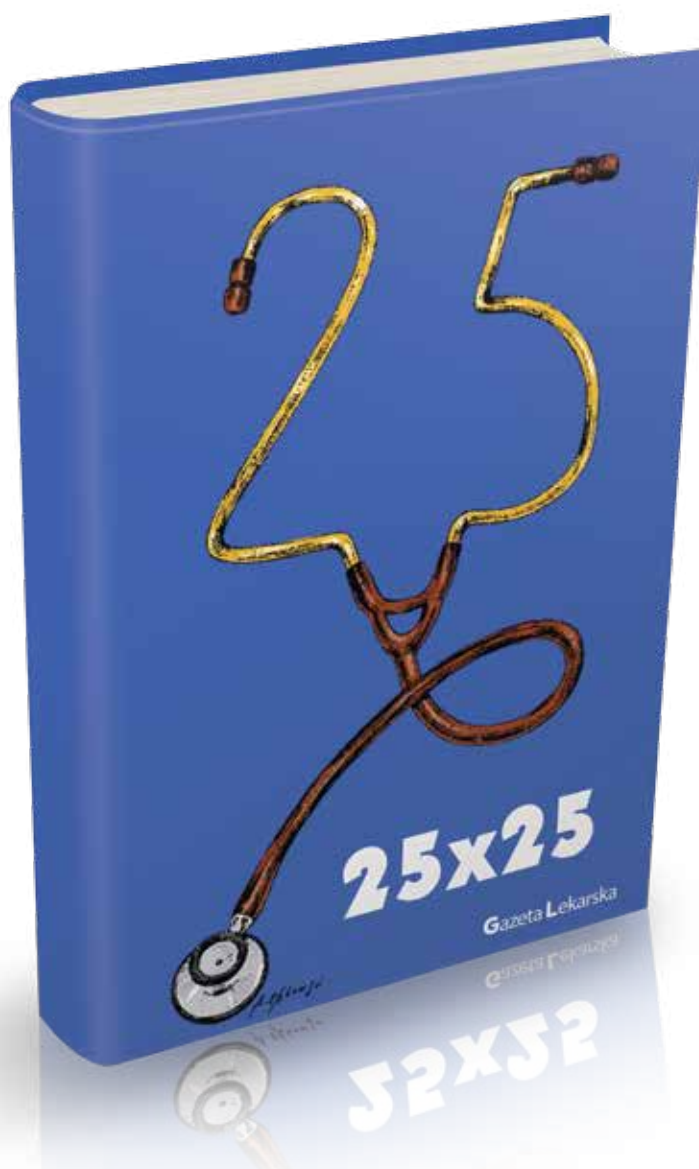


12
2014

01
2015

Gazeta Lekarska

PISMO IZB LEKARSKICH



12

Temat miesiąca

POZ w pułapce pakietów

21

Samorząd

25 lat lekarskiej samorządności

40

Ochrona zdrowia na świecie

Trudny temat: zdrowie psychiczne

Spis treści



17



21



32



42

- 4 **Na wstępie / R. Golański:** Srebrny jubileusz
- 6 **Pierwszym głosem / M. Hamankiewicz:**
Ważne dni i wydarzenia
- 8 **Skrining**
- 10 **Obserwacje / S. Badurek:** Pakiet jak wyborcza obietnica
- 12 **Temat miesiąca:** POZ w pułapce pakietów
- 16 **Nasi w Europie / A. Lella:**
Stanowisko ERO-FDI w sprawie ochrony danych pacjentów
- 17 **Rozmowa o zdrowiu:**
Lecha Wałęsy wzór na demokrację
- 21 **Samorząd:** 25 lat lekarskiej samorządności
- 24 **Samorząd:** 25 lat sporów o wizję i pieniądze
- 28 **Punkt widzenia / J. Małmyga:** Nie żałuję
- 29 **Stomatologia:** Ostatni dzwonek?
- 32 **Stomatologia:** Stomatolog i genetyk są sobie potrzebni
- 34 **Praktyka lekarska:** Ludzie starzy w szpitalu leczeni są nie tylko na geriatric
- 36 **Praktyka lekarska:**
Transplantologia – misja, pasja, powołanie
- 38 **Praktyka lekarska:** Oddychać bez raka
- 40 **Ochrona zdrowia na świecie:**
Trudny temat: zdrowie psychiczne
- 42 **Indeks korzyści:** Na jubileusz
- 44 **Z dwóch stron sceny / S. Pietras:**
Medycy w sztuce operowej
List do redakcji: Odważmy się być uczciwi
- 45 **Z dwóch stron sceny / A. Andrus:** Obrzydzanie skarpet
- 46 **List do redakcji:** Uzależnienie niejedno ma imię
- 48 **Błąd malarski:** Na ścianie
- 50 **Kultura:** Muzyka i książki. Kawa i papierosy.
- 51 **Kultura**
- 54 **Sport**
- 55 **Ogłoszenia**
- 64 **Komunikaty**
- 65 **Epikryza (47) / J. Wanecki:** Moja izba
- 66 **Jolka lekarska**

1.01

Wchodzi w życie większość przepisów dotyczących wprowadzenia pakietów: kolejkowego i onkologicznego. Szczegóły na www.gazetalekarska.pl w zakładce „Aktualności”.

1.01

Przypominamy, że zmieniła się wysokość miesięcznej składki członkowskiej: podstawowa 60 zł, stażyści 10 zł.

1.03

Od tego dnia lekarze i lekarze dentyści, świadczący usługi w zakresie opieki medycznej w ramach swoich praktyk zawodowych, bez względu na poziom osiągnięty z tego tytułu obrotów, muszą prowadzić ewidencję przy zastosowaniu kas fiskalnych. Szczegóły na www.gazetalekarska.pl w zakładce „Aktualności”.

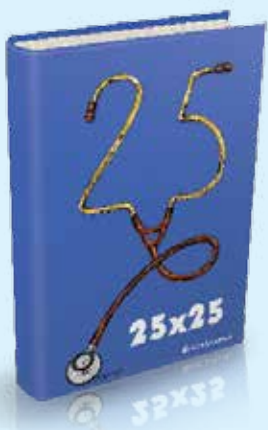
Przypominamy!

Lekarze prowadzący praktyki zawodowe mają obowiązek zgłoszenia zmiany danych praktyki do rejestru prowadzonego przez OIL w ciągu 14 dni od momentu zaistnienia zmiany.



Ryszard Golański

Redaktor naczelny „GL”



Srebrny jubileusz

Obchodzimy srebrny jubileusz odrodzonego samorządu zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów.

Przez blisko trzy lata w „Gazecie Lekarskiej” publikowaliśmy cykl przedstawiający działania 25 okręgowych izb lekarskich w ciągu minionych 25 lat. Całość zebraliśmy w wydawnictwie książkowym. Naszym celem nie była ocena samorządu, ale przedstawienie osób i wydarzeń, które tworzyły historię dwudziestu pięciu izb lekarskich.

Wykonywanie zawodu lekarza to coś więcej niż praca zgodna z umiejętnościami zdobytymi w ciągu długich i trudnych studiów. Z tego powodu jest on szczególnie predestynowany do samostanowienia. Historia izb lekarskich w Europie to ponad 150 lat, w Polsce lat ponad 90. Dlaczego zatem w tej książce piszemy o 25 latach samorządu lekarskiego w naszym kraju? Ponieważ piszemy o samorządzie zawodowym lekarzy odrodzonym po kilkudziesięciu latach nieistnienia. Samorząd w jakiegokolwiek postaci nie pasował do systemu stalinowskiego, dlatego po wojnie izby lekarskie w Polsce rozwiązano, „zniesiono” – jak stało w tytule ustawy z 18 lipca 1950 r. Próba ich reaktywacji miała miejsce w latach 1980-81, na fali solidarnościowej odnowy. Ogólnopolska Konferencja Lekarzy, zwołana z inicjatywy Sekcji Służby Zdrowia NSZZ „Solidarność”, która podjęła uchwałę o potrzebie reaktywowania samorządu lekarskiego, odbyła się w Poznaniu 12 grudnia 1981 r., w przededniu ogłoszenia stanu wojennego.

W mrocznym czasie, który nastąpił potem, nie było szans na kontynuację tych starań.

17 maja 1989 r. ostatnim aktem legislacyjnym Sejmu Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej było uchwalenie Ustawy o Izbach Lekarskich. Ówczesna Rada Państwa powołała Krajowy Komitet Organizacyjny Izb Lekarskich. Na mocy postanowień Okrągłego Stołu do Komitetu dołączyli lekarze przedstawiciele NSZZ „Solidarność”, wśród nich piszący te słowa. 4 czerwca 1989 r. odbyły się pamiętne wybory, czyli prawdziwy początek końca systemu komunistycznego w Europie. Jako cezurę przyjmuje się upadek muru berlińskiego, ale wcześniej „kropkę nad i” postavili Polacy przy urnach wyborczych. We wrześniu 1989 r. powołano pierwszy powojenny niekomunistyczny rząd polski, z Tadeuszem Mazowieckim jako premierem. Piszę o tym dlatego, że okręgowe zjazdy lekarzy, początkujące działalność odradzającego się samorządu lekarskiego, odbywały się w listopadzie, a więc zaledwie kilka miesięcy po tych wydarzeniach. Tworzeniu od nowa struktur izbowych towarzyszył entuzjazm, o którym dziś się już nie pamięta, a także wielkie nadzieje. Nadzieje na poprawę sytuacji w tak zwanej służbie zdrowia, nadzieje na poprawę warunków pracy lekarzy i ich bytu. Oceny, na ile te nadzieje zostały spełnione w ciągu minionych 25 lat, pozostawiam każdemu z nas. ■

Migawka

*Podnieś rękę Boże Dziecię,
błogosław Ojczyznę miłą
w dobrych radach, w dobrym bycie
wspieraj jej siłę swą siłą...*

**Kolegium Redakcyjne i Redakcja „Gazety Lekarskiej”
wraz ze współpracownikami i autorami składają
Lekarzom i Lekarzom Dentystom świąteczne
i noworoczne życzenia ZDROWIA.
Oby starczyło nam wszystkim sił na kolejne zmiany...**

Jarosław Wanecki

Ryszard Golański

Leczenie transgraniczne

15 listopada 2014 r. weszła w życie ustawa z 10.10.2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2014 r., poz. 1491). Wdraża ona, z ponad rocznym opóźnieniem, dyrektywę Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (Dz.Urz.UE.L Nr 88, str. 45).

Zgodnie z ustawą NFZ finansuje koszty świadczeń udzielonych poza granicami:

- na zasadzie zwrotu kosztów;
- na podstawie przepisów o koordynacji (regulujących uprawnienia osób przemieszczających się w UE);
- na podstawie decyzji dyrektora oddziału albo Prezesa NFZ.

Na zasadach określonych w ustawie nie można uzyskać zwrotu kosztów szczepień obowiązkowych, opieki długoterminowej i przeszczepień. Zwrot kosztów obejmuje świadczenia gwarantowane. Uzyskanie zwrotu kosztów niektórych świadczeń musi być poprzedzone zleceniem przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego (także zagranicznego), potwierdzeniem skierowania w zakresie jego celowości, zakwalifikowaniem pacjenta do określonego programu lekowego. W przypadku świadczeń objętych wykazem wydanym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia zgodę na świadczenie musi wydać dyrektor oddziału NFZ. Finansowane są również koszty leków (wykupionych w aptece na podstawie recepty zagranicznej lub transgranicznej), zakupu lub naprawy wyrobu medycznego – ordynowanych zgodnie ze wskazaniami refundacyjnymi. Zwracane są koszty do kwoty stosowanej dla danego świadczenia w umowach zawieranych przez NFZ ze świadczeniodawcami lub dla świadczeń finansowanych z budżetu, limitu refundacji. Jeśli procedura zagraniczna nie ma polskiego odpowiednika, przyjmuje się kwotę finansowania procedury najbardziej zbliżonej. Jeśli NFZ traktuje kilka świadczeń jako jedno, to zwrot kosztów nie może przewyższyć kosztów tego świadczenia. Ustawa określa również sposób ustalenia podstawy zwrotu kosztów w przypadkach, gdy kwota finansowania na terenie kraju jest jednolita, zróżnicowana czy ryczałtowa za gotowość. Zwrot następuje w złotych (wg kursu z chwili wystawienia rachunku), nie może przekraczać

rzeczywistych wydatków, następuje na podstawie decyzji dyrektora oddziału NFZ. Wniosek o zwrot kosztów musi być złożony w ciągu 6 miesięcy od wystawienia rachunku za świadczenie. NFZ ma na rozpatrzenie takiego wniosku od 30 dni do 6 miesięcy. W przypadku świadczeń gwarantowanych z wykazu Ministra Zdrowia wymagających uprzedniej zgody konieczne jest wypełnienie wniosku o jej udzielenie przez lekarza ze specjalizacją II st. lub specjalistę właściwego do leczenia lub diagnostyki. Zwrot kosztów następuje do kwoty limitu na dany rok, co może powodować zawieszenie wypłaty kwot należnych do 31 stycznia roku następnego.

Dyrektor oddziału NFZ wydaje zgody na udzielenie świadczenia lub jego kontynuację (a także na pokrycie kosztów transportu) w innym państwie UE lub EFTA. Wniosek o taką zgodę wymaga również wypełnienia przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego ze specjalizacją II st. lub specjalistę w dziedzinie właściwej dla wnioskowanego leczenia lub diagnostyki. Lekarz ten musi szczegółowo wskazać zakres świadczeń, dopuszczalny czas oczekiwania i uzasadnić wniosek. Jeśli pacjent przebywa poza granicami, a koszty leczenia zagranicznego przewyższają krajowe, wniosek może obejmować pokrycie kosztów transportu do miejsca dalszego leczenia w kraju.

Prezes NFZ może kierować do przeprowadzenia poza Polską leczenia lub diagnostyki z zakresu świadczeń gwarantowanych, których aktualnie nie wykonuje się w Polsce, jeśli jest to niezbędne w celu ratowania życia lub poprawy stanu zdrowia. Wniosek w tej sprawie wymaga wypełnienia w części przez lekarza z II st. specjalizacji lub specjalistę z właściwej dziedziny będącego profesorem lub doktorem habilitowanym nauk medycznych. Lekarz ten musi uzasadnić sam wniosek, jak i wskazanie podmiotu, w którym mają zostać udzielone świadczenia.

mec.

**Jarosław
Klimek**

radca prawny
OIL w Łodzi

Sponsorem
serwisu
prawnego dla
lekarzy jest firma
Gedeon Richter.



**Maciej
Hamankiewicz**

Prezes
Naczelnej Rady
Lekarskiej

W studiach
telewizyjnych
i radiowych spotykam
się z koleżankami
i kolegami lekarzami
wszystkich
specjalności.
I dziękuję w tym
miejscu tym, którzy
mają odwagę przed
kamerami mówić, że
pomysły ministerstwa
zdestabilizują system,
wprowadzą chaos
i zaszkodzą naszym
chorym.

Ważne dni i wydarzenia

Naczelna Rada Lekarska zwróciła się do pani premier Ewy Kopacz z apelem o wstrzymanie tzw. pakietu onkologicznego.

O pakietach – bo różne pojawiają się nazwy – antykolejkowym, kolejkowym, onkologicznym, Naczelna Rada Lekarska oraz rady okręgowe mówiły już od marca, kiedy to w czasie trwania Krajowego Zjazdu Lekarzy odbywała się konferencja prasowa premiera Donalda Tuska i ministra zdrowia Bartosza Arłukowicza. Minister złożył wówczas szereg obietnic, a potem wszczął proces legislacyjny, nie słuchając uwag środowiska lekarskiego. O wstrzymanie pakietu zaapelowaliśmy do nowej pani premier, która jako lekarz powinna wiedzieć, czym on jest i czuć grożące niebezpieczeństwo. Zanim Naczelna Rada Lekarska wystosowała apel, prosiliśmy panią premier o spotkanie i rozważenie propozycji pilotażu pakietu w jednym z województw. Niestety nie otrzymaliśmy odpowiedzi. Pani premier była również zapraszana przez nas na debatę ministrów zdrowia pełniących tę funkcję od 1989 r., którą zorganizowaliśmy w Sejmie 5 grudnia, oraz na spotkania organizowane w ramach jubileuszu 25-lecia odrodzenia samorządu lekarskiego 6 grudnia. Nie zaszczyciła nas swoją obecnością. Nie pojawił się też minister zdrowia Bartosz Arłukowicz. Widać obawa przed wiedzą, jaką mogło podzielić się pół tysiąca lekarzy i lekarzy dentystów na temat pakietu, była ogromna. Nie ustajemy w staraniach w przekazywaniu naszych uwag mediom. W studiach telewizyjnych i radiowych spotykam się z koleżankami i kolegami lekarzami wszystkich specjalności. I dziękuję w tym miejscu tym, którzy mają odwagę przed kamerami mówić, że pomysły ministerstwa zdestabilizują system, wprowadzą chaos i zaszkodzą naszym chorym.

Henryk Sawka piękną kreską wyrysował postać trzymającą wskaźnik nakierowany na tablicę z napisem: „szybsze wykrycie”, strzałka w dół, „krótsze leczenie”, strzałka w dół, „dłuższe życie”. Obrazek widnieje na stronie głównej Ministerstwa Zdrowia i opatrzony jest nowym, zielonym logo z napisem „szybka terapia onkologiczna”. Trudno powiedzieć, czy postać na rysunku to lekarz, czy urzędnik ministerstwa przebrany w fartuch, czy może sam minister zdrowia, bo po kliknięciu w postać pojawia się tytuł: „Zapraszamy do serwisu poświęconego zmianom wprowadzanym przez ministra zdrowia w ramach pakietu onkologicznego”. I minister zdrowia pisze do pacjentów:

„Zależy nam na tym, aby pacjenci mogli wcześniej zapoznać się z informacjami, tak aby nie zostali zaskoczeni zmianami, które zaczną obowiązywać od 1 stycznia 2015 r. Uwaga! Szczegółowe informacje (w tym informacje o placówkach, w których pacjenci będą się mogli leczyć w ramach szybkiej terapii onkologicznej) zostaną podane w styczniu 2015 r.”. Pod tymi zdaniem spot reklamowy, z którego dobiega: „Lekarz rodzinny może założyć Ci kartę pacjenta onkologicznego. W dziewięć tygodni zrobisz badania, które potwierdzą lub wykluczą diagnozę”. I tutaj powrót do obrazka. Tym razem czyta lektor: „szybsze wykrycie”, „krótsze leczenie”, „dłuższe życie”. Henryk Sawka to satyryk. Dobrze, że o tym pamiętam. Teraz mi pasuje.

Mamy już orzeczenie Naczelnego Sądu Administracyjnego potwierdzające prawo pacjentów do leczenia za granicą za pieniądze NFZ, jeżeli do konkretnej terapii nie ma dostępu w Polsce. To dobra wiadomość. Mamy bowiem spokojniejszą głowę, pracując z lekarzami z zagranicy, którzy mogą pomóc naszemu pacjentowi, a zapłaci za to NFZ. Oczywiście możemy dyskutować, czy my lekarze powinniśmy się zastanawiać, kto za to zapłaci. Nasi pacjenci jednak zwracają się do nas ze wszystkim, z tym również.

Sąd Najwyższy wydał uchwałę w sprawie dyżurów lekarskich i z niecierpliwością czekam na pisemne uzasadnienie, które powie nam wszystkim więcej. A więcej wyjaśnień potrzeba, gdyż w podjętej uchwale mówi się, że za pracę w ramach pełnienia dyżuru medycznego dopełniającego czas pracy lekarza do obowiązującej go przeciętnej tygodniowej normy czasu pracy przysługuje jedynie dodatek w wysokości określonej przez odpowiednio stosowane przepisy kodeksu pracy. To oznaczałoby, że według Sądu Najwyższego pracodawcy będą mogli „uzupełniać” godzinami dyżurów brakujące godziny pracy lekarza w ramach etatu, które powstały na skutek skorzystania przez lekarza z czasu wolnego bezpośrednio po zakończonym dyżurze. Z uchwałami Sądu Najwyższego się nie dyskutuje, ale zapewne takie postępowanie pracodawców będzie czynnikiem demotywującym do pełnienia dyżurów. Liczyłbym więc na ich rozsądek, aby miał kto te dyżury zabezpieczyć. ■



**Katarzyna
Strzałkowska**

Rzecznik
prasowy NIL

Wstrzymać pakiet!

„Naczelna Rada Lekarska widzi konieczność poprawy opieki onkologicznej w Polsce, jednak w obecnej sytuacji zwraca się do Prezesa Rady Ministrów o wstrzymanie wejścia w życie tych przepisów” – apel o takiej treści NRL wystosowała 5 grudnia, biorąc pod uwagę opinie licznych środowisk specjalistycznych. NRL stwierdziła, że wejście 1 stycznia 2015 r. w życie tzw. pakietu onkologicznego grozi destabilizacją całego systemu ochrony zdrowia, a w konsekwencji, nie poprawiając sytuacji pacjentów onkologicznych, może istotnie pogorszyć szanse leczenia pozostałych chorych. Na początku listopada w NIL odbyła się konferencja prasowa ukazująca błędy w pakiecie. Stanowiska przedstawiali: stanowiska NRL – wiceprezes NRL Romuald Krajewski, stanowiska Polskiej Unii Onkologii i Polskiej Unii Onkologii Klinicznej – Janusz Meder, stanowiska Kolegium Lekarzy Rodzinnych – Jacek Łuczak.

Kalendarium działań NRL z ostatnich 10 miesięcy w zakresie onkologii oraz przepisów mających zdaniem ministra zdrowia doprowadzić do zmniejszenia kolejek znajduje się na stronie www.nil.org.pl.

Karta niepotrzebna

Prezydium NRL po otrzymaniu projektu rozporządzenia zawierającego szczegóły dotyczące karty diagnostyki i leczenia onkologicznego uznało, że w proponowanej postaci karta jest tylko dodatkowym i niepotrzebnym obowiązkiem nakładanym na lekarzy, którego realizacja powodować będzie wydłużenie wizyty lekarskiej bez jakichkolwiek korzyści dla pacjenta i jego leczenia.

Zdaniem Prezydium NRL, karta jest rodzajem nieudolnej kopii historii choroby i w obliczu digitalizacji dokumentacji medycznej, wdrażania informatycznych systemów wymiany informacji w ochronie zdrowia, wprowadzanie obszernego papierowego dokumentu, do którego należy dołączać kopie innych dokumentów i który pacjent ma nosić ze sobą często przez wiele lat leczenia choroby nowotworowej, jest zupełnie niezrozumiałe.

Rezydenci bez możliwości zmiany

Do Sejmu RP został skierowany rządowy projekt ustawy o zmianie niektórych ustaw w związku z realizacją ustawy budżetowej, w którym bez konsultacji ze środowiskiem lekarskim zawarto nowelizację przepisów ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty dotyczących rezydentur. Projekt ten zakładał brak możliwości zmiany dziedziny specjalizacji w ramach rezydentury z przyczyn innych niż posiadanie orzeczenia lekarskiego o przeciwwskazaniach do kontynuowania

dotychczasowej specjalizacji. W założeniach projektu był też brak możliwości przeniesienia się lekarza rezydenta poza teren województwa. Przedstawiciele NRL – po liście prezesa NRL domagającym się ich udziału w komisji finansowo-budżetowej – byli obecni na posiedzeniu komisji, gdzie zgłosili stanowczy sprzeciw wobec zapowiadanych zmian. Prezydium NRL podjęło w tej sprawie dwa stanowiska (z 7 i 21 listopada 2014 r.). W rezultacie skreślono zapis dotyczący niemożności przeniesienia się poza teren województwa, ale niemożność zmiany specjalizacji pozostała, co – zdaniem NRL – niekorzystnie odbije się na sytuacji młodych lekarzy w Polsce. Ustawa została uchwalona przez Sejm RP 5 grudnia i wejdzie w życie 1 stycznia 2015 r.

Grypa – ankieta

W związku z rozpoczęciem kolejnego etapu kampanii Światowego Stowarzyszenia Lekarzy na rzecz szczepienia przeciwko grypie prezes NRL Maciej Hamankiewicz zwrócił się z prośbą o wypełnienie ankiety, której wyniki pozwolą na ustalenie, jakie narzędzia komunikacji on-line będą najbardziej skuteczne w warunkach klinicznych oraz opracowanie materiałów kampanii w wersji elektronicznej i papierowej najbardziej odpowiadających bieżącym potrzebom przedstawicieli zawodów medycznych. Link do ankiety znajduje się w „Gazecie Lekarskiej PREMIUM”.

Wynagrodzenia dla biegłych

Naczelna Rada Lekarska otrzymała projekt ustawy o biegłych sądowych i podzieliła pogląd ustawodawców, że tryb ustanawiania biegłych sądowych, zakres ich praw i obowiązków oraz warunki nabywania i utraty uprawnień do pełnienia funkcji biegłego sądowego powinny być uregulowane w jednym akcie prawnym rangi ustawowej. Jednakże w ocenie NRL zasadne byłoby poszerzenie zakresu regulacji projektowanej ustawy o zapisy regulujące zasady i tryb wynagradzania biegłych sądowych. „Niecelowe jest pozostawienie kwestii wynagradzania biegłych sądowych poza ustawą o biegłych sądowych, szczególnie w sytuacji, gdy zasady wynagradzania biegłego w postępowaniu karnym i w postępowaniu cywilnym regulują odrębne ustawy” – stwierdza NRL w stanowisku, które wraz ze szczegółowymi uwagami opublikowane jest na stronie www.nil.org.pl.

REGON na recepcie

W oddziałach wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia pojawiły się różne interpretacje, dotyczące zamieszczania numeru REGON na recepcie przez lekarza, wystawiającego recepty na leki

refundowane na podstawie umowy upoważniającej z NFZ i prowadzącego praktykę w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego. Jedne oddziały wskazywały na REGON przedsiębiorstwa, inne na REGON praktyki. Prezes NRL przesłał do prezesa NFZ prośbę, aby zastosować jedną interpretację, wskazującą, że lekarz wykonujący zawód w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego, które to miejsce wystawiania recept na leki refundowane wskazał w umowie upoważniającej zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia, powinien na receptce zamieścić własny numer REGON, który wskazuje na wykonywaną przez niego działalność leczniczą w tym podmiocie leczniczym.

Odznaczenia państwowe

Podczas odbywających się obchodów 25-lecia odrodzenia samorządu lekarskiego wręczono odznaczenia państwowe siedmiu lekarzom i jednemu lekarzowi dentyście. Krzysztof Bartosz ze Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej w Kielcach oraz Mieczysław Dziedzic ze Śląskiej Izby Lekarskiej otrzymali Złoty Krzyż Zasługi, Romuald Górniak z OIL w Częstochowie, Andrzej Nowiński z OIL w Lublinie oraz lekarz dentysta Marek Wasiak z OIL w Gorzowie Wielkopolskim otrzy-

mali Srebrny Krzyż Zasługi, Małgorzata Klimza z OIL w Częstochowie oraz Krzysztof Zaorski ze Śląskiej Izby Lekarskiej w Katowicach otrzymali Brązowy Krzyż Zasługi. Odznaczenie przyznane w kwietniu 2013 r. Krzyż Kawalerski Orderu Odrodzenia Polski odebrał Igor Chęciński z Dolnośląskiej Izby Lekarskiej.

Szkolenia dla młodych lekarzy

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.

Na stronie www.mlodylekarz.org znajduje się już harmonogram szkoleń na rok 2015.

Zapraszamy do rejestracji i udziału.

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

Zwalanie winy
na lekarzy to
wypróbowana
strategia
nieradzącego sobie
z problemami
służby zdrowia
rządu. A w razie
totalnej klapy
spadnie głowa
Bartosza
Arłukowicza.
Spadnie w sposób
jedynie umowny.
Bo nic, poza
utrata rządowego
stanowiska,
ministrowi nie
grozi.

Pakiet jak wyborcza obietnica

W terenowych oddziałach NFZ trwają właśnie spotkania z lekarzami rodzinnymi w sprawie tzw. pakietu onkologicznego. Zainteresowanych tematem onkologów, internistów i patologów, z którymi nikt nie chce się spotykać, uspokajam, bo wspomniane zebrania mogłyby odbywać się pod tytułem znanej czechosłowackiej komedii „Nikt nic nie wie”, co przy okazji wyjaśnia, dlaczego nie użyłem terminu szkolenia.

Z drugiej strony wystarczyło dobrze słuchać, by już na początku roku dowiedzieć się o pakiecie wszystkiego, co najważniejsze. Późną jesienią 2013 r. NIK opublikowała raport zwracający uwagę na coraz dłuższe kolejki do lekarzy. Ustalenia kontrolerów zadawały kłam enefzetowsko-rządowej propagandzie głoszącej tezę, że długi czas oczekiwania to wynik celowego działania szpitali i przychodni, chcących w ten sposób wymusić podpisanie wyższych kontraktów, a także wina pacjentów zupełnie niepotrzebnie zapisujących się w kilku miejscach na raz. Raport był na tyle szeroko komentowany, że dbający o słupki poparcia Donald Tusk postanowił działać. Podczas zwołanej 10 stycznia konferencji prasowej, premier umieścił skrócenie kolejek do lekarzy wśród priorytetów rządu na rok 2014. – Szczególnie intensywnie będziemy pracowali, jeśli chodzi o kwestie onkologiczne – mówił. Padły wtedy także słowa o niedosypywaniu pieniędzy do ochrony zdrowia. Rzecz jasna, w szczytnym celu uchronienia pacjentów od dodatkowych opłat. Gdyby premier nie posługiwał się we wszystkim, co oficjalnie robił, czułym barometrem nastrojów społecznych, mógłby zakończyć konferencję znaczącym mrugnięciem oka. Nic takiego oczywiście nie miało miejsca. Szef rządu był jak zwykle poważny i przekonujący, choć „mądrej głowie dość dwie słowie” i te mądre, przede wszystkim lekarskie głowy, już wtedy zwracały uwagę, że bez poprawy finansowania o żadnym skróceniu kolejek nie może być mowy, tylko co najwyżej przygaszeniu pożaru w jednym miejscu kosztem eskalacji w innym.

To najlepszy scenariusz. Bardzo prawdopodobny jest gorszy: podejrzenie raka zacznie być wykorzystywane jako furtka do szybszej diagnostyki nie tylko wtedy, gdy będzie to uzasadnione. Łatwo sobie wyobrazić tłumy rozżalonych pacjentów szturmujących przychodnie i szpitale, bo przecież „ja nie mogę czekać”,

„to mi się należy”, „premier obiecał”. Pogorszy to i tak już bardzo złe relacje lekarz-pacjent oraz doprowadzi do jeszcze większych deficytów w innych dziedzinach. Nie mam wątpliwości – za cały ten pakiet zapłacimy z własnych kieszeni. Zostaniemy też obciążeni kosztami pewnych, niczym śmierć i podatki, niepowodzeń. Zwalanie winy na lekarzy to wypróbowana strategia nieradzącego sobie z problemami służby zdrowia rządu. A w razie totalnej klapy spadnie głowa Bartosza Arłukowicza. Spadnie w sposób jedynie umowny. Bo nic, poza utratą rządowego stanowiska, ministrowi nie grozi. Wcale bym się nie zdziwił, gdyby za lojalność w realizacji bieżących politycznych celów bez oglądania się na społeczne koszty został Arłukowicz sownie wynagrodzony jakąś synekurą. A po roku albo dwóch prawie nikt nie będzie już niczego złego o panu ministrze pamiętał, tak jak teraz mało kto pamięta, że Ewa Kopacz nie była wcale lepszym od niego ministrem zdrowia. Tak właśnie robi się u nas politykę. Gdyby wszędzie tam, gdzie to możliwe, jej nie robiono, do czego nawoływał z billboardów Donald Tusk w czasie poprzedniej kampanii samorządowej, a obecna premier tej jesieni przypominała w spocie, w którym odcinała się od skaczących sobie do gardeł polityków, antykolejkowa reforma wyglądałaby zupełnie inaczej. Zamiast gorączkowych prób ratowania pieniędzmi z rezerwy NFZ pro wizorki, jaką jest wykrojony z wszechstronnie przemysłanego Cancer Planu pakiet onkologiczny, wzmocniono by fundamenty systemu. Pierwszym krokiem musiało by być określenie koszyka świadczeń gwarantowanych, przystającego do naszych możliwości finansowych. Z pewnością byłoby w nim miejsce dla szybkiej diagnostyki i efektywnego leczenia onkologicznego. Na pewno jednak trzeba byłoby zrezygnować z wmawiania, że służba zdrowia jest za darmo, a jeśli są kłopoty, to na pewno wina lekarzy. ■

POZ w pułapce pakietów

**Lucyna
Krysiak**

Dla ponad 28 tys. lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej końcówka roku przebiega pod znakiem podpisywania kontraktów z NFZ i wprowadzania pakietu kolejkowego. Negocjacje mają dramatyczny przebieg, ponieważ zmiany burzą dotychczasowe zasady działania POZ.

Jacek Krajewski, prezes Federacji „Porozumienie Zielonogórskie”, podkreśla, że w podstawowej opiece zdrowotnej tak dramatycznej sytuacji nie było od co najmniej 10 lat, kiedy chciano do opieki podstawowej dołączyć opiekę całodobową. Doszło wówczas do tego, że po nowym roku poradnie były zamknięte na klucz, a pacjenci musieli szukać pomocy w pogotowiu i na SOR-ach. Po protestach lekarzy rząd wycofał się z tego pomysłu. Czy ten czarny scenariusz może się powtórzyć? Jest obawa, że tak, a nawet jeśli nie, POZ będą podpisywały kontrakty w ostatniej chwili. Będzie więc nerwowo. Przez cały listopad i połowę grudnia lekarze rodzinni negocjują z Narodowym Funduszem Zdrowia warunki finansowe, na jakich przyjdzie im pracować w 2015 r. Negocjacje te są wyjątkowo twarde i trudne, ponieważ z dniem 1 stycznia wchodzi w życie tzw. pakiet kolejkowy, którego elementem jest pakiet onkologiczny. W praktyce oznacza to, że lekarzom POZ przybędzie zadań związanych ze znacznie poszerzoną diagnostyką, a także obowiązków administracyjnych. Spadnie też na nich wielka odpowiedzialność, za którą niestety, nie idą pieniądze. Są zgodni, że 710 mln zł, które NFZ chce przeznaczyć na wprowadzenie pakietu kolejkowego i onkologicznego w opiece podstawowej w 2015 r., to za mało, by pokryć koszty związane z nowymi kontraktami. Lekarze uważają, że tym razem jest jeszcze gorzej niż 10 lat temu, bo wyklada się limitowane pieniądze wyłącznie na narzędzia, a nie na tych, którzy tymi narzędziami operują. Może się okazać, że nie ma kadrowych i technicznych możliwości realizowania pakietu kolejkowego. – Zanim dokończymy zadania, powinno się POZ wzmocnić personalnie i poprawić infrastrukturę – zaznacza Jacek Krajewski.

Więcej obowiązków, pieniądze te same
Zarządzenia NFZ określające warunki, na jakich podstawowa opieka zdrowotna ma funkcjonować w 2015 r., od początku budziły sprzeciw środowiska lekarskiego. Zdaniem lekarzy POZ warunki te są nie do przyjęcia z co najmniej kilku powodów. Po pierwsze, nie uwzględniają rzy-

ka, jakie niesie ze sobą system e-WUŚ. Zgodnie z zarządzeniem prezesa NFZ dotyczącym finansowania pacjentów, którzy zaznaczają się w systemie na czerwono, czyli nie posiadają aktualnego uprawnienia do otrzymywania świadczeń zdrowotnych, lekarz POZ ma obowiązek zapewnić im opiekę medyczną na podstawie złożonego przez nich oświadczenia, a to oznacza, że NFZ zrefunduje usługę tylko w wysokości miesięcznej stawki kapitałowej. Idąc dalej – jeśli stan zdrowia takiego pacjenta będzie wymagał badań dodatkowych lub zabiegów wykonanych na miejscu, ich koszt poniesie POZ, a nie płatnik. Jednym słowem – od 1 stycznia NFZ prześle pacjentów nieuprawnionych pod opiekę POZ w ramach miesięcznej stawki kapitałowej. Weryfikacja przez system e-WUŚ dotyczy dużej grupy osób, m.in. studentów, którzy podjęli tymczasową pracę, a także olbrzymiej grupy osób na krótkookresowych umowach śmieciowych. – System e-WUŚ wciąż nie działa, jak trzeba, a skutki finansowe tego chaosu, w największym stopniu ponosi opieka podstawowa – tłumaczy Jacek Krajewski. Niepokój budzą też kontrakty, które do tej pory POZ podpisywała corocznie. Wprowadzenie pakietu kolejkowego, a wraz z nim pakietu onkologicznego spowoduje zmiany – przesunięcie kompetencji z części ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) do podstawowej opieki zdrowotnej, a ze szpitali do AOS. Spowodują one także konsekwencje w postaci wyceny procedur, których będzie więcej, ale ich wycena będzie niższa. POZ przejmie wykonywanie części badań, które do tej pory wykonywali specjaliści. Obawy lekarzy zatrudnionych w podstawowej opiece budzi przekazanie im w ramach tego projektu – jak podkreślają – wyłącznie kompetencji w postaci nowych dodatkowych badań, które mogą wykonać (np. wszelakie badania usg, spirometria, badania w kierunku chorób tarczycy), potrzebnych w diagnozowaniu i leczeniu wielu przewlekłych chorób. Nie mówi się natomiast, kto będzie interpretował wyniki tych badań, kto zapłaci za opis wyników i z jakiej puli. Obowiązek ten, już bez finansowania spadnie na barki lekarzy POZ.

Zarządzenia NFZ określające warunki, na jakich podstawowa opieka zdrowotna ma funkcjonować w 2015 r., od początku budziły sprzeciw środowiska lekarskiego.

– To są dodatkowe obowiązki lekarskie, na które NFZ nie przewiduje pieniędzy dla podstawowej opieki – podkreśla prezes Krajewski. Dodaje, że jedynymi dodatkowymi pieniędzmi, jakie się proponuje podstawowej opiece zdrowotnej, są pieniądze na dodatkowe badania diagnostyczne, co oznacza, że nie ma realnego wzrostu nakładów na medycynę działającą w zakresie podstawowym. – Uważamy, że wykonywanie nowych dodatkowych badań diagnostycznych bez limitów – jak zakłada NFZ – to fikcja. Nie powinny być one finansowane w ramach stawki kapitałowej, aby było jasne, z której puli pochodzą pieniądze na ten cel – mówi prezes.

Lista obciążeń

Takich i innych potknięć we wprowadzeniu pakietu kolejkowego jest cała lista i wyprostowanie ich już w trakcie realizacji zadań będzie trudne. Można byłoby ich uniknąć, gdyby pakiet kolejkowy i onkologiczny był szeroko konsultowany i być może najpierw wprowadzony pilotażowo. Ten pośpiech będzie obciążeniem dla POZ na każdym kroku. Lekarze nie mają co do tego wątpliwości. Nie mają bowiem w swoich przychodniach sprzętu do badań i często będą je musieli zlecać na zewnątrz, a to koszt, w przypadku niektórych badań od 80 do 150 zł. Jednocześnie resort zdrowia chce zlikwidować wyższe finansowanie leczenia diabetyków i chorych na schorzenia kardiologiczne. O ile za każdego pozostałego pacjenta lekarze dostawali co miesiąc z NFZ 8 zł, o tyle za każdą osobę z tych dwóch grup fundusz płacił trzy razy tyle, pod warunkiem, że pacjent nie był zakwalifikowany do grupy korygowanej współczynnikiem wiekowym, np. wiek powyżej 65. roku życia. Zlikwidowanie wyższej stawki zniechęci wielu młodych lekarzy do pracy w POZ, a średnia wieku zatrudnionych w tym sektorze leczenia przekracza 50 lat. Brak motywacji finansowej może zahamować zainteresowanie młodych lekarzy medycyną rodzinną. Już są problemy z nowymi kadrami, a może być jeszcze gorzej. Lekarze zarzucają też Ministerstwu Zdrowia, że wprowadza pakiet kolejkowy bez żadnych szkoleń, kursów, co oznacza, że od 1 stycznia będą uczyć się nowego projektu na własnych błędach. Sporną kwestią jest także tzw. karta onkologiczna. Resort zdrowia zaproponował, że jeśli lekarze założą taką kartę pięciu pacjentom, a chociaż u jednego potwierdzi się diagnoza nowotworu złośliwego, to NFZ zapła-

ci 107 zł. Jeśli natomiast lekarz założy 15 takich kart, a specjalista potwierdzi nowotwór u jednego z pacjentów, to otrzyma – 14 zł. Lekarze rodzinni mają sprawozdawać liczbę założonych kart onkologicznych do NFZ. Dodatkowa comiesięczna sprawozdawczość dotycząca badań dodatkowych także będzie obciążeniem dla POZ. Do listy obciążeń dokładają się również skierowania do okulisty i dermatologa, do których dotychczas nie były wymagane.

Brak perspektyw

Joanna Szelaąg, przewodnicząca Komisji Relacji Publicznych działającej przy Stowarzyszeniu Kolegium Lekarzy Rodzinnych także jest zdania, że pakiet kolejkowy i zawierający się w nim pakiet onkologiczny nie są przygotowane na tyle, by wejść w życie od 1 stycznia. Brakuje aktów wykonawczych, a jest tylko rozporządzenie ►

i zarządzenie prezesa NFZ, które nie odpowiadają oczekiwaniom lekarzy rodzinnych. – Na warunkach, które proponuje NFZ, nie można podpisać kontraktów, ponieważ są one niewykonalne dla lekarzy rodzinnych – przekonuje Joanna Szeląg. Dodaje, że NFZ uparcie stoi na stanowisku, że podnosi stawkę kapitałową, jednak ten złudny efekt uzyskał, likwidując wskaźniki, które dotyczyły finansowania leczenia pacjentów z cukrzycą i nadciśnieniem tętniczym oraz chorobami serca. Od 1 stycznia NFZ nie będzie finansował tego rodzaju leczenia, chorzy będą leczeni w ramach stawki kapitałowej, która – jak policzyli lekarze – pozostanie na dotychczasowym poziomie, a powinna wzrosnąć o 20 proc. – To oznacza niedofinansowanie kontraktów, NFZ proponuje te same środki, tyle że rozlokowane w różnych miejscach. NFZ chce także oceniać jakość usług świadczonych przez lekarzy POZ poprzez liczbę zlecanych badań. Kolegium Lekarzy Rodzinnych wielokrotnie sygnalizowało, że są inne, bardziej wiarygodne wskaźniki, które zdecydowanie lepiej korelują z jakością opieki nad pacjentem, stosowane przez kraje Unii Europejskiej i liczymy na uwzględnienie tych głosów. Chcemy zmiany rozporządzenia NFZ w tej kwestii, urealnienia warunków finansowych proponowanych kontraktów i utrzymania dodatkowego finansowania pacjentów kardiologicznych i chorych na cukrzycę – mówi Joanna Szeląg. Dodaje, że Kolegium Lekarzy Rodzinnych jest stowarzyszeniem naukowym i pragnie, aby podejmowane rozmowy z partnerami kontraktowymi miały charakter merytoryczny. Jako członek Zarządu tego stowarzyszenia w proponowanych kontraktach widzi zagrożenia dla medycyny rodzinnej. Uważa, że powinno się rozmawiać o wizji medycyny rodzinnej, jej rozwoju, możliwościach, a nie tylko o utrzymaniu się na powierzchni.

Pakiet do poprawki

Pakiet kolejkowy i onkologiczny na początku miał swoich zwolenników. Szczególnie wśród onkologów, którzy widzieli w nim szansę na wcześniejsze rozpoznawanie nowotworów i kierowanie chorych do leczenia. W Polsce chorzy na raka są w bardzo złej sytuacji. Miesiącami czekają na badania, operację, leczenie i rehabilitację. Jednak im bliżej konkretów, tym entuzjazm był mniejszy. Reprezentujący Polską Unię Onkologii i Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej dr Janusz Meder, uczestniczący w konferencji zorganizowanej w NIL na temat pakietu kolejkowego i onkologicznego, zaznaczył, że w Polsce są ośrodki, głównie akademickie, gdzie diagnozuje się i leczy nowotwory na najwyższym europejskim poziomie, problem w tym, że trafia do nich zaledwie 50 proc. chorych. Każde przyjęcia ponadlimitowe są utracane przez NFZ, który odmawia płacenia nadwykonań. Uważa, że powierzenie lekarzo-

wi pierwszego kontaktu tak odpowiedzialnego zadania, jakim jest rozpoznawanie chorób cywilizacyjnych, w tym nowotworowych, bez pilotażu i wyliczeń ekonomicznych jest ryzykowne i Polska Unia Onkologii wystosowała w tej sprawie apel do Ministra Zdrowia. – Ustawa wprowadzająca pakiet kolejkowy i pakiet onkologiczny jest potrzebna, ale w zmodyfikowanej formie i uwzględniająca potencjał placówek specjalizujących się w diagnozowaniu i leczeniu nowotworów – zastrzegł dr Meder i dodał, że przygotowując pakiet, Ministerstwo Zdrowia nie sięgnęło po merytoryczne opracowania w tej dziedzinie. Chodzi o Cancer Plan (Krajowa „Strategia Walki z Rakiem w Polsce na lata 2015-2024”). Pracowało nad nim blisko 200 ekspertów z 10 grup roboczych, również lekarze rodinni. Celem tego dokumentu było wytyczenie głównych kierunków zmian, które mają doprowadzić do poprawy wskaźników zachorowalności oraz umieralności na nowotwory. Eksperti wytyczyli 30 celów – od zdrowotnej edukacji społecznej, zapobiegania chorobom nowotworowym i ich wczesnego wykrywania, poprzez rozwój nauki i badań nad rakiem, do poprawienia opieki onkologicznej w trakcie choroby i po zakończeniu leczenia. Ten punkt widzenia podziela dr Jacek Łuczak, członek Zarządu Głównego Kolegium Lekarzy Rodzinnych włączony w prace nad Cancer Planem. Wszystkie wątpliwości są zawarte w stanowisku podjętym w tej sprawie przez KLR. Stowarzyszenie to ostrzega, że przedsięwzięcie nazwane pakietem kolejkowym i onkologicznym w tym kształcie może nie nadawać się do wdrożenia, ponieważ jest słabe merytorycznie, nie widać w nim głosu ośrodków akademickich i eksperckich, a także ręki ekonomistów. – Projekt ten na dodatek obciążony jest biurokracją, co oznacza, że może wywołać potencjalne szkody – zastrzega dr Łuczak. W cudowną moc sprawczą pakietów nie wierzą także sami pacjenci. Piotr Piotrowski, prezes Fundacji „1 czerwca”, zaznacza, że pacjenci onkologiczni często mają wiele przewlekłych chorób współistniejących z nowotworami (cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, miażdżyca, osteoporoza itd.) i wprowadzenie zapowiadanych zmian jeszcze bardziej utrudni im dostęp do leczenia tych chorób. – Tylko pacjent pierwszorazowy w kontekście pakietu jest uprzywilejowany, reszta będzie spychana na dalszy plan – mówi prezes Piotrowski. Od kilku miesięcy apele w tej sprawie wystosowuje Naczelna Rada Lekarska, najnowszy pochodzi z 5 grudnia i został podjęty na posiedzeniu Naczelnej Rady Lekarskiej. Czy odniesie jakiś skutek? Czy głos środowiska lekarskiego resort zdrowia weźmie pod uwagę? Póki co, prezydent podpisał stosowne ustawy w sprawie pakietów, sprawy poszły więc daleko i trudno będzie się z nich wycofać. ■

Pakiet kolejkowy i onkologiczny na początku miał swoich zwolenników. Szczególnie wśród onkologów, którzy widzieli w nim szansę na wcześniejsze rozpoznawanie nowotworów i kierowanie chorych do leczenia.



**Anna
Lella**

Prezydent elekt
ERO-FDI
Europejskiej
Regionalnej
Organizacji
Światowej Federacji
Dentystycznej

Stanowisko
ERO podkreśla
znaczenie
szczególnej więzi
wzajemnego
zaufania pomiędzy
lekarzem a jego
pacjentem,
której przejawem
jest obowiązek
zachowania
tajemnicy
zawodowej.

Stanowisko ERO-FDI w sprawie ochrony danych pacjentów

Jednym z ważniejszych zagadnień prawnych stanowiących przedmiot dyskusji oraz prac legislacyjnych zarówno na poziomie międzynarodowym – szczególnie Unii Europejskiej – jak i krajowym, jest szeroko rozumiana ochrona danych osobowych.

W obliczu postępu technologicznego regulacje prawne i organizacyjne związane z ochroną danych podlegają stałym zmianom. Ma to także ścisły związek z wykonywaniem zawodów lekarza oraz lekarza dentysty, m.in. w kontekście coraz powszechniejszego prowadzenia dokumentacji w formie elektronicznej.

12 września 2014 r. odbyła się kolejna Sesja Plenarna Europejskiej Organizacji Regionalnej Światowej Federacji Dentystycznej (ERO-FDI), podczas której jednym z tematów były właśnie sprawy dot. ochrony danych pacjentów przez lekarzy dentyków. Efektem dyskusji jest przyjęte przez delegatów stanowisko, którego pełna treść (w języku angielskim oraz niemieckim) jest dostępna na stronie internetowej pod adresem: <http://www.erodental.org/publications/resolutions/>.

Stanowisko ERO podkreśla znaczenie szczególnej więzi wzajemnego zaufania pomiędzy lekarzem a jego pacjentem, której przejawem jest obowiązek zachowania tajemnicy zawodowej. Tajemnica zawodowa jest jedną z najistotniejszych gwarancji wolnej, niezależnej praktyki lekarsko-dentystycznej. To samo dotyczy gromadzenia i przechowywania danych o pacjentach, także w przypadku dokumentacji w formie elektronicznej. Tego rodzaju dane muszą być poddane szczególnej ochronie, którą powinny we właściwy sposób zapewniać odpowiednie regulacje prawne. Zdaniem ERO przepisy poszczególnych państw muszą opierać się na zasadzie ochrony praw pacjentów, w celu zachowania tajemnicy lekarskiej będącej podstawą udzielania świadczeń zdrowotnych.

Jednocześnie stanowisko wskazuje, że obowiązek zapewnienia ochrony praw pacjentów nie może prowadzić do nadmiernych obciążeń administracyjnych i finansowych dla praktyk lekarskich i lekarsko-dentystycznych.

Jest to, jak pamiętamy, kwestia, którą samorząd lekarski w Polsce podnosił wielokrotnie w trakcie dyskusji nad wprowadzeniem obowiązku prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej. ■



FOTO: Marta Jakubiak (2)

Lecha Wałęsy wzór na demokrację

Z prezydentem Lechem Wałęsą rozmawiają Ryszard Golański i Marta Jakubiak.

Mamy małe opóźnienie. Wszystko przez prokuratora, który mnie odwiedził w związku z tym nagrywaniem w Warszawie. Przed chwilą wyszedł.

Czy to znaczy, że pan prezydent także był u Sowcy?

Tak, byłem. I nie mam nic do ukrycia. Zawsze jestem otwarty i mówię, co myślę. Prokurator musiał mnie jednak przesłuchać na tę okoliczność. Osobiście nie mam nic przeciwko nagrywaniu, ale powinni mnie uprzedzić, że nagrywają. To po pierwsze. A po drugie: mam pretensje, że nie podzielili się ze mną taśmą. Gdyby przegrali i mi ją dali, byłoby w porządku.

My też chcemy nagrywać. Czy zgadza się pan prezydent?

Nagrywajcie, tylko potem przyslijcie to, co nagraliście.

Oczywiście. Skoro mamy zgodę, zaczynamy... Samorządy zawodowe, w tym samorządy lekarskie, to ważna składowa demokratycznego państwa. Dzięki przemianom roku '89 mogą dziś funkcjonować. Jaka jest opinia pana prezydenta na temat udziału samorządów zawodowych w demokratycznym państwie?

Swego czasu miałem problem, jak zmierzyć demokrację i wolność. Wszędzie o niej mówiono, wszyscy się na nią



Prezydent Lech Wałęsa, Ryszard Golański, prof. Joanna Muszkowska-Penson.

powoływali. Widziałem jednak, że w wielu miejscach jej nie ma. W związku z tym wymyśliłem wzór Lecha Wałęsy na demokrację. Jest bardzo prosty. Proponuję, żebyście go zapamiętali. Otóż demokracja składa się z trzech elementów. Pierwszy z nich – jedna trzecia demokracji – to prawa, konstytucja i to, czy nie ograniczają one wolności i pozwalają na podejmowanie działań. Drugie 30 proc. to, czy ludzie korzystają z wolności: czy chodzą na wybory, czy kandydują, organizują się w działaniu. Trzecie 30 proc. wyznacza grubość książeczki czekowej w skali masowej, a więc – czy obywatela stać, by walczyć za jakąś sprawę albo kandydował gdziekolwiek. Ostatnie 10 proc. zostaje na rozkusz.

Kiedy ktoś mówi o demokracji i wolności, pytam, jak chce poprawiać rzeczywistość, zmieniać ją, pomagać. Czy chce udoskonalać prawo? Może myśli o zachęcaniu ludzi, by angażowali się w życie publiczne? A może widzi, że nie podejmują żadnych działań, bo nie stać ich na to? Mój wzór demokracji ma odniesienie do funkcjonowania całego państwa, do samorządów również. Jeśli gdzieś mówimy o demokracji i wolności, wymienione przeze mnie elementy współgrają.

Bardzo dobrze, że umożliwiliśmy samorządom działanie. Po latach widzimy jednak, jak struktura takich organizacji się wykrzywia, jak tworzą się różne nowe grupy. Czasami cel ich powstawania jest dobry, bo ludzie chcą poprawiać działanie już istniejących organizacji, coś zrobić lepiej, znają się dobrze i naprawdę angażują. Powstają jednak również takie grupy, które chcą jedynie władzy, a ich cele i samo działanie są mało istotne. W samorządach trzeba byłoby coś zmienić. Może wprowadzić kadencyjność i wybierać członków samorządów na nie więcej niż dwie kadencje? Weźmy na przykład prezydenta Gdańska – urzęduje już piątą kadencję. Niektórzy mówią, że ma doświadczenie, jest dobry, więc trzeba go utrzymać. Inni twierdzą, że nie, że trzeba go zmienić. Przykładów można byłoby mnożyć wiele.

Myślę, że należałoby wypracować w samorządach taki element wspólny, który służyłby dobru ogólnemu, bardziej angażował ludzi. Samorządy są potrzebne, ale niezbędne są korekty w ich organizacji i działaniu.

Wśród osób, które odegrały znaczącą rolę w strajku w 1980 r. ze środowiska medycznego najbardziej znaną osobą jest nieżyjąca już Alina Pieńkowska. Wiemy też, że pani prof. Joanna Muszkowska-Penson

również związana jest z panem prezydentem od wielu lat. Jaką odegrała rolę w czasach „Solidarności”?

Pani prof. Penson to rewolucjonistka. Pomaga mi do dzisiaj. Nie ma lepszego pracownika: pilny, pewny, solidny. Takich ludzi teraz już nie ma. Bardzo sobie cenię jej pomoc i wsparcie.

W latach '80 wszystko się budziło. Główni działacze Międzyzakładowego Komitetu Strajkowego byli jak trenerzy, a jak wiemy, trener nie może nałożyć zbyt dużego ciężaru na zespół już w pierwszych potyczkach, bo załame ludzi, zniechęci. Trzeba było w sposób mądry dokładać ciężary. To dotyczyło również działalności grupy medycznej. Na początku lekarze byli ostrożni, bo funkcjonowali w sytuacji niepewnej. Z czasem, kiedy wszystko nabierało rozpędu, znalazło się w tej grupie wielu porządnych ludzi.

Dlaczego w roku 1970, przy ogólnym buncie społecznym, nie udało się zorganizować takiego ruchu, jakim w roku 1980 był NSZZ „Solidarność”?

Stojąc na czele walki w latach '70, już po pierwszym dniu zorientowałem się, że nie mamy żadnych szans na zwycięstwo. Widziałem, że nas wykrwawiają, wyłapiają i zniszczą najlepszych ludzi, dlatego zacząłem hamować protesty, występować przeciwko nim. Nie tworzyliśmy żadnej organizacji, nie znaliśmy się, nie wiadomo było, kto kim jest. Nie mieliśmy też pomysłu, jak oficjalnie zgłosić to, o co nam chodziło. Wiedzieliśmy, że o wolność, ale tego nie można było postawić. Miałem wtedy 27 lat i kombinowałem tak: dołączy się do nas ktoś mądrzejszy, ja umiem już trochę, więc utrzymam mu ducha bojowego, ale on nas poprowadzi. Może to będzie ktoś z policji, może z wojska? Nie doczekałem się jednak. Dlatego też postanowiłem jak najszybciej zakończyć walkę i porządnie przygotować się do rozgrywki. Nie mieliśmy wtedy szans. Żeby podjąć walkę, trzeba mieć kilku pewnych ludzi i dobre przygotowanie merytoryczne. A my nie wiedzieliśmy, o co chodzi, kto jest z kim, a kto przeciwko – tak się nie wygrywa. Panował chaos i dezorganizacja. Zgłoszono 1700 postulatów. Były wśród nich żądania o rękawiczki, skarpetki, dodatkowe mydła... Dziesięć lat później, a okres ten przepracowałem bardzo porządnie, pilnowałem już mocno, żeby była rozsądna ilość postulatów i by były mądre.

W 1970 r. wybuchł bunt, ale to był zryw bez szans na powodzenie. Przez następnych 10 lat przygotowywaliśmy

Zastanawialiśmy się, jak przeżyć, jak ratować to wszystko, co upadało. Chodziło o przeżycie. Nikt wtedy nie myślał o lekarzach, o nauczycielach... Pewnie, że mądrzej byłoby myśleć o mądrości, o zdrowiu, ale... za co, skąd, gdy wszystko się rwie, a w kasie pusto.

się, powstały różne organizacje. Celowo nie przyłączałem się do nich, ponieważ wiedziałem, że za mną łąza, obserwują mnie. Doskoczyłem do nich dość późno. Nie mogłem wcześniej demaskować ruchów oddolnych. Czekalem, aż wszystko wystarczająco się rozkręci, żeby włączyć się w najbardziej odpowiednim i bezpiecznym momencie.

W latach 1989-1990 budowano Polskę właściwie od nowa. Jak wysoką pozycję w priorytetach pana jako prezydenta w tamtym czasie miała ochrona zdrowia?

Prezydentem zostałem tylko po to, żeby dobić komunizm. Interesował mnie wyłącznie ten jeden cel. Kompromis zawarty przy okrągłym stole był naszą przegraną. Byliśmy za słabi, żeby ugrać więcej. Musieliśmy zgodzić się na Jaruzelskiego i na wiele innych rzeczy, które nam nie pasowały. To była z jednej strony przegrana, ale z drugiej – sukces, bo zrobiliśmy krok na drodze do wolności.

Mój dramat polegał na tym, że nie mogłem mówić, o co tak naprawdę walczę. Musiałem udawać, że chodzi mi o karierę. A przecież wcale tak nie było. Dlaczego tak bardzo zależało mi, żeby właśnie w tamtym czasie ostatecznie skończyć z komuną? Myślałem tak: mamy papieża, są żyjący jeszcze świadkowie przedwojennej Polski, trochę kapitalistów i trochę demokratów. Jesteśmy ostatnim pokoleniem, które ma szansę na zmiany. Następne pokolenia nie będą miały tych wszystkich ludzi – świadków innej rzeczywistości. Będzie im bardzo trudno.

Gdybyśmy nie zmienili Jaruzelskiego i nie skoczyli do gardła komunie, to mielibyśmy jeszcze raz powtórkę z przeszłości i powrót do dawnego ustroju. Musiałem zostać prezydentem.

Jaki priorytet miała w pana działaniach jako prezydenta ochrona zdrowia?

Po przepędzeniu Rosjan z Polski upadło, lekko licząc, ponad 70 proc. polskiej gospodarki. Proszę popatrzeć na stocznice: tylko 1,5 proc. – przez 20 lat, kiedy tam pracowałem – szło na inne rynki niż rosyjski, 98,5 proc. eksportowaliśmy do Związku Radzieckiego. Jednego dnia pięknie rozwiązaliśmy Związek Radziecki, ale straciliśmy też kooperację i rynki zbytu. Kto kupi taką produkcję?

Polska tonęła. Straciła całą gospodarkę. Trzeba było od nowa szukać rynków zbytu. Należało odbudować przemysł, a nie mieliśmy kadry, bo stara była nawet dobra, ale z innego pomysłu. Nie mieliśmy partii politycznych ani programu. Ratowaliśmy się, jak tylko było można. Zakłady państwowe „wy-

pychaliśmy” za dopłatą, bo chodziło o to, żeby ktoś się nimi zajął. To był straszny dramat. Ale jednocześnie cud nad Wisłą, bo nie utoneliśmy, udało się nam jakoś wyjść z tego obronną ręką. Za paręnaście lat raz jeszcze ten cud ogłoszą: oni stracili prawie całą gospodarkę i podnieśli się. Ktoś mógłby zapytać: a służba zdrowia, a nauczyciele? Kto wtedy o tym myślał... Zastanawialiśmy się, jak przeżyć, jak ratować to wszystko, co upadało. Chodziło o przeżycie. Nikt wtedy nie myślał o lekarzach, o nauczycielach... Pewnie, że mądrzej byłoby myśleć o mądrości, o zdrowiu, ale... za co, skąd, gdy wszystko się rwie, a w kasie pusto.

Niepodległa Polska to pana piąta córka. W tym roku skończyła 25 lat. Jak pan ją ocenia?

Gdyby ktoś mi powiedział przed laty, że dożyję takich czasów, jakie mamy dzisiaj, że dożyję wolnej Polski, nigdy bym nie uwierzył. Wtedy byłbym najszcześliwszym ►

Bardzo dobrze, że umożliwiliśmy samorządom działanie. Po latach widzimy jednak, jak struktura takich organizacji się wykrzywia, jak tworzą się różne nowe grupy.

człowiekiem w galaktyce, ale teraz, kiedy patrzę z perspektywy czasu, ile spałaliśmy, ile nie wykorzystaliśmy, ile zrobiliśmy źle, to jestem przeciw. I dochodzimy do klasycznego już: „jestem za, a nawet przeciw”.

Które zaniechania były najbardziej znaczące?

Potrzebny był system prezydencki i dekrety. Potrzebne było uwłaszczenie narodu. Zgodnie z moją koncepcją, ludzie mieli dostawać pożyczkę wysokości 100 mln zł i kupować to, co było do kupienia, żeby potem nie mówili, że okradli ich cykliści, Żydzi czy ktoś inny. Połowa osób zapewne nie skorzystałaby z takiej możliwości. Z drugiej połowy połowa by się poddała, gdyż nie podołałaby wyzwaniu. Wiele osób skorzystałoby jednak z tej możliwości. Na przykład stu chętnych kupiłoby Stocznnię Gdańską. To ich zakład, więc ich sprawa, jak nim pokierują. Nie dostali jednak takiej szansy. Wszystko zostało niby państwowe, niby niczyje, rozgrabione, rozkradzione. Chciałem dać narodowi start. Niech kupią te popeerelowskie buble. Niech wezmą w swoje ręce i zmieniają. Ale Balcerowicz i Mazowiecki nie posłuchali mnie. I wyszło, tak jak wyszło.

Jaki prezydent ma wpływ na kształt takich dziedzin jak ochrona zdrowia?

Kiedy zostałem prezydentem, trzeba było wszystko poukładać od nowa. To był nowy kraj, a urząd prezydenta to było coś nowego w państwie, dopiero tworzone. Towarzysze trochę nam ograniczyli działania, ale ja się rozpychałem. I jeszcze raz podkreślam – nie dla kariery, chciałem naprawdę coś zrobić dla przyszłości. Gdybym dostał szansę na drugą kadencję, zrealizowałbym swoje plany, które odłożyłem na kolejne cztery lata, także te dotyczące ochrony zdrowia. Nie zostałem jednak wybrany i wszystko się rozsypało. Polska inaczej by wyglądała, gdybym dostał tę szansę. Nawet połowy z moich pomysłów nie zrealizowałem. Gdybym wziął pod uwagę ewentualność, że przegram, inaczej bym wszystko planował. Przegrałem przez butę, bo byłem przekonany, że nikt inny nie ma szans. Przerzniętem przez zarozumiałstwo.

Mimo tych, nie zawsze dobrych, rozrachunków i popełnionych błędów, mamy czym się cieszyć – mamy wolną Polskę. Udało się przetrwać kompletny upadek gospodarczy i wciąż się odradzamy. Często się śmieję, że wieczorem boję się wyjść z biura, bo mogę nie trafić do domu, tak mi przebudowali Gdańsk. Przez sto lat w komunie nie dokonaliśmy tych wszystkich rzeczy, jakie dokonały się w Polsce przez właściwie ostatnich dziesięć lat. To nieprawdopodobne. Już mamy ogromne osiągnięcia, ale jeszcze dużo przed nami, wiele możemy zrobić lepiej. A Warszawa? To było takie nieładne miasto, kiedy tam urzędowałem jako prezydent. Wcale mi się nie podobała. A zobaczcie teraz. W krótkim czasie wypiękniała i codziennie staje się piękniejsza. To naprawdę cieszy.

Na pewno słyszy pan wiele krytycznych uwag na temat tego, jak funkcjonuje ochrona zdrowia...

Tak, to ogromny problem i trzeba coś zmienić. Obecnie ochrona zdrowia nie jest ani prywatna, ani państwowa. Ten system wciąż nie jest uporządkowany. Myślę, że zmiany w tym sektorze nie mogą być wprowadzane rewolucyjnie. Systematyzowanie musi trwać dłużej niż w innych branżach i zawodach. Fakt, że już trochę uporządkowano. Kiedyś, gdy trafiłem do szpitala akademickiego, widziałem państwo w państwie – były tam wszystkie zawody: dróżnicy, kucharze i wielu innych, których zatrudnienie niepotrzebnie obciążało służbę zdrowia. Wtedy jednak, o dziwo, wszystko jakoś działało. Teraz, jeśli wyrwie się jeden element, to jakiś kolejny się sypie. System nie jest uporządkowany: ani jego model, ani sposób działania. To się dopiero organizuje. To się tworzy. Obecnie jest chyba najgorszy moment dla pacjentów i pracowników służby zdrowia. Coś zostało zaczęte, ale cały czas nie jest skończone. Trzeba to uporządkować. Niektóre rzeczy zapewne będą porządkowały się same.

Kto sprawuje opiekę lekarską nad panem prezydentem i pana najbliższymi?

Gdański Uniwersytet Medyczny, a dokładnie wyznaczona jest tam jedna osoba, która odpowiada za zapewnienie nam opieki. To prof. Andrzej Basiński, specjalista medycyny ratunkowej. On osobiście i jego zespół mają nad nami pieczę. Staram się trzymać jak najdalej od służby zdrowia. Jednak w moim wieku tak całkowicie nie da się uniknąć kontaktu z lekarzami, więc czasem korzystam z ich pomocy.

Życie pana prezydenta w pewnym momencie diametralnie się zmieniło, również to zawodowe. Czy czasem pokusi się pan o powrót do przeszłości i robi w domu jakieś drobne naprawy?

Oczywiście, że tak. Przez tyle lat byłem robotnikiem i nigdy nie odciąłem się od tamtego życia. Lubię pracować. Kiedy jestem zmęczony psychicznie, najlepiej odpoczywam, pracując fizycznie. Jednak mam już 71 lat i nie na wszystko wystarcza mi siły, dlatego działam raczej ostrożnie. Kiedy żona czasem widzi moją nieudolność, dzwoni po innych fachowców.

Robotnikiem pozostanę zawsze, bycie głową państwa to była konieczność i chwila. Wychowany prosto i ambitnie nie mogłem się wycofać, kiedy przyszło objąć ten urząd. Oczywiście starałem się być jak najlepszym prezydentem, bo tak mnie nauczono: jeśli się do czegoś zabierasz, musisz to zrobić jak najlepiej.

Jak to jest być noblistą?

Na co dzień czuję się tak, jakby mnie to nie dotyczyło. Kiedy dostałem nagrodę, było tyle do zrobienia, że nawet nie miałem czasu myśleć o tym, że dostałem Nobla. I do dziś nie znalazłem tego czasu. Zawsze sobie obiecuję, że za rok, jak już będę odpoczywał, będę czyścił order. Ale lata wciąż mijają, a order leży przykurzone. Nie wiem, czy zdążę je kiedyś wyczyścić. Nigdy nie pracowałem dla nagród. Nie podobało mi się to, co widziałem, więc próbowałem coś zmieniać. ■

Kiedy dostałem nagrodę, było tyle do zrobienia, że nawet nie miałem czasu myśleć o tym, że dostałem Nobla. I do dziś nie znalazłem tego czasu. Zawsze sobie obiecuję, że za rok, jak już będę odpoczywał, będę czyścił order. Ale lata wciąż mijają, a order leży przykurzone. Nie wiem, czy zdążę je kiedyś wyczyścić.

25 lat lekarskiej samorządności

Debata w Sejmie z udziałem ministrów zdrowia demokratycznej Polski, spotkanie z gośćmi z zagranicy w Senacie, sesja historyczna, msza święta celebrowana przez kardynała Stanisława Nycza, gala w Teatrze Narodowym w Warszawie – taki był scenariusz dwudniowych obchodów 25-lecia samorządu lekarskiego, które odbyły się 5-6 grudnia 2014 r.

**Lucyna
Krysiak**



FOTO: Monika Olszewska

Naczelna Izba Lekarska zamknęła tym samym jubileuszowy rok 25-lecia wolności i samorządności lekarskiej. Było merytorycznie, energetycznie, na wysokim poziomie organizacyjnym, z klasą, ale bez przepychu i barokowych didaskaliów. Ponieważ współgospodarzami uroczystości oprócz NIL były wszystkie okręgowe izby lekarskie, również im należą się słowa uznania.

Przywilej i odpowiedzialność

Rzecznik praw obywatelskich, prof. Irena Lipowicz, przy każdej okazji podkreślała, że izby lekarskie istnieją po to, aby być depozytariuszami zaufania publicznego. Jak zaznaczył podczas sesji historycznej jej zastępca Ryszard Czerniawski, rozumienie tych słów ma szeroki wydźwięk, tworzy silne więzy łączące wszystkich lekarzy i lekarzy dentystów, daje im uprawnienia do sprawowania pieczy nad ►



* Jarosław Wanecki przewodniczył Komitetowi Organizacyjnemu Jubileuszu.

wykonywaniem swojego zawodu, a także możliwość samorządzenia się i rozliczania we własnych strukturach. Daje także przywilej wpływania na to, co dzieje się w społeczeństwie, co zostało przypieczętowane zapisami w Konstytucji RP. Jednak kryje się za tym ogromna odpowiedzialność i lekarze mają tego świadomość. Prof. Romuald Krajewski, prezes Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów (UEMS) i wiceprezes NRL, mówiąc podczas sesji historycznej o samorządności lekarskiej, zwrócił uwagę na sposób realizacji tego konstytucyjnego prawa do samostanowienia. Nie trzeba nikogo przekonywać, że dzięki istnieniu samorządów zawodowych państwo może działać sprawniej i lepiej odpowiadać na potrzeby swoich obywateli, a także wzmacniać poczucie wspólnoty i odpowiedzialności za to, co dzieje się w najbliższym otoczeniu. Nie ma więc przywileju samostanowienia bez odpowiedzialności. Zawód lekarski, podobnie jak inne zawody zaufania publicznego ma ściśle określone zadania. Są one ważne zarówno społecznie, jak i dla wykonujących zawód lekarza i lekarza dentystry. Zdaniem profesora poparcie dla samorządności jest w Polsce bardzo duże. Być może dlatego, że administracja państwowa nie jest w stanie być tak blisko codziennych spraw. Samorząd zawodowy ma zdecydowanie większe pole do działania w tym zakresie. Odkąd reaktywował się samorząd lekarski, jednym z jego głównych celów było wpływanie na kształt opieki zdrowotnej zarówno poprzez opiniowanie aktów prawnych, jak i włączanie się w ich tworzenie. Oceniając 25 lat relacji samorządu lekarskiego z demokratycznymi władzami, Maciej Hamankiewicz, prezes NRL zwrócił uwagę, że coraz częściej nie mogą one wyjść poza poziom biurokracji, która gnębi lekarzy – toną w papierach, wypełniają sprawozdania, brakuje im czasu na rozmowę z pacjentem. Uważa, że nastąpiła epidemia niezrozumienia ze strony rządu, który od dłuższego czasu już nie słucha głosu lekarzy w sprawie wprowadzanych zmian w lecznictwie. Ostatnim przykładem jest pakiet kolejkowy i onkologiczny. Samorządność lekarska jest również ważna dla tożsamości Polonii medycznej. Prof. Marek Rudnicki, prezes Federacji Polonijnych Organizacji Medycznych w Chicago, powiedział, że 25 lat izb lekarskich to prawie tyle samo, ile trwa współpraca z organizacjami polonijnymi, które się utworzyły na obczyźnie. Ocenia się, że poza granicami kraju żyje i pracuje 20-30 tys. lekarzy, dla których kontakt z samorządem jest czymś nobilitującym. Świadczy o tym fakt, że na uroczystość 25-lecia samorządu lekarskiego przyjechali do Warszawy przedstawiciele większości lekarskich organizacji polonijnych. Swoją udział zaznaczyli też przedstawiciele izb lekarskich i lekarsko-dentystycznych z Czech, Niemiec, Słowacji, Litwy, a także Xavier Deau – prezes World Medical Association z Francji, Otmar Kloiber – sekretarz generalny World Medical Association z Niemiec czy Tin Chun Wong – prezydent World Dental Federation z Hong Kongu.

Gala*

Goście zaproszeni na galę do Teatru Narodowego w Warszawie zaczęli przychodzić sporo przed czasem. Była więc okazja, aby w foyer zobaczyć wystawę malarstwa lekarzy przygotowaną przez Włodzimierza Cerańskiego. Wraz z zajęciem miejsc na widowni teatru i zamknięciem drzwi nastrój stał się podniosły. W uroczystość obchodów 25-lecia samorządu lekarskiego wprowadzili uczestników aktorzy Ewa Wiśniewska i Piotr Fronczewski. Została specjalnie przygotowana na tę okoliczność aranżacja Pieśni Lekarzy Alicji i Jerzego Woy-Wojciechowskich, wykonana przez lekarski chór „Medicantus” i orkiestrę Tomasza Filipczaka oraz światowej sławy tenora Wiesława Ochmana. Na ekranie jak cienie niedalekiej przeszłości pojawiały się portrety wybitnych działaczy samorządowych, którzy odeszli na wieczny dyżur. W podróż po historii samorządu lekarskiego zabrala uczestników gali prezentacja, która na podstawie artykułów zamieszczanych w kolejnych latach na łamach „Gazety Lekarskiej” pokazywała, jak ewoluowała demokratyczna świadomość środowiska lekarskiego, jak tworzyły się więzi, jak rozwiązywano najbardziej bolesne problemy placowe, jak podnoszono na wyższy poziom kształcenie podyplomowe, a także jak zmieniał się samorząd. Nawiązując do tych treści, otwierający galę Maciej Hamankiewicz, prezes NRL, zacytował słowa Tadeusza Mazowieckiego obejmującego w 1989 r. tekę premiera: „Nie składamy obietnic, że będzie łatwo. Nie stoimy jako naród na straconych pozycjach. Jeśli zdobędziemy się na wysiłek, cierpliwość i wolę działania, miejmy ufność w duchowe i materialne siły narodu. Wierzę, że Bóg nam dopomoże, byśmy uczynili wielki krok na drodze, która się przed nami otwiera”. Prezes zadał jednocześnie pytanie – a czy samorządowi lekarskiemu było łatwo? Przypomniął, że ustawa o izbach lekarskich uchwalona 17 maja 1989 r., jedna z ostatnich przegłosowanych przez komunistyczny Sejm, rodziła się w bólach. Była wychodzona i wyproszone przez lekarzy, którzy z tą właśnie ustawą weszli w nowy rozdział historii. Tadeusz Chruściel, pierwszy prezes NRL, mówił wtedy: „Wiele spośród straszycieli dawnej epoki wydaje się nam normalnością, a to, co jest postawieniem z powrotem na nogi, jest dziwne i niepokojące, wręcz obce”. Maciej Hamankiewicz, wspominając ten niełatwy czas i emocje z nim związane, podkreślił, że samorząd lekarski tworzyli przede wszystkim ludzie „Solidarności”, wiedząc że tworzą nową demokratyczną Polskę i budują fundament solidarnościowej, wspólnej Europy. Zwrócił uwagę na wielki wysiłek, na jaki zdobyli się lekarze, kiedy jechali z różnych stron Polski, zbierali się przed Sejmem i domagali się lepszych warunków pracy i płacy, jak wielką wykazali się desperacją, kiedy uchwalano pomoc dla poszczególnych grup lekarzy, czy też – stojąc na straży interesów wykonywania zawodu – spotykali się z ministrami zdrowia. Mówił też o cierpliwości, z jaką przedstawiali stanowiska samorządu na sejmowych i senackich komisjach

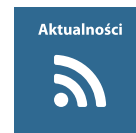
zdrowia, na konferencjach, zebraniach, spotkaniach, w mediach, a także kiedy wsłuchiwali się w lekarskie głosy. Podkreślił wielkie zaangażowanie i siłę wszystkich lekarzy i lekarzy dentyków, z jaką poświęcali się dla samorządu. – Cząsy się zmieniają, ochrona zdrowia ulega urynkowaniu, badania pokazują, że społeczeństwo coraz mniej ufa lekarzom. Lekarzom nie ufa nawet ich kolega, minister zdrowia. Czy możemy stwierdzić, że ufność w naszą siłę spada? I Krajowy Zjazd Lekarzy, odbywający się 25 lat temu w dniach 10-12 grudnia 1989 r., wyraził pełne poparcie dla działań pierwszego powojennego niekomunistycznego rządu Tadeusza Mazowieckiego. Ale podkreślał równie mocno, że przywrócony samorząd lekarski nie zdoła jednak podnieść ochrony zdrowia na wyższy poziom, jeśli nie uzyska zrozumienia i poparcia rządu. Tego poparcia potrzeba nam również dzisiaj – tak podsumował swoją wypowiedź podczas gali Maciej Hamankiewicz.

W kuluarach

Zarówno część oficjalną, jak i artystyczną gali, którą uświetnił koncert Janusza Radka, przyjęto entuzjastycznie. Goście byli pod wrażeniem poziomu imprezy, profesjonalnej organizacji i oprawy wieczoru. Dla wielu było to spotkanie towarzyskie z ludźmi, z którymi wspólnie tworzyli zręby samorządności lekarskiej, dla innych była to podróż sentymentalna do czasów i miejsc, które są tylko we wspomnieniach, czasem odnotowanych na szpaltach biuletynów czy zapisanych w książkach powstałych na okoliczność 25-lecia. Marek Wietrzny z Beskidzkiej Izby Lekarskiej był jednym ze współorganizatorów tej izby. Zaznacza, że na tym terenie nie było nigdy tradycji samorządowych. Trzeba było jeździć do Krakowa lub Katowic, aby załatwiać sprawy lekarskie. Tym większą ma satysfakcję, że jego izba powstała, istnieje i całkiem dobrze sobie radzi. – Jubileusze skłaniają do refleksji, do zadawania sobie pytań, czy można było coś zrobić lepiej? W moim odczuciu robiliśmy tyle, na ile pozwalała nam sytuacja polityczna i gospodarcza, wkładając w to cały swój zapał – mówi Marek Wietrzny. Dodaje, że już samo przejęcie od państwa rejestru lekarzy i orzecznictwa było karkołomnym wyczynem. Nie było siedzib, biur, podstawowych sprzętów. Dla niego i jemu podobnych samorząd jest trwałą wartością. Andrzej Postuła ze Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej uważa, że obecnie rola samorządu lekarskiego osłabła. W czasach transformacji, kiedy tworzyła się nowa demokracja, lekarze wyobrażali sobie, że ich samorząd będzie ściśle współpracował z nową władzą i będzie miał wpływ na ochronę zdrowia, jej organizację, a także godne wykonywanie swojego zawodu. – Lekarze powinni mieć najwięcej do powiedzenia w tych sprawach, bo są najbliżej nich – przekonuje Andrzej Postuła. Nie przypuszczał, że kiedyś walczyli o reakty-

wację, a dziś muszą walczyć o wpływy i przetrwanie. Lekarz dentyś Stanisław Grelewski, mimo że ma 86 lat aktywnie działa w Świętokrzyskiej Izbie Lekarskiej. Jest członkiem okręgowej rady, komisji socjalnej, komisji stomatologicznej, działa w zespole emerytów i rencistów. – Przez te 25 lat zaszły daleko idące zmiany w naszym samorządzie. Kiedyś byliśmy wspólnotą, każdy rwał się do działania, dziś najpierw pyta, co izba może mu dać, a nie, co sam ma do zaoferowania izbie – mówi Stanisław Grelewski i ubolewa nad taką komercyjną postawą. Bożena Janicka z Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, jest wprawdzie prezesem Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia, ale też członkiem okręgowej rady w swojej izbie. Oddała pracy w samorządzie kawał swojego życia i z okazji jubileuszu zakreśliła jej się tza w oku, jednak jest zdania, że na samorząd należy spojrzeć z dystansem i odciąć się od przeszłości i narzekań. – Wszystko się zmienia, mamy w Polsce medycynę XXI w. i nie można się oglądać za siebie – tłumaczy. Jest przekonana, że lekarz przejdzie przez wszystko, pokona wszelkie trudności, bo wykonuje zawód zaufania publicznego. – Żyjąc w lepszym czy w gorszym komforcie, nie zapominajmy, że jesteśmy dla siebie kolegami, od profesora po lekarza z małej przychodni i musimy mieć dla siebie szacunek – podkreśla Bożena Janicka. Ten szacunek niejednokrotnie był budowany z pokolenia na pokolenie. Jan Ciećkiewicz z Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie wyniósł go z domu. Jego ojciec Marian Ciećkiewicz także był lekarzem i sekretarzem przedwojennej Krakowskiej Izby Lekarskiej, a później członkiem Naczelnej Izby Lekarskiej, działając w niej do chwili likwidacji przez władze PRL. – Jestem zaprogramowany na samorządowca, a ponieważ działałem w „Solidarności”, byłem jednym z tych, którzy dążyli sprawę reaktywacji izb lekarskich. Jednak świat już jest inny i trzeba się do niego dostosować, a przede wszystkim metody działania, bo gdzieś jest problem w komunikowaniu się i braku rozumienia się nawzajem – tłumaczy Jan Ciećkiewicz. Stanisław Wencelis ze Śląskiej Izby Lekarskiej, obecnie członek komisji etyki tej izby, po reaktywacji samorządu lekarskiego członek komisji etyki NRL, był w gronie tych, którzy tworzyli Kodeks Etyki Lekarskiej. – Burza wokół kodeksu była tak straszna, że trudno to sobie dziś wyobrazić, na co był narażony ówczesny przewodniczący komisji etyki, prof. Zbigniew Chłap. Tym większą satysfakcją jest, że po tylu latach wciąż obowiązuje – wspomina Stanisław Wencelis. Dodaje, że KEL to tożsamość izby, podstawa działania samorządu lekarskiego i rzeczników odpowiedzialności zawodowej. Żałuje tylko, że napastliwość przeciwników była tak męcząca, że nie udało się stworzyć komentarza autorskiego do kodeksu etyki, co pozostawia następcom. ■

Fotorelacje oraz relacje
online z obchodów
jubileuszowych
w **AKTUALNOŚCIACH**
na www.gazetalekarska.pl.



„Jestem zaprogramowany na samorządowca, a ponieważ działałem w „Solidarności”, byłem jednym z tych, którzy dążyli sprawę reaktywacji izb lekarskich. Jednak świat już jest inny i trzeba się do niego dostosować, a przede wszystkim metody działania, bo gdzieś jest problem w komunikowaniu się i braku rozumienia się nawzajem.”

25 lat sporów o wizję i pieniądze

**Mariusz
Tomczak**

Trudno zaprzeczyć temu, że w III RP dwadzieścia razy zmieniała się osoba kierująca resortem zdrowia, a najdłużej władzę w ministerstwie sprawowała Ewa Kopacz. Nie tak łatwo o zgodę, gdy przychodzi do oceny kolejnych rządów i ich wpływu na zdrowie Polaków i warunki pracy lekarzy.

Debate „25 lat ochrony zdrowia w wolnej Polsce” z udziałem ministrów zdrowia zasiadających w rządach Rzeczypospolitej Polskiej odbyła się 5 grudnia w Sali Kolumnowej Sejmu. – Tym spotkaniem rozpoczęliśmy obchody 25-lecia funkcjonowania samorządu lekarskiego w wolnej Polsce – powiedział na początku prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Maciej Hamankiewicz, który był moderatorem niezwykle interesującej dyskusji. A że nie była to historia usłana różami, najlepiej świadczą wspomnienia pierwszych szefów resortu zdrowia demokratycznej Polski.

– W naszym rządzie wszelkie rezerwy przeznaczano na sprawy ochrony zdrowia – mówił Andrzej Kosiniak-Kamysz sprawujący urząd ministra zdrowia i opieki społecznej za premierostwa Tadeusza Mazowieckiego. Poglębiający się kryzys gospodarczy sprawił, że przed Marianem Miśkiewiczem, szefem tego resortu w rządzie Jana Olszewskiego, postawiono zadanie ograniczenia nakładów na służbę zdrowia. – Opieka zdrowotna nie została pozbawiona niezbędnych środków do działania, ale również nie miała perspektyw na rozwój. Trudny był odbiór działań reformatorskich. Miałem niewielu sojuszników

FOTO: Marta Jakubik



w rządzie. Nielatwo było pozyskiwać środki zagraniczne, bo rząd nie miał możliwości ich spłacania – wyliczał Miśkiewicz.

Krytyka dosięgnęła wszystkich bez wyjątku

– Mieliśmy zadanie buntownicze. Wiedzieliśmy, że potrzebne są radykalne zmiany. Doprowadziliśmy do usamodzielnienia wszystkich szpitali, otworzyliśmy drogę do prywatyzacji szpitali, utworzyliśmy płatnika zewnętrznego. Nie wszystko udało nam się jednak wywalczyć, bo nie mieliśmy wystarczającej siły przebicia u ówczesnego premiera – tłumaczył Wojciech Maksymowicz, szef resortu zdrowia i opieki społecznej w rządzie Jerzego Buzka, notabene były redaktor naczelny „Gazety Lekarskiej”, którego prezes NRL określił jako „ministra czasów przełomu”. Sam Maksymowicz przyznał, że nie spodziewał się, iż doczeka czasów, w których o ówczesnej reformie zacznie się mówić pozytywnie, tym bardziej, że sam zderzył się z potężnym wybuchem krytyki ze strony środowiska lekarzy.

Nie on jeden musiał zmierzyć się z niezadowoleniem środowiska medycznego przybierającym czasami dosyć gwałtowne oblicze. Czoło krytyce musiał stawić również inny reformator w rządzie Buzka, Grzegorz Opala. – Prawdopodobnie gdybym nie został ministrem, też byłbym po stronie protestujących ▶



Nie mówmy, ile
potrzeba pieniędzy,
ale jakie są priorytety
w działalności
państwa. Tylko
zdrowy naród jest
w stanie realizować
zadania gospodarcze
i ambitne cele
stawiane przez rząd.
Bezpieczeństwo
zdrowotne to
obowiązek państwa,
ale obywatel nie
może być zwolniony
z troski o swoje
zdrowie.

– przyznał z rozbrajającą szczerością, wspominając atmosferę panującą w latach 2000-2001. – Każdy z nas, ministrów, miał do czynienia z protestami – dodał Bolesław Piecha, sekretarz stanu w ministerstwie zdrowia w rządach Kazimierza Marcinkiewicza i Jarosława Kaczyńskiego. W jego ocenie słowa ówczesnego ministra spraw wewnętrznych Ludwika Dorna o wysłaniu lekarzy w kamasze na długo ustawiły rząd w konflikcie ze środowiskiem lekarskim. W tym kontekście niezwykle trafnie zabrzmiały słowa Sławomira Neumanna, obecnego wiceszefa resortu: – Ministerstwo Zdrowia od lat działa w klimacie stałego kryzysu. Spieramy się, bo zdrowie jest nacechowane emocjami. Każdy pomysł w tej dziedzinie natychmiast budzi emocje, dlatego tak trudno wprowadzać zmiany i wypracować kompromis.

Każda pliszka swój ogonek chwali

W czasie debaty każdy z ministrów podkreślał swoje osiągnięcia. – Dostęp do dializy był dramatyczny, ale nam udało się to poprawić – mówił Kosiniak-Kamysz. – Stworzyliśmy ustawę o ratownictwie medycznym. Kiedy zostałem ministrem, było 700 etatów rezydenckich, ja zwiększyłem tę liczbę do 2100. Pieniądze znalazły się w ministerstwie, to była kwestia innej dystrybucji – kontynuował Opala. – To nam udało się przekonać ministra finansów, aby znaleźć pieniądze na funkcjonowanie Lotniczego Pogotowia Ratunkowego – chwalił się Marek Balicki. – Miałem uspokoić rozbujaną okret. Do wykonania było kilka zadań, m.in. powołanie zespołu eksperckiego różnych środowisk w celu opracowania strategii ochrony zdrowia wyjścia z kryzysu. Wielkim wyzwaniem była też praca związana ze zbliżającym się członkostwem w Unii Europejskiej – podkreślił Leszek Sikorski, minister w gabinecie Leszka Millera. – Od 10 lat mamy program wspierania polskiej onkologii, wkrótce wdrożymy pakiety antykolejkowy i onkologiczny, który – mam nadzieję – poprawi sytuację pacjentów – mówił z kolei Neumann.

Ile procent PKB na zdrowie?

Samorząd lekarski wielokrotnie wskazywał, że środki publiczne przekazywane na ochronę zdrowia są niewystarczające. To dlatego prezes NRL zapytał, jaki procent składki PKB powinien być przeznaczany na ten cel. Część prelegentów uchyliła się od jednoznacznej odpowiedzi. – Potrzeby zdrowotne Polaków rosną, bo żyjemy coraz dłużej – w taki sposób Kosiniak-Kamysz uzasadniał możliwość stworzenia ubezpieczeń dodatkowych, ale konkretnej liczby nie podał. W jego ocenie państwo musi zapewnić bezpieczeństwo obywatelom. Co prawda medycynę trzeba – jak to ujął – ekonomizować, ale pacjenta potrzebującego pomocy nie wolno pozostawić bez opieki. – Proste, mechaniczne zwiększenie składki to nie wszystko, aby uzdrowić sytuację. Potrzeba zmiany mechanizmu finansowania. Im więcej dołożymy na ochronę zdrowia, tym więcej trzeba zabrać z innych obszarów – zauważył Neumann. Złośliwości pod adresem obec-

nego kierownictwa resortu zdrowia nie szczędził za to Piecha: – Obecnie mamy doskonałą sytuację, bo osoba, która wie, ile pieniędzy potrzebuje ochrona zdrowia, jest premierem – w taki sposób były wice-minister zdrowia mówił o Ewie Kopacz.

Odpowiadając na pytanie postawione przez prezesa NRL, bardziej konkretni byli inni uczestnicy debaty. Marek Balicki: – W Polsce wraz ze wzrostem PKB nie zwiększa się udział procentowy środków przeznaczanych na ochronę zdrowia. To błąd. 7 proc. to minimum, które płatnik publiczny powinien przeznaczać na zdrowie, do tego mogą dojść środki od ubezpieczycieli prywatnych, ale podstawa musi zostać zwiększona. Nakłady na medycynę zawsze będą rosły – powiedział minister w rządach Millera i Marka Belki. W podobnym duchu wypowiedział się Sikorski: – Naszą czarną dziurą jest górnictwo, a służba zdrowia to biała dziura. Ochrona zdrowia konsumuje wszelkie otrzymane środki – przestrzegali.

Jego głos nie był całkowicie odosobniony. – Potrzeba zharmonizowanego wzrostu nakładów na ochronę zdrowia, ale w realnych kategoriach, może w granicach 6-7 proc. PKB. Prawda jest taka, że nigdy nie zapewnimy całkowicie oczekiwań społecznych – mówił Miśkiewicz. Jednak samo zwiększenie środków wydawanych na opiekę publiczną to jeszcze nie wszystko, konieczna jest poprawa świadomości zdrowotnej naszych rodaków. Celnie ujął to Opala: – Nie mówmy, ile potrzeba pieniędzy, ale jakie są priorytety w działalności państwa. Tylko zdrowy naród jest w stanie realizować zadania gospodarcze i ambitne cele stawiane przez rząd. Bezpieczeństwo zdrowotne to obowiązek państwa, ale obywatel nie może być zwolniony z troski o swoje zdrowie.

Zmienna rola samorządu zawodowego

Nie można nie zauważyć, że w ostatnich latach zmalała rola samorządu zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów, jako ciała współdecydującego o najważniejszych decyzjach władz państwa w służbie zdrowia. Jeszcze kilkanaście lat temu wszystko wyglądało zupełnie inaczej niż dziś. – Moje pierwsze spotkanie jako ministra zdrowia było w Naczelnej Izbie Lekarskiej – przypomniał Opala. – Za mojej kadencji spotkania z samorządem lekarskim odbywały się regularnie – mówił Kosiniak-Kamysz podkreślając, że to za jego ministrowania reaktywowano samorząd lekarski.

A jak jest teraz? Ministerstwo Zdrowia – co mocno podkreślił w czasie dyskusji Konstanty Radziwiłł, sekretarz NRL, a zarazem były prezes NRL – nie konsultuje podejmowanych decyzji z samorządem lekarskim i z innymi środowiskami lekarskimi. – To niedojrzałość naszej demokracji – odpowiedział mu Piecha. Dodał, że środowiska lekarskie nie zawsze mówią jednym głosem. – Obserwuję „zurredniczenie”, teraz nie słucha się samorządu – przyznał Maksymowicz. Ciekawe, jak będzie za kolejnych 25 lat... ■



**Jolanta
Małmyga**

Wiceprezes ORL
w Gorzowie Wlkp.

*Kocham cię życie,
poznawać pragnę cię
w zachwycie
i spotkać człowieka,
który tak życie kocha
jak ja
i nadzieję ma.*
Wojciech Młynarski

Nie żałuję

*Nie, nie żałuję
Przeciwnie, bardzo ci dziękuję mój kraju
Za to, że jesteś moim krajem
Że jesteś piekłem mym i rajem*

Agnieszka Osiecka

Tak jak śpiewa Edyta Geppert, tak i ja nie żałuję tych 25 lat poświęconych pracy w samorządzie lekarskim i cieszę się, że mogłam żyć i pracować w wolnym kraju, w którym uzyskaliśmy prawo do reprezentowania środowiska lekarzy i zrzeszenia się w izbach lekarskich. Po latach dostaliśmy szansę do samostanowienia i możliwość wypowiedzania się w sprawach dotyczących wykonywania zawodu przez lekarzy i lekarzy dentyków. To były wyzwania, którym towarzyszyła radość tworzenia i budowania praktycznie od podstaw zasad funkcjonowania lekarskiej korporacji zawodowej, ale także odzyskiwania dawnych lub budowania nowych siedzib. Towarzyszył nam zapał i wola działania. W pierwszych radach lekarskich byli ludzie, którzy z pasją poświęcali swój czas dla samorządu, bez liczenia godzin i pieniędzy. Owszem, byli też tacy, którzy wzorem dawnego układu dopatrywali się szans na karierę, jednak szybko się wycofywali i na szczęście ich miejsce zajmowali ci, którzy chcieli pracować bez względu na domniemane profity – to było piękne i budujące. Zapał udzielał się wszystkim. Pamiętam pierwsze posiedzenia rad lekarskich, które trwały bardzo długo, gdyż było wiele problemów do rozwiązania i planów działań do ustalenia, jednak nikt nie liczył poświęcanego czasu na pracę w samorządzie. Zjazd zarówno te okręgowe, jak i krajowe trwały do późnych godzin nocnych. Najgorzej mieli członkowie komisji skrutacyjnych, liczący głosy do białego rana, ale nikt nie narzekał na zmęczenie. Zawsze też mieliśmy czas na nocne Polaków rozmowy, podczas których wymienialiśmy się swoimi doświadczeniami i pomysłami, jak rozwiązywać problemy, z którymi przyszło nam się zmierzyć. Nie wszystko udało się załatwić tak, jak byśmy chcieli, ale w wielu sprawach odnieśliśmy sukces. Nie daliśmy podzielić się według pomysłów rządzących i nie daliśmy się ubrać w kamazę. W ważnych dla samorządu chwilach byliśmy zgodni i solidarni, chociaż nie brakowało kolegów myślących inaczej, a próbujących przedkładać własne racje nad większością, ale zawsze zwyciężał zdrowy rozsądek i solidarność zawodowa. Myślę, że należy pamiętać, przypominać i przekazywać młodszemu pokoleniu lekarzy, jak wyglądały początki i że zawsze działaliśmy wspólnie ręką w rękę, gdyż tylko tak mogliśmy coś osiągnąć. Czasem mam wrażenie, że teraz wstydziłybyśmy mówić o tym, jak było, zapominamy o wzajemnym szacunku i o ideałach, jakie nam przyświecały, a przecież powinniśmy przekazać to naszym następcom.

Chcieliśmy mieć swój samorząd, abyśmy w sprawach ważnych dla lekarzy mogli mieć wpływ na decyzje rządzących, po raz pierwszy pokazaliśmy, że jesteśmy i z opiniami samorządu należy się liczyć. Wszystkim nam przyświecała wola walki o stworzenie lepszych warunków pracy i pla-

cy, o lepsze postrzeganie naszego zawodu. Żyliśmy już w czasach przemiany ustrojowej, dzięki której również dla wszystkich lekarzy otworzyło się okno na świat. Zaczął się czas naprawy wieloletnich zaniedbań i realizacji marzeń. Mogliśmy w pełni korzystać z najnowszych osiągnięć nauki, techniki i wiedzy medycznej. Sami też szybko pokazaliśmy, że jesteśmy dobrzy, a wielokrotnie najlepsi w wielu dyscyplinach. No i się rozpędziliśmy nie tylko naukowo, ale i w pracy samorządowej. Zmieniające się rządy za swoje nieudacznictwo organizacyjne w opiece zdrowotnej nieustannie próbują obciążać lekarzy i nie tylko, że nie starają się wysłuchać naszych postulatów, to wręcz je ignorują. Zastanawiam się, dlaczego i czy sami na to sobie nie zapracowaliśmy? Wiem, że życie idzie do przodu i nie należy oglądać się wstecz, ale czy to znaczy, że wzorem polityków mamy jedynie głosić hasła bez pokrycia, byle tylko zaistnieć i osiągnąć osobisty sukces, moim zdaniem wątpliwej jakości, gdyż nic z tego nie wynika? Przestaliśmy pracować wspólnie, akceptować zdanie innych i wzajemnie sobie ufać. Nie potrafimy zwalczyć dawnych nawyków i obawiam się, że niektórym z nas przyświeca jedynie chęć bycia liderem, tylko żeby być dobrym liderem, należy obserwować otoczenie, w którym się żyje.

Mimo twierdzenia, że popieramy demokrację i święcie w nią wierzymy, to zarówno w naszym kraju, jak i w naszej korporacji, jakoś ta demokracja w ostatnim czasie nam nie wychodzi. Niektórzy z nas mają własną, prywatną definicję i tylko taką uznają za słuszną, nie akceptując zdania większości. Nieustannie i z uporem próbują za wszelką cenę narzucić wszystkim swoje, rzekomo demokratyczne, poglądy. Nie pojmują, iż w ten sposób ośmieszają cały samorząd, który staje się łatwą do zaatakowania grupą, gdyż poróżnioną wewnętrznie.

Czy takim postępowaniem zachęcimy młodych do pracy dla dobra całej społeczności lekarskiej? Przecież o wielkości mistrza świadczą jego uczniowie, a czy my staramy się być dobrymi nauczycielami?

Myślę, że świąteczny i noworoczny czas to dobry moment na przemyślenia i zastanowienie się, do czego dążymy i czego oczekujemy. Ilu z nas potrafiło zaszczerpić ideę samorządności młodszemu koleżankom i kolegom? Ja i tak będę powtarzać, że nie żałuję, a jakie będzie następne 25-lecie – przyszłość pokaże, ale jako niepoprawna optymistka z nadzieją patrzę na nowe czasy i wierzę, że znajdą się mądrzy następcy chętni pracować w samorządzie lekarskim.

Zbliża się Boże Narodzenie, zwiastujące narodziny nowego życia i wiary w lepszy świat. Śpiewając kolędy, zanuńmy też piosenkę Edyty Geppert „Kocham cię życie” i niech jej słowa będą moimi życzeniami noworocznymi. ■

Ostatni dzwonek?

Trzy lata temu z polskich szkół zaczęły znikać i tak nieliczne już gabinety stomatologiczne. Kiedy premier Ewa Kopacz podczas swojego exposé złożyła publiczną deklarację, że gabinety powrócą do szkół, dyskusja rozgorzała na nowo.

**Marta
Jakubiak**

Kiedy Narodowy Fundusz Zdrowia zastrzył wymagania, zawierając kontrakty na 2011 r., tysiące dzieci pozbawiono możliwości skorzystania z opieki lekarza dentysty. NFZ zażądał bowiem, by w każdym gabinecie stomatologicznym był aparat rtg, a także by znajdowała się w nich toaleta dla pacjentów. Oczekiwało się również, aby gabinety były czynne pięć dni w tygodniu, w tym przynajmniej dwa razy do godz. 18.00. Dodatkowo miały one przyjmować pacjentów przez pięć godzin również w soboty. Dla wielu wymogi stawiane przez NFZ okazały się nie do spełnienia. Dostosowanie się do wspomnianych wymagań pociągało za sobą nie tylko koszty, ale nakazywało pracę w godzinach, w których prawdopodobieństwo pojawienia się pacjenta było naprawdę niewielkie. To sprawiło, że ze szkół bardzo

szybko zaczęły znikać kolejne gabinety stomatologiczne. Dodatkowo, przy tak postawionych warunkach wycena punktowa świadczeń była zdecydowanie niewłaściwa.

80 proc. dzieci między 6. a 12. rokiem życia ma próchnicę, a w wieku od 5 do 10 lat aż 84 proc.*. – Intensywność choroby próchnicowej i częstość jej występowania są niezwykle wysokie. Dane są przerażające – mówi prof. Dorota Olczak-Kowalczyk, konsultant krajowy w dziedzinie stomatologii dziecięcej. Przez ponad 20 lat Polska nie zrobiła postępu, jeśli chodzi o zapobieganie próchnicy, choć postęp w medycynie dokonał się znaczący, a nawet – jak pokazał ostatni monitoring zdrowia jamy ustnej – nastąpił wzrost częstości występowania próchnicy i jej intensywności. – Jeżeli chodzi o 12-latkę, w 1987 r. częstość występowania próchnicy wynosiła 89,9 proc., w 2012 r. – 79,6 proc., z czego ▶

Deklaracja
wypowiedziana
w exposé premier
Kopacz okazała
się bardziej cenna,
gdyż wywołała
dyskusję o opiece
stomatologicznej
w Polsce, nie tylko
tej dotyczącej dzieci
i młodzieży.

łatwo wyliczyć, że zmniejszyła się ona o zaledwie 10 proc. Z kolei intensywność próchnicy w 1987 r. wynosiła 4,4 PUW, w 2007 r. – 3,07, a w roku 2012 wzrosła do 3,53. W przypadku 6-latków w 1995 r. częstość występowania próchnicy wynosiła 87,4 proc., a w 2012 r. było to 85,6 proc. Te różnice są właściwie nieistotne statystycznie – komentuje prof. Olczak-Kowalczyk.

Problem był przez lata bagatelizowany, a decydenci pozostawali głusi na głos środowiska lekarskiego i samorządu, jak choćby na apel Komisji Stomatologicznej NRL, która w 2011 r. zwróciła się „do władz publicznych oraz innych podmiotów, których zadaniem jest zaspokajanie potrzeb społeczeństwa w zakresie ochrony zdrowia, a w szczególności do Prezesa Rady Ministrów, Ministra Zdrowia, Ministra Edukacji Narodowej oraz Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, o pilne podjęcie szerokich działań w celu realizacji zaleceń Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) odnoszących się do zdrowia jamy ustnej”^{***}. Komisja Stomatologiczna NRL sugerowała wówczas, że poprawę dramatycznej sytuacji epidemiologicznej mogłoby przynieść reaktywowanie medycyny szkolnej – zarówno opieki stomatologicznej, jak i pediatrycznej.

W roku 2012 Najwyższa Izba Kontroli wykazała, że opieka stomatologiczna w Polsce wymaga zmian. W raporcie opublikowanym „Dostępność i finansowanie opieki stomatologicznej ze środków publicznych”, NIK wyraźnie wskazuje, że działania podejmowane przez Ministra Zdrowia na rzecz edukacji prozdrowotnej i profilaktyki chorób jamy ustnej, zwłaszcza próchnicy zębów u dzieci i młodzieży, są nieskuteczne. „Jedynie 2,96% populacji dzieci i młodzieży skorzystało z gwarantowanych świadczeń profilaktycznych finansowanych ze środków publicznych w 2011 r. Likwidacja gabinetów dentystycznych w szkołach spowodowała przerzucenie na rodziców całej odpowiedzialności za stan zdrowia jamy ustnej dzieci” – czytamy w raporcie. Ponadto jeden z końcowych punktów podsumowujących kontrolę NIK wyraźnie wskazuje, że minister zdrowia nie zapewnił sprawnej realizacji zadań podejmowanych w ramach Narodowego Programu Zdrowia (NPZ) na lata 2007-2015, dotyczących m.in. profilaktyki chorób jamy ustnej. Nie spełniono także zaleceń WHO. – Już w 2009 r. podczas 7. Światowej Konferencji w sprawie Promocji Zdrowia zorganizowanej przez Światową Organizację Zdrowia podkreślano, że szkoły na całym świecie są idealnymi miejscami do promocji zdrowia – mówi Anna Lella, prezydent elekt ERO-FDI. Mimo że szkoła nie jest w stanie dotrzeć do wszystkich dzieci, placówki te dają ogromną szansę wyrównania społeczno-gospodarczych różnic w zachorowalności oraz w zmiennych czynnikach ryzyka istotnych dla zdrowia jamy ustnej, takich jak wiedza na temat zdrowia jamy ustnej, postawa i zachowanie.

Być może liczne głosy w sprawie poprawy opieki stomatologicznej, a także raport NIK sprawiły, że w końcu dostrzeżono problem. W maju tego roku minister Sławomir Neumann deklaruje: „Pracujemy nad prawnym uregulowaniem współpracy między pielęgniarką szkolną a dentystą. Chcemy też wprowadzić książeczki zdrowia dziecka, dzięki którym stomatolog będzie sty-

mulowany do wpisywania wyników badań jamy ustnej, a rodzic do zgłaszania się z nim do lekarza”. Nie była to jednak propozycja satysfakcjonująca zarówno pacjentów, jak i lekarzy.

Dlatego deklaracja wypowiedziana w exposé premier Kopacz okazała się bardziej cenna, gdyż wywołała dyskusję o opiece stomatologicznej w Polsce, nie tylko tej dotyczącej dzieci i młodzieży. – Najwyższy czas, żeby zwrócono uwagę, co się dzieje, jeśli chodzi o zdrowie jamy ustnej dzieci i młodzieży, a także dorosłych, bo to olbrzymi problem – mówi prof. Dorota Olczak-Kowalczyk. Jak twierdzi, gabinety stomatologiczne w szkołach nie rozwiążą jednak wszystkich problemów. Ich usytuowanie nie jest najważniejsze. Należy zadbać o to, by były rozmieszczone stosownie do potrzeb. Są bowiem białe plamy na mapie Polski, gdzie w ogóle nie ma dostępu do świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży poniżej 18. r.ż. Ponadto bardzo ważne są przepisy obowiązujące w Polsce – określają one między innymi, że w przypadku dzieci poniżej 16. r.ż. nie powinno się wykonywać żadnych świadczeń leczniczych bez obecności opiekuna prawnego lub rodzica, co praktycznie uniemożliwia wykonywanie jakichkolwiek świadczeń, kiedy dziecko jest w szkole. – Wprowadzenie gabinetów dentystycznych do szkół nie jest prostym zabiegiem polegającym na drobnej korekcie jednego zarządzenia Prezesa NFZ – twierdzi mec. Michał Kozik, radca prawny Naczelnej Izby Lekarskiej. – Być może dla realizacji pomysłu powrotu lekarzy dentystów do szkół trzeba stworzyć odrębny zakres świadczeń gwarantowanych z zakresu stomatologii, określony jako świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży udzielane na terenie szkoły, wówczas należałoby jednak rozważyć odstępianie od zasady konkursu ofert na rzecz zasady, że każdy gabinet położony w szkole ma sfinansowane tyle świadczeń gwarantowanych, ile zostanie faktycznie dzieciom udzielone – dodaje mec. Kozik. To utrudnić może uzyskanie kontraktu dentystom leczącym dzieci, np. obok szkoły. Może korzystniejsze byłoby stworzenie kontraktu, w którym lekarz obejmowałby opieką dzieci z pobliskiej szkoły lub szkół – np. przeglądy (zaproszenie do leczenia) oraz profilaktyka grupowa (w szkole) i indywidualna w gabinecie przy stwierdzonym wysokim ryzyku próchnicy. Gabinet mógłby znajdować się na terenie szkoły lub w miejscowości – obok szkoły. Obecnie żaden z obowiązujących aktów prawnych odnoszących się do świadczeń stomatologicznych w systemie ochrony zdrowia nie wyodrębnia gabinetów stomatologicznych usytuowanych na terenie szkół, jako jednostki ocenianej na innych zasadach. Ministerstwo Zdrowia utrzymuje, że w sytuacji, gdyby NFZ kontraktował świadczenia stomatologiczne, traktując w sposób priorytetowy świadczeniodawców ze względu na lokalizację gabinetów, mogłoby to być sprzeczne z art. 134 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, tj. nieprzestrzegania podstawowej na gruncie procedury konkursowej zasady równego traktowania świadczeniodawców.

– Czy gabinet będzie znajdował się na terenie szkoły, czy obok szkoły, to jest mniej istotne. Najważniejsze jest stworzenie dostępności do leczenia. Na świadczenia stomatologiczne dzieci przeznaczany jest zaledwie niewielki ułamek budżetu NFZ, a procedury są bardzo nisko i źle wyceniane. Punkty przyznawane są nie za to, że przyjmuje się dzieci, a jak wiadomo ich leczenie jest znacznie trudniejsze niż dorosłych, nie premiuje się też specjalistów stomatologii dziecięcej, tylko wyposażenie gabinetu w rentgen. Przecież on wcale nie musi być w gabinecie, wystarczy, że będzie dostępny w tej samej miejscowości, gdzie znajduje się gabinet, który ma podpisaną umowę z funduszem. Obecnie sytuacja wygląda tak, że wygrywają gabinety najlepiej wyposażone w sprzęt, podczas gdy jest on niekoniecznie niezbędny do udzielania świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży, a specjalista tak, lecz tego się nie premiuje – zauważa prof. Olczak-Kowalczyk.

20 października delegacja przedstawicieli Komisji Stomatologicznej Naczelnej Rady Lekarskiej spotkała się z Ministrem Zdrowia, Bartoszem Arłukowiczem, by zabiegać o poprawę opieki stomatologicznej nad dziećmi, uwzględniającej wdrożenie i funkcjonowanie gabinetów stomatologicznych w szkołach. Wszyscy uczestnicy spotkania zgodzili się, że problemów nie rozwiąże się jedynie przez fizyczne wprowadzenie gabinetów stomatologicznych w szkołach. Najważniejsze jest, by dołożyć wszelkich starań, aby zwiększyła się dostępność do leczenia dzieci, a co za tym idzie – nastąpiła poprawa zdrowia ich jamy ustnej. Ważne jest również wsparcie rządowe dla zwiększenia liczby specjalistów wśród lekarzy dentystów z postawieniem priorytetu na stomatologię dziecięcą.

Jak poinformował Krzysztof Bąk, rzecznik prasowy Ministerstwa Zdrowia, tworzenie i wyposażenie gabinetów stomatologicznych w szkołach pozostaje obowiązkiem organów prowadzących szkoły, którymi dla szkół publicznych są samorządy terytorialne gmin i powiatów. – Premier Ewa Kopacz w swoim exposé wskazała władzom samorządowym możliwości pozyskiwania środków na wyposażanie w szkołach gabinetów dentystycznych z wykorzystaniem funduszy unijnych. Działania ministra zdrowia – zgodnie z wypowiedzią premier Kopacz – mają koncentrować się na finansowaniu kształcenia specjalistycznego dla możliwie najliczniejszej grupy lekarzy, w tym lekarzy dentystów, którzy w przyszłości będą mogli udzielać świadczeń zdrowotnych w uruchomionych na terenie szkół gabinetach – podkreśla Krzysztof Bąk.

Jak potoczą się losy powrotu gabinetów do szkół, czas pokaże. Już teraz ważne jest, że rozpoczęła się publiczna dyskusja o konieczności poprawy opieki stomatologicznej w Polsce. ■

20 października
delegacja
przedstawicieli
Komisji
Stomatologicznej
Naczelnej Rady
Lekarskiej spotkała
się z Ministrem
Zdrowia, Bartoszem
Arłukowiczem,
by zabiegać
o poprawę opieki
stomatologicznej
nad dziećmi,
uwzględniającej
wdrożenie
i funkcjonowanie
gabinetów
stomatologicznych
w szkołach.

* Dane z badań Ipsos przeprowadzonych wspólnie z Polskim Towarzystwem Stomatologicznym w pięciu województwach: opolskim, warmińsko-mazurskim, świętokrzyskim, podkarpackim i lubelskim.

** Apel Nr 2/VI/11 Komisji Stomatologicznej Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 10 stycznia 2011 r. do władz państwowych w sprawie realizacji zaleceń Światowej Organizacji Zdrowia dotyczących działań na rzecz zdrowia jamy ustnej*.

Stomatolog i genetyk są sobie potrzebni

Z **prof. Lucjuszem Jakubowskim**, kierownikiem Zakładu Genetyki ICZMP w Łodzi, przewodniczącym Polskiego Towarzystwa Genetyki Człowieka, rozmawia **Lucyna Krysiak**.



Genetyka kliniczna coraz śmielej wkracza w różne dziedziny medycyny. Jakie miejsce zajmuje w stomatologii?

Lekarze każdej, bez wyjątku, specjalności mają do czynienia z zaburzeniami rozwojowymi lub funkcjonalnymi uwarunkowanymi genetycznie. Poznanie podłoża molekularnego wielu wad wrodzonych, chorób dziedzicznych lub nabytych umożliwia prawidłowe postępowanie kliniczne i diagnostyczne. W wielu przypadkach stwarza możliwość planowania i monitorowania terapii zindywidualizowanej, do której zmierza obecnie cała współczesna medycyna. Pozwala też lekarzowi ocenić np. osobniczą wrażliwość lub oporność na leki, a także podejmować działania profilaktyczne. Dotyczy to również stomatologii i molekularnego podłoża wielu chorób oraz wad i zaburzeń rozwojowych w obrębie twarzoczaszki: czy dotyczą one uzębienia jako takiego albo chorób przyzębia, czy też mają szerszy zasięg jak przykładowo w przypadkach rozszczepów warg i podniebienia lub tylko podniebienia. Mogą być one skutkiem działania czynników teratogennych, ale często mają podłoże genetyczne. Genetycy kliniczni są więc

nieodzowni w planowaniu opieki specjalistycznej, szczególnie nad dziećmi z wieloobjawowymi zespołami chorobowymi. Współpracują oni w wielu przypadkach z ortodontami, chirurgami szczękowo-twarzowymi, specjalistami w zakresie stomatologii zachowawczej lub leczenia chorób jamy ustnej. Genetycy i stomatolodzy są więc sobie coraz bardziej potrzebni.

Które geny mają największy wpływ na kształtowanie się zębów i czy w pracy stomatologa wiedza ta ma znaczenie?

Wśród genów o dobrze udokumentowanym wpływie na morfogenezę zębów można wymienić m.in. geny *PAX9* lub *MSX1*. Działają one synergistycznie w obrębie tego samego szlaku sygnałowego i są zaangażowane m.in. w tworzenie i rozwój zawiązków zębów. Wśród genów mogących odpowiadać za hamowanie rozwoju zębów wskazuje się także na geny *BMP4*, *FGF8* lub *AXIN2*. Z mutacjami genu *PITX2* wiąże się z kolei występowanie zespołu Axenfelda-Riegera. Ten gen może także odpowiadać za nieprawidłową lokalizację poszczególnych typów zębów. Poznaliśmy już szereg zespołów związanych z mutacjami genetycznymi, których objawem jest anodoncja lub hipodoncja, np. zespół Ellisa-van Crevelda, zespół Aarskoga, zespół Williamsa czy zespół Downa. Przykłady można mnożyć. Na przeciwnym biegunie znajdują się przypadki hiperodoncji z najczęściej występującym, i to głównie wśród zębów stałych, wadliwym zębem pośrodkowym. Pojedyncze lub mnogie zęby dodatkowe mogą też występować w zespole Gardniera, jako wynik mutacji gremialnych w genie *APC*. Także w tym wypadku lista podobnych przykładów jest długa. Mutacje genetyczne mogą również dotyczyć budowy zębów mlecznych i stałych (zęby złane, zrośnięte, bliźniacze w wielu zespołach). To uwiadamia, jak dziesiątki lub setki genów są pośrednio lub bezpośrednio zaangażowane w procesy tworzenia i dojrzewania, w tym mineralizacji tkanek oraz struktur zęba. Także zaburzenia szkliwa lub zębiny mogą się wiązać z mutacjami genów. Zrozumienie tych mechanizmów przekłada się na podejście terapeutyczne lekarza dentysty. Wiedza z zakresu biologii molekularnej

w stomatologii staje się także inspiracją do produkcji coraz doskonalszych materiałów o szczególnych walorach technicznych, szczególnej twardości stosowanych w praktyce lekarzy dentystów. Jednym słowem, postęp w zakresie nauk biomedycznych ma przełożenie nie tylko na stronę kliniczną, opiekę stomatologiczną nad pacjentem, ale też na rozwój technologii medycznych stosowanych w stomatologii. To się wzajemnie przenika.

Z tego, co pan profesor mówi, wiedza z zakresu genetyki klinicznej jest bardzo specjalistyczna i ma wyraźny przekaz naukowy, jak lekarz dentysta prowadzący gabinet ma się nią posługiwać w codziennej praktyce, jak z niej korzystać?

W internecie jest wykaz wszystkich ośrodków genetycznych działających na terenie całego kraju, do których stomatolog zawsze może zwrócić się w celu uzyskania pomocy. Przez zwykłą przeglądarkę, wpisując hasło „Polskie Towarzystwo Genetyki Człowieka”, można dotrzeć poprzez zakładkę dla specjalistów do adresów i kontaktów telefonicznych do poradni genetycznych. Pojawia się mapka, na której pokazane są wszystkie województwa z listą takich poradni. Lekarz dentysta zawsze może zadzwonić do konkretnego genetyka i skonsultować pacjenta z zaburzeniami o podłożu genetycznym. Otrzyma informacje, jak postępować z takim pacjentem, jakie wykonać badania. Na razie najczęściej z tego rodzaju pomocy genetyków korzystają instytuty stomatologii, znacznie rzadziej gabinety. Konsultacje te są jednak coraz częstsze, a w przyszłości będzie ich jeszcze więcej, ponieważ generalnie XXI w. stoi pod znakiem medycyny molekularnej. Aby różnicować, a później skutecznie leczyć i korygować wady powstałe wskutek mutacji genów, trzeba dziś posługiwać się technikami genotypowania. Techniki te pozwalają na identyfikację szeregu markerów molekularnych lub nowych genów, których mutacje są odpowiedzialne za nieprawidłowości rozwojowe lub choroby uwarunkowane genetycznie. Pole do współpracy między stomatologami a genetykami klinicznymi jest więc bardzo szerokie. Wprawdzie wszystko obraca się wokół wad rozwojowych w obrębie twarzoczaszki oraz izolowanych lub występujących w zespołach chorobowych wad rozwojowych uzębienia i wielu chorób jamy ustnej, to jest naprawdę bardzo obszerny temat.

W jakim stopniu genetyka może zmienić stomatologię?

Dla stomatologa podejmującego leczenie nie ma znaczenia, czy np. zanik zawiązków zębów mlecznych czy stałych to skutek infekcji wewnątrzmacicznej, a więc czy zadziałał tu czynnik niezwiązany z aparatem genetycznym, czy jest to wynik jakiejś mutacji. Tak czy inaczej, w diagnostyce obrazowej trzeba ustalić, czy te zawiązki są, czy ich nie ma, i zaproponować zakres opieki ortodontycznej, z możli-

wością stosowania implantów włącznie. Jednak świadomość, że jest to genetycznie uwarunkowana wada uzębienia, pozwala dziecku objąć odpowiednio wcześniej opieką ortodontyczną i zapobiec wtórnym powikłaniom, np. wadom zgryzu. W tym wypadku mamy do czynienia z wadą, ale przecież są choroby, co do których mogą występować predyspozycje genetyczne. W stomatologii takie predyspozycje można mieć np. do występowania próchnicy i chorób przyzębia. Jeśli lekarz dentysta ma taką wiedzę, może wytyczyć leczenie zindywidualizowane, a nie takie, jak określają standardy leczenia tych jednostek chorobowych. Chciałbym podkreślić, że poradnictwo genetyczne pozwala szerzej spojrzeć na problem wad czy chorób, za którymi stoją mutacje genów. W tej samej rodzinie mutacja genów u jednego z jej członków może się objawiać wadą uzębienia, a u innego poważniejszymi wadami układu kostnego lub nawet wadami wielonarządowymi. Dobry kontakt stomatologa i genetyka klinicznego może więc zaowocować lepszą opieką wielospecjalistyczną dla całych rodzin. Z czasem stomatolodzy staną się coraz bardziej wyczuleni na problemy dziedziczenia wad i chorób uwarunkowanych genetycznie w obrębie twarzoczaszki, a to z pewnością poprawi i jakość opieki stomatologicznej takich pacjentów, i możliwość skorzystania przez nich z opieki wielospecjalistycznej.

Czy można powiedzieć, że podpieranie się stomatologii genetyką to nowa jakość?

Na pewno tak, świadczy o tym fakt, że wciąż niewielu lekarzy dentystów wchodzi w pogłębioną diagnostykę molekularną. Są to przeważnie osoby, które naukowo zajmują się tymi zagadnieniami. Ale trzeba też podkreślić, że takich ośrodków i specjalistów jest coraz więcej. Rodzi się więc pytanie, jak obudzić zainteresowanie tematem w szerszym gronie doktorów wykonujących ten zawód w swoich prywatnych praktykach lekarskich. Czy dotrzeć do nich poprzez towarzystwa stomatologiczne, czy poprzez kształcenie podyplomowe, a może modyfikacje w programach specjalizacji? Na staże genetyczne przychodzą do nas neonatolodzy, endokrynolodzy, ale już ginekolodzy i położnicy niekoniecznie, choć bardzo by im się to przydało. W grupie zainteresowanych nie ma także stomatologów, bo nie ma wśród nich wyrobionej świadomości środowiskowej potrzeby opanowania podstaw genetyki. Jestem zapraszany z wykładami na kursy specjalizacyjne dla neurologów, andrologów, chirurgów dziecięcych, urologów, a ze stomatologami spotkałem się na wykładzie tylko raz. Wciąż doskonałe techniki stosowane w ciążach powikłanych spowodują, że czego nie zdiagnozujemy podczas ciąży, wykryjemy po porodzie, liczba rozpoznanych patologii będzie więc rosła. Cieszymy się z każdego uratowanego życia, ale wstydliwie przemilczamy liczbę nieprawidłowości rozwojowych, którymi jest ono obciążone i siłą rzeczy będą one zahaczać także o stomatologię. ■

Na razie najczęściej z tego rodzaju pomocy genetyków korzystają instytuty stomatologii, znacznie rzadziej gabinety. Konsultacje te są jednak coraz częstsze, a w przyszłości będzie ich jeszcze więcej, ponieważ generalnie XXI w. stoi pod znakiem medycyny molekularnej.



**Maciej
Krzanowski**

Doktor nauk
medycznych,
specjalista chorób
wewnętrznych
i reumatologii

Proponuję, gdyby
w przyszłości
podjął pan
ponownie zamiar
ulżenia przez
WOŚP problemom
zdrowotnym ludzi
starych, aby pomoc
ta była kierowana
bardziej do ludzi
w podeszłym wieku
niż do oddziałów
geriatrycznych.

Ludzie starzy w szpitalu leczeni są nie tylko na geriatricii

Za chwilę zima, Nowy Rok i Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy ruszy w Polskę. Mam trochę przemyśleń na temat pożytkowania pozyskiwanych przez nią milionów i chcę je poddać pod uwagę jej dyrygenta i dyskusję.

Moje przemyślenia mogą być odebrane jako nieprzyjazna krytyka twórcy Orkiestry i przyłączanie się do chóru jego zawistników, co z siebie biorąc przykład, nie potrafią uwierzyć w czyjaś tyle lat trwającą pożyteczną bezinteresowność, oświadczam już na wstępie, że pełen jestem uznania dla jego konsekwentnych działań. Wielki szacun, panie Jerzy. Za unowocześnianie polskiej medycyny i za to, że dzięki panu spora część Polaków przynajmniej raz w roku myśli o dobru wspólnym. To raczej niedoinformowanie pana przez ludzi z kręgu medycyny w pana otoczeniu jest powodem, że zgłaszam tu jakieś propozycje. O co chodzi?

Proponuję, gdyby w przyszłości podjął pan ponownie zamiar ulżenia przez WOŚP problemom zdrowotnym ludzi starych, aby pomoc ta była kierowana bardziej do ludzi w podeszłym wieku niż do oddziałów geriatrycznych. Bo starzy ludzie są w szpitalu leczeni nie tylko na geriatricii. Powiem więcej... głównie nie na geriatricii. Posłużę się dla przykładu statystyką znanego mi dużego, wieloprofilowego szpitala. W latach 2012-2013 tylko 6,7 proc. pacjentów szpitala w wieku 65+ leczono w oddziale geriatrycznym. Bo stary człowiek, gdy złamie nogę, trafia na chirurgię urazową, a nie na geriatricię, gdy dotknie go zawał serca – na kardiologię, a nie na geriatricię, gdy udar mózgu – na neurologię, gdy zachoruje na raka, leczony jest na chirurgii lub w oddziale chemioterapii... itd.

A szpital ten dostał ostatnio od Orkiestry spirometr. Nie wiem, jak częste jest zapotrzebowanie na badanie spirometryczne w przeciętnej populacji osób w wieku 65+. Przeciętnej, czyli bez szczególnych problemów pulmonologicznych. Intuicja podpowiada, że 5-10 proc. Ważne, że na pewno mniejsze, niż u chorych istniejącego w tym szpitalu oddziału pulmonologicznego (80 proc.). Czy choćby oddziałów zabiegowych, gdzie znajomość wydolności oddechowej osób starych, przewidywanych do znieczulenia wziewnego, potrzebna jest na pewno częściej niż przeciętnie w tej populacji wiekowej osób niepoddawanych anestezji. Otóż tak się złożyło, że jedyny w szpitalu spirometr pracujący dla pozostałych członków szpitala i działającej obok poradni pulmonologicznej (2000 badań spirometrycznych rocznie) zaczął odmawiać współpracy. Więc trzeba było kupić nowy, choć nie było za co i choć stał na geriatricii „niedowykorzystany” spirometr подарowany przez WOŚP, który, gdyby miał służyć tylko dla 17-lóżkowego oddziału geriatrycznego, szybciej się zestarzeje, niż zużyje. Niestety, choć aparat miał wolne „moce przerobowe”, doświadczenie szpitala

w Pszczynie podziało na dyrekcję paraliżującą i dwie różne obok znajdujące się rzeczywistości trwałe. Jak w Związku Radzieckim, gdzie na większych dworcach kolejowych były oprócz pomieszczeń zwykłych też kąpiące złotem poczekalnie, tyle że zamknięte, a otwierane tylko dla delegatów, gdy ci jechali na zjazd.

A na czym polegał konflikt Orkiestry ze szpitalem w Pszczynie? Przypomnę: za niezgodne z umową wykorzystanie ofiarowanego przez WOŚP sprzętu został on szpitalowi odebrany. Można w internecie przeczytać, że: „sześć łóżek sterowanych elektronicznie, dwa materace przeciwoleżynowe, przyłóżkowe urządzenie rehabilitacyjne, kardiomonитор, podnośnik hydrauliczny dla pacjentów leżących, waga fotelowa, fotel kąpielowy, spirometr, wózek inwalidzki XXL z odchylanym oparciem, pionizator do nauki chodzenia, dwie pompy infuzyjne, ssak, nebulizator, rotor – w sumie 21 rzeczy za 160 tys. zł zostało szpitalowi odebranych za niezgodne z umową ich wykorzystanie”. A dyrektor szpitala wydała oświadczenie: „Jest nam niezmiernie przykro, że część łóżek, które szpital w Pszczynie otrzymał za pośrednictwem Fundacji WOŚP, zostało umieszczonych na oddziale kardiologicznym”. To, że na tej „części łóżek” leżeli w oddziale kardiologicznym chorzy też starzy, i to nawet poważniej chorzy niż ich rówieśnicy na geriatricii, okazało się bez znaczenia, i szpital stracił cały przekazany sprzęt. Również ten, który dyrekcja ulokowała na geriatricii, jak wspomniane wcześniej: pionizator do nauki chodzenia, fotel kąpielowy czy przyłóżkowe urządzenie rehabilitacyjne. Za „niesubordynację” dyrektora Orkiestra ukarała wszystkich starszusków z Pszczyny.

A dlaczego łóżka wykorzystano niezgodnie z umową? Bo akurat na geriatricii tych łóżek szpital nie potrzebował, a potrzebował na kardiologii. Po takiej nauczce, przez media na całą Polskę nagłośnionej, zabrakło w znanym mi szpitalu pewności, czy dopiero przesunięcie spirometru w inne wygodne dla wszystkich miejsce byłoby złamaniem umowy z Orkiestrą, czy nawet bez jego fizycznego przenoszenia udostępnianie aparatu osobom w wieku 65+, ale leczonym w innych oddziałach, też mogłoby narazić szpital na represje. Efekt Pszczyny był tak paraliżujący, że nawet propozycja zapytania pana Jerzego, czy zgodziłby się na wykorzystywanie spirometru też dla starszusków innych niż leżący na geriatricii, została na wszelki wypadek odrzucona. No bo mogłoby takie zapytanie zniechęcić Orkiestrę do dalszego wspomaganie szpitala. Dbalność o własne podwórko odbiera (niestety)

w takich przypadkach zdolność obywatelskiego spojrzenia na problem.

Co wobec tego proponuję, by wspomagać seniorów, a nie akurat oddziały geriatryczne? Systemu idealnego – takiego, żeby przypadkiem nie skorzystał z darów orkiestrowych ktoś z peselom nie dość zaawansowanym – nie widzę. Szpital jest organizmem zintegrowanych ze sobą oddziałów i działania prowadzące do uprzywilejowania któregoś z nich nie są zdrowe. Oddziały udzielają sobie wzajemnie konsultacji, wypożyczają w razie nagłej potrzeby („do jutra rana”) i łóżka, i leki, chorzy wieloprotokółowi przenoszeni są z oddziału na oddział etc. Stosunkowo najwłaściwszym rozwiązaniem, tak mi się wydaje, byłoby zasilanie sprzętem od Orkiestry międzyoddziałowych gabinetów diagnostycznych (USG, spirometrii, gastrokopii, badań holterowskich) i umieszczanie na drzwiach każdego informacji...: „Pracownia została wyposażona w sprzęt diagnostyczny przez Wielką Orkiestrę Świątecznej Pomocy z zamiarem pomagania przede wszystkim chorym w podeszłym wieku. I jest życzeniem WOŚP, aby byli oni przyjmowani do badań w pierwszej kolejności”. A łóżka powinny być przez WOŚP darowane każdemu oddziałowi leczącemu ludzi starych. Wg klucza... ile procent w skali szpitala leczy ludzi w wieku 65+.

Jakie jeszcze propozycje? Byłoby wskazane, aby Orkiestra pytała szpitale, które spełniają kryteria tematyczne przyjęte przez Orkiestrę dla danego roku, co spośród proponowanego do wyboru sprzętu do kwoty takiej a takiej chciałyby otrzymać. Przy największych niedoborach może czegoś brakować szczególnie. A przecież Orkiestrze na pewno zależy, aby wielki wysiłek jej grania dawał korzyści jak największe.

Kończąc, pragnę zwrócić uwagę pana Jerzego, że dbałość o zdrowie seniorów mogłaby być realizowana też poza szpitalem. Można zasilać sprzętem ułatwiającym funkcjonowanie ludzi starych (a może w ogóle głęboko niesprawnych) jego wypożyczalnie prowadzone tu i ówdzie przez różne fundacje, hospicja, miejskie czy gminne ośrodki pomocy społecznej. Znacznym postępem w dziele bezpieczeństwa ludzi starych byłoby uruchomienie w Polsce systemu indywidualnego wzywania pomocy poprzez przyciśnięcie guzika w urządzeniu noszonym w formie naszyjnika czy bransoletki („Bezprzewodowy osobisty przycisk napadowy”). System jest adresowany do ludzi, dla których posługiwanie się telefonem, szczególnie w sytuacji kryzysowej (zasłabnięcie, upadek), jest problemem. W zależności od konfiguracji urządzenie powiadamia sąsiada, kogoś z rodziny, pogotowie. Urządzenie jest w Polsce dostępne, ale możliwość wzywania poprzez nie pogotowia ratunkowego wymagałoby prawdopodobnie opracowania stosownych przepisów. Jego rzeczywista potrzeba, jak i autorytet pana Jerzego, gdyby zechciał się za sprawę zabrać, powinny przełamać ewentualne przeszkody. Są wzory, jest się od kogo uczyć, system od wielu lat funkcjonuje w krajach zachodnich.

Pojawiłby się wtedy problem zaopatrzenia starszuchów w przyrządy wzywające. Ci niezamożni mogliby je wypożyczać we wspomnianych wypożyczalniach. ■

A dlaczego
łóżka
wykorzystano
niezgodnie
z umową?
Bo akurat na
geriatrii tych
łóżek szpital nie
potrzebował,
a potrzebował
na kardiologii.

Transplantologia

– misja, pasja, powołanie

**Lucyna
Krysiak**

Transplantologia to najbardziej spektakularna dziedzina medycyny i choć wciąż jest za mało przeszczepień narządów w stosunku do oczekujących na tego rodzaju leczenie, odnosi coraz większe sukcesy.

W tym roku przeprowadzono w Polsce ponad 1200 przeszczepów narządów od zmarłych dawców oraz ponad 60 od dawców żywych.

Dane te nie budzą emocji, ale kiedy 29 lat temu w Zabrzu dokonano pierwszego udanego przeszczepienia serca, wydarzenie to było newsem. Dziś o transplantologii mówi się w kontekście tysięcy uratowanych żyć, listy oczekujących na przeszczep, problemów z pozyskiwaniem narządów od dawców, wniosków wpływających do Centralnego Rejestru Sprzeciwów przy Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnym ds. Transplantacji „Poltransplant”. Ostatnio więcej jednak mówi się o tym, jak transplantologia wpłynęła na świadomość lekarzy, a także, jak przelamuje stereotypy myślenia, wprowadza nowe technologie i standardy postępowania, które stają się uniwersalne. Najczęściej przeszczepianym narządem jest nerka, najrzadziej – płuco, po drodze jest serce, którego pierwsze przeszczepienie w Polsce było kamieniem milowym rodzimej transplantologii. Lista przeszczepianych narządów i tkanek wciąż się wydłuża. Przeszczepia się rogówki, szpik, wątrobę, trzustkę i tak skomplikowane operacje jak przeszczepienie twarzy i kończyny (w tym roku przeszczepiono jedną kończynę górną). Choć te zabiegi, są jeszcze w Polsce pionierskie, znalazły uznanie na forum międzynarodowym. Granice niemożliwego wciąż są przekraczane. Nasuwa się więc pytanie, w jakim kierunku zmierza transplantologia, jak będzie wyglądała za 10 czy 20 lat? Zdaniem prof. Romana Danielewicza, dyrektora „Poltransplantu”, duże nadzieje wiąże się z nowymi technologiami – przechowywaniem serca w normotermii, co pozwala na pobranie tego narządu po zatrzymaniu jego akcji, regenerację i skuteczne przeszczepienie. Takie metody są także opracowywane do przechowywania wątroby czy płuc, z nadzieją że zwiększy to liczbę narządów pozyskiwanych do przeszczepienia od dawców o rozszerzonych kryteriach, np. po zatrzymaniu krążenia. – Sukces kardiochirurgów australijskich stosujących te metody może przyspieszyć ich kliniczną implementację – tłumaczy profesor. Duże nadzieje są też związane z medycyną regeneracyjną czy „hodowaniem” narządów z wykorzystaniem komórek macierzystych biorcy. Na razie są to eksperymenty, ale na tyle zaawansowane, że być może wyprzedzą osiągnięcia w zakresie ksenoprzeszczepów, nad którymi naukowcy pracują od lat. Bada się także możliwości regeneracji narządów własnych, które mogą być wykorzystane dzięki urządzeniom protezującym

(tzw. sztuczne komory serca lub urządzenia wspomagające serce). – Ich wykorzystanie w kardiochirurgii jest coraz szersze i stanowią one „pomost do transplantacji”. Dzięki poprawie wyników takiego leczenia i coraz lepszej jakości tych „protez” są one coraz mniej uciążliwe dla pacjentów, ale co najważniejsze – pozwalają one niektórym z nich uniknąć przeszczepienia. Być może w przyszłości w wybranych przypadkach będzie to leczenie docelowe, bez konieczności przeszczepiania serca od zmarłego dawcy – konkluduje profesor Danielewicz.

Z liderem, ale zespołowo

Za osiągnięciami w transplantologii, stoją nie tylko wysokie kwalifikacje, ale szczególne cechy osobowościowe, takie jak otwartość na nowe idee, determinacja i umiejętność pracy w zespole. Dotyczy to zarówno lekarzy bezpośrednio stojących przy stole operacyjnym – chirurgów i anestezjologów czy instrumentariuszek, jak i sztabu medyków uczestniczących w pozyskiwaniu narządów, orzekaniu o śmierci mózgowej czy opiece nad zwłokami (ogromną pracę wykonują anestezjodzy). Ten zespół musi mieć lidera, ale takiego, który daje jego członkom na tyle dużo przestrzeni, że wyzwala w nich kreatywność. Transplantologia jest więc dziedziną medycyny niezwykle wymagającą, jeśli chodzi o umiejętności, zaangażowanie w pracę i poświęcony czas. Jest to – jak podkreślają transplantolodzy – model pracy holenderski, który zakłada, że osoby pracujące z liderem-mistrzem powinny się rozwijać, z czasem stając się także liderami, bo to jest gwarancją sukcesu terapeutycznego i postępu. Zdaniem prof. Romana Przybylskiego ze Śląskiego Centrum Chorób Serca, wielu liderów wyrosło na fali pasji do transplantologii zaszczipionej jeszcze przez prof. Zbigniewa Religę. Czy młodemu pokoleniu lekarzy może jej zabraknąć? Profesor obawia się, że tak, jeśli na uczelniach nie będzie się mocniej pracować ze studentami medycyny, by jak najwcześniej budzić w nich motywację i inspirować ich do poszerzania horyzontów. – W kołach naukowych, w Fundacji Rozwoju Kardiochirurgii spotykamy zapaleńców, którzy poświęcają swój wolny czas, trenują na fantomach i to jest ogromny potencjał, rzecz w tym, by trafił na liderów, którzy nimi pokierują – tłumaczy prof. Przybylski. Prof. Piotr Knapik, prezes Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii, który przez lata pracował w zespole transplantologów dodaje, że jeśli zawodowi lekarza towarzyszy pasja i poczucie

Najczęściej
przeszczepianym
narządem jest
nerka, najrzadziej
– płuco, po
drodze jest serce,
którego pierwsze
przeszczepienie
w Polsce było
kamieniem
milowym rodzimej
transplantologii.

Czynnik krzepnięcia
w Europie – najnowszy
raport w „Gazecie
Lekarskiej **PREMIUM**”
na www.gazetalekarska.pl.

Premium



misji, zdecydowanie łatwiej go wykonywać z poświęceniem, o czym zawsze warto pamiętać przy wyborze tak trudnej drogi zawodowej, jaką jest transplantologia.

Wielej pobrań

W opinii wielu lekarzy sukcesu polskiej transplantologii należy także upatrywać w uporządkowaniu zagadnień prawnych dotyczących tej dziedziny medycyny. Ustawa o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, która szczegółowo reguluje te kwestie, a także sprawę orzekania o śmierci mózgowej, stała się podstawą do zorganizowania i prawidłowego funkcjonowania transplantologii w Polsce. Wciąż jednak wiele kwestii pozostaje otwartych. Prof. Krzysztof Kusza, konsultant krajowy ds. anestezjologii i intensywnej terapii, zaznacza, że w Polsce lekarze wciąż mają problem z kwalifikacją potencjalnych dawców przeszczepu. To dlatego, że tak naprawdę ciężar ten wzięła na siebie anestezjologia i intensywna terapia, a inne dyscypliny medyczne uczestniczą w tym procesie w mniejszym stopniu. – Rozwinęliśmy wiele technologii ratujących życie niezwiązanych z transplantologią (z ostrą niewydolnością oddechową, ostrą niewydolnością krążenia), ale na tych urządzeniach, które generują niepulacyjny przepływ krwi, pacjenci również umierają i musimy nauczyć się orzekać o tej śmierci – tłumaczy prof. Kusza. Problemem wymagającym rozwiązania są także niekorzystne dla intensywnej terapii proporcje liczby łóżek. W Polsce jest tylko 1,7 proc. stanowisk in-

tensywnej terapii, a w krajach Unii Europejskiej wskaźnik ten wynosi 5 proc. Krajowy konsultant ds. transplantologii, prof. Lech Cierpka, zaznacza, że mimo tych ograniczeń liczba transplantacji w Polsce sukcesywnie wzrasta, gdyby jednak w pełni wykorzystano potencjał tkwiący w szpitalach wieloprofilowych, liczba pobrań mogłaby być większa. – Społeczeństwo akceptuje pozyskiwanie do przeszczepienia narządów ze zwłok, o czym świadczy znikoma liczba wniosków wpływających do Centralnego Rejestru Sprzeciwów, a jednak wskaźnik donacji wynosi u nas 15,4 zmarłych na milion mieszkańców, podczas gdy w innych krajach Europy, np. w Hiszpanii 30-35 na milion mieszkańców – zastrzega profesor. Dodaje, że lekarze z oddziałów intensywnej terapii w szpitalach wieloprofilowych z niechęcią podchodzą do podtrzymywania funkcji narządów i wentylowania zwłok, a tym samym do uczestnictwa w pozyskiwaniu dawców, gdyż jest to dla nich dodatkowe obciążenie. Jest przekonany, że w przyszłości to się zmieni, ponieważ do programu studiów medycznych wchodzi zagadnienie związane z tym tematem i dla młodych lekarzy, lepiej wyedukowanych, podtrzymywanie funkcji narządów po śmierci będzie wpisane w ich obowiązki zawodowe. Uważa też, że w każdym szpitalu wieloprofilowym powinien być koordynator, który będzie identyfikował potencjalnych dawców i kierował czynnościami w sytuacjach, kiedy w takiej placówce nastąpi zgon, co także pozwoli zwiększyć liczbę pobrań i przeszczepów. ■

Tekst powstał m.in. na kanwie debaty o transplantologii, która odbyła się w NIL 30 października oraz rozmów z krajowym konsultantem ds. transplantologii i dyrektorem „Poltransplantu”. Debata ta była pierwszą transmitowaną online na stronie „Gazety Lekarskiej” www.gazetalekarska.pl.

Aktualności



Oddychać bez raka

**Lidia
Sulikowska**

Nowotwory złośliwe to druga po chorobach układu krążenia przyczyna zgonów w naszym kraju. Wśród nich największe żniwo zbiera rak płuca. Na świecie jest podobnie, jednak w wielu krajach współczynniki zachorowalności i umieralności z powodu tej choroby są niższe niż w Polsce.

Rak tchawicy, oskrzela i płuca odpowiada za około 24 proc. zgonów wśród wszystkich nowotworów. Są także najczęstsze – cierpi na nie 1/5 pacjentów nowotworowych.

Epidemia XXI wieku

Na raka płuca dużo częściej chorują mężczyźni (I miejsce wśród nowotworów) niż kobiety; panie częściej zapadają na raka piersi. Jednak u obydwo płci to właśnie rak płuca powoduje najwięcej zgonów. Pocieszające jest, że powoli, z roku na rok, coraz mniej mężczyzn choruje i umiera z powodu tego nowotworu, niestety w przypadku pań dzieje się odwrotnie. Większość osób, u których wystąpił ten nowotwór, czeka śmierć: współczynnik zachorowalności to 58,9/100 tys. osób, a 50,9/100 tys. to współczynnik umieralności. Z danych opracowanych przez Krajowy Rejestr Nowotworów wynika, że przeżycia 5-letnie wśród pacjentów z nowotworami płuca wynoszą u mężczyzn mniej niż 12 proc., a u kobiet – około 17 proc. Inaczej niż np. w przypadku raka piersi, gdzie 77 proc. chorych przeżyje kolejnych 5 lat.

Rak płuca nie jest oczywiście problemem wyłącznie polskim, na świecie również stanowi olbrzymie zagrożenie i jest najczęstszą nowotworową przyczyną zgonów. Okazuje się jednak, że w wielu krajach zarówno liczba osób chorych, jak i umieralność nie są tak wysokie jak w Polsce. Nowotwór płuca zagraża nam bardziej niż przeciętnemu mieszkańcowi Unii Europejskiej, gdzie największą zachorowalność wśród nowotworów stanowi rak piersi i jelita grubego, a udział raka płuca wynosi około 13 proc., podobnie jest na przykład w USA (u nas – około 20 proc.). Co prawda również średnio w UE rak ten jest najbardziej śmiertelny z nowotworów, jednak współczynniki umieralności z jego powodu są znacząco niższe niż u nas. Skąd te różnice?

Siła nałogu

Nowotwór płuca należy do grupy tytoniozależnych. Już w latach 50. XX w. udowodniono naukowo, że przyczyną zdecydowanej większości zachorowań jest palenie papierosów (90 proc. raków płuca u mężczyzn i 80 proc. u kobiet). – Jedynie 5-10 proc. zachorowań spowodowanych jest oddziaływaniem innych czynników,

takich jak np. azbest, chrom, nikiel, radon, arsen, węglowodory aromatyczne – podkreśla dr Adam Płużański z Kliniki Nowotworów Płuca i Klatki Piersiowej Centrum Onkologii-Instytutu w Warszawie.

Efektywna walka z tą chorobą zależy więc w dużej mierze od profilaktyki, czyli skutecznego namówienia społeczeństwa, by po papierosy nie sięgało, a gdy ludzie palą – do rzucenia nałogu. Sposoby są różne, od realizacji kampanii edukacyjnych i tworzenia poradni antytytoniowych po rozwiązywanie prawne dotyczące sprzedaży papierosów czy zakazanie palenia w miejscach publicznych. Pomysłów jest wiele, a patrząc na poszczególne kraje, można stwierdzić, kto lepiej odrobił lekcje w tym temacie, a kto gorzej. – Wielka Brytania i USA rozpoczęły tę batalię jeszcze w latach 50. ubiegłego wieku, my dopiero w latach 90. Najskuteczniejsze okazują się twarde regulacje, polityka cenowa, ostrzeżenia zdrowotne na paczkach papierosów, zakaz palenia w miejscach publicznych, zakaz reklamy i promocji tego rakotwórczego produktu, zakaz dalszego „ulepszania” papierosów. Różne kroki, które powodują, że papieros staje się niepopularny i mniej smaczny – wyjaśnia prof. dr hab. n. med. Witold Zatoński, kierownik Zakładu Epidemiologii i Prewencji Nowotworów Centrum Onkologii-Instytutu w Warszawie.

W Polsce papierosy wciąż pali ponad 30 proc. mężczyzn i około 18 proc. kobiet (dane: GUS). Pocieszające jest to, że jeszcze prawie piętnaście lat temu odsetek mężczyzn palących wynosił ponad 40 proc. Niestety tendencja ta nie dotyczy kobiet, u których odsetek palących spada nieznacznie. Eksperci podkreślają, że nałóg to choroba przewlekła, więc by go pokonać, potrzebna jest profesjonalna pomoc. Z tym jednak bywa różnie. – Brakuje poradni antytytoniowych, ponieważ są bardzo nisko wyceniane przez NFZ i nie opłaca się ich prowadzić. To jest przerażające, przecież skutecznie prowadzona profilaktyka zmniejsza zachorowalność, i to nie tylko na raka płuca, ale też inne nowotwory tytoniozależne oraz POChP – alarmuje dr Małgorzata Czajkowska-Malinowska, członek zarządu Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc.

Pocieszające jest, że powoli, z roku na rok, coraz mniej mężczyzn choruje i umiera z powodu tego nowotworu, niestety w przypadku pań dzieje się odwrotnie.

80 lat walki z chorobami płuc

Zwycięstwo w batalii z rakiem płuca to jedno z najważniejszych zadań, jakie stawia sobie Polskie Towarzystwo Chorób Płuc. Organizacja ta obchodzi w tym roku 80-lecie istnienia.

– W pierwszych latach działania towarzystwa największym problemem była gruźlica. Pneumonolodzy polscy opanowali tę chorobę. Teraz przed nami stoi nowe wyzwanie – POChP i rak płuca – informuje dr Małgorzata Czajkowska-Malinowska, członek zarządu PTChP.

Temat raka płuca, jako ważne omawiane zagadnienie po raz pierwszy pojawił się podczas zjazdu członków towarzystwa w 1967 r. i do dziś jest ważnym i szeroko dyskutowanym problemem, co nie dziwi, gdy popatrzymy na epidemiologię związaną z tą chorobą.

W „Gazecie Lekarskiej
PREMIUM”
zamieszczamy
szczegółowe wykresy
dotyczące wybranych
danych dotyczących
epidemiologii raka
płuca w Polsce.

Premium



Rak czy przeziębienie?

Wiele do zrobienia pozostaje także w kwestii zapewnienia na czas pomocy tym, którzy zachorują. Obecnie umieralność w przypadku raka płuca jest najwyższa wśród wszystkich nowotworów. Powodów jest kilka. Po pierwsze, bardzo trudno go wykryć we wczesnej fazie rozwoju. – Nowotwór ten daje niespecyficzne objawy, co może opóźniać diagnozę. Dlatego ważne jest, żeby lekarze, którzy mają przed sobą pacjenta palacza, szczególnie po 60 r.ż., który skarży się na przewlekły kaszel, ma duszność, krwioplucie lub nawracają u niego infekcje płucne, pomyśleli o raku płuca jako możliwej przyczynie tych objawów i skierowali pacjenta na dalsze badania w tym kierunku. Ważne, aby pytać pacjenta, czy pali papierosy, a jeśli chory ma infekcję, dobrze byłoby przeleczyć go antybiotykiem, ale jeśli ona powróci, zrobimy choćby zdjęcie RTG płuc – apeluje dr hab. Dariusz Kowalski z Kliniki Nowotworów Płuca i Klatki Piersiowej Centrum Onkologii – Instytutu w Warszawie. – Jeśli pacjent ma krwioplucie, od razu trzeba kierować go do specjalisty. Obecnie tylko 15 proc. chorych na raka płuca jest kwalifikowanych do leczenia

operacyjnego, reszta przypadków jest rozpoznawana w zbyt zaawansowanym stadium, kiedy na leczenie operacyjne jest już za późno. Musimy być bardziej wyczuleni na tę chorobę, by diagnozować ją w jak najwcześniejszym stadium – dodaje dr Kowalski.

Być może wczesnych wykryć raka płuca byłoby więcej, gdyby – jak w przypadku kilku innych chorób – zorganizowano badania przesiewowe. – Taki skrining z sukcesem wprowadzono w USA. Problemem mogą być jednak koszty, gdyż badania muszą być wykonane z zastosowaniem niskodawkowej tomografii komputerowej, bo tylko ona może wykazać rzeczywiste zmiany. Sam skrining jednak nie pomoże, konieczna jest pomoc palaczom w porzuceniu nałogu. Musimy też posiadać wystarczającą liczbę specjalistów, tymczasem mamy 0,5 pulmonologa na 10 tys. mieszkańców. Rak płuca to 20 tys. zgonów rocznie w Polsce i duże wyzwanie dla całego środowiska lekarskiego i ministerstwa zdrowia. Trzeba podjąć działania, dzięki którym zaczniemy skuteczniej walczyć z tą jedną z największych plag – apeluje dr Małgorzata Czajkowska-Malinowska, członek zarządu PTChP. ■

Dane epidemiologiczne
czerpałam z:
B. Wojtyński, P. Goryński,
B. Moskalewicz, Sytuacja
zdrowotna ludności Polski i jej
uwarunkowania, NIZP-PZH,
Warszawa 2012

Didkowska Joanna, Wojciechowska
Urszula. Zachorowania i
zgony na nowotwory złośliwe
w Polsce. Krajowy Rejestr
Nowotworów, Centrum
Onkologii - Instytut im. Marii
Sklodowskiej - Curie. Dostępne na
stronie <http://onkologia.org.pl/k/epidemiologia/25/11/2014>.



**Maria
Domagała**

Trudny temat: zdrowie psychiczne

Co czwarty z nas ma w życiu istotny epizod psychiczny. 20 proc. wydatków na niepełnosprawność wynikłą z choroby generują problemy psychiczne, to około 4 proc. ogólnego PKB. Koszty ponoszą pacjenci, ich bliscy, społeczeństwo. Składa się na nie cena spadku produktywności, niezdolności do pracy, rent, inwalidztwa, przedwczesnej śmiertelności.

W Europie Zachodniej w latach 70. XX w., m.in. w wyniku osiągnięć farmakologii, zmieniło się podejście do problemów psychicznych. Za lepsze od izolowania chorych w szpitalach psychiatrycznych uznano leczenie w środowisku. Odpowiedzialność za opiekę psychiatryczną przeniesiono z państwa do rejonów i gmin. Zaczęły powstawać rejonowe centra środowiskowej opieki psychiatrycznej świadczące usługi na poziomach podstawowym, specjalistycznym i wysokospecjalistycznym – nie tylko medyczne, także socjalne. Obecnie środki na opiekę psychiatryczną idą więc zarówno na leczenie, jak również na różne usługi, np. pomoc w ułożeniu sobie przez chorych życia (mieszkanie, praca) i prowadzenia normalnej aktywności. Wiele krajów przyjęło narodowe programy zdrowia psychicznego ukierunkowane na wsparcie leczenia chorych, społeczną integrację, zapobieganie dyskryminacji i łamaniu praw. Usytuowanie opieki psychiatrycznej w systemie zakłada współpracę między psychiatrią kliniczną, a socjalną opieką psychiatryczną: władze regionalne odpowiadają za usługi medyczne, zwłaszcza wymagające specjalnych kompetencji, zaś usługi socjalne, mieszkaniowe, edukacyjne, ale też promocję zdrowia, rehabilitację zapewniają gminy. Opieka psychiatryczna zasadniczo jest bezpłatna.

Ze szpitali do środowiska

Dziś uznaje się, że główny ciężar leczenia powinny brać na siebie instytucje zintegrowane ze środowiskiem – stwarzają one lepsze warunki powrotu do zdrowia. Niezbędne hospitalizacje powinny być krótkie, a szpitale przyjazne. W ostatnich 30 latach większość starych krajów UE zmniejszyła liczbę łóżek psychiatrycznych. W Wielkiej Brytanii od lat 90. spadła ona z 60 tys. do 25 tys. w 2010 r., z czego 2/3 to miejsca krótkiego pobytu; w Danii z 4 tys. w 1996 r. do 3 tys. w 2007 r., zaś liczba porad ambulatoryjnych wzrosła prawie dwukrotnie. W 1976 r. w Niemczech Zachodnich łóżek było 150 tys., a w 2006 r. w nowych Niemczech – 40 tys.; średni pobyt w szpitalu skrócił się ze 152 do 25 dni.

Rozwinęły się różne formy leczenia w środowisku. Powstawały małe oddziały psychiatryczne

w szpitalach ogólnych, zakładach geriatrycznych, sanatoriach, hostelach, gdzie obok personelu medycznego pracują też specjaliści niemedyczni. Takie oddziały ma 1/5 szpitali w Niemczech, we Włoszech przeważają zakłady maksimum 15-lóżkowe. Zdecentralizowana opieka psychiatryczna opiera się na lecznictwie otwartym stosującym nowoczesne leki i kompleksową opiekę psychologiczną oraz socjalną.

Rozwinęły się liczne instytucje psychiatrii środowiskowej: centra interwencji kryzysowej, poradnie i ośrodki wsparcia socjalnego często oparte na organizacjach non-profit. Wzrosła też liczba placówek prewencji i rehabilitacji (najczęściej prywatnych). Często tworzą one razem zintegrowane centra zdrowia psychicznego, korzystające ze wsparcia placówek wysokospecjalistycznych – szpitali. Na przykład w Danii regiony i gminy zapewniają pobyt szpitalny, leczenie i opiekę zgodną ze standardami, bezpieczne miejsce i wykwalifikowany personel, kontynuację leczenia poza szpitalem i usługi bytowe, edukacyjne i inne. W tym celu utrzymują centra pobytu dziennego, miejsca w domach pielęgniarstwach, finansują czasowe pobyty w hostelach i pomoc w środowisku domowym. Zapewniają świadczenia socjalne.

Gwarancje prawne i organizacja

Prawa osób z zaburzeniami psychicznymi chronią krajowe systemy prawne, a także prawo międzynarodowe. W Wielkiej Brytanii każdy ma zagwarantowany dostęp do bezpłatnej, adekwatnej opieki psychiatrycznej. Jest ona finansowana ze źródeł publicznych (NHS, 80 proc. środków), lokalnych i innych agend państwowych, np. resorty edukacji, pracy i rent. Leczenie zaburzeń psychicznych pochłania 10 proc. wydatków NHS (10 mld funtów rocznie). Władze lokalne są zobowiązane do zapewnienia leczenia w środowisku życia (tylko osoby stanowiące zagrożenie mogą być bez zgody leczone w placówkach zamkniętych). W szpitalach rzecznicy nadzorują przestrzeganie praw człowieka. Zrewidowano rolę bliskich chorego w zakresie zgody. Wprowadzono reguły postępowania środowiskowego

Mimo tych korzystnych zmian poziom opieki psychiatrycznej ogólnie ocenia się wciąż jako niezadowolający – tak w nowych krajach UE, jak w starych. Niewystarczające jest finansowanie, zawodzi koordynacja świadczeń zdrowotnych i socjalnych oraz informacja.

wobec pacjentów wypisywanych ze szpitala. Władze lokalne i zarządy zdrowia są zobowiązane do współpracy dla zapewnienia zatrudnienia i godziwego, bezpiecznego mieszkania.

W Danii zgodnie z ustawą każde użycie środków przymusu musi być zgłoszone do Ministerstwa Zdrowia, które publikuje dane w corocznym raporcie. Skorzystanie z usługi środowiskowego centrum zdrowia psychicznego wymaga skierowania np. od GP. Specjalny fundusz zdrowia psychicznego pomaga realizować kursy i zajęcia w regionach i gminach.

W Hiszpanii już w latach 80. zdefiniowano w koszty świadczeń gwarantowanych usługi psychiatryczne (diagnoza i leczenie, farmakoterapia, psychoterapia indywidualna i grupowa, psychoanaliza). W 2006 r. na liście refundacyjnej pojawiła się prewencja zdrowia psychicznego, a elementy psychiatrii włączono do świadczeń POZ.

W Norwegii w latach 90. zdrowie psychiczne stało się politycznym priorytetem, sformułowano strategię dotyczące organizacji i zakresu opieki psychiatrycznej. Narodowy Program Zdrowia Psychicznego 1999–2006 zakładał odchodzenie od dużych szpitali i ulokowania w to miejsce lokalnych usług medycznych, socjalnych, organizacyjnych. Opieka psychologiczna jest organizowana przez lekarzy ogólnych, którzy planują i organizują profilaktykę, badania i leczenie. Śledzą losy pacjentów, zapewniają kontynuację opieki, kierują do specjalistów. W wykrywaniu problemów u dzieci i młodzieży ważną rolę pełnią pielęgniarki zdrowia publicznego i nauczyciele.

Wzorcowy model

Za niemal wzorcowy może uchodzić model opieki psychiatrycznej realizowany w Anglii i Walii. Plan NHS wytycza główne cele ochrony zdrowia psychicznego i rozpisuje je na tzw. schematy. Określa się liczbę placówek i kadr oraz sposoby przygotowania profesjonalistów, ustala liczbę zespołów zajmujących się konkretnymi zagadnieniami: doraźnej pomocy, wczesnej interwencji, kryzysowych, długookresowych, przygotowanych do pomocy GP, nieformalnym opiekunom itd. oraz liczbę miejsc rehabilitacji, hosteli, mieszkań chronionych. Osobne schematy dotyczą promocji zdrowia psychicznego, świadczeń w zaburzeniach lżejszych i poważnych, leczenia w warunkach szpitalnych, postępowania z pacjentem zagrażającym sobie i innym, wsparcia opiekunów i rodziny, działań wobec seniorów i dzieci. Usługi w środowisku to świadczenia GP, specjalistycznych zespołów, innych specjalistów, a także pobyty w określonego typu placówkach. Rozbudowane usługi psychiatrii środowiskowej wspierają specjaliści lecznictwa zamkniętego dla ciężiej chorych, czyli ostre oddziały szpitalne, szpitale psychiatryczne (często prywatne), placówki specjalne.

Poziom opieki wciąż niezadowolający

Mimo tych korzystnych zmian poziom opieki psychiatrycznej ogólnie ocenia się wciąż jako nieza-

dawalający – tak w nowych krajach UE, jak w starych. Niewystarczające jest finansowanie, zawodzi koordynacja świadczeń zdrowotnych i socjalnych oraz informacja.

We Włoszech zamykaniu szpitali nie towarzyszyło tworzenie struktur w środowisku i standardów opieki nad pacjentem wypisanym. Poprawa nastąpiła dopiero po 2000 r., niemniej usługi szpitalne i środowiskowe wciąż są słabo zintegrowane. W rozwiązywaniu tych problemów ma pomóc społeczny pakt.

Także w Hiszpanii słabo działała koordynacja specjalisty, rehabilitacji i opieki socjalnej. Dopiero strategia na lata 2009–2013 wprowadziła do środowiska specjalistów zdrowia psychicznego oraz ośrodki rehabilitacyjne, psychologiczne, przysposobienia do pracy. Poprawiono informację o organizacji opieki i dostępie do usług.

We Francji, gdzie jest najwięcej psychiatrów w UE (22 na 100 tys. mieszkańców), w szpitalach wakuje 25–40 proc. etatów. Rządowy plan zdrowia psychicznego 2005–2008 miał przynieść poprawę koordynacji leczenia i prewencji, wzmocnienie praw pacjentów i opiekunów, polepszenie jakości opieki, wprowadzenie programów dla określonych schorzeń i grup pacjentów. Także w Niemczech dostęp do rehabilitacji zawodowej i integracji socjalnej jest nierówny, ośrodki są raczej słabo wyposażone.

Nowa UE i Polska opóźnione

Podejście do zaburzeń psychicznych zaczęło się tu zmieniać dopiero w latach 90. Równocześnie jednak w wyniku gwałtownych zmian ekonomicznych i społecznych pogarszała się kondycja psychiczna ludzi. Wzrosła liczba zaburzeń i uzależnień, postępowała degradacja i stygmatyzacja chorych. Poprawę poziomu opieki hamowały biurokracja, inercja władz, brak środków.

W ostatnich 20 latach redukowano liczbę łóżek psychiatrycznych, szczególnie w Estonii, na Litwie, Węgrzech, ale nie zawsze rozwijano usługi środowiskowe. Ośrodki rejonowe z multidyscyplinarnymi zespołami ukierunkowanymi na integrację społeczną pacjentów tworzyły Estonia i Czechy. Prócz Czech także Bułgaria prowadzi projekty zapewniające ciągłość opieki oddziałów szpitalnych i ośrodków.

Polska nie może służyć za dobry wzór. Na zdrowie psychiczne przeznaczonych jest 3,5 proc. publicznych wydatków na ochronę zdrowia. Łóżek psychiatrycznych jest 0,6 na 1000 mieszkańców – mało, i nie z powodu restrukturyzacji. Opieka środowiskowa rozwija się wolno i głównie w dużych miastach, jej pacjenci to mniej niż 1 proc. wszystkich leczonych. Liczba terapeutów zajęciowych zaspokaja potrzeby w 18 proc., a pracowników socjalnych – w 8 proc. Narodowy Program Zdrowia Psychicznego na lata 2011–2015 określa cele i nakłady, lecz bez budżetowego zabezpieczenia. Zdaniem psychiatrów program w zasadzie nie działa – nie może, gdy brak środków, a istniejące prawo jest z nim sprzeczne. ■

We Francji, gdzie jest najwięcej psychiatrów w UE (22 na 100 tys. mieszkańców), w szpitalach wakuje 25–40 proc. etatów. Rządowy plan zdrowia psychicznego 2005–2008 miał przynieść poprawę koordynacji leczenia i prewencji, wzmocnienie praw pacjentów i opiekunów, polepszenie jakości opieki, wprowadzenie programów dla określonych schorzeń i grup pacjentów.

Na podstawie: „Mental Health Policy and Practice across Europe” (seria European observatory on health systems and policies), Health System Review: Czech Republic 2009, Denmark 2012, Estonia 2010, France 2010, Germany 2014, Hungary 2011, Italy 2009, Norway 2013, Polska 2012, Spain 2011, United Kingdom 2011.



**Joanna
Sokołowska**

Na jubileusz

Nie lubię jubileuszy. Mam tak od dziecka. Pewnie to jakiś uraz okołoporodowy, ale w mojej dokumentacji medycznej nikt o tym nie wspomina, a seniorzy rodziny pomijają ten czas wymownym milczeniem.

Odkryłam, że w dniu moich narodzin ówczesny Minister Kultury i Sztuki wydał „zarządzenie w sprawie ustalenia wzoru odznaki „Zasłużony dla Kultury Polskiej”, trybu jej nadawania, sposobu wręczania i noszenia oraz trybu pozbawiania” – więc jednak coś może być na rzeczy. Ponieważ jednak celebrowanie różnych zdarzeń jest nie do uniknięcia, chętnie poddam się diagnozie i terapii. Jak przystało na statystycznego polskiego pacjenta, nie mogę jednak obiecać, że zastosuję się do ewentualnych zaleceń (wszak leczenie nie może być gorsze od choroby).

Sytuacje zbiorowego świętowania napawały mnie niechęcią i trochę irracjonalnym lękiem, odkąd pamiętam. W szkole podstawowej zawsze uwierały mnie białe podkolanówki, a moje „czeszki” (starsi pamiętają, dla młodszych – zagadka), mimo stosowania, wielokrotnego i naprzemiennego, kredy szkolnej i pasty (tylko z nazwy) do zębów „Nivea”, nigdy nie były białe. Plisowana granatowa spódniczka zamiast, jak innym dziewczynkom, dodawać wdzięku, jedynie podkreślała moje aerodynamiczne kształty, a obowiązkowe, liftingujące skórę głowy i twarzy kucyki z kokardami powodowały bolesny wytrzeszcz oczu. Bycie niemyim uczestnikiem szkolnych akademii było poza tym nudne, zaś spontaniczne reakcje werbalne, zwane „gadaniem”, ciało pedagogiczne tłumioło z wdziękiem i skutecznością wojskowego kaprała. Dla mającej zawsze coś do powiedzenia, towarzyskiej, ale w gruncie rzeczy niezwykle grzecznej dziewczynki (która mieszka zresztą we mnie do dnia dzisiejszego), te próby milczenia były wyzwaniem nie do pokonania. Jako dziecko dość zaradne szybko doszłam do wniosku, że jeśli nie można zmienić reguł gry, trzeba je wykorzystać. Najprostszym sposobem wydawało mi się przeistoczenie z ciemieźonego w pozycji „siad turecki” widza w nagradzanego, nieco wymuszonymi oklaskami, wykonawcę. Najkrótszą drogą ku temu – szkolny chór. Śpiewałam więc głośno i wyraźnie o „srebrnym ptaszęciu w krwawym polu” i „biciu radych serc wyruszających na paradę” aż do dnia, w którym zdałam sobie sprawę, że los ze mnie okrutnie zakpił – było tak samo nieciekawie, jak na widowni, nadal uwierały podkolanówki i kucyki, tylko trudniej było uciec... Uciekałam. A przynajmniej tak mi się zdawało. Swoją sztukę uników doskonaliłam przez wszystkie lata edukacji. Moim największym sukcesem na tym polu była dezercja z udziału w akcie zbiorowego poniżenia, jakim był jubileuszowy ogólnoszkolny pokaz gimnastyki synchronicznej. Zdobyłam upragnione przez wielu miejsce w poczcie sztandarowym. Gwarantowało ono, podczas

Plisowana
granatowa
spódniczka
zamiast, jak innym
dziewczynkom,
dodawać
wdzięku, jedynie
podkreślała moje
aerodynamiczne
kształty,
a obowiązkowe,
liftingujące skórę
głowy i twarzy
kucyki z kokardami
powodowały
bolesny wytrzeszcz
OCZU.



FOTO: Shutterstock

pokazu, strój mniej kompromitujący od sportowego dezabilu i znacznie ciekawszą pozycję obserwatora. Oj, byli tacy, którzy żalowali, że szkoła ma tylko jeden sztandar... Przez pamięć tamtych bolesnych doświadczeń, proszę – nie róbcie tego dzieciom! Ani własnym, ani cudzym!

Wyrwanie się z edukacyjnego jarzma nie przyniosło mi oczekiwanego naiwnie wyzwolenia. Jubileusze, gale, uroczyste rozpoczęcia i zakończenia, fety na cześć, benefisy i wieczornice zyskały za to jeszcze dwa elementy pogrążające mnie za każdym razem w odmęcie frustracji – emocjonalny i kulinarny. Po pierwsze zawsze, niejako z definicji, w jubileuszowych uroczystościach pojawia się motyw przemijania. Dopóki budziło to wzruszenie na twarzach jakże starszych kolegów, wydawało mi się nawet zabawne. Od momentu jednak, kiedy w moim własnym, przeżartym ironią sercu, pojawiła się nuta nostalgii i zdałam sobie sprawę, że załzawione oczy to nie wynik zbyt ciasno związanych kucyków – spanikowałam! Ten drugi składnik – kulinarny – to niezwykle stresująca próba zborności ruchów i orientacji w przestrzeni, towarzysząca tak zwanej „przerwie na poczęstunek”. Test składa się zasadniczo z trzech konkurencji: walki o utrzymanie na szczycie małej piramidalnie skonstruowanej kanapeczki oliwki czy majonezowego zakrętasa, żonglerki filiżaneczką na talerzyczku z maciupcią łyżeczką i slalomu pomiędzy innymi skupionymi na dwóch poprzednich konkurencjach. Rywale poruszają się zgodnie z teorią ruchów Browna – chaotycznie i nieprzewidywalnie. Wygrywa ten, kto bez strat dotrze do zacisznego kącika. Udział w zawodach jest obowiązkowy. Prawie zawsze przegrywam...

W medycynie istnieje pojęcie złotego standardu – najlepszego, zalecanego sposobu postępowania w określonym przypadku. Oczywiście mam świadomość, że i w mojej, dysfunkcyjnej niechęci do zbiorowego świętowania, jest taka idealna metoda na przetrwanie. Ba! Znam nawet takich, którzy ją stosują. I zazdroszczę im szczerze! By spełnić ten złoty (a może nawet platynowy!) standard, wystarczy tylko... zostać organizatorem lub lepiej reżyserem uroczystości! Można być wtedy widzem, rzekłabym dynamicznym i modnie interaktywnym – wpływającym na kształt przedsięwzięcia, a zatem i z góry przygotowanym na wzruszenia. Co więcej, można być równocześnie i widzem, i takim aktorem incognito, którego niby nie ma na scenie, ale wszyscy doceniają jego obecność. No i można się najeść w kulisie, bez ryzyka plamy na rękawie. Łatwo powiedzieć, ale do tego trzeba jednak talentu, którego Matka Natura nie rozdaje lekką ręką...

Dla takich jak ja, bez umiejętności niemego podziwiania, z urodą raczej charakterystyczną i bez talentów organizacyjnych, pozostaje jedynie miejsce, w którym spotykacie mnie dzisiaj – łoża szyderców. Byłoby tu komfortowo, gdyby nie to, że ostatnio robi się coraz ciałniej... Proszę więc, świętujcie – z radością i uroczystością. Jeśli umiecie, nie bójcie się wzruszeń. Celebrowajcie małe chwile i duże zdarzenia. I zachowajcie w tym wszystkim dystans do siebie. A ja postaram się o tym ładnie napisać... ■

Oczywiście mam świadomość, że i w mojej, dysfunkcyjnej niechęci do zbiorowego świętowania, jest taka idealna metoda na przetrwanie. Ba! Znam nawet takich, którzy ją stosują.



Sławomir Pietras

Dyrektor
polskich teatrów
operowych

Medycy w sztuce operowej

Nawet przy tak uroczystej i skłaniającej do najlepszych wspomnień okazji jak wigilia, święta, sylwester i nowy rok nie jestem w stanie wymienić z pamięci wszystkich lekarzy, którym od lat pracujący ze mną artyści zawdzięczają opiekę, wyrozumiałość, cierpliwość i poświęcenie w leczeniu i niesieniu pomocy, gdy tylko była ona potrzebna.

Pamiętam, jak pewnej primadonnie po nieudanych wysokim c w pierwszym akcie „Halki” trzeba było dawać zastrzyk, bo dostawszy histerii nie chciała śpiewać aktu drugiego. Ponieważ zdarzało się to często, lekarz dyżurny zdecydował się na iniekcję w olbrzymi, mięsisty pośladek dużej dawki zwyczajnej wody utlenionej. Dalej śpiewała jak z nut!

Tajemnej wiedzy medyków zawdzięczałem stawianie w ostatniej chwili na nogi dyrygenta, który po upiciu się przed spektaklem dyrygował jeszcze lepiej niż na trzeźwo. Chodziło tylko o dojście do pulpitu i utrzymanie na nim jakiejś takiej równowagi.

Wielokrotnie lekarze teatralni prawidłowo diagnozowali i leczyli szczególnie podatnych na dolegliwości zdrowotne muzyków, śpiewaków, tancerzy, a nawet... dyrektorów. Za Polski Ludowej w teatrach operowych istniały okazałe ambulatoria zajmujące się zdrowiem licznych pracowników. W Warszawie było zatrudnionych około 1300, w Łodzi ponad 800, a w Poznaniu 600 artystów techniki i administracji. Ponieważ wydaje się, że to już nigdy nie wróci, wymienię i pozdrowię (żyjące!) wspaniałe postacie operowej medycyny, którym wielu artystów zawdzięczało dobrą formę, zdrowie, a często nawet życie.

W Warszawie byli to dr dr Dąbrowa, Rogala-Kaluski, Stankiewiczowa, Paśniewska (interniści), dr dr Pietrzak, Ugniewska, Witkowski (ortopedzi i rehabilitanci). Łódź miała szczęście do takich fachowców jak dr dr Fabianowski i Wesółowska-Kling (interniści), Stefan (ortopeda), Jolanta (dermatolog) Gajdziński, Bednarczykowa (laryngolog), Niewodniczy (neurolog), Pawłowski (kardiolog) oraz panie Morawska i Smorawińska (niezastąpione pielęgniarki). W Poznaniu do dziś pamięta się dr dr Kozaryna, Nyczkę, Juraszową, Łukomską (laryngologów),

Genderę (internistę), Kraśnego (foniatra), Lewandowską (medycyna pracy), a przede wszystkim Irenę Adamską (mistrzynię kilku specjalności, w tym najważniejszej – rehabilitacji ruchu).

Z rozrównaniem wspominając tylko niektóre wybitne postacie operowej medycyny, z zawstydzeniem myślę, jak niewielu lekarzy zostało sportretowanych i uwiecznionych w dziełach operowych. Były to w dodatku postacie niezbyt pozytywne. Doktor Bartolo z „Cyrulika Sewilskiego”, to figura komiczna i nadepta. W „Weselu Figara” (dziesięć lat później) okazał się obrzydliwym dziadem, knującym z podstarzałą Marceliną. Doktor Malatesta z „Don Pasquale” był wprawdzie pełnym wdzięku intrygantem, ale nielojalnym wobec tytułowego bohatera. Wreszcie dr Genvil z „Traviaty” to postać poważna i szlachetna, ale niestety nieudacznik, ponieważ nie zdołał uratować życia nieszczęsnej Violetty.

W „Kawalerze srebrnej róży” znaczącym epizodem jest postać lekarza, potraktowana jako rola niema. Przed laty w Łodzi przygotowaliśmy ten spektakl na wielkie europejskie tournée. Opiekę medyczną powierzyłem wtedy nieocenionemu dr. Andrzejowi Klingowi, ale pod warunkiem, że na scenie w kostiumie zagra tę niełatwą postać. Zgodził się, wystąpił, odniósł znaczący sukces i tak się rozegrał, że po powrocie z trudem wrócił do zajęć chirurga.

Składając wszystkim najlepsze życzenia świąteczne i noworoczne, obiecuję namawiać współczesnych kompozytorów do tworzenia oper o ludziach medycyny. Libretta spróbuję napisać sam, aby były to postacie wyłącznie pozytywne, kreatywne, sympatyczne i twórcze. Takie, o jakich wspominałem dziś w świątecznym felietonie. ■

List do
redakcji

Alina
Lenar

Lekarz
medycyny

Odważmy się być uczciwi

ostatnio mnożą się doniesienia o lekarzach przyłapywanych w stanie odurzenia, co bardzo obniża prestiż naszego zawodu. Lekarze ci często są kryci przez nasze środowisko, podczas gdy powinni być od razu wychwytywani przez izbę lekarską i kierowani na obligatoryjne leczenie, jeśli nadal

chcą wykonywać swój zawód. Przecież byłaby to korzyść dla wszystkich zainteresowanych, przede wszystkim dla osoby uzależnionej. Dlaczego izba nie angażuje się w tę sprawę, powinna opracować algorytm postępowania w takich przypadkach, żeby nikt nie czuł się donosicielem w fałszywie pojętym poczuciu

Obrzydzanie skarpet

Nie chciałbym być posądzonym o rozpowszechnianie spiskowych teorii, ale muszę zwrócić uwagę na pewien niepokojący fakt.

Otóż przed świętami Bożego Narodzenia zauważyłem zmasowany atak na skarpety. W reklamach telewizyjnych. Obrzydzano je społeczeństwu. Najpierw zobaczyłem, jak krajowej sławy aktor przebrany za św. Mikołaja reklamuje jedną z sieci komórkowych. Siedząc pod choinką, rozdaje prezenty swojej rodzinie, na końcu w worku znajduje prezent dla siebie i z wyrazem obrzydzenia na twarzy wyjmując z pudełka ładne skarpety. Tego samego dnia zobaczyłem, jak w reklamie pewnego banku światowej sławy aktor poleca świąteczny kredyt gotówkowy. Sceneria zimowa, wokół aktora biegają kołédnicy i na melodię „Przybieżeli do Betlejem” śpiewają: „Hej przynieśli trzej wujkowie prezenty/ Szklany pingwin, lalka z wełny, skarpety”. I właśnie na słowo skarpety aktor krzywi się i stwierdza drwiącym tonem w swoim języku: „Skarpedy? Really?”. Wiem, chodzi o to, żeby ludzie się trochę wysilili. Że znajdowane każdego roku pod choinką skarpety mogą człowieka nie cieszyć. Ale czy na pewno tylko o to chodzi? Kiedy wpisałem do wyszukiwarki internetowej nazwę tego banku i zacząłem przeglądać jego reklamy w celu sprawdzenia, czy dobrze wszystko pamiętam, trafiłem na kolejny trop. Otóż ten sam bank kilka lat wcześniej wyprodukował spot, w którym widać ludzi wyjmujących z szaf skarpety. Następnie ze skarpet wyjmują pieniądze. Pieniądże zanoszą do banku, a skarpety? Nie! Nie wkładają ich na stopy. Wyrzucają przez okno!

Dziwnym trafem akcja obrzydzania narodowi skarpet zbiegła się z pełnią sezonu przeziębieńowego. W telewizji mnóstwo reklam środków przeciwko grypie, syropów na kaszel, kropli na katar. Przypadek? Nie chcę niczego sugerować, ale jak się skutecznie zniechęci ludzi do noszenia skarpet w czasie mrozu, to jak to się skończy? I kto na tym zarobi? Jakoś nie zauważyłem reklam antyskar-

petowych w lipcu i sierpniu. Jak powiedział jeden z polityków, komentując wyniki wyborów samorządowych: „Nie mam dowodów, ale mam rozum”. Swoją drogą niejednoznaczne to sformułowanie. Bo nie wiadomo, czy nie ma dowodów na zjawiska, o których mówił, czy też nie ma dowodów na to, że ma rozum. Skoro już rozwijam swoje teorie spiskowe, chciałbym dorzucić jeszcze jeden wątek. Reklamę banku z zagranicznym aktorem i kołédnikami obejrzałem kilkanaście razy. I może mam jakieś omamy słuchowe, ale po każdym kolejnym odsłuchaniu piosenki kołédników nabieram coraz większych wątpliwości, czy śpiewają „trzej wujkowie”, czy „trzej wójtowie”. Czy to nie było jakieś podprogowe wpływanie na wyniki wyborów samorządowych? I kto na tym skorzystał?

Jeszcze słówko o jednej reklamie. Akcji społecznej zachęcającej do szczepień. Zobaczyliśmy ją, kiedy podczas niedzielnego obiadu ktoś na chwilę włączył telewizor. W spocie hasło: „Pneumokokom mówimy: Szczepimy!”. Ciocia Irena, zachwycona tym wezwaniem, ogłosiła błyskawiczny konkurs rodzinny na slogan prozdrowotny. Sama od razu zaproponowała: „Prątkom Kocha mówimy: Wynocha!”. Zabawa się skończyła, kiedy z fotela podniósł się wuj Stefan i przeczytał siedem swoich haseł. Najprzyzwoitsze brzmiało: „Grypie mówię: Wypie...”.

A wracając do głównego wątku rozważań. Wycofuję się z posądzenia producentów leków na przeziębiecie o spisek przeciwko skarpetom. Podejrzewam, że tę akcję mogło rozpętać lobby onucowe. Za chwilę pojawią się w mediach informacje, że są zdrowsze, cieplejsze, bardziej dbają o stopy i pozytywnie wpływają na krążenie. I zacznie się wojna skarpetowo-onucowa. Taka jak ta masła z margaryną. ■



**Artur
Andrus**

Dziennikarz
radiowej „Trójki”,
konferansjer
i satyryk

solidarności. W Stanach Zjednoczonych taki algorytm istnieje, jak również monitoruje się postępy w leczeniu uzależnienia, a uzależniony lekarz, jeśli chce zostać w zawodzie, musi prowadzić terapię.

Pierwszy krok, jak widać, Izba zrobiła, powołując doradcę do spraw uzależnienia, ale z do-

niesień prasowych wydaje się, że nadal lekarze uzależnieni są kryci i nikomu nie zależy na ich wyleczeniu.

Bardzo proszę o bardziej intensywne zajęcie się tą sprawą i wytworzenie presji na Samorząd, bo prestiż naszego zawodu spada na łeb na szyję. ■

Uzależnienie niejedno ma imię

**Medard
Lech**

Doktor nauk
medycznych

Trudno się nie przyznać, że głównym motorem napisania tego listu do Redakcji była lektura artykułu Bohdana Woronowicza opublikowanego w październikowym numerze „Gazety Lekarskiej”.

Co prawda, autor artykułu jest moim dobrym kolegą, ale ostatnio spotykamy się rzadko i rzadko wymieniamy swoje poglądy na otaczające nas sprawy.

Takie bulwersujące sprawy, jak szeroko opisywane w prasie chroniczne nadużywanie alkoholu przez zatrzymanego przez policję lekarza z Wąbrzeźna czy przez lekarkę z Mazowsza, która po pracy jechała samochodem ze stężeniem alkoholu ponad 2,5 promila, nie przynoszą chwały naszemu zawodowi. Z pewnością takich przypadków jest znacznie więcej i z pewnością w różnych zakątkach naszego kraju zdarzają się one niemal każdego dnia. Jeżeli więc w naszych izbach istnieją mechanizmy i możliwości zapobiegające takim zdarzeniom, to powinniśmy z nich jak najszerszej korzystać. Ale jak to zrobić?

Wydaje się, że po pierwsze – powinniśmy częściej o tym mówić i pisać. Do każdego (każdej) z nas powinien, z naszych okręgowych izb, trafić list informujący o działaniu konkretnych osób i placówek, które mogą nam dyskretnie i skutecznie pomóc. Uważam, że w ofercie dla potrzebujących nie powinniśmy zapominać o możliwościach pomocy dla rodzin uzależnionych kolegów i koleżanek, które cierpią z powodu „współuzależnienia”. My lekarze

bardzo lubimy korzystać z przykładów wziętych z praktyki. Może więc na łamach „Gazety Lekarskiej” znalazłoby się miejsce na opisy przypadków kolegów i koleżanek, którzy skorzystali z pomocy pełnomocników do spraw zdrowia lekarzy? A może sami koledzy, którzy „dali sobie radę”, mogliby opisać swoją drogę do trzeźwości?! Poza tym konieczne jest wypracowanie procedur postępowania z pijącymi bądź „ćpającymi” kolegami i ich konsekwentne stosowanie. Może warto, by w „Gazecie Lekarskiej” ukazywały się krótkie artykuły na temat uzależnień, przecież wiedza, którą wynieśliśmy z okresu studiów, zwykle jest niewystarczająca, aby można jej użyć w codziennej pracy z pacjentami.

Przy okazji chciałbym także wspomnieć o innych uzależnieniach, o których rzadko się mówi, a które możemy obserwować nawet w najbliższym otoczeniu i wśród naszych pacjentów.

Nie jestem psychiatrą, ale w mojej praktyce ginekologicznej często pytam dorosłe (ale mogące jeszcze mieć dzieci) kobiety, będące w związkach o przyczynę ich bezdzietności. Najczęściej jest to odpowiedź typu: „bardzo bym chciała mieć dziecko, ale mój partner wyklucza taką możliwość, nie chce brać na siebie żadnych nowych obowiązków ani żadnej odpowiedzialności”, a czasami mówią: „boję się, bo on chyba za dużo pije”. Kiedy staram się troszkę zgłębić ten problem, to okazuje się, że mamy do czynienia z tysiącami młodych mężczyzn, wychowywanych głównie przez mamusię, które do tej pory starały się sprzątać każdy pyłek z drogi synków i zawsze, kiedy synka bolała główka, to znajdowała się jakaś aspirynka, a jeśli nie chciało się iść do szkoły, to znajdowała się jakaś wymówka w dzienniczku. I tak upływały lata wzajemnego uzależniania się mamusi i synka. Synek (może?) skończył studia, poszedł do pracy i zaczął napotykać problemy, których nie było w domu... no to może troszeczkę psychotropów, a może coś mocniejszego? Co, mój syn ma problem alkoholowy? Nie, to niemożliwe. No może troszkę czasem wypije, ale to tylko po to, by zapomnieć o stresach, ale żeby zaraz problem alkoholowy?! W rozmowie z psychologiem, syneczek mówi, że nie daje już rady; wokół same problemy, a mamusia daleko... ■



**Agata
Morka**

Historyk
sztuki

To portret tak
bardzo intymny,
wycofany,
tak mocno
ześrodkowany,
że chciałoby się
wiedzieć, co widzi
dziewczyna po
drugiej stronie
zamkniętych
powiek, co
sprawia, że jej
policzki wzbierają
tym uderzającym
grymasem.

Na ścianie

Ściany współczesnych domów dekoruje się tak staromodną paprotką, jak i gustownym landszaftikiem z Ikea. Co odważniejsi z zapędami artystycznymi zdecydować się mogą na odsłonięty beton czy cegłę à la nowojorski loft. Ściany mansardy każdego szanującego się przedstawiciela bohemy z przełomu wieków zdobiła zaś maska pośmiertna tej samej, zagadkowo uśmiechającej się, dziewczyny.

Miał ją u siebie Camus, pisał o niej Rilke: „Twarz (...), którą ktoś odlał w kostnicy, ponieważ była tak piękna, ponieważ się uśmiechała, ponieważ jej uśmiech był tak zwodniczy, jakby wiedziała”.

Legenda głosi, że niespotykane piękno zmarłej uwiodło pracownika kostnicy na tyle, że postanowił zachować obraz jej twarzy na zawsze, sporządzając odlew, który potem w niezliczonych reprodukcjach obiegł artystyczne domy Europy i Ameryki. Historia dziewczyny nie jest do końca znana, sprzeczne badania donoszą, że miała prawdopodobnie około 16 lat, była Francuzką, a może Niemką, ofiarą przemo-

cy bądź burzliwych przeżyć.

Gładko zaczesane włosy, przedzielone na środku czoła okalają owal, przecięty wiecznym uśmiechem. To portret tak bardzo intymny, wycofany, tak mocno ześrodkowany, że chciałoby się wiedzieć, co widzi dziewczyna po drugiej stronie zamkniętych powiek, co sprawia, że jej policzki wzbierają tym uderzającym grymasem. Subtelne proporcje jej twarzy, zgrabny nos, łagodny horyzont czoła dodają tylko odlewowi spokoju i harmonii.

Czy z tej pośmiertnej maski da się odczytać przyczynę zgonu młodej kobiety? Czy coś jej dolegało? Jak rozwikłać można jej zagadkę? ■

a



b



Zdjęcie: Nieznajoma,
odlew gipsowy

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

Odpowiedź prześlij na
bladmalarski@gazetalekarska.pl
do **10 stycznia 2015 r.**

W temacie maila należy wpisać GL12/01.
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” 11/2014

Voucher do Hotelu
Prezydent**** Medical SPA & Wellness
w Krynicy-Zdroju otrzymuje
Małgorzata Zielska ze Stargardu Szczecińskiego
Gratulujemy!

ROZWIĄZANIE ZAGADKI Z „GL” 11/2014

Obraz oryginalny: b

Diagnoza

Monet cierpiał na kataraktę. Ze strachem zdecydował się na leczenie, nauczony nieszczęśliwym przypadkiem swojej koleżanki po fachu Mary Cassatt, która zrezygnowała zupełnie z malarstwa po nieudanej operacji. Monet przeszedł dwa zabiegi w 1923 r. Wielu badaczy twierdzi, że to właśnie chorobą oczu tłumaczyć należy późny rozmyty styl mistrza.

Szczegóły różniące obrazy

1. Dodanie nenufarów

Na większości płócien Moneta z tej serii to nenufary właśnie pozostają w centrum zainteresowania malarza. W przypadku tego obrazu jednak Monet skupił się bardziej na odbiciu chmur w wodzie, eliminując obecność kwiatów.

2. Rozjaśnienie kolorów

Eksperti badający kataraktę Moneta twierdzą, że to właśnie choroba może tłumaczyć pewną zmianę w paletcie używanych przez malarza kolorów. W jego późniejszych obrazach rzeczywiście widać odejście w stronę bardziej przydymionych, rozmytych odcieni, pozostających w kontraście z wcześniejszymi, jasnymi płótnami.

3. Dodanie w połowie pejzażu jasno zaznaczonej linii horyzontu.

W cyklu „Nenufarów” Monet zrywa z tradycyjnym pojmowaniem malarstwa pejzażowego, pozbawiając widza przestrzennych punktów odniesienia. Jeśli w niektórych obrazach z cyklu widz jest jeszcze w stanie usytuować siebie w pejzażu względem mostu, pnia drzewa, brzegu rzeki, tak tutaj wrzucony zostaje w sam środek błękitów.

4. Dodanie w rogu obrazu połowy pnia drzewa, jakby uciętego przez ramę obrazu.

Impresjoniści często stosowali w swoich obrazach kompozycję przypominającą tę charakterystyczną dla robionych w pośpiechu zdjęć, starając się chwycić impresje, stąd w rogach ich obrazów zobaczyć można ucięte przedmioty czy ludzi. Sam Monet nierzadko stosował takie zabiegi, jednak w cyklu „Nenufarów” chodziło mu o stworzenie wrażenia ciągłości, a co za tym idzie – całkowitego zanurzenia widza w obrazie.



Obraz: Claude Monet, „Nenufary”, 1914-1926,
Musée de l'Orangerie



Kamil Samolík

Laureat II miejsca
w Konkursie
Literackim
„Przychodzi wena
do lekarza” (2014)
w kategorii „Proza”

Pełna wersja
nagrodzonej pracy
w Gazecie Lekarskiej
PREMIUM na
www.gazetalekarska.pl

Premium



Muzyka i książki. Kawa i papierosy.

Opowiem wam o jednej z dziewczyn i jej popołudniu. Była ona tak samo zwykła, tak samo normalna, jak te kilka godzin po dwunastej.

Hilary wyszła z domu. W podskokach, z pozytywnymi myślami witała się z popołudniowym, ciepłym słońcem. Przed momentem, jeszcze myślę, że z pół godziny temu życia dla niej już nie było. Nie było świata, brak znajomych przeszkadzał jeszcze bardziej, samotność dotykała i gryzła najsilniej, jak mogła. I ciepły dzień pogarszał sprawę. Ale wystarczyło tylko poświęcić ułamek sekundy na włączenie komputera, odpalenie „Youtube’a” i puszczenie piosenki trzech dziewczyn, śpiewających kojąco o kobiecej naturze.

I teraz podrygująca noga, szalony pęd powietrza i gorąco na jej nagich ramionach stały się najważniejsze.

Jakaś tam samotność.

Nie zauważyła, kiedy po chwili znalazła się w tramwaju. Upał był tam jeszcze większy, a ubolewanie Hilary nad tym, że nie ma kabrioletu, również wzrosło. Usiadła na jednym z wolnych, jaskrawo niebieskich siedzeń. Pasażerów nie było zbyt wielu, jakoś odrzucała ich nowoczesna myśl komunikacji miejskiej, bo przestali z niej korzystać. To był protest nad bezsensowną stratą pieniędzy przez miasto i zakup nowego taboru, bo przecież ten starszy miał swój niepowtarzalny klimat.

Nic to.

Jakaś dziewczyna, młoda nastolatka siedziała naprzeciw Hilary. Na rudej głowie miała olbrzymie słuchawki, a kabel od nich kończył się w lewej kieszeni jej krótkich spodenek. Patrzyła zaspanym wzrokiem na świat za oknem. Po chwili uśmiechnęła się do szyby, pociągnęła za ten kabel, popatrzyła na telefon, z którego wychodził i pokiwała do rytmu głową.

Hilary też miała kabel. Piosenka z mieszkania miała słabe baterie, nie starczyła w tym momencie na długo, ponieważ jej mózg domagał się jeszcze więcej muzyki. Jeszcze więcej rytmu i miłych basów. Jeszcze więcej elementów łączących ją z cudowną pogodą. Musiała znaleźć inną.

– Zaśpiewaj o najlepszych czasach w życiu, Mark – pomyślała.

– Yes, of course.

I Mark zagrał jeden ze swoich hitów. I już „Bill is dead” oblał jej mózg w całości:

„Stali przed łazienką. Jakaś impreza charytatywna, bal, nieistotne. Ona czekała w kolejce, było już grubo po północy i chciała zmienić buty, niewytrzymałe już nadmiaru tańca. Trzymała zapasową parę w jednej ręce, swoją ulubioną torebkę w drugiej. Zobaczyła go, zbliżył się do niej, też pewnie chciał skorzystać z łazienki. Zawsze ją mijał i uśmiechał się, ale tym razem zatrzymał się. Popatrzył na nią, pogadali o byle czym. Na twarzach mieli przyklejone cały czas uśmiechy, jak jacyś idioci. Powiedział do niej, że teraz już naprawdę legalnie może powiedzieć jej, że wygląda bardzo ładnie. Podziękowała mu, wykonała lekki ukłon. Powiedział też, że chyba muszą o tym pogadać. W stu procentach się zgodziła. Zgodziła się, trzymając tę czarną torebkę w jednej ręce, te cholerne, czarno-niebieskie szpilki w drugiej. Mając tą potarganą fryzurę i te frędzle od nędznej sukienki. Taką chciała, żeby ją zapamiętał.

– Skończ już, Mark. Jest spoko, było lepiej, wiem, nie przesadzaj.

No i po raz kolejny włączyła te trzy dziewczyny. Uśmiech na jej twarzy oznaczał to samo, co uśmiech na twarzy nieznanej jej towarzyszkii podróży. Leciutki, ale agresywny bas zmieszany ze słodkimi głosami i słowami wyśpiewanymi z podniesionymi czołami, był wszystkim teraz. Hilary jeszcze wygodniej rozsiadła się na swoim siedzeniu, poszperała przez chwilę w torbie i wyciągnęła jedną z książek. Od tego momentu jej postać stopiła się kompletnie z tramwajowym krzesłem. I znów uderzenie przez te kilka nieważnych słów w życiu, przez te nikomu niepotrzebne mądrości, które trzeba wszystkie pojąć i przekazywać dalej.

– Powiedz mi o najlepszych czasach życia, Marku.

– A może być o Krystynie?

– Nie, o Barbarze choć tym razem.

– Dobrze. „Barbara szła za mną i mówiła przez cały czas o tym, iż zmarnowałem jej życie, a jej chory mąż czekał na nią w szpitalu, a ja, idąc pod białymi drzewami, o nim myślałem, a to było w takim małym mieście leżącym nad Wisłą, gdzie rankiem wychodziłem na targ, aby kupować od chłopców, którzy towary swoje wieźli przez noc i których oczy czerwone były z braku snu; i pamiętam zapach rozkwitających drzew, mokrej sierści i alkoholu, a teraz wiedziałem, że nie zobaczę nigdy tego miasta, grubych koni i białych drzew; ale mogłem jeszcze o tym myśleć. Mogłem tylko tyle; i mogłem jeszcze myśleć o tym, że niczego mi nie żał. Szkoda mi było lata, które zwarzą wkrótce chłody, i szkoda mi było tych białych drzew, ale to już naprawdę wszystko”.

Naprawdę, to już wszystko. ■

XV Ogólnopolska Biesiada Literacka UPPL

6 marca 2015 r. (piątek) w Klubie Lekarza Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi, ul. Czerwona 3, odbędzie się XV Ogólnopolska Biesiada Literacka, początek o godz. 17.00.

Unia Polskich Pisarzy Lekarzy zaprasza autorów lekarzy z całej Polski do czynnego udziału w tej imprezie, a szanownych gości – miłośników żywego słowa – do „współbiesiadowania”. Osoby, które podczas spotkania pragną zaprezentować własne utwory, proszone są o nadesłanie zgłoszeń uczestnictwa oraz proponowanych do wygłoszenia tekstów (wydruki formatu A-4 w dwóch egzemplarzach) najpóźniej do 15 lutego na adres: ZG UPPL, 93-005 Łódź, ul. Czerwona 3 (z dopiskiem na kopercie „Biesiada Literacka”). W zgłoszeniu konieczne jest podanie aktualnego adresu pocztowego (ewentualnie też mailowego) oraz numeru telefonu kontaktowego.

Bezpośrednio po Biesiadzie Kabaret OIL – BAK zaprasza na swoją szóstą już autorską premierę! Występ będzie trwał około półtorej godziny.

Uwaga! Istnieje możliwość rezerwacji niezbyt drogich noclegów. Wszelkich informacji można zasięgnąć, telefonując do sekretariatu OIL w Łodzi pod nr tel. 42 683 17 01. ■

(B.Sz.-M.)

PTL odznaczył zasłużonych dla środowiska

Tradycyjnie, pod koniec roku, Polskie Towarzystwo Lekarskie honoruje odznaczeniami i nadaje tytuły osobom, które w sposób szczególny zasłużyły się dla środowiska lekarskiego, pacjentów, a także samego PTL. Tegoroczna uroczystość odbyła się 8 listopada, jak zawsze - w Zamku Królewskim w Warszawie. Patronat honorowy nad galą objął prof. Michał Kleiber, prezes Polskiej Akademii Nauk.

Aktualności



Relacja w „Gazecie Lekarskiej **PREMIUM**” na www.gazetalekarska.pl.

PhotoArtMedica 2014

27 września 2014 r. w Muzeum Częstochowskim odbyła się ceremonia wręczenia nagród i wernisaż II Międzynarodowego Salonu Fotografii Artystycznej Lekarzy PhotoArtMedica 2014. W kolejnej edycji Salonu PhotoArtMedica wzięło udział 81 uczestników, lekarzy i studentów medycyny z 8 krajów, prezentujących 488 fotografii w dwóch kategoriach: „Temat wolny” i „Oblicza ludzi”. ■

Aktualności



Obszerną relację z tego wydarzenia oraz nagrodzone prace publikujemy w **AKTUALNOŚCIACH** na www.gazetalekarska.pl w dziale KULTURA.

„Przychodzi wena do lekarza”
Ogólnopolski Konkurs Literacki
im. Profesora Andrzeja Szczeklika
Edycja IV



Jury: Anna Dymna, Ewa Lipska, Bronisław Maj, Marek Pawlikowski, Maria Szczeklika, Adam Zagajewski

- W konkursie może wziąć udział każda osoba mająca tytuł lekarza lub lekarza dentysty.
- Prace konkursowe będą przyjmowane w 3 kategoriach:
Poezja
Proza *non-fiction*
Opowieść pacjenta –
– opowieść lekarza
- Prace konkursowe przyjmowane będą do 28 lutego 2015 roku pocztą elektroniczną pod adresem konkursliteracki@mp.pl
- Prosimy o zapoznanie się z regulaminem konkursu dostępnym na stronie internetowej: www.mp.pl/wena

Informacji udziela:
Justyna Tomśka
Medycyna Praktyczna, ul. Gazowa 14A, Budynek C
31-060 Kraków, tel. 12 211 22 25
e-mail: konkursliteracki@mp.pl

WUM: medycyna w literaturze pięknej

Lucyna Krysiak

Począwszy od antyku, poprzez następujące po sobie epoki, a skończywszy na współczesności, w dziełach literackich zaznają się związki z medycyną. 13 i 14 listopada, o ich przejawach, bogactwie i różnorodnym wpływie na twórczość autorów, dyskutowali wybitni literaturoznawcy na odbywającej się w Centrum Dydaktycznym Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego konferencji naukowej.

Istotnym punktem konferencji była twórczość lekarzy pisarzy. Uczestnikom przybliżono między innymi pisarstwo dr. Teodora Trippina – autora dziewiętnastowiecznych bestsellerów, Sylwestra Milczarka – lekarza, pisarza, tłumacza i orientalisty, Francesca Pony – lekarza, pisarza z XVII-wiecznej Italii, a także zmarłego niedawno wybitnego lekarza prof. Andrzeja Szczeklika.

Prowadzący konferencję prof. Piotr Wilczek zaznaczył, że pomysł połączenia myśli środowiska literackiego i medycznego tlił się od dawna, ale dotąd nie był badany w tak szerokim zakresie, mimo że na to zasługuje. Konferencja zainicjowała więc tematykę, która – jak zapewnił profesor – w przyszłości będzie kontynuowana przez badaczy literatury.

Organizatorami konferencji byli: Studium Języków Obcych I Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego oraz Kolegium Artes Liberales przy Wydziale „Artes Liberales” Uniwersytetu Warszawskiego. Patronat objęli: Rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Komitet Nauk o Literaturze Polskiej Akademii Nauk oraz Stowarzyszenie Tłumaczy Literatury. Patronem medialnym konferencji była „Gazeta Lekarska”. ■

II Ogólnopolski Festiwal Chórów Lekarskich

Kiedy ponad dwa lata temu w głowie dyrygentki Chóru Kameralnego Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, dr Justyny Chelmińskiej, narodził się pomysł zorganizowania spotkania chórów lekarskich z całej Polski, mało kto przypuszczał, że to wydarzenie może wpisać się w kalendarz imprez kulturalnych Wielkopolski. Jednak, dzięki uporowi w dążeniu do celu, właśnie tak się stało...

W tym roku odbył się kolejny wspaniały festiwal. Po dwóch dniach ciężkiej, ale i przyjemnej

pracy, w sobotni wieczór w Kościele oo. Franciszkanów na Wzgórzu Przemysła w Poznaniu odbył się koncert finałowy II Ogólnopolskiego Festiwalu Chórów Lekarskich. W muzyczną podróż zebranych gości zabrała Alina Kurczewska, która przepięknie wprowadziła słuchaczy w klimat wieczoru oraz przedstawiała prezentujące się chóry i ich repertuar. Podczas koncertu każdy z zespołów zaprezentował kilka utworów. Mogliśmy również usłyszeć piękny sopran dr Hanny Zajączkiewicz. ■

Nagrody „Pulsu słowa”

Już po raz piąty rozstrzygnięto Ogólnopolski Konkurs Poetycko-Prozatorski „Puls Słowa” dla Lekarzy i Lekarzy Dentystów. Jury obradowało w składzie: Zdzisław Tadeusz Łączkowski – przewodniczący, Alina Chraśl-Sura, Zbigniew Irzyk, Maria Żywicka-Luckner – sekretarz, przyznało nagrody i wyróżnienia. Patronem konkursu była „Gazeta Lekarska”.

Nagrody zdobyli:

w poezji:

I – Maria Magdalena Człapińska ze Zduńskiej Woli

– godło „Anna”,

II – Waldemar Hładki z Krakowa – godło „Sakura”,

III ex aequo – Tomasz Kościński z Poznania – godło „Laur Pacjenta 2012”, Zbigniew Kostrzewa z Łowicza – godło „Lemur”,

w prozie:

I – Magdalena Tyszkiewicz z Gdańska – godło „Malwa”,

II – Jadwiga Wielgat-Hejduk z Mieszkowa – godło „Mieszko”,

III – Maria Magdalena Człapińska ze Zduńskiej Woli – godło „Anna”. ■

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

Aktualności



Obszerna relacja
z tego wydarzenia
(również zdjęciowa)
w **AKTUALNOŚCIACH** na
www.gazetalekarska.pl
w dziale KULTURA.

Aktualności



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

Aktualności



Mistrzostwa Świata Lekarzy w Tenisie Ziemnym

W dniach 20-27 września w miejscowości Nusa Dua na południowym wybrzeżu wyspy Bali spotkali się lekarze z 23 krajów świata grający w tenisa ziemnego. Co roku turniej odbywa się w innym miejscu. Gospodarzami dotychczas były m.in. Francja, Włochy, USA, Japonia, Finlandia i Polska.

Jednym z założeń WMTS, czyli World Medical Tennis Society, jest łączenie wielu celów, m.in. sportowa rywalizacja lekarzy zawsze łączona z odwiedzaniem różnych miejsc świata i sesjami naukowymi prowadzonymi przez samych uczestników. Pierwszy turniej odbył się w 1971 r. w Monte Carlo. Inicjatorami byli lekarze z Ameryki. Obecnie WMTS zrzesza 42 państwa – większość z Europy, ale są też Izrael, Brazylia, Tajwan, Iran czy Australia. ■

Relacja z turnieju
w Aktualnościach
na www.gazetalekarska.pl
w zakładce SPORT.

Aktualności



Więcej w Aktualnościach
na www.gazetalekarska.pl
w zakładce SPORT.

Aktualności



II SKIM&L CUP

Śląska Izba Lekarska, Śląska Izba Aptekarska i Okręgowa Izba Radców Prawnych w Katowicach mają przyjemność zaprosić lekarzy, farmaceutów i prawników wszystkich profesji do wzięcia udziału w SKIM&L CUP – II Narciarskim Pucharze Lekarzy, Farmaceutów i Prawników.

Impreza odbędzie się w dniach 30 stycznia – 1 lutego 2015 r. w Szczyrku na stokach Skrzycznego i trasach biegowych w Szczyrku. W ramach zawodów przewiduje się następujące konkurencje: Slalom, Slalom gigant, Narciarstwo biegowe, Snowboard, Ski Tour. ■

VI Podkarpackie Mistrzostwa Lekarzy w Narciarstwie Alpejskim Bystre 2015



27.02-1.03. 2015

Informacje o zawodach znajdują się na stronie internetowej OIL w Rzeszowie www.rzeszow.oil.org.pl oraz OIL w Krakowie www.oilkrakow.org.pl

Zapraszam na XIX Mistrzostwa Polski Lekarzy w Narciarstwie Biegowym (CL), których termin i miejsce będzie zależne od warunków atmosferycznych.

Proszę śledzić na www.mp60.pl lub pytać telefonicznie: Maciej Pająkowski, 602 177 857. ■

XIII Mistrzostwa Polski Lekarzy Dermatologów

W dniach 8-11 stycznia 2015 r. w Krynica-Zdrój odbędzie się XIII Zimowa Konferencja Dermatologiczna i XIII Mistrzostwa Polski Lekarzy Dermatologów w Narciarstwie Alpejskim. Zapraszamy do zapoznania się z informacjami na plakatach. ■

Moja izba

Przygotowanie jubileuszu 25-lecia samorządności lekarzy w Polsce nie należało do łatwych. W ochronie zdrowia sprawy idą w nieznanym kierunku. Dodatkowo wewnątrz środowiska toczy się polemika o skuteczności izb lekarskich, a ostatnie wybory, mimo lepszej frekwencji, nie odmłodziły szeregów.

W każdym polskim domu pielęgnujemy spotkania rodzinne. Wszyscy zjeżdżają się na umówiony czas radości lub smutków, które trzeba przeżyć wspólnie. Odświętnie ubrani, z kwiatami, stawiamy się w progu gotowi do pochwalenia się sukcesami i rosnącymi dziećmi. Czasem robimy dobrą minę do złej gry, czasem krzyk frustracji przeżyje pokój pełen ludzi zgromadzonych przy stole, czasem śmiech i śpiew przeplatają się z płaczem i wspomnieniem tych, którzy już nie połączymy z nami chleba.

Przy stole toczymy nocne Polaków rozmowy. Zastanawiamy się nad przyszłością, chętnie sięgając do przeszłości, lukrując daty minione, marząc o powrocie do dzieciństwa, stawiania pierwszych kroków, usprawiedliwając własne potknięcia. Rozluźniają się krawaty panów, wycierają szminki pań po kolejnych daniach, czujemy wspólnotę. W przedpokojach pożegnania umawiają na kolejne powitanie: uroczystości, święta, msze za zmarłych, zwykłe pogaduchy, załatwienie prostych spraw, spotkanie na działce.

Izby są wspólnotą lekarzy i lekarzy dentystów. Nasze tradycje sięgają lat dwudziestych minionego wieku. Pielęgnowaliśmy gorzkie doświadczenie odebrania nam samostanowienia, wygnania poza nawias, deprecjonowania pozycji społecznej. Dzięki idei przechowanej w PTL, możliwe było odrodzenie oraz wpisanie zawodów zaufania publicznego do Konstytucji RP.

W jednej z epikryz pisałem: „Wielu rozmówców, w tym oczywiście pacjenci, wyraża swój podziw dla środowiska lekarskiego”. Jakby wbrew temu, o czym rozpisuje się prasa, słysząc pochwałę cech, które w założeniu „nieprzychylnych” mają być dyskredy-

tującą łatką. Wielu rozmówców zazdrości nam solidarności. Nauczyciele. Prawnicy. Urzędnicy. Także dziennikarze. Wszyscy dostrzegają dobrą organizację i wzajemną troskę. Wiedzą, że razem można osiągnąć więcej. Wielu rozmówców nie wie, że tak dobrze nie jest, a linie podziałów przebiegają przez gabinety lekarskie nie mniej wyraźnie niż przez pokoje nauczycielskie, kancelarie, biura, redakcje i całą Polskę. Nie jesteśmy przecież inni.

Wolna Polska skończyła 25 lat, tak jak moja izba, która ma adres w każdym z 24 okręgów i przy Sobieskiego 110. Obraz 25x25 jest imponującym zbiorem dokonań samorządu, a czas niełatwej organizacji jubileuszu zbiega się z kolejnymi zmianami, które powinniśmy skutecznie wykorzystać. Dla dobra pacjenta i ku chwale polskiego lekarza. ■



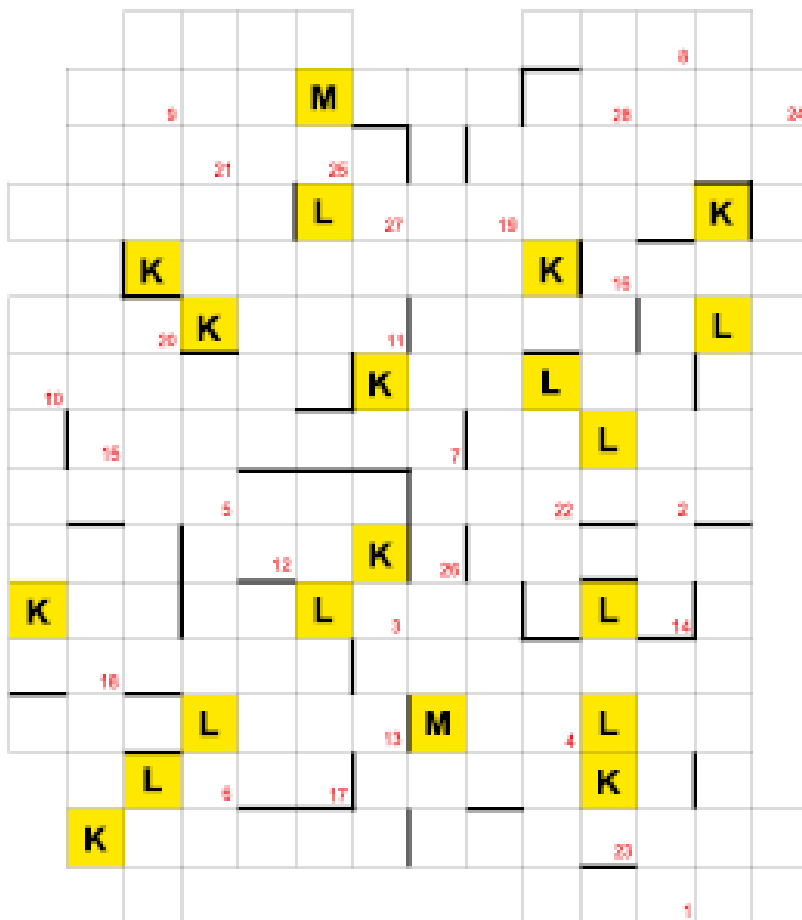
Jarosław Wanecki

Przewodniczący kolegium redakcyjnego „GL”





Objaśnienia 63 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: K, L i M. Na ponumerowanych polach ukryto 28 liter hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to przysłowie indyjskie. Należy je przesłać na karcie pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres jolka@gazetalekarska.pl do 10 stycznia 2015 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji).



Rozwiązanie Jolki lekarskiej nr 201 („GL” nr 10/2014)
Granica jedzenia winna być sytość. Przysłowie gruzińskie

Nagrody otrzymują: Bogusława Bodażewska (Olsztyn), Marzena Kapietan (Zambrów), Krzysztof Wojtulewicz (Mirosztowice Dolne). Fundatorem nagród jest Wydawnictwo Lekarskie PZWL, www.pzwl.pl. Nagrody prześlemy pocztą.

* pediculosis * matka Minosa * operetka Moniuszki z librettem Anczyca * puma * nauka o prawach materii * kraina z miastem Janina * Szurkowski lub Kwiatkowski * głęboko upośledzony umysłowo * chłopstwo, plebs * ukraiński cesarz tyczki * aragoński taniec z kastanietami * spec od ptaków * główny lub podręczny * rzymski Eros * mielony lub schabowy * położnik * hawajskie cześć * stolica Wenezueli * kukiełki i pacyнки * dinozaur o złej sławie * ojciec Siemowita * stan z Salt Lake City * angielskie jasne mocne * szałwiska trawa * szwedzki fizjolog, noblista z 1970 * tyran, despota * wirusowa choroba roślin * okrzyk Archimedeasa * zakłady owocowo-warzywne nad Opatówką * port przy Punta Pariñas * ortopedyczna Kramera * mała Urszula * dzielnica Łodzi na granicy Zgierza * rock z szybką melorecytacją * skorzonera * bohaterka „Chaty za wsią” * twierdza i lotnisko nad Wisłą * do mielenia w neolicie * muchomor (łac.) * Zwierzyńiec Niebieski * łamacz więzi społecznych * drugie imię Edyty Cavell, brytyjskiej pielęgniarki, bohatera I wojny światowej * przysłowiowe zdrowe warzywo * z gwiazdą w westernie * płynie w Mandalaj * skrobiowa partnerka amylopektyny * pokrewieństwa * dzisiejsza Mezopotamia * muza gry na flecie * rura jarzeniowa * pojemnik na obiad dla dwóch * sąsiad Łodzi u źródeł Bzury * trwa od 65 mln lat * psia kość * małżeństwo * miasteczko nad Welem * zwolennik apartheidu * genetyczny lub paskowy * Wielki książę kijowski (912-945) * mąż mamy * centrum przemysłu lotniczo-kosmicznego Francji * psotnik, żartowniś * lingua

BJER

Wydawca:

Naczelna Rada
Lekarska

Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład: 165 100 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

Diennikarze:
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)
Maria Domagała (Warszawa)

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.tarczynska@gazetalekarska.pl

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

Projekt i opracowanie graficzne:
Grzegorz Sztank

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

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



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

