o którym mowa w ust. 1 pkt 3, ma charakter czasowy i przysługuje tylko na okres nieosiągania przychodów z tytułu wykonywania zawodu oraz ze źródeł przychodów wymienionych w przepisach o podatku dochodowym od osób fizycznych, z wyłączeniem renty lub emerytury, w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych lub ustaw regulujących zaopatrzenie emerytalne służb mundurowych.
3. W razie uzasadnionych wątpliwości co do spełnienia przez lekarza warunku nieosiągania przychodu opisanego w ust. 1 pkt 3, okręgowa lub wojewska rada lekarska może zażądać od lekarza dokumentów podatkowych do weryfikacji prawdziwości oświadczenia o nieosiąganiu przychodu.
4. W przypadku ustalenia, na podstawie analizy dokumentów podatkowych przedstawionych przez lekarza, że oświadczenie o nieosiąganiu przychodu

zostało złożone niezgodnie z prawdą, oraz w przypadku nieprzedstawienia przez lekarza dokumentów podatkowych, okręgowa lub wojkowa rada lekarska podejmuje uchwałę stwierdzającą brak podstaw do zwolnienia lekarza z obowiązku opłacania składki w okresie, w którym lekarz faktycznie korzystał ze zwolnienia, oraz wzywa lekarza do zapłaty zaległych składek wraz z odsetkami ustawowymi.

5. Lekarz korzystający ze zwolnienia z obowiązku opłacania składki na podstawie ust. 1 pkt 3 ma obowiązek niezwłocznie powiadomić okręgową lub wojkową radę lekarską o osiągnięciu przychodów, o których mowa w ust. 1 pkt 3.

6. Lekarz traci prawo do zwolnienia z obowiązku opłacania składki na podstawie ust. 1 pkt 3 z pierwszym dniem miesiąca, następującego po miesiącu, w którym osiągnie przychód, o którym mowa w ust. 1 pkt 3.

7. Wzór oświadczenia o nieosiąganiu przychodów, o którym mowa w ust. 1 pkt 3, stanowi załącznik nr 1 do uchwały.

8. Wzór oświadczenia o osiągnięciu przychodów, o którym mowa w ust. 5, stanowi załącznik nr 2 do uchwały.

§4.

1. Lekarz, który przed wejściem w życie uchwały, miał ustaloną miesięczną wysokość składki na kwotę 10 zł, opłaca składkę w tej kwocie do czasu nabycia prawa do zwolnienia z obowiązku opłacania składki na podstawie § 3 uchwały.

2. Lekarz, który przed wejściem w życie uchwały uzyskał prawo do zwolnienia z obowiązku opłacania składki, zachowuje prawo do zwolnienia do czasu zaistnienia zdarzenia skutkującego powstaniem obowiązku opłacania składki zgodnie z § 3 ust. 6.

§5.

Traci moc uchwała Nr 8/08/V Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 4 kwietnia 2004 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej, zmieniona uchwałą Nr 9/12/VI Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 13 kwietnia 2012 r. zmieniającą uchwałę w sprawie wysokości składki członkowskiej.

§6.

Uchwała wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2015 r.

SEKRETARZ
Konstanty Radziwiłł

PREZES
Maciej Hamankiewicz

**Załącznik nr 1 do uchwały
Naczelnej Rady Lekarskiej nr 27/14/VII**

.....
miejscowość, data

.....
imię i nazwisko

.....
numer prawa wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty

OKRĘGOWA RADA LEKARSKA
W

OŚWIADCZENIE O NIEOSIĄGANIU PRZYCHODÓW

Na podstawie § 3 ust. 1 pkt. 3 uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 27/14/VII z dnia 5 września 2014 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej oświadczam, że nie osiągam przychodów z tytułu wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty oraz ze źródeł przychodów wymienionych w przepisach o podatku dochodowym od osób fizycznych, z wyłączeniem renty lub emerytury, w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych lub ustaw regulujących zaopatrzenie emerytalne służb mundurowych.

Oświadczenie jest składane w celu uzyskania zwolnienia od składki członkowskiej.

W przypadku osiągnięcia przychodów z tytułu wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty lub ze źródeł przychodów wymienionych w przepisach o podatku dochodowym od osób fizycznych, z wyłączeniem renty lub emerytury, w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych lub ustaw regulujących zaopatrzenie emerytalne służb mundurowych zobowiązuję się niezwłocznie złożyć oświadczenie o osiągnięciu przychodów.

Podpis
.....

**Załącznik nr 2 do uchwały
Naczelnej Rady Lekarskiej nr 27/14/VII**

.....
miejscowość, data

.....
imię i nazwisko

.....
numer prawa wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty

OKRĘGOWA RADA LEKARSKA
W

ZAWIADOMIENIE O OSIĄGANIU PRZYCHODÓW

Na podstawie § 3 ust. 5 uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 27/14/VII z dnia 5 września 2014 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej informuję, że osiągam przychód z tytułu wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty lub ze źródeł przychodów wymienionych w przepisach o podatku dochodowym od osób fizycznych, z wyłączeniem renty lub emerytury, w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych lub ustaw regulujących zaopatrzenie emerytalne służb mundurowych.

Podpis
.....

**STANOWISKO Nr 14/14/VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 5 września 2014 r.**

w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy – Kodeks karny wykonawczy

Naczelna Rada Lekarska po rozpatrzeniu projektu ustawy o zmianie ustawy – Kodeks karny wykonawczy, zamieszczonego na stronie internetowej Senatu Rzeczypospolitej Polskiej (druk senacki nr 706), popiera rozwiązania proponowane w opiniowanym projekcie.

SEKRETARZ
Konstanty Radziwiłł

PREZES
Maciej Hamankiewicz

**STANOWISKO Nr 15/14/VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 5 września 2014 r.**

w sprawie projektu ustawy o krwiodawstwie i krwiolecznictwie

Naczelna Rada Lekarska po rozpatrzeniu projektu ustawy o krwiodawstwie i krwiolecznictwie, przekazanego przy piśmie pana Cezarego Rzemka, Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia, z dnia 14 sierpnia 2014 r., nie zgłasza uwag do przedstawionego projektu ustawy.

SEKRETARZ
Konstanty Radziwiłł

PREZES
Maciej Hamankiewicz

**OBWIESZCZENIE
KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
z dnia 22 sierpnia 2014 r.**

o wygaśnięciu mandatu członka Naczelnej Komisji Rewizyjnej

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. 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 Prezydium Krajowej Komisji Wyborczej Nr 5 z dnia 22 sierpnia 2014 r. w sprawie wygaśnięcia mandatu członka Naczelnej Komisji Rewizyjnej lekarza dentystry Krzysztofa Lewkowicza, obwieszcza się co następuje:

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

Przewodniczący Krajowej Komisji Wyborczej
Ładysław Nekanda-Trepka

Co ma EURO 2012 do epidemii Eboli?

**Mariusz
Tomczak**

Lekarz, który podejrzewa lub rozpoznaje chorobę wysoce zakaźną, np. wirusa gorączki krwotocznej Ebola, musi niezwłocznie zgłosić to powiatowemu inspektorowi sanitarnemu. Nie ma powodów do paniki, ale powiedzmy to wprost: ryzyko pojawienia się tej choroby w Polsce istnieje.

Epidemia wirusa gorączki krwotocznej Ebola w Afryce Zachodniej może potrwać jeszcze rok, a nawet półtora roku – to jeden z najważniejszych wniosków płynących z ekspertyzy przygotowanej na zlecenie amerykańskiego Narodowego Instytutu Zdrowia oraz tamtejszego Departamentu Zdrowia i Opieki Społecznej. Epidemiolodzy z USA nie zgadzają się z prognozami Światowej Organizacji Zdrowia, wedle których liczba zakażeń nie przekroczy 20 tys., a potem stopniowo zacznie wygasać. Kto z nich ma rację, przekonamy się w ciągu najbliższych miesięcy. Na razie sprawdzamy, czy nasz kraj jest przygotowany na takie zagrożenie.

Podróże zagraniczne mogą być groźne

Do 20 września w Afryce Zachodniej w wyniku epidemii wirusa gorączki krwotocznej zmarło ponad 2,8 tys. osób (dane: WHO). Jednak ryzyko pojawienia się Eboli w Europie jest całkiem realne. – W dobie dzisiejszej łatwości podróżowania możliwe jest zawleczenie do naszego kraju pojedynczych przypadków. Wierzę jednak, że organizacja naszej służby zdrowia i czujność lekarzy spowodują, że wychwycimy takiego pacjenta i poddamy go prawidłowym procedurom, leczeniu i izolacji – mówi dr hab. Grażyna Biesiada z Oddziału Klinicznego Chorób Zakaźnych Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie. W sytuacjach zagrożenia epidemiologicznego wszystkie europejskie kraje mają podobny algorytm postępowania (zbliżony zresztą do tego, który obowiązuje w Stanach Zjednoczonych). – Od wielu lat „trenowane” są procedury na wypadek pojawiania się przypadków groźnych chorób zakaźnych. Szczególnie dużo zrobiono w tym względzie przed EURO 2012. Gdyby wirus Ebola zaczął przenosić się drogą powietrzną, byłoby to wielkie wyzwanie dla całego świata – ostrzega Jan Bondar, rzecznik prasowy Głównego Inspektoratu Sanitarnego.

Wrocław i Poznań: bezpieczne lotniska

Andrzej Marzęda, p.o. pełnomocnika ds. systemu zarządzania bezpieczeństwem w Porcie Lotniczym Wrocław, uważa, że są stale przygotowani na sytuacje zagrożenia chorobami zakaźnymi. To jedno z kilku lotnisk w naszym kraju z dyżurem lekarskim prowadzonym przez całą dobę. – Gdy zachodzi potrzeba, lekarz jest wsparciem dla prowadzonych działań do czasu przejęcia pacjentów przez specjalistyczne służby –

dodaje przedstawiciel wrocławskiego portu. Zgodnie z procedurą obowiązującą w Porcie Lotniczym Poznań Ławica, pasażerów podejrzanych o chorobę zakaźną nie należy wprowadzać do budynków. Jak wyjaśnia Hanna Surma, kierownik Działu Komunikacji tamtejszego portu, jeżeli u pasażera znajdującego się na pokładzie statku powietrznego potwierdzono by podejrzenie zarażenia gorączką Ebola, samolot zostanie zaparkowany możliwie daleko od zabudowań portu oraz pozostanie zamknięty do decyzji konsultanta Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Załóżmy, że na lotnisku albo w zupełnie innym miejscu użyteczności publicznej (np. w bibliotece) jest osoba prawdopodobnie zakażona tym wirusem. Kto jest odpowiedzialny za podjęcie działań? W takich sytuacjach pracę wszystkich służb koordynuje wojewoda. W jego zespole znaleźliby się przedstawiciele inspekcji sanitarnej (nadzór epidemiologiczny, ustalenie osób narażonych), funkcjonariusze policji (zabezpieczenie terenu) oraz strażacy (usuwanie skażeń biologicznych). – Bardzo ważna jest czujność lekarzy. Lekarz, który podejrzewa lub rozpoznaje chorobę wysoce zakaźną, jest obowiązany do niezwłocznego zgłoszenia tego faktu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu – podkreśla Jan Bondar.

Co robi policja w Katowicach?

W połowie sierpnia w Berlinie u jednej z kobiet przebywających w biurze pośrednictwa pracy zaobserwowano objawy typowe dla ostrych infekcji wirusowych. Pojawiło się podejrzenie, że może być zarażona Ebolą, dlatego odizolowano ją od otoczenia, a policja zamknęła cały budynek. Czy w naszym kraju funkcjonariusze zachowywaliby się podobnie, jeśli w „pośredniaku” przebywałby ktoś prawdopodobnie zarażony śmiertelnym wirusem? – Gdyby takie było zalecenie służb medycznych bądź sztabu kryzysowego, policjanci podjęliby wszelkie niezbędne działania, by ograniczyć ryzyko rozprzestrzeniania się zagrożenia – enigmatycznie odpowiada Andrzej Gaska z Komendy Wojewódzkiej Policji w Katowicach. Póki co, nie ma specjalnych procedur związanych z reagowaniem policjantów na przypadki zakażenia gorączką krwotoczną Ebola. – W sytuacji zagrożenia epidemią wiodące są służby medyczne, w szczególności

Załóżmy, że na lotnisku albo w zupełnie innym miejscu użyteczności publicznej (np. w bibliotece) jest osoba prawdopodobnie zakażona tym wirusem. Kto jest odpowiedzialny za podjęcie działań?

specjalizujące się w chorobach zakaźnych. Policja, obok innych podmiotów działających dla szeroko pojętego bezpieczeństwa, jest jednym z uczestników systemowej reakcji – wyjaśnia podinspektor, dodając, że w sytuacjach zagrożenia rozprzestrzenianiem się choroby zakaźnej funkcjonariusze są zobowiązani do ścisłej współpracy z innymi służbami zespolonymi podlegającymi wojewodzie.

Kluczowa postać w Warszawie i Szczecinie

Każde województwo posiada plan działania na wypadek wystąpienia epidemii. – Procedura przewiduje, że do osoby podejrzanej o zakażenie wirusem Ebola kierowany jest zespół specjalistyczny ratownictwa medycznego posiadający w swoim składzie lekarza. Lekarz bada osobę podejrzaną i w przypadku potwierdzenia symptomów chorobowych zakażenia wirusem transportuje chorego do jednego z trzech oddziałów zakaźnych na terenie województwa. Zespół wyposażony jest w środki ochrony osobistej, jednak po dowiezieniu do szpitala podlega kwarantannie, a karetka dezynfekcji. Lekarz pogotowia informuje o zdarzeniu Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego, który w trybie pilnym wydziela zespół do przeprowadzenia dochodzenia epidemiologicznego. W jego wyniku osoby mające kontakt z osobą chorą mogą być poddane kwarantannie. Jeżeli wynik pobranej próby od osoby podejrzanej potwierdzi chorobę, kwarantanna trwa 21 dni – tłumaczy Jakub Gibowski z Zachodniopomorskiego Urzędu Wojewódzkiego w Szczecinie.

Już w sierpniu w Śląskim Urzędzie Wojewódzkim w Katowicach odbyło się spotkanie przedstawicieli wszystkich służb podlegających wojewodzie. Jego celem było przypomnienie zasad współpracy w sytuacjach wymagających wspólnych działań. – W tym spotkaniu, oprócz przedstawicieli straży pożarnej, służb ratownictwa medycznego i reprezentantów placówek leczenia chorób zakaźnych, wzięli udział również policjanci – informuje Andrzej

Gąska. Podobne spotkania odbywały się także w innych częściach kraju. W ostatnim czasie w Komendzie Głównej Policji odbywały się szkolenia dla funkcjonariuszy z zakresu epidemiologii i profilaktyki gorączki Ebola. – Uczestniczył w nich przedstawiciel Mazowieckiego Państwowego Inspektora Sanitarnego – mówi Katarzyna Balcer z Komendy Głównej Policji. W jaki sposób postąpiłby Wojewoda Mazowiecki w razie pojawienia się przypadku zarażenia wirusem gorączki krwotocznej w Radomiu, Płocku czy Siedlcach? – Wojewoda oraz Wojewódzkie Centrum Zarządzania Kryzysowego zostaliby poinformowani o zaistnieniu takiej sytuacji, a dalsze działania byłyby podejmowane zależnie od jej rozwoju. Organem właściwym do podejmowania decyzji w takim przypadku jest powiatowy inspektor sanitarny – tłumaczy Ivetta Biały, rzecznik prasowy Wojewody Mazowieckiego.

Gdzie szukać dodatkowych informacji?

Niektórzy eksperci są zdania, że im dłużej epidemia utrzyma się w Afryce Zachodniej, tym większe ryzyko mutacji wirusa. W tej sprawie zdania są podzielone, pewne jest za to co innego – przed zarażeniem Ebolą można się ochronić i to nie tylko dzięki wykorzystaniu urządzeń do dekontaminacji powierzchni. Szczegółowe informacje dotyczące postępowania w przypadku podejrzenia gorączki Ebola są dostępne na stronach internetowych Głównego Inspektoratu Sanitarnego oraz Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny. Osobom znającym język angielski polecamy śledzenie doniesień Światowej Organizacji Zdrowia, która nie tylko prowadzi swoją stronę internetową, ale również na bieżąco aktualizuje profil na Facebooku oraz konto na Twitterze. Zachęcamy również do odwiedzin portalu internetowego gazetalekarska.pl – w zakładce Aktualności trzymamy rękę na pulsie w kontekście stanu przygotowania polskich szpitali w razie wystąpienia wirusa Ebola nad Wisłą. ■

Niektórzy eksperci są zdania, że im dłużej epidemia utrzyma się w Afryce Zachodniej, tym większe ryzyko mutacji wirusa. W tej sprawie zdania są podzielone, pewne jest za to co innego – przed zarażeniem Ebolą można się ochronić i to nie tylko dzięki wykorzystaniu urządzeń do dekontaminacji powierzchni.

Nowe rozdanie? Nie tym razem

**Lidia
Sulikowska**

Ministerstwo Zdrowia w sierpniu opublikowało projekt nowelizacji ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Środowiska związane z medycyną ratunkową od dawna postulowały o zmiany, ale czy są zadowolone z powstałego dokumentu?



Studenci podczas pokazu dla kandydatów na studia, na terenie UMK Collegium Medicum w Bydgoszczy.

Uwag jest sporo, szczególnie w kontekście tego, czego zabrakło. Nasuwa się jednak pytanie, czy zostaną one wzięte pod uwagę.

Zaproponowane rozwiązania dotyczą przede wszystkim funkcjonowania zawodu ratownika medycznego. W trosce o jakość pozostawiono tylko jedną ścieżkę uzyskiwania tytułu do tego zawodu – poprzez trzyletnie studia licencjackie, likwidując możliwość kształcenia w ramach szkoły policealnej. Po ukończeniu studiów trzeba jeszcze będzie odbyć 6-miesięczny staż i zdać państwowy egzamin. Rozpoczęcie pracy będzie możliwe po uzyskaniu prawa wykonywania zawodu i wpisu do rejestru ratowników medycznych. Ratownik będzie też musiał wypełniać obowiązek

doskonalenia zawodowego (kurs doskonalący lub samokształcenie). – Cieszę się z tych zmian, bo dzięki nim polepszy się jakość w tym zawodzie – ocenia prof. Krystyn Sosada, konsultant wojewódzki wojewody śląskiego w dziedzinie medycyny ratunkowej.

Większe kompetencje

Wprowadzono też zapis, dzięki któremu ratownicy będą mogli być zatrudnieni w innych jednostkach niż szpitalne oddziały ratunkowe i zespoły ratownictwa medycznego. – Dobrze, że tak się

FOTO: archiwum CM UMK

stało, ponieważ absurdem było ratowanie ludzkiego życia poprzez wdożenie zaawansowanych, skutecznych czynności, lecz tylko w godzinach pracy w systemie, natomiast na przykład w karetce transportowej czy podczas zabezpieczenia medycznego już nie – uważa Piotr Dymon z Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Ratowników Medycznych. Z kolei w opinii Grażyny Rogali-Pawelczyk, prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, zapisy zwiększające możliwości zatrudniania ratowników zostały określone zbyt ogólnie, co może budzić wątpliwości, jakie de facto mają uprawnienia. – Zmiana ta pozwoli pracodawcom bardziej elastycznie podchodzić do zatrudniania ratowników, nie może być jednak tak, że będzie się ich umieszczać wszędzie, gdzie jest zapotrzebowanie. Trzeba też jasno powiedzieć, że ratownik nie może pielęgnować i leczyć – zaznacza Grażyna Rogali-Pawelczyk.

Rozważanie systemu?

W projekcie nowelizacji ustalono także, że w wojewódzkich planach działania systemu ma być co najmniej 30 proc. specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego w stosunku do wszystkich ZRM. – To zbyt wygórowana proporcja i tak naprawdę niepotrzebna – uważa Ireneusz Szafraniec z Polskiej Rady Ratowników Medycznych. Co więcej, aby ten wymóg wypełnić, potrzebni są lekarze, którzy mogą w takich karetkach pracować. W świetle obecnie obowiązujących przepisów prawa mogą to być specjaliści z medycyny ratunkowej lub inni lekarze, którzy przepracowali w jednostkach systemu ratownictwa medycznego co najmniej trzy tysiące godzin, o ile rozpoczną specjalizację z medycyny ratunkowej do stycznia

Nowela ustawy okiem NRL

19 września br. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej podjęło stanowisko w sprawie projektu nowelizacji ustawy o PRM. Wyrażono rozczarowanie, że projektowana ustawa utrzymuje poddanie organizacji i pracy jednostek Państwowego Ratownictwa Medycznego zasadom gospodarki wolnorynkowej, uważając, że tak ważny element systemu ochrony zdrowia powinien funkcjonować jako służba publiczna, podobnie jak Państwowa Straż Pożarna i Policja.

Prezydium NRL pozytywnie oceniło m.in. rozwiązania dotyczące: wprowadzenia jednolitego systemu kształcenia ratowników medycznych, obowiązku odbycia przez nich sześciomiesięcznego stażu i złożenia państwowego egzaminu, a także możliwości zatrudnienia ratowników w innych miejscach niż jednostki systemu, wprowadzenia możliwości – konsultacji podstawowych ZRM z lekarzem, zwolnienia lekarzy z doświadczeniem pracy w ZRM z obowiązku rozpoczęcia do 1 stycznia 2015 r. specjalizacji w dziedzinie medycyny ratunkowej, zmiany ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych, która dotychczas uniemożliwiała przewiezenie zwłok osób zmarłych podczas wykonywania czynności ratunkowych przez zespół podstawowy.

Jednocześnie Prezydium NRL zgłosiło kilka uwag. Zanegowano m.in., że w projekcie nie wskazano źródeł finansowania sześciomiesięcznego stażu dla ratowników medycznych, sugerując, że powinien on być finansowany z budżetu państwa. Zastrzeżenia wzbudził też zbyt krótki okres przejściowy (do 31 grudnia 2016 r.) na zmianę umiejscowienia stanowisk dyspozytorów medycznych, poprzez ich przejście od dysponentów zespołów ratownictwa medycznego do wojewodów.

Pełna treść stanowiska jest dostępna na www.nil.org.pl

2015 r. Już wiadomo, że wielu tego wymogu nie spełni, dlatego w projekcie noweli ustawy o PRM znalazł się zapis przedłużający ten termin na 2020 r. – To może spowolnić rozwój medycyny ratunkowej, tym bardziej, że już nie pierwszy raz luzuje się wymogi dotyczące lekarzy, którzy mogą pracować w systemie ratownictwa medycznego. Mamy duży deficyt specjalistów, a zmiana ta będzie dodatkowo demotywować ludzi do podejmowania tej specjalizacji, ale przecież łatwiej jest uciec od problemu, niż go rozwiązać, na przykład poprzez wprowadzenie dodatkowych zachęt, aby lekarze chcieli się kształcić – uważa prof. Juliusz Jakubaszko, prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej.

Jak się okazuje, zmniejszane są też wymagania co do wyposażenia SOR-ów – nie każdy będzie musiał mieć lądowisko dla helikopterów; zwolnione z tego obowiązku zostaną te placówki, które nie mogą go wybudować ze względów architektonicznych lub technicznych, ale zapewnią 5-minutowy czas dojazdu do pacjenta. Szpital będzie mógł mieć SOR, jeśli zapewni działalność oddziałów: intensywnej terapii, radiologii, wewnętrzny, a także chirurgii ogólnej lub urazowo-ortopedycznej. – Cieszę się, że zmniejszono wymogi odnośnie posiadania lądowiska, ale zapis a o tym, że SOR może działać bez oddziału chirurgii ogólnej nie jest racjonalny, gdyż oddział urazowo-ortopedyczny zajmuje się jedynie obrażeniami narządu ruchu. Przecież przypadki zagrożenia życia to także krwotoki wewnętrzne czy urazy brzucha – ocenia prof. Krystyn Sosada.

Co jeszcze się zmieni?

Dysponenci jednostek ratownictwa medycznego nie będą już zatrudniać dyspozytorów medycznych – zadanie to ma przejąć wojewoda (okres przejściowy do 31 grudnia 2016 r.). Kierownik podstawowego ZRM będzie miał zwiększone doświadczenie minimalne – do dwóch lat. Na SOR-ze będzie zatrudniony lekarz koordynator, nadzorujący karetki. Projekt zawiera też przepisy umożliwiające wykonywanie e-konsultacji dotyczących postępowania z pacjentem.

Rozczarowanie

Środowiska związane z medycyną ratunkową nie kryją, że bardziej oczekiwane były zmiany systemowe. – Projekt noweli ustawy o PRM nie wprowadza gruntownych rozwiązań, jakich medycyna ratunkowa potrzebuje. Zabrakło zapisów dotyczących finansowania SOR-ów, nie wprowadzono regulacji dotyczących monitorowania jakości systemu czy uznania odpowiedzialności państwa za ratowanie życia ludzkiego. Ministerstwo Zdrowia nie chciało podjąć z nami dialogu i stworzyć ustawy z prawdziwego zdarzenia, jaką mają na przykład w Stanach Zjednoczonych, dlatego teraz

mamy to, co mamy – komentuje prof. Juliusz Jakubaszko z PTMR.

Niezadowoleni są też ratownicy medyczni. – Od lat walczyliśmy o nowelizację tej ustawy. Niestety nie mamy powodu, aby się cieszyć. Zaprezentowany przez Ministerstwo Zdrowia projekt jest zły. Skupiono się głównie na temacie kształcenia i w tym zakresie zmiany oczywiście popieramy, ale liczyliśmy na dużo więcej. Postulowaliśmy o utworzenie własnego samorządu zawodowego i ustawy o zawodzie ratownika medycznego, ale nas nie wysłuchano. Nie rozumiem tego, przecież teraz podlegamy wielu organom decyzyjnym i tak naprawdę nie ma kontroli nad funkcjonowaniem naszego zawodu. Chcieliśmy także zapisów określających standardy medycznych czynności ratunkowych dla ratowników, aby było wyraźnie określone, jak postępować w konkretnych sytuacjach – ocenia Ireneusz Szafraniec z Polskiej Rady Ratowników Medycznych. – Nie uwzględniono także naszego postulatu, aby zespoły ratownictwa medycznego miały składy minimum trzysobowe. Dwie osoby nie są w stanie wdrożyć prawidłowo wszystkich procedur ratujących zdrowie i życie, oraz znacznie przekraczają normy BHP podczas przenoszenia pacjentów – dodaje z kolei Piotr Dymon z OZZRM.

Sami wiedzą najlepiej?

Uwag jest sporo, szczególnie w kontekście tego, czego zabrakło. Nasuwa się jednak pytanie, czy zostaną one wzięte pod uwagę. Tym bardziej, że resort zdrowia jeszcze na etapie prac nad projektem niezbyt wsłuchiwał się w opinie środowiska medycyny ratunkowej, a gotowy dokument skierowano do zaopiniowania do samorządów zawodów medycznych dopiero, gdy te się o niego upomniały, dając ledwie kilka dni na zgłoszenie uwag.

– Nie pierwszy raz Pan Minister zlekceważył samorządy w procesie legislacyjnym. Upomnieliśmy się. Teraz ma nasze konkretne stanowisko i dobrze byłoby, aby go posłuchał. Pamiętajmy, że lekarz jest koordynatorem działań leczniczych i ściśle współpracuje z innymi zawodami medycznymi: pielęgniarkami, położnymi, diagnostami laboratoryjnymi, technikami radiologii i innymi, w tym również ratownikami medycznymi. Zasady współpracy pomiędzy tymi środowiskami powinny być dobrze opracowane – komentuje tę sytuację Maciej Hamankiewicz, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej.

Problem z otrzymaniem projektu ustawy miała także Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych. – Ta próba usuwania w cień samorządów zawodowych trwa. Myślę, że to testowanie, czy dostrzeżemy, że szykują się zmiany, czy może gdzieś nam to umknie – podsumowuje Grażyna Rogala-Pawelczyk, prezes NRPIP. ■

Dysponenci jednostek ratownictwa medycznego nie będą już zatrudniać dyspozytorów medycznych – zadanie to ma przejąć wojewoda (okres przejściowy do 31 grudnia 2016 r.). Kierownik podstawowego ZRM będzie miał zwiększone doświadczenie minimalne – do dwóch lat.



**Maciej
Krzanowski**

Doktor nauk
medycznych,
specjalista chorób
wewnętrznych i
reumatologii

Mamy zasługujący
na uznanie
program szczepień
obowiązkowych.
Byłem już lekarzem,
kiedy dzieci jeszcze
umierały na błonicę
i stawały się inwalidami
z powodu choroby
Heinego-Medina.
Chorób dzisiejszym
młodym lekarzom
praktycznie
nieznanych. Dzięki
szczepieniom.

Jak wydawać pieniądze na zdrowie?

Mądrze. Bo można wydać na zdrowie każdą ilość pieniędzy i uzasadnić tego potrzebę, ale korzyści wydatku będą mieć różną wagę. Czyli jest obowiązkiem odpowiedzialnych za politykę zdrowotną ustalanie sensownych priorytetów. Szczególnie w profilaktyce, gdzie nie ma moralnych dylematów. Gdzie nie staje się wobec pytania, czy jest sens wydać duże publiczne pieniądze na przedłużenie czyjś życia o dwa miesiące.

Problem stanął przede mną, gdy znajomy, gminny radny, poprosił o odpowiedź, na co konkretnie z zakresu ochrony zdrowia jego gmina powinna wydać przeznaczone na ten cel środki. Na pewno na profilaktykę, leczyć ma nas NFZ. I nie ma sensu działań i kosztów dublować, ale konkretnie na co?

Więc zapytałem Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego (NIZP), Agencję Oceny Technologii Medycznych i Ministerstwo Zdrowia, czy istnieje w Polsce całościowy, przez ekspertów uznany za wartościowy, program badań i zaleceń profilaktycznych. Taki jak w Kanadzie i w USA, gdzie zainteresowani wiedzą, dla kogo, w jakim wieku, jakie badania i jakie procedury profilaktyczne warto podejmować. Nie odpowiedzieli, co traktuję jako PN (polską normę), ale i wniosek, że nie ma.

To jest problem z zakresu zdrowia publicznego. Czyli NIZP, mający je w tytule, powinien powołać grupę ekspercką dla opracowania takiego programu. Jego brak sprawia, że samorządy terenowe, a też zwykli ludzie zachęceni nie zawsze uczciwymi reklamami, wydają duże pieniądze na badania o małej wartości. Bo np. ktoś informuje w internecie, że „zarówno kobiety, jak i mężczyźni” powinni sobie co roku wykonywać m.in. badanie OB, poziomu mocznika, aminotransferaz, elektrolitów, mocz. Co więcej... można w internecie znaleźć „kalendarz badań profilaktycznych” dla kobiet opracowany przez instytucję, Polską Unię Onkologii, który też rozsądkiem nie grzeszy. Dno oka po 40 r.ż. co 2 lata, EKG co 3 lata, a po pięćdziesiątce i dno, i EKG co roku. I ani razu kału na krew utajoną, co akurat w onkologii znaczenie ma. Żadne z tych badań, prócz pominiętej krwi utajonej, nie znajduje się w programie rekomendowanym przez USPSTF (U.S. Preventive Services Task Force), od kilkudziesięciu lat w oparciu o przynoszone rezultaty modyfikowanym.

Powinien być to zestaw zaleceń realistyczny, z wyważoną relacją kosztów (też uciążliwości dla badanych) do korzyści. Nie można tworzyć rekomendacji praktycznie niewykonalnych, jak w Rozporządzeniu MZ z dnia 21 grudnia 2004 r. (na szczęście już uchylonym), które zalecało co roku badanie per rectum osób w wieku 45+.

Program USPSTF jest bardzo oszczędny. Na przykład nie zaleca w ramach skriningu obrazu krwi dla całej populacji, a tylko badanie cię żarnych i to pod kątem niedokrwistości z braku żelaza. Kanadyjczycy zalecają też liczenie czerwonych krwinek i hemoglobiny u niemowląt z grup ryzyka (wcześniaki, dzieci z ciąż mnogich, z rodzin o niskim statusie socjoekonomicznym). Ale prof. Jędrzejczak uważa, że badając kiedyś masowo „morfologię” w ramach badań pracowniczych, wykrywano 20 proc. chorych na przewlekłą białaczkę szpikową. I wnioskuje, żeby asymptomatycznym osobom „morfologię” badać. To przykład tematu do rozważenia przez ekspertów. Powinni policzyć, ile wynosi koszt „morfologii” potrzebnych do odkrycia jednego asymptomatycznego osobnika z przewlekłą białaczką szpikową i ocenić, jak się on przekłada na jego dobro. Czy i ile lat życia dzięki tej wczesnej diagnozie można mu przyczynić? I powinni zdecydować... badać morfologię w ramach skriningu czy nie badać.

Warto wiedzieć, że w Polsce szereg wartościowych działań w ramach profilaktyki odnoszonej do całego społeczeństwa się podejmuje. Przykładem skriningu pozytywnego w skutkach i wysoce opłacalnego są realizowane od lat badania przesiewowe noworodków polegające na identyfikacji tych z wrodzoną hipotyreozą lub fenyloketonurią. U ludzi z tymi wadami, gdy nie są prawidłowo leczeni, dochodzi do ciężkiego niedorozwoju umysłowego. A zdiagnozowani na początku rozwoju osobniczego i zgodnie z wiedzą medyczną traktowani, rozwijają się prawidłowo. Rodzi się w Polsce rocznie około

100 dzieci z wrodzoną niedoczynnością tarczycy i około 70 z fenyloketonurią. Żeby je w porę rozpoznać, trzeba co roku badać krew u 350-400 tys. noworodków. Liczby te mogą budzić wątpliwości, czy warto. Otóż warto. I nie tylko w aspekcie moralnym. Koszt badań przesiewowych dla wykrycia 1 dziecka z wspomnianymi wadami odpowiada kosztom utrzymania osoby z niepełnosprawnością intelektualną w zakładzie opieki przez 2-3 lata. „Przebicie” trzydziestokrotne.

Wspomnę o innym ważnym skriningu noworodków, o badaniu słuchu. Mają polskie noworodki dzięki Fundacji Owsiaka od ponad 10 lat badany słuch, zbadano już 4 mln dzieci. A około 1 tys. dzieci rodzi się co roku z głuchotą lub znacznym niedosłuchem i wczesne rozpoznanie oraz podjęcie właściwych działań protezujących pozwala na ich prawidłowy rozwój intelektualny i uchronienie przed niemotą. Nie udało mi się niestety dowiedzieć, czy „twarde punkty” rezultatów wczesnej diagnostyki uszkodzeń słuchu noworodków są w Polsce zauważalne i liczone. Pytanie ważne, bo gdyby ich nie badać, nie byłoby pewności, czy korzyści z wczesnego rozpoznania głuchoty nie są potem gubione.

Mamy zasługujący na uznanie program szczepień obowiązkowych. Byłem już lekarzem, kiedy dzieci jeszcze umierały na błonicę i stały się inwalidami z powodu choroby Heinego-Medina. Chorób dzisiejszym młodym lekarzom praktycznie nieznanych. Dzięki szczepieniom. To wielkie osiągnięcie nauki i nasze organizacyjne. Ale są co najmniej dwa szczepienia zalecane, choć – ze względu na koszty – nieobowiązkowe. Szczepienia przeciw pneumokokom dzieci i ludzi w wieku podeszłym. U tych ostatnich, w szczególności obciążonych ryzykiem zmniejszonej odporności (cukrzyca, POChP), śmiertelność z powodu infekcji pneumokokowych sięga 60 proc. I szczepienia przeciw HPV młodych (11-12 lat) dziewczynek zapobiegające powstaniu raka szyjki macicy. Można tu jeszcze wymienić szczepienia przeciw meningokokom. Szereg polskich gmin wspomniane szczepienia swym mieszkańcom funduje i chwala im za to.

Bogaty jest program badań skriningowych i procedur profilaktycznych przewidziany świadczeniami gwarantowanymi z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Między okresem noworodkowym a 19. r.ż. lekarz ma wiedzieć i zbadać młodego człowieka 12 razy, pielęgniarka do 5. r.ż. 7 razy, higienistka szkolna między przedszkolem a ostatnią klasą ponadgimnazjalną 6 razy, położna w pierwszych 6 tygodniach życia co najmniej 4 razy. Badania te mają za zadanie ocenę prawidłowości rozwoju psychofizycznego młodego człowieka, funkcji zmysłów (wzrok, słuch, mowa), stanu uzębienia, poziomu dojrzewania płciowego, ciśnienia tętniczego krwi. W szczególnych przypadkach

są one poszerzane o badania specjalistyczne i wczesne interwencje terapeutyczne. Niezmiennie ważne jest badanie noworodka pod kątem wykrycia dysplazji stawów biodrowych. Dla kogoś, kto wie, ile operacji wymagało kiedyś leczenie chirurgiczne późno rozpoznanych dysplazji, skuteczność tak prostego leczenia, jakim jest u niemowlaka z tą wadą zakładanie między nogi poduszki Frejki, jest dla mnie rekordem świata w zakresie wspomnianej „costeffectiveness”. I potwierdza prymat profilaktyki nad terapią w wielu sytuacjach medycznych. Pozostaje oczywiście obawa, czy ten mądry program jest wszędzie realizowany. Konieczne jest uruchomienie mechanizmów sprawdzających. Może w tym pomóc kopalnia wiedzy o realizowanych procedurach terapeutycznych, jaka tkwi w materiałach NFZ. Fundusz, gdy zostanie obciążony rachunkiem za leczenie zaniedbanej dysplazji stawu biodrowego u dziecka w wieku (dziś) do 10 lat, powinien poprosić konsultantów z neonatologii i ortopedii z danego województwa o zbadanie, dlaczego w tym przypadku program zawiodł.

Są w Polsce propagowane i fundowane przez NFZ, choć w różnym stopniu dostępne, badania przesiewowe w kierunku jaskry (USPSTF informuje, że nie ocenił jeszcze ich wartości), mammografia, badanie cytologiczne szyjki macicy, położnicy zapisują ciężarnym kwas foliowy, uruchomiono w ograniczonym zakresie (10 tys. badań) program kolonoskopowy. U tych, którzy na skopie się nie „załapią”, należałoby badać przynajmniej kał na krew utajoną.

Przypominam, co jest lub co w ramach świadczeń gwarantowanych powinno być czynione, gdyż szereg gmin wydaje pieniądze na akcje, które należą do podstawowej opieki zdrowotnej, np. na diagnostykę i terapię wad postawy lub na organizację „białych sobót”, z fundowaniem przygodnym osobom różnych badań laboratoryjnych, choć dostępność w Polsce do POZ jest dobra (wg CBOS 87 proc. pytanym w czerwcu br. korzystało w czasie ostatnich 6 miesięcy ze świadczeń zdrowotnych z powodu choroby lub stanu zdrowia swojego lub rodziny).

Nie jest więc źle, ale może być lepiej. Byle by nie rozpraszać środków na wydatki niepotrzebne.

A co poradziłem radnemu? Szczepienia przeciw HPV i pneumokokom oraz usg brzucha u osób w wieku 60 lat, którzy takiego badania w ostatnich 3 latach nie mieli. Amerykanie zalecają je wprowadzić tylko u palących mężczyzn w wieku 65+ i ma ono na celu wykrywanie asymptomatycznych tętniaków aorty brzusznej. Moja propozycja sięga szerzej, gdyż to tanie i nieinwazyjne badanie jest w stanie wykryć w fazie bezobjawowej guzy nerki, wątroby, jajników, macicy, powiększenie śledziony. I nie tylko. ■

Przypominam, co jest lub co w ramach świadczeń gwarantowanych powinno być czynione, gdyż szereg gmin wydaje pieniądze na akcje, które należą do podstawowej opieki zdrowotnej, np. na diagnostykę i terapię wad postawy lub na organizację „białych sobót”, z fundowaniem przygodnym osobom różnych badań laboratoryjnych, choć dostępność w Polsce do POZ jest dobra.

Nagła pomoc i ratownictwo medyczne

**Maria
Domagała**

W wielu krajach Europy nagła pomoc i ratownictwo medyczne stanowią zintegrowany funkcjonalnie system, chociaż składają się na niego działania niezależnych od siebie, samodzielnie funkcjonujących jednostek i struktur.

Usługi ratownictwa medycznego ze swej natury są zorganizowane inaczej niż pozostałe usługi medyczne. [...] W Polsce wg ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym z 2006 r. są to usługi udzielane w stanie nagłego zagrożenia zdrowia i życia przez zespoły ratownictwa medycznego poza szpitalem i w SOR.

Z perspektywy pacjenta są to świadczenia, które mają być dostępne natychmiast, często w miejscu zdarzenia, i które można uzyskać przy każdym zagrożeniu zdrowia; może to więc być i porada pielęgniarska przez telefon, i akcja zespołu ratowniczego, i interwencja na szpitalnym oddziale ratunkowym.

Z perspektywy organizatora opieki zdrowotnej nagła pomoc i ratownictwo to zakresy odrębne. Pomoc w niegroźnych dla życia sytuacjach prowadzona jest zwykle w ramach POZ, zaś ratownictwo medyczne to osobna struktura regulowana osobnym prawem i cały łańcuch działań: od szybkiej reakcji na wezwanie, poprzez transport, aż po zaawansowane leczenie na ratunkowym lub specjalistycznym oddziale w szpitalu. Niemniej im lepsza między nimi współpraca, tym lepiej dla pacjenta. Integrację między tymi zakresami pokazują poniższe przykłady.

Oba zakresy są dla pacjenta bezpłatne.

Organizacja nagłej pomocy

W Niemczech planowaniem i organizacją cywilnego ratownictwa medycznego zajmują się wydziały zdrowia landów (jest ich 16); wariantów organizacji, finansowania i realizacji nocnej oraz świątecznej opieki (pomocy nagłej), a także ratownictwa medycznego może być równie wiele. Służby ratownicze zwykle nadzoruje ministerstwo spraw wewnętrznych landu, a szpitalne – wydział zdrowia. Finansowanie usług ratowniczych i działalność szpitalnych oddziałów ratunkowych jest dwojakie: bieżące koszty pokrywa ubezpieczenie, środki na inwestycje pochodzą z budżetu landów. Usługi dla chorych zasadniczo są bezpłatne (czasem transport wymaga współpłacenia).

W Anglii świadczenia ratunkowe niemal w 100 proc. realizuje publiczna służba zdrowia (NHS), wiele prywatnych centrów ratowniczych także działa w ramach NHS. Usługi te są finansowane głównie ze środków publicznych, dla pacjentów bezpłatne. Za poziom świadczeń nagłych (też GP) odpowiada krajowa komisja jakości opieki, która ocenia dostępność, koordynację i organizację.

We Francji za ciągłość opieki odpowiadają regionalne agencje zdrowia koordynujące zespoły nagłej i ciągłej pomocy oraz transport medyczny.

W Norwegii podobnie – usługi nagłe i ratownicze koordynują regionalne urzędy.

Na Węgrzech nagła pomoc medyczna ma trzy elementy: dyżurujący lekarz rodzinny, dyżurujący szpital, Narodowa Służba Ratownictwa Medycznego. Służby ratownicze są w gestii państwa i ich świadczenia należą się każdemu, niezależnie od obywatelstwa i ubezpieczenia. Strukturę, standardy profesjonalne, licencje, procedury i dokumentację wymagane w ratownictwie medycznym określają rozporządzenia rządowe, a krajowy urząd nadzoruje działalność regionalnych centrów pogotowia i baz ambulansów.

Nagła pomoc podstawowa

W Niemczech większości świadczeń nagłej pomocy udzielają lekarze POZ. Są to: porady telefoniczne, przyjęcia w gabinecie i wizyty domowe. Jeśli trzeba, GP kierują pacjentów do innych specjalistów. Usługi medyczne po godzinach przyjęć są koordynowane przez regionalne organizacje lekarzy.

We Francji pomoc podstawowa składa się z pogotowia ratunkowego (SAMU) i opieki ciągłej. Centra SAMU są dostępne pod numerem 112. Zgłoszenia przyjmują przeszkoleni recepcjoniści wspierani przez lekarzy. Kierują chorych do dyżurujących lekarzy, SOR-ów lub zapisują na wizyty lekarskie; jeśli trzeba, wzywają karetkę. Ciągła opieka jest świadczona planowo albo na wezwanie pacjenta poza godzinami pracy przychodni POZ.

W Holandii nagłą pomoc świadczą lekarze rodzinni, oddziały dyżurujące i ośrodki urazowe. Gdy życie nie jest zagrożone, pacjent kontaktuje się z GP (którzy dysponują osobną linią telefoniczną dla zgłoszeń nagłych). Pomoc nocną i świąteczną świadczy dyżurująca praktyka GP (GP post). Jest ich około 130 i są dostępne przez telefon lub dojeżdżają w 30 minut. Wykwalifikowany asystent wstępnie ocenia stan chorego i proponuje wizytę lub domową poradę lekarza albo wzywa karetkę. Jednak 60 proc. pacjentów oddziałów pogotowia trafia tam bez skierowania. GP post i pogotowie są zintegrowane organizacyjnie oraz geograficznie, by skuteczniej pomóc pacjentowi i bez potrzeby nie angażować służb ratowniczych.

W Wielkiej Brytanii potrzebę zdrowotną można zgłosić do GP, otwartych centrów pomocy medycznej (Walk-in Centre), gabinetów zabiegowych, pogotowia ratunkowego (NHS Direct), dyżurującej apteki, oddziału wypadkowo-ratunkowego (A&E) albo wezwać karetkę (nr 999). Niektóre świadczenia są dostępne stale, inne tylko w godzinach pracy. Czy wzywać pilną pomoc, czy poczekać na regularną wizytę u lekarza, zależy od oceny pacjenta.

W Norwegii nagłą pomoc świadczy GP w godzinach pracy lub na dyżurze (wezwanie przez telefon). Po godzinach organizują ją wspólnie GP i dyżurujący oddział lokalnego szpitala, na terenach słabo zaludnionych – pielęgniarki ze wsparciem telemedycyny. Lokalne centra nagłej pomocy mają specjalny numer telefonu, bezpośrednie łącza radiowe z GP lub karetkami, współpracują też z centrami pogotowia ratunkowego (AMK). Ich personel to lekarz i pielęgniarka, zależnie od stanu pacjenta kierują go po odpowiednią pomoc.

Ratownictwo medyczne

Usługi ratownictwa medycznego ze swej natury są zorganizowane inaczej niż pozostałe usługi medyczne.

W Niemczech ratownictwo łączy służby nagłej pomocy lekarskiej i nielekarskiej: straży pożarnej, pogotowia technicznego i innych. Koordynuje je około 360 centrów dostępnych pod jednym numerem telefonu. Obecność lekarza w zespole ratowniczym i kryteria udzielania pomocy w sytuacjach krytycznych regulują przepisy landów. Czas dotarcia do potrzebujących to od 8 do 17 minut. Interwencje medyczne zwykle przeprowadzane są w szpitalach.

We Francji działa około 630 szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR) ze specjalną bazą łóżkową. Są trzy kategorie SOR: ogólne (w 97 proc. publiczne) – wszelka pomoc, 55 proc. wszystkich nagłych wezwań; lokalne – możliwości ograniczone, bardziej poszkodowanych kierują do innych placówek; specjalistyczne – obsługują szczególnie patologie lub typy pacjentów. Prywatny sektor to głównie wysokospecjalistyczne usługi ratownicze (5 proc. nagłych wezwań).

Na Węgrzech usługi ratownictwa medycznego obejmują profesjonalną opiekę w miejscu zdarzenia i transport do najbliższej placówki. Sytuacje nagłe obsługuje 26 centrów powiadamiania ratunkowego, mogą one wysłać zarówno motocykl wypadkowy, unit intensywnej opieki czy np. helikopter. Czas dotarcia – 15 minut. Powołano ogólnokrajowy system powiadamiania, który jeszcze jednak nie objął wszystkich służb pogotowia. Lekarze rodzinni nie w pełni realizują zadania nagłej pomocy, a ratownictwo bywa nadużywane.

W Holandii istnieje około 100 oddziałów ratunkowych (2008). Zatrudniają chirurgów, kardiologów, internistów, neurologów, pediatrów i pielęgniarki. Poszkodowanych w poważnych wypadkach ob-

sługuje 11 centrów urazowych, większość przy szpitalach uniwersyteckich, z 24-godziennymi oddziałami ratunkowymi i intensywnej terapii, specjalistami i medycznym zespołem mobilnym MMT (lekarz – często chirurg, pielęgniarka, kierowca lub pilot). MMT dociera do poszkodowanych w 30 minut, a w sytuacjach nagłych – w 15 minut.

W Anglii w 2009 r. było ok. 590 oddziałów A&E. Prowadzą całodobowe konsultacje i pełną działalność ratunkową. W systemie nagłej pomocy znajdują się też regionalne wysokospecjalistyczne centra urazowe oraz trusty transportu medycznego, które po wezwaniu z numeru 999 świadczą pomoc w miejscu zdarzenia i transport do szpitala. Pilność zgłoszenia określa dyspozytor ratownictwa medycznego jako: natychmiastową – zagrożenie życia (8 minut oczekiwania na karetkę); zagrożenie życia, lecz nie nagle (19 minut); bez zagrożenia życia i konieczności natychmiastowej pomocy. Gdy pomoc jest pilna, może wysłać ratowników na motocyklach – szybszych od samochodów. Oczekiwanie pacjenta w A&E od przyjazdu do przyjęcia na oddział może trwać średnio 75 minut, ale nie dłużej niż 4 godziny.

W Norwegii usługi ratownicze świadczą publiczne i prywatne szpitale z oddziałami A&E. Bazy karetek zwykle są przy szpitalach. Ambulanse wysokospecjalistyczne, w tym samoloty, w zakładce obok ratowników medycznych mają lekarza (anestezjologa). Pacjent musi być skierowany do A&E przez pracownika nagłej pomocy przedszpitalnej (GP, pracownik pogotowia, ratownik). Ze szpitalami współpracuje 19 centrów AMK; ich obsada to pielęgniarki i koordynatorzy ratownictwa. Pod numerem 113 uzyskuje się poradę lub wzywa karetkę. Widać dążenie do integracji, aby poprawić współpracę między regionami i poszczególnymi elementami systemu oraz jakość świadczeń. Większą skuteczność zapewni system komunikacji radiowej między policją, strażą pożarną, medycznymi służbami reanimacyjnymi Nødnett (ma być kompletny w 2015 r.). W Norwegii nie ma krajowego standardu edukacji, kompetencji i procedur nagłej opieki. Personel karetek nie jest objęty ogólnymi regulacjami, a medycyna ratunkowa nie jest certyfikowaną specjalnością medyczną.

W Polsce wg ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym z 2006 r. są to usługi udzielane w stanie nagłego zagrożenia zdrowia i życia przez zespoły ratownictwa medycznego poza szpitalem i w SOR. Organizacja jest w gestii wojewodów, koszty pokrywa budżet państwa. Zespół ratunkowy składa się z dwóch lub trzech profesjonalnych pracowników. Centra powiadamiania ratunkowego przyjmują zgłoszenia pod numerami 112 i 999, kierując do kompetentnego dyspozytora. Przy nagłym zagrożeniu życia i zdrowia można się zgłosić do SOR lub lekarza POZ, który skieruje do szpitala lub do dowolnego punktu tzw. nocnej i świątecznej opieki (bez skierowania, dla ubezpieczonych – bezpłatnie, nie ma rejonizacji). ■

W Holandii istnieje około 100 oddziałów ratunkowych (2008). Zatrudniają chirurgów, kardiologów, internistów, neurologów, pediatrów i pielęgniarki.

Na podstawie: Health System Review: France 2010, Norway 2013, United Kingdom (England) 2011, The Netherlands 2010, Hungary 2011, Germany 2014, Polska 2012.



**Joanna
Sokołowska**

O tempora!
O mores!
– ktoś powie.
To brutalne prawa
ery Facebooka
budzą w czystym
lekarskim sumieniu
Abramskiego
pokusę walki przy
użyciu zakazanego
oreża. Człowiek,
choćby lekarz,
człowiekowi
konkurencją
– wczoraj, dziś
i na wieki.

Abramski*



„Dentysta Abramski ul. Mikołajewska d. Barenbauma powrócił z dłuższego pobytu w Ameryce (New-Jork). Wstawia szczęki łukowe, które nie robią wrażenia sztucznych, gdyż są bez podniebienia. Plomby złote i porcelanowe. Usuwa zęby bez bólu*** – tak ponad sto lat temu zachwalał swoje usługi na łamach „Gazety Białostockiej” nasz zawodowy antenat.

Dziś Abramski chętnie korzysta z nowoczesnych form przekazu. Ma swoją stronę internetową i wykupiony billboard. Nawiązując do tradycji, nie gardzi jednak starym pocziwym anonsem prasowym. Swoją gabinet przedstawia jako miejsce wyjątkowe, dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjenta, w którym w miłej i przyjaznej atmosferze, kompleksowo i profesjonalnie, zaplanowana zostanie opieka na najwyższym poziomie. Trzeba oddać sprawiedliwość kolegom innych specjalności – Abramski może być przedstawicielem każdej z nich.

Są rzeczy, których robić nie wolno, bo zabrania tego prawo, i takie, których po prostu robić nie wypada. Reklama gabinetu lekarskiego należy do obu tych kategorii. Jak jednak mawiał dobry wojak Szwejk: „Najważniejsze to, żeby spróbować, czy zakazanej rzeczy zrobić nie można”. Abramski próbuje. Uczyla go wprowadzić mama, że chwalić się jest niezbyt elegancją, ale Abramski wie, że reklama, jako „informacja połączona z komunikatem perswazyjnym”, to przecież nie przechwałki. To nowoczesna forma komunikacji z adresatem oferowanych przez nas usług, który na skutek transformacji, globalizacji, cyfryzacji, unifikacji i innych „acji” XXI w., przestał być safandulowatym „pacjentem”. Abramski zresztą wierzy, że jego... klien-

tom taka właśnie informacja się należy, nawet gdyby to było wbrew artykułowi 63 Kodeksu Etyki Lekarskiej.

O tempora! O mores! – ktoś powie. To brutalne prawa ery Facebooka budzą w czystym lekarskim sumieniu Abramskiego pokusę walki przy użyciu zakazanego oreża. Człowiek, choćby lekarz, człowiekowi konkurencją – wczoraj, dziś i na wieki. Konkurencja zaś, szczerząc skorygowane przez ortodontę zębiska, pręży wypełnione tu i tam silikonem ciało, wydyma dumnie ostrzyknięte kwasem hialuronowym wargi, „lajkuje” lub „hejtuje”. Trzeba walczyć z konkurencją, nawet za cenę narażenia się na odium środowiska!

Nic podobnego! Nihil novi! – odpowiem utyskującym nad marnością kondycji moralnej współczesnego człowieka, choćby lekarza. Nasi pra-koledzy, budzący szacunek brodacze w surdutach i kapeluszach, choć bez smartfonów za pazuchą, stosowali wszystkie chwyt reklamowe, jakie by przysły nam do głowy.

W otwartym na przypadkowej stronie „Tygodniku Wielkopolskim” z 1872 r. zachęca do skorzystania ze swoich usług Dr O. Killisch, który jako „lekarz specjalny dla epilepsji, epileptyczne skurcze (wielką chorobę) leczy listownie”. Ogłoszenie opatrzone jest notką: „W tej chwili ma przeszło tysiąc pacjentów”. Tuż obok pani Eliza Werner proponuje „Jedynie skuteczną kurację

opilstwa bez szkody dla zdrowia z wiedzą lub bez wiedzy chorego łatwo użyć się dającą” i „rozszyła pod gwarancją pewnego skutku za 1½ tal.”.

„Czemuż cierpieć?” – pyta w innym anonsie Karól Simon, „wynalazca Fluidu i opartej na nim sztuki leczenia” rodem z Leszna. I zapewnia: „Łamania w kościach, ból w biodrach i krzyżu, migrenę, reumatyzm, stężalość członków, żganie w boku, kurcz w łydkach, leczę gruntownie ekstrakt kompensacyjny. Jedno natarcie sprawia już ulgę, a w krótkim czasie ustępują zupełnie te cierpienia. Cena 1 flasz. org. 1 tal. Do nabycia u mnie tylko samego”. Ten sam terapeuta zachęca też do nabycia „fluidu restytucyjnego”, który „kulawizny koni leczę niechybnie”, proponując zakup hurtowy po promocyjnych cenach.

Znalazłam ślady istnych prasowych bitew, w których stawką był prestiż praktyki lekarskiej, a co za tym idzie, zapewne jej sukces finansowy. W „Kurjerze Warszawskim” z 1888 r., w dziale ogłoszeń znajduje się polemika z wydawnictwem „pewnego doktora Weltena – żadnego zresztą lekarza, lecz jak się dowiadujemy autora”, który ocenił krytycznie zakład leczenia chorób płuc doktora Römplera z Grebersdorfu. Podpisani pod zamieszczonym „wyjaśnieniem” to pacjenci, którzy stają w obronie skrytykowanego sanatorium. Są wśród nich obywatele godni zaufania – wojskowy, królewski superintendent, pastor, właścicielka fabryki, królewski radca zdrowia, a zarazem członek parlamentu niemieckiego, farmaceuta, lekarz praktyk z Rygi i sam Von Münchhausen – pułkownik i kapitan zamku Erdmannsdorf. Wszyscy zgodnie zaświadcniają, że „zakład posiada przede wszystkim w osobie swojego kierownika, lekarza który znajomością rzeczy, jako też serdeczną uprzejmością umie od razu pozyskać zaufanie chorych i stale się niem cieszy. Ile zaś po Bogu zależy na osobie lekarza, wszyscy wiedzą”. W obszernym anonsie znajdują się też zapewnienia o atrakcyjnym położeniu, dobrych warunkach mieszkaniowych, bogatej ofercie kulinarnej zakładu i umiarkowanej cenie oferty. Sygnatariusze oświadczenia na koniec wskazują sanatorium Römplera, jako miejscowość, „która im nie tylko podaje wymienione warunki do odzyskania zdrowia, lecz nadto zdolną jest zastąpić im miejsce rodzinne w oddaleniu”. Co wy na to, specjaliści od public relations?

Te dawne ogłoszenia Abramski czyta dziś z uśmiechem, a ich autorów widzi w szeregach śmiesznych szarlatanów i hochsztaplerów. Wierzy, że te, które dziś sam zamieszcza, będą świadczyć jedynie o jego przedsiębiorczości i zapewnią mu popularność wśród... Klientów. Łamanie obowiązującego zakazu reklamy gabinetu wytłumaczy prawami rynku. Może dowcipnie zacytuje Szwejka, mówiąc że „w ogóle dużo jest na świecie takich rzeczy, których robić nie wolno, ale można”. Dobry wojak z opowieści Haška podsumował tak zbombardowanie pociągu PCK. Reklama Abramskiego jest niestety właśnie takim zbombardowanym pociągiem...

* Wszelka zbieżność nazwisk jest przypadkowa i niezamierzona.

** W cytatach zachowałam oryginalną pisownię i interpunkcję. ■

Nasi pra-koledzy,
budzący
szacunek
brodacze
w surdutach
i kapeluszach,
choć bez
smartfonów
za pazuchą,
stosowali
wszystkie chwytły
reklamowe, jakie
by przyszły wam
do głowy.



**Sławomir
Pietras**

Dyrektor
polskich teatrów
operowych

Długowieczność

W dzieciństwie rodzice często oddawali mnie na przechowanie do prababek.
Już wtedy zastanawiałem się, dlaczego one tak długo żyją.

Teraz wiem, że wpływała na to naturalna i oszczędna dieta, abstynencja, niepalenie, ruch na powietrzu, życie w cnocie i bogobojność. Uważam, że wszystkie te cechy odziedziczyłem po nich wraz z długowiecznością. Niechże więc moi przeciwnicy nie robią sobie żadnych nadziei.

Słyszę czasem poglądy, że długość życia zależy od uprawianego zawodu. Podobno statystycznie rzecz biorąc, najkrócej żyją dziennikarze i dyrektorzy. Z góry zakładam, że to dotyczy wszystkich, tylko nie mnie. Natomiast najdłuższy żywot odnotowują lekarze, aktorzy i tancerze. To zgadzałoby się z poczynionymi przeze mnie obserwacjami.

Mój poród w warunkach domowych w Czeladzi odbierał sędziwy dr Fomenko, u którego różne choroby leczyło całe miasto. Ludzie mieli do tego medyka zaufanie, jako że ordynował lekarstwa na wszelkie dolegliwości, jako że specjalizację na prowincji zaczęto stosować powoli i później. Zresztą któżby wtedy ryzykował obdukcję u jakiegoś młokosa. W dzieciństwie do moich przedszkolnych chorób wzywano brodatego dra Walewskiego. Przykładał własne ucho do mojego niewielkiego wówczas brzuszka, łaskocząc przy tym swym obfitym owłosieniem. W każdej diagnozie – z racji wieku – był ostateczną wyrocznią.

Spośród artystów najkrócej wędrowali po tym padole kompozytorzy i poeci. Przy ogromie muzyki Mozarta, Schuberta, Belliniego, Chopina czy Mendelssohna, żaden z nich nie dożył lat czterdziestu. Równie młodo umierali poeci i malarze, zwłaszcza romantyczni. Malczewski (33 lata), Słowacki (40), Puszkina (38), Byron (36). Ale byli również długowieczne wyjątki. Goethe (83), Lenartowicz (71), Pol (75), Iwaszkiewicz (86), Różewicz (93).

Rekordy długiego życia pobijali aktorzy: Ludwik Solski (99), Mieczysława Ćwiklińska (93), a w ostatnich latach Irena Kwiatkowska (99), Andrzej Łapicki (88), Nina Andrycz (101) i Sława Kwaśniewska (86).

Niedawno oklaskiwałem mistrza sceny polskiej Ignacego Gogolewskiego z okazji 80-lecia urodzin w „Grubych rybach” na scenie teatru Polonia. W reżyserii Krystyny Jandy zagrał Onufrego Ciaputkiewicza tak, że chciałoby się oglądać go codziennie, czerpać z niego energię, swadę i wdzięk – okazuje się – możliwy w każdym wieku, a nawet czym późniejszy, tym bardziej powabny.

Na szczęście w polskim i światowym repertuarze dramatycznym jest mnóstwo kreacji, którymi można obdzielać aktorów na każdym etapie ich kariery. Gorzej jest ze śpiewakami. Tutaj granicą jest dyspozycja głosowa, która zwykle kończy się szybciej niż uroda, czy późniejsze dolegliwości fizyczne. U nas wyjątkiem były długie kariery Bogdana Pa-prockiego, Andrzeja Hiolskiego i Antoniny Kaweckiej, a obecnie ciągle pełnego wigoru scenicznego i wokalnego Wiesława Ochmana.

Jeszcze gorzej jest z tancerzami. Oni narzekają na zdrowie już od szkoły baletowej. Potem różne kontuzje towarzyszą im podczas całej kariery. Niestety krótkiej. Baleriny po trzydziestce są uważane za taneczne staruszki, a tancerze po czterdziestce tracą urodę księżąt, przy czym nikt nie proponuje im grać żebraków. W polskich warunkach może grozić to głodem i niedostatkiem, ponieważ artystom baletu niedawno cofnięto wcześniejsze uprawnienia emerytalne. Jeśli nie ma epidemii, wojny światowej lub innych zamieszek, tancerki i tancerze żyją wiecznie.

W o wiele lepszej sytuacji są dyrygenci. Ich codzienne gimnastykowanie się przy pulpicie sprzyja długowieczności. Czym starsi, tym mają większą ochotę dyrygować. Znałem takich, co robili to nawet we śnie.

Tyle mam do powiedzenia na ten temat w nadziei, że problemami długowieczności w różnych profesjach zajmie się wkrótce również medycyna. ■

**Ryszard
Golański**

Chłopiec z pociągu

Mam przyjemność przedstawić Państwu zbiór opowiadań doktora Janusza Czarneckiego, jednego z laureatów konkursu literackiego „Przychodzi wena do lekarza”. W jednym z poprzednich numerów „Gazety” zamieściliśmy jego nagrodzoną pracę „Gamoń”. Książkę rozpoczyna tytułowe opowiadanie: „Chłopiec z pociągu”. Nie jest to przypadek, tekst ten otrzymał pierwszą nagrodę w ogólnopolskim konkursie „Gazety Wy-

borczej”. Przywołane wyróżnienia to potwierdzenie nie tylko talentu pisarskiego kardiologa z Torunia, ale także sprawnego warsztatu. Piętnaście zamieszczonych w wydawnictwie opowiadań czyta się z zainteresowaniem i oczekiwaniem na końcową pointę. Ta ostatnia bywa zaskakująca. Sposób opisywania zdarzeń i osób świadczy o wnikliwym obserwowaniu rzeczywistości. W niektórych opowiadaniach możemy dopatrzyć się prób psychologicznej

W pokoiku na stoliku...

... stało mleczko i jajeczko. Tak było w dziecięcym wierszu. W moim pokoiku, na moim stoliku leżą karteczka i ołówek. Muszę je mieć w zasięgu ręki w czasie oglądania telewizji. Zaczęłam prowadzić poważne badania.

liczę, ile razy w tygodniu jeden z bardziej znanych polskich polityków użyje w swoich wypowiedziach przymiotników „haniebny” i „straszliwy”. Ostatnio rzadziej się pokazuje, więc szalu nie ma, ale mam takie kartki, z których wynika, że zdarzyło mu się w ciągu czterech dni powiedzieć 23 razy „haniebny” i 37 razy „straszliwy”. A najciekawsze jest to, o czym mówi, używając takich określeń. Polityczni przeciwnicy te „straszliwe” jego zdaniem zjawiska na pewno uważają za świetne, ale nawet jeżeli zgadzać by się z poglądami bohatera moich badań, obiektywnie należałoby uznać je co najwyżej za złe, słabe, takie sobie albo średnie. Te dwa przymiotniki są tak powszechne w jego wypowiedziach i tak rozszerza ich znaczenie, że nie zdziwiłbym się, gdyby się okazało, że wprowadził je również do swojego prywatnego słownika i jego żona usłyszała już kiedyś, że przygotowała haniebną kolację i straszliwie wyprasowała mu koszulę. Okazuje się jednak, że wyniki kolejnych wyborów potwierdzają skuteczność tej metody. Do wielu ludzi „haniebność” i „straszliwość” jego wypowiedzi dociera i wpływa na ich poglądy. Ja tak na dwóch stronach kartki liczę mu to dla żartu, ale uważam, że ktoś powinien poważnie zbadać ten fenomen.

À propos badań. Od lat intriguje mnie zjawisko „zarysów”, „wstępów” i „przyczynków” w pracach naukowych. Nie ukrywam, że kiedy czytałam na studiach „Wstęp do badań historycznych” strasznie mnie rozbawiło, że ta książka jeszcze zaczyna się od wstępu. Wiem, że część z tych prac musi mieć taki charakter ze względu na obszerność całego zjawiska, „przyczynki” w swoim założeniu mają wносить coś nowego do rozważanego tematu, a w niektórych sytuacjach wiedza potrzebna jest tylko w „zarysie”, a nie na poziomie szczegó-

łowym. Ale zastanawiam się, czy nie bywa też tak, że dając pracy taki tytuł, ktoś sobie trochę ułatwia. Dobrze, przyznam się, skąd takie wątpliwości. Kiedy zabierałem się do pisania pracy magisterskiej, ambitnie zaplanowałem przeanalizowanie dekady publikacji na interesujący mnie temat. Kiedy po miesiącu spędzonym w bibliotekach zorientowałem się, jak tego jest dużo, zadzwoniłem do mojego promotora z prośbą o zgodę na zawężenie badanego okresu do pięciu lat, wymyślając sobie, że taki właśnie był okres szczególnie charakterystyczny. Po kolejnym miesiącu zadzwoniłem ponownie, informując, że wydaje mi się, że tak naprawdę dla opisywanego zjawiska najważniejsze były dwa lata. Pan profesor łaskawie się zgodził, ale uprzedził, że jeżeli zadzwonię jeszcze raz i stwierdzę, że moim zdaniem warto zbadać tylko jeden kwartał z tej dekady, to mogę sobie szukać innego promotora, bo jego interesuje praca magisterska, a nie „wstęp do zarysu pracy magisterskiej”. I od tego czasu, kiedy widzę tytuł „Wstęp do badań...”, „Przyczynek do badań...” lub „Zarys badań...” zastanawiam się, dlaczego to nie „Całe badania...”? Pal sześć, jeśli dotyczy to jakichś humanistycznych rozważań. Ale jeżeli studenci medycyny uczyliby się wyłącznie z „zarysów”, a potem już jako lekarze zdobywali kolejne stopnie specjalizacji tylko na podstawie „wstępów” i „przyczynków”? Przypuszczam, że w gabinetach lekarskich często słyszałoby się wówczas wypowiedzi typu:

– Proszę, tutaj jest wstęp do wyników pani badań. Morfologia straszliwa, cukier i cholesterol haniebne, czyli wszystko w porządku.

A mój kolega, którego żonę kot wczoraj podrapał, mówi, że ma teraz „Krysię w zarysie”. ■

analizy ludzkich zachowań. Poddawani są jej pacjenci w gabinecie lekarskim, dawni znajomi autora, a także osoby spotkane przypadkowo w bardzo rozmaitych okolicznościach.

Nie jest sprawą przypadkową, że jednym z ulubionych miejsc, w którym odbywają się rozmowy, jest gabinet lekarski. Rozmówcami są pacjenci w bardzo różnym wieku. Z pewnością część z rozmów rzeczywiście miała miejsce lub inspirowała autora. Te opowiadania są dowodem na to, że zawód lekarza daje większą możliwość obserwowania ludzi i „zaglądania w ich dusze”.

Innym miejscem, w którym pisarz rozmawia ze swoimi bohaterami, jest kolejowy przedział. Oprócz tytułowego powiadania, zapadła mi w pamięć „Decyzja z podróży”. Po pierwsze, ze względu na dramaturgię rozmowy, po drugie – początek przedstawionej tam historii przeniósł mnie do czasów mego dzieciństwa.

Nie wszystkie teksty są realistyczne. Książkę kończy dająca wiele do myślenia rozmowa Wisławy Szymborskiej z... Woody Allenem. Opowiadania są krótkie i zwarte, świetnie nadają się do czytania, na przykład w wolnej chwili na dyżurze. ■



**Artur
Andrus**

Dziennikarz
radiowej „Trójki”,
konferansjer
i satyryk





**Agata
Morka**

Historyk
sztuki

Przed piramidą

W czasach all inclusive i last minute króluje destynacje południowo-egzotyczne. Hordy turystów odwiedzają co roku Egipt, by ucieszyć oczy królem Tutem, pojeździć na wielbłądzie i powiesić na ścianie wątył papyrus po powrocie.

Portret rodzinny przed piramidą, wystylizowany tak, że niby dotykamy palcem jej szczytu, to kolejny obowiązkowy etap wycieczki. A jak stylizowali swoje rodzinne portrety sami Egipcjanie tysiące lat temu?

Posązek Seneba z żoną, pochodzący z czasów IV Dynastii, zachowuje wszelkie tradycyjne cechy mocno stylizowanych przedstawień egipskich. Mąż, żona i dwójka dzieci współegzystują tutaj ujęci w dość konwencjonalną kompozycję: rodzice ustawieni na jednym poziomie, dzieci pod nogami ojca, młody wiek potomstwa podkreślony jeszcze znaczną różnicą wzrostu w stosunku do dorosłych. Całość sprawia wrażenie mocno statyczne, pozy portretowanych mają w sobie coś oficjalnego. A jednak jeśli spojrzeć trochę uważniej, posązek ujawnia subtelnie okazywane emocje.

Seneb, w siadzie skrzyżnym, z gracją trzyma na piersi założone na sobie dłonie. Podest dzieli z siedzącą obok żoną, ustawioną dość sztywno, z blokiem nóg ciężko spuszczone na podest. Małżonkowie nie patrzą na siebie, ich twarze, o podobnych rysach, trudno uznać za wyrażające emocje. A jednak jest między nimi jakaś intymna więź, siedzą razem, tak blisko, że ich uda niemalże się stykają, zamknięci na zawsze w tym cichym rodzinnym portrecie. Daleko z tej ocierającej się o wieczność bliskości do współczesnych charakterystycznych fotek przed piramidą.

Seneb uwieczniony został tutaj z całą szczerością, artysta, zamiast ukrywać jego przypadłość, raczej ją celebrował, wystawiając niemal na pokaz. Co takiego dolegało Senebowi? ■

a

Posązek

„Seneb z żoną”, IV Dynastia, Egipt, Muzeum w Kairze

b

Posązek Seneba z żoną, pochodzący z czasów IV Dynastii, zachowuje wszelkie tradycyjne cechy mocno stylizowanych przedstawień egipskich.



FOTO: Tybo

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

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

W temacie maila należy wpisać GL10.
Proszę nie zapomnieć o podaniu danych kontaktowych (imię i nazwisko, adres, telefon).
UWAGA - jedna osoba może przesłać jedną odpowiedź.

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

ufundował voucher obejmujący m.in.:

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



NAGRODZENI Z „GL” 8-9/2014

Voucher do Hotelu
Prezydent**** Medical SPA & Wellness
w Krynicy-Zdroju otrzymuje
Krzysztof Borski z Poznania
Gratulujemy!

ROZWIĄZANIE ZAGADKI

Z „GL” 8-9/2014

Obraz oryginalny: a

Diagnoza

Kobieta wykazuje cechy typowe dla tak zwanej steatopygii. Jest to cecha występująca w większości u kobiet z plemion Buszme-nów i Khoi, a objawia się znacznym odkładaniem się tkanki tłuszczo-wej zwłaszcza w okolicach pośladków, bioder i niekiedy ud. W XIX w. cechę tę, często połączoną z występowaniem powiększonych warg sromowych mniejszych, wykorzystywano do snuć rasiistowskich teorii o wyższym stopniu ewolucji rasy białej.

Pytanie bonusowe: Kim była kobieta przedstawiona na rycinie?

Kobieta z ryciny to Saartjie Baartman. Pod pseudonimem „Hotentoc-kiej Wenus” pokazywano ją na wystawach w Londynie i Paryżu jako przykład egzotycznej czarnej kobiety. Wyśmiewana i uważana za dziw natury Baartman umarła zaledwie w pięć lat po przyjeździe do Europy, jej ciało zaś rozczłonkowano i poddano badaniom. O kości Saartjie, pozostające we francuskich zbiorach muzealnych, jeszcze w latach 90. XX w. upomniał się sam Nelson Mandela. Po początkowych prote-stach zostały one ostatecznie zwrócone, a kobietę pochowano w ro-dzinnych stronach.

Szczegóły różniące obrazy

1. Zwiększenie kąta ustawienia pośladków względem kręgosłupa do 120 stopni.

Gdyby kąt ten rzeczywiście był kątem rozwartym, nie mogłoby być mowy o właściwej steatopygii. O jej klasycznej postaci mówić bowiem można, gdy kąt między wystającymi pośladkami a plecami równy jest około dziewięćdziesięciu stopniom.

2. Dopisanie adresu 225 Piccadilly na górze ryciny.

Pod tym adresem w Londynie organizowano „freak shows” – poka-zy dziwolągów, w których jedną z głównych atrakcji była Baartman. Ponoć na statek do Anglii zwiabił dziewczynę lekarz pracujący w Po-tudniowej Afryce, obiecując jej lepsze życie i karierę w Londynie. Tym-czasem jedyne, co czekało na Saartjie, to spektakl, w czasie którego musiała chodzić, siadać, pochylać się, tak by zapewnić dobry widok wszystkich części jej ciała publiczności spragnionej taniej rozrywki.

3. Zmiana pozy kobiety, piersi i części intymne bardziej zasłonięte ręką, jak Wenus Kapitołińska.

Poza, w której uchwyciono Saartjie, przypomina lekko tę przybraną przez sławną Wenus Kapitołińską. By jednak jeszcze bardziej upodob-nić się do tej bogini, Baartman musiałaby przybrać skromniejszą po-stawę i wygiąć ciało w silniejszy kontrapost.

4. Zamiana psa na małego lwa.

Pokazy ludzi odbywały się często wraz z pokazami egzotycznych zwierząt, zatem obecność małego lwa na rycinie nie byłaby wcale szokująca.



„La Belle
Hottentot”,
Francja, XIX w.



**Andrzej
Chodacki**

Laureat I miejsca
w kategorii
non-fiction
Konkursu
Literackiego
„Przychodzi wena
do lekarza” (2014)

Odbiorą mi tylko życie*

– Lazarowicz, do wyjścia, rzeczy spakować!

Odprowadza mnie ciężkie spojrzenie zmęczonych strachem ludzi. Mietek patrzy z górnej przycy. Nasze oczy na chwilę się spotykają. Polubiłem tego chłopca, tylko rok starszy od mojego Zbyszka. Powinien żyć, a nie gnić w tej celi. Widzę, że jego spojrzenie staje się szkliste, więc opuszczam wzrok. Wczoraj wyprowadzili dwóch, potem słyszeliśmy strzały, jeszcze dźwięczą w moich uszach. Tamci nie wrócili.

– Naprzód!

Kiedy mnie ostatni raz tędy prowadzili? Pewnie z tydzień temu, kiedy po raz kolejny proponowali mi współpracę.

– Tamtych i tak wyłapiemy, a ty, Lazarowicz, masz przecież rodzinę.

Nic nie odpowiedziałem. Gdybym się odgryzł, zaczęłoby się bicie, jak na ostatnim przesłuchaniu. Teraz nie mam czym pogryźć chleba. Jak mają zabić, zabiją. Lepiej zginąć jak człowiek, niż jak pies.

– Otworzyć drzwi!

Co powiedzieć dziecku, gdy się go widzi może ostatni raz? Jakie słowa ojca do syna, by zapamiętał? Bo to przecież tylko kilka słów pozwolą, nie tak, jak dawniej w czasie spacerów po lesie, kiedy mieliśmy na rozmowy cały dzień. Myślałem nad tym kilka wieczorów, gdy nie mogłem zasnąć. Spojrzę mu w oczy i powiem, że był dobrym synem. Że go kocham i zawsze będę kochał. Żeby tylko Zbyszek się nie rozplakał. Tamci nie mogą zobaczyć słabości, bo potem już go nie wypuszczą.

Słowa przyszły same. Twarde i żołnierskie, jak uścisk, gdy ostatni raz trzymałem go w ramionach. Wyrósł na silnego mężczyznę, dłoń ma krępką, zaprawioną. Pocałował moje ręce... Dobrze go wychowałem.

– Naprzód!

Wisienka wyglądała na tak zbolaną na procesie. Z daleka widać było, że co chwila obciera fzy. Ale przynajmniej przez te sześć dni miałem możliwość ją zobaczyć. To też dobrze. Takie pocieszenie po trzech latach rozłąki. Zastanawiałem się, co powiem, gdy przyjdzie moja kolej. Adwokat coś tam próbował tłumaczyć, ale wiadomo było, że to nic nie da.

– Oskarżony Lazarowicz, co oskarżony ma do powiedzenia na swoją obronę? – dotarło do mnie, gdy wpatrzony w żonę i młodszego syna zastanawiałem się, czy mają co jeść.

Pierwsze słowa, pamiętam, przyszły mi z trudem, bo w gardle całkiem mi zaschło. Nie dali nam jeść ani pić przez cały dzień. Ale potem już poszło. Powiedziałem, co miałem powiedzieć. Uśmiechnąłem się w duchu, wypowiadając ostatnie słowa: „I gdybym się drugi raz urodził, to zrobiłbym to samo, co zrobiłem”. Wszechogar-

niające odczucie Ojczyzny, złożone z narodzin, ślubów, uroczystości sierpniowych na odzyskanie niepodległości na chwilę ogrzało moje serce. Ale kiedy spojrzałem na Wisienkę, ten wewnętrzny uśmiech zgasł.

– W dół, złać!

Do mojej świadomości przebija się fragment z Biblii, kuszenie Jezusa na pustyni. Przecież jeszcze można się uratować. Zobaczyć żonę i dzieci. Co zrobił wtedy Jezus? Co zrobił?!

– Lazarowicz, wiesz, co cię czeka?

Wtedy Jezus nie mówił do demona inaczej, jak słowami Pisma.

– Niech ci Bóg wybaczy to, co chcesz zrobić.

Zaklejają mi usta. Ręce, które dotykają mojej twarzy z tyłu, drżą.

A więc boisz się Boga? Tak, zaklejcie mi usta, myśli nie zakleicie...!

– Naprzód!

Ta ostatnia rozmowa z synem. Trochę jak dowódca z żołnierzem. Czemu nie powiedziałem mu, jak bardzo jestem z niego dumny? Jak dziękuję Bogu, że dał mi wspaniałego syna? Gdybym mógł jeszcze raz zobaczyć bliskich...

– STÓJ!

Bezwzględnie ograniczające mnie z boków ręce odpuszczają. Stoję teraz sam. Cisza. Gdzieś z daleka słychać komendy apelu wieczornego. Odległe bicie dzwonu, a może to moje serce tak łomocze? Kroki za mną, znów cisza. Potem szcęk przeładowania pistoletu.

– Boże, ulituj się nade mną...

!!!

Odbiorą mi tylko życie. A to nie najważniejsze. Cieszę się, że będę zamordowany jako katolik za wiarę świętą, jako Polak za Polskę niepodległą i szczęśliwą, jako człowiek za prawdę i sprawiedliwość. Wierzę dziś bardziej niż kiedykolwiek, że idea Chrystusowa zwycięży i Polska niepodległość odzyska, a pohańbiona godność ludzka zostanie przywrócona. To moja wiara i moje wielkie szczęście. Gdybyś odnalazł moją mogiłę, to na niej możesz te słowa napisać. Żegnaj, mój ukochany. Całuję i do serca tulę. Błogosławię i Królowej Polski oddaję. Ojciec.

Pytasz – czy ofiary nasze nie pójdą na marne, czy niespełnione sny powstaną z mogił,

czy syn będzie kontynuował idee ojca?

Wierzę – nie pójdą, sny wstaną, syn zastąpi ojca, Ojczyzna niepodległość odzyska. ■

* Opowiadanie poświęcam pamięci podpułkownika Adama Lazarowicza, pseudonim Klamra, ur. 14 października 1902 r, który został zamordowany strzałem w tył głowy wieczorem 1 marca 1951 r. w podziemiach więzienia mokotowskiego w Warszawie. Wraz z nim tego dnia zginął taką samą śmiercią jego przyjaciel, pułkownik Łukasz Ciepliński, którego grypсы cytowane są pod opowiadaniem.

II Ogólnopolski Plener Fotograficzny Lekarzy

Na cztery dni (11-14 września) lekarze z całej Polski porzucili obrazy rentgenowskie, tomograficzne i usg, by w Kazimierzu Dolnym nad Wisłą oddać się fotografowaniu. Pieczę nad nimi sprawował Dariusz Hankiewicz, organizator pleneru, przewodniczący KK ORL w Lublinie. I zarażał swoją pasją. Wiem z doświadczenia, że tego wirusa przekazuje bardzo skutecznie. – Fotografia ma w sobie wyjątkową moc – pozwala zamrozić na zawsze coś, czego byliśmy świadkiem przez chwilę – mówi doktor Hankiewicz.

Poza zajęciami praktycznymi, czyli utrwalaniem własnych obrazów Kazimierza, lekarze mieli możliwość wysłuchania wykładów

profesjonalistów oraz ich opinii na temat zrobionych zdjęć. W plenerze uczestniczyli Maks Skrzeczkowski z UMCS i dr hab. Witold Krassowski z ASP w Warszawie.

Impreza została zorganizowana przez OIL w Lublinie, pod patronatem Naczelnej Rady Lekarskiej.

Wernisaż wystawy poplenerowej odbędzie się 15 listopada (godz. 12.00) w Galerii Sztuki Nieprofesjonalnej „U Lekarzy”, w siedzibie Okręgowej Izby Lekarskiej w Lublinie, gdzie pozostanie do 15 stycznia 2015 r. Planowane jest pokazanie prac poplenerowych także w innych Okręgowych Izbach Lekarskich. ■

**Marta
Jakubiak**

Więcej zdjęć
w **AKTUALNOŚCIACH** na
www.gazetalekarska.pl

Aktualności



Uczestnicy pleneru.

XVIII Europejski Bal Lekarzy w Gladbeck

Polskie Towarzystwo Medyczne w Niemczech T. Z., członek Kongresu Polonii Niemieckiej T. Z. oraz światowej Federacji Polonijnych Organizacji Medycznych, zaprasza do udziału w tradycyjnym XVIII Europejskim Balu Lekarzy i XXXIII Balu Polskiego Medyka w Niemczech.

Impreza odbędzie się 15 listopada 2014 r. w Hotelu Van der Valk w Gladbeck koło Essen. W programie towarzyszącym balowi przewidziano m.in. sympozjum naukowe Polskiego Towarzystwa Medycznego oraz dodatkowe wydarzenia artystyczne. ■



Więcej szczegółów
w **AKTUALNOŚCIACH**
na www.gazetalekarska.pl
oraz na stronach organiza-
tora: www.kongrespn.org,
www.poloniamed.de.

Aktualności



**Marta
Jakubiak**

Obszerna relacja
zdjęciowa w „Gazecie
Lekarskiej **PREMIUM**”
na www.gazetalekarska.pl.

Premium



V Zlot Motocyklowy Lekarzy u Mannixa w Baranowie Sandomierskim

W połowie września na ziemi świętokrzyskiej spotkali się miłośnicy motocykli i ludzie dobrej woli.

W czasie trzydniowego zlotu ponad 60 uczestników odwiedziło m.in. Szydłów (polskie Carcassonne) i Ujazd z ruinami pięknego zamku Krzyżtopór. Podczas wizyty w Sandomierzu uczestnicy zlotu wzięli udział w pokazie ratownictwa medycznego, zorganizowanym przez Mariusza Janikowskiego, prezesa Fundacji Lekarzy Lekarzom, jednocześnie organizatora zlotu.

– Serdecznie dziękuję uczestnikom oraz zespołowi ratowników PCK z Sandomierza. To było bardzo sprawnie przeprowadzone i pouczające szkolenie. Nawet przechodnie byli zaintrygowani i zatrzymywali się, by posłuchać i popatrzeć, jak należy prawidłowo prowadzić akcję reanimacyjną – opowiada prezes Janikowski. – Serdeczne słowa podziękowania kieruję również do wszystkich koleżanek i kolegów lekarzy, którzy

wspierają naszą fundację. Ponieważ jesteśmy organizacją młodą, potrzebujemy popularyzowania naszej działalności w środowisku. Dzięki zlotowi mogłem również w Sandomierzu przybliżyć nasze najważniejsze cele i podjęte dotychczas działania. Potrzeby są ogromne, a przed nami bardzo wiele do zrobienia – dodaje.

Jeśli chcesz wesprzeć potrzebujących lekarzy, przekaż choćby symboliczną kwotę na działalność fundacji. Namów też do tego innych. Z góry dziękujemy!

Fundacja Lekarzy Lekarzom:

ul. Jana Sobieskiego 110

00-764 Warszawa

Nr konta:

PKO SA 31 1240 6263 1111 0010 4779 2541 ■



Szkolenie.



Przeprawa promowa.

XXIV Żeglarskie Mistrzostwa Polski Lekarzy

Tegoroczne Żeglarskie Mistrzostwa Polski Lekarzy rozgrywane były w dniach od 5 do 7 września w ośrodku żeglarskim „Wrota Mazur”, zlokalizowanym pomiędzy jeziorem Śniardwy a jeziorem Roś, tuż przy ujściu kanału Jeglińskiego.



Na wodzie.

Żeglowano na nowych jachtach klasy Delphia 21 o długości 6 m z powierzchnią ożaglowania około 18 m kw. W celu wyrównania szans, wyścigi rozegrano systemem przesiadkowym z losowaniem kolejnych łódek, które odbywało się na zakończenie każdego dnia regat. W sportowej rywalizacji zwycięzcą regat zo-

stała załoga Jana Krupy z Węgorzewa i Giżycka, przed teamem Wojciecha Niczyporowicza z Olsztyna i ubiegłoroczną zwycięską załogą pod dowództwem Adama Skupienia z Węgorzewa. Wyścig memoriałowy, rozgrywany na długiej trasie, wygrała załoga Wojciecha Niczyporowicza z Olsztyna. ■

**Zbigniew
Gugnowski**

Więcej
w **AKTUALNOŚCIACH** na
www.gazetalekarska.pl.

Aktualności



XII Igrzyska Lekarskie

**Ryszard
Golański**

Drugi wrześniowy weekend to co roku święto lekarskiego sportu. Nie boję się tego określenia. Jest to bowiem ewenement na skalę niespotykaną. Poszczególne dyscypliny mają mistrzostwa Polski lekarzy: pływanie, biegi, piłka nożna, siatkówka, tenis, lekkoatletyka, rowery... Ale raz w roku lekarze sportowcy oraz ich rodziny spotykają się pod Tatrami.

Rywalizacja odbywa się w osiemnastu dyscyplinach i kilkudziesięciu konkurencjach. Obok tych najbardziej popularnych, można zobaczyć golf, trójbój siłowy, triathlon czy squash. Zakopiański Centralny Ośrodek Sportu i kilka innych aren sportowych zgromadziły w tym roku około siedmiuset uczestników i osób towarzyszących.

Pogoda nie była tym razem łaskawa. Dyscypliny na otwartych stadionach odbywały się w czwartek i piątek przynajmniej częściowo w deszczu. Nie przeszkadzało to zawodnikom – emocje każą zbagatelizować aurę. Gorzej było obserwatorom i kibicom. Na szczęście w sobotę zawitało słońce.

Staraliśmy się, aby w naszym portalu www.gazetalekarska.pl jak najszybciej zamieścić zdjęcia z hal i boisk. Szczegółowe wyniki, a także wiele świetnych zdjęć osoby zainteresowane znajdą również na stronie www.igrzyskalekarskie.org.

Wszystkie wielkie wydarzenia sportowe mają swoje gwiazdy. W pływaniu dentystka z Łodzi Ewa Zimna-Walendzik zdobyła 9 złotych medali, inni wybitni pływacy to m.in. Jan Wilczek, Jerzy Leszczyński i Marek Trzensiok. Ten ostatni z synami Dominikiem i Mateuszem wygrali sztafetę rodzinną. 14 medali w rozmaitych dyscyplinach zdobyła, jak co roku, Mirosława Przyłuska ze



Rywalizacja koszykarzy.



Mistrzowie z Katowic.



Najlepsi z najlepszych.

Szczecina, powszechnie nazywana „Misią”. Turniej siatkówki wygrali lekarze z Katowic, pokonując w finale łodzian. W koszykówce zwyciężyli warszawianie, po zwycięstwie nad ekipą z Łodzi. Zmagania piłkarzy wygrała drużyna z Grodna. Tradycyjnie w igrzyskach biorą udział lekarze z Białorusi. Matężstwo Chemiczowskich – Grażyna i Przemysław – „zgarnęło” komplet złotych medali w strzelaniu. Wiele rodzin zdobywało medale, nie sposób wymienić wszystkich, przywołać wypada Bibików, Kacałów, Lesmanów czy Łabudzkich. W lekkoatletyce tradycyjnie „błyszczeli” Beata

Warzecha, Eliza Radzik, Włodzimierz Dłużyński, Stefan Madej, Edward Szydło czy Julian Pełka. Wszechstronną zawodniczką była Joanna Urbaniak. Zwracały uwagę swoimi wynikami Karolina Gawrońska z Wrocławia, Dorota Fabjańska i Anna Michałowska z Lublina.

Słowa uznania i podziękowania należą się, jak co roku, Izie i Maciejowi Jachymiakom, niestrudżonym organizatorom zawodów oraz ich liczny współpracownikom. Współorganizatorami były Komisje Sportu i Rekreacji NRL oraz OIL w Krakowie. Patronem medialnym była „Gazeta Lekarska”. ■



Zakończenie igrzysk.

Odbijamy – rywalizacja badmintonistów

Na przełomie maja i czerwca roku w hali widowiskowo-sportowej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi został rozegrany trzeci już turniej badmintona „Zdążyć przed lotką 2014” oraz II Mistrzostwa Polski Lekarzy w Badmintonie.

Impreza sportowa skierowana była do szerokiej grupy przedstawicieli zawodów związanych z medycyną oraz pracowników i studentów

Uniwersytetów Medycznych w Polsce. W ciągu dwóch dni turniejowych rozegrano ponad 200 pojedynków w czterech kategoriach wiekowych mężczyzn: do lat 35, 35-45, 45-55, ponad 55 lat, a także w kategorii kobiet, gry mikstowe i deblowe oraz turniej dzieci. Mistrzostwa Polski Lekarzy stały na bardzo wysokim poziomie i zakończyły się dużymi niespodziankami. ■



W oczekiwaniu na lotkę.

Robert Bibik

Wyniki i bardziej obszerna relacja w
AKTUALNOŚCIACH na
www.gazetalekarska.pl.

Aktualności



Na dobry początek

Maluchy poszły do szkół z nowym elementarzem. Litera po literze i rok po roku będą poznawać zawiłości rządzące światem. Przekroczą próg bajek. Z czasem zastąpią podział na dobro i zło odcieniami hipokryzji, koniunktur, dwóch stron medalu i świętego spokoju. Niewielki odsetek pierwszoklasistów założy w przyszłości biały fartuch, ale wszyscy pozostaną pacjentami.

O ile wrzesień jest początkiem nauki podstaw i ogólnego spojrzenia, o tyle październik wprowadza w życie, nazwijmy je umownie, dorosłych. Najpierw Gaudeamus. Kilka lat studiów, poznawanie swoich możliwości, kształtowanie poglądów, ścieranie opinii, czas pomysłów i decyzji szalonych. Potem dyplom, podanie o pracę, przycupnięcie w pokoju lekarskim ze stołem epikryz do napisania. A dalej odliczanie dyżurów, kursów, specjalizacji, awansów i dysonansów, upragnionych wakacji i kradzionych chwil na hobby, żeby nie zwariować.

Do pokoju lekarskiego w pierwszym dniu pracy przyprowadził mnie dyrektor i przedstawił ordynatorowi oddziału. Podobno byłem ostatni, który dostąpił takiego zaszczytu. Zespół punktualnie zajął miejsca i rozpoczęła się poranna odprawa. Dyżurny zdawał relacje z godzin nocnych, opowiadając o zdarzeniach i wdrożonym postępowaniu. Zgłoszono wypisy. Zaplanowano konsultacje. W ostatnim słowie padło zaproszenie do zaopiekowania się „młodym kolegą”. Pierwszy obchód, opowieści o zwyczajach oddziału i trochę wspomnień. Od następnego dnia byłem jednym z nich.

Od kilku lat spotykam się z absolwentami uniwersytetów medycznych, którzy postanowili w naszym okręgu wykonywać ograniczone prawo zawodu lekarza lub lekarza dentystry. Z racji wielkości izby rozmowa ma charakter kameralny, rzekłbym nawet domowy. Witam wszystkich serdecznie, przedstawiam gości i dużo gadam: najpierw o korzeniach samorządu i wkładu poszczególnych kadencji w jego budowę; potem o odpowiedzialności zawodowej i Kodeksie Etyki Lekarskiej, którego egzemplarz daję każdemu na pamiątkę z prośbą o choćby jedno czytanie przed snem; dalej adepci opowiadają o sobie: skąd pochodzą, gdzie studiowali, co ich przygnało na prowincję i jakie są ich marzenia specjalizacyjne. Prezydium dopytuje o obrączki, dzieci, zainteresowania. Atmosfera się rozluźnia. Ręce odważniej nalewają kawę i częstują się ciastkami. Kiedy wszyscy trzyma-

ją ograniczone prawo wykonywania zawodu, kodeks, kartę stażową, prenumeratę roczną naukowego miesięcznika, prezent – książkę o znanym lekarzu z okolic; kiedy już uśmiechnęliśmy się do indywidualnych i wspólnych fotografii, przysiadamy jeszcze na chwilę. I znów witamy, tym razem w imieniu szpitali i koordynatorów. Mówimy, gdzie można, a nawet trzeba zgłaszać problemy i uwagi. A na koniec stażyści zostają sami, żeby wymienili się telefonami i mailami. Na dobry początek.

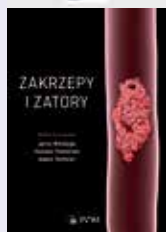
Wymyśliłem sobie pojęcie „sieci stażystów”. Zauważyłem, że lekarze z mojego i starszych roczników poznając się w grupie stażowej, są dla siebie bardziej przychylni, koleżeńscy. W wielu wypadkach przyjaźnią się, spotykają rodzinnie, gromadnie zapisują na bale lekarskie i organizują wakacje. Przy dobrym zbiegu okoliczności, na przykład małżeństwach zawiązanych między różnymi rocznikami, powstaje siatka znajomych, którzy wspólnie pracują, uczą się i bawią, a w przyszłości zajmują ważne pozycje w strukturze oddziałów i przychodni. Znają swoje pismo, mocne i trochę słabsze strony, emocjonalność, umieją ze sobą gadać w cztery oczy i podnosząc słuchawkę w ważnej sprawie lub błahostce. To nie jest układ czy adoracja, a zespół opieki zdrowotnej. Życie nie jest oczywiście idealne, a wzorzec jest tylko wzorcem, ale każda nić porozumienia jest ważna.

Jeden z twórców samorządu powiedział mi kilka dni temu, że izba działająca na zasadach wzajemnych kontaktów nie ma racji bytu, jest kuriozalna, zaściankowa i dlatego oportunistycznie odnosi się do rozwiązań zachowujących dystans instytucji z lekarzem opłacającym składki. Wiem, że wiele z tych słów niestety jest prawdziwa. Uważam jednak, że mój zawód opiera się na zaufaniu. Trudniej to zrobić w wielkich izbach, ale w delegaturach już można. Przecież mimo ćwierćwiecza izb lekarskich, każdego października następuje kolejny początek, próba zmiany warty, budowa zaufania, bez którego ciężko się pracuje w zespole i z pacjentem. ■

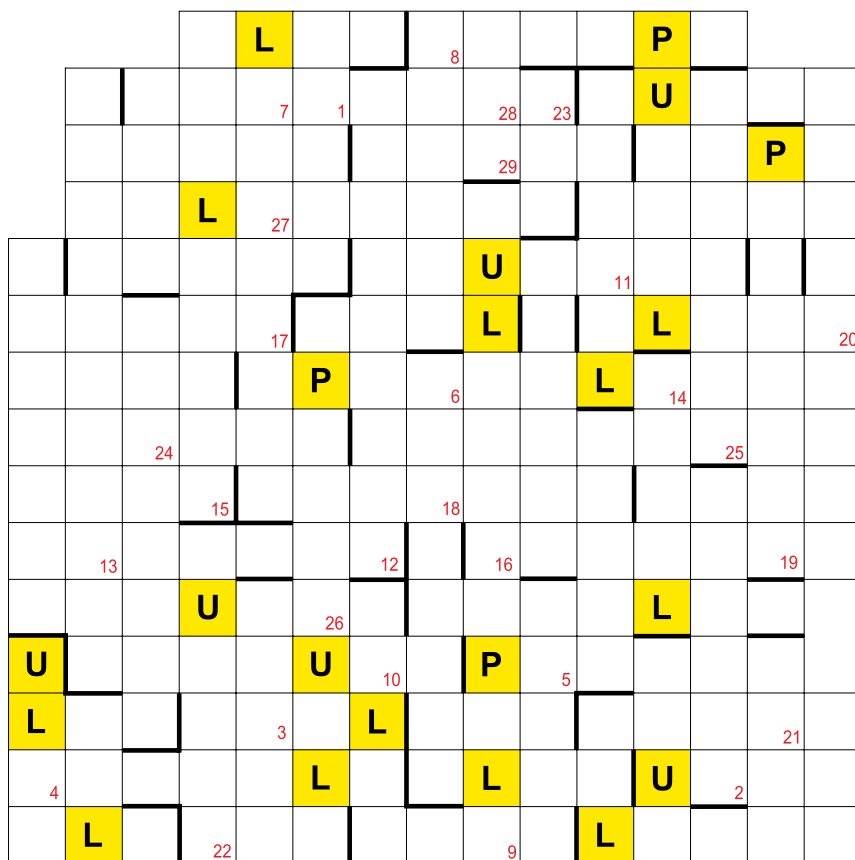


Jarosław Wanecki

Przewodniczący
kolegium
redakcyjnego „GL”



Objaśnienia 71 hasel podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: L, P i U. Na ponumerowanych polach ukryto 29 liter hasła, które stanowią rozwiązanie. Jest to przysłowie gruzińskie. Należy je przesłać na karcie pocztowej lub e-mailem na adres redakcji do 10 listopada 2014 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji).



Rozwiązanie Jolki lekarskiej nr 199 („GL” nr 6-7/2014)

Pamięć to straż umysłu.
Szekspir

Nagrody otrzymują:
Artur Mierzecki (Szczecin), Maria Zubrzycka (Częstochowa), Wojciech Lemańczyk (Gdańsk).
Fundatorem nagród jest Wydawnictwo Lekarskie PZWL, www.pzwl.pl. Nagrody prześlemy pocztą.

* imię autora „Jądra ciemności” * Suomi * szef Zefira * tussis * angielskie tak * niemiecki orzeł * wyspa z Alofi * tropikalne muchówki * autor „Kroniki Wróblego Zaułka” * lok * przy szpitalu dla helikopterów * staropolska pani * stolica Kurdów irackich * rybia kosteczka * domek Puchatka * 4 mendle * kiszka * miejsce zwycięstwa Dymitra Dońskiego * przebieg np. zdarzeń * wersja, odmiana * motyl nocy * miasto przy ujściu Orne * mnich żyjący z innymi * epiphora * prezydent Włoch (1948-55) * angielskie jasne mocne * akropolska świątynia Ateny * kość łokciowa (łac.) * kanton z Altdorf * koński kefir * górna warstwa skorupy ziemskiej * nicienie jelita grubego * Wisła Wenezueli * znakomnici obywateli * 1-y przeleciał nad biegunem pd. * między kotem a rysiem * płynie przez Wysokie Mazowieckie * święcenie biskupie * tlenek arsenu * prawny lub nagi * miłośniczka muzyki * gwiazdziste * przeczyszczający sok z sukulenta * z Wach-szanem tworzy Amu-darię * nieprzerwane zatrudnienie * sportowy Rolls-Royce * medykament * poprzednik Donitza * przesąd * prawe ramię delty Renu * jaszczurka kołnierzysta * zespół Grechuty * gang czworga * synek syna * cataracta * ... ne va plus * ... de la maison * ojciec staroobrzędowców * tętnica główna * gród w widłach Kupy i Sawy * pieśni religijne, źródło jazzu * Szalona, królowa Kastylii * mniejsza i gładka brzośkwinia * lotniskowy pas startowy * babiloński bóg gromu i wojny * śmietanka społeczna * perineurium * gród nad Sanem przed Sanokiem * partnerka Stasia Tarkowskiego * fundament * palpatio

BJER

Wydawca:

Naczelna Rada
Lekarska



Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład: 165 050 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:
Tel. (22) 558 80 40, Fax (22) 558 80 42
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

FOTO na okładce: UMK / Andrzej Romański

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

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



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