

05
2016

Gazeta Lekarska

PISMO IZB LEKARSKICH



24

Stomatologia

Kiedy brak regulacji
– odpowiada lekarz

33

Reportaż

Jestem w Polsce

48

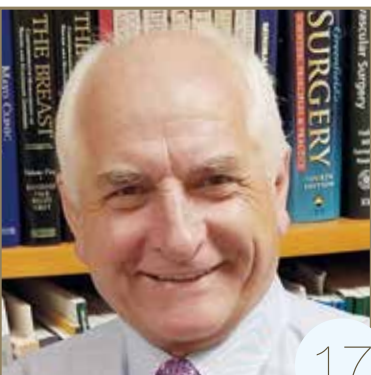
Ochrona zdrowia na świecie

Profesjonaliści i pacjenci
– czynnik społeczny

Spis treści

05
2016

Gazeta
Lekarska



17



36



33

- 4 **Na wstępie / R. Golański:**
Zjazd i autonomia
- 6 **Pierwszym głosem / M. Hamankiewicz:**
Czekamy na Zdrowie+
- 8 **Skrining**
- 10 **Obserwacje / S. Badurek:**
Czy Kopciuszek znów będzie królową?
- 11 **Temat miesiąca:**
Bezpłatne leki: tak czy nie?
- 16 **Nasi w Europie / A. Lella:**
Współpraca z europejskimi studentami stomatologii
- 17 **Rozmowa o zdrowiu:**
Polonia zmienia się
- 20 **Samorząd:**
Stop reklamie w fartuchu
- 22 **Punkt widzenia / J. Małmyga:**
Szanujemy prawo
- 24 **Stomatologia:** Kiedy brak regulacji – odpowiada lekarz
- 26 **Stomatologia:**
Niepełnosprawni u stomatologa
- 29 **Stomatologia:**
Promujemy uśmiech
- 30 **Stomatologia:**
Razem czy osobno – polemika
- 32 **Kodeks Etyki Lekarskiej:**
Godność i dostojeństwo zawodu...?
- 33 **Reportaż:** Jestem w Polsce

- 36 **Lekarskie towarzystwa naukowe:** Nadciągają onkologiczne tsunami
- 38 **Nauka w skrócie**
- 39 **Praktyka lekarska:** Mniej szpitali, więcej odpowiedzialności
- 40 **Praktyka lekarska:**
Jest rodzimy potencjał
- 42 **Praktyka lekarska:** Lekarze a choroba alkoholowa (część 1)
- 44 **Praktyka lekarska:** Kształcenie kadr medycznych wymaga zmian
- 46 **Praktyka lekarska:** Rekrutacja
- 48 **Ochrona zdrowia na świecie:**
Profesjoniści i pacjenci – czynnik społeczny
- 50 **Indeks korzyści:** Pani mi powie...
- 52 **Z dwóch stron sceny / S. Pietras:**
Mukowiscydoza Fryderyka Chopina
- List do redakcji:** Przeciw komercjalizacji kształcenia
- 53 **Z dwóch stron sceny / A. Andrus:** Złowieszczy kaszel wiceministra
- 54 **Błąd malarski:** W proporcji
- 56 **Kultura**
- 58 **Sport**
- 60 **Ogłoszenia**
- 64 **Komunikaty**
- 65 **Epikryza (60) / J. Wanecki:**
Zakręt 1882
- 66 **Jolka lekarska**

Większe limity

Resort zdrowia zaproponował zwiększenie limitów: na kierunek lekarski o 869 miejsc, a na kierunek lekarsko-dentystyczny o 18 miejsc. Więcej w dziale Prawo na www.gazetalekarska.pl.

Fizjoterapia

Sejm rozpatrzył w pierwszym czytaniu obywatelski projekt ustawy o zawodzie fizjoterapeuty. Więcej w dziale Wydarzenia na www.gazetalekarska.pl.

Dokumentacja

WSA w Warszawie oddalił skargę jednej z wielkopolskich przychodni na decyzję RPP nakładającą karę pieniężną w wysokości 50 tys. zł w związku ze stosowaniem praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów w zakresie prawa dostępu do dokumentacji medycznej. Więcej w dziale Prawo na www.gazetalekarska.pl.

Aktualności





**Ryszard
Golański**

Redaktor
naczelny „GL”

Zjazd i autonomia

Od dnia, w którym otrzymają Państwo ten numer naszego pisma, pozostaną około dwa tygodnie do Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy.

Zjazd, jak wszyscy wiemy, jest najwyższą władzą samorządu zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów. Są decyzje będące wyłączną prerogatywą zjazdu. Należą do nich zmiany w Kodeksie Etyki Lekarskiej. Wyroki Trybunału Konstytucyjnego powodują, że zjazd będzie rozpatrywał zmiany w kodeksie i nowelizację zapisów. Dotyczą one art. 52 KEL ujętego w rozdziale o stosunkach wzajemnych między lekarzami oraz zapisów dotyczących klauzuli sumienia. Kodeks Etyki Lekarskiej uchwalony przez Krajowy Zjazd Lekarzy to zbiór zasad, którymi powinien kierować się każdy lekarz i lekarz dentysta. Minister Konstanty Radziwiłł kilkakrotnie publicznie pokazywał, że kodeks zawsze nosi przy sobie, wyjmując go z kieszeni. Trzeba sobie szczerze powiedzieć, że znajomość zapisów kodeksu nie jest, niestety, powszechna wśród Koleżanek i Kolegów. Dlatego na łamach „Gazety Lekarskiej” omawiane są kolejne artykuły. Oczywiście po zjeździe poinformujemy o dokonanych zmianach i ich konsekwencjach dla lekarzy. Wiele punktów porządku obrad zjazdu to zmiany porządkowe w izbowych organach. Dotyczą one regulaminu obrad KZL, liczebności organów Naczelnej Izby Lekarskiej i Krajowej Komisji Wyborczej. Ważne zmiany mają nastąpić w regulaminie wyborów, regulaminach wewnętrznych rzeczników odpowiedzialności zawodowej i sądów lekarskich oraz regulaminie Naczelnej Rady Lekarskiej. Znakiem czasu jest propozycja, aby dyskusje i głosowania mogły odbywać się za pomocą środków porozumiewania się na odległość. Osobom zaangażowanym w działalność samorządu

lekarskiego i wykonywującym zawód lekarza coraz trudniej pogodzić te działania, mimo lepszej komunikacji szynowej i kołowej ze stolicą. Górnym punktem obrad będzie omówienie aktualnej sytuacji w ochronie zdrowia i przyjęcie stanowisk w tej sprawie. Wszyscy odczuwamy presję, w jakich obecnie pracują lekarze. Świadomie użyłem liczby mnogiej, albowiem zagrożenia i uciążliwości idą z kilku stron naraz. Tematem, który przewija się przez lekarskie dyskusje, szczególnie na okręgowych zjazdach lekarzy, jest postulat ustanowienia minimalnej płacy lekarza. Minister nie mówi „nie” tej propozycji.

Wiele okręgowych zjazdów lekarzy zabierało głos w sprawie autonomii lekarzy dentystów w samorządzie lekarskim. Przez 26 lat pracy w izbie, zarówno na szczeblu okręgowym, jak i krajowym, przywykłem do takiego rozwiązania, że stomatolodzy w swoim gronie podejmują decyzje merytoryczne i personalne, przedstawiają je gremium, jakim jest rada okręgowa czy naczelna, a nawet zjazd, i to gremium, jak wiadomo w większości lekarskiej, szanuje propozycje i wskazania lekarzy dentystów. Taki model autonomii, polegający na wzajemnym szacunku i koleżeńskim porozumieniu, wydaje mi się być niewątpliwym sukcesem samorządu i próby zmiany zapisów regulaminowych mogą dać skutek odwrotny do zamierzonego. Tym bardziej, że dyskusji towarzyszą emocje czasami nadmierne i nieuzasadnione oraz, co gorsza, osobiste animozje. Wierzę w mądrość delegatów i możliwość rozsądnego kompromisu. ■

Migawka

W trosce o sercowe sprawy.



Dr Marek Stopiński co roku organizuje konferencję „Problemy interny na Mazowszu”. Rangę konferencji oddaje tytuł inauguracyjnego wystąpienia prof. Jacka Imieli: „Problemy interny w Polsce”.

FOTO: Ryszard Golański

Tajemnica lekarska

„Gazeta Lekarska” informowała ostatnio o sukcesie samorządu w sporze dotyczącym ochrony tajemnicy lekarskiej w postępowaniach podatkowych. Naczelny Sąd Administracyjny podzielił stanowisko Naczelnej Rady Lekarskiej i uznał, że dane pacjentów chronione są tajemnicą lekarską. Warto przypomnieć wobec tego, jakie są prawa i obowiązki lekarzy w tym zakresie.

Samorząd lekarski stanowczo podkreśla, że tajemnicą są objęte wszelkie informacje związane z pacjentem, uzyskane w związku z wykonywaniem zawodu (art. 40 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty). Nie ograniczają się one do informacji czysto medycznych (o stanie zdrowia pacjenta), lecz są to wszelkie informacje związane z pacjentem, uzyskane w związku z udzieleniem świadczeń zdrowotnych. Są to również wiadomości dotyczące działalności pacjenta, jego stanu majątkowego, także to, że ktoś korzysta z pomocy lekarza. Nadto trzeba przypomnieć, że tajemnica lekarska rozciąga się na wszelkie materiały związane z postawieniem diagnozy lub leczeniem, a więc na zaświadczenia, notatki, kartoteki itp., niezależnie od miejsca i sposobu utrwalenia informacji. Kodeks Etyki Lekarskiej nakazuje zachować w tajemnicy również wiadomości o otoczeniu pacjenta (art. 23 KEL).

Zwolnienie z obowiązku zachowania tajemnicy jest wyjątkiem, dopuszczonym w przypadku: wyraźnej zgody pacjenta (po poinformowaniu go o skutkach ujawnienia), gdy informacje nią objęte przekazywane są innemu lekarzowi w związku z zachowaniem ciągłości leczenia pacjenta lub wydaniem orzeczenia o stanie zdrowia, a także gdy zachowanie tajemnicy istotnie zagraża zdrowiu lub życiu pacjenta czy innych osób. Zwolnienie obejmuje także sytuacje, gdy badanie zostało zlecone przez uprawniony organ, czy też jeżeli zobowiązują do tego przepisy prawa. Zawsze ujawnienie tajemnicy może nastąpić wyłącznie w niezbędnym zakresie.

Lekarz wezwany w charakterze świadka w sprawie karnej ma obowiązek stawienia się i złożenia zeznań. Jednak jego przesłuchanie, co do faktów stanowiących tajemnicę lekarską, może nastąpić, jeśli jest niezbędne dla dobra wymiaru sprawiedliwości, a okoliczność nie może być ustalona na podstawie innego dowodu (art. 180 § 2 Kpk). Lekarz powinien w takiej sytuacji odmówić składania zeznań, a zgodę

na przesłuchanie wydać sąd. Na postanowienie sądu o zwolnieniu z tajemnicy lekarskiej przysługuje zażalenie i lekarz powinien skorzystać z prawa jego wniesienia. Jeśli lekarz jest oskarżony w sprawie karnej, to dla skutecznego podjęcia obrony może ujawnić informację stanowiącą tajemnicę lekarską.

Coraz częściej lekarze występują w sprawach sądowych, których przedmiotem są roszczenia cywilnoprawne (o odszkodowanie, zadośćuczynienie). W takich sprawach nie ma przepisów przewidujących możliwość zwolnienia lekarza z obowiązku zachowania tajemnicy przez sąd. Występując jako świadek, lekarz musi odmawiać odpowiedzi na pytania, jeśli stanowiłoby to pogwałcenie istotnej tajemnicy zawodowej, jaką jest tajemnica lekarska (art. 261 § 2 Kpc). Nie może również udostępniać sądowi dokumentacji medycznej (art. 248 § 2 Kpc). Lekarz może ujawnić dane objęte tajemnicą, gdy pacjent (występujący zwykle jako powód) wyrazi na to zgodę.

Jeśli sam lekarz jest stroną pozwaną, to jest uprawniony do ujawnienia tajemnicy lekarskiej, bo inaczej niemożliwe byłoby podjęcie skutecznej obrony przed roszczeniami pacjenta. Lekarz nie ma obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej również w przypadku:

- postępowań o zadośćuczynienie z tytułu zdarzeń medycznych, rozstrzyganych przez wojewódzkie komisje ds. orzekania o zdarzeniach medycznych (art. 14 ust. 2a ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta);
- składania przez lekarza zeznań i wyjaśnień w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy (art. 59 ust. 2 ustawy o izbach lekarskich).

Nieuprawnione przekazanie tajemnicy lekarskiej stanowi przestępstwo (zagrożone karą grzywny, ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat dwóch), a także przewinienie zawodowe. Może też narazić lekarza na odpowiedzialność cywilną z tytułu naruszenia prawa pacjenta do zachowania w tajemnicy informacji z nim związanych.

**mec.
Jarosław
Klimek**

radca prawny
OIL w Łodzi

Sponsorem
serwisu
prawnego dla
lekarzy jest firma
Gedeon Richter.

Czekamy na Zdrowie+

Będą zmiany w katalogu form doskonalenia zawodowego oraz w podziale punktów edukacyjnych. Z radością zobaczyłem projekt, o który samorząd lekarski zabiegał od dawna.

**Maciej
Hamankiewicz**

Prezes
Naczelnej Rady
Lekarskiej

Ostatni apel w tej sprawie Naczelna Rada Lekarska wystosowała w grudniu ubiegłego roku, prosząc Ministra Zdrowia o zniesienie limitów punktów edukacyjnych w poszczególnych zakresach. Nie podobało nam się sporo ograniczeń dotyczących na przykład udziału w krajowym czy zagranicznym kongresie, zjeździe, konferencji lub sympozjum naukowym, realizacji praktyki klinicznej w krajowym lub zagranicznym ośrodku specjalistycznym, wygłoszenia wykładu na kongresie i zjeździe, udziału w kursie medycznym. Teraz projekt przewiduje m.in. skreślenie ze sposobów doskonalenia indywidualną prenumeratę fachowego czasopisma medycznego indeksowanego przez filadelfijski Instytut Informacji Naukowej lub Index Copernicus, oraz dookreśla kwestie kierowania specjalizacją i opiekowania się stażystami.

Dobra wiadomość dla wszystkich, którzy nie chcieli mieć z homeopatią nic wspólnego i bronili stanowiska Naczelnej Rady Lekarskiej z 2008 r. Po trwającym parę lat sporze z Urzędem Ochrony Konkurencji i Konsumentów narreszcie sąd prawomocnie przyjął racje samorządu lekarskiego i w pełni uznał prawo NRL do wypowiadania się o metodach zgodnych lub niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną. Przypominam, że sąd okręgowy w obszernym uzasadnieniu wyjaśnił, że nie ma dowodów naukowych na skuteczność homeopatii. Mam nadzieję, że ci, którzy jeszcze tkwili w błędnej (obłądnej) wierze w homeopatię i zalecali tą wstrząśniętą, niemieszana wodę, już teraz dostosują się do uchwały NRL z 2008 r.

Nadzwyczajny Krajowy Zjazd Lekarzy zbliża się wielkimi krokami. To 13. Zjazd, którego oficjalne otwarcie nastąpi 13 maja. Dla niektórych może to liczba nakazująca ostrożność, ale ja wierzę, że owoce tego Zjazdu będą dobre. Starannie analizujemy wyniki obrad Okręgowych Zjazdów Lekarskich i widzimy, że nadal zgłaszane są braki w finansowaniu systemu i pechowo konstruowany budżet z niskim PKB na zdrowie. Przydałby się projekt Zdrowie+. Chodzi tutaj z jednej strony o wprowadzenie minimalnych wynagrodzeń, bo są miejsca, gdzie lekarze zarabiają zbyt mało, z drugiej strony – o brak odpowiednich wa-

runków do wykonywania zawodu: zbyt mały zespół, zbyt stary sprzęt, zbyt trudne dyżury, nowe rozwiązania strukturalne, niekonsultowane zmiany procedur. Oczywiście jest, że dla każdego dziury budżetowe będą znaczyły co innego z punktu widzenia jego miejsca pracy. Czy miał pecha ten, którego los poprowadził do takiej właśnie jednostki, w której pracuje się trudniej? A może miał mało tupetu lub zdolności i dlatego nie przeszedł do innej? Z apeli Zjazdów widać wyraźnie, że coś nie gra w miejscach pracy – chcemy mieć większy wpływ na zmiany co do zakresu udzielanych świadczeń medycznych, porządek informacyjny i kompetencyjny. Koledzy apelują do lekarzy pełniących funkcje kierownicze o poszanowanie zasad etyki w stosunku do pracujących lekarzy. Na Krajowym Zjeździe spotkają się delegaci zajmujący różne stanowiska. To najlepsze miejsce, by przekazać sobie wzajemnie i takie apele.

Bardzo dziękuję wszystkim lekarzom i lekarzom denty stom do 35. roku życia, którzy chcieli wziąć czynny udział w badaniu przeprowadzanym przez NIL na temat kształcenia specjalizacyjnego. Wyniki takich badań to niezwykle cenny materiał, z którego mogą skorzystać politycy, prawnicy i dziennikarze. Wszystkie są publikowane na dalszych stronach numeru i w internecie. Zachęcam po stokroć, by je przekazywać szerszej opinii publicznej. Ja podam tylko jeden wybrany przeze siebie wynik, który – jako jeden z niewielu w tym badaniu – jest pozytywny: „Najlepiej oceniono opiekunów/kierowników szkoleń specjalizacyjnych”. Gratuluję Wam, Koleżanki i Koledzy.

Na początku tego roku zgłosiliśmy Ministrowi Zdrowia szereg uwag dotyczących systemu specjalizacyjnego. Najwięcej dotyczyło sposobu realizacji szkoleń i trybu przeprowadzania egzaminów. Ostatnio zaczęły dochodzić do nas kolejne, związane z wymogami dla jednostek akredytowanych i ich konsekwencjami dla lekarzy specjalizujących się. Czekamy na uwagi i bardzo chętnie prześlemy je do ministerstwa z nadzieją, że zostaną wzięte pod uwagę przy zmianach legislacyjnych. Po ostatnim zwiększeniu liczby przyjęć na studia możemy mieć nadzieję, że i w kształceniu coś drgnie. ■



**Katarzyna
Strzałkowska**

Rzecznik
prasowy NIL

Homeopatia – wygrana NIL

Wyrokiem z 1 kwietnia 2016 r. Sąd Apelacyjny w Warszawie oddalił apelację Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie – Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów w sprawie stanowiska Naczelnej Rady Lekarskiej dotyczącego homeopatii. Spór prawny o stanowisko, jakie samorząd lekarski zajął w 2008 r. w stosunku do homeopatii, został tym samym prawomocnie zakończony. Stanowisko jest merytorycznie zasadne i zgodne z obowiązującym prawem. Samorząd lekarski obronił swe uprawnienie do zabierania głosu w sprawach dotyczących wykonywania zawodu przez jego członków. NRL stanowiskiem nr 7/08/V z dnia 4 kwietnia 2008 r. w sprawie stosowania homeopatii i pokrewnych metod przez lekarzy i lekarzy dentystów oraz organizowania szkoleń w tych dziedzinach przypomniała lekarzom i lekarzom dentystom o ciąży na nich obowiązku kierowania się w postępowaniu zawodowym wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej. W związku z brakiem wiarygodnych dowodów potwierdzających terapeutyczną skuteczność homeopatii i metod pokrewnych Naczelna Rada Lekarska oceniła, że stosowanie tych metod nie mieści się w kanonie działań znajdujących oparcie w aktualnej wiedzy medycznej.

Sąd Okręgowy w Warszawie stwierdził, że brak jest dowodów potwierdzających skuteczność homeopatii. Sąd podkreślił, że niekorzystnym z punktu widzenia interesu publicznego byłoby, gdyby samorząd lekarski, posiadając pewną wiedzę związaną ogólnie z leczeniem, nie dzielił się nią z osobami wykonującymi zawody lekarza i lekarza dentysty. Sąd za niekorzystne uznał także sytuację ograniczania możliwości wyrażania przez samorząd lekarski poglądu związanego z leczeniem. (WI/KS)

To nie sanepid!

Główny Inspektor Sanitarny poinformował, że wymagania dla pomieszczeń, w których ma być wykonywana indywidualna praktyka lekarska, w zakresie dostępu osób niepełnosprawnych wykracza poza właściwości sanepidu. Informacja była odpowiedzią na pytanie Prezesa NRL o wymogi stawiane lekarzom i lekarzom dentystom przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej. GIS zaznaczył, że dostęp osób niepełnosprawnych do pomieszczeń, w których ma być wykonywana indywidualna praktyka lekarska, nie jest wymaganiem higienicznym czy zdrowotnym, ale jest to wymóg użytkowy. Pełna treść pisma na stronie www.nil.org.pl.

Lekarze dentyści a botoks

Prezydium NRL uważa, że lekarze dentyści mogą wykonywać zabiegi z wykorzystaniem botoksu, kwasu hialuronowego i innych substancji wstrzykiwanych w skórę w obrębie twarzoczaszki oraz okolic przyległych. Prezydium zabrało głos w tej sprawie w odpowiedzi na pismo prof. Bolesława Samolińskiego, dziekana Centrum Kształcenia Podyplomowego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Prof. Samoliński zapytał o odbywanie kształcenia w tym zakresie przez lekarzy dentystów. W ocenie Prezydium NRL lekarze i lekarze dentyści mają obowiązek doskonalenia zawodowego realizowanego w różnych formach oraz w różnym zakresie przedmiotowym związanym z wykonywaniem tego zawodu i nie ma przeszkód prawnych do odbywania przez lekarzy dentystów studiów podyplomowych prowadzonych przez Centrum Kształcenia Podyplomowego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Agresja w dokumentacji

Informacja o agresywnym zachowaniu pacjenta może, a w niektórych przypadkach nawet powinna być zamieszczona w dokumentacji medycznej – takie zdanie wyraził prezes NRL Maciej Hamankiewicz w korespondencji z Rzecznikiem Praw Pacjenta. Zdaniem Prezesa NRL agresywne zachowanie pacjenta może być wynikiem lub objawem choroby, albo też zdenerwowanie, które towarzyszy takiemu zachowaniu, może przyczynić się np. do zawału mięśnia sercowego u pacjenta. „Zamieszczenie w dokumentacji medycznej informacji o takim zachowaniu pacjenta wskazuje, że lekarz je zauważył, a w razie potrzeby zlecił odpowiednie badania lub przepisał leki. Jest to także podstawa do wykazania zasadności odstąpienia od leczenia pacjenta” – podkreślił Prezes NRL.

Asystentka stomatologiczna

Naczelna Rada Lekarska wyraziła poparcie dla zmiany rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 8 sierpnia 2014 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego w kierunku utrzymania kształcenia w zawodzie asystentka stomatologiczna. Zdaniem NRL jednolity w całym kraju poziom kształcenia zapewnia wszystkim osobom wykonującym zawód asystentki stomatologicznej odpowiednie kompetencje potrzebne w dzisiejszej praktyce zawodowej lekarzy dentystów. NRL podkreśliła, że w razie zaprzestania kształcenia asystentek stomatologicznych dostęp

lekarza dentystry do wykwalifikowanego personelu pomocniczego będzie mocno ograniczony z uwagi na niewystarczającą liczbę osób uprawnionych do wykonywania zawodu higienistki stomatologicznej. Swoje postulaty NRL przyjęła w grudniu ubiegłego roku, a przypomniała w kwietniu pismem wiceprezesa NRL Romualda Krajewskiego do Ministra Zdrowia.

„GL” publicznie

„Gazeta Lekarska” pojawiła się kiedyś w serialu „Na dobre i na złe”. Ostatnio została wymieniona w pytaniu dziennikarza w wywiadzie opublikowanym w tygodniku „Polityka” dotyczącym uporczywej terapii. Natomiast „Dziennik Gazeta Prawna” podał informacje z „Gazety Lekarskiej”, powołując się na zawarte w niej ogłoszenia.

Poradnik dla pacjentów

Podstawy wiedzy o systemie ochrony zdrowia; POZ; świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w POZ; szybka ścieżka onkologiczna; AOS; zasady zapisywania na listę oczekujących do lekarzy specjalistów, na badania lub zabiegi szpitalne; leczenie zamknięte, czyli leczenie szpitalne; opieka długoterminowa i paliatywna; opieka stomatologiczna; rehabilitacja; leki; pomoc w nagłych wypadkach, system ratownictwa medycznego; leczenie za granicą; prawa pacjenta; ZIP – Zintegrowany Informator Pacjenta – to tytułowe zagadnienia poradnika dla pacjentów uruchomionego od 31 marca 2016 r. podczas konferencji prasowej zorganizowanej w NIL. Poradnik został stworzony w ramach akcji Razem dla Zdrowia, którą stworzyli: Fundacja „My Pacjenci”, Naczelna Izba Lekarska, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych i Naczelna Izba Aptekarska. Więcej na stronie: www.razemdlazdrowia.pl. ■



RAZEM DLA ZDROWIA



**Sławomir
Badurek**

Diabetolog,
publicysta
medyczny

Czy Kopciuszek znów będzie królową?

Biorąc pod uwagę zmiany strukturalne w szpitalach, oddziały internistyczne są nikomu niepotrzebne. Niedysiejsze wewnętrzne dzielą się na kardiologie, endokrynologie, diabetologie, nefrologie, reumatologie, gastrologie, hipertensjologie, zależnie od tego, jakiej „logii” jeszcze w szpitalu nie ma i jacy specjaliści są do zagospodarowania.

Alternatywny proces to obudowywanie oddziałów i klinik internistycznych rozmaitymi pododdziałami. Co przy tym charakterystyczne, w nazwach eksponuje się wąskie dziedziny, spychając internę, niczym ubogą i mniej wartościową krewną, na koniec. Z ekonomicznego punktu widzenia wszystko się zgadza. Absurd polega na przypisywaniu gałęziom i gałązkom większego znaczenia od pnia z korzeniem. Jak niedorzeczne w stosunku do potrzeb i rzeczywistej roli jest miejsce chorób wewnętrznych w szpitalnej hierarchii, widać po liczbie konsultacji. Interniści są specjalistami najczęściej proszonymi o pomoc w rozstrzyganiu problemów klinicznych na różnych oddziałach. Tyle im zostało z dumnej roli reprezentantów królowej nauk medycznych. O ile w ogóle można mówić o dumnej roli, widząc w karcie zleceń skreślone ręką zabiegowca słowo „internista”, gdzieś między moczem a morfologią. Nie bądźmy jednak drobiazgowi. Lepiej tak niż w ogóle. Taki wpis uratował niejedno życie, tudzież wybawił z poważnych tarapatów. I to zarówno pacjenta, jak i zabiegowca, bo ten ostatni zapomniał po operacji w porę zmniejszyć ilość podawanych płynów, nie zauważył złośliwie narastającej kreatyniny albo szybującego pod sufit cukru, orientując się niemal w ostatniej chwili życia chorego, że coś z nim jest chyba nie tak.

W Stanach Zjednoczonych, które proces odpączkowania od interny specjalizacji szczegółowych przeszły długo przed nami, dość szybko dostrzeżono, że dobry internista to w szpitalu żadna tam kula u nogi, a bardzo ważny specjalista, zwiększający zyski. Już ponad dwadzieścia lat temu wywnioskowano, że jeśli lekarzem prowadzącym pacjentów szpitalnych jest doświadczony internista, to wyniki leczenia są lepsze, zwłaszcza na oddziałach zabiegowych. Tacy specjaliści są nazywani hospitalistami, a do ich zadań należy nadzór nad procesem leczenia, bieżące rozwiązywanie problemów zdrowotnych chorego, przekazywanie mu i wskazanym przez niego osobom informacji, zlecenie konsultacji i badań dodat-

kowych, współpraca z personelem pielęgniarskim. Wszystko to w czasie, gdy operator zajmuje się tym, co potrafi najlepiej. Wykorzystuje się również rozległą wiedzę medyczną internistów, obsadzając ich w szpitalnych komitetach do spraw farmakoterapii, zakażeń, błędów medycznych, efektywności leczenia itp. U nas tymczasem trwa proces odchodzenia ze szpitali do lecznictwa ambulatoryjnego wielu potencjalnych hospitalistów. A mądre, profesorskie głowy przewodników internistycznego stada labiedzą w wywiadach i listach do możliwych systemów o kryzysie interny. Ów kryzys nasila się od kilkunastu lat, co jest najlepszym dowodem nieskuteczności biadoleń nad losem Kopciuszka, a niegdyś królowej dyscyplin medycznych. Jedyne dobre wykonanie w tych smutnych dla interny latach to danie internistom możliwości otwierania wspólnie z pediatrami praktyk podstawowej opieki zdrowotnej. Należy za to pochwalić ministra Arłukowicza, choć z pewnością bardziej zależało mu na swoich, czyli pediatrach. Niestety, ta bez wątplenia słuszna decyzja skutkuje drenowaniem internistów ze szpitali. Wiadomo – w lecznictwie otwartym stawki godzinowe lepsze, praca mniej stresowa, weekendy i święta wolne, a spać można zawsze we własnym łóżku.

Jeśli nic się nie zmieni, to w perspektywie pokolenia zabraknie w większości szpitali jedynych specjalistów, będących w stanie sprawować zintegrowaną opiekę medyczną nad hospitalizowanymi. Co zrobić, by tego kosztownego dla chorych i systemu błędu uniknąć? Po pierwsze, odejść w przypadku interny od zasady płacenia za jedną chorobę. Po drugie, zobowiązać szpitale, mające wejść do sieci, do prowadzenia oddziałów ogólnointernistycznych. Po trzecie, utworzyć we wszystkich szpitalach publicznych poradnie internistyczne. Spełnienie tych warunków wymaga czasu, za to praktycznie od ręki można wpisać internę na listę specjalizacji priorytetowych. Klucze do rozwiązania problemów coraz bardziej zapomnianej królowej nauk medycznych są w rękach ministra Radziwiłła. ■

Bezpłatne leki: tak czy nie?

Blisko 8,3 mld zł – tyle w latach 2016-2025 wyniesie maksymalny limit wydatków z budżetu państwa w związku z wejściem w życie tzw. Projektu 75+. Za które leki seniorzy nie zapłacą?



Niewykupywanie leków z przyczyn ekonomicznych nie jest zjawiskiem nowym ani obecnym wyłącznie w Polsce. Lekarze nie mogą we właściwy sposób prowadzić terapii, a nieprzyjmowanie zaleconych leków w skrajnych przypadkach prowadzi do hospitalizacji, pociągającej za sobą wysokie wydatki z budżetu NFZ, których można by uniknąć. W taki sposób rząd uzasadnił konieczność opracowania i wprowadzenia w życie tzw. Projektu 75+¹. Podstawowe założenie projektowanych zmian polega na przyznaniu osobom po ukończeniu 75. roku życia uprawnienia do otrzymania bezpłatnych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych, które pojawiają się w wykazie ogłaszającym przez Ministra Zdrowia w drodze obwieszczenia. Oznacza to, że nie wszystkie leki dla seniorów będą za darmo. Ujęte w wykazie zostaną leki objęte decyzją o refundacji (początkowo te o obecnej odpłatności 30% i 50% oraz ryczałtowej), a także związane z leczeniem chorób wieku podeszłego. Pierwsza lista bezpłatnych leków dla seniorów powstanie do 1 września br. Początkowo znajdą się na niej te, które mają zastosowanie przede wszystkim w chorobach wieku podeszłego (m.in. o podłożu kardiologicznym, reumatologicznym i urologicznym). Lista ta będzie poszerzana. Resort zakłada stopniowy wzrost kwoty refundacji o ok. 15% rocznie w ciągu kolejnych 6-7 lat, a następnie spowolnienie tego wzrostu do ok. 6% rocznie w 8, 9 i 10 roku. W pierwszym roku funkcjonowania ustawy maksymalny limit wydatków z budżetu państwa na ten cel sięgnie 125 mln zł, a w 2022 r. przekroczy 1 mld zł. Poziom finansowania ma podlegać obowiązkowej kontroli co kwartał, a w razie przekroczenia ustalonego progu, kolejny wykaz zostanie skorygowany. Zlecaniem bezpłatnych leków zajmie się lekarz POZ lub pielęgniarka POZ, a także lekarze ordynujący leki pro auctore i pro familiae (choć – jak zapewnia minister zdrowia Konstanty

**Mariusz
Tomczak**

¹ Rządowy projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (druk nr 261).

Radziwiłł – docelowo wszyscy lekarze będą mogli przepisywać bezpłatne leki). Na dotychczasowych wzorach recept, w polu „Kod uprawnień dodatkowych”, wystarczy wpisać literę S. – W przypadku braku oznaczenia „S” realizujący receptę nie będzie mógł wydać osobie po ukończeniu 75. roku życia bezpłatnie leku nawet jeżeli ten lek znajduje się w obwieszczeniu jako lek darmowy dla tych osób – wyjaśnia Milena Kruszewska, rzecznik prasowy Ministra Zdrowia. Dodaje, że odpowiednie oznaczenie recepty będzie wskazywało, iż recepta została wystawiona dla świadczeniobiorcy, który ukończył 75. rok życia i przysługują mu bezpłatne leki zawarte w odpowiednim wykazie, nie ma potrzeby weryfikacji przez wydającego lek danych zawartych na receptie z jego dowodem tożsamości (zresztą nowelizacja nie przewiduje takiej formy legitymowania pacjentów przez wydającego lek). Tym samym po zaordynowane leki będzie mógł udać się, tak jak dotychczas, np. krewny chorego. Ostatecznej weryfikacji dokona pracownik apteki, sprawdzając wiek pacjenta na podstawie numeru PESEL podanego na receptie lub datę urodzenia. Apteki rozliczą się z NFZ na dotychczasowych zasadach.

Już w toku konsultacji publicznych samorząd lekarski zgłaszał wątpliwości co do powiązania uprawnienia do darmowych leków pacjenta 75+ z lekarzem POZ. Zarówno prawo farmaceutyczne, jak i rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie recept lekarskich, nie przewidują zamieszczania na receptie danych, na podstawie których farmaceuta byłby w stanie stwierdzić, czy wystawia ją właśnie lekarz POZ. NRL przestrzegała, aby weryfikowanie wymogu wystawienia recepty przez lekarza POZ nie wiązało się z nakładaniem na niego obowiązku dodatkowego oznaczania wystawianej recepty. Resort zapewnił, że weźmie to pod uwagę w toku prac nad przepisami rozporządzenia receptowego. W ocenie NRL uprawnienie do bezpłatnych leków nie powinno być uzależniane od tego, czy receptę pacjentowi wystawia lekarz POZ, czy też inny lekarz. Tej uwagi ministerstwo nie uwzględniło, mając świadomość, że takie ograniczenie preskrypcji lekarskiej oznacza konieczność dodatkowej wizyty, co ma przyczynić się m.in. do przeciwdziałania zjawisku polipragmazji. – Wszyscy lekarze powinni mieć możliwość

wypisywania bezpłatnych leków. Należy to połączyć z systemem informatycznym pozwalającym na sprawdzenie w każdej chwili i miejscu, jakie leki zostały danemu pacjentowi i przez kogo wypisane – uważa dr Maciej Hamankiewicz, prezes NRL. Odrzucono ponadto, jako sprzeczną z założeniami projektu, uwagę samorządu lekarskiego o braku istnienia kryterium stanu majątkowego pacjenta.

Darmowe udostępnienie leków spotkało się z krytyką także wśród innych stron konsultacji. Prof. dr hab. Przemysław Kardas, kierownik Zakładu Medycyny Rodzinnej UM w Łodzi, uważa za lepsze rozwiązanie przeniesienie wybranych leków z listy 30% lub 50% na listę ryczałtową. – W zależności od planowanego efektu, można w ten sposób udostępnić wybrane leki tylko dla seniorów albo przenieść na niższą odpłatność wybrane leki stosowane najczęściej przez seniorów, jednak bez ograniczania do nich dostępu dla innych grup wiekowych – tłumaczył profesor. W toku prac nad wykazem „S” resort planuje za to uwzględnić uwagę zgłoszoną przez Krystynę Piątkowską ze Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego UM w Poznaniu, aby na liście przewidzianej do bezpłatnego ordynowania znalazły się wyłącznie te najczęściej stosowane dla seniorów. W jej ocenie, w przeciwnym razie mogłoby dojść do niepotrzebnego marnotrawstwa. Na początku kwietnia projekt tzw. ustawy 75+ rozpatrzyły senackie Komisje: Zdrowia oraz Rodziny, Polityki Senioralnej i Społecznej (w chwili oddawania tego numeru do druku nadal znajdował się w Senacie). Resort zdrowia wyjaśnia, że leki w pełni bezpłatne dla osób 75+ to te już objęte refundacją na zasadach ogólnych i znajdujące się na wykazie leków refundowanych. Możliwe jest wystąpienie zmian w poszczególnych grupach, które spowodowane będą wprowadzeniem wykazu „S”. Leki dla osób 75+ będą finansowane z budżetu Ministra Zdrowia, zatem nie spowoduje to zwiększenia kosztów po stronie publicznego płatnika. W projekcie ustawy zaproponowano dokonanie oceny skutków regulacji po roku od ogłoszenia pierwszego obwieszczenia zawierającego listę bezpłatnych leków. My już teraz zapytaliśmy o opinię sześciu ekspertów. Oto, co nam powiedzieli.



**Prof. dr hab.
Katarzyna
Wieczorowska-Tobis,
przewodnicząca
Polskiego
Towarzystwa
Gerontologicznego**

W Polsce statystyczna osoba starsza przyjmuje ponad pięć leków (im starsza, tym więcej). U starszych chorych praktycznie każdy problem medyczny może wynikać ze stosowanych leków. Zagroženiem jest więc na pewno ryzyko nasilenia zjawiska wielolekowości (jednoczesnego stosowania dużej liczby leków), z którym wiąże się np. wzrost ryzyka upadków, nietrzymania moczu czy zaburzeń pamięci, a więc pogorszenie sprawności, na co wcześniej zwracałam uwagę. Niepokoi mnie też perspektywa przeznaczania przez osoby starsze większych kwot na leki bez recepty – wobec otrzymywania niektórych preparatów nieodpłatnie. Realność tych zagrożeń zweryfikuje praktyka, ale aby je zminimalizować, niezbędna jest edukacja – i to zarówno osób zapisujących darmowe leki, jak i reszty społeczeństwa – że w przypadku leków często „więcej” oznacza „gorzej”. Pod koniec ubiegłego roku zadałam pytanie przedstawicielom wszystkich krajów europejskich skupionym w Sekcji Geriatrycznej Europejskiej Organizacji Lekarzy (European Union of Medical Specialists – Geriatric Section), czy w którymś z krajów działa podobne rozwiązanie – okazało się, że nie. Jednak w niektórych krajach dostęp do darmowych leków mają chorzy z chorobami przewlekłymi (a więc większość osób starszych). Na przykład w Finlandii dotyczy to takich chorób jak cukrzyca, niedoczynność tarczycy czy choroba Parkinsona; chorzy na cukrzycę mają również darmowe leki w Wielkiej Brytanii. W związku z tym, że w Polsce darmowe mają być nie wszystkie leki, można tu dostrzec pewne podobieństwo do wprowadzanego u nas rozwiązania. ▶





Agnieszka Jankowska-Zduńczyk,
konsultant krajowy
w dziedzinie
medycyny rodzinnej

Propozycja Ministerstwa Zdrowia zapewniająca pacjentom

po 75. roku życia bezpłatne leki wychodzi naprzeciw problemom, z którymi boryka się ta grupa chorych. Wielokrotnie zdarza się, że osoby zmuszone do stosowania wielu leków, a do tej grupy należą ci najdłużej żyjący emeryci lub renciści, mają dylemat, co jest pilniejsze: leki, czynsz czy jedzenie. Dobrze, że Minister Zdrowia dostrzegł ten problem i przypuszczam, że sam jako lekarz spotkał się z nim nieraz w codziennej praktyce. Nadal tylko ok. 30% leczonych pacjentów prawidłowo stosuje się do zaleceń lekarskich. Ten odsetek znacznie spada wraz z czasem trwania terapii. Lekarze rodzinni, kontynuując opiekę lekarską przez długi czas, widzą tę rzeczywistość najlepiej, dlatego jako środowisko popieramy wszelkie działania zmierzające do znoszenia barier w dostępie do terapii. Poza ogólnymi zapisami umieszczonymi w projekcie ustawy, nie są nam znane żadne inne szczegółowe rozwiązania. Wiemy, że to właśnie lekarze w POZ będą ordynować leki bezpłatne. Sytuacja ta stwarza z pewnością wiele pytań, na które jeszcze nie znamy odpowiedzi i mamy nadzieję, że wkrótce rozpoczną się rozmowy dotyczące szczegółów realizacji tego nowego zadania. Rozumiem intencję ministra, która jest wyrazem zaufania i uznania zalet wynikających z opieki świadczonej przez lekarzy rodzinnych, w tym w szczególności jej koordynowania, kontynuowania opieki przez wiele lat, trafności merytorycznych ocen stanu zdrowia i potrzeb zdrowotnych swoich pacjentów. Obawiamy się jednak jeszcze większego obciążenia pracą, niepotrzebnych kolejek i odpowiedzialności za realizację decyzji terapeutycznych podejmowanych przez innych lekarzy. Obszar współpracy z innymi lekarzami leczącymi tego samego pacjenta jest ograniczony lub nie istnieje w ogóle, o czym świadczą wielokrotnie przeze mnie zgłaszane postulaty o jej realizację. W obecnej sytuacji uważam, że docelowo wszyscy lekarze powinni mieć możliwość wypisania recepty na bezpłatne leki, jeśli po-

dejmują decyzję o konieczności jego zastosowania. Refundacja leku jest uprawnieniem pacjenta i takim powinna pozostać. Mam jednak nadzieję, że pomimo obecnych wątpliwości, z czasem wszyscy docenią pozytywne znaczenie tego przedsięwzięcia i ustawa będzie realizowana w życiu codziennym.



Prof. dr hab. Tomasz Kostka,
konsultant krajowy
w dziedzinie geriatrii

Idea tzw. Projektu 75+ jest generalnie słuszną, gdyż problem z wykupywaniem leków wśród

seniorów faktycznie istnieje. Co prawda, jak wynika z projektu ustawy, wejście w życie przepisów w tym roku nie spowoduje istotnych oszczędności w budżetach domowych osób starszych, ale od 2017 r. będzie to bardziej zauważalne. Diabeł, jak zawsze, tkwi w szczegółach. Przede wszystkim pożądanym byłoby, żeby w wykazie ogłoszonym przez Ministra Zdrowia znalazły się nie tylko leki dla osób mających więcej niż 75 lat. Osoby starsze, ale niespełniające kryterium wieku, przyjmują przecież grupy leków, m.in. na otyłość, osteoporozę czy zaburzenia rytmu serca. Wprowadzenie, w miarę możliwości finansowych naszego państwa, istotnych obniżek dla danych grup leków przyjmowanych głównie przez seniorów, umożliwi dostępność do nowoczesnego leczenia przy braku konieczności dodatkowych obciążeń administracyjnych i kontroli związanej z prawidłowością realizacji zaleceń tylko dla grupy 75+. Na razie nie znamy listy preparatów, które będą dostępne dla seniorów całkowicie bezpłatnie, jednak pewne wydaje się to, że niestety nie przepiszą ich geriatry. Po drugie, powinna być wprowadzona symboliczna opłata, ale z przyczyn politycznych zapewne do tego nie dojdzie. Doświadczenie pokazuje, że to, co jest zupełnie za darmo, częściej trafia do kosza lub jest odnoszone do aptek. Wreszcie po trzecie, osoby starsze przyjmują za dużo leków. Boimy się, że niezamierzonym skutkiem tego projektu może być nasilenie zjawiska polipragmazji. Lekarz POZ nie będzie w stanie tego skontrolować, bo w czasie studiów nie zdobył za dużo wiedzy o schorzeniach wieku podeszłego. Zdarza się nierzadko, że w przypadku



starszego pacjenta z wielochorobowością, leczonego przez wielu specjalistów, liczba zaordynowanych leków przekracza 10-15 preparatów. To zaczyna wtedy bardziej szkodzić niż pomagać. To właśnie geriatra powinien zredukować liczbę przyjmowanych leków. W praktyce nie jest to takie proste, zważywszy choćby na fakt, iż w Polsce mamy ok. 340 geriatrów, z czego połowa nie pracuje w ramach swojej specjalizacji, gdyż im się to nie opłaca.



**Prof. dr hab.
Bolesław Samoliński,
przewodniczący
Koalicji na Rzecz
Zdrowego Starzenia się**

Od lat w polityce społecznej naszego kraju brakuje miejsca dla osób w wieku podeszłym. Zlikwidowane zostały wszystkie przywileje i wyróżniki dla tej części naszego społeczeństwa. Tymczasem jest to grupa o szczególnych właściwościach. Cechuje się znacznie obniżoną sprawnością, depresją, wielochorobowością, najczęstszym korzystaniem z systemu ochrony zdrowia nasilającym się z wiekiem. Ilość osób w wieku podeszłym rośnie w Polsce, jednak oczekiwana długość życia w zdrowiu pozostaje na niezmiennym poziomie. Oznacza to, iż starość w naszym kraju jest niewdzięczna: schorowana, samotna, wyalienowana przez pędzącą rewolucję technologiczną. Do tego poziom emerytur jest niski. Program 75+ wychodzi więc naprzeciw uznaniu godności ludzkiej dla seniorów. Odczucie od okienka aptecznego bez wykupienia recepty z powodu zbyt wysokich cen leków jest niesprawiedliwe, niemoralne, a także zwiększające koszty służby zdrowia, bowiem konsekwencją niebrania le-

ków jest pogorszenie stanu zdrowia prowadzące do częstszej hospitalizacji, interwencji pogotowia, pobytu w izbie przyjęć czy też w szpitalnych oddziałach ratunkowych. Nie obawiam się często stawianego zarzutu, iż podobnie jak w przeszłości, leki dla seniorów będą nadużywane przez inne grupy wiekowe. Nie da się bowiem porównać dawnej niekontrolowanej dostępności do leków recepturowych, z dzisiejszym nadzorem NFZ w tym zakresie. Ponadto, według przedstawiciela resortu zdrowia, leki te będą cechowały się tym, iż ich przydatność dla młodszych grup wiekowych będzie niewielka. Popieram ten program. Sam postulowałem tego typu rozwiązanie w minionych trzech latach, kiedy w ramach Koalicji na rzecz Zdrowego Starzenia się tworzyliśmy podwaliny polityki senioralnej w Polsce.



**Prof. dr hab. Mirosław
J. Wysocki, dyrektor
NIZP-PZH**

Uważam, że wprowadzenie darmowych leków dla osób w wieku 75+ jest potrzebnym i ważnym, wdrażanym już, działaniem Ministra Zdrowia. Sądzę, że lista darmowych leków dla seniorów powinna być aktualizowana i poszerzana w kontekście potrzeb zdrowotnych i możliwości finansowych resortu i NFZ. Mam też nadzieję, że uprawnionym do wypisywania bezpłatnych leków będzie wkrótce nie tylko lekarz POZ, ale również lekarze specjaliści. Równie ważną sprawą wydaje się powszechne wprowadzenie wybranych bezpłatnych szczepień w tej grupie wiekowej. Wprowadzenie darmowych szczepionek przeciw zakażeniom pneumokokami i przeciw grypie pozwoli uniknąć wielu ciężkich, groźących niejednokrotnie zgonem, zachorowań. ■

Więcej o Projekcie 75+
piszemy na
www.gazetalekarska.pl

Aktualności



Z głębokim żalem żegnamy Naszego Kolegę i Przyjaciela

Śp. Dr. n.med. Stanisława Ciechowicza,

wspaniałego Lekarza, dobrego i życzliwego Człowieka,
Członka Okręgowej Rady Lekarskiej w Łodzi,
wieloletniego Zastępcę Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej
Naczelnej Izby Lekarskiej

Rodzinie, Bliskim, Współpracownikom
oraz wszystkim, którzy mieli szczęście spotkać Pana Doktora na swej drodze,
składamy wyrazy szczerego współczucia.

Naczelny Rzecznik
Odpowiedzialności Zawodowej
Grzegorz Wrona
wraz z zespołem Zastępców

Prezes
Naczelnej Rady Lekarskiej
Maciej Hamankiewicz
wraz z Naczelną Radą Lekarską



**Anna
Lella**

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

Współpraca z europejskimi studentami stomatologii

Szerokie spektrum aktywności europejskich organizacji lekarskich i lekarsko-dentystycznych obejmuje współpracę z prężnie działającymi organizacjami studentów medycyny oraz stomatologii.

Rozwija się kooperacja Europejskiej Organizacji Regionalnej Światowej Federacji Dentystycznej, ERO-FDI, oraz Rady Europejskich Lekarzy Dentystów, CED, z Europejskim Stowarzyszeniem Studentów Stomatologii – European Dental Students' Association. EDSA reprezentuje ok. 65 000 studentów. W kręgu zainteresowań przyszłych koleżanek i kolegów znajdują się głównie sprawy związane z kształceniem przed- i podyplomowym, ponadto szczegółowo analizują i wypowiadają się na temat praktycznych aspektów wykonywania zawodu, często popierając rezolucje ERO-FDI czy CED.

Przedstawiciel EDSA uczestniczył w Sesji Plenarnej ERO, przedstawił delegatom list z oficjalnym poparciem stanowiska ERO-FDI w sprawie wykonywania wolnego zawodu w ramach nowych form prowadzenia podmiotów leczniczych, w którym podkreślamy, że zawód lekarza dentysty jest wolnym zawodem, przy wykonywaniu którego trzeba przestrzegać zasad etyki – nawet jeżeli jest się zatrudnionym jako pracownik, jak również w obliczu ogra-

niczeń związanych ze względami o charakterze finansowym lub administracyjnym.

Studenci dostrzegają problemy związane z mogącą budzić wątpliwości jakością niektórych uczelni prowadzących studia lekarsko-dentystyczne. EDSA wskazało niedawno, że niekontrolowany wzrost liczby studentów stomatologii w państwach europejskich prowadzi do spadku jakości kształcenia na niektórych uczelniach. Chodzi tu zwłaszcza o uczelnie prywatne, co do których zgłaszane są coraz częstsze zastrzeżenia. EDSA widzi niedostatki szkolenia klinicznego i obawia się, że niektórym absolwentom brakuje odpowiedniego doświadczenia pozwalającego wykonywać zawód w bezpieczny dla pacjenta sposób.

W tym roku ma się ukazać raport analizujący różnice w szkoleniu klinicznym w ramach UE, który zostanie skierowany do Komisji Europejskiej. EDSA apeluje o harmonizację kształcenia w państwach UE i o zapewnienie, że wszystkie szkoły spełniają wymagane standardy.

Przyszłym stomatologom, tak samo jak nam już praktykującym, zależy na tym, aby nasz zawód był wykonywany w należyty sposób, zgodnie z aktualną wiedzą oraz wysokimi standardami etycznymi, a co za tym idzie na tym, jak będziemy postrzegani przez pacjentów. ■

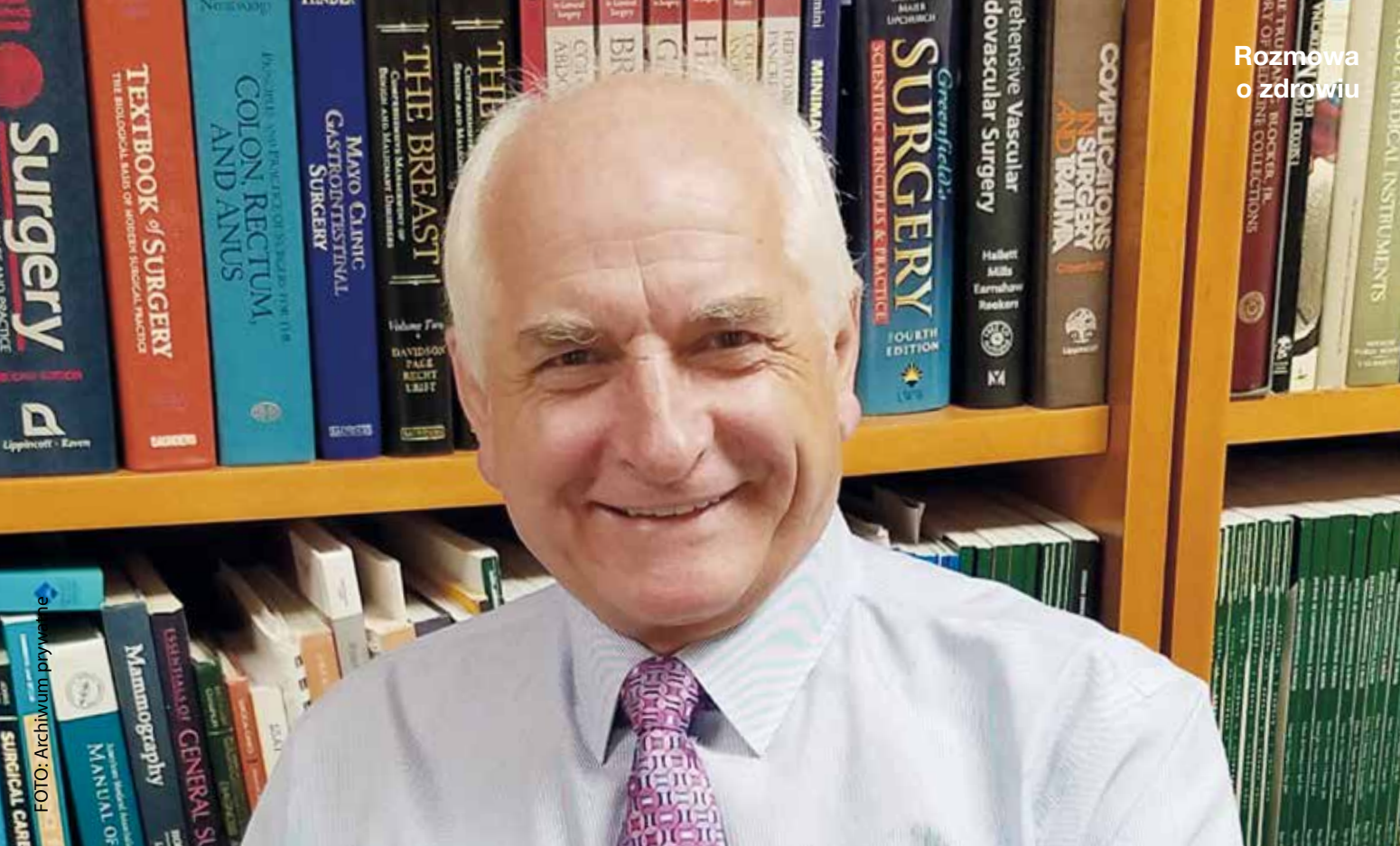


FOTO: Archiwum prywatne

Polonia zmienia się

Z **prof. Markiem Rudnickim**, prezesem Federacji Polonijnych Organizacji Medycznych, rozmawiają **Ryszard Golański** i **Marta Jakubiak**.

W czerwcu odbędzie się w Warszawie IX Kongres Polonii Medycznej i II Światowy Zjazd Lekarzy Polskich. Jaki będzie nadrzędny cel tego spotkania?

Nasz nadrzędny cel to od zawsze integracja środowiska lekarzy polskiego pochodzenia. Kongres to dobra platforma, by rozmawiać ponad podziałami specjalizacyjnymi o naszym zawodzie – o tym, co możemy zaoferować pacjentom, a także innym kolegom lekarzom w różnych krajach. To możliwość wymiany doświadczeń przynoszonych z daleka, a także poznania osiągnięć i doświadczeń lekarzy w Polsce.

Od pewnego czasu staramy się mówić o rzeczach najważniejszych w danym czasie dla medycyny i opieki medycznej na świecie, by podnosić poziom i jakość leczenia. Rozmawiamy o sposobach i zasadach, dzięki którym można zmniejszyć ilość błędów i podnieść poczucie bezpieczeństwa pacjenta. To nie jest łatwe zadanie, dlatego niezależnie od systemu, w którym pracujemy, zmagamy się z podobnymi problemami w różnych krajach.

Czy dehumanizacja medycyny to trend ogólnoswiatowy?

Nie wiem, czy dokonuje się na całym świecie, ale w Stanach Zjednoczonych na pewno tak. Technolo-

gia i technicyzacja są tak potężne, że od medycyny, którą uprawiało moje pokolenie, przechodzimy do takiej, w której zastępuje się relacje między pacjentem i lekarzem trójkątem: lekarz – pacjent – komputer czy szerzej rozumiana technologia medyczna. W czasie – dawniej przeznaczonym na badanie, analizę i rozmowę z pacjentem – teraz trzeba wykonać wiele czynności dodatkowych, nie tylko opisać wszystko w komputerze, ale również zaadresować wymagania płatnika czy też wymogi systemowe. Trudno z tej samej jednostki przeznaczonej na wizytę wykrzesać więcej.

A ile jest tego czasu? W Polsce lekarz POZ ma 15 minut na przyjęcie pacjenta.

Limity czasu to jedno, a praktyka to już zupełnie coś innego. Jeśli ktoś mówi, że przyjął stu pacjentów w ciągu dnia, można zastanawiać się, czy mówi prawdę. Staram się poświęcać pacjentowi tyle czasu, ile wymaga do rzetelnej analizy dany przypadek. Limity bardzo trudno realizować – zarówno w jedną, jak i w drugą stronę: jednemu pacjentowi trzeba poświęcić ponad dwie godziny, a innemu zaledwie kilka minut bez uszczerbku na jakości wizyty. Wszyscy lekarze wiedzą, jak wygląda praktyka i to, że nie zawsze jest z wymaganiami w zgodzie.

Wróćmy do Kongresu. Jakie tematy będą poruszane w tym roku?

Przede wszystkim te dotyczące jakości leczenia. Temu zagadnieniu zostanie poświęcone sympozjum, w czasie którego będziemy rozmawiać, o czym wspominałem, jak poprawić jakość leczenia i w jaki sposób podnosić bezpieczeństwo terapii pacjentów. Wezmą w nim udział czołowi przedstawiciele świata medycyny ze Stanów Zjednoczonych, z Kanady, jak również z Europy i Polski. Będziemy mówili także o tym, jaka jest rola lekarza w procesie świadczenia wysokiej jakości medycyny. To do nas należy kreowanie i realizowanie polityki, jeśli chodzi o wskazywanie najlepszych metod leczniczych w określonym systemie ochrony zdrowia. Jeśli tego nie zrobimy, uczynią to za nas administratorzy. Musimy pamiętać, że proces realizowania „quality care” to przede wszystkim obowiązek lekarzy.

Chcielibyśmy też przedyskutować gorące tematy w medycynie, takie jak problem szczepień – co możemy zrobić jako lekarze, w jaki sposób przeciwdziałać tym nieuzasadnionym poglądom, które się szerzą przez granice. To nie jest problem Polski, Niemiec czy Szwecji, to dzieje się na całym świecie.

Będzie też ciekawa dyskusja o tym, co należy rozumieć przez słowo „specjalista” – kto to jest, czego pacjent może od niego oczekiwać, czy wykształcenie w różnych miejscach kraju daje specjalistom ten sam podstawowy zasób wiadomości i umiejętności. Dodatkowo przyjrzymy się, jak nastawione są systemy kształcenia medycznego w różnych krajach, ażeby kontrolować i egzekwować szkolenie specjalistyczne młodych lekarzy.

Są różnice?

Mam do czynienia z lekarzami różnych narodowości i widziałem specjalistę torakochirurgii z jednego z krajów europejskich, który nie potrafił otworzyć klatki piersiowej. Na szczęście nie z Polski. Takie przypadki nie powinny się zdarzać. Pacjent ma prawo oczekiwać, idąc do lekarza specjalisty, że otrzyma pomoc od kogoś, kto posiada podstawowy zasób wiedzy wymaganej do tego, by być specjalistą. Państwo powinno zadbać o to, ażeby taki system stworzyć.

Będziemy mówili także o przejrzystości w ochronie zdrowia, na ile powinniśmy się jej obawiać albo też pokładać w niej nadzieję, że pomoże budować nasze relacje z pacjentami, jak realizowana jest w różnych krajach, między szpitalami a przemysłem, jaka jest rola samorządu w tworzeniu przejrzystości. Poruszymy też sprawy marketingu medycznego, zastanawiając się, gdzie są jego granice. Bardzo ważnym tematem i niezwykle ciekawą sesją będzie ta poświęcona medycynie translacyjnej.

Czyli...?

„Translational medicine” to nowy termin, który staramy się przybliżać, żeby ludzie z różnych krajów wiedzieli, dokąd idzie i jak rozwija się podstawowa nauka medyczna. Medycyna translacyjna to ta dziedzina wiedzy i współczesnego rozwoju medycyny, dzięki której wyniki badań naukowych mogą być przełożone na konkretne sukcesy, poprawę wyników leczenia. O problemach

z tym związanych będą dyskutowali znakomici naukowcy polskiego pochodzenia: prof. Zbigniew Wszolek z Mayo Clinic, prof. Maria Siemionow z University of Illinois, prof. Krzysztof Bankiewicz z University of California, prof. Waldemar Priebe z University of Texas, a także prof. Mieczysław Choraży z Instytutu Onkologii w Gliwicach i prof. Wojciech Maksymowicz z Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego.

O czym jeszcze będzie?

Tradycyjnie uzupełnieniem bogatego programu są spotkania z mistrzami akademickiej medycyny, zasłużonymi profesorami, którzy swoimi osobowościami i spojrzeniem na medycynę wywarli piętno na pokoleniach lekarzy studiujących w Polsce. W tym roku będą to prof. Stefan Angielski z Gdańska i prof. Marek Pawlikowski z Łodzi.

W kongresie wezmą udział najwybitniejsi przedstawiciele medycyny polskiego pochodzenia, w tym dwie osoby zaliczane do elitarnej grupy najbardziej wpływowych ludzi medycyny na świecie: prof. Zbigniew Wszolek z Mayo Clinic, gość honorowy kongresu, oraz prof. Roman Jaeschke z MacMaster University w Kanadzie.

Przewidziane są również ciekawe dyskusje dotyczące rozwoju współpracy między środowiskami krajowymi a lekarzami praktykującymi poza granicami Polski. Będzie to również okazja do rozmowy na temat teraźniejszości i przyszłości Polonii medycznej.

Jakiej frekwencji można się spodziewać?

Na przestrzeni ostatnich lat w kongresach uczestniczyło bardzo wiele osób z różnych krajów świata – od Zimbabwe i Nowej Zelandii po USA i Gruzję. Dużą grupę stanowili także lekarze mieszkający i praktykujący w Polsce. Spodziewamy się, że w tym roku weźmie w nim udział około tysiąca osób. Mam nadzieję i liczę, że wielodyscyplinarna tematyka okaże się atrakcyjna dla bardzo wielu lekarzy z Polski, którzy chętnie posłuchają, na czym sparzyli się ich koledzy po fachu za granicą, jakie rozwiązania okazały się dobre, a których radzą unikać. Korzystając z doświadczeń innych, można wprowadzać wpośrodkowane metody w swojej praktyce i minimalizować ryzyko popełniania błędów.

Polscy lekarze pracują chyba we wszystkich krajach świata. Czy znamy choćby orientacyjną ich liczbę?

Szacuje się, że za granicą jest około 25 tys. lekarzy polskiego pochodzenia. Trudno powiedzieć, czy Polonią medyczną są także ci, którzy wyjeżdżają pracować za granicą w weekendy, przez tydzień, kilka dni w miesiącu, a potem wracają do Polski. Nie wiemy też, jak traktować setki osób, które skończyły uczelnie medyczne w Polsce, a są obywatelami innych krajów, do których po zakończeniu studiów wracają. Granice tradycyjnej Polonii medycznej stają się coraz bardziej zatarte.

Dlaczego polscy lekarze coraz liczniej wyjeżdżają pracować za granicą?

Generalnie, to chyba dwie różne grupy ludzi. Pierwsza to młodzi lekarze po studiach, którzy szukają możliwości

doskonalenia zawodowego. Idą na medycynę, są nastawieni na naukę, służenie pacjentom, zdobywanie kwalifikacji i niestety często nie mają w Polsce tych możliwości, które oferują im kraje zachodnie. Jeśli pojawia się szansa na specjalizowanie się w renomowanej klinice w Londynie czy Paryżu, trudno ją odrzucić.

Druga grupa to lekarze z ugruntowaną pozycją zawodową, ale szukający możliwości podjęcia spokojniejszej pracy i odpowiedniej za nią rekompensaty finansowej. Nawet jeśli wynagrodzenie za granicą jest porównywalne z tym w Polsce, to mają znacznie lepsze warunki pracy, zdecydowanie mniej obowiązków. Nie muszą pracować 20 godzin dziennie.

Młode pokolenie coraz częściej pyta, ile godzin będzie pracować, za jakie pieniądze, jak dużo dostanie urlopu. Jeśli zaproponowane warunki nie są wystraszająco dobre, rezygnują i idą szukać pracy gdzie indziej. To się dzieje właściwie na całym świecie. Młodzi chcą dobrze żyć, być odpowiednio wynagradzani, mieć czas na odpoczynek.

Które specjalizacje są najbardziej atrakcyjne?

W Stanach Zjednoczonych to dermatologia, laryngologia, okulistyka. To wąskie dziedziny, w miarę spokojna praca, o niewielkim ryzyku zgonu pacjenta, bez dramatycznych dyżurów, a dodatkowo odpowiednio rekompensowana finansowo. O miejsca do specjalizowania się w tych dziedzinach ubiegają się najlepsi z najlepszych.

Charakter Kongresu zmienił się. Jaka jest reakcja polskich lekarzy mieszkających za granicą na tę zmianę?

Myślę, że pozytywna, ale to moje subiektywne odczucie. Mam nadzieję, że z nową misją Kongresu, oferującą podejmowanie tematów poruszających problemy jakości leczenia, trafiamy w oczekiwania lekarskiej społeczności. Nie mówimy o tym, co nowego wydarzyło się np. w chirurgii albo ginekologii – te problemy pozostawiamy kongresom specjalistycznym – ale o wycinkach życia medycznego wspólnego dla wszystkich specjalności, o których wspominałem wcześniej. Poruszamy także ekonomiczne aspekty spełniania zawodu. Chcemy też opowiadać o pasjach pozazawodowych lekarzy.

W pewnym sensie Kongres jest też wizytówką polskiej medycyny na zewnątrz. Chcemy przybliżyć polskiemu środowisku naszych mistrzów i najlepszych lekarzy polskiego pochodzenia, którzy osiągają sukcesy za granicą, rozmawiać o naukowcach Polakach, którzy wpływają na medycynę świata.

Jak oceniani są polscy lekarze za granicą?

Mają dobrą renomę. Nie ma powodu do wstydu, jeśli chodzi o nasze wykształcenie.

Ilu członków zrzesza Federacja Polonijnych Organizacji Medycznych, której jest pan prezesem?

To 16 organizacji z 9 krajów: ze Stanów Zjednoczonych, Francji, Niemiec, Szwecji, Litwy, Białorusi, Ukra-

iny, Mołdawii i Gruzji. Trzy kolejne organizacje chcą się do nas przyłączyć.

Pracuje pan jako chirurg w kraju, do którego wielu chciałoby wyjechać. Mógłby pan wieść spokojne, dostatnie życie i nie podejmować takich działań, jak szefowanie FPOM, organizowanie kongresów. Dlaczego pan to robi?

Nigdy nie byłem człowiekiem żyjącym z boku i tylko dla siebie. Myślę, że całe moje życiowe doświadczenie predestynowało mnie do pełnienia tej funkcji. Środowiska polonijne powierzyły mi kierowanie Federacją i reprezentowanie jej działalności. Od wielu lat staram się to robić zgodnie z moją wizją, określoną oczekiwaniami lekarzy Polonusów. Niebawem jednak kończy się moja kadencja jako prezesa i mam nadzieję, że mój następca będzie kontynuował działania, które prowadzimy. Federacja ma wielu mocnych, młodych ludzi i do nich będzie należała jej przyszłość.

Czy młodzi są zainteresowani taką działalnością?

Żyjemy w nowych czasach. Misja Polonii medycznej, która była istotna dwadzieścia kilka lat temu, może się dezaktualizować. Dawniej ludzie chcieli się spotykać, widzieć, odwiedzać. Teraz mogą to robić w sieci, na portalach społecznościowych. Trzeba dostosować nasze działania do tego, co oferuje nowoczesna technologia, ale także do potrzeb młodych ludzi. Nie docieramy też do tysięcy tych, którzy wyjeżdżają do Irlandii czy Anglii na kontrakty. A to również mogą być osoby, którymi winniśmy się zainteresować.

Jak zatrzymać lekarzy w Polsce?

Przez stworzenie możliwości rozwoju zawodowego. Wedle mego rozeznania, brak takiej możliwości to zasadnicza przyczyna wyjazdów. Odpowiednie zarobki gwarantujące życie na podstawowym poziomie podczas robienia specjalizacji to drugi składnik potencjalnych zmian w tym kierunku. Okres specjalizowania się to czas dalszego kształcenia się. I tak jest to traktowane w wielu krajach. Błędem wydaje się oczekiwanie, że dyplom lekarski to natychmiastowa przepustka do pieniędzy.

Jakie wartości łączą wszystkich lekarzy świata?

Nie jest łatwo odpowiedzieć na to pytanie. Na pewno żaden zawód nie daje tego, co może dać medycyna – tego szczęścia, kiedy wraca się do domu i myśli: uratowałeś jeszcze jedno życie. Ta praca daje coś niemierzalnego w żaden sposób. I chociaż mówiliśmy wcześniej, że żyjemy w czasach dehumanizacji medycyny, to jednak pewna jej część zawsze pozostanie „humanistyczną”.

Etyka zawodowa jest na pewno wspólna – nie jest polska, ukraińska, amerykańska. Etyka jest lekarska. Ma różne wymiary w różnych obszarach medycyny, dlatego niełatwo jest ją zdefiniować. Ale lekarze wiedzą, co znaczy postępować etycznie. ■

2-5.06

Odbędzie się w Warszawie IX Kongres Polonii Medycznej i II Światowy Zjazd Lekarzy Polskich. Wszystkich zainteresowanych tym wydarzeniem zapraszamy na www.kongrespoloniimedycznej.org.



reklamie w fartuchu

Katarzyna
Strzałkowska

Samorząd lekarski chce, by Minister Zdrowia zaproponował, a parlament przyjął takie zmiany w prawie, aby produktów żywnościowych i wyrobów medycznych nie mógł reklamować lekarz lub osoba za niego przebrana.

Srodowiska, w którym nie funkcjonuję od lat, wyparłem się, więc na dobrą sprawę niczym nie grozi zrobienie ze mnie czarnej owcy. Generalnie nie przejmuję się tym i traktuję raczej humorystycznie – powiedział w wywiadzie dla jednego z portali medycznych lekarz reklamujący lizaki. Lizaki polecał, siedząc w fartuchu i podpisując się lekarskim tytułem. Oglądali go widzowie w całej Polsce, w tym rodzice dzieci i same dzieci, które widziały, że lizaki poleca pan doktor. Produkt polecany przez ten reklamowy spot jest dostępny w ponad czterdziestu sklepach internetowych, o aptekach stacjonarnych nie wspominając. Do czego firmie potrzebny był lekarz?

Zdaniem Naczelnej Rady Lekarskiej oczywistym powodem wykorzystywania lekarzy lub osób przebranych za lekarzy w reklamach żywności jest tworzenie u potencjalnego odbiorcy reklamy wrażenia, iż reklamowany produkt ma właściwości lecznicze. Podobne zdanie wyraża samorząd aptekarski. List w sprawie sugerowania właściwości produktu leczniczego w reklamach wystosowała do Głównego Inspektora Sanitarnego Prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej. Dotyczy on producentów suplementów diety.

Naczelna Rada Lekarska kładzie nacisk na wykorzystanie w reklamach wizerunku osób posiadających wykształcenie medyczne lub farmaceutyczne, lub odwoływaniu się do osób sugerujących posiadanie takiego wykształcenia, lub odwoływaniu się do zaleceń takich osób. W ocenie samorządu lekarskiego wykorzystywanie tych osób do reklamowania produktów żywnościowych i wyrobów medycznych jest działaniem wprowadzającym konsumentów w błąd i niezgodnym z przepisami Parlamentu Europejskiego i Rady. W polskim prawie – jak wskazuje NRL – również nie jest dozwolone przypisywanie żywności nie będącej produktem leczniczym właściwości produktu leczniczego. Nadmienić też należy, że według prawa farmaceutycznego obowiązującego w Polsce reklama produktu leczniczego kierowana do publicznej wiadomości nie może polegać na prezentowaniu produktu leczniczego przez lekarzy, farmaceutów lub osób sugerujących posiadanie takiego wykształcenia.

O tym, że lekarze nie powinni wyrażać zgody na używanie swego nazwiska i wizerunku dla

celów komercyjnych, mówi art. 63 Kodeksu Etyki Lekarskiej. Sprawy przeciwko lekarzom toczą się przed rzecznikami odpowiedzialności zawodowej, a następnie przed sądami lekarskimi. W ostatnich dwóch latach zapadło już kilkanaście orzeczeń kar dla lekarzy z tego tytułu. Ale to nie przeszkadza, by producenci lizaków i suplementów diety zachęcali ich do współpracy. W 2014 r. przedstawiciele Naczelnej Izby Lekarskiej napisali do jednego z producentów, przypominając zapisy prawa farmaceutycznego i KEL. Producent zapewnił, że firma nie prowadzi reklamy jakiegokolwiek produktu leczniczego, która polegałaby na prezentowaniu leku przez osobę posiadającą wykształcenie medyczne lub farmaceutyczne. Problem w tym, że np. lizak to nie lek.

Kodeks Etyki Reklamy mówi, że reklama nie może nadużywać zaufania odbiorcy ani też wykorzystywać jego braku doświadczenia lub wiedzy. Ponadto nie może wprowadzać w błąd jej odbiorców. Te normy kodeksowe naruszała reklama syropu zachwalanego przez aktorkę w fartuchu lekarskim, co orzekła Komisja Etyki Reklamy przy Radzie Etyki Mediów. Skarżący napisał: „Uważam, iż jest to wprowadzanie widza w błąd, nie można sugerować, iż osoba występująca w reklamie wykonuje inny zawód (choć to przecież nie jest niemożliwe), jednak podpisywanie jej innym imieniem i nazwiskiem jest poważnym wprowadzaniem w błąd, wręcz oszustwem”.

Wiadomo już, że Minister Zdrowia widzi konieczność wprowadzenia zmian dążących do wprowadzenia pełnej przejrzystości reklam, aby nie wprowadzały one konsumentów w błąd. Zdecydował o powołaniu zespołu, w skład którego mają wejść m.in. przedstawiciele izb lekarskiej i aptekarskiej.

Gdyby Minister Zdrowia i parlament przychylił się do apelu Naczelnej Rady Lekarskiej, nie zobaczylibyśmy w reklamie ani lekarza, ani farmaceuty, ani przebranego za nich aktora. To przyczyniłoby się do wyeliminowania zjawiska, które zdaniem NRL – negatywnie wpływa zarówno na zdrowie publiczne w naszym kraju, jak również szkodzi wizerunkowi zawodowemu osób wykonujących zawody lekarza, lekarza dentystry czy farmaceuty. ■



**Jolanta
Małmyga**

Wiceprezes ORL
w Gorzowie Wlkp.

Szanujmy prawo

*Dopóki wiara kwitła, szanowano prawa,
Była wolność z porządkiem i z dostatkiem sława!*

Adam Mickiewicz

le jeszcze jest w nas wiara i chęci do pracy we wspólnym samorządzie i czy potrafimy szanować to, co sami tworzyliśmy i ustanawialiśmy? Zadaję to pytanie zarówno sobie, jak i wszystkim delegatom na Krajowy Zjazd Lekarzy.

Ponad ćwierć wieku temu w odrodzonym samorządzie współtworzyliśmy zasady jego działania, poprawialiśmy je i dostosowaliśmy do aktualnej rzeczywistości, a najważniejsze było to, że szanowaliśmy siebie wzajemnie i zasady, które sami stanowiliśmy. Wierzyliśmy w słuszość naszych racji i w potrzebę zgodnego działania dla dobra obu zrzeszonych w samorządzie zawodów: lekarzy i lekarzy dentystów. Rozpierała nas radość i chęć do pracy, razem cieszyliśmy się z osiągniętych sukcesów. Nie wszystko od nas zależało, dlatego niektórych rzeczy nie udało się osiągnąć zgodnie z naszymi życzeniami, jednak cierpliwie zabiegaliśmy o poprawę warunków pracy lekarzy i lekarzy dentystów, jak również o lepsze płace i możliwość kształcenia zgodną ze współczesnymi osiągnięciami nauki.

Zmieniały się rządy w Polsce, a ich polityka niejednokrotnie stała w kontrze do naszych działań. Zawsze jednak potrafiliśmy działać wspólnie i zjednoczyć siły do dalszej walki – nie boję się użyć tego słowa, gdyż naprawdę była to twarda walka na słowa i argumenty, które naszym zdaniem należało pokazać rządzącym dla dobra ogólnego – dla nas lekarzy, ale przede wszystkim naszych pacjentów.

Życie ostatnio bardzo przyspiesza, na wiele spraw brakuje czasu, a najbardziej na rzetelne i spokojne rozmowy. Jesteśmy różni i różnorodni, ale stworzeni po to, by czynić dobro. Wykonywanie zawodu lekarza i lekarza dentysty w szczególny sposób zobowiązuje ludzi do czynienia dobra z poszanowaniem i przestrzeganiem prawa. Wbrew wszelkim zawirowaniom politycznym zawsze razem zabiegaliśmy, aby tak było. Hasło „w jedności siła” było i nadal jest aktualne, o czym wielokrotnie mogliśmy się przekonać. Dlatego dziwi mnie, że jak bumerang powraca kwestia wydzielenia lekarzy dentystów ze struktur wspólnego samorządu.

Samorząd lekarski zrzesza lekarzy i lekarzy dentystów różnych specjalności, prezesami izb okręgowych byli i nadal są również lekarze dentyści, jesteśmy równorzędnymi partnerami w strukturach naszej korporacji zawodowej. Różnimy się zakresem wykonywanych procedur medycznych, ale nikt nie próbuje tworzyć oddzielnych samorządów dla chirurgów, internistów czy pediatrów. Moim zdaniem, próba tworzenia samorządu lekarzy dentystów nie jest właściwą drogą i dzieli środowisko ze szkodą dla niego. Czy taki samorząd może być dla kogokolwiek z rządzących godnym partnerem do współpracy? To, że jesteśmy razem, daje nam siłę i nie pozwala lekceważyć starań o godne wykonywanie naszego zawodu. Rząd nie ma dostatecznych środków na zaspokojenie potrzeb zdrowotnych społeczeństwa i dlatego potrzeby w zakresie zdrowia jamy ustnej są marginalizowane, a ilość środków przeznaczona na leczenie stomatologiczne ciągle ulega zmniejszeniu, ale to nie wina samorządu, lecz polityki zdrowotnej państwa. Znaczenie zdrowia jamy ustnej dostrzegły wcześniej organizacje międzynarodowe, dlatego ten rok ogłoszono rokiem zdrowia jamy ustnej. Postęp w leczeniu stomatologicznym i wkład pracy polskich stomatologów wpłynął na decyzję zorganizowania po raz pierwszy w Polsce międzynarodowej konferencji FDI. To wielkie wyróżnienie, z którego powinniśmy się cieszyć, gdyż doceniono zarówno osiągnięcia naukowe polskich stomatologów, jak i wkład pracy przedstawicieli naszego samorządu lekarskiego.

Nigdy też nie było tak, że artykułowanie potrzeb lekarzy dentystów było torpedowane przez lekarzy, wręcz przeciwnie – zawsze mogliśmy liczyć na pomoc i wsparcie wszystkich członków naszej korporacji zawodowej. Nadzwyczajny Krajowy Zjazd odbędzie się w maju, a maj jest piękny i zielony, to również miesiąc miłości, dla młodych ludzi zdających matury czas na podjęcie ważnych decyzji na przyszłość. Niech dobre emocje i sprzyjająca aura pomogą w podjęciu trafnych decyzji również podczas zjazdu.

Życzę pomyślnych obrad. ■



**Marek
Szewczyński**

Radca prawny
Naczelnej Izby
Lekarskiej

Kiedy brak regulacji – odpowiada lekarz

Współpraca lekarzy dentyistów z asystentkami oraz higienistkami stomatologicznymi. Wybrane aspekty prawne.

Wostatnim czasie na łamach „Gazety Lekarskiej”, jak również innych wydawnictw poświęconych zagadnieniom związanym z ochroną zdrowia, publikowane były opracowania dotyczące różnych aspektów wykonywania stomatologicznych zawodów pomocniczych oraz współpracy lekarzy dentyistów z pozostałymi członkami tzw. zespołu stomatologicznego, w szczególności asystentek i higienistek stomatologicznych oraz osób pracujących jako tzw. pomoc dentyistyczna.

Wskazywano m.in., że w państwach europejskich występują spore różnice w zakresie usytuowania i roli tych zawodów w systemie opieki stomatologicznej oraz – co chyba najbardziej istotne – ich uprawnień zawodowych i zasad współpracy z lekarzem dentyistą. Co ciekawe, są państwa, w których w ogóle takie zawody nie występują.

Oto podsumowanie niektórych zagadnień związanych z tą tematyką z punktu widzenia obowiązujących w Polsce przepisów prawnych.

Uprawnienia do wykonywania zawodu

Obowiązujące w Polsce przepisy prawne nie wymagają aktualnie posiadania formalnych uprawnień do wykonywania omawianych zawodów – asystentki oraz higienistki stomatologiczne nie występują o przyznanie prawa wykonywania zawodu, nie muszą też być zarejestrowane przez żadną organizację zawodową.

Co prawda, konieczność uzyskania prawa wykonywania tych zawodów poprzez wpis do rejestru prowadzonego przez Ministra Zdrowia miała zostać wprowadzona w ramach ustawy o niektórych zawodach medycznych, nad którą prowadzone były przez kilka lat prace legislacyjne, jednakże zostały one w roku 2011 wstrzymane i dotychczas ich nie wznowiono. Projekt tej ustawy przewidywał m.in. podleganie przez osoby wykonujące zawody asystentki oraz higienistki odpowiedzialności zawodowej, a także odpowiedzialność karną zarówno wobec osób wykonujących te zawody bez uprawnień, jak też wobec tych, którzy takie osoby bez uprawnień zatrudniają (kierownik podmiotu leczniczego, lekarz prowadzący praktykę).

Brak obowiązku posiadania uprawnienia zawodowego dotyczy także tzw. pomocy dentyistycznych, pod którym to pojęciem rozumie się osoby bez formalnych kwalifikacji zawodowych, które pomagają lekarzowi dentyście, wykonując pracę na podstawie nabytego doświadczenia zawodowego. Ich zatrudnianie i odpowiedzialność za ich pracę spoczywa na lekarzu dentyście prowadzącym praktykę lub na podmiocie leczniczym¹. Osoby takie nie powinny jednak posługiwać się tytułem zawodowym asystentki albo higienistki, ponieważ nie

ukończyły formalnego kształcenia zawodowego i nie uzyskały odpowiedniego dyplomu.

Uzupełniając powyższe uwagi, warto wspomnieć, że w 2014 r. Minister Edukacji Narodowej, na wniosek Ministra Zdrowia, uznał, że należy zakończyć w Polsce dalsze prowadzenie kształcenia w zawodzie asystentki stomatologicznej i postanowił, iż na rok szkolny 2016/2017 nie będzie się już prowadzić rekrutacji, a kształcenie w tym zawodzie będzie prowadzone do zakończenia rozpoczętego już cyklu kształcenia. Ministerstwo Zdrowia argumentowało tę decyzję tym, że wśród zawodów medycznych istnieje zawód higienistki stomatologicznej, którego zakres uprawnień zawodowych jest szerszy niż asystentki stomatologicznej, a ponadto istnieje stanowisko pomocy dentyistycznej.

Lekarze dentyści w większości – choć pojawiały się na ten temat różne głosy – byli przeciwni takiemu rozwiązaniu i apelowali do władz o zmianę decyzji. Obecnie wydaje się, że jest to możliwe – Ministerstwo Zdrowia poinformowało samorząd lekarski o możliwości uchylenia przepisów zakładających likwidację szkolenia w zawodzie asystentki, do czego samorząd się przychylił.

Zakres uprawnień zawodowych

Konsekwencją wspomnianego powyżej braku regulacji prawnych odnośnie wymogów i zasad wykonywania zawodów asystentki albo higienistki stomatologicznej jest to, że polskie prawo nie reguluje bezpośrednio zakresu uprawnień zawodowych tych osób. Jednakże można to ustalić w oparciu o przepisy określające podstawę programową kształcenia w tych zawodach, która uwzględnia cele, zadania i efekty kształcenia zawodowego oraz wskazuje, do czego absolwent powinien być przygotowany².

Zadania zawodowe, do których przygotowuje kształcenie w zawodach asystentki i higienistki stomatologicznej, są przede wszystkim zadaniami o charakterze pomocniczym (stąd używane często pojęcie tzw. zawodów pomocniczych w stomatologii), wykonywanymi w ramach udzielania świadczeń stomatologicznych przez uprawnionych do tego lekarzy dentyistów (asystowanie lekarzowi podczas zabiegów, przygotowywanie i konserwowanie sprzętu oraz materiałów stomatologicznych) bądź mającymi na celu organizację pracy lekarza dentyisty (przygotowywanie gabinetu, wykonywanie czynności administracyjnych).

Uprawnienia higienistek stomatologicznych są przy tym nieco szersze i obejmują wykonywanie wstępnych badań stomatologicznych i zabiegów profilaktyczno-leczniczych, a także prowadzenie stomatologicznej edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.

Należy jednak pamiętać, że przepisy wyraźnie wskazują, iż higienistki wykonują określone badania i zabiegi wyłącznie na zlecenie lekarza dentysty i pod jego nadzorem. Uważam, że wykonywanie tego nadzoru przez lekarza powinno polegać na jego obecności w miejscu, w którym badanie bądź zabieg jest wykonywany. Lekarz dentysta, który zleca higienistce wykonanie danego badania czy zabiegu, powinien być przy jego wykonywaniu bezpośrednio obecny, ponieważ to lekarz odpowiada wobec pacjenta za prawidłowość udzielanych mu świadczeń. Niestosowanie się do tego należy uznać za działanie niewłaściwe, mogące prowadzić do odpowiedzialności zawodowej lub cywilnej.

Za błędne należy także uznać powierzanie asystentkom bądź higienistkom wykonywania rentgenowskich badań stomatologicznych, podczas gdy obowiązujące przepisy uprawniają do tego jedynie techników elektroradiologii, lekarzy dentystów oraz lekarzy określonych specjalności i to pod warunkiem okresowego odbywania szkolenia w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta, zakończonego zdaniem egzaminu i uzyskaniem certyfikatu, który jest ważny przez okres 5 lat. Wykonywanie zdjęć rentgenowskich przez inne osoby jest wobec tego naruszeniem przepisów i samo w sobie (tj. nawet zakładając, że wszystko odbyło się prawidłowo) może skutkować odpowiedzialnością wobec pacjenta, a także konsekwencjami ze strony inspekcji sanitarnej sprawującej w tym zakresie nadzór.

Formy prawne wykonywania zawodu

Asystentki oraz higienistki mogą świadczyć pracę w różnych formach prawnych: może to być w ramach klasycznego stosunku pracy z podmiotem leczniczym lub lekarzem prowadzącym praktykę, w ramach umowy cywilnoprawnej o charakterze umowy-zlecenia (tzw. działalność wykonywana osobiście), może to też polegać na pracy w ramach prowadzonej przez siebie jednoosobowej działalności gospodarczej, tj. jako odrębny podmiot gospodarczy zawierający umowę z praktyką lekarską albo podmiotem leczniczym. Jest to możliwe po zarejestrowaniu własnej działalności gospodarczej, gdy obie strony uznają, że taka forma współpracy jest bardziej korzystna z organizacyjnego bądź finansowego punktu widzenia (w szczególności chodzi o odmienny sposób rozliczania podatków oraz składek na ubezpieczenia społeczne).

Pojawia się czasem pytanie (choćby w odniesieniu do sytuacji istniejącej w niektórych innych państwach europejskich), czy osoby wykonujące zawód asystentki albo higienistki stomatologicznej mogą wykonywać swą działalność zawodową poprzez prowadzenie własnego gabinetu, w ramach którego świadczyłyby na własny rachunek określone usługi pacjentom. W mojej ocenie zarówno z punktu widzenia omówionych wyżej uprawnień zawodowych, jak też warunków prawnych prowadzenia działalności leczniczej, czyli udzielania świadczeń zdrowotnych, nie jest to w Polsce możliwe. ■

¹ W przeszłości rozważano ograniczenia co do zatrudniania pomocy dentystycznych w zakresie kontraktowania świadczeń z NFZ – niektóre projekty zawierały propozycję, aby jako personel pomocniczy świadczeniodawca ubiegający się o kontrakt z NFZ mógł wykazywać jedynie osoby z dyplomem asystentki lub higienistki. Jednak zmian takich ostatecznie nie wprowadzono.

² Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 lutego 2012 r. w sprawie podstawy programowej kształcenia w zawodach (Dz. U. z 2012 r. poz. 184).

Niepełnosprawni u stomatologa

Lucyna
Krysiak

Niepełnosprawni mają ustawowo zapewnioną bezpłatną opiekę stomatologiczną. W praktyce jednak wielu z nich jest jej pozbawionych, ponieważ w Polsce brakuje miejsc odpowiednio przygotowanych do leczenia takich osób.

Współczesna stomatologia to nowoczesne gabinety, metody leczenia zachowawczego, implantowania, medycyna estetyczna potrafiąca zdziałać cuda. Jest jednak druga, ciemna strona, po której są pacjenci niepełnosprawni z zapaleniem miazgi, tkanek okołowierzchołkowych, zmienionym zapaleniem przyzębiam, zgorzelą, próchnicą. Jak to możliwe? Przecież ustawowo mają zagwarantowaną bezpłatną opiekę stomatologiczną. Leczenie takich osób wymaga jednak szczególnego postępowania. Najczęściej znieczulenia ogólnego, a poza szpitalem miejsc, gdzie można je przeprowadzić, jest jak na lekarstwo. Także kontrakty z NFZ na tego rodzaju usługi są niewystarczające. W lutym tego roku Komisja Stomatologiczna Naczelnej Rady Lekarskiej wystosowała apel do NRL z prośbą o podjęcie działań w Ministerstwie Zdrowia w sprawie poprawy opieki stomatologicznej nad osobami niepełnosprawnymi. W apelu tym wskazano, że problem jest wielopłaszczyznowy, gdyż dotyczy różnych form niepełnosprawności (ruchowej i umysłowej), osób z różnym stopniem upośledzenia i w różnym wieku.

We własnym zakresie

Z badań wynika, że dostępność do usług stomatologicznych osób niepełnosprawnych jest bardzo słaba. Nie istnieje profilaktyka prowadzona w tej grupie pacjentów, nie ma też jasno określonych kryteriów kwalifikowania ich do zabiegów w znieczuleniu. Zdaniem członków KS NRL dzieje się tak, ponieważ w Polsce nie opracowano dotąd jednolitego i kompleksowego modelu opieki dentystycznej nad osobami niepełnosprawnymi, który uwzględniałby zarówno rodzaj, jak i stopień niepełnosprawności oraz wiek pacjenta. Większość województw organizuje więc taką opiekę we własnym zakresie. Kontrakty z NFZ na świadczenie tego rodzaju usług najczęściej podpisują szpitale, które jako podwykonawców zatrudniają chirurgów stomatologicznych. Niewiele gabinetów jest w stanie spełnić wymagania nałożone przez fundusz i prowadzić takie leczenie ambulatoryjnie. Dotyczą one organizacji pracy, zaplecza anestezjologicznego, możliwości wykonania

niezbędnych badań poprzedzających zabieg w znieczuleniu ogólnym oraz udzielenia pomocy w razie komplikacji.

W Olsztynie zajmuje się tym Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy. Teresa Wiażel, stomatolog z 38-letnim doświadczeniem w leczeniu zębów u niepełnosprawnych dzieci, ma w szpitalnym SOR wydzielony gabinet, gdzie może je przyjmować. – To specyficzni pacjenci, panicznie boją się jakichkolwiek czynności przeprowadzanych w jamie ustnej, często reagują agresją, część z nich można jednak oswoić, wówczas udaje się uniknąć znieczulenia ogólnego, a nawet wprowadzić elementy profilaktyki – tłumaczy doktor Wiażel.

Jednak tylko niewielki odsetek niepełnosprawnych dzieci poddaje się bez oporów systematycznemu leczeniu. Reszta wymaga zabiegów w znieczuleniu ogólnym w szpitalu lub intubacji dotchawiczej. W Zielonej Górze Danuta Sorochan-Olszak od 4 lat leczy niepełnosprawnych w swojej prywatnej praktyce lekarskiej. Jest tam sala operacyjna, dwóch stomatologów, anestezjolog, słowem wszystko, czego potrzeba. W 2012 r. miała 36 pacjentów, obecnie jest ich ponad 300. – Higiena jamy ustnej u niepełnosprawnych dzieci nie jest jeszcze tak tragiczna, ale u dorosłych jest katastrofalna. Są oni często pozostawieni samym sobie – ubolewa doktor Sorochan-Olszak.

W Opolu kontrakt na leczenie stomatologiczne niepełnosprawnych ma Centrum Implantologii i Stomatologii Estetycznej „Panaceum”. Jak w Olsztynie i Zielonej Górze, jest to jedyna taka placówka w mieście. Agnieszka Kania, chirurg stomatologiczny, mówi, że to za mało. – Potrzeby są ogromne, a kontrakt pozwala na przyjęcie zaledwie 10 pacjentów miesięcznie – tłumaczy.

Potrzeba regulacji prawnych

Niepełnosprawność dotyczy 10 proc. społeczeństwa, choć wydawałoby się, że to niewiele, w liczbach to kilka milionów Polaków, a doliczając do tej grupy dzieci autystyczne i osoby z zespołem Aspergera, które najczęściej także wymagają leczenia w znieczuleniu ogólnym, jest ich jeszcze więcej.

Stomatolodzy, którzy leczą niepełnosprawnych w ramach NFZ, są zgodni, że kontrakt

jest za mały, środków wystarcza zaledwie na 3-4 miesiące, wielu pacjentów jest więc odsyłanych do kolejki na październik, listopad, grudzień. Anita Pacholec, przewodnicząca Zespołu ds. NFZ Komisji Stomatologicznej NRL, uważa, że na niedostateczną opiekę stomatologiczną osób niepełnosprawnych rzutują wieloletnie zaniedbana w tym zakresie. Przez lata niepełnosprawni byli pacjentami tzw. gorszej kategorii. Jako jedna z inicjatorów wystosowania apelu do Ministra Zdrowia w tej sprawie jest zdania, że istnieje pilna potrzeba opracowania takiego modelu opieki stomatologicznej nad niepełnosprawnymi pacjentami, który będzie uwzględniał wszystkie jej aspekty, a przede wszystkim zapewni takim pacjentom równy dostęp do należytej jakości świadczeń dentystycznych. – Problem leczenia stomatologicznego niepełnosprawnych trwa w zawieszeniu od lat. Od dobrej woli i zaangażowania lekarzy, czasem urzędników zależy, jak zostaje rozwiązany – przekonuje doktor Pacholec. Mając na uwadze te ograniczenia, stomatolodzy podczas jednej wizyty starają się wyleczyć wszystkie zęby. Są to jednak karkołomne wysiłki. – O ile osobę niepełnosprawną umyslowo można doprowadzić do gabinetu dentystycznego, w przypadku niepełnosprawnych ruchowo, przykutych do łóżek jest to niemożliwe, powinni oni mieć prawo do nieodpłatnego transportu do ośrodków, gdzie uzyskaliby fachową pomoc – podkreśla doktor Pacholec.

W systemowych i kompleksowych uregulowaniach członkowie KS NRL widzą też nadzieję na prowadzenie profilaktyki w grupie osób niepełnosprawnych. Liczą, że powstanie program edukacyjny skierowany do lekarzy zajmujących się osobami niepełnosprawnymi i opiekunów, a więc rodziców i personelu domów pomocy społecznej. Powinien być także opracowany sposób monitorowania placówek działających na terenie całego kraju, które świadczą gwarantowane usługi stomatologiczne niepełnosprawnym.

Nie ma prostych recept

Agnieszka Ruchała-Tyszler, wiceprezes NRL i przewodnicząca Komisji Stomatologicznej, uważa, że na pokonanie tych trudności nie ma prostych recept. – Konieczny jest konglomerat działań, prowadzonych równolegle, dotyczących zarówno samego leczenia niepełnosprawnych, jak i zasad kwalifikacji ich do zabiegów w znieczuleniu miejscowym i ogólnym w warunkach ambulatoryjnych, a to wymaga zapewnienia odpowiedniego wyposażenia gabinetu oraz zaangażowania grupy specjalistów – podkreśla prezes Ruchała-Tyszler. Zaznacza, że trzeba zwiększyć nakłady na stomatologię niepełnosprawnych, ponieważ obecne są niedoszacowane. W kontraktach na leczenie niepełnosprawnych nie ma czytelnego rozgraniczenia na ►

niepełnosprawność umysłową i fizyczną, a także uwzględnienia występowania u niektórych pacjentów jednej i drugiej postaci, a od właściwie rozpoznanego i określonego rodzaju oraz stopnia niepełnosprawności zależy sposób kwalifikacji pacjenta do zabiegu. W przypadku osób z niepełnosprawnością ruchową są to bariery natury fizycznej. U niepełnosprawnych umysłowo pojawiają się one już na poziomie komunikacji. Często jest to całkowity brak możliwości nawiązania kontaktu z chorym. – U niepełnosprawnych zarówno umysłowo, jak i fizycznie występuje szereg przewlekłych chorób układowych i usuwanie ognisk zakażenia, których najczęstszym umiejscowieniem jest właśnie jama ustna, powinno być priorytetem. Nie ma powiązania pomiędzy opieką stomatologiczną i pediatryczną już od najwcześniejszego okresu życia. Pozwoliłoby to uniknąć sytuacji, kiedy pierwszy kontakt z lekarzem dentystą następuje już w stanie krytycznym. Niezbędne jest prowadzenie działalności oświatowo-zdrowotnej wśród rodziców, opiekunów, nauczycieli, i to od najmłodszych lat, oczywiście przy współpracy lekarzy pediatrów, stomatologów, rehabilitantów, wychowawców. Zatem wypracowanie i objęcie takich pacjentów specjalnymi programami, również profilaktyki jamy ustnej, może znacząco

poprawić ich ogólny stan zdrowia i jakość życia – tłumaczy Agnieszka Ruchała-Tyszler.

Dodatkowe trudności powoduje specyfika niektórych schorzeń związanych z niepełnosprawnością. Na przykład pacjenci z zespołem Downa mają wąskie drogi oddechowe, duży język, refluks, wady wrodzone serca. W mózgowym porażeniu dziecięcym mają mikrosomię czy zaburzenia padaczkowe. Ponieważ zabiegi przeprowadzane są w obrębie górnych dróg oddechowych, u osób niepełnosprawnych wzrasta ryzyko aspiracji krwi, setonów, gazików lub materiałów stomatologicznych do krtani, tchawicy, oskrzeli. U pacjenta znieczulonego może dojść do niedrożności dróg oddechowych, niedotlenienia, a nawet zgonu. Aby uniknąć tych powikłań, konieczne jest zastosowanie w czasie wszystkich zabiegów intubacji dotchawiczej.

Zarówno dzieci, jak i dorosłe osoby niepełnosprawne stanowią więc wyjątkową grupę pacjentów, wymagającą zawsze specjalnego traktowania i bardziej indywidualnego podejścia niż w przypadku pacjentów zdrowych. Oczekują od lekarza dentysty i całego personelu empatii, cierpliwości oraz poświęcenia wystarczającej ilości czasu, ale za tą empatią muszą iść zmiany organizacyjne tego rodzaju leczenia i uregulowania prawne. ■

Promujemy uśmiech

Rozmowa z prezesem Naczelnej Rady Lekarskiej, **Maciejem Hamankiewiczem**, na temat Kongresu FDI 2016.



FOTO: Archiwum prywatne

W marcu minęły dokładnie trzy lata od opublikowania informacji FDI dla różnych krajów o możliwości złożenia wniosku na organizowanie Światowego Kongresu FDI. Przyznano ją Polsce.

Bardzo się cieszę, że Polska ubiegała się o to i że została wybrana na organizatora tego ważnego wydarzenia. Z dumą przyjąłem też informację od poprzedniej prezydent FDI, T.C. Wong, że Zarząd FDI przyznał Polsce organizację jednogłośnie.

Komu zawdzięczamy ten sukces?

To sukces środowiska stomatologicznego, a z punktu widzenia instytucji to sukces Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego i Naczelnej Izby Lekarskiej, które już dawno zawiązały Polski Komitet Narodowy stanowiący wspólną reprezentację polskich stomatologów w strukturach FDI. Utworzyliśmy go z powodu obowiązującej zasady, że poszczególne państwa reprezentowane są w FDI przez jedną krajową organizację lekarzy dentyistów.

Osoby pracujące przy organizacji Kongresu Poznań 2016 to lekarze dentyści działający w FDI, w izbach lekarskich i w towarzystwach stomatologicznych. Między nimi widać dobrą współpracę dla wspólnego celu.

Czy NIL wspiera Kongres również finansowo?

NIL udzielił PTS pożyczki na opłatę franczyzy na takich samych zasadach, jak udziela różnych pożyczek okręgowym izbom lekarskim. Wspieramy tę inicjatywę, bo zdajemy sobie sprawę, że udany Kongres to wspaniały element wizerunkowy dla całego samorządu lekarskiego,

a przecież wszyscy jesteśmy zrzeszeni w jednym samorządzie. Także dla Polski.

Jak jeszcze samorząd promuje Kongres?

Na stronie internetowej NIL została utworzona specjalna zakładka, gdzie na bieżąco zamieszczane są informacje o Kongresie, na przykład o tym, że jest już pełen program tego wydarzenia. W siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej dostępne są bieżące numery magazynu „See You in Poznań”, wydawane w języku polskim, a zawierające m.in. wypowiedzi prof. Bartłomieja Lostera – przewodniczącego Kongresu i prezydenta PTS, prof. Honoraty Shaw – głównego Koordynatora Kongresu i wiceprezydenta PTS, Anny Lelli – przedstawiciela Komitetu Organizacyjnego, prezydenta-elekt ERO-FDI, prof. Marzeny Dominiak – przewodniczącej Komitetu Naukowego oraz jego przedstawicieli: prof. Haliny Borgiel-Marek, prof. Marka Ziętka, dra Macieja Żarowa i innych.

Nie wymienił pan prezydenta FDI i siebie...

Bo wraz z doktorem Patrickiem Hescotem, prezydentem Światowej Federacji Dentystrycznej, promujemy Kongres nie tylko w magazynie, ale również na specjalnie zrobionym w tym celu wspólnym zdjęciu podczas wizyty prezydenta FDI w Naczelnej Izbie Lekarskiej. Przekazuję je do opublikowania przy tym wywiadzie. Wymieniliśmy wiele uśmiechów.

Bo uśmiech jest najważniejszy?

Dla środowiska stomatologicznego na pewno tak. Ja chciałbym, aby najważniejszy był dla wszystkich. ■

(oprac. KS)

* „Gazeta Lekarska”
jest patronem
medialnym tego
wydarzenia

Razem czy osobno – polemika

**Andrzej
Cisło**

Lekarz dentysta,
członek Komisji
Stomatologicznej
NRL

Dr Wojciech Grabe jest osobą zasłużoną dla samorządu, co jednak nie zwalnia samego autora z obowiązku rzetelnego poparcia stawianych tez. Odnoszę wrażenie, że powodem większości jego sądów może być znajomość realiów pracy Komisji Stomatologicznej NRL w ostatnich przynajmniej ośmiu latach jedynie z relacji osób trzecich.

Pośród wielu niedomówień i niedopowiedzeń wyłania się obraz zatroskania widmem rozpadu wspólnej korporacji, bo autor już widocznie wie, że odrębność wyborcza skończy się rozwozem. Ja na przykład tego nie wiem, widząc właśnie w „projekcie Autonomia” wręcz przeciwnie – ostatnią szansę zachowania wspólnej struktury.

Zacznę od przykrej konstatacji, że o poważnych sprawach, w ustawowym organie poważnej korporacji mówi się, stosując schemat i dramaturgię typowej propagandy. Mamy więc wiedzionych własnymi ambicjami „autonomistów” (nielicznych rzecz jasna) oraz kilkudziesięcioro zbłąkanych i wykorzystywanych w swej łatwowierności.

W misternie skonstruowanej propagandzie musi pojawić się też zagrożenie, stąd w tekście widmo wyręczenia izb przez urzędy gminne. Co ma do tego odrębność wyborcza? Autor nie wyjaśnia.

Całość dopełnia sugestia działania „autonomistów” w partykularnym interesie. Nie wiem, skąd Szanowny Kolega to wywiódł, ale to wszystko po prostu przykro się czyta. Jeżeli stan dotychczasowy musi być w takim stylu broniący, to najwidoczniej istotnie wymaga zmiany. Znamienne jest to, że o rozdziale izb jako o efekcie autonomii wyborczej mówią tylko jej przeciwnicy. Może są przekonani, że to nieuchronna konsekwencja. Tylko to oznacza, że nie wierzą w partnerską relację obu zawodów. Dominuje najwyraźniej strach, że upodmiotowienie stomatologów będzie jak „przejrzanie na oczy” i wygeneruje wniosek o rozdział. Państwo Adwersarze – to co z tym partnerstwem? Wierzyacie w nie czy nie?

Kwestia autonomii stomatologów ciągnie się za nami od 14 lat. W 2004 r. stomatolodzy stali się odrębnym zawodem zaufania publicznego, a w nowej ustawie nie ma po tym śladu. Warto sięgnąć do słownika i zobaczyć, co oznacza samorząd i wszystko staje się jasne. Problem leży więc w ustawowym fundamencie, w jego niekonsekwentnej konstrukcji. Ot, prosta prawda – na kiepskim fundamencie nic trwałego się nie postawi.

W obecnie toczonych dyskusjach nie pada jednak szerzej postulat rozdziału. Choć odrębna izba

wyda się rozwiązaniem konstytucyjnie właściwszym, to deklaracje tak znacznej grupy delegatów przeciw rozdziałowi powodują, że nawet jeśli proces ten kiedyś nastąpi, to winien być ewolucyjny. Ale bezwzględnie (i co do tego ukształtowała się większość) aktualne jest żądanie upodmiotowienia lekarzy dentystów poprzez likwidację fikcji ich wewnętrznej samorządności.

Od czasu reaktywacji izb oba nasze zawody pod względem modelu ich wykonywania, kształcenia, struktury rynku ewoluowały w zupełnie różnych kierunkach. Świadomość wspólnej przeszłości, wspólne zasady deontologiczne i zainteresowanie tym samym podmiotem misji, jakim jest pacjent, budują rzecz jasna platformę porozumienia i wspólnoty. Jest ona jednak zbyt wąska, aby mogła stanowić podstawę wykonywania zadań samorządowych w tak zunifikowanej formie.

Czy w dzisiejszym świecie trzeba dowodu na konieczność legitymizacji osób wykonujących zadania w imieniu danej grupy przez tę właśnie grupę? Albo, że o obsadzie managementu winny decydować osoby ponoszące na własnej skórze skutki dobrego lub złego zarządu przez to kierownictwo wykonywanego? Czy naprawdę uważamy, że jeśli przy obsadzie stanowisk dedykowanych stomatologom 80 proc. elektorów nie wykonuje tego zawodu – to jest OK? Czy to są jasne i czytelne kryteria wyboru? To właśnie konserwowanie takich niejasnych mechanizmów wyborczych i decyzyjnych bywa nader często ochroną partykularnych interesów wewnątrz mniejszościowej grupy. A kiedy pojawia się protest przeciw takiemu stanowi rzeczy, to tłumaczony jest (jak przez dra Grabe) względami ambicjonalnymi.

Przed polską Stomatologią poważne wyzwania. Spór jest wpisany w naturę demokracji. Wedle jej reguł naturalny spór, jaki musimy toczyć o drogi rozwoju naszej Matki Żywicielki musimy rozstrzygnąć sami. Jedynie z faktu, że decyzje podejmowane będą przez prawidłowo od dołu do góry umocowane gremia stomatologiczne płynąć będzie świadomość optymalnie obranej drogi.

Publikacja dra Grabe zmusza do riposty, która z przyczyn redakcyjnych musi być niezmiernie skrócona. ■

Tekst dra Wojciecha
Grabe w dziale
Samorząd
na www.gazetalekarska.pl,
a polemika
dra Andrzeja Cisła
na www.wildent.org.pl/
polemika.

Aktualności



Jacek
Bajak

Dyrektor Biura
Odszkodowań,
TU INTER Polska S.A.

Związek przyczynowo- -skutkowy w sprawach o błąd medyczny

Pan Aleksander, 63-letni właściciel jednoosobowej firmy remontowej, mąż i ojciec dwóch nastoletnich córek, zgłosił się do lekarza okulisty w związku z bólami głowy i zaburzeniami wzroku. Lekarz zalecił pilną konsultację neurologiczną. Z powodu braku dostępnego neurologa, wizyta odbyła się u lekarza rodzinnego, który ze względu na zaburzenia mowy i równowagi pacjenta, skierował go do szpitala. Na oddziale neurologicznym lekarz dyżurny nie przyjął pacjenta, lecz wyznaczył termin hospitalizacji za kilka tygodni. Mimo nalegań nie chciał rozmawiać z żoną pacjenta, a na jej pytanie, czy w takim stanie mąż może prowadzić samochód, odpowiedział, że nie jest inspektorem transportu drogowego. Następnego dnia stan chorego pogorszył się do tego stopnia, że nieprzytomnego na oddział neurologii przetransportowała karetka pogotowia. Tomografia wykazała rozległy obszar hipertensyjny bez cech krwawienia. Pan Aleksander zmarł po kilku dniach pobytu w szpitalu.

Przyczyną śmierci był rozległy udar niedokrwienno-mózgowy, wywołana nim śpiączka i niewydolność krążeniowa.

Lekarz dyżurujący na oddziale neurologii został oskarżony i skazany za narażenie pacjenta na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, tj. o przestępstwo z art. 160 par 2 i 3 kk.

Biegli występujący w sprawie karnej wykluczyli ustalenie związku przyczynowego pomiędzy zgonem pacjenta a błędami diagnostycznymi po stronie lekarza. Kwestia ta jednak była kluczowa w sprawie cywilnej z powodztwa rodziny i sąd cywilny rozstrzygnął ją korzystnie dla rodziny zmarłego.

W oparciu o opinię biegłej powołanej w sprawie cywilnej sąd ustalił, że objawy chorobowe w postaci przejściowych ataków niedokrwienno-mózgowych, tzw. TIA, jakie wystąpiły u pacjenta, dawały wystarczającą przesłankę do hospitalizacji i postawienia rokowania wskazującego na potencjalne zagrożenie zdrowia i życia. Jednak zdaniem wszystkich lekarzy opiniujących, nawet prawidłowe postępowanie po-zwanego doktora nie dawało gwarancji wyleczenia ani przeżycia pacjenta.

Pomimo powyższych opinii, sąd stanął na stanowisku, że nie jest konieczne ustalenie związku przyczynowego w sposób pewny, a wystarczający jest odpowiednio duży stopień prawdopodobieństwa pomiędzy działaniem (zaniechaniem) lekarza, a powstałą szkodą. Postępowanie lekarskie nigdy nie daje gwarancji uratowania życia. Okoliczność ta jednak nie może stanowić o braku związku przyczynowego w stopniu adekwatnym.

Sąd zasądził na rzecz wdowy i córek zmarłego łącznie 230 tys. złotych zadośćuczynienia i odszkodowania za krzywdę związaną ze śmiercią osoby bliskiej i naruszenie dóbr osobistych w postaci prawa do życia w rodzinie. Suma gwarancyjna, do jakiej świadczenie spełnił INTER, wynosiła 200 tys. złotych.

Powyższy przypadek pokazuje kilka scenariuszy prawnych:

1. Lekarz może być sądzony zarówno w procesie karnym jak i cywilnym za tę samą szkodę.
2. Błąd diagnostyczny może skutkować powstaniem odpowiedzialności cywilnej w takim samym stopniu co niewłaściwie użyty skalpel – a może się przytrafić każdemu lekarzowi bez względu na specjalizację.
3. Suma gwarancyjna w ubezpieczeniu lekarza nie wystarczyła na pokrycie całości zasądzonej kwoty. Resztę lekarz musiał zapłacić z własnej kieszeni.

Dobrze dobrane ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej, połączone z ochroną prawną, umożliwia wsparcie w procesach cywilnych i karnych oraz pokrycie znacznie wyższych odszkodowań przez ubezpieczyciela. Warto zasięgnąć porady fachowca tak, żeby ochrona ubezpieczeniowa była rzeczywistą tarczą lekarza w procesach o błąd medyczny.



Partner ubezpieczeniowy lekarzy
TU INTER Polska S.A.
TU INTER-ŻYCIE Polska S.A.
Al. Jerozolimskie 172
02-486 Warszawa
www.interpolska.pl



**Andrzej
Baszkowski**

Sekretarz Komisji
Etyki Lekarskiej
NRL

Godność i dostojęstwo zawodu...?

Na posiedzeniu Naczelnej Rady Lekarskiej, 5 marca, Komisja Etyki Lekarskiej NRL przedstawiła projekt stanowiska dotyczącego zakresu kompetencji samorządu lekarskiego w ocenie zachowania lekarza w sferze publicznej i prywatnej.

Komisja uznała, że w zakresie zachowania lekarza samorząd lekarski ma prawo zajmować się sprawami dotyczącymi odpowiedzialności zawodowej lekarzy, a więc należących do kompetencji koniecznych do wykonywania zawodu, ale także leżącymi poza sferą zawodową, a dotyczącymi zachowania lekarzy w sferze prywatności, obyczajowości i moralności.

W uzasadnieniu Komisja podkreśliła, że Kodeks Etyki Lekarskiej w Przyrzeczeniu Lekarskim, wśród obowiązków związanych z wykonywaniem zawodu lekarza wymienia: „strzec godności stanu lekarskiego i niczym jej nie splamić”.

W art. 1 ust. 2 zauważa m.in., że zasady etyki zobowiązują lekarza i lekarza dentyście do dbania o godność zawodu lekarskiego, a w ust. 3 uzupełnia, że „naruszeniem godności zawodu jest każde postępowanie lekarza, które podważa zaufanie do zawodu”. Ponadto, o czym przypomina art. 71 KEL, lekarz nie może propagować postaw antyzdrowotnych. Naruszeniem godności zawodu jest nie tylko brak kompetencji zawodowych lekarza, ale znajdowanie się pod wpływem alkoholu, jakichkolwiek środków uzależniających, nawet jeżeli następuje to poza okresem wykonywania czynności zawodowych. Trudno nie zauważyć, że postawa lekarza w takim stanie nie jest obojętna dla ogólnego obrazu świata lekarskiego. Oznacza to, że w określonych sytuacjach izba lekarska ma prawo oceniać zachowanie lekarza także poza szpitalem czy gabinetem. W okresie międzywojennym samorząd wielokrotnie z tego prawa korzystał.

Projekt stanowiska wywołał wiele emocji. Wypowiadający się koledzy w większości uznali zaproponowane zapisy za nietrafne i niepotrzebne. Dowodzili, że upijający się lekarz albo taki, który awanturuje się w domu, to nic nadzwyczajnego, w każdym środowisku tak się zdarza, a już na pewno nie jest to powód, aby sprawą zajmował się samorząd. Dowodzili, że

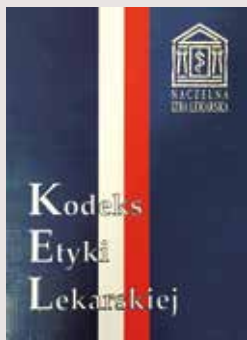
jest dość innych problemów czekających na działania izby lekarskiej.

Wszystko można podważyć, skrytykować i ośmieszyć. Zwłaszcza, stosując semantykę w miejsce rzeczowych argumentów. Zabierający głos w dyskusji nie zauważyli, że nie chodzi tu o incydenty czy skrajności. Rzeczą dotyczy sprawy o wiele poważniejszej – godności zawodu lekarza. Tej godności, która sprawiała, że zawód lekarza był czymś wyjątkowym, zawodem zaufania społecznego, a lekarze stanowili elitę społeczeństwa.

Bycie lekarzem to obowiązek posiadania najwyższych kompetencji zawodowych i podnoszenia ich przez całe zawodowe życie. To także niezapominanie na co dzień o humanizmie w medycynie, o tym, że pacjent jest osobą, że nie mniej od terapii lekowej czy każdej innej potrzebuje lekarskiej empatii, uśmiechu i poświęcenia mu czasu. Ale bycie lekarzem to również obowiązek dbania o godność stanu lekarskiego w całości. Dopiero istnienie obok siebie zawodowej kompetencji i poszanowania godności zawodu czyni naszą profesję wyjątkową.

Obowiązkiem lekarza jest dbałość o to, by niczym jej nie splamić, jak czytamy w przyrzeczeniu lekarskim, zamieszczonym w KEL. Podważenie zaufania do zawodu, zwłaszcza przez samych lekarzy, to w konsekwencji brak ufności w działanie doktora, niepewność do proponowanej terapii i czasem jej niepowodzenie. Rozumiały to władze samorządu, gdy w momencie powołania go do życia w 1922 r. przekonywały lekarzy, aby dokładali „swą część do odbudowy gmachu godności i dostojęstwa tego stanu lekarskiego, który nam wszystkim jest wspólny, a winien być drogi”. Mieli tego świadomość również autorzy Kodeksu Etyki Lekarskiej i koledzy delegaci, którzy przyjęli go na Krajowym Zjeździe Lekarzy we wrześniu 2003 r., łącznie z cytowanymi wyżej zapisami. Uznali, że taka jest potrzeba.

Zdaniem Komisji Etyki Lekarskiej NRL, nic od tego czasu się nie zmieniło. ■





Jestem w Polsce

Jedni dopiero co przyjechali, inni są tu od lat. Opuścili własną ojczyznę w poszukiwaniu lepszego losu. Co ich do tego skłoniło? Dlaczego wybrali nasz kraj? Czy dobrze jest być lekarzem w Polsce?

Lidia Sulikowska

Tak naprawdę nie wiadomo, ilu lekarzy cudzoziemców pracuje w naszym kraju. Rejestr Naczelnej Izby Lekarskiej wyszczególnia osoby bez obywatelstwa polskiego, ale przecież większość lekarzy, którzy przybyli z innych krajów, z czasem nasze obywatelstwo nabywa. Według raportu OECD z 2015 r. takich lekarzy jest zaledwie 1,8 proc. Wielu Ukraińców i Białorusinów, ale też obywatele uboższych krajów spoza Europy. Jak odnaleźli się w naszej rzeczywistości?

Wszystko jest względne

Każdy lekarz, który nie ukończył studiów na polskiej uczelni medycznej w języku polskim i chce praktykować na terenie naszego kraju, musi najpierw zdać egzamin z języka polskiego. Składający się z czterech części sprawdzian odbywa się w Naczelnej Izbie Lekarskiej. Dziś na liście zdających jest kilkanaście osób. Najwięcej Ukraińców i Białorusinów, ale jest też obywatel USA, Izraela, Turcji, a nawet Szwed. – Jak panu poszło? – pytam jednego ze zdających. – Dobrze, zaliczyłem wszystkie części – odpowiada Mykyta Popov, Ukrainiec, który przyjechał do Polski pół roku temu. Pochodzi z Doniecka, na tamtejszym uniwersytecie studiował medycynę, ale po wybuchu wojny musiał emigrować. – Zamieszkałem w Iwano-Frankiwsku razem z mamą i siostrą, gdzie dokończyłem studia. Pojawiła się myśl, że mógłbym spróbować żyć w bardziej perspektywicznym miejscu niż Ukraina. Po jakimś czasie dostałem wizę i we wrześniu przyjechałem do Warszawy. Egzamin językowy mam już za sobą, czeka mnie jeszcze nostryfikacja dyplomu i będę mógł ubiegać się o odbycie stażu – opowiada. Nostryfikacja dyplomu czeka każdego, kto ukończył uczelnię medyczną w kraju poza Unią Europejską.

Nie chciałby pan wyjechać gdzieś dalej? Gdzie lekarze mają dużo lepsze warunki pracy... – Takie myśli chodzą po głowie, ale dla mnie już tutaj jest dobrze. Nie mam na co narzekać – odpowiada. Popov nie myśli też o powrocie do swojej ojczyzny. – Lekarz w moim kraju może liczyć na dużo niższe zarobki, poza tym wasz system opieki zdrowotnej jest o wiele bardziej rozwinięty niż nasz. Lepszy sprzęt, inne moż-

liwości terapeutyczne. Ukraina osiągnie wasz poziom pewnie dopiero za 15 lat. W porównaniu do naszego kraju u was dba się o obywateli. Tak naprawdę wszystko jest względne, w Niemczech jest lepiej niż w Polsce, w Polsce lepiej niż na Ukrainie. Takie jest życie – tłumaczy.

Mam szczęście do ludzi

Said Bouhnouni mieszka w Polsce już 27 lat. W Strzelcach Krajeńskich prowadzi prywatną praktykę stomatologiczną. Urodził się w 1966 r. w Kenitrze, marokańskim mieście położonym nad Oceanem Atlantyckim. Zaczął studiować fizykę, ale po dwóch latach wiedział, że źle wybrał. – Moim marzeniem była stomatologia, ale u nas możliwości studiowania tego kierunku były ograniczone – opowiada. Skorzystał więc ze stypendium międzynarodowego dla obywateli biednych krajów i wyjechał do Polski na studia. Trafił do ówczesnej Akademii Medycznej w Poznaniu. – Czemu właśnie Polska? – Mogłem wybrać uczelnię w Berlinie czy Strassburgu, ale zdecydowałem się na wasz kraj, bo tu mogłem skupić się na studiowaniu, bez podejmowania jednocześnie pracy, bez której na zachodzie Europy bym się nie utrzymał – wyjaśnia.

Początki nie były łatwe. Bouhnouni wylądował na polskiej ziemi, nie znając nawet słowa po polsku. – Na szczęście szybko podjąłem naukę w studium języka polskiego w Łodzi. Po zdaniu egzaminu zaczęły się studia, a tam nie było taryfy ulgowej dla obcokrajowców, ale mimo to bardzo miło wspominał tamten czas. Jestem dumny, że miałem możliwość nauki stomatologii od najlepszych. Polskie uczelnie oferują wysoki poziom kształcenia. Największą barierą był oczywiście język. Do tej pory pamiętam podręcznik anatomii Adama Bochenka, napisany na moje nieszczęście pięknym, staropolskim językiem – śmieje się. Potem udało się ukończyć specjalizację z chirurgii stomatologicznej, a od 1999 r. rozpocząć własną praktykę. – Trudno było przekonać do siebie polskich pacjentów? – Nie dano mi odczuć, że jestem cudzoziemcem. Owszem, na początku był dystans, ale to dotyczy każdego lekarza i nie jest związane z pochodzeniem. Po prostu potrzeba czasu, aby ludzie zaufali nowemu. Dziś lecę ▶



Larysa Duniec



Martin Inman



Bodha Raj Subedi

całe pokolenia. W medycynie liczy się fachowość, nie pochodzenie – odpowiada. – A jak przyjęło pana środowisko lekarskie? – Pomoc, życzliwość i zrozumienie na każdym etapie mojej kariery zawodowej. Może ja mam szczęście do ludzi? – zastanawia się.

Czy stomatologia w Maroku różni się od polskiej? – Technologicznie jesteśmy na podobnym poziomie, zarobki są wyższe. – I nie chce Pan tam wracać albo wyjechać do innego kraju, gdzie lekarzom żyje się lepiej? – Były takie myśli, chyba każdy polski lekarz miał takie pomysły. Nie chcę jednak ruszać się nigdzie indziej. Pieniądze to nie wszystko. Tu mam rodzinę i swoich pacjentów. Tu jest moje środowisko lekarskie. Tu jest mój dom. Będę tu pracować, dopóki oczu nie zamknę – deklaruje.

Ze stypendium rządowego RP skorzystała także Syryjka Kindah Mo Akoel, ginekolog. Przyjechała na studia medyczne do Łodzi w 1989 r. – Od początku miałam wokół siebie dobrych i życzliwych ludzi. Czuję się swobodnie i bezpiecznie, dlatego tu zostałam. Początki nie były łatwe, specjalizowałam się w ramach wolontariatu, ale mogłam za to jednocześnie robić doktorat. Taka jest specyfika zawodu, aby coś osiągnąć, trzeba się starać – mówi. Rodzina pani doktor rozjechała się po świecie: Niemcy, Turcja, USA. Jej rodzinnego miasta już nie ma. – Nie chce pani jechać gdzieś dalej? – Zarobki nie są tu może zachęcające, ale jak sobie pomyślę, że mam zacząć od nowa, bez przyjaciół, bez życzliwych ludzi wokół, to wiem, że nie dałabym rady. Jestem szczęśliwą Polką, Łódzianką. Jest takie powiedzenie, że wszędzie dobrze, gdzie nas nie ma. Trzeba kochać to, co się ma. A jeszcze kiedy ma się pacjentów, którzy chcą się leczyć właśnie u mnie, to jak tu się wyprowadzać? – pyta retorycznie.

Obcy nie znaczy, że gorszy

Bodha Raj Subedi jest jednym z kilku lekarzy Nepalczyków pracujących w naszym kraju. Jego żona jest w trakcie specjalizacji z chorób wewnętrznych, on sam jest chirurgiem ogólnym i onkologicznym. W 1989 r.

przyjechał na studia medyczne do Wrocławia, przez lata pracował na Dolnym Śląsku, a w Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej założył Koło Lekarzy Cudzoziemców. Od niedawna operuje w szpitalu onkologicznym w podwarszawskim Wieliszewie. W czasach jego młodości w Nepalu działała jedna uczelnia medyczna, było 500 kandydatów na 1 miejsce, więc skorzystał ze stypendium oferowanego w Polsce. Wybrał Wrocław, bo miał bliżej do ukochanych gór.

– Polska to piękny kraj, żyją tu wspaniali ludzie, można też liczyć na kolegów lekarzy. Pamiętam, jak po straszliwym w skutkach trzęsieniu ziemi w Nepalu zwróciłem się do izb lekarskich z prośbą o wsparcie finansowe dla ludzi, którzy ucierpieli w tym kataklizmie. Odzew był natychmiastowy, a pomoc organizacyjną kolegi Jerzego Friedigera nieoceniona, za co serdecznie dziękuję. Takie gesty pamięta się do końca życia – opowiada.

– Mógłby pan pracować np. w Wielkiej Brytanii, albo w Nepalu, gdzie są dobre zarobki, a i szacunek do lekarza większy...? – pytam mojego rozmówcę. – Jeśli decydować się na wyjazd, to albo od razu po studiach, albo wcale. Związałem się bardzo z Polską zarówno zawodowo, jak i prywatnie. Myślę, że niejednemu Polakowi byłoby łatwiej wyjechać niż mnie. Ja już raz własną ojczyznę opuściłem, drugi raz nie dałbym rady – odpowiada.

Zetknął się pan z problemem nietolerancji? – Miałem kilka takich incydentów ze strony pacjentów, ale to było na początku mojej pracy. Pamiętam, jak z zespołem pogotowia ratunkowego przyjechałem do chorego, który nie chciał być przeze mnie leczony, bo nie jestem Polakiem. Za namową kolegów z pracy zgłosiłem ten fakt na policję. Zdarzały się także wyzwiska na tle pochodzenia, głównie od chorych pod wpływem alkoholu. Niektórzy myślą, że jak jestem obcy, to nie umiem tyle, co lekarz Polak. Byłem murzynem, żółtym i tak dalej. Teraz jest dużo lepiej pod tym względem. Do tego stopnia, że kiedy zmieniałem pracę, to jedna pacjentka zrobiła mi awanturę, że



Kindah Mo Akoel



Said Bouhnouni

Mykyta Popov

przecież ją lecę, więc nie powinienem odchodzić, by pracować gdzieś indziej. Powiedziała mi też, że kiedy przyszła do mnie pierwszy raz, miała obawy co do moich umiejętności, ale dziś jest pewna, że wybrała właściwego lekarza. To bardzo miłe – wspomina doktor Subedi.

Tu da się pracować

Do Polski przybywają głównie obywatele krajów biedniejszych, choć nie tylko. W Wielospecjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Gorzowie Wielkopolskim natrafiam na Martina Inmana, chirurga dziecięcego. – Mój tata jest Anglikiem, mama Polką, urodziłem się w Nigerii, bo wówczas akurat tam rodzice pracowali. Szkołę podstawową i średnią ukończyłem w Wielkiej Brytanii, ale uczelnię medyczną już w Polsce – wyjaśnia. – Dlaczego? Czy w UK nie miałby pan lepszych perspektyw rozwoju? – Rodzice przeszli na emeryturę, a że mają ogromny sentyment do Polski, chcieli tu wrócić. Wolałem się zabrać z nimi, niż zostać sam. Nie żałuję tej decyzji, tu też praca może być fajna. W Wielkiej Brytanii pacjenci tak samo narzekają na kolejki, może szacunek do lekarza jest trochę większy. Co powie doktor, tam jest święte, u was chorzy są bardziej wymagający, ale nie uznałbym tego za wadę – mówi Inman.

Kryzysowa emigracja

Na koniec moich emigracyjnych poszukiwań pukam do drzwi pokoju anesteziologów, na drugim piętrze I Katedry i Kliniki Położnictwa i Ginekologii WUM w Warszawie. Wita mnie uśmiechnięta, drobnej postury kobieta – to Larysa Duniec. Towarzyszy jej Natalia Właszynowicz. Przyjechały z Ukrainy do Polski w latach 90. – U nas był wtedy kryzys ekonomiczny, Polska wydawała się krajem mlekiem i miodem płynącym. Zresztą teraz też tu jest dobrze. Wszyscy wiemy, co dzieje się na Ukrainie. Tu mam pracę i dach nad głową, stabilizację. To niby banalne rzeczy, ale najważniejsze – mówi doktor Duniec. Przyjechała do

Warszawy ze Lwowa, na drugim roku studiów, w ramach polskiego programu „Wracamy do korzeni”. – Moja rodzina ma polskie korzenie, więc skorzystałam z okazji. Zdobyłam naprawdę porządne wykształcenie, z którego jestem dumna. Wiedzy zdobytej tutaj nie powstydziałabym się na całym świecie. Mam wielu znajomych, którzy chcą uczyć się i pracować w Polsce. To osoby mocno nastawione na rozwój. Na Ukrainie cały czas obowiązuje model medycyny nakazowej, czyli leczy się tak, jak powie minister. Tam mało kto zdecyduje się na wdrożenie wytycznych renomowanych towarzystw naukowych, dopóki nowej terapii nie będzie w oficjalnym rządowym rozporządzeniu. Pamiętam, jak uczestniczyłam w projekcie, który oferował na Ukrainie kursy z wytycznych Europejskiej Rady Resuscytacji. Spotkaliśmy się z dużymi trudnościami zrozumienia celowości szkolenia ze strony decydentów – opowiada.

Koleżanka Larysy – Natalia Właszynowicz, przyjechała do Polski już po studiach, miała także ukończoną specjalizację z anestezjologii. Aby tu pracować, musiała oczywiście zdać egzamin z języka polskiego, przejść nostryfikację dyplomu. Specjalizacji nie uznano. – Anestezjologia aż tak różni się w obu krajach? – Nie wiem, jak jest teraz, ale wówczas były różnice. Na przykład na Ukrainie wciąż używaliśmy w tamtym czasie igieł wielorazowego użytku do znieczulania zewnątrzoponowego, każdy miał swój słoik do ich sterylizacji – wspomina doktor Właszynowicz. – Nie tęskni pani za ojczyzną? – Pewnie, że tęsknię. Ja tu przyjechałam w pewnym stopniu ukształtowana, bez przyjaźni studenckich, bez korzeni rodzinnych. Ale do kraju nie wrócę, tam dla mnie jako anesteziologa nie ma przyszłości – mówi. – Miło was tu przyjęto? – Jeśli zdarzały się jakieś nieprzyjemne sytuacje, to powodowane zazwyczaj przez głupotę ludzi. Generalnie nie miałam żadnych problemów – deklaruje. Dzisiejszy dzień dla ekipy anesteziologów z Kliniki przy Placu Starynkiewicza nie był najspokojniejszy, trafiły się nawet trojaczki. Na mnie już pora, aby iść do domu. ■

Nadciągą onkologiczne tsunami

Z **prof. Jackiem Fijuthem**, prezesem Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, rozmawia **Lucyna Krysiak**.



Epidemiolodzy alarmują, że w najbliższych latach Polskę zaleje fala pacjentów onkologicznych. Czy nasze leczenie jest na to przygotowane?

Dane epidemiologiczne wskazują, że w stosunku do 2014 r. już w roku 2020 zapadalność na nowotwory złośliwe wzrośnie w Polsce o 15 proc., a w 2025 r. nawet o 28 proc. Co istotne, dwie trzecie z tego odsetka będzie skutkiem starzenia się społeczeństwa, gdyż wśród osób starszych współczynniki zachorowań na nowotwory złośliwe są najwyższe. Należy więc w zmianie struktury demograficznej upatrywać przyczyn tego zjawiska. Także prognozy GUS sygnalizują, że w 2025 r. odsetek chorych na raka Polaków powyżej 65. roku życia zwiększy się z 14 do 21 proc. W obecnym kształcie nasz system nie jest na to przygotowany. Zarówno Polskie Towarzystwo Onkologiczne, jak i zarządzający szpitalami, gdzie leczeni są chorzy na nowotwory, widzą pilną konieczność zmian. Niezbędne będzie tworzenie sieci szybkiej diagnostyki onkologicznej oraz miejsc przygotowanych do kompleksowego leczenia takich pacjentów – centrów kompetencji i centrów doskonałości, bardziej nowoczesnych, z zapleczem szybkiej diagnostyki onkologicznej, prowadzących nowatorskie terapie. Zanim jednak to nastąpi, trzeba rzetelnie opracować mapy potrzeb zdrowotnych dla regionów, uwzględniając demografię, zapadalność

na poszczególne typy nowotworów zlokalizowanych w różnych narządach, stopień ich zaawansowania w chwili rozpoznania i wynikające z tego wdrożenie odpowiednich terapii. Konieczna będzie także weryfikacja potrzeb kadrowych.

Czy to znaczy, że mamy za mało onkologów, czy może są problemy z ich kształceniem?

W Polsce jest 1200 onkologów i to stanowczo za mało w stosunku do zapotrzebowania na lekarzy tej specjalności (na tle krajów europejskich plasujemy się na ostatnich miejscach). Chodzi więc o to, aby poprawić i zintegrować szkolenie studentów medycyny w zakresie onkologii oraz stworzyć zachęty do specjalizowania się w tej dziedzinie. Szczególnie patowa sytuacja jest w patomorfologii – specjalności bezpośrednio związanej z diagnostyką i terapią onkologiczną. Patomorfologów jest zaledwie 400, dominują wśród nich 60- i 70-latkowie, którzy za chwilę odejdą na emeryturę i nie będzie miał ich kto zastąpić. W specjalnościach ściśle onkologicznych, największy i najbardziej odczuwalny deficyt dotyczy radioterapeutów. Aby zbliżyć się do Europy, do 2020 r. powinniśmy wykształcić ich około 135. To trudne do zrealizowania. Potrzeba nam także więcej chirurgów onkologów i onkologów klinicznych. Jest to wyzwanie dla CMKP i towarzystw lekarskich. Od ich działań zależy, czy sprostamy nieuchronnie nadciągającemu onkologicznemu „tsunami”.

Jak pan ocenia dostępność do świadczeń onkologicznych w Polsce i ich skuteczność?

Wskaźnik 5-letnich przeżyć odbiega u nas o kilkanaście punktów procentowych od średniej w krajach UE, wynoszącej 50-60 proc. Różnica ta dotyczy praktycznie wszystkich lokalizacji nowotworów, z wyjątkiem raka płuca, co jest wątpliwą satysfakcją, gdyż 5-letnie przeżycia w tym nowotworze nieznacznie przekraczają 10 proc. W porównaniu z Zachodem mamy też jeden z najwyższych standaryzowanych współczynników zgonów na nowotwory złośliwe (około 195 na 100 tys. mieszkańców). Najnowszy raport Onkobarmetr Fundacji Watch Health Care pokazuje, że czas oczekiwania na badania diagnostyczne i poszczególne typy terapii onkologicznej jest dwa razy dłuższy dla pacjentów nieposiadających karty Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego (5 tygodni) niż posiadających kartę DiLO (2,2 tygodnia). Okres

ten jest trzykrotnie dłuższy w przypadku hematologii i hematatoonkologii, o 50 proc. dłuższy w przypadku chirurgii onkologicznej i radioterapii. To dzieli chorych na dwie kategorie. Raport opracowany na zlecenie Polskiego Towarzystwa Onkologicznego wskazał natomiast „białe plamy” w polskiej onkologii, zwłaszcza w dostępie do radioterapii. Wykazał też zbyt małą liczbę przyspieszaczy liniowych i aparatów do brachyterapii. W pasie od Lubelszczyzny, przez Podlasie, Mazowsze, Warmię, Pomorze, dojazd do zakładów radioterapii zajmuje chorym ponad godzinę. Wymusza to leczenie stacjonarne – wielotygodniowe hospitalizacje lub pobyty w hostelach, co rozdziela pacjentów z rodziną, będącą wsparciem w obciążającym leczeniu i zwiększa jego koszty. Raport wykazał także utrudniony dostęp do chirurgii onkologicznej i chemioterapii, a zwłaszcza do innowacyjnych farmakoterapii onkologicznych.

Czy wraz z wprowadzeniem pakietu onkologicznego rzeczywiście coś się zmieniło na lepsze?

Pakiet onkologiczny przyspieszył diagnostykę i skrócił czas od momentu podejrzenia raka do rozpoczęcia leczenia, jednak tylko u dwóch trzecich chorych, reszta nie ma karty DiLO i nie wchodzi na ścieżkę szybkiej terapii onkologicznej ze wszystkimi tego konsekwencjami. Również tylko połowa chorych z kartą DiLO przechodzi przez konsylium wielospecjalistyczne, co oznacza, że liczba wydawanych kart jest zbyt mała. To dowodzi, że lekarze POZ są wciąż za mało zaangażowani w proces kierowania chorych do weryfikacji klinicznego podejrzenia nowotworu. Resort zapowiedział radykalne zmiany w funkcjonowaniu pakietu, łącznie ze zmianami legislacyjnymi. Karta DiLO ma być „odchudzona”, będą ją mogli wystawiać także specjaliści, zwoływanie konsyliów wielospecjalistycznych będzie rekomendowane, ale nie obligatoryjne, uproszczone ma być sprawozdawanie do NFZ, zmodyfikowana i uszczelniona rejestracja w Krajowym Rejestrze Nowotworów. Opieka paliatywna i hospicyjna będą rozliczane bez limitu. Te zapowiedzi, chociaż rozłożone w czasie, być może spełnią postulaty PTO prezentowane w licznych pismach, petycjach i na konferencjach.

Skuteczność leczenia nowotworów odbiega w Polsce od krajów Europy Zachodniej i USA? Skąd te dysproporcje?

Gonimy rozwinięte kraje UE i poprawiamy wskaźniki wyleczalności, ale statystyka jest niezmiennie dla nas niekorzystna. Na sukces leczenia składa się wczesna diagnostyka i skuteczność badań skriningowych oraz profilaktyka pierwotna nowotworów. W Polsce wciąż leczymy chorych w wyższych stopniach zaawansowania, gdzie terapia jest znacząco droższa i mniej efektywna. Na ogólne wyniki wpływa też styl życia i upowszechnianie zachowań prozdrowotnych, np. zaniechanie palenia tytoniu, aktywność, zdrowsza dieta. W Polsce nowotwory tytoniozależne, w tym rak płuca, wciąż stanowią najczęstsze lokalizacje narządowe. Niepokojący jest wzrost zapadalności na

raka płuca u kobiet, który staje się u nich najczęstszą przyczyną zgonów. Polacy są coraz bardziej otyli. Niepokoją zwłaszcza szybko rosnące wskaźniki otyłości u dzieci i młodzieży. Wreszcie finanse. Cieszy, że nakłady na walkę z rakiem rosną o 6-7 proc. i wynoszą około 7 mld zł rocznie, gdyż ich wielkość mierzona uśrednionym wskaźnikiem TNEH (Average Total National Expenditure on Health) jest liniowo skorelowana z 5-letnim przeżyciem chorych. Jednak wciąż znajdujemy się wśród krajów, w których są one ponad dwukrotnie niższe niż u europejskich liderów.

Czy Polskie Towarzystwo Onkologiczne ma koncepcję, jak uzdrowić sytuację?

Powstał Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych (NPZChN) na lata 2016-2024. Na jego realizację przeznaczono 250 mln zł rocznie. Zakłada on zwiększenie nakładów na szeroko rozumianą profilaktykę pierwotną i wtórną nowotworów, a także na diagnostykę molekularną i genetyczną oraz poradnictwo z zakresu genetyki onkologicznej. PTO uważa, że wydatkowanie tych pieniędzy powinno być monitorowane i optymalizowane. Traktuje kontrolę nad prawidłowym rozwojem polskiej onkologii jako jeden z głównych celów swojego działania. Zleca opracowanie raportów tematycznych, opisujących obecny stan wiedzy w zakresie epidemiologii, etiologii, diagnostyki i leczenia nowotworów, najistotniejszych z punktu widzenia medycznego i społecznego. Raporty te (tzw. zielone i białe księgi raka piersi, jelita grubego i jajnika) zawierają jednocześnie propozycje działań administracyjnych i logistycznych mających na celu poprawę wyleczalności i jakości życia. Raporty opracowane na zlecenie PTO dotyczyły też dostępności do leczenia onkologicznego w Polsce i „białych plam” polskiej onkologii oraz były próbą szczegółowej analizy kosztów realizacji wybranych procedur onkologicznych i ich taryfikacji. Kluczowym dokumentem, opracowanym dla PTO jeszcze w 2014 r., jest Strategia Walki z Rakiem w Polsce w latach 2015-2024 – polski Cancer Plan, z którego wdrożeniem wiążemy duże nadzieje.

Tyle projektów, dlaczego są tak mało skuteczne, czego im brakuje?

Kompleksowości i koordynacji. W naszym sztan-dardowym dokumencie przedstawiamy 6 bloków tematycznych oraz działania uznane za priorytetowe w zakresie: organizacji i zarządzania systemem zwalczania chorób nowotworowych, nauki i badań nad rakiem, profilaktyki pierwotnej i wtórnej, diagnostyki i leczenia oraz jakości życia w trakcie i po leczeniu onkologicznym. W marcu Minister Zdrowia powołał zespół, którego zadaniem jest nakreślenie wynikających z niego najważniejszych zadań i przygotowanie podstaw do ich stopniowej implementacji. Poprawy w zakresie zachorowalności i umieralności na choroby nowotworowe w Polsce upatrujemy w szeroko rozumianej, kompleksowej walce z rakiem, a nie w doraźnych i częściowych działaniach naprawczych i interwencyjnych. Mamy nadzieję, że nasz dokument doczeka się wreszcie realizacji. ■

Ważne odkrycie Polaków

Agresywny rozwój nowotworu tarczycy jest związany z obecnością wrodzonej zmiany w genie DIRC3 – wykazały badania lekarzy i genetyków z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Centrum Nowych Technologii Uniwersytetu Warszawskiego oraz Instytutu-Centrum Onkologii w Warszawie.

Chorych z wykrytą mutacją będzie można poddać znacznie bardziej radykalnej terapii i monitorowaniu. Obecność mutacji w genie pozwala zakwalifikować danego pacjenta do grupy wysokiego ryzyka. Dzięki temu, że mutację można oznaczyć już na etapie planowania terapii, możliwe jest zmodyfikowanie zakresu operacji oraz leczenia uzupełniającego.

– Analiza mutacji w genie DIRC3 pomaga przewidzieć, jakie jest ryzyko ciężkiego przebiegu choroby nowotworowej i związanego z tym zgonu pacjenta. Chorych, u których wykryjemy mutację, można poddać znacznie bardziej radykalnej terapii i monitorowaniu – wyjaśnia jeden ze współautorów odkrycia, prof. Krystian Jażdżewski. Każdego roku w Polsce nowotwór tarczycy diagnozuje się u ok. 2,5 tys. osób (zwykle kobiet). Wyniki badań opublikowało czasopismo „Clinical Cancer Research”.

Dlaczego rośnie ilość alergików?

W ostatnich latach w Europie ponad dwukrotnie zwiększyła się liczba osób cierpiących na alergię. Ilość naturalnych alergenów nie zwiększyła się, ale przybyło uczulających substancji chemicznych.

Prof. Ewa Czarnobilska, kierownik Centrum Alergologii Klinicznej i Środowiskowej Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, zaznacza, że oprócz naturalnych alergenów, których nie przybyło, alergizować mogą substancje, które wdychamy z powietrzem.

Cząsteczki pyłu zawieszonego w powietrzu sklejają się z pyłkami roślin i potęgują objawy alergii. Takimi alergenami są np. metale obecne w pyłe zawieszonym, które mogą wywoływać alergiczny nieżyt nosa, zapalenie spojówek, a nawet astmę oskrzelową. Za reakcje alergiczne, takie jak wypryski, odpowiadają często kosmetyki. Rośnie też liczba chemicznych wrogów ukrytych w jedzeniu: polepszacze, barwniki, konserwanty. Niestety nie ma możliwości odczulenia pacjentów z alergią na substancje chemiczne.

– Z moich dziewięcioletnich badań wynika, że połowa z przebadanych 63 tys. uczniów krakowskich szkół ma objawy alergii. Przyczyną jest m.in. wszechobecna chemia znajdująca się w spalinach, kosmetykach i jedzeniu oraz zła jakość powietrza – zaznacza profesor. Jak podkreśla, „naturalne alergeny, np. pyłek roślin, są bardziej agresywne w środowisku zanieczyszczonym i stąd, jak pokazują badania epidemiologiczne ECAP [Epidemiologia Chorób Alergicznych w Polsce – przyp. red.], więcej alergików mamy nie na terenach wiejskich, ale w miejskich aglomeracjach”.

Więcej przeszczepów, więcej sztucznych serc

Prace nad sztucznym sercem i wspomaganie serca są konieczne, bo brakuje organów do przeszczepów, a rośnie liczba potrzebujących takiego leczenia chorych. Nieunikniony jest też rozwój robotyki medycznej. Tak przynajmniej wskazywali uczestnicy niedawnej konferencji w Fundacji Rozwoju Kardiologii w Zabrze, świętującej właśnie 25-lecie.

Jak mówił prof. Andrzej Bochenek, jeden z polskich pionierów zastosowania robotów na sali chirurgicznej, w dobie ciągłego cięcia kosztów w polskich szpitalach taka inwestycja może być dla dyrektorów szpitali atrakcyjna. – Nie każdy lekarz potrafi pracować z robotem, ale są tacy, którzy mają do tego dar. Roboty są potrzebne, z czasem będą na wyposażeniu każdego ośrodka chirurgii małoinwazyjnej – ocenił.

W tym roku planowane jest wszczepienie protezy serca dla dorosłych Religa Heart EXT w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrzu, kierowanym przez prof. Mariana Zembałę. Z kolei dr Grzegorz Religa ma po raz pierwszy zastosować robota Robin Heart w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. dr. W. Biegańskiego w Łodzi.

Cukrzyca wreszcie policzona!

– Nareszcie wiemy, ilu jest w Polsce chorych na cukrzycę – mówił o raporcie zaprezentowanym w NIZP-PZH dotyczącym cukrzycy w Polsce prof. Tomasz Zdrojewski z Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. U nas odsetek chorych w dorosłej populacji wynosi 8%. Całkowitą liczbę chorych w Polsce określono na 2,73 mln (stan na 2013 r.), przy czym 26% z tej liczby (ok. 500 tys.) nie zdaje sobie sprawy ze swojej choroby i nie podjęło żadnego leczenia.

Pod względem liczby chorych na cukrzycę „doganiamy” bogate kraje Zachodu. Wzrost liczby chorych na cukrzycę w skali świata wynika zarówno ze starzenia się populacji, jak i coraz większego ryzyka choroby wynikającego ze stylu życia (którego następstwami są nadwaga i otyłość), a także coraz wcześniejszego początku choroby. Liczbę chorych zwiększa także to, że dzięki odpowiedniemu leczeniu żyją coraz dłużej. Cukrzycę ma aż 20 proc. Polaków po 70. roku życia. ■

Najnowsze doniesienia ze świata nauki i medycyny na www.gazetalekarska.pl

Aktualności



Źródło: Serwis Nauka w Polsce – www.naukawpolsce.pap.pl



Mniej szpitali, więcej odpowiedzialności

Wprowadźmy mechanizmy odpowiedzialności za własne zdrowie. Skoro wszyscy za nie płacimy, to odpowiadajmy solidarnie.

**Mariusz
Tomczak**

To jedna z rekomendacji zawartych w raporcie „Analiza stanu zdrowia i potrzeb opieki zdrowotnej na najbliższe lata”, stworzonym pod auspicjami Instytutu Wolności*. To nie jedyny dość odważny pomysł w naszej rzeczywistości społeczno-politycznej. Nie mniej kontrowersyjny, przynajmniej dla niektórych, wyda się też postulat „szybkiego i zdecydowanego” dostosowania ilości łóżek szpitalnych do realiów współczesnej ochrony zdrowia. – Polska, obok Estonii, jest jedynym krajem w Europie, gdzie liczba łóżek ostrych wzrasta rok do roku – podkreśla prof. Andrzej M. Fal, prezes Polskiego Towarzystwa Zdrowia Publicznego. – Nie obejdzie się bez zmiany profilów części oddziałów szpitalnych – uważa dr Dariusz Godlewski, współautor raportu. W ocenie autorów raportu nieunikniona jest konsolidacja placówek zarówno z punktu widzenia optymalizacji funkcjonalnej (żeby bardziej przystawały do potrzeb zdrowotnych), jak i finansowej (aby ograniczyć niewykorzystanie możliwości sprzętowych i kadrowych). Defragmentacja prowadzi bowiem do „chaosu i dezorganizacji”. Tylko w Warszawie jest aż 7 organów założycielskich szpitali publicznych. Minister zdrowia, Konstanty Radziwiłł, nie jest przekonany, czy wzięwszy pod uwagę racjonalne gospodarowanie środkami publicznymi, tak wielka różnorodność właścicielska jest korzystna dla pacjenta. W jego ocenie utrudnia to wprowadzanie zmian systemowych. – To pokłosie reformy administracyjnej i zdrowotnej. Jeśli zmieniano by nadzór właścicielski w szpitalach publicznych, to musielibyśmy sobie odpowiedzieć na pytanie, czy potrzebne są powiaty, w których szpitale są najczęściej jednym z największych pracodawców – komentuje Jakub Szulc, sekretarz stanu w resorcie zdrowia w latach 2008-2012. Zdaniem autorów raportu, długofalowa poprawa opieki zdrowotnej w kraju będzie niezwykle trudna lub wręcz niemożliwa bez myślenia strategicznego, o co trudno przy niekompletności i niedoborze informacji o stanie zdrowia Polaków. Potrzebne jest „systematyczne gromadzenie i przetwarzanie dostępnych danych we współpracy z ośrodkami badawczymi, uniwersytetami i placówkami służby zdrowia”, stworzenie „systemu powszechnej statystyki medycznej”, mapowanie potrzeb zdrowotnych w oparciu o „realne dane”. Chcąc ustrzec sys-

tem opieki zdrowotnej przed załamaniem w przyszłości, należy już teraz powstrzymać odpływ kadr medycznych z kraju i z zawodu oraz podjąć szybkie i zdecydowane rozwiązania zwiększające liczbę lekarzy i specjalistów. – Tego się nie da zrobić z dnia na dzień. Jednym z kroków ku temu jest zwiększenie naboru na studia medyczne w tym roku, co przyniesie skutek najwcześniej za 11 lat – mówi Radziwiłł, którego opinie, jeszcze przed objęciem funkcji ministra zdrowia, wykorzystali autorzy raportu. Ze względu na sytuację demograficzną, należy spodziewać się większej liczby „klientów służby zdrowia cierpiących m.in. na choroby cywilizacyjne, kardiologiczne czy onkologiczne”. Takie przyczyny zgonów wymagają promocji zdrowego stylu życia, edukacji prozdrowotnej i wykonywania badań profilaktycznych, tymczasem w Polsce na profilaktykę zdrowotną wydaje się zaledwie 2,5 proc. budżetów spośród wszystkich środków przeznaczanych na zdrowie. – Zachorowalność na nowotwory jest w naszym kraju średnio o 15 proc. niższa niż w krajach Europy Zachodniej, a umieralność z tego powodu jest wyższa o 15 proc. – dodaje Godlewski, notabene onkolog. Aby wzrosła jakość usług zdrowotnych, trzeba rozliczać placówki z efektów pracy, monitorować stan pacjenta po opuszczeniu placówki i usprawnić dostęp do specjalistów. „Z punktu widzenia pacjentów rozwiązaniem na skrócenie okresu oczekiwania do specjalisty są placówki prywatne, jednak obecnie i tam czas oczekiwania się wydłuża oraz wiąże się z kosztami” – czytamy w raporcie. Wolnorynkowe zapędy autorów raportu studzi szef resortu zdrowia. – Własność wpływa na sposób funkcjonowania. Spółka prawa handlowego działa z zasady dla zysku, zwłaszcza wtedy, gdy jest inwestor prywatny. Są spółki misyjne, ale można je policzyć na palcach jednej ręki, np. Bonifratrzy. Tego typu rozwiązania w Europie Zachodniej dominują: są podmioty publiczne i non-profit, a te nastawione na zysk są z reguły poza systemem publicznym – argumentuje Radziwiłł. Nie obejdzie się bez wzrostu środków w systemie, co postulują autorzy raportu. – Przekonuję do tego premier Beatę Szydło – podkreśla Radziwiłł zastrzegając, że systematyczne zwiększanie nakładów nastąpi „metodą małych kroków”. Minister już zapowiedział powrót do koncepcji „podatku Religii”. ■

* Dariusz Godlewski, Katarzyna Godlewska, Anna Witek, Piotr Wojtys: „Analiza stanu zdrowia i potrzeb opieki zdrowotnej na najbliższe lata” (Instytut Wolności, 2016). Instytut jest think tankiem założonym przez Igora Janke, Dariusza Gawina i Jana Ołdakowskiego. „Uważamy, że głównym powodem niskiej jakości polskiej polityki i niskiej jakości pracy kolejnych rządów jest brak myślenia strategicznego. Chcemy upowszechnić myślenie w kategoriach długoterminowych” – czytamy na stronie internetowej IIW.



Jest rodzimy potencjał

Lidia
Sulikowska

Badawcze instytuty medyczne są niezbędne dla prawidłowego działania systemów ochrony zdrowia. Są napędem rozwoju krajowej, a często nawet światowej medycyny. Tylko dlaczego tak słabo to u nas widać?

FOTO: Lidia Sulikowska

W Polsce z roku na rok pojawia się coraz więcej innowacyjnych metod leczenia. Co jakiś czas media informują o sukcesach polskich lekarzy i naukowców, dzięki którym można skuteczniej leczyć. Zbyt często można jednak odnieść wrażenie, że ojcami i matkami tych osiągnięć zbyt rzadko bywają badawcze instytuty medyczne. Oczywiście są w systemie perełki, o których wie cała Polska, a nawet kawałek świata, ale co z innymi? Śledząc doniesienia medialne, choćby z ostatnich lat, nie da się nie zauważyć, że bohaterami polskiej medycyny są często ludzie uniwersytetów (nie tylko medycznych), placówek medycznych niebędących instytutami, a nawet fundacje i prywatne firmy. Czy faktycznie instytuty nie mają się czym pochwalić?

Jak jest naprawdę

Instytuty badawcze są po to, aby prowadzić badania naukowe oraz prace rozwojowe, które następnie będzie można wdrożyć i zastosować w praktyce. To państwowe jednostki, a zasady, w oparciu o które działają, reguluje odpowiednia ustawa (Dz.U. z 2010 r. nr 96, poz. 618, z późn. zm.). Otrzymują na ten cel dotacje z budżetu państwa. W zależności od obszaru działania, nadzór nad nimi sprawuje odpowiedni minister. W sumie jest ich ponad 100, z czego medycznych – 16. Tylko dwa z nich mają najwyższą kategorię naukową, czyli A+ (Instytut Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu).

Oczywista bariera?

– Mamy dużo jednostek kategorii A i B, to ogromny potencjał, który musi być jednak lepiej wykorzystany. Trzeba uruchomić więcej programów badawczych

z zakresu medycyny ze wsparciem państwa. Należy też umożliwić zdobywanie grantów na badania wyprzedzające i ułatwić dostęp do grantów z zakresu badań stosowanych. Warto też zacieśniać współpracę badawczą pomiędzy placówkami, także z innych krajów, tworzyć silne konsorcja, bo w grupie jest siła – uważa prof. Leszek Rafalski, przewodniczący Rady Głównej Instytutów Badawczych i dodaje, że istotnym czynnikiem hamującym ich rozwój jest niedostateczne finansowanie. – Statutowa dotacja jest za niska, a najlepsi nie są premiovani – dodaje prof. Rafalski. Słowa te potwierdza prof. Katarzyna Kotulska-Jóźwiak, zastępca dyrektora ds. nauki Instytutu Centrum Zdrowia Dziecka. – Pod względem dotacji budżetowej kategoria A+ nic nam nie dała. Staramy się, prowadzimy wysokiej klasy badania naukowe, zdobywamy kategorie i nagrody, ale nie przekłada się to na wysokość dotacji – informuje.

Niezadowoleni są również przedstawiciele innych instytutów. – Źle oceniam obecny model finansowania. Od 2012 r. dotacja finansowa dla mojego instytutu, który był wtedy w stanie równowagi finansowej, zmniejszyła się o ponad 4 mln zł. Równocześnie rośnie nacisk na samofinansowanie. To jest nie do wykonania. W jaki sposób instytut, którego zadaniem jest współkreowanie polityki zdrowotnej, prowadzenie badań naukowych w zakresie zdrowia publicznego i epidemiologii oraz wdrażanie ich wyników, może zamienić się w przedsiębiorstwo biznesowe? To prowadzi do utraty wiarygodności. Obecnie dostajemy rocznie mniej niż 4 mln zł, a potrzebujemy drugie tyle – mówi prof. Mirosław Wysocki, dyrektor Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny (kat. B).

Inni zwracają uwagę na to, że instytuty oferują drogie, unikatowe metody leczenia, są kompleksowe w działaniu, ale NFZ tego nie premiuje. Płaci po prostu za procedurę, nie interesuje go, że niektórzy wykonują określone świadczenia inaczej, lepiej, skuteczniej, co przecież sporo kosztuje. – Nikomu nie jest łatwo, ale i w tych warunkach można wiele zrobić. Wkład naszego zespołu, jaki wypracowaliśmy sami, by wybudować Światowe Centrum Słuchu, wynosi około 40 proc. całego budżetu – nadmienia jednak prof. Henryk Skarżyński, dyrektor tej placówki.

Resort chce pomóc

W czasie Konferencji Dyrektorów i Przewodniczących Rad Naukowych Medycznych Instytutów Badawczych, która odbyła się pod koniec stycznia w podwarszawskich Kajetanach, wiceminister zdrowia Jarosław Pinkas powiedział, że medyczne instytuty badawcze to perły polskiej medycyny, o które trzeba dbać. Podkreślił, że to resort zdrowia jest za nie odpowiedzialny i zadeklarował pomoc, ale ich dyrektorzy muszą najpierw zdefiniować najpilniejsze potrzeby. Wspólny dialog ma doprowadzić do pozytywnych zmian.

– Słowa wiceministra Pinkasa są budujące. Cieszę się, że Ministerstwo Zdrowia dostrzega te placówki i ich ogromną rolę. Mamy świetną bazę kliniczną, naukową i dydaktyczną. Szkoda tego nie wykorzystać – komentuje prof. Rafalski. Jest też pomysł w samej RGiB, aby utworzyć tam zespół ds. instytutów medycznych. – Cała rada ma pod opieką ponad setkę instytutów z różnych dziedzin, dlatego zasadne byłoby uformowanie takiego ciała, które zajmowałoby się wyłącznie placówkami medycznymi, definiowało ich potrzeby i proponowało kierunki rozwoju – tłumaczy szef RGiB.

– Dobrze, że doszło do tego spotkania. Inicjując je, miałem na względzie, aby powrócić do dobrych praktyk i współpracy sprzed 20 lat. Wtedy i dziś ma to sens. Cieszę się słowami pana ministra, że możemy liczyć na dobre kontakty i współpracę – stwierdza z kolei prof. Skarżyński.

Problem komunikacyjny

Z argumentem zbyt niskiego finansowania trudno dyskutować, jednak z drugiej strony – przecież nie tylko instytuty medyczne mają ten problem, inni także się z nim borykają, ale mimo to osiągają sukcesy. – To ważne, że resort zdrowia dostrzega problem, ale równie istotne jest, aby instytuty same pokazały, że chcą się rozwijać i naprawiać zaskala rzeczywistość. Ministerstwo nie rozwiąże za nas problemów, trzeba samemu wykazać szereg inicjatyw. Nawet jeśli są braki finansowe, trudności w uzyskiwaniu grantów, to można przyjąć pozycję „obrażam się na system i nic nie robię”, ale można też głośno mówić o tym problemie, pokazać konkretne przykłady, co się zmieni na lepsze, jeśli konkretne działania zostaną wdrożone. Warto też współpracować z innymi, wymieniać się doświadczeniami i udostępniać własne sprzęty i laboratoria, również za granicą, bo to poszerza horyzonty i obniża koszty. Wszyscy są ważni, i instytuty, i szpitale, i uczelnie medyczne, nie musimy

ze sobą konkurować. Mojemu instytutowi i kilku innym udało się, trzymam kciuki za resztę – uważa prof. Henryk Skarżyński. Dodaje, że nie jest tak, że inni potrafią i robią wiele dla polskiej medycyny, a instytuty na tym polu kuleją. – Mają absolutnie wiele osiągnąć, ale muszą dbać, by były upowszechniane. Myślę, że instytuty wykonują kawał dobrej roboty, ale mają problemy z wypromowaniem swojej działalności, choćby poprzez media, przez co można odnieść nieprawdziwe wrażenie, że niewiele się w ich murach dzieje. Tak nie można, bo te sukcesy pozostają niezauważane i nie ma szansy na dalszy ich rozwój. Trzeba pokazywać swój dorobek, bo wtedy łatwiej walczyć o większe dotacje i nowe inicjatywy, budować zespoły w kraju oraz międzynarodowe – dodaje prof. Skarżyński.

Instytut Centrum Zdrowia Dziecka przygotowuje się do uruchomienia ośrodka transplantacyjnego dla dzieci. Instytut Matki i Dziecka stosuje unikalne metody leczenia roszczeń twarzy i wdrożył ogólnopolski program badania przesiewowego u noworodków w kierunku rzadkich wad metabolizmu. Naukowcy z Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi odkryli ostatnio, że zanieczyszczone powietrze wpływa negatywnie na jakość plemników. Tomasz Wołowicz, mikrobiolog z NIZP – PZH opracował prosty w realizacji i szybki test na obecność wirusa Ebola. W Instytucie prof. Skarżyńskiego od 13 lat wykonuje się najwięcej w świecie operacji poprawiających słuch, a polscy pacjenci mają dostęp do najnowszych technologii jako pierwsi lub jedni z pierwszych we współczesnej światowej medycynie. Działa tam też pierwsza w świecie Krajowa Sieć Teleaudiologii. Badacze Instytutu Psychiatrii i Neurologii poszukują biomarkerów w kierunku schorzeń neurologicznych. W Instytucie Kardiologii coraz częściej wykonuje się pionierskie zabiegi. Instytut Hematologii i Transfuzjologii bada, jak skuteczniej leczyć nowotwory układu chłonnego i krwiotwórczego. To tylko wybrane przykłady, pewnie nawet nie najważniejsze, o których jednak zbyt mało się mówi. Potencjał jest olbrzymi, a może być dużo lepiej. ■

Medyczne instytuty badawcze w Polsce:

- Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie (Warszawa)
- Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu (Kajetany)
- Instytut Hematologii i Transfuzjologii (Warszawa)
- Instytut Matki i Dziecka (Warszawa)
- Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera (Łódź)
- Instytut Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka (Warszawa)
- Instytut Reumatologii im. prof. E. Reicher (Warszawa)
- Narodowy Instytut Leków (Warszawa)
- Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki (Łódź)
- Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc (Warszawa)
- Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia S. Wyszyńskiego (Warszawa)
- Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego (Sosnowiec)
- Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki (Lublin)
- Instytut Psychiatrii i Neurologii (Warszawa)
- Instytut Żywności i Żywienia im. prof. A. Szczygły (Warszawa)
- Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny (Warszawa)



**Leon
Ferfecki**

Lekarz
specjalista
psychiatra

Lekarze a choroba alkoholowa (część 1)

Chcę powrócić do zagadnienia, które mocnym tonem, uderzone przez dra med. Bohdana Woronowicza*, odbiło się głośnym echem w Liście do Redakcji („GL” 5/2015), zatytułowanym „Czy to gorsi ludzie?” i podpisanym „Grażyna – lekarka alkoholiczka”.

Zacytuję z niego dwa stwierdzenia: „Ale koledzy lekarze w zdecydowanej większości nie mają pojęcia na temat choroby alkoholowej i jej leczenia”; „Chorobę należy leczyć, a nie ukrywać”. Ton i echo zostały wzmocnione doniesieniem dra Wojciecha Oleksego („GL” 4/2015 w dziale Samorząd – „Po-woli, lecz pewnie”) o spotkaniu w lutym 2015 r., zorganizowanym z inicjatywy OIL w Krakowie i Regionu AA (Anonimowi Alkoholicy) „Galicja”, a także gospodarza spotkania – Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego; a kilka miesięcy później uzupełnione informacją mailową, jaką otrzymałem od dra Oleksego o powstaniu grupy AA lekarzy przy OIL w Krakowie.

Od zawsze, jak pamiętam, tj. przez dziesięciolecia, w sposób uwłaczający naszej wiedzy medycznej i nam lekarzom osobiście, w mediach przedstawiane są przypadki – które oczywiście bulwersują opinię publiczną – „przytłapania na gorącym uczynku” (czytaj: „przestępstwie”) lekarza nietrzeźwego w pracy. Słabo przypominam sobie, aby telewizja z kamerami pospieszyła – chociaż też się to zdarza – do nietrzeźwego policjanta, polityka, nauczyciela, sędziego, duchownego itd. I wówczas przełożony takiego chorego na alkoholizm lekarza, także lekarz, zapewnia przed kamerami publikę, że zostaną wyciągnięte konsekwencje, najpewniej zwolnienie z pracy. Nic o tym, że ciężko chory lekarz zostanie skierowany na leczenie. Nie mamy chyba wątpliwości, że nieutrzymywanie trzeźwości w pracy jest objawem zaawansowanej i ciężkiej już choroby uzależnieniowej. Niemożność powstrzymania się od picia alkoholu i kontrolowania jego używania jest jednym z objawów (zasadniczym) choroby alkoholowej, o czym wszyscy medycy zapewne zdajemy sobie doskonale sprawę. Nie wie tego lekarz, który jest przełożonym chorego kolegi? To tak, jakby tolerowano i nie spieszo z pomocą pokaszłującemu codziennie koledze lekarzowi, chore-mu być może na gruźlicę, POChP albo nawet płuc, ale niepotrafiącemu przejąć się swoimi osobistymi objawami choroby; w końcu – z powodu ciężkiego napadu uporczywego kaszlu, który wystąpił w czasie pracy tego medyka – pacjent lub jego rodzina wzywa policję i telewizję, bo oto taki ciężko chory lekarz został dopuszczony do pracy, przecież nie jest w stanie jej wykonywać i jeszcze zaraża swoich pacjentów jakąś chorobą.

A przecież, na sto procent, objawy choroby alkoholowej lekarza (i każdego innego pracownika) oto-

czenie/środowisko jego pracy obserwuje i toleruje, najczęściej też w to się wikła, od miesięcy, a nawet lat. Czy ma jakiś sens bagatelizowanie i tuszowanie (!) objawów jakiegokolwiek choroby? Nie postępujemy przecież tak z objawami np. bólowymi schorzeń.

No cóż, choroby uzależnieniowe odróżniają się od chorób strictly somatycznych swoją przedziwną specyfiką, wynikającą z działania mechanizmów psychologicznych, które czynią chorobę nierozpoznawalną po swoich objawach dla samego chorego i kształtującą system manipulowania swą własną psychiką i wszystkimi osobami bliżej i dalej współzyskującymi z chorym.

Osobisty ogląd tych mechanizmów oddał literacko Stephen King w książce pt. „Jak pisać. Pamiętnik rzemieślnika”. Oto co napisał: „Gdybym coś spieprzył – któreś nocy wypadł z szosy albo schrzanił telewizyjny wywiad na żywo, ktoś mógłby kazać mi kontrolować picie, a mówienie alkoholikowi, by kontrolował picie, jest jak mówienie człowiekowi cierpiącemu na najgorszy na świecie przypadek rozwolnienia, by kontrolował swoje kiszki. (...) Sama idea picia dla smaku wydaje mi się absurdalna. Jeśli nie chcesz się urznąć, to czemu po prostu nie wypijesz coli? (...) W 1985 r. do moich problemów z alkoholem dołączyły prochy. Mimo wszystko, jak wielu nałogowców, wciąż funkcjonowałem i jakoś sobie radziłem. Śmiertelnie się bałem. W owym czasie nie wyobrażałem sobie innego życia. (...) moja żona, uznawszy w końcu, że sam nie zdołam wyrwać się z tej koszarnej spirali, zaczęła działać. Z pewnością nie było to łatwe – w owym czasie straciłem zupełnie kontakt ze zdrowym rozsądkiem – ale udało się jej. Zorganizowała grupę interwencyjną złożoną z członków rodziny i przyjaciół. Razem urządzili mi piekielną psychodramę. (...) zacząłem się targować, bo tak właśnie postępują nałogowcy, w końcu zyskałem dwa tygodnie na zastanowienie. Kiedy patrzę z dzisiejszej perspektywy, w tym właśnie najwyraźniej dostrzegam szaleństwo owego okresu. Facet stoi na dachu płonącego budynku. Zjawia się helikopter, zawisa nad nim, rzuca mu linę. «Wspinaj się» – wrzeszczy pilot, a gość na dachu płonącego budynku odpowiada: «Dajcie mi dwa tygodnie na zastanowienie»”.

Wszyscy Polacy spotykamy się od dzieciństwa z osobami uzależnionymi od alkoholu i jesteśmy wpły-wani i wikłani w sieć psychologiczno-społecznych, oczywiście także rodzinnych, mechanizmów i relacji, które są nieuniknione w kontaktach i we współżyciu

z tymi chorymi. Traktujemy te osoby (a jest ich masa – około 15 proc. populacji, a włączywszy osoby współuzależnione i uwikłane choćby na krótko i okresowo, możemy mówić de facto o 100 proc.), bardzo różnie: od nastawień nadzwyczaj pozytywnych – jako osoby dowcipne, będące „duszami towarzystwa”, nawet heroiczne, poprzez pobłażliwe i tłumaczące – żeby wykonać jakieś zadanie (np. zoperować pacjenta), „musi się napić”, do negatywnych i wykluczających – używamy wtedy określeń „pijak”, „lump”, „menel”, „alkoholik”; to ostatnie ma zabarwienie bardzo pejoratywne, np. żona mówi o mężu: „może on jest pijakiem, ale na pewno nie alkoholikiem”.

Sam oczywiście wielokrotnie owego wpływu i wnikania w moje życie doznawałem, podzielię się z Koleżankami i Kolegami kilkoma tylko własnymi doświadczeniami i obserwacjami dotyczącymi lekarzy i mojej pracy lekarza.

W czasie, gdy byłem wolontariuszem i dostałem etat (w 1981 r., miałem wówczas świeżutką „jedynkę” z psychiatrii) w oddziale psychiatrycznym dużego szpitala w Krakowie, zastępcą, i spodziewanym następcą, ordynatora był około 50-letni specjalista z doktoratem, z którym osobiście nie popracowałem, ponieważ z powodu „nałogowego” picia alkoholu (trwało to ładnych kilka lat, w końcówce – codziennie w pracy z „kolegami” w kotłowni szpitala) był właśnie z pracy zwalniany, „prawie że dyscyplinarnie”. Po tym zatrudniony był przez krótki czas w poradni przeciwalkoholowej (sic!), po czym zmarł z powodu „kardiomiopatii alkoholowej”. Jego wieloletni koledzy – lekarze z oddziału, wstydząc się zapewne udziału w jego pogrzebie, mnie z dwiema pielęgniarkami wydelegowali do reprezentowania oddziału na tej smutnej uroczystości.

W tamtych czasach (mowa o latach 80. XX w.) działały nieliczne poradnie przeciwalkoholowe, w których nielicznych alkoholików przymusowo „leczono” Anticolem (disulfiramem). Zaś na oddziale psychiatrycznym trafiało sporo chorych na alkoholizm, których po detoksie „leczyliśmy” mądrym gadaniem i – we współpracy z oddziałem chirurgicznym – wszyciem Esperalu (disulfiramu) pod skórę (tzw. wszzywki, zaszywanie lub szczepienie), które stopniowo przez kilka miesięcy miały wchłaniać się do krwiobiegu, co miało powodować utrzymywanie abstynencji wymuszonej strachem przed bardzo nieprzyjemnymi doznaniem, wynikającymi z reakcji organizmu na efekt reakcji chemicznej: alkohol + disulfiram = aldehyd octowy (tzw. terapia awersyjna).

Tego, w jaki sposób naprawdę można pomóc osobie chorej na alkoholizm, dowiedziałem się w roku bodajże 1988 (a byłem już od 1985 r. specjalistą psychiatrą II stopnia) nie od nauczycieli lekarzy czy od kolegów lekarzy, lecz od alkoholika. Był nim profesor prawa i socjologii, Wiktor Osiatyński, który po 5 latach od zakończenia swojej terapii, z której skorzystał w USA, stał się alkoholikiem niepijącym i „trzeźwiejącym”, opowiadał o sobie, swoim alkoholizmie i leczeniu, jakie przeżył. Spotkanie z prof. Osiatyńskim odbyło się w ramach jednego z wtorkowych spotkań naukowych, tradycyjnie mających miejsce w bibliote-

ce Kliniki Psychiatrii Akademii Medycznej w Krakowie. Wielu doświadczonych lekarzy psychiatrów uczestniczących w tym spotkaniu przyjęło wystąpienie prof. Osiatyńskiego bardzo sceptycznie. Szczególnie nie spodobała się im ta prawda, że „autorytet” lekarza, który ma ambicję wyleczyć pacjenta z choroby alkoholowej, w tym przypadku zupełnie nie działa i nie ma żadnych szans, aby lekarskie zalecenie zaprzestania lub ograniczenia picia alkoholik zrealizował.

Wiktor Osiatyński, będący bardzo dobrym literatem, opisał swoją terapię (20 lat po jej przebiegu) w książce pt. „Rehab”, a po następnych blisko 10 latach (w 2012 r.) w książkach „Litacja” i „Rehabilitacja” przedstawił swoje „życie wewnętrzne” i różnorakie doświadczenia z kolejnych lat po przebytej terapii. W „Polskowi: dwudziesty dziewiąty rok” napisał: „Człowiek z pokiereszowanym ego niemal na każdy bodziec reaguje niewłaściwie”; „Książka pokazuje (...), jak zdradliwy i podstępny potrafi być własny umysł”.

Niedługo po spotkaniu w Klinice Psychiatrii z prof. Osiatyńskim, udałem się na jeden z mitingów AA w Krakowie, które już, nieliczne jeszcze, w tym dużym mieście się odbywały. Grupa AA z powodu mojego uczestnictwa uczyniła ten miting otwartym, dużo skorzystałem. I oto przypadła mi na moim oddziale do leczenia pacjentka z chorobą alkoholową, 48-letnia lekarka anestezjolog. Chora ta z powodu swojego alkoholizmu straciła już męża, przyjaciół, była wyniszczona somatycznie, traciła właśnie pracę w swoim szpitalu (nie w Krakowie). Wykorzystałem świeżo nabytą wiedzę – po detoksykacji nie pokierowałem mojej pacjentki na wszczep Esperalu (nie stosuję disulfiramu w „leczeniu” chorych na alkoholizm; „terapię awersyjną” traktuję wręcz jako błąd w sztuce). Dzięki pomocy Wojtka Oleksego (który wówczas, będąc młodziutkim psychiatrą, toczył boje ze swoim szefem, ordynatorem oddziału leczenia alkoholików w szpitalu psychiatrycznym, o wprowadzanie nowoczesnych metod terapii), pokierowałem koleżankę lekarkę alkoholicką na kilka mitingów AA; skorzystała z nich w ramach hospitalizacji i została z oddziału wypisana. Jak się po około roku dowiedziałem, ten sposób postępowania przyniósł spektakularny efekt: koleżanka lekarka pracowała w zawodzie, w jej miejscowości działała grupa AA.

Niestety, w pamięci mam pojedyncze jedynie przypadki efektywnego radzenia sobie ze swoją chorobą alkoholową (uzależnieniową) lekarzy, a przykładów niepomysłnych i wręcz tragicznych – mnóstwo. Przypuszczam, iż wynika to z tego, że aby dostrzec u siebie objawy tego schorzenia, zgłosić się po pomoc i skutecznie z niej korzystać (zawiera się w tym terapia i ruch samopomocowy), konieczne jest wyzbycie się psychologicznego poczucia lekarskiej potencji i mocy w panowaniu nad ludzkimi organizmami, także swoim. Zachowanie poczucia mocy jest w ogóle niezmiennie istotnym czynnikiem w rozwoju i utrzymywaniu się tej choroby u osób uzależnionych i oczywiście nie dotyczy jedynie lekarzy.

O moich doświadczeniach w walce z chorobą alkoholową, także wśród kolegów lekarzy, już w kolejnym numerze „Gazety Lekarskiej”. ■

„Gdy lekarz nie dostrzega swojej choroby” („GL” 10/2014), „Niepokojące zachowania” („GL” 4/2015), „Uzależnienie w rodzinie” („GL” 5/2015)

Lucyna
Krysiak

Kształcenie kadr medycznych wymaga zmian

FOTO: Adobe Stock

Najwyższa Izba Kontroli wzięła pod lupę system kształcenia kadr medycznych w Polsce. Wskazuje na wiele nieprawidłowości, które mogą przekładać się na jakość świadczonej opieki zdrowotnej.

Kształcenie przed- i podyplomowe lekarzy i lekarzy dentystów od dłuższego czasu jest przedmiotem burzliwych dyskusji w środowisku lekarskim. 4 grudnia 2015 r. Naczelna Rada Lekarska wystosowała w tej sprawie apel do Ministra Zdrowia. Dotyczy on kierunków zmian systemu opieki zdrowotnej, zasad wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty oraz kształcenia przed- i podyplomowego w tych zawodach. Wnioski pokontrolne NIK w dużej mierze pokrywają się z tym, co wcześniej dostrzegali, analizowali i sygnalizowali sami lekarze.

Brak strategii

NIK utrzymuje, że w kształceniu kadr medycznych brakuje kompleksowej i perspektywicznej strategii, która uwzględniałaby potrzeby zdrowotne społeczeństwa, a najpilniejsze z nich to długie kolejki do specjalistów, na zaplanowane operacje czy limity przyjęć do oddziałów szpitalnych. NIK wskazuje tu na sposób kształcenia lekarzy, który nie zapewniał wystarczającej liczby specjalistów, by te potrzeby mogły być zaspokojone. Lekarze widzą jednak inne czynniki generujące kolejki, np. brak odpowiednich mechanizmów, by powstrzymać emigrację zarobkową. O deficytach kadrowych w polskiej ochronie zdrowia ostatnio znów jest coraz głośniejsze, ponieważ wielu oddziałom szpitalnym grozi zamknięcie. W Polsce na 1000 mieszkańców przypada 2,2

praktykującego lekarza. W ocenie NIK to za mało, by zapewnić odpowiednią opiekę medyczną. W raporcie nie uwzględniono jednak okresu bezrobocia wśród lekarzy. Po wdrożeniu reformy w ochronie zdrowia szukali oni innej pracy, m.in. w firmach farmaceutycznych lub właśnie za granicą, gdy pojawiła się taka możliwość.

Według danych Naczelnej Izby Lekarskiej ze 181 188 lekarzy w Polsce, zawód wykonuje 163 780, a prognozuje się, że za 20 lat liczba ta spadnie do 100 tys., ponieważ część praktykujących lekarzy zbliży się do wieku emerytalnego, a część wyemigruje. Co zrobić, aby przybyło lekarzy, może uprościć ścieżkę edukacyjną? Takie próby już poczyniono, likwidując staż podyplomowy, o którego przywrócenie usilnie stara się samorząd. Wydaje się, że ten postulat jest właściwie rozumiany przez nowe kierownictwo resortu i staż pozostanie. NIK przestrzega też przed działaniami mającymi na celu przyspieszenie „produkowania” specjalistów, w obawie, że odbije się to na poziomie wykształcenia i jakości świadczonych przez nich usług. Może więc należałoby zwiększyć limity przyjęć na uczelnie medyczne? W ocenie Najwyższej Izby Kontroli w naborze i kształceniu kadr medycznych uczelnie kierują się własnymi wyznacznikami, ponieważ w Polsce nie ma jednego wyznacznika zakresu tego kształcenia, który obowiązywałby we wszystkich uczelniach. Prof. Jerzy Kruszewski, przewodniczący Komisji Kształcenia NRL,

podkreśla, że nie jest jasno określone, do kogo raport NIK jest kierowany, a więc nie wiadomo, kto ma zrealizować wnioski pokontrolne. Nie zgadza się też z sugestiami, że główną przyczyną kolejek jest w Polsce deficyt specjalistów, bo chodzi o dostęp do specjalisty i problem tkwi w limitowaniu świadczeń przez NFZ, z powodu braku pieniędzy i tworzenia formalnych barier. – Gdyby zwiększono limity, tak by zaspokajały potrzeby mierzone liczbą oczekujących w kolejce do specjalisty, problem kolejek przestałby istnieć – zaznacza prof. Kruszewski. A więc bardziej od nakładów finansowych zależy czas oczekiwania na leczenie specjalistyczne niż od sposobu kształcenia lekarzy. NIK zwraca też uwagę, że nie ma systemu monitorowania odpływu kadr medycznych za granicę, ale nie wskazuje, kto ma taki system stworzyć i być za niego odpowiedzialnym. – Do pracy wyjechało z kraju 2 mln osób i są to nie tylko lekarze, system monitorowania powinien więc uwzględniać także inne zawody – zaznacza prof. Kruszewski i dodaje, że problemem deficytu specjalistów nie można obarczać wyłącznie emigracji zarobkowej.

Zacząć od uczelni

NIK zakwestionował też sposób naboru i kształcenia kadr medycznych. Limity miejsc i przyjęć na studia medyczne ogłasza Ministerstwo Zdrowia, które powinno wyznaczać ich kierunek, a rola resortu ograniczała się do akceptacji propozycji przedstawianych przez uczelnie medyczne. Od 2012 r. przez trzy kolejne lata limity przyjęć na kierunki lekarski i lekarsko-dentystyczny były ogłaszane już po rozpoczęciu rekrutacji, a progi punktowe decydujące o zakwalifikowaniu na studia ustalano bez wiedzy o limicie przyjęć określonym na dany rok. Uczelnie medyczne ustalały limity na podstawie własnych analiz zapotrzebowania na absolwentów danego kierunku, uwzględniając możliwości dydaktyczne i finansowe, które – jak wiadomo – są mniej niż skromne. Decydowały więc pieniądze, ponieważ wpływy z opłat za kształcenie stanowiły istotne źródło przychodów własnych uczelni. W 2014 r. z tytułu kształcenia w języku innym niż polski wynosiły one 48,5 proc. przychodów własnych skontrolowanych uczelni. NIK ostrzega je przed komercjalizacją, uważa, że niestacjonarne studia lekarskie i lekarsko-dentystyczne w praktyce stają się płatną formą studiów dziennych (studenci stacjonarni i niestacjonarni uczestniczyli we wspólnych zajęciach). W latach 2012-2016 limit przyjęć na kierunek lekarski na studia stacjonarne wzrósł o 14 proc., a na niestacjonarne o 40 proc. Limit przyjęć na kierunek lekarski prowadzony w języku innym niż polski wzrósł o 20 proc. Na kierunku lekarsko-dentystycznym limit przyjęć na studia stacjonarne wzrósł o 7,7 proc., na niestacjonarne o 11,8, a na prowadzone w języku obcym aż o 71,1 proc. Zwiększenie naboru na studia medyczne nie mogło więc przełożyć się na przyrost specjalistów. Na uczelniach medycznych przybyło też studiujących organizację ochrony zdrowia. Absolwenci to specjaliści zdrowia publicznego, przeważnie jednak nie znajdują oni pracy w swoim zawodzie. Nabór na wydziały lekarskie wciąż jest za mały, by w przyszłości wypełnić powstałą lukę. Minister Zdrowia zapowiada wprowadzenie zwiększenia limitów przyjęć, ale czy to wystarczy? – Wierzę, że

kształcenie specjalistów zdrowia publicznego ma sens, ponieważ przysporzy wykwalifikowanych kadr, takich jak np. sekretarki medyczne, pomocnicy lekarza, którzy wezmą na siebie tworzenie dokumentacji do rozliczenia z płatnikiem. Tymczasem papierkowej pracy przybywa, spada ona na barki lekarza, zajmując jego czas, który mógłby poświęcić pacjentom – tłumaczy prof. Kruszewski. Prowadzenie dokumentacji i wypełnianie różnego rodzaju formularzy wymaganych głównie przez NFZ, zamienianie rozpoznań na kody lub wpasowywanie ich do określeń w różnych klasyfikacjach stało się czasochłonnym zajęciem lekarzy pracujących pod presją, by uzyskać za chorego jak najwięcej punktów.

Decyduje popyt

Lekarze i lekarze dentyści od lat walczą o zwiększenie liczby rezydentur (w apelu NRL do Ministra Zdrowia także przewija się ten wątek). Są zgodni, że limitowanie miejsc rezydenckich wpływa na liczbę kształconych specjalistów. NIK zwraca jednak uwagę, że nie wszystkie miejsca były wykorzystywane, bo inne są preferencje specjalizowania się, a inne potrzeby ochrony zdrowia oceniane przez resort. Na przykład w chirurgii szczękowo-twarzowej, endokrynologii, ortodoncji, chętnych było więcej niż miejsc, natomiast w medycynie ratunkowej, neonatologii, onkologii i hematologii dziecięcej czy patomorfologii – większość miejsc (90 proc.) pozostawała niewykorzystana. W ocenie NIK działło się tak, ponieważ Ministerstwo Zdrowia nie wypracowało mechanizmów określania liczby niezbędnych specjalistów w danych regionach kraju (m.in. lekarzy i pielęgniarek). – Może trzeba ustalić, po co kształcimy kadry medyczne. Czy system ma spełniać oczekiwania lekarzy, ich dążenia do zrealizowania wymarzonej specjalizacji czy zabezpieczać rzeczywiste potrzeby pacjentów? – zastanawia się prof. Jerzy Kruszewski. Lekarze najchętniej chcieliby specjalizować się w modnych, komercyjnych dziedzinach, takich jak kardiologia, dermatologia, medycyna estetyczna itp. Placówki komercyjne mają oddziały, w których procedury są wysoko wyceniane przez NFZ, ale żadna nie posiada np. oddziału zakaźnego, bo to się nie opłaca. Większość lekarzy, wybierając specjalizację, ma aspiracje, by pracować w takiej placówce. NIK uważa, że trzeba przeciwdziałać temu zjawisku, np. zobowiązać specjalistę odbywającego kształcenie specjalizacyjne w trybie rezydentury, a więc finansowane ze środków publicznych, do odpracowania rezydentury w systemie ubezpieczenia zdrowotnego w placówce niekomercyjnej. Czy to powstrzyma komercjalizowanie się specjalizacji? System opieki zdrowotnej opiera się na internie, medycynie rodzinnej, pediatrii, chirurgii i ginekologii – czy to przywróci im właściwe miejsce? – Należy dobrze rozpoznać potrzeby zdrowotne Polaków i na tej podstawie budować zarówno systemy opieki, jak i kształcenia kadr medycznych – podsumowuje prof. Kruszewski. ■



**Romuald
Krajewski**

Kierownik
Ośrodka Studiów,
Analiz i Informacji
Naczelnej Izby
Lekarskiej



**Filip
Dąbrowski**

Przewodniczący
Komisji
ds. Młodych
Lekarzy NRL

Badanie

Komisja Stomatologiczna
NRL oraz Ośrodek Studiów
Analiz i Informacji NIL
rozpoczynają ogólnopolskie
badanie opinii środowiska
lekarzy dentyistów. Bardzo
prosimy wszystkie osoby,
które otrzymają zaproszenie
do udziału w badaniu,
o wypełnienie ankiet.

Rekrutacja

Co sądzymy o szkoleniu specjalizacyjnym lekarzy i lekarzy
dentyistów w Polsce?

Problemy związane z dostaniem się na specjalizację, jej odbywaniem i ze zdawaniem egzaminu specjalizacyjnego stały się bardzo częstym tematem dyskusji w naszym środowisku, szczególnie wśród młodych lekarzy. Specjalistów brakuje i pacjenci mają trudności z dostępem do nich. Uzyskiwanie tytułu specjalisty jest bardzo ważnym elementem rozwoju zawodowego, chcą go uzyskać praktycznie wszyscy lekarze oraz wielu lekarzy dentyistów. Istnieje powszechna zgoda co do potrzeby udoskonalania systemu kształcenia podyplomowego. Ale jak to należy zrobić?

Komisja ds. Młodych Lekarzy oraz OSAI NIL postanowiły przeprowadzić badanie opinii środowiska lekarzy w wieku do 35. r.ż. o całym systemie uzyskiwania specjalizacji, od rekrutacji poprzez przebieg szkolenia do zdania egzaminu. Okazało się, że jest to „gorący” temat. W badaniu wzięło udział aż 2691 lekarzy i lekarzy dentyistów z całej Polski, których charakterystykę przedstawia tabela 1.

Na pytanie o ogólną ocenę systemu młodzi lekarze odpowiedzieli, że oceniają go źle (23% bardzo źle, 46% raczej źle, a tylko 10% raczej dobrze i mniej niż 1% bardzo dobrze). W tej części przedstawimy najważniejsze wyniki dotyczące sposobu rekrutacji.

Rekrutacja obejmuje wiele elementów i problemy z nią związane są często wskazywane w stanowiskach Komisji ds. Młodych Lekarzy, omawiane na ogólnopolskich konferencjach młodych lekarzy, wyrażane w opiniach konsultantów krajowych zastrakowanych zbyt małą liczbą specjalistów w reprezentowanych przez nich dziedzinach.

Jakie problemy widzą respondenci w obecnym sposobie rekrutacji? Problemy uznane za najbardziej istotne przedstawia wykres 1. 78% respondentów uważa, że bardzo istotnym problemem jest blokowanie miejsc specjalizacyjnych. Z punktu widzenia lekarza sprawa jest prosta – otrzymałem skierowanie na rezydenturę, więc szef musi mnie przyjąć. Przyczyny odmowy przyjęcia mogą być różne. Na przykład potrzeba budowania zespołu. Współpracownik to nie tylko wynik LEK-u. W żadnej firmie kierownik nie jest zmuszony do zatrudnienia pracownika.

Badani nie popierają przyznawania dodatkowych punktów w trakcie rekrutacji, prawdopodobnie widząc w tym powrót do nepotyzmu i niezdrowych układów. Ponad połowa nie popiera też propozycji wprowadzenia egzaminu na specjalizację zamiast opierania rekrutacji na wynikach LEK/LDEK.

Kolejną grupą problemów są techniczne zagadnienia rekrutacji. 67% osób chciałoby móc składać

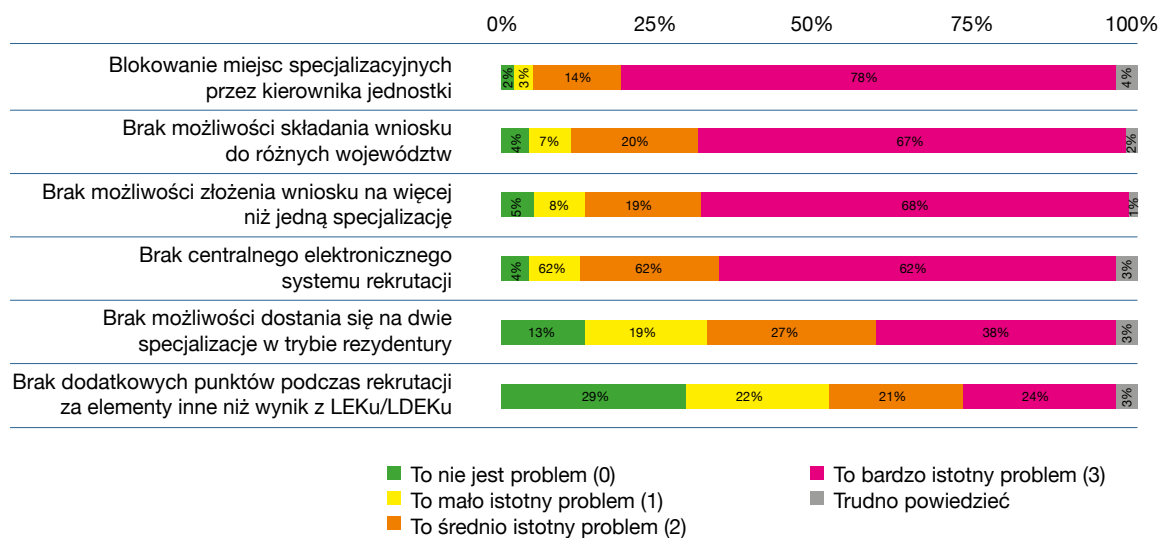
aplikację w więcej niż w jednym województwie. 68% cieszyłoby się z możliwości wnioskowania o szkolenie w więcej niż jednej dziedzinie, a 62% chciałoby to zrobić całkowicie przez internet. Mrzonka? Odpowiedzią na te wszystkie postulaty byłby ogólnopolski system rekrutacji z zasadami podobnymi jak obecnie w przypadku stażu podyplomowego. Brak takiego systemu 84% badanych uważa za istotny problem. Lekarz wybierałby preferowane specjalizacje, a następnie w kolejności ustalonej na podstawie wyników LEK/LDEK otrzymywałby propozycje typu: nefrologia w Wałbrzychu, Pułtusku lub Poznaniu albo gastrologia w Grudziądzu, Krakowie lub Szczecinie. Ułatwiłoby to wykorzystanie miejsc szkolenia, a także zwiększyłoby mobilność zawodową lekarzy. Mogliby wybrać, czy bardziej zależy im na specjalności, czy na miejscu odbywania szkolenia. System taki z powodzeniem funkcjonuje obecnie w wielu krajach europejskich. Podczas XXXVI Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Warszawie minister Radziwiłł obiecał dążenie do wprowadzenia tego typu rozwiązań.

Za istotną barierę w dostępie do specjalizacji 72% lekarzy wymienia niskie zarobki w trakcie specjalizacji (Wykres 2). Uchwała Nr 14 Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 7 stycznia 2006 r. apeluje o podniesienie pensji lekarza do 2-3 średnich krajowych. Niestety, minęło 10 lat, na Miodowej zmieniło wartość 5 ministrów, a pensja rezydenta nadal nie jest zadowalająca. Specjalizujący się lekarze pracują średnio 64 godziny tygodniowo. 89% respondentów uważa, że konieczność podjęcia dodatkowej pracy utrudnia realizację programu specjalizacji i może skłaniać do odbywania specjalizacji w innych miejscach.

Odbywanie specjalizacji w trybie rezydentury zostało wskazane jako preferowany tryb przez 2/3 respondentów, na drugim miejscu z 20% wskazań jest odbywanie jej w ramach zatrudnienia. 9% chciałoby odbywać ją za granicą, przy czym częściej wskazują tę możliwość lekarze (11%) niż lekarze dentyści (6%). Prawie nikt nie preferuje specjalizowania się w ramach wolontariatu.

Szczegółową analizę problemów lekarzy i lekarzy dentyistów w trakcie specjalizacji przedstawimy Państwu w następnym numerze „Gazety Lekarskiej”. Zachęcamy także do śledzenia strony NIL, gdzie dostępny jest kompletny, obszerny raport z przeprowadzonego badania. Korzystajmy z tych wyników przy dyskusjach o kształceniu lekarzy i lekarzy dentyistów specjalistów. Nie wszystkie oczekiwania młodych lekarzy uda się łatwo zrealizować, ale rozwiązania uwzględniające je na pewno będą lepsze. ■

Wykres 1. Ocena systemu naboru na szkolenie specjalizacyjne przez lekarzy (n=2691).



Wykres 2. Bariery na drodze do zdobycia specjalizacji.

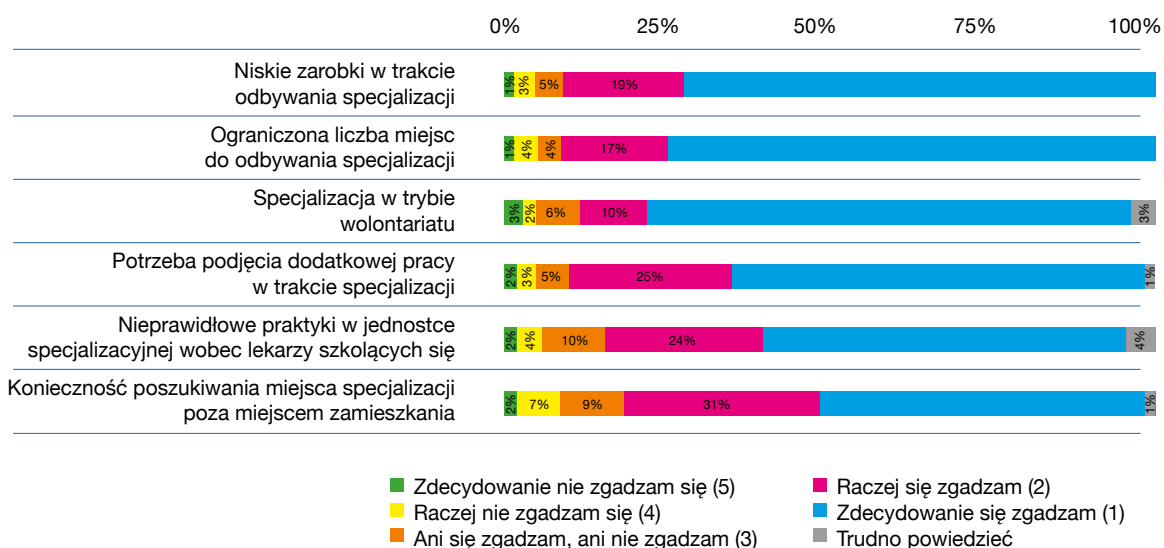


Tabela 1. Cechy demograficzne uczestników badania.

PŁEĆ		WIEK	
Mężczyzna	33,9%	do 30 lat	71,6%
Kobieta	66,1%	31-35 lat	28,4%
MIEJSCE ZAMIESZKANIA		TYTUŁ ZAWODOWY	
na wsi	4,9%	Lekarz	74,2%
w mieście do 50 tys. mieszkańców	10,4%	Lekarz dentysta	25,7%
w mieście od 50 do 99 tys. mieszkańców	7,9%	Lekarz i lekarz dentysta	0,02%
w mieście od 100 do 449 tys. mieszkańców	33,2%		
w mieście od 500 tys. mieszkańców lub powyżej	43,7%		



**Maria
Domagała**

Profesjoniści i pacjenci: czynnik społeczny

Kształt europejskich systemów ochrony zdrowia zależy nie tylko od rządzących, ale także od czynnika społecznego – organizacji profesjonalistów i pacjentów.

Nie ma jednego modelu ich oddziaływania, zależy to od specyfiki kraju i sposobu zorganizowania systemu. Na przykład w Anglii dzięki swej długiej tradycji i jasno zdefiniowanej roli organizacje te wywierają rzeczywisty wpływ na kształt systemu i zdrowie obywateli.

Organizacje zawodowe

Najstarszą jest Brytyjskie Towarzystwo Medyczne (powstało w 1832 r.), związek zawodowy lekarzy – skupia ich ponad 2/3 (140 tys.). Kadry medyczne NHS reprezentują też inne organizacje związkowe, np. konsultantów i specjalistów szpitalnych, dentystów itd. Nadzór nad praktyką lekarską jest w gestii samorządu. Naczelna Rada Medyczna (General Medical Council, GMC, powstała w 1858 r.) prowadzi rejestry lekarzy, dba o dobre praktyki, standardy edukacji zawodowej i redukcję błędów medycznych. Własne samorządy mają pielęgniarki i położne, farmaceuci, chiropraktycy, dentyści, optycy; w samorządzie wspólnym zrzeszeni są m.in. dietetycy, terapeuci, technicy radiologii. Specjaliści różnych zawodów tworzą towarzystwa naukowe, niektóre zwane kolegiatami królewskimi (Royal College). Mają je np. lekarze, chirurdzy, pielęgniarki. Wszyscy lekarze muszą co 5 lat odnawiać licencję, a specjaliści mieć certyfikat, np. Royal Colleges.

Niemieccy lekarze muszą należeć do związków lekarzy powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w swoich landach, które tworzą Federalne Stowarzyszenie Lekarzy PUZ (140 tys. członków). Organizacja Szpitali Niemieckich skupia 12 organizacji landowych. W landach działają samorządy lekarzy, dentystów, farmaceutów i psychologów psychoterapeutów (przynależność obligatoryjna). Odpowiadają za akredytację, kształcenie, standardy profesjonalne, etyczne i uczestnictwa w życiu publicznym i politycznym. Działania samorządów krajowych koordynują izby federalne; np. Niemieckie Stowarzyszenie Medyczne jest federalną izbą lekarzy. Izby mają szczególne prawa, np. ustalania schematu emerytalnego. Istnieją też liczne towarzystwa naukowe prowadzące działalność edukacyjną i naukową w landach; Zrzeszenie Naukowych Stowarzyszeń Medycznych skupia ponad 150 takich formacji. Specjalny status ma Niemieckie Stowarzyszenie Lekarzy Rodziny – monopolizuje kontraktowanie świadczeń POZ. Związek Hartmanna i skupiający lekarzy szpitalnych Związek Marburski (oba z tradycjami

sięgającymi 1900 r.) zajmują się lobbieniem. Zorganizowani są też prywatni ubezpieczyciele zdrowotni – ich stowarzyszenie liczy 43 członków.

We Francji również istnieją trzy typy organizacji profesjonalistów: stowarzyszenia, samorządy i związki zawodowe; większość zawodów wykształciła je wszystkie. Krajowy Związek Zawodów Zdrowotnych reprezentuje profesjonalistów prywatnie praktykujących; prowadzi analizy funkcjonowania systemu i praktyk prywatnych, ocenia potrzeby zdrowotne, oferuje informację i edukację lekarzom i pacjentom. Pracowników szpitali publicznych skupia Krajowy Związek Lekarzy Szpitalnych – wspiera w chorobie, stąd 100-procentowa przynależność.

W Skandynawii kompetencje organizacji rozkładają się inaczej. Duńskie Towarzystwo Medyczne skupia prawie wszystkich lekarzy i pielęgniarki: nadzoruje specjalizację, organizuje proces kształcenia, wchodzi w skład rządowych ciał zajmujących się opieką zdrowotną. Organizacje profesjonalne negocjują z władzami regionalnymi warunki pracy, płacy i inne. Natomiast licencji pracownikom medycznym udziela Krajowa Rada Zdrowia za pośrednictwem lokalnych władz medycznych. Tymczasem w Norwegii organizacje pracownicze (największe: Norweskie Stowarzyszenie Medyczne i Związek Pielęgniarek) pełnią rolę związków zawodowych, stowarzyszeń i samorządów – zarówno chronią interesy pracowników, jak też wpływają na kształt spraw zawodowych i polityki zdrowotnej. W Krajowej Radzie Jakości i Priorytetów w Ochronie Zdrowia (ciało doradcze rządu) zasiadają przedstawiciele szpitali, POZ, władz zdrowotnych, organizacji profesjonalistów i pacjentów.

W Hiszpanii organizacje lekarzy i innych zawodów nie są masowe i na ogół są słabe. Znaczące wpływy mają Hiszpańskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej i Środowiskowej oraz Towarzystwo Zdrowia Publicznego i Zarządzania Zdrowiem. Charakter samorządu ma Krajowa Rada Specjalistów Medycznych. Związki zawodowe wspierają rozwój publicznego systemu ochrony zdrowia, mają decydujący głos w sprawach płacowych (lekański CESM, pielęgniarski SATSE).

Sprawy pracownicze w relacjach z pracodawcami w Słowacji prowadzi Stowarzyszenie Związków Zawodowych Pracowników Zdrowotnych i Socjalnych. Samorządy są rzecznikami interesów zawodowych w relacjach z państwem, władzami lokalnymi i towarzystwami ubezpieczenia zdrowotnego. Uczestniczą

w proponowaniu legislacji, programów kształcenia, prowadzą rejestry profesjonalistów, organizują edukację ustawiczną, wydają licencje i ustanawiają standardy zawodowe. Przynależność do nich nie jest obowiązkowa, ale najstarsze – lekański, dentyŝtów, farmaceutów, pielęgniarek i połoŝnych są silnymi grupami interesów. Słowackie Towarzystwo Medyczne (zrzesza regionalne organizacje medyczne i farmaceutyczne) ma swoich przedstawicieli w wyspecjalizowanych agencjach rdowych.

Na Węgrzech istnieje wiele organizacji związkowych i zawodowych o dobrowolnej przynaleŝnoŝci – są zarówno grupami interesów, jak teŝ pełnią funkcje regulacyjne. Węgierska Izba Medyczna (członkostwo lekarzy i dentyŝtów obowiązkowe) wyraża opinie w sprawach

ŝwiadczeniodawcom i wdzom, ich raporty i rekomendacje trafiają do NHS. Wraz ze ŝlůzbami łącznoŝci z pacjentem konsultują np. planowane zmiany ŝwiadczeń, wnioski zgłaszają bezpoŝrednio do rdu. Ich głos bardzo się liczy w działaniach trustów NHS.

W niemieckim Komitecie Federalnym, najwaŝniejszym organie decyzyjnym systemu, zagwarantowano udział organizacji pacjentów, takich jak np. Niemiecka Rada Niepełnosprawnych, Federalny Związek Inicjatyw Pacjentów. Organizacje pacjentów wypowiadają się we wszystkich sprawach istotnych dla funkcjonowania ŝlůbzy zdrowia. Ich rola jest jeszcze większa na poziomie lokalnym, uczestniczą w stałych konferencjach poświęconych poprawie dostępu do ŝwiadczeń.

We Francji organizacje pacjentów bior udział w radach nadzorczych szpitali oraz stałych krajowych konferencjach zdrowia. Poza tradycyjną rolę ograniczoną do wspierania pacjenta wpływają na kierunek działań politycznych i forsują koncepcję pacjenta jako aktywnego podmiotu w sprawach swojego zdrowia. Zrzeszenie organizacji pozarządowych na rzecz pacjentów skupia 25 organizacji.

W Danii największe spoŝród kilkuset grup pacjentów uczestniczą w debatach parlamentarnych. Federacja Duńscy Pacjenci (15 organizacji i ok. 1 mln członków) współpracuje z wdzami, instytucjami badawczymi, dążąc do stworzenia systemu ochrony zdrowia skupionego na interesie pacjenta. Organizacja Norweskich Pacjentów promuje wiedzę o prawach pacjenta w publicznych konsultacjach z udziałem ekspertów i wdz. Gminy mają obowiązek uwzględniania opinii pacjentów o organizacji opieki i uzyskiwania informacji o odbiorze usłůg. Przedstawiciele pacjentów bior udział w pracy rad i zarządów szpitali.

W Hiszpanii udział cił doradczych na kaŝdym poziomie zarządzania systemem gwarantuje ustawa, jednak organizacje społeczne nie są licznie reprezentowane; ich wpływ jest słaby. W ostatnich latach partnerem dla polityków staje się Forum Hiszpańskich Pacjentów. Uczestniczy w tworzeniu strategii zdrowia w skali kraju i w prowincjach.

Organizacje pacjenckie w Słowacji są rozzczłonkowane. W decyzjach politycznych ich udział jest niewielki, mogą jedynie komentować tworzone prawo i nagłaŝniać negatywne zjawiska. Ich skutecznoŝć ogranicza ponadto koniecznoŝć lobbowania w resortach zdrowia i spraw socjalnych. Na Węgrzech liczba organizacji pacjenckich roŝnie, lecz pozycja ich jest słaba z powodu małych tradycji samorządowych i demokratycznych. W Polsce pacjenci mogą, za poŝrednictwem fundacji i stowarzyszeń, zajmujących się ochron praw pacjenta uczestniczyć np. w tworzeniu koszyka ŝwiadczeń gwarantowanych. Liczne organizacje skupione na promocji zdrowia (zarejestrowanych 11,5 tys.) próbują wpływać na decydentów poprzez media i polityków, inicjując badania i prezentując analizy. W swoich działaniach spotykają podobne przeszkody, jak pacjenci w innych krajach naszego regionu. ■

organizacji systemu ochrony zdrowia, ma prawo weta przy negocjowaniu kontraktów z płatnikiem. Podobnie działa izba farmaceutów i innych profesjonalistów zdrowotnych. Istnieją stowarzyszenia np. dyrektorów finansowych szpitali, dyrektorów pielęgniarstwa, a organizacje naukowe skupia Federacja Węgierskich Towarzystw Medycznych.

W Polsce lekarze, dentyŝci, pielęgniarki, połoŝne, farmaceutuci, diagnoŝci laboratoryjni, ratownicy medyczni mają samorządy o obowiązkowej przynaleŝnoŝci. Wikszoŝć pozostałych zawodów medycznych oraz specjalizacji lekarskich i pielęgniarskich tworzy organizacje o charakterze naukowym. Związki zawodowe skupione w ogólnopolskiej federacji mają sporą sił nacisku.

Organizacje pacjenckie

W Anglii prawo udziału w decyzjach o opiece zdrowotnej obywatele realizują poprzez lokalne sieci zaangażowania (local involvement networks) złożone z indywidualnych osůb, grup i organizacji; wdze lokalne (przy udziale rdu) zapewniają im finansowanie i zaplecze administracyjne. Swoje opinie i informacje przekazują

Na podstawie: Health System Review: France, Germany, Hungary, Norway, Poland, Slovakia, Spain, United Kingdom.



Joanna
Sokołowska



Pani mi powie...

„Wszedł raz do mnie pacjent i zagaił: dzień dobry, pani doktor!” – to mnie spotyka niemal codziennie... Częściej wprowadzie zagajają „panią doktor” albo „proszę panią”. Czasem komuś się wyrwie „pani lekarzu”, a w szpitalnym oddziale czasem ktoś zawoła za mną: „siostro!”.

Zracji tego, że to oddział, w którym cały personel oraz wszyscy dorośli pacjenci to kobiety, cenię takie siostrzane wezwanie z racji istnienia szczególnej więzi. Kto oglądał „Seksmiśję” Juliusza Machulskiego (a oglądali wszyscy) – rozumie, o jaką więź mi chodzi. Ale chyba najbardziej to lubię tę „panią doktor”... Może dlatego, że w moim, pełnym humanistów, domu nie raz mi wytknięto, dla podkreślenia zaniedbań edukacyjnych, że nawet nie jestem magistrem... A może dzieje się tak dzięki wiecznie Młodej Lekarce, którą staję się z dnia na dzień coraz bardziej?

„Pani mi powie...” – pada zazwyczaj w drugim zdaniu. I oznacza, że pacjent, choć mało biegły we władaniu mową ojczystą, wchodzi do gabinetu żądny wiadomości i gotowy na konfrontację wiedzy Googla z wiedzą Sokołowskiej. Wszystko, co zdarza się później, musi pozostać owiane tajemnicą lekarską. W erze partnerstwa i współdecydowania z pacjentem o sposobie jego leczenia, konieczne jest wytłumaczenie mu, na czym polega jego dolegliwość i, co niezmiernie ważne, wspólne ustalenie strategii działania.

Dla młodszych kolegów lekarzy sztuka rozmowy z pacjentem powoli staje się umiejętnością zdobywaną w trakcie nauki zawodu. W ramach zajęć z przedmiotu, zwanego „komunikacją interpersonalną”, uczą się prowadzić ten niełatwy dialog. Starszym, do których się zaliczam, musiała wystarczyć intuicja i zasady dobrego wychowania wyniesione z rodzinnego domu. Tym najlepszym z nas nie zaprzętało wprowadzie głowy odpowiednie ułożenie własnych dłoni podczas rozmowy ani obserwowanie, którym okiem pacjent ucieka przed wnikliwym spojrzeniem medyka – po prostu mieli to coś. Ci pozostali, nieobdarzeni przez naturę darem empatii, chociaż mistrzowie w zawodzie, słynęli ze swoich, czasem dość nieprzyjemnych nawyków, takich jak na przykład mówienie do chorego w trzeciej osobie – słynne „niech się rozbierze i położy”.

Niezależnie jednak od tego, czy przebieg rozmowy lekarza z chorym wyznacza staromodna kindersztuba czy odbywa się ona zgodnie ze schematem wpojonym przez coach'a (takiego korporacyjnego Jana Kamyczka) – żeby wszystko się udało – do rozmowy, jak do tanga, trzeba dwojga.



Cała trudność polega na tym, że jak pokazało Międzynarodowe Badanie Kompetencji Osób Dorosłych, przeprowadzone z inicjatywy OECD w 24 krajach, umiejętność czytania ze zrozumieniem oraz krytycznego myślenia, wśród Polaków, nie spełnia minimalnych standardów. Gorzej od nas, co ciekawe, w badaniu wypadli tylko Francuzi, Hiszpanie i Włosi. Badacze doszli do wniosku, że co piąty Polak nie potrafi zrozumieć i ocenić autentyczności podawanej informacji. Żeby było śmieszniej (i straszniej) stwierdzono jednocześnie, że im mniej prawdopodobna informacja, tym chętniej badani uznawali ją za autentyczną. A więc: UFO – tak, szczepienia – nie, czakram wawelski – tak, profilaktyka próchnicy – nie, homeopatia – tak, antybiotyki – nie... A Elvis żyje i ma się dobrze dzięki suplementom diety.

Tu, z pewnym niepokojem, zauważę, że zarówno pisząca te słowa, jak i je czytający, należą do badanej społeczności. Może się więc okazać, że całe to gadanie, to bujda... albo że kompletnie nie rozumiałam wyników badania. Gdyby jednak tak nie było i gdyby okazały się one prawdą, implikacje powyższego w lekarskim gabinecie są, niestety, oczywiste.

Tuszę (takie ładne słowo, niemające nic wspólnego z nadwagą), że przeczytałam opracowanie przytaczanego międzynarodowego badania ze zrozumieniem. Dzięki temu zdołałam pojąć kilka, niepojętych uprzednio, zjawisk.

Po pierwsze, wiem już dlaczego żel z biszofitem (ale tylko oryginalny, z dinozaurem) działa lepiej niż jakikolwiek lek przeciwpalny. Jego unikalne działanie gwarantują: w pełni ekologiczne wydobycie na krańcach Europy, pochodzenie spod pokładów prehistorii oraz nieco utrudniony dostęp na rynku („tylko w internecie”). Podobnie zresztą ma się sprawa z fenomenem działania niemieckich kropli przeciwko kolce niemowlęcej. Kluczowe jest tu słowo „niemiecki”, a zjawisko placebo zostaje jakimś magicznym sposobem przeniesione z opiekuna na pacjenta (albo odwrotnie).

Po drugie, są pacjenci, którzy muszą leczyć katar antybiotykiem. Chociaż raz w roku. Bo jak raz próbowali bez antybiotyku, to i tak to się skończyło antybiotykiem. Muszą więc istnieć także lekarze, którzy ten antybiotyk na katar przepiszą. Na potrzeby teorii o narastaniu antybiotykooporności!

Po trzecie, rozumiałam że jest możliwe porozumienie lekarza z pacjentem. Trzeba tylko podać informację w formie na tyle atrakcyjnej, by wydała się kosmicznie nieprawdopodobna. Czasem bywamy przecież służbą zdrowia. Czasem jego ochroną. A czasem w końcu – opieką zdrowotną, cokolwiek miałoby to znaczyć. Może tylko co jakiś czas warto sprawdzić, czy – zgodnie z obowiązującą normą i nomenklaturą – służymy właśnie sobie nawzajem, opiekujemy się czy chronimy – czasem także przed sobą.

I już po wszystkim... ■



**Sławomir
Pietras**

Dyrektor
polskich teatrów
operowych

Mukowiscydoza Fryderyka Chopina

Nasz geniusz pianistyczny był młodzieńcem wątłym i chorowitym. Mądrze i troskliwie planowane przez rodziców wakacje (Szafarnia, Antonin, Sanniki, Duszniki, Reinertz) skutecznie poprawiały nadwątlone zdrowie. Ale już w Paryżu, będąc rozchwytywanym wirtuozem, wybitnym pedagogiem fortepianu, wreszcie genialnym kompozytorem, dbałości o zdrowie poświęcał coraz mniej uwagi.

W 26. roku życia zaczął poważnie chorować, sądząco wtedy, że na gruźlicę. Jego burzliwy związek z George Sand i ich zimowy pobyt w Valdemosie na Majorce wzmógł tylko chorobę, która rozwijała się nadal podczas corocznych pobytów w nizinnym i podmokłym Nohant.

Po rozstaniu z George Sand popadł Chopin w głębokie przygnębienie. Szczerze i ofiarnie starała się wyciągnąć go z tego stanu nowa uczennica, przyjaciółka i sponsorka Jane Stirling, bogata, choć nie najbardziej urodziwa Szkotka, planująca nawet małżeństwo z artystą. Rok przed śmiercią Chopina pojechali razem do Wielkiej Brytanii i Irlandii, gdzie odbyły się ostatnie jego publiczne koncerty. Wilgoć tamtejszych sal koncertowych, chłód średniowiecznych zamków i pałaców, wreszcie przysłowiowa angielska pogoda, po raz kolejny spowodowały pogorszenie się stanu zdrowia.

Po powrocie do Paryża nie ruszał się już z domu. Długie wieczory wypełniały wizyty licznych francuskich przyjaciół, z malarzem Eugene Delacroix na czele, oraz najwinniejszych uczennic, na szczęście szczodrze płacących za lekcje fortepianu: Catheriny Soutzo, Marii Kalergis, Delfiny Potockiej, Charlotty de Rothschild i Marceliny Czartoryskiej.

W ostatnich miesiącach życia przeżył liczne wahania zdrowia i samopoczucia. Napady duszącego kaszlu, krwotoki, opuchlizna nóg, omdlenia. Na dodatek niedawno zmarł zaprzyjaźniony homeopata Jean-Jacques Moulin „posiadający sekret stawiania mnie na nogi” – jak mawiał. Księżna Sapieżyna zaniepokojona tym wszystkim wezwała znanego lekarza Jeana Cruveilhiera, który rozpoznał ostatnie stadium choroby. Nie zdiagnozował natomiast tego, o czym – ale dopiero w naszych czasach – mówią wybitni specjaliści.

Fryderyk Chopin mógł przez wiele lat chorować nie na gruźlicę, a na mukowiscydozę. Jest to choroba

genetyczna, w konsekwencji decydująca o niesprawności trzustki. Objawia się niewydolnością oskrzelowo-płucną, uciążliwym kaszlem, dusznością, nawracającym zapaleniem oskrzeli, płuc i zatok, polipami nosa i krwiopluciem. Jest chorobą dziedziczną, której w czasach Chopina chyba po prostu nie znano.

Równie tajemnicze są okoliczności wędrówki serca Fryderyka z Paryża do Warszawy. Po uroczystościach pogrzebowych w paryskiej Madeleine i na cmentarzu Père-Lachaise, przewoziła je już nie w dyliżansie, a koleją żelazną Ludwika Jędrzejewiczowa, starsza siostra kompozytora. Zrobiła to na życzenie brata, który – broń Boże – nie przewidywał przyszłego kultu tej części jego ciała w kościele Świętego Krzyża przy Krakowskim Przedmieściu.

Serce zatopione w słoju z koniakiem przechowywano najpierw w mieszkaniu państwa Jędrzejewiczów na Starym Mieście i dopiero po 30 latach zostało umieszczone w filarze nawy głównej naszej narodowej świątyni. W czasie powstania warszawskiego ten chopinowski skarb przechowano w Milanówku, aby po wojnie mógł triumfalnie powrócić na swoje dawne miejsce.

Prawdopodobnie nasz muzyczny geniusz prosił o wyjęcie mu serca po śmierci w obawie – bardzo częstej w jego czasach – przed letargiem, o którym zarówno we Francji, jak i w Polsce krążyły makabryczne opowieści. W ten sposób zostawił nam instrument uważany od romantyków aż do naszych czasów za symboliczny przyrząd do kochania. Przede wszystkim jednak pozostawił nam najpiękniejszą, rozbrzmiewającą do dziś po całym świecie muzykę fortepianową, a oprócz tego ostrzeżenie przed mukowiscydozą. Ostrzeżenie to dedykuję moim medycznym czytelnikom z prośbą, aby tej choroby nie dopuścili już nigdy do żadnego organizmu, a zwłaszcza ciała jakiegokolwiek artysty. ■

List do redakcji

Lekarz

(imię i nazwisko
do wiadomości
redakcji)

Przeciw komercjalizacji kształcenia

Jestem oburzony wyrażeniem zgody na prowadzenie studiów lekarskich na Uczelni Łazarskiego przez Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego.

Dyplom lekarza nie powinien być towarem wolno rynkowym, a bycie lekarzem nie jest zawodem, lecz powołaniem. Żadna uczelnia prywatna, której nadrzędnym celem jest zysk, w polskich realiach nie jest

w stanie prowadzić badań naukowych w dziedzinie nauk podstawowych. Dlatego studia lekarskie powinny być prowadzone przez uczelnie państwowe.

Komercjalizacja kształcenia spowoduje zdeprecjonowanie dyplomu lekarza i powstanie klasy konowałów, nie lekarzy. Prywatne kształcenie medyczne kończyć będą nie osoby, które musiały wykazać się

Złowieszczy kaszel wiceministra

W czasach, kiedy w telewizji były tylko dwa programy... Wiem, że dla młodszych czytelników musiało to zabrzmieć jak: „Za siedmioma górami, za siedmioma lasami...”, ale naprawdę tak było.

Proszę zapytać starszych. Albo obejrzeć archiwalne nagrania programów kabaretowych z tamtych lat. Jest na przykład taki monolog z festiwalu w Opolu, z 1984 r., w którym Bohdan Smoleń mówi: „Oni se dwa programy zrobili teraz. Jeden dla wojska, drugi dla rolników. Jeszcze będzie oświatowy, dla głupków”. No więc w czasach, kiedy były tylko dwa programy w telewizji (nawet tego oświatowego jeszcze nie było), w przypadku jakiejś awarii, przerwy w nadawaniu, pojawiały się plansze. Z hasłem „Przepraszamy za usterki” albo „Za chwilę dalszy ciąg programu”. Zdarzały się również (to już raczej jako wypełniacze czasu w oczekiwaniu na rozpoczęcie kolejnego punktu programu) zdjęcia łabędzia na stawie, ośnieżony krajobraz, ukwiecona łąka – tak zwane landszafty. W tle sączyła się romantyczna muzyczka i było miło. Landszafty były uniwersalne – to znaczy, nie było tak, że w tym programie dla wojska pokazywano chabry z poligonu, a w tym dla rolników – łabędzia wyhodowanego na krajowej paszy. I często było tak, że plansza z romantyczną muzyką była dużo ciekawsza od tego, co się przed chwilą zerwało albo po chwili pojawiło na ekranie. To wspomnienie dopadło mnie niedawno, kiedy przez media przetoczyła się dyskusja na temat wstrzymania emisji pewnego programu. Oskarżano telewizyjnych decydentów o wprowadzanie cenzury, decydenci bronili się, powołując na „przyczyny techniczne”. Więc może by tak poszukać w magazynach planszy z ukwieconą łąką? Albo stworzyć coś nowego na podstawie tamtych sprzed lat – łabędź na ośnieżonym stawie z gromadą łabędziąt trzymających w dziobkach transparent z hasłem: „Za chwilę dalszy ciąg programu”? W przypadku kłopotów technicznych (prawdzi-

wych czy zmyślonych) pokazywać coś ładnego i grać romantyczną muzykę! To urywa niepotrzebne dyskusje.

W tym samym czasie, w gazetach, pojawiały się regularnie komunikaty o tym, że ktoś: „Złożył rezygnację z zajmowanego stanowiska ze względu na stan zdrowia”. W prywatnych rozmowach wyrażano wątpliwości, czy aby na pewno ten ktoś jest chory, ale oficjalnej dyskusji nie było – odszedł i już. Sekretarze, ministrowie, dyrektorzy ważnych państwowych przedsiębiorstw, podupadali na zdrowiu przy każdym politycznym zawirowaniu. Wystarczy, że kaszlnął w nieodpowiednim momencie i leciał z funkcji. Nie pamiętam, czy w cytowanym sformułowaniu pojawiał się przymiotnik „zły”. Jeśliby teraz chcieć je przywrócić do łask (a przecież po to to piszę), proponowałbym bez „złego”. Informacja, że ktoś został pozbawiony stanowiska „ze względu na stan zdrowia” może mieć wówczas optymistyczny wydźwięk. Bo może był po prostu zbyt zdrowy, żeby się marnować na takim stanowisku i w takim towarzystwie? Ta myśl też nie pojawiła mi się znikąd. Niedawno byłem świadkiem składania wypowiedzenia umowy o pracę przez jednego z moich kolegów. W oficjalnym piśmie, jako powód rezygnacji z dalszego zatrudnienia podał: „Ze względu na stan zdrowia – od 12 grudnia mam stale: katar, łzawienie oczu, wysypkę, duszności i biegunkę”. Pani w kadrach była lekko zniesmaczona faktem, że w urzędowym piśmie podaje tak intymne informacje, ale uparł się, że tak ma zostać. Tylko niektórzy domyślili się, o co Jackowi chodziło. Otóż data 12 grudnia, to oficjalny moment powołania na stanowisko nowego dyrektora, a wymienione dolegliwości to typowe objawy alergii. Ot, taka drobna pracownicza złośliwość na pożeganie. ■



Artur Andrus

Dziennikarz radiowej „Trójki”, konferansjer i satyryk

najlepszą wiedzą, ale osoby, których rodziny mogą pochwalić się odpowiednio zasobnym portfelem, a oni sami odpowiednią determinacją.

Oznacza to również, że dostęp do kształcenia lekarskiego nie będzie dla wszystkich obywateli równy, gdyż cena studiów medycznych zasadniczo się różni od innych kierunków studiów. Bogatsi będą mieli ułatwiony dostęp do studiów medycznych (studia niestacjonarne na uczelniach publicznych, studia komercyjne na uczelniach prywatnych).

Co więcej, zdziwienie budzi fakt, że bazę dydaktyczną ma stanowić szpital publiczny podległy MSW. Oznacza to bowiem, że placówka państwowa wykorzystywana jest przez prywatną uczelnię w celach komercyjnych.

Tu pada również ważne pytanie: co na to Minister Zdrowia?

Pismo o tożsamej treści pozwoliłem sobie wysłać do Prezesa NRL i Prezesa ORL w Warszawie, z prośbą o podjęcie działań w tej przykłej sprawie. ■



**Agata
Morka**

Historyk
sztuki

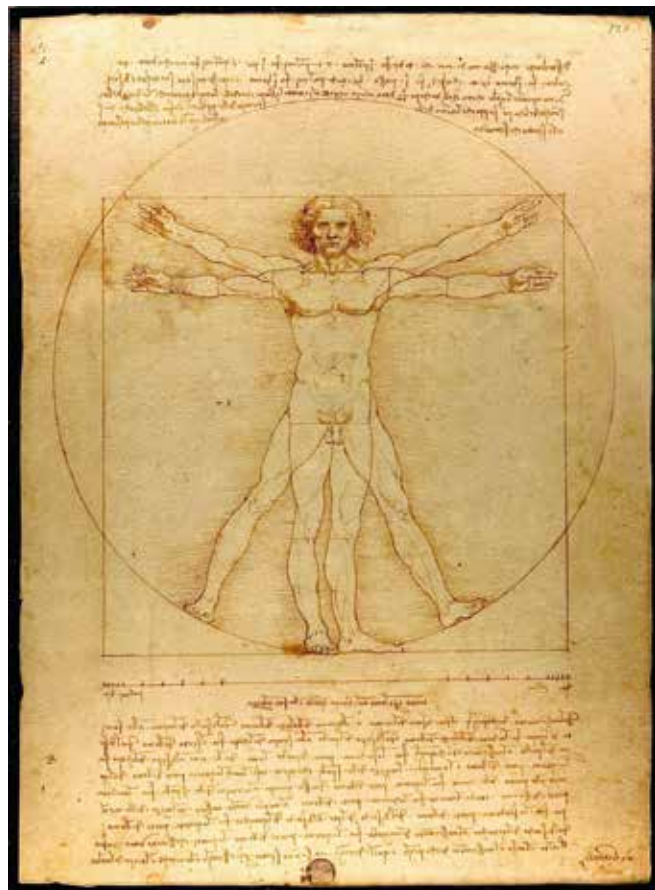
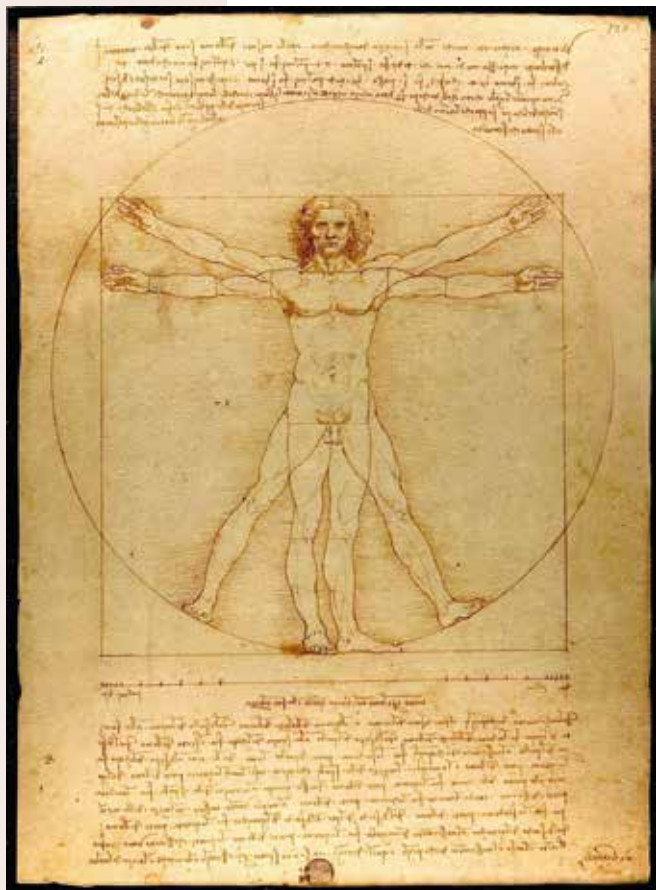
W proporcji

Proporcje to sprawa ważna. W zasadzie być może nawet sprawa wagi życiowej. Ich utrzymanie gwarantuje pewną równowagę, nic nie wystaje, nic się nie ulewa, niczego wtedy także nie brakuje. Proporcje to system punktów odniesienia, w obrębie których pojawić się może coś, co koi każdą duszę: piękno.

Rycina Leonarda, przedstawiająca nagiego młodzieńca stojącego w dwóch różnych pozycjach, jest prawdopodobnie jednym z najbardziej znanych przedstawień ciała ludzkiego w historii sztuki. Leonardo, zainspirowany pismami starożytnego architekta Witruwiusza, rysuje człowieka wpisanego za jednym razem w kwadrat i w okrąg. Wzorując się na wyliczeniach Witruwiańskich, tworzy sylwetkę idealną, proporcjonalną, w której wszystko ma swoje miejsce i uzasadnienie. Ludzkie ciało staje się mikroświatem, punktem odniesienia, na którego proporcjach wzorować można nawet architektoniczne porządki. Staje się bazą, w oparciu o którą można stawiać budynki, z pewnością, że harmonijne stosunki ich części stworzą coś tak trwałego, jak i pięknego.

Portret młodzieńca w interpretacji Leonarda, mimo całej niezaprzeczalnej wspaniałości wyrysowanej z pietyzmem muskulatury, daleki jest jednak od bycia nieskromnym uwiecznieniem cielesnego piękna. To cicha, precyzyjna medytacja tak nad tym, co cielesne, jak i duchowe. Ziemski kwadrat spleciony jest to przecież z niebiańskim kołem, obie te idealne figury obejmują stojącego pewnie w ich centrum człowieka, dotykającego obu tych sfer, bo żadna z nich nie jest mu obca. Czasem nawet zdaje się utrzymywać je w idealnych proporcjach.

Patrząc na Witruwiańskiego człowieka lubię jednak myśleć, że być może ma on jednak jakąś słabość, coś może wymyka się spod linii, w których zamyka go Leonardo. Czy możliwe jest, że młodzieniec jest na coś chory? Jeśli tak, to co może mu dolegać? ■



a

Obraz: Leonardo da Vinci, Człowiek Witruwiański, 1490

b

HOTEL PREZYDENT

MEDICAL SPA & WELLNESS

HOTEL PRZYJAZNY DOROSŁYM

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

Odpowiedź prześlij na
bladmalarski@gazetalekarska.pl
do 31 maja 2016 r.

W temacie maila należy wpisać GL05.
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” 04/2016

Voucher do Hotelu
Prezydent**** Medical SPA & Wellness
w Krynicy-Zdroju otrzymuje
Robert Węcel z Brzeska
Gratulujemy!

ROZWIĄZANIE ZAGADKI Z „GL” 04/2016

Obraz oryginalny: b

Diagnoza:

Badacze twierdzą, że portretowany mężczyzna ma zezą. Jego niezwykle spojrzenie, z jednym okiem zwróconym w inną stronę niż drugie rzeczywiście sugerować może tę przypadłość.

Szczegóły różniące obrazy

1. Wydłużona szyja.

Manieryzm lubował się w nienaturalnych kształtach i zaskakujących połączeniach, zatem jeszcze bardziej wydłużona szyja portretowanego byłaby tutaj zupełnie na miejscu.

2. Dodanie chropowatej faktury, na której widać impasty do kolumny, o którą opiera się młodzieniec.

Jedną z charakterystycznych cech malarstwa Bronzina była umiejętność tak wirtuozijnego posługiwania się farbą olejną, że niemalże nie widać w jego pracach pracy pędzla. Ekspresyjne impasty zatem to zupełnie nie jego styl.

3. Dodanie metop i obsuniętego tryglifu na framudze drzwi.

Ten niecodzienny układ metopy i tryglifu, który nagle obsuwa się ze swojego naturalnego miejsca zastosował Giulio Romano w Palazzo del Te. Budynek ten uważa się za jeden z pierwszych zwiastunów manieryzmu w architekturze.

4. Zmiana koloru drzwi na niebieskie.

W manieryzmie często stosowano niecodzienne zestawienia silnie nasyconych kolorów, jednak Bronzino zdecydował się na utrzymanie tego portretu w dość monochromatycznej paletcie brązów, żółci i czerwieni.



Obraz: Bronzino, Portret młodego mężczyzny, około 1530.

XVI Biesiada Literacka i VII Kabaret Lekarski „BAK”

Tradycyjnie w pierwszy piątek marca z inicjatywy Barbary Szeffer-Marcinkowskiej w łódzkim Klubie Lekarza odbyła się Biesiada Literacka Unii Polskich Pisarzy Lekarzy. Szesnastą edycję poprowadziła Magdalena Człapińska, zapalając symboliczną świecę w zastępstwie „znicza Eskulapa”, który wraz z nowym zarządem przeniósł się do Krakowa. Teksty zgłoszone do prezentacji oceniał zaproszony krytyk Piotr Grobliński. W konkursie wzięło udział dziesięciu twórców. Wszyscy przedstawili utwory poetyckie, a jedna osoba dodatkowo prozę. W swoich krótkich komentarzach Piotr Grobliński zwracał uwagę na świadomość słowa, na precyzję w wyrażaniu treści, przestrzegał przed stosowaniem zbyt oczywistych środków wyrazu, zachęcał do eksperymentowania z metaforą. W plebiscycie publiczności największe uznanie zyskały utwory Joanny Czajkowskiej-Ślask, która otrzymała do wypicia tradycyjny „puchar ambrozji”. Drugie miejsce zajęła Krystyna Borysewicz-Charzyńska, a trzecie ex aequo – Wanda Rybak i Jerzy Andrzejczak.

Biesiada została dofinansowana ze środków Komisji Kultury Naczelnej Rady Lekarskiej.

Po plebiscycie literackim i przerwie na kularowe dyskusje wystąpił Kabaret BAK ze swoją siódmą autorską premierą: „Kuracja odwykowa”. Siódmka kojarzona jest z liczbą szczęśliwą. Również w wydaniu kabaretowym taka miała być i taka była, chociaż jedni odchodzą, drudzy przychodzą.

W tytułowej odsłonie wystąpił znakomity autor większości tekstów satyrycznych Jerzy Andrzejczak. Na scenie nie zabrakło Justyny Dłubek i Adama Madeja, ale pojawiła się też nowa twarz i głos Mateusza Mroczka w zespole Prostata band. Ażeby wszystko grało i współbrzmiało, stroną akustyczną zajmowała się Anna Madej,



FOTO: Mirosław Marcinkowski

a scenografię przygotowała Bogumiła Kempirńska-Mirośławska. W kolejnych numerach zobaczyliśmy Krystynę Zajkowską-Jóźwiak z tekstem Barbary Szeffer-Marcinkowskiej. Teresa Sadlecka stępowała, a tańczyła najpierw w stylu orientalnym, a potem południowym Małgorzata Wilczyńska. Był też czas wspomnień „Z pamiętnika młodej lekarki” w wykonaniu Beaty Wyrwas-Mackier. Na „Spotkaniu z ekologiem” Bożeny Bartosik i Justyny Dłubek dowiedzieliśmy się, że starych łamie w kościołach, bo spali na słomie, zaś młodzi teraz wypychają sienniki trawką i dlatego mają kolorowe sny.

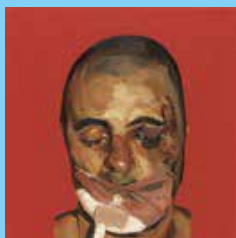
Kabaretowe sny śmiechu warte spełnią się po raz ósmy już za rok. ■

Mirosława Kuchciak-Brancewicz
Jarosław Wanecki

papier, nożyce, kamień

akty, świadectwa
dyplomy, orzeczenia
zezwolenia
na bycie tu
oddychanie
istnienie
potem i tak
potną je nożyce czasu
przyciśnie kamień
ciężki, nagrobny

Joanna Czajkowska – laureatka I nagrody
plebiscytu XVI Biesiady literackiej UPPL



Mark Gilbert, Chris P. I., 1999–2000,
olej / płótno, 45,72 × 45,72 cm,
courtesy of Saving Faces, Mark
Gilbert, Professor Iain Hutchison

Medycyna w sztuce

Od 22 kwietnia do 2 października 2016 r. w Muzeum Sztuki Współczesnej w Krakowie MOCAK będzie można zobaczyć ekspozycję „Medycyna w sztuce”, kolejną wystawę z serii konfrontującej terminy wszechobecne w życiu publicznym ze spojrzeniem artysty. Medycyna dotyczy każdego momentu i każdego aspektu naszej egzystencji – choroba, ból i terapia są uniwersalnymi ludzkimi doświadczeniami, toteż często inspirują artystów. Medycyna to również rozległa nauka, obejmująca eksperymenty farmakologiczne, biologiczne i psychologiczne oraz borykająca się z wynikającymi z nich problemami etycznymi. Ważnym zagadnieniem jest także psychologia choroby, czyli zależność pomiędzy stanem umysłu a zdrowiem. Kolejny fascynujący obszar medy-

cyny stanowi psychiatria, w której pojawia się bliski sztuce problem „odmienności” psychicznej jako źródła kreatywności.

W prawie dwustu różnorodnych dziełach prezentowanych w MOCAK-u, sprowadzonych z muzeów, galerii oraz prywatnych zbiorów, zostały poruszone niemal wszystkie wątki i problemy współczesnej medycyny. Na wystawie można zobaczyć skłaniające do głębszej refleksji i nierzadko kontrowersyjne prace światowej sławy artystów, między innymi Mariny Abramović, Marka Gilberta, Meret Oppenheim, ORLAN, ale także polskich twórców: Wilhelma Sasnała, Marcina Maciejowskiego czy Roberta Kuśmierskiego. ■

Więcej w dziale Kultura na
www.gazetalekarska.pl.

Aktualności





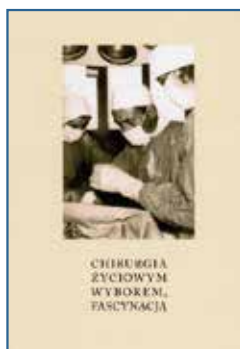
VI Ogólnopolski Konkurs Fotograficzny Lekarzy i Studentów Medycyny



Szczegółowe informacje na stronie internetowej
www.kultura.oil.lublin.pl/konkurs2016



NASZA CZYTEL尼亚 • NASZA CZYTEL尼亚 • NASZA CZYTEL尼亚 • NASZA CZYTEL尼亚 • NASZA CZYTEL尼亚



Chirurgia życiowym wyborem, fascynacją **Zdzisław Wajda**

Autobiografia wybitnego profesora, nauczyciela akademickiego, chirurga, rektora. Wspomnienia związane z aktywnością zawodową, a także te osobiste.



Medycyna personalizowana. Mity, fakty, rekomendacje

Redakcja: Adam Fronczak
 Monografia, w której autorzy poszczególnych rozdziałów przedstawiają różne zagadnienia związane z medycyną „szytą na miarę”, także w kontekście uregulowań prawnych.



Zaraza

Jerzy Ambroziiewicz
 Reportaż opowiadający o epidemii ospy, która wybuchła w 1963 roku we Wrocławiu. Zamknięte miasto, strach społeczności i lekarze walczący z chorobą, która przecież już nigdy miała nie powrócić.



Encefalopatia wątrobowa

Alina Borkowska, Robert Flisiak, Marek Gołębiowski
Redakcja: Anatol Panasiuk
 Patogeneza, stopnie i postacie kliniczne, diagnostyka, leczenie farmakologiczne i dietetyczne oraz monitorowanie encefalopatii wątrobowej.



Ziemia parczewska: przyroda, ludzie, historia

Andrzej Chodacki i inni
Autor tekstu: Janusz Tryniecki
 Album fotograficzny wydany przez Gminę Parczew, którego współautorem zdjęć jest specjalista chorób wewnętrznych Andrzej Chodacki – pisarz, fotograf, kompozytor.

I MPL w Wielobojach Rzutowych i Pentathlonie

18 czerwca na Stadionie Miejskim w Toruniu odbędą się I Mistrzostwa Polski Lekarzy w Wielobojach Rzutowych i Pentathlonie. Zawody organizowane będą równolegle z Mistrzostwami Polski Weteranów w Pięcioboju Lekkoatletycznym i Mistrzostwami Polski Weteranów w Wielobojach Rzutowych.

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

Julian Pelka

K-P OIL Toruń,

przewodniczący Komitetu Organizacyjnego

X Jubileuszowy Ogólnopolski Rajd Konny Lekarzy im. Majora Hubala

Klub Jeździecki, działający przy Komisji Sportu i Rekreacji ORL w Łodzi, zaprasza do wzięcia udziału w Rajdzie, który odbędzie się w dniach 20-22 maja. Bazą wypadową i hotelową dla uczestników

spotkania oraz ich wierzchowców będzie Ośrodek Jeździecki w Mikołajowie k. Koluszek. Zapisy i szczegółowe informacje: Wojciech Sędzicki, tel. 722 282 750, prezes Klubu Jeździeckiego. ■

VI Ogólnopolskie Grand Prix w Strzelectwie Myśliwskim dla Lekarzy – „Złoty Eskulap”, Puławy 19.06.2016 r.

Serdecznie zapraszamy wszystkich medyków (i nie tylko medyków) spod znaku św. Huberta na sportową rywalizację na strzelnicy myśliwskiej oraz odkrywanie uroków Lubelszczyzny w jak najliczniejszym gronie. W przeddzień zawodów planowane jest na

plenerowe spotkanie integracyjne w jednym z uroczych lokali nad Wisłą.

Informacje na temat zawodów oraz karta zgłoszeniowa znajdują się na stronie internetowej www.zloteskulap.pl. ■

Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego

29.05.

W Bielsku-Białej odbędą się XVIII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Biegu na 10 km.

Więcej informacji na: www.mp60.pl

Więcej w dziale Sport na www.gazetalekarska.pl

Aktualności



XIV
IGRZYSKA
LEKARSKIE
ZAKOPANE
14-18.09.2016

informacje: www.igrzyskalekarskie.org

V MPL w Lekkiej Atletyce

W dniach 2-3 lipca na Stadionie Miejskim w Opolu odbędą się V Mistrzostwa Polski Lekarzy w Lekkoatletyce. Zawody organizowane będą równolegle z XXVI Mistrzostwami Polski Weteranów w Lekkiej Atletyce. Rywalizacja odbywać się będzie w następujących konkurencjach: 100, 200, 400, 1500, 5000, skok w dal, skok wzwyż, trójskok, pchnięcie kulą, rzut dyskiem, rzut oszczepem, rzut młotem.

Osoby chętne do udziału proszone są o kontakt z organizatorem: tel. 504101375, e-mail ju-lekp@onet.pl. Komunikat organizacyjny i karta zgłoszenia do mistrzostw dostępne są na stronie www.pzwla.pl. ■

*Julian Pelka
K-P OIL Toruń,*

przewodniczący Komitetu Organizacyjnego V MPL

I MPL w Bowlingu

19 marca w Bydgoszczy odbyły się I Mistrzostwa Polski Lekarzy w Bowlingu pod patronatem Naczelnej Izby Lekarskiej. W zawodach rywalizowało blisko 40 lekarzy. Walka była bardzo zażarta. Dramaturgia rosła z każdą kolejną turą. Rywalizację zdominowali medycy z woj. kujawsko-pomorskiego. Ostatecznie po rozegraniu 4 rund zwyciężyła doktor Kinga Lewandowska z Bydgoszczy z wynikiem 394 pkt. Drugie miejsce zajęła, prowadząca po 2 rundach, doktor Joanna Koza także z Bydgoszczy – 350 pkt, a trzecie miejsce – doktor Agnieszka Skow-

rońska pracująca na co dzień w Wąbrzeźnie – 336 pkt. Czwarta zawodniczka straciła tylko 6 pkt do podium!

W kategorii mężczyzn zwyciężył doktor Marcin Gierach, także z Wąbrzeźna, z wynikiem 631 pkt (średnia 158 pkt/grę), drugie miejsce – doktor Miłosz Bieniek z Bydgoszczy, a trzecie miejsce – doktor Julian Iwaniuk ze Świecia – 492 pkt.

Serdecznie zapraszam w przyszłym roku na II Mistrzostwa Polski Lekarzy w Bowlingu do Bydgoszczy. ■

Marcin Gierach

XVI MPL w Siatkówce

W szranki stanęło trzynaście drużyn, w tym dwie z Białorusi. Wszyscy uczestnicy to lekarze lub lekarze dentyści (z osobami towarzyszącymi, 155 osób). Podczas trzech dni zawodów rozegrano 40 meczów, a drużyny rywalizowały najpierw w dwóch grupach – sześciu i siedmioosobowej. Z każdej do półfinału awansowały po dwie drużyny. Z grupy B była to drużyna Mińska i Łodzi, z grupy A drużyna Silesia oraz Polonia Medyczna Mińsk. Po zaciętym finale zwyciężyła drużyna Silesia, drugie miejsce zajęła drużyna Mińsk, a trzecie Łódź. Gospodarze, zdziśiatkowani kontuzjami, nie wyszli z grupy. Najlepszym zawodnikiem mistrzostw został Jan Franke z drużyny Silesia, najlepszym atakującym Bartosz Chrzanowski również z Silesii, najlepszym libero Piotr Vorobie z Mińska, a najlepszym rozgrywającym Michał Fatyga z Silesii. Rozegrano również tzw. konkurs gwoźdza (atak na pustej siatce), w którym zwyciężył reprezentant gospodarzy Andrzej Aerst.

Kolejne mistrzostwa za rok, najpewniej w Kielcach. Drużyna z tego miasta debiutowała w zawodach i zdobyła sympatię wszystkich. Była to jedyna drużyna mieszaną – grało w niej 7 kobiet.

Zapraszamy do obejrzenia relacji zdjęciowej z XVI Mistrzostw Polski Lekarzy w Siatkówce na www.gazetalekarska.pl.

Agnieszka Ściera



**RAJD GÓRSKI
SŁUŻBY ZDROWIA
BIESZCZADY 2016**

Komisja Turystyki i Sportu ORL
w Rzeszowie zaprasza koleżanki
i kolegów do udziału
w Rajdzie Górskim Służby Zdrowia
„Bieszczady 2016”, który odbędzie
w dniach:
30.07 - 07.08 2016

Baza namiotowa przy:
OSW w Zatwarnicy

Zgłoszenia (z dowodem wpłaty) prosimy przesyłać do **15.07.2016**
na adres:
Biuro OIL w Rzeszowie:
35-030 Rzeszów,
ul. Dekerta 2
tel. 017 7177717
e-mail: oilrz@pro.onet.pl

W programie między innymi:

- Codziennie wędrowki najpiękniejszymi bieszczadzkimi trasami
- Konkurs fotograficzny i rysunkowy
- Spotkania z „Bieszczadkami”
- Spotkania „pośpiewamy, potanczmy”

Więcej informacji na:
www.rzeszow.oil.org.pl

TRZECIJA WYSTAWA
NACZELNA IZBA LECZNIKA



WYDZIAŁ STOMATOLOGII AM WE WROCŁAWIU, ABSOLWENCI ROCZNIKA 1986

Spotkanie po 30 latach. Termin zjazdu: 03-05.06.2016 r. Miejsce: pensjonat Absolwent w Zieleńcu. Adres: Zieleniec 2 57-340 Duszniki Zdrój www.absolwent.zielieniec.pl. Organizator: Brygida Bogacz, Polanica Zdrój, ul. Piastowska, tel. 605 650 468. Koszt zjazdu: 550 zł od osoby. Termin wpłaty: 30.04. 2016 r. na konto Brygidy Bogacz, nr konta: 124067131111000056185014

WYDZIAŁ LEKARSKI Z ODDZIAŁEM STOMATOLOGICZNYM AM W KRAKOWIE, ROCZNIK 1966

Zapraszamy na spotkanie w Krakowie w Collegium Nowodworskiego, ul. św. Anny 12 w dniu 24 września 2016 r. z okazji 50. rocznicy ukończenia studiów. Prosimy o pilne przesłanie zgłoszenia udziału na email: zczeni@tlen.pl Aby otrzymać Jubileuszowy dyplom (koszt: 150 PLN), należy złożyć zamówienie i podać swoje dane na email biuro@fundacja.uj.pl Przewidywane koszty: koszt uroczystego obiadu w Domu Polonii 150 PLN (z alkoholem, płatne w Restauracji), koszty administracyjne 100 PLN, które należy przesłać po rejestracji na konto 89 2490 1044 0000 4540 3782 5041 z dopiskiem Conference Solutions. Komitet Organizacyjny: Alfred Reń, kom. 603 670 677, Tadeusz Niedźwiedzki, kom. 508 262 027, Włodzimierz Drożdż, kom. 601 492 201, Wojciech Radło, kom. 602 554 486, Irena Lowenhoff-Wójcik, kom. 602 601 312.

II WYDZIAŁ AM W WARSZAWIE, ABSOLWENCI ROCZNIKA 84-90

Organizujemy nasze spotkanie 22.10.2016 w Klubie Lekarzy, ul. Raszyńska 54 w Warszawie. Prosimy o zgłoszenia, koniecznie do 12.06.2016, na adres mailowy drugilekarSKI84@gmail.com. Prosimy o Wasze kontakty mailowe i ew. telefoniczne oraz zdjęcia, które możecie upublicznić na naszym spotkaniu. Panie prosimy także o nazwiska panieńskie z okresu studiów. Szczegóły dotyczące spotkania (godzina, koszty, nr konta) prześlemy indywidualnie. Prosimy o podanie nr grup studenckich. Prosimy powiadomcie wszystkich, do których macie kontakty. Do zobaczenia, Dorota Szczęgowska i Marcin Trochimczuk.

ABSOLWENCI PAM W SZCZECINIE, ROCZNIK 1960-1966

W dniach 23-24 września 2016 roku spotykamy się w Szczecinie z okazji 50-lecia uzyskania przez nas dyplomu. Początek obchodów w Rektoracie przy ul. Rybackiej dnia 23 września o godz.13. Opłatę w wysokości 300 PLN prosimy wpłacać do dnia 31 maja br. na konto Krystyny Szymańskiej w banku BGŻ Paribas nr 98 2030 0045 1130 0000 0321 7450 z dopiskiem Zjazd Koleżeński. Kontakt: Krystyna Szymańska, tel. 600 807 707 lub email szymanskakryst@o2.pl, Aldona Ka-bat, tel. 605 253 985.

Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów Naczelnej Izby Lekarskiej



zaprasza lekarzy i lekarzy dentystów z całego kraju na bezpłatne szkolenia.

Szkolenia akredytowane, uczestnicy otrzymują punkty edukacyjne.

23.05.2016; 15.06.2016 – „Warsztaty skutecznych negocjacji”

08.06.2016 – „Jak motywować pacjenta do skorzystania z zalecanego przez lekarza dentystę planu leczenia? – sztuka negocjacji partnerskich”

24.05.2016; 13.06.2016 – „Poszukiwanie rozwiązań rozwojowych w podmiotach leczniczych”

06.06.2016 – „Radzenie sobie ze stresem i przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu”

07.06.2016 – „Rozwiązywanie konfliktów interpersonalnych w pracy lekarza”

30.05.2016 – „Psychomanipulacje”

24.05.2016 – „Angażowanie pacjenta w leczenie i modyfikację stylu życia”

31.05.2016 – „Sztuka motywacji”

25.05.2016; 07.06.2016 – „Jak pracować z trudnym pacjentem – wstęp do umiejętności komunikacyjnych”

08.06.2016 – „Asertywna komunikacja lekarzy”

30-31.05.2016 – „Lider zespołu”

06.06.2016 – „Umiejętności kierowania zespołem”

14.06.2016 – „Warsztaty wybranych umiejętności menedżerskich w zarządzaniu podmiotem leczniczym”

23.05.2016 – „Specyfika pracy lekarza z chorym umierającym i jego bliskimi”

13.06.2016 – Wykorzystanie Internetu dla budowania wizerunku lekarza i promocji własnej praktyki medycznej – poziom podstawowy

14.06.2016 – Wykorzystanie Internetu dla budowania wizerunku lekarza i promocji własnej praktyki medycznej – poziom średniozaawansowany

10.10.2016; 21.11.2016 – „Ochrona radiologiczna pacjenta dla lekarzy dentystów”

22-23.11.2016 – „Kurs dla osób ubiegających się o nadanie uprawnień inspektora ochrony radiologicznej typu S”

Kursy zakończone egzaminem (egzamin płatny zgodnie ze stawkami określonymi w obowiązujących Rozporządzeniach MZ)

zapisy: www.odz.nil.org.pl

Naczelna Izba Lekarska, Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów,
ul. Sobieskiego 110, 00-764 Warszawa, e-mail: odz@hipokrates.org, tel. 22 559 13 10, 22 559 13 44

Zakręt 1882

Niezrozumienie samorządu lekarskiego zaczyna się od słów: „w naszej izbie”, które paradoksalnie nie odzwierciedlają działania wszystkich, a tylko jakiś autonomicznie wydzielony wycinek, kawałek kraju, spłachetek województwa czy kilku powiatów, grupę interesów i ambicji. „Nasza Izba” coraz bardziej odcina się od „waszej Izby” na Sobieskiego 110 i „waszej Izby” lekarzy, którzy decydują o tym, jak ma wyglądać życie zawodowe stomatologów lub na odwrót, jeśli wolicie. „Wasi” przedstawiciele nie są „naszymi” reprezentantami.

Jeśli zrozumieliście, Panie i Panowie lekarze i lekarze dentyści, tych kilka zdań wstępu, to proszę wytłumaczcie mi, co napisałem i dlaczego czuję, że sprawy idą w złym kierunku! Dlaczego błąd ustawodawczy z 1989 r., polegający na odrębnościach tam, gdzie są zbyteczne, i jednościach tam, gdzie przeszkadzają, wciąż jak kula u nogi nie pozwala ruszyć do przodu?

Dostałem kopię interpelacji poselskiej z numerem 1882 skierowanej do Ministra Zdrowia zapytaniem: „Czy rozważa ustanowienie odrębnego samorządu zawodowego lekarzy dentyistów?”. W uzasadnieniu czytam: „Obowiązujące rozwiązanie prawne jest z punktu widzenia lekarzy dentyistów faktycznym zaprzeczeniem samorządności. Są oni bowiem uzależnieni od decyzji podejmowanych przez reprezentantów innej grupy zawodowej – lekarzy. Powoduje to między tymi grupami niepotrzebne animozje, utrudnia funkcjonowanie organów izb, deprecjonuje pozycję lekarzy dentyistów w ramach samorządu i obniża rangę zawodu, który wykonują”.

Pisząc tekst, nie znam odpowiedzi Ministra, ale z dużym prawdopodobieństwem przypuszczam, że prace na temat podziału Izby nie są prowadzone, co mogłoby stać się przyczynkiem do spokojnego schowania głowy w piach. Nurtują mnie jednak pytania: Dlaczego w chwili, w której ważyć się mają istotne zmiany dla pacjentów i poczucia ich bezpieczeństwa zdrowotnego, przy tym ważne dla lekarzy i lekarzy dentyistów oraz ich nowej roli w systemie służby zdrowia, wrzuca się przez okno kamień owinięty petycją? Czy to jakaś prowokacja przed Nadzwyczajnym Krajowym Zjazdem? Czy to próba podważenia artykułu 17 Konstytucji? Czy to faktyczny głos bezsilności zakneblowanych, którzy krzyczą do mnie z sejmowej trybuny?

Odpowiedzi na tak stawiane pytania wyobrażam sobie jako wielką dyskusję z historycznymi

argumentami, przywracaniem problemów niezatałwionych lub przemilczanych. Areopag zamiast pyskówki!

Akcja 1882 spowodowała reakcję w postaci: apeli, listów, uchwał i stanowisk, które przekonują o jedności samorządu. Sam podniosłem rękę za takim dokumentem. Kij włożony w mrowisko wymusił na lekarzach i lekarzach dentyistach odnowienie wzajemnych ślubów, ponowne składanie deklaracji o współpracy.

Zamiast oburzać się na poselskie interwencje, wykorzystajmy tę sytuację do merytorycznej debaty o samorządzie i jego roli w zmieniającej się rzeczywistości. Nie okopujmy się, skoro ruszyliśmy do słownej potyczki i zjeżdżają do Warszawy delegaci ze wszech stron. Popatrzmy spokojnie na wszystkie aspekty swojej działalności, zaproponujmy korektę w kwestiach, które nas uwierają, nie wikłajmy się w kolejne tabu, odkryjmy animozje widoczne nawet na Wiejskiej. Otwórzmy się na sprawy, o których nie potrafimy rozmawiać i punkty programowe, gdzie nie znajdujemy narzędzi do reprezentacji całego środowiska coraz bardziej podzielonego na wąskie grupy. Czas wypracować mechanizmy decyzyjne wynikające nie z autonomii poszczególnych funkcji, ziem i zawodów, ale ze wspólnego interesu społeczności lekarskiej niezależnie od przypisanych funkcji, ziem czy zawodów.

Jednolity samorząd to siła. Rozbijanie struktur izb na cztery części dla lekarzy i jedną dla stomatologów to wprowadzenie zasady: dziel i rządź – zasady osłabiania, która prędzej czy później zostanie wykorzystana do deprecjonowania obydwu profesji w zależności od koniunktur politycznych. Samorząd to siła niewykorzystana! Dlatego oprócz pisania stanowisk i apeli, zastanówmy się, jak wyjść na prostą i razem biec do celu! ■



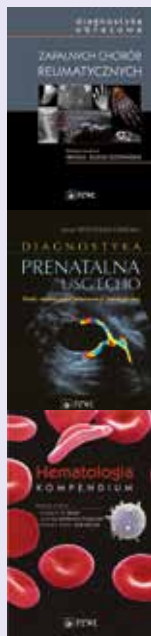
Jarosław Wanecki

Przewodniczący
kolegium
redakcyjnego „GL”

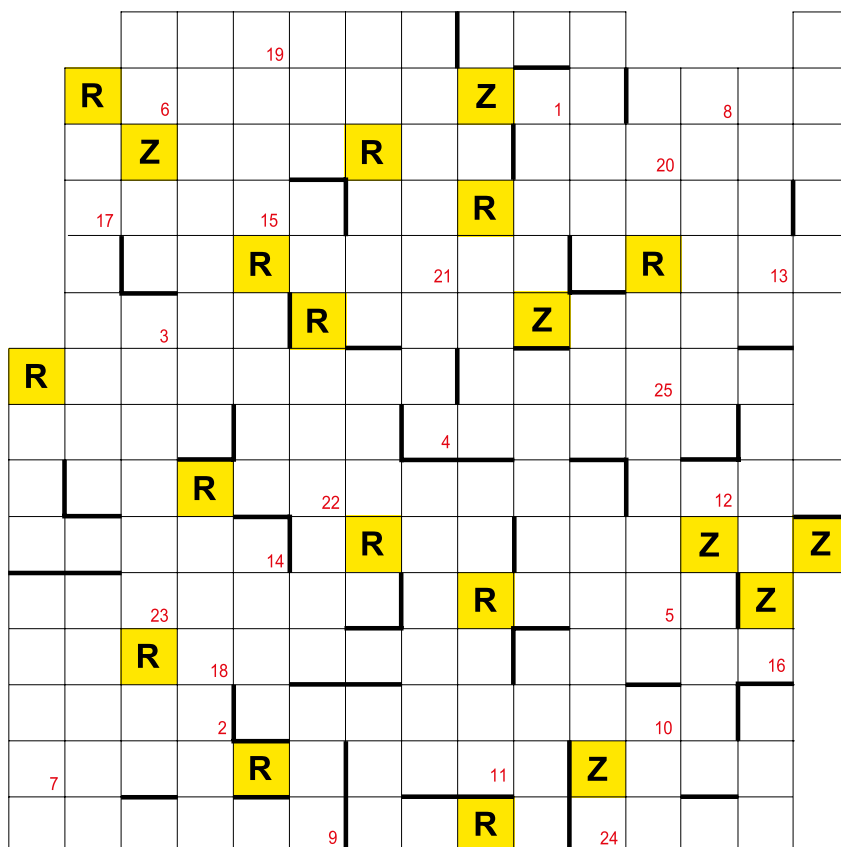


IX Kongres Polonii Medycznej

II Światowy Zjazd / Warszawa / 2016
Lekarzy Polskich / 2-4 / 06



Objaśnienia 69
hasel podano
w przypadkowej
kolejności.
W diagramie ujawniono
wszystkie litery: R i Z.
Na ponumerowanych
polach ukryto 25 liter
hasła, które stanowi
rozwiązanie. Jest to
myśl Seneki. Hasło
należy przesłać na
karcie pocztowej do
redakcji lub e-mailem
na adres
jolka@gazetalekarska.pl
do 30 maja 2016 r.
Wśród autorów
prawidłowych
rozwiązań rozlosujemy
nagrody książkowe
(prosimy o podanie
specjalizacji i adresu
do wysyłki).



Rozwiązanie Jolki
lekarskiej nr 214
(„GL” nr 03/2016)
Nie trzeba palić kłody
z powodu jednej pchły.

Nagrody otrzymują:
Jarosław Strzelczyk
(Częstochowa), Łukasz
Kluczyński (Kraków),
Hanna Orzeł (Orzesze).
Fundatorem nagród jest
Wydawnictwo Lekarskie
PZWL, www.pzwl.pl.
Nagrody prześlemy pocztą.

* matka zastępcza * między Nebraską a Illinois * ojciec Siemowita * fundus * Władimir Władimirowicz * sok do
wyrobu wina * największy gołąb * Regensburg * weksel ciągniony * choroba Kihara i Robertsona * wynalazł
elektryczny telegraf igiełkowy * karciane wino * kończyzna dolna * nimfa, opiekunka gór, piastunka Zeusa * pas
na owady * najdłuższa rzeka Kaukazu * kraina z Malmoe * dach na słupach * roztwory koloidowe * szklane
w „Przedwiośni” * skraj drogi * nowotworowy wirus RNA * plemię Winnetou * mały bar, winiarnia * samiec
kozicy * Saudyjska * scena dla Kuleja * cienkie i grube * kecua * nauka o gospodarce * zez utajony zbieżny *
Roger „Święty” * ojciec braci Cartwright * delfin miecznik * stolica Albanii * rozbiła się pod Mirosławcem * lingua
* Stratos, firma Fiata * argument, kozer * pierwiastek do leczenia tarczycy * opłata za przystąpienie * rezultat *
skaczek * z Australii * de Castro, zamordowana z rozkazu Alfonsa IV * na rękach chirurga * ojciec Antygony *
13-a rocznica ślubu * nauka o substancjach * od 1978 był prezydentem i premierem Kenii * nierządnicza * kobyła
* pies Stasia i Nel * sport dla Fronczewskiego * wziętnik do oglądania jamy płucnej * świątynia w Mekce * urok *
kwaśność (łac.) * minister nauki i szkolnictwa wyższego * włoski ryż zapiekany z dodatkami * odsysa płyn z jam
i narządów * Odrowąż, sprowadził do Polski dominikanów * rewizor, kontroler * wprowadzenie członka do pochwy
(łac.) * staroperska soma * imię ministra obrony narodowej * afrykański psowaty * Jan, malarz niderlandzki Filipa
Dobrego * odjęcie kończyzny

BJER

Wydawca:

**Naczelna Rada
Lekarska**



Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład: 166 950 egz.

Kolegium redakcyjne:
Jarosław Wanecki (przewodniczący)
Ryszard Golański
Marek Jodłowski
Jolanta Małmyga
Wojciech Marquardt
Katarzyna Strzałkowska

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

Zastępca redaktora naczelnego:

Marta Jakubiak
Tel. 608 316 248
m.jakubiak@gazetalekarska.pl

Dziennikarze:
Lucyna Krysiak
Tel. 696 48 70 48
l.krysiak@gazetalekarska.pl

Lidia Sulikowska
Tel. 668 854 344
l.sulikowska@gazetalekarska.pl

W celu zmiany adresu wysyłki
„Gazety Lekarskiej” prosimy
kontaktować się z właściwą
okręgową izbą lekarską.

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 (Berlin)
Sławomir Pietras (Poznań)
Małgorzata Serwach (Łódź)
Joanna Sokołowska (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

Projekt i opracowanie graficzne:
Grzegorz Sztank

Reklama i marketing:

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

Ogłoszenia:

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

Druk: **RR Donnelley**
Global Print Solutions

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