

Gazeta Lekarska

PISMO IZB LEKARSKICH



POSZUKIWANY

LEKARZ SPECJALISTA

Konsultant krajowy
Medycyna
paliatywna

s. 30

Praktyka lekarska
Programy (za mało)
zdrowotne

s. 32

Ochrona zdrowia w UE
Wielka Brytania
– czas wielkich reform

s. 46

Spis treści



17



40



46



48

- 4 Na wstępie / R. Golański:** Najwyższy czas oddać swój głos
6 Pierwszym głosem / M. Hamankiewicz:
 Potrzebujemy waszego wsparcia
8 Skrining
10 Obserwacje / S. Badurek: Medycyna odsiebna
12 Temat miesiąca: Specjalista na wagę złota
16 Nasi w Europie / Konstanty Radziwiłł:
 Informatyzacja po europejsku
17 Rozmowa o zdrowiu: Politycy nie zawsze chcą słuchać
20 Samorząd: Buntownicy z wyboru
23 Punkt widzenia / J. Małmyga: Poczuć czy zobaczyć?
24 Stomatologia: Prof. Janusz Piekarczyk ma swoją aulę na WUM
26 Stomatologia: Z natury jestem optymistką
28 Prawo i medycyna: Perditissima respublica plurimae leges
30 Konsultant krajowy:
 Medycyna paliatywna – potrzebna jest zmiana stereotypów
32 Praktyka lekarska: Programy (za mało) zdrowotne
33 Praktyka lekarska: Egzotyczne kraje, bezpieczny urlop
34 Biuletyn NRL
38 Praktyka lekarska:
 Nie tracić z oczu horyzontu i pod nogi patrzeć
40 Praktyka lekarska: Lekarze polonusi pod Wawelem
42 Praktyka lekarska: Badanie opinii środowiska
44 e-Doktor: Uwaga, nadchodzi P1!
44 List do redakcji: Informatyczna zawirucha
46 Ochrona zdrowia w UE:
 Wielka Brytania – czas wielkich reform
48 Indeks korzyści: Co ci zrobił dziennikarz
50 Z dwóch stron sceny / S. Pietras: Uprzejmość łagodzi obyczaje
Recenzja: Być lekarzem
51 Z dwóch stron sceny / A. Andrus:
 Z cyklu „Części ciała inaczej” – odcinek 1: „Stopy”
52 List do redakcji: Trzeci głos w dwugłosie
54 Błąd malarski: Mam czelność
56 Kultura: Sposoby na wypalenie zawodowe i stres
57 Kultura: XI Wystawa Malarstwa
58 Kultura: Czy Eskimos będzie wiedział?
59 Sport
61 Ogłoszenia
66 Komunikaty
68 Praktyka lekarska: Mediacja – studium przypadku
69 Epikryza (33) / J. Wanecki: Mediacja mediów
70 Jolka lekarska

15 czerwca

W Wesolej odbędzie się
 Piknik Zawodów Zaufania
 Publicznego, a nie jak
 wcześniej podano
 18 czerwca (wtorek).

22-23 czerwca

Na Zatoce Puckiej odbędą
 się IV Ogólnopolskie
 Regaty Żeglarskie Lekarzy
 organizowane przez OIL
 w Gdańsku.

WYBORY

WYBORY

Do 15 lipca

Podsumowanie
 wyborów i podjęcie
 uchwał przez OKW,
 ewentualne ogłoszenie
 kolejnej tury wyborów.

30 października

Upływa termin nadsyłania
 prac na konkurs literacki
 „Historia zdrowia i choroby”.
 Przypominamy adres
 e-mail: konkursliteracki@
 gazetalekarska.pl.



**Ryszard
Golański**

Redaktor
naczelny „GŁ”

Najwyższy czas oddać swój głos

Wybory kończące szóstą kadencję
samorządu lekarskiego osiągnęły półmetek.

W niektórych, podkreślmy, małych izbach część korespondencyjna już się zakończyła. Najczęściej wyłoniono już wystarczającą liczbę delegatów, aby mogły jesienią odbyć się okręgowe zjazdy lekarzy i ich obrady były prawomocne. W większych izbach jak zwykle machina działa wolniej. W niektórych dużych szpitalach, zwłaszcza klinicznych, liczba głosów oddana drogą korespondencyjną jest na razie znikoma. Okładka poprzedniego numeru naszego pisma zachęcała do wykonania wysiłku polegającego na wskazaniu akceptowanych kandydatów i wrzuceniu koperty do pocztowej skrzynki. Okładka wydawała się być sugestywna, ale jak widać, nie wszystkich przekonała i zachęciła. Po raz kolejny okazuje się, że najważniejsza jest praca u podstaw, przekonywanie kolegów, że należy wziąć udział w tych wyborach, że działania samorządu lekarskiego skierowane są na rozwiązywanie problemów ważnych dla każdego lekarza, że tylko wspólna aktywność pozwoli nam osiągnąć oczekiwane cele. Od ponad dwudziestu lat istnieją grupy kolegów zarówno na poziomie okręgu, jak i na poziomie centralnym, którzy poświęcają wiele czasu, energii i umiejętności, aby pozytywnie zmieniać rzeczywistość, w której przyszło nam żyć i pracować. To, że w ostatnim czasie sprawy nie idą po naszej myśli, nie zmienia faktu, że nie wolno opuszczać z rezygnacją rąk. Jestem głęboko przekonany, że tylko wspólne działanie środowiska lekarskiego może przynieść pożądany efekt. Na szczęście wśród lekarzy, którzy kandydują, jest sporo nowych i, co ważne, młodych twarzy. Zasady samorządowych wybo-

rów nie dla wszystkich są jasne. Trzeba zatem przypomnieć, że obecne głosowanie na delegatów w rejonach: szpitalach, przychodniach i małych placówkach medycznych, to pierwszy etap samorządowych wyborów. Podczas okręgowych zjazdów zostaną wybrani prezesi izb oraz okręgowi rzecznicy odpowiedzialności zawodowej, a także pozostałe organy: okręgowa rada lekarska, zastępcy rzecznika, członkowie okręgowego sądu lekarskiego i komisji rewizyjnej. Osobno zostaną dokonane wybory delegatów na krajowy zjazd lekarzy. Ten zjazd, zaplanowany na marzec 2014 r., wyłoni krajowe władze naszej korporacji. Tę część felietonu kończę apelem: jeżeli do tej pory nie zadali sobie Państwo trudu skorzystania z korespondencyjnego trybu głosowania, zachęcam do użycia tej nowoczesnej formy wyborów. Jeżeli tej drogi z jakichś powodów nie uda się wykorzystać, będzie jeszcze możliwość osobistego zagłosowania do urny, która w Państwa pracy będzie wystawiona w podanym wcześniej miejscu i czasie.

Podczas ostatniego posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej kilka godzin trwała dyskusja, jak powinni lekarze i ich samorząd reagować na to, co dzieje się w ostatnich tygodniach w mediach. Pełne są one doniesień o nieprawidłowościach w leczeniu pacjentów, łatwo wskazuje się lekarzy jako winnych zaistnienia dramatycznych zdarzeń. Czary goryczy dopełnił list ministra zdrowia do lekarzy opublikowany w dniu rozpoczęcia Światowego Kongresu Polonii Medycznej. Zachęcam Czytelników „Gazety Lekarskiej” do podzielenia się swoją opinią w tej sprawie. ■

Migawka



**OKRĘGOWA IZBA
LEKARSKA W ŁÓDZI.
KONFERENCJA
PRASOWA,
PRZEDSTAWIAJĄCA
EFEKTY AKCJI
ZBIERANIA RECEPT,
KTÓRE
1 KWIETNIA
STRACIŁY
WAŻNOŚĆ: 1500 KG
MAKULATURY!**

FOTO: Bartłomiej Nowak

Zawieszenie PWZ

Ukończenie studiów medycznych i uzyskanie prawa wykonywania zawodu to jedno z najważniejszych zdarzeń kończących kolejne etapy kariery zawodowej lekarza. Nie zawsze jednak przebiega ona w ciągły, niezakłócony sposób.

Przeróżne względy mogą prowadzić do czasowego zaprzestania wykonywania zawodu przez lekarza. Po upływie pewnego czasu powrót do wykonywania zawodu nie następuje automatycznie, a dopiero po odbyciu przeszkolenia. Granica ta została wyznaczona przez przepisy art. 10 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry na 5 lat. Przepisy te opisują trzy grupy lekarzy, którzy zobowiązani są do odbycia przeszkolenia:

- lekarze przed przyznaniem ograniczonego prawa wykonywania zawodu;
- lekarze posiadający ograniczone prawo wykonywania zawodu;
- lekarze posiadający prawo wykonywania zawodu.

Na takim rozróżnieniu ustawodawca zakończył regulację tego problemu, pozostawiając te kwestie indywidualnym rozstrzygnięciom organów samorządu lekarskiego, bo to okręgowe izby lekarskie podejmują decyzje w tych sprawach.

Odbycie przeszkolenia jest obowiązkowe, ma gwarantować należyte przygotowanie teoretyczne i praktyczne do wykonywania zawodu. Ustawa nie przewiduje możliwości zwolnienia się od takiego obowiązku.

Ponieważ regulacja ustawowa jest, jak widać, uboga, a kwestie przygotowania do wykonywania zawodu mają podstawowe znaczenie, Naczelna Rada

Lekarska 4 listopada 2005 r. przyjęła stanowisko 82/05/IV interpretujące te przepisy w celu jednolitego ich stosowania przez rady lekarskie.

NRL przyjęła, że wykonywanie zawodu, które nie prowadzi do przerwy opisanej w art. 10 ust. 3 ustawy, musi odbywać się w formie: umowy o pracę, umowy cywilnoprawnej (w tym o szkolenie, czy zawartej na czas określony przez wolontariusza z podmiotem leczniczym), stosunku służbowego, uczestnictwa w stacjonarnych studiach doktoranckich, wykonywania praktyki lekarskiej. Wykonywanie zawodu w tych formach musi być odpowiednio udokumentowane, czy to zaświadczeniami, decyzjami administracyjnymi, świadectwami, czy odpowiedniej treści umowami, czy też w uzasadnionych przypadkach dokumentacją prowadzoną w ramach praktyki lekarskiej.

Nie dochodzi do przerwy w wykonywaniu zawodu, jeżeli lekarz (lekarz dentysta) przed upływem 5 lat:

- podejmie faktycznie aktywność zawodową;
- w którejkolwiek z wymienionych form;
- nieprzerwanie przez okres co najmniej 6 miesięcy;
- w wymiarze 40 godzin miesięcznie;
- potwierdzoną opisanymi powyżej dokumentami.

Jak się wydaje, formy, okres i program

przeszkolenia powinny być zindywidualizowane w każdym przypadku i dostosowane do jego specyfiki. Ich określenie należy do kompetencji właściwej okręgowej rady lekarskiej i następuje w formie uchwały, która nie może być zaskarżona w trybie przewidzianym dla postępowania administracyjnego.

Z badań przeprowadzonych przez dra Grzegorza Mazura, prezesa ORL w Łodzi, wynika, że do zawodu powracają najczęściej lekarze po przerwie do 10 lat (42 proc.). Średni czas przeszkolenia po takiej przerwie to około 7 miesięcy (prawie 11 miesięcy przy przerwie dłuższej niż 15 lat). Dla dentystów średnie okresy przeszkolenia są około 4 miesiące krótsze niż dla lekarzy. Okresy szkolenia ustalane przez poszczególne izby lekarskie są zróżnicowane – od miesiąca do nawet 23 miesięcy.

Przeszkolenie odbywa się na koszt lekarza.

Uchylenie się od odbycia przeszkolenia stanowi podstawę do podjęcia przez okręgową radę lekarską uchwały o zawieszeniu lekarza w prawie wykonywania zawodu lub o ograniczeniu w wykonywaniu określonych czynności medycznych do czasu zakończenia przeszkolenia.



**Maciej
Hamankiewicz**

Prezes
Naczelnej Rady
Lekarskiej

*Naczelna Izba
Lekarska uczyni
wszystko, aby
praca lekarzy
była właściwie
oceniana,
ale do tego
potrzebujemy
wsparcia was
wszystkich,
lekarzy w całej
Polsce.
Bądźmy sami
ambasadorami
własnego
zawodu!*

Potrzebujemy Waszego wsparcia

Nasz trudny i niezwykle wymagający zawód jest profesją, która wymaga najwyższego stopnia zaufania społecznego.

Wszyscy doskonale wiemy, w jak trudnych warunkach przychodzi nam często nieść pomoc pacjentom oraz pod jaką presją czasu i opinii społecznej pełnimy swoją służbę. Pomimo wielu problemów w ochronie zdrowia i z powodu wciąż niereformowanego systemu, warunki ratowania ludzkiego zdrowia i życia wielokrotnie uwłaczają godności zarówno pacjentów, jak i lekarzy. Mimo tylu trudności, jakie na co dzień musimy pokonywać, aby dobrze i skutecznie wykonywać swój zawód oraz budować zaufanie wśród pacjentów, nie możemy przechodzić obojętnie obok tych przypadków, które narażają nasze posłannictwo na utratę zaufania. Każdy z nas zdecydował się na bycie lekarzem po to, by ratować ludzkie zdrowie i życie, by pomagać w cierpieniu, dawać pacjentom nadzieję i siłę do walki z chorobą. Każdego z nas boli i dotyka, gdy tej walki nie można wygrać, gdy nasza wiedza i doświadczenie przegrywają z czynnikami, na które nie mamy wpływu i nie wynikają one z naszej niewiedzy czy zaniechania. Znamy nam jest poczucie bezsilności. Tym bardziej nikt z nas nie powinien tolerować w naszych szeregach niekompetencji, pomyłek czy nieuczciwości. W sytuacji, gdy media szeroko nagłaśniają tragiczne przypadki błędów lekarskich, my lekarze możemy odnieść wrażenie, że opinia publiczna często zbyt pochopnie postrzega naszą pracę, że nieliczne lecz dramatyczne przykłady utraty życia lub zdrowia naszych pacjentów wynikające z pomyłek lekarskich mogą przesłonić lub zafałszować efekty naszych największych osiągnięć medycznych i codzienną, mozolną pracę na rzecz pacjentów. Przyjęty przez media sposób omawiania błędów uderza w istotę zawodu: zaufania publicznego i w ostatecznym rozrachunku ukierunkowuje się na „deregulację”, czytaj: ograniczenie naszej samorządności. Nie pozwólmy na to!

Naczelna Izba Lekarska uczyni wszystko, aby praca lekarzy była właściwie oceniana, ale do tego potrzebujemy wsparcia was wszystkich, lekarzy w całej Polsce. Bądźmy sami ambasadorem własnego zawodu! Pokażmy, że potrafimy solidarnie wpłynąć na zmniejszenie liczby tragicznych przypadków lekarskich pomyłek! Nie udawajmy, że ten problem nie istnieje lub nie warto o nim mówić, bo stanowi tak

niewielką liczbę w porównaniu z liczbą lekarzy i codziennie wykonywanych świadczeń. Wiemy, że błąd ludzki jest wpisany w każdy zawód, ale pamiętajmy, że nasz błąd naraża człowieka na utratę zdrowia lub życia, na dodatkowe cierpienie pacjenta i jego najbliższych. Naczelna Izba Lekarska opowiada się stanowczo za nieuchronnością kary w przypadku każdego niepożądanego działania, podczas którego ucierpi pacjent. Pamiętajmy, że zaufanie należy pielęgnować i raz utraconego można już nigdy nie odzyskać. Bez względu na to, czy będziemy walczyć o ochronę zawodu lekarza oraz zaufania, jakim darzą nas pacjenci, a które ostatnio zostało nadszarpnięte. Apeluję do wszystkich o wsparcie i zaangażowanie w tej sprawie, abyśmy mogli wspólnie bronić naszego dobrego imienia i posłannictwa, jakim jest ratowanie ludzkiego zdrowia i życia.

Nie ustajemy także w walce o działania naprawcze wobec całego systemu ochrony zdrowia. O błędach lekarskich, sytuacji polskich lekarzy rozmawialiśmy między innymi podczas Światowego Kongresu Lekarzy Polskich. Było to niezwykle cenne spotkanie, które pokazało solidarność polskich medyków pracujących w kraju i za granicą, pokazało, że nasi koledzy w innych krajach mają podobne problemy. Nie zmienia to jednak faktu, że polski system ochrony zdrowia jest jednym z najgorszych w Europie. Poprosiliśmy Ministra Zdrowia, aby objął patronatem honorowym ten kongres i zaprosił go do uczestnictwa w dyskusji. Niestety odmówił. Bardzo zaniepokoił nas także fakt, że Minister Zdrowia zamiast wziąć udział w kongresie, opublikował w mediach list do lekarzy, w którym wezwał nas do debaty nad zmianą obowiązującego nas wszystkich Kodeksu Etyki Lekarskiej. W tej sytuacji, gdy Ministerstwo Zdrowia nie zauważyło naszych i pacjentów apeli, nie mogliśmy już dłużej czekać. W specjalnym liście zwróciliśmy się z prośbą do Prezesa Rady Ministrów, Donalda Tuska, o spotkanie w celu podjęcia wspólnych prac nad skutecznymi działaniami naprawczymi. Naszą prośbę uważamy za tym bardziej uzasadnioną, że Minister Zdrowia nie tylko nie potrafi podjąć skutecznych działań na rzecz poprawy ochrony zdrowia, ale także nie współdziała ze środowiskiem pacjentów i lekarzy. ■



Zasłużeni dla lekarzy, wśród nich troje członków Kolegium Redakcyjnego „GL”

Lekarze do ministra

24 maja minister zdrowia na łamach „Gazety Wyborczej” wystosował apel zatytułowany „Do Przyjaciół Lekarzy”. Reakcją na ten apel była natychmiastowa. Odpowiedź do mediów wystosował Maciej Hamankiewicz, prezentując ją na specjalnie zorganizowanej konferencji prasowej. Prezes NRL zaznaczył, że minister zdrowia nie zauważa wspólnej dyskusji lekarzy i pacjentów na rzecz poprawy systemu ochrony zdrowia, warunków leczenia pacjentów oraz nieuchronności kar dla wszystkich, którym zostanie udowodniony błąd lekarski, a medialne działania Ministra Zdrowia nie dość, że ukrywają brak efektów reformowania ochrony zdrowia, to podważają zaufanie do zawodu lekarza. List ministra został opublikowany w dzień odbywającego się VIII Kongresu Polonii Medycznej. Uczestników Kongresu, w tym Naczelną Radę Lekarską, oburzył fakt, że minister nie wyraził zgody na udział w Komitecie honorowym Kongresu oraz że na Kongres nie przybył – rozmawiając w zamian z lekarzami poprzez media. List i postawa ministra wzbudziły także prezesa Federacji Polonijnych Organizacji Medycznych, prof. Marka Rudnickiego, który wystosował list do Prezydenta RP w tej sprawie. Wszystkie dokumenty zostały opublikowane na stronie internetowej NIL.

Apel do Premiera RP

Naczelna Rada Lekarska w dniu publikacji listu ministra wystosowała list do Premiera RP.

„Apelujemy do Pana Premiera, bo apele do Ministra Zdrowia, jak dotąd, nie spotkały się z odzewem. Warunki leczenia wielokrotnie uwłaczają godności zarówno pacjentów, jak i lekarzy. Długie oczekiwanie na wizytę lekarską czy karetkę pogotowia, niedostateczna liczba lekarzy, wszechobecna biurokracja w przychodni i szpitalu to efekty niewłaściwie prowadzonej polityki zdrowotnej. W zderzeniu z takimi problemami lekarz i pacjent są w równym stopniu ofiarami tej sytuacji. Pacjent chce być właściwie leczony – lekarz chce móc właściwie leczyć” – napisała NRL. „Stanowczo zapewniamy jednak, że mimo tylu trudności, jakie na co dzień musimy pokonywać, aby

dobrze i skutecznie wykonywać swój zawód oraz utrzymywać zaufanie pacjentów, nie przechodzimy obojętnie obok przypadków, które narażają nasze posłannictwo na utratę zaufania. Każdy z nas zdecydował się zostać lekarzem po to, by ratować ludzkie zdrowie i życie, by pomagać w cierpieniu, dawać chorym nadzieję i siłę do walki z chorobą. Każdego z nas boli i dotyka, gdy tej walki nie można wygrać, gdy nasza wiedza i doświadczenie przegrywają z czynnikami, na które nie mamy wpływu” – zapewnili Premiera RP lekarze i lekarze dentyści.

Instrukcja przetrwania

„Instrukcja przetrwania w polskiej służbie zdrowia” opracowana przez „Porozumienie 1 Czerwca” zawiera punkty, takie jak: 1. Sprawny samochód / 2. Zapomnijcie o uprzejmości. To system, w którym trzeba umieć zadbać o swoje prawa / 3. Nie dajcie się zbyć ani odesłać / itd.

Kiedy poradnik ten został opublikowany w maju, w niektórych mediach prezes Porozumienia Piotr Piotrowski wydał oświadczenie, iż poradnik powstał już w marcu, po śmierci małej Dominiki spod Skierniewic i w żadnym wypadku nie należy go traktować jako narzędzia do walki pacjentów z lekarzami, gdyż nie taka była intencja jego powstania. „Zwracamy uwagę, że pacjenci, lekarze i świadczeniodawcy są wspólnie ofiarami tego chorego systemu ochrony zdrowia w Polsce. Nie możemy zgodzić się z tendencyjnym odbieraniem „instrukcji przetrwania” jako sposobu na generowanie antagonizmów pośród uczestników zmuszonych do funkcjonowania w polskiej służbie zdrowia. Instrukcję należy odbierać jako przyczynek do wspólnego szukania rozwiązań systemowych i ogólnospołecznych po to, aby już nigdy taka instrukcja, w XXI wieku, w europejskim kraju i w środku Europy – nie musiała mieć racji bytu” – podkreślił.

O refundacji

„Prawo do refundacji kosztów leków, jako prawo pacjenta nie powinno w jakikolwiek sposób być prawem zależnym od formy wykonywania zawodu osoby wystawiającej

**Lekarskie chóry na festiwalu**

receptę” – napisała NRL, odnosząc się do projektu założeń do zmian ustawy refundacyjnej. Zdaniem NRL uprawnienie lekarza/lekarza dentystry do wystawiania recept wynika z posiadanego przez niego prawa wykonywania zawodu, w ramach którego przeprowadza on badanie pacjenta, stawia rozpoznanie i ordynuje leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia lub wyroby medyczne, które są wskazane w tych okolicznościach. „To ustawowe uprawnienie nie wymaga uzyskania dodatkowych zezwoleń. Należy zatem zlikwidować obowiązek zawierania umów na wystawianie refundowanych recept, jak również z umów o świadczenia zdrowotne wykreślić zapisy dotyczące wystawiania recept. Ustalenie prawa pacjenta do refundacji – za wyjątkiem niektórych chorób przewlekłych (dawniej „P”) – powinno następować na etapie realizacji recepty, a nie jej wystawiania. Wystawienie recepty jest czynnością medyczną i powinno być oddzielone od kwestii dotyczących odpłatności za lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia lub wyrób medyczny” – napisała NRL w swoim stanowisku.

Zasłużeni dla samorządu

Szczególnie zasłużeni dla samorządu lekarskiego lekarze: Jerzy Baranowski (OIL Częstochowa), Anna Glińska (Śląska Izba Lekarska), Ryszard Golański (OIL Łódź), Jarosław Waneczek (OIL Płock), Andrzej Wojnar (Dolnośląska Izba Lekarska) i lekarze dentyści: Andrzej Baszkowski (OIL Poznań), Elżbieta Chmielowiec (Świętokrzyska Izba Lekarska), Jolanta Małmyga (OIL Gorzów Wielkopolski), Ryszard Rzeszutko (OIL Kraków) otrzymali odznaczenia „Meritus Pro Medicis”. Odznaczenia wręczono uroczystie 24 maja na posiedzeniu Naczelnej Rady Lekarskiej odbywającej się w krakowskim ratuszu podczas VIII Światowego Kongresu Polonii Medycznej.

Lekarskie chóry na festiwalu

18 maja na Festiwalu Ave Maria w Czeladzi odbył się Ogólnopolski Koncert Chórów Lekarskich. Wystąpiły chóry izb lekarskich z Białegostoku, Katowic, Olsztyna, Poznania, Szczecina i Warszawy, wykonując „Magnificat” Johna Rottera. Dyrygował prof. Ryszard Handke. ■



**Sławomir
Badurek**

Diabetolog,
wiceprezes KPOiL
w Toruniu, publicysta
„Pulsu Medycyny”

Medycyna odsiebna

8 marca 18-letnia Daria, obciążona zespołem Downa i wrodzoną wadą serca, pensjonariuszka DPS, z powodu wysokiej gorączki i problemów z oddychaniem została przewieziona do bydgoskiego centrum pulmonologii. Stan chorej kwalifikował ją do hospitalizacji na oddziale intensywnej terapii, ale wszystkie miejsca były zajęte.

Centrum zarządzania kryzysowego nie potrafiło wskazać ani jednego wolnego stanowiska na oiomach pozostałych szpitali w Bydgoszczy. Daria została przetransportowana do szpitala w odległym o 50 km Chełmnie, gdzie trafiła w stanie krytycznym i wkrótce zmarła. Tymczasem zarządzana przez NFZ kontrola wykazała, że w tym czasie w Bydgoszczy było 5 wolnych miejsc na oddziałach intensywnej terapii, w tym jedno w centrum pulmonologii. Dyrekcja tej placówki twierdzi jednak, że łóżko było potrzebne do rozpoczęcia leczenia nerkozastępczego jednego ze swoich pacjentów. Szpital dziecięcy broni się, że NFZ nie zapłaciłby za hospitalizację dorosłej pacjentki, a uniwersytecki i onkologiczny podnosiły, że ich o wolne stanowisko na intensywnej terapii nikt nie pytał.

Temat wzbudził szerokie zainteresowanie mediów. Większość skupiła się na udowodnieniu tezy, „jak to bezduszna służba zdrowia doprowadziła do śmierci niepełnosprawnej dziewczyny”. NFZ przedstawiano niemal jak bohatera, eksponując wypowiedź jego rzecznika, który zarzekał się, że Fundusz nie tylko zapłaciłby za leczenie Darii w szpitalu dziecięcym, ale nawet w placówce bez podpisanego kontraktu. Bodaj jeden tylko „Ekspres Bydgoski” poszedł krok dalej, pisząc o zaległościach NFZ wobec wspomnianego centrum pulmonologii z tytułu procedur ratujących życie. Poinformowano również, że owszem, zdarzało się Funduszowi płacić szpitalowi dziecięcemu za leczenie osób dorosłych, ale było tak tylko wtedy, gdy pacjent osiągał pełnoletniość w trakcie hospitalizacji (Daria skończyła 18 lat pół roku temu).

Gorączkowe poszukiwanie miejsca na intensywnej terapii to w naszych szpitalach codzienność. Nieprzypadkowo. W Polsce brakuje od 600-800 tego typu łóżek. Zgodnie z rozporządzenia Ministra Zdrowia z 20 grudnia 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, stanowiska in-

tensywnej terapii w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii powinny stanowić nie mniej niż 2 proc. wszystkich łóżek szpitalnych. Biorąc pod uwagę światowe standardy, poprzeczka jest ustawiona nisko. Mimo to obecnie, nawet w liczących się szpitalach, wspomniany odsetek oscyluje wokół jednego procenta. Jest tak od lat, bo OAiIT to obok SOR-rów największe źródła szpitalnych długów. Według wyceny NFZ jeden tzw. osobodzień w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii kosztuje średnio nieco ponad 1100 zł. Jest to kwota rażąco niska w stosunku do rzeczywistych wydatków. W tej sytuacji dyrektorzy szpitali nie są zainteresowani poszerzaniem bazy stanowisk OAiIT. Ministerstwo Zdrowia albo NFZ mogliby zarządzić kontrole, egzekwujące wykonywanie okólników. Efekt byłby doraźny, bo przecież to dzięki resortowi i funduszowi-monopoliście praktykuje się w Polsce medycynę odsiebną. Medycynę, w której lekarzom POZ opłaca się nie wykonywać badań diagnostycznych, a szpitalom nie przyjmować nikogo ponad narzucony limit. To chore i niebezpieczne, ale model ten ma u nas długie, wyrosłe na gruncie „bezpłatnej służby zdrowia” tradycje, a w ostatnich latach jeszcze go umocniono. Kilka lat temu można było na przykład liczyć na zapłatę za tzw. nadwykonania za procedury ratujące życie. Dziś już nie, bo NFZ mówi z góry, że pieniędzy nie da, co z funduszowego na nasze oznacza, że ponadplanowy pacjent to intruz. Kilka lat temu kilku procentowy w stosunku do przychodów szpitalny dług nie paraliżował dyrektorów. Dziś już nie, bo grozi przymusowe przekształcenie szpitala w spółkę i co za tym idzie – jeszcze bardziej radykalne cięcia. Czy u nas, w sektorze publicznym, można inaczej? Można. Gdyby Daria miała zawał serca, na pewno nie trzeba byłoby długo szukać dla niej miejsca. Strach pomyśleć, jak niewiele trzeba, by zniszczyć tę enklawę normalności. Z drugiej strony widać, że by znacząco usprawnić system, nie jest potrzebny Kopernik. ■

*Gorączkowe
poszukiwanie
miejsca na
intensywnej
terapii to
w naszych
szpitalach
codzienność.
Nieprzypad-
kowo.*

Specjalista na wagę złota

Lucyna
Krysiak

Ocenia się, że w Polsce brakuje około 25 tys. specjalistów. Wprawdzie co roku do lecznictwa trafia 2 tys. lekarzy i lekarzy dentystów, świeżo po egzaminach specjalizacyjnych, jednak to za mało, by wyrównać istniejący deficyt.

Nie wiadomo, czy nowy system specjalizacyjny to zmieni. Tym bardziej, że część lekarzy, kiedy tylko zrobi specjalizację, opuszcza kraj i podejmuje pracę za granicą. Wprawdzie emigracja zarobkowa to już nie exodus, jak było kilka lat temu, wciąż jeszcze notuje się odpływ wysoko wykwalifikowanych kadr. Zresztą polski lekarz nawet bez specjalizacji z łatwością znajdzie pracę w Anglii, Niemczech czy Norwegii. Wielu z nich, widząc piętrzące się przeszkody, by się specjalizować w wybranej przez siebie dziedzinie, w desperacji decyduje się na wyjazd. Sytuacja stała się patowa. Szczególnie w oddziałach zabiegowych, gdzie coraz trudniej o anestezjologa, chirurga, ale też brakuje pediatrów, kardiologów, endokrynologów, neurologów, a także psychiatrów, głównie dziecięcych. Wprowadzając pakiet ustaw reformujących lecznictwo, w tym system specjalizacji, ustawodawca zapewniał, że młodym lekarzom będzie łatwiej uzyskać tytuł specjalisty. Przekonywał też, że zmiany przyspieszą proces specjalizacyjny i dzięki temu specjalistów przybędzie w systemie. Jednak mimo tego, że przejście na system modułowy dokonał się w lipcu 2011 r., do tej pory nie zostały opracowane programy specjalizacyjne, bez których lekarz nie może rozpocząć specjalizacji. Obowiązek napisania programów specjalizacyjnych leży w gestii Ministerstwa Zdrowia w porozumieniu z konsultantami krajowymi i wojewódzkimi. – Młodzi lekarze, którzy chcieliby się specjalizować, są zawieszani w próżni, bo stary system już przestał obowiązywać, a nowy nie może ruszyć z miejsca i nie wiadomo, kiedy to nastąpi, mimo że prawnie już obowiązuje – martwi się Anna Woś, młoda lekarska internistka z Olsztyna. Wraz z grupą innych młodych lekarzy z samorządu lekarskiego jest zaangażowana w działania na rzecz popchnięcia spraw do przodu. Ale nie jest to łatwe, bo nie tylko chodzi o brak programów specjalizacyjnych, ale generalnie wytycznych, jak ma w praktyce przebiegać system modułowy. – Widać, że przepisy dotyczące specjali-

zacji w nowym systemie są niedopracowane, co sygnalizowaliśmy wielokrotnie, zanim weszły w życie, ale bez skutku – mówi doktor Woś.

Tykająca bomba

Największe deficyty kadrowe dotyczące specjalistów odnotowuje się w małych miejscowościach, w szpitalach powiatowych i lecznictwie ambulatoryjnym. Najdrastyczniej brakuje tam neonatologów, pulmonologów, endokrynologów, torakochirurgów, hematologów. W województwie warmińsko-mazurskim deficyty są już jednak odczuwalne nawet w takich specjalnościach jak ginekologia i medycyna rodzinna. Wszystkie województwa mają podobne problemy, np. śląskie, opolskie, podlaskie, a nawet mazowieckie. – U nas najgorzej jest z neonatologią, co stwarza zagrożenie dla nowo narodzonych dzieci, które w razie konieczności trzeba przewozić do większych ośrodków – zastrzega Marek Zabłocki, prezes Warmińsko-Mazurskiej OIL w Olsztynie, specjalista w dziedzinie interny i diabetologii. Uważa, że zła sytuacja dotycząca braku specjalistów w powiatach pogłębia się i czas już podjąć działania w tej sprawie. – Większość lekarzy po specjalizacji kieruje się do dużych ośrodków akademickich, gdzie są lepsze warunki pracy i płacy, małe szpitale nie są dla nich konkurencyjne w tym względzie – tłumaczy prezes Zabłocki. Dodaje, że wielokrotnie sygnalizował problem władzom województwa, NFZ-owi i resortowi zdrowia, wszystko jednak rozbija się o pieniądze. W dużych ośrodkach dobry specjalista może nawet otrzymać wynagrodzenie 18 tys. zł miesięcznie. W małych wynagrodzenia są trzykrotnie niższe. Są to dane nieoficjalne, bo ani lekarze, ani dyrektorzy placówek nie są zainteresowani w ich ujawnianiu. Gdyby szefowie powiatowych placówek mieli możliwość zaproponować im porównywalne wynagrodzenie, a może także mieszkanie, chętnych specjalistów do pracy w powiatach byłoby więcej. Ale to jest

Największe deficyty kadrowe dotyczące specjalistów odnotowuje się w małych miejscowościach, w szpitalach powiatowych i lecznictwie ambulatoryjnym.

tylko podkupywanie, bo od tego specjalistów nie przybędzie. Przewagą pracy na tzw. prowincji jest uniknięcie powszechnego dziś zjawiska wyścigu szczurów. Z dala od wielkich klinik żyje się lekarzom spokojniej. Tam wystarczy jednak zwykły wzrost zachorowalności na sezonowe infekcje, aby powstały jeszcze większe deficyty w obsadzie miejsc pracy przez specjalistów. Wtedy lekarze zmuszeni są do brania dodatkowych dyżurów, co grozi przepracowaniem.

Luka pokoleniowa

Problemem jest nie tylko brak specjalistów, ale wiek tych, którzy pracują w systemie. Obliczono, że 70 proc. lekarzy specjalistów zbliża się do 50 r.ż. W województwie mazowieckim co czwarty lekarz ma 65 lat. Jeśli pracują w oddziałach zabiegowych, powinni być sukcesywnie zastępowani przez młodszych kolegów, ponieważ często fizycznie nie są już w stanie sprostać obciążeniom takiej pracy. Z otwartymi ramionami przyjmą ich pacjenci leczący się u specjalistów ambulatoryjnie. Ale na tych młodych, którzy przejmą od nich pałeczkę, trzeba poczekać, bo poprzez różne zmiany w prawie dotyczącym systemu kształcenia powstał zamęt, który doprowadził do kryzysu. Stworzyła się luka pokoleniowa, która – jak oceniają eksperci od zdrowia – może trwać nawet 15 lat. Kształcenie podyplomowe lekarza specjalisty trwa dziś 5-6 lat. Później, co najtrudniejsze, trzeba zdać tzw. Państwowy Egzamin Specjalizacyjny. Jest to sito, przez które przechodzi zaledwie połowa zdających, a w niektórych specjalnościach nawet mniej. Ostatni egzamin PES z chorób wewnętrznych zdało tylko 50 proc. lekarzy, którzy chcieli zostać internistami. Egzamin specjalizacyjny z okulistyki oblało 56 proc. zdających, a z radiologii 54 proc. Także w innych specjalnościach wyniki były niezadowalające, ale najgorzej wypadł test z anestezjologii. Z 86 lekarzy zdających PES, zdało zaledwie 13 osób i był to najgorszy wynik w historii. Czy to znaczy, że lekarze byli źle przygotowani do egzaminów? Młodzi twierdzą, że solidnie przygotowują się do egzaminu specjalizacyjnego, bo to jest to dla nich przepustka do awansu, lepszych kontraktów, słowem lepszego życia. Inwestują więc czas, który mogliby poświęcić rodzinie, i pieniądze, bo kształcenie podyplomowe kosztuje. W ich mniemaniu chodzi o to, że starsze pokolenie traktuje ich jak konkurencję, blokując im drogę do specjalizacji. Uważają też, że wadliwa jest formuła testów. – Coś jest na rzeczy, bo takiego pogromu nigdy nie było, a jestem nauczycielem akademickim od wielu lat – mówi prof. Janusz Kłoczko, prezes Okręgowej Izby Lekarskiej w Białymstoku. Przypuszcza, że to skutek błędów popełnionych już na etapie szkoleń przygotowujących do egzaminów specjalizacyjnych, a także opracowywania testów, które powinny odzwierciedlać wiedzę przekazywaną w czasie szkoleń. – Działania szkolących, jak i egzaminujących powinny być skoordynowane, a wyniki testów wskazują, że tej koordynacji brak – podkreśla prof. Kłoczko.

Za mało rezydentur

Utrudnieniem dla lekarzy na drodze do uzyskania specjalizacji jest zbyt mała liczba etatów rezydenckich. Mimo ciągłych apeli i nacisków samorządu lekarskiego na Ministerstwo Zdrowia, by resort przyjrzał się problemowi deficytu specjalistów i zwiększył ich liczbę, wciąż jest ona nieadekwatna w stosunku do potrzeb. Przykładowo: w tym roku zapotrzebowanie na rezydentury zgłoszone przez poszczególne województwa wynosiło 2600 miejsc, a resort zdrowia przyznał ich tylko 444. – Jest prawie niemożliwe, aby lekarz bez etatu rezydenckiego zrobił specjalizację, bo żaden dyrektor szpitala nie zgodzi się utrzymywać lekarza specjalizującego się na etacie szpitalnym ze względu na koszty – zastrzega prof. Janusz Kłoczko. Wiąże się z tym także częste wyjazdy na szkolenia, dla takiego lekarza trzeba więc znaleźć zastępstwo, a poza tym nie ma pewności, że po uzyskaniu specjalizacji lekarz nie zmieni miejsca pracy lub nie wyjedzie do pracy za granicę. Rezydentura jest formą kształcenia w czasie wykonywania obowiązków związanych z pracą na rzecz jednostki, w której odbywa się specjalizacja. Etaty rezydenckie, na podstawie umowy o pracę, są realizowane tylko w akredytowanych ośrodkach. Postępowanie kwalifikacyjne do specjalizacji obejmuje ocenę formalną wniosku o rozpoczęcie specjalizacji oraz postępowanie konkursowe, które może zawierać różne elementy. Lekarze uważają, że należy pójść w kierunku dominacji rezydentur, specjalizowanie się na etacie rezydenckim powinno być standardem. Obecnie jest bardzo trudno o taki etat. Jednak jest i druga strona medalu – wolne miejsca rezydenckie na dziedziny niepopularne, takie jak np. patomorfologia, mikrobiologia lekarska, diagnostyka laboratoryjna, transfuzjologia kliniczna, medycyna pracy czy psychiatria, bo nie ma na nie chętnych. Lekarze chcą się specjalizować w dziedzinach, na które jest popyt na rynku, które zapewnią im zatrudnienie po uzyskaniu specjalizacji i wysokie dochody. Tymczasem w Polsce pracuje zaledwie 450 patomorfologów i większość z nich wkrótce wejdzie w wiek emerytalny. Dramatycznie brakuje też geriatrów. W lecznictwie pracuje 250 lekarzy tej specjalności, z czego czynnych zawodowo jest około 150. Oznacza to, że 1 specjalista przypada na 300 tys. mieszkańców. W Belgii i Słowacji na tę samą liczbę potencjalnych pacjentów jest ich 2,5, w Czechach – 1,5, w Szwecji – 7,8, w Austrii – 7,4. Jak w kontekście przedłużającego się wieku emerytalnego rozwiązać ten problem?

Ratunek w seniorach

W poszukiwaniu specjalistów dyrektorzy placówek ratują się, jak mogą. Zamieszczają ogłoszenia w urzędach pracy, na tablicach w siedzibach izb lekarskich, biuletynach samorządowych, a także zatrudniają emerytów. W Polsce obecnie pracuje ich kilkanaście tysięcy. Ilu dokładnie, nie wiadomo, bo sytuacja się wciąż zmienia. Jerzy Friediger, członek NRL i wi-

ceprezes OIL w Krakowie, szacuje, że pracujących lekarzy emerytów jest od 10 do 20 tys.; najwięcej w internie, medycynie rodzinnej, pediatrii, neurologii, ginekologii i położnictwie, a także w medycynie ratunkowej. – Lekarz specjalista to dziś cenny nabytek, obecnie więc rzadko lekarze przechodzą w tzw. stan spoczynku po osiągnięciu wieku emerytalnego – mówi J. Friediger. Krystyna Krajewska, laryngolog z Krakowa, która dopiero co na dobre przestała przyjmować pacjentów, liczy sobie 90 lat i jest jedną z najstarszych aktywnych zawodowo lekarek emerytek. Kazimierz Kłodziński, przewodniczący Komisji Lekarzy ds. Emerytów i Rencistów w Naczelnej Izbie Lekarskiej, zapewnia, że takich seniorów jest więcej. – Jako specjalista medycyny pracy uważam, że obecnie granica wieku warunkująca dopuszczenie do pracy jest bardzo płynna, wielu 70-letnich lekarzy jest jeszcze w stanie pracować nawet na cały etat. Rzecz w tym, aby dyrektorzy placówek potrafili umiejętnie wykorzystać tkwiący w nich potencjał, a więc wiedzę i doświadczenie zawodowe. Wielu kolegów lekarzy seniorów tylko ze względu na ograniczenia natury fizycznej nie jest już w stanie operować lub wypełniać innych czynności lekarza zabiegowego, ale mogą oni konsultować pacjentów w lecznictwie ambulatoryjnym. Jest to jednak sprawa indywidualna, trzeba wiedzieć, kiedy ze sceny zejść – tłumaczy Kazimierz Kłodziński. Dodaje, że w obecnej luce pokoleniowej emeryci rzeczywiście są ratunkiem, ale to nie jest rozwiązanie na dłuższą metę. W poszczególnych specjalnościach medycyna rozwija się bardzo dynamicznie i by zwiększyć liczbę specjalistów, potrzebne są nowe, bardziej skuteczne rozwiązania systemowe. Samorząd lekarski wytyka resortowi zdrowia fatalne, w jego ocenie, błędy w systemie kształcenia specjalistów. Maciej Hamankiewicz, prezes NRL, podkreśla, że działania Ministra Zdrowia muszą być bardziej energiczne. W pierwszym rzędzie powinny one polegać na stosowaniu zachęt dla akredytowanych ośrodków prowadzących specjalizację, by wzrastała liczba miejsc gotowych przyjąć rezydentów. Tymczasem ostatnie decyzje przerzucające część kosztów osobowych rezydenta na szpital działają wręcz odwrotnie. Kolejna rzecz do uregulowania to wynagrodzenia. – Dziś w wielu miejscach apanaże rezydenta są wyższe niż jego nauczyciela. Rodzi to napięcia i frustracje, które również niczemu dobremu nie służą. Samorząd zabiega od lat, aby określić stawki minimalne dla lekarzy. Nie dochodziłoby wówczas do patologii, gdzie stawka ucznia jest wyższa niż mistrza. U nas kształcenie specjalisty jest patriotyczno-etycznym obowiązkiem starszego kolegi, ale dla lekarza nauczyciela musi być dodatkowa gratyfikacja z tego tytułu – zastrzega prezes Hamankiewicz. Prezes ma także nadzieję, że trwające prace nad nowymi zmianami trybu specjalizacji spowodują, że proces specjalizacyjny zostanie urealniony, dostosowany do rzeczywistych potrzeb wykonywania zawodu w danej specjalności. Liczy też na to, że nowe programy będą bardziej praktyczne. ■

W tym roku zapotrzebowanie na rezydentury zgłoszone przez poszczególne województwa wynosiło 2600 miejsc, a resort zdrowia przyznał ich tylko 444.



Konstanty
Radziwiłł

Prezes Stałego
Komitetu
Lekarzy Europejskich

Informatyzacja po europejsku

W Polsce dużo się mówi
(nie zawsze pochlebnie)
o informatyzacji służby zdrowia.

Prace postępują, raz wolniej, raz szybciej, a tymczasem art. 14 unijnej dyrektywy nr 2011/24, „w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej” dotyczący e-Zdrowia daje podstawę do współpracy i wymiany informacji między państwami członkowskimi działającymi w ramach dobrowolnej sieci skupiającej organy krajowe odpowiedzialne za e-Zdrowie, m.in. w celu zapewnienia ciągłości opieki i bezpieczeństwa pacjenta w aspekcie transgranicznym oraz dla celów zdrowia publicznego i badań naukowych. Unia ma wspierać państwa członkowskie w działaniach na rzecz opracowania wspólnych środków identyfikacji i uwierzytelniania, aby ułatwić przenoszalność danych w transgranicznej opiece zdrowotnej.

Na tej podstawie Komisja Europejska przygotowała dokument „Plan Działań w zakresie e-Zdrowia 2012-2020: innowacyjna ochrona zdrowia w XXI wieku”. Stały Komitet Lekarzy Europejskich (CPME), pozytywnie odnosząc się do dokumentu, zwrócił jednak uwagę na kilka aspektów informatyzacji w tym sektorze.

CPME podkreślił, że informatyzacja musi przede wszystkim wspierać potrzeby pacjenta, jego bezpieczeństwo oraz jakość opieki medycznej i nie może odbywać się pod dyktando producentów i dostawców urządzeń i oprogramowania. Na wszystkich etapach przygotowywania rozwiązań należy zapewnić udział przedstawicieli środowiska lekarskiego. Konieczne jest zapewnienie środków publicznych na szkolenia lekarzy i wdrożenia elementów e-Zdrowia do codziennej praktyki. Warunkiem koniecznym rozwijania się e-Zdrowia w Europie jest zapewnienie od początku budowania systemów krajowych interoperacyjności urządzeń i programów (zwłaszcza w zakresie elektronicznej dokumentacji medycznej, danych ratunkowych, elektronicznych epikryz oraz mobilnych urządzeń wspomagających pacjentów). Niezbędne jest także przygotowanie odpowiednich rozwiązań prawnych zapewniających szeroką możliwość korzystania z rozwiązań z zakresu telemedycyny (zwłaszcza dotyczących kwestii legalności takich procedur, odpowiedzialności zawodowej, ochrony danych i finansowania takich czynności). Istnieje potrzeba opracowania wspólnych zasad autoryzacji i autentyfikacji dokumentacji medycznej. Nie bez znaczenia jest także oczekiwanie, że informatyzacja doczeka się publicznego finansowego wsparcia w zakresie wyposażenia w odpowiednie urządzenia i oprogramowanie, ale także w obszarze szkoleń dla profesjonalistów medycznych i pacjentów.

Dobrze by było, aby te i inne aspekty nadchodzących szybkich zmian, także w Polsce, doczekały się refleksji z udziałem samorządu lekarskiego i organizacji pacjenckich. ■

FOTO: Krzysztof Andrzejewski

Politycy nie zawsze chcą słuchać

Z Lechem Rejnusem, dyrektorem Departamentu Zdrowia
Najwyższej Izby Kontroli, rozmawia Marta Jakubiak.

Najwyższa Izba Kontroli – jak sama nazwa wskazuje – zajmuje się kontrolowaniem, a to nie kojarzy się dobrze, bo z chęcią przyłapania kogoś na błędzie. Czym, poza kontrolami, zajmuje się Departament Zdrowia NIK, którym pan kieruje, i jaki jest ich cel?

Po pierwsze, realizujemy ustawowy obowiązek sprawdzenia wykonania budżetu państwa przez naczelne organy administracji publicznej: Ministra Zdrowia i Rzecznika Praw Pacjenta, a także inne podmioty z tego obszaru: w 2012 r. kontrolowaliśmy np. Agencję Ochrony Technologii Medycznych, a w roku bieżącym Głównego Inspektora Sanitarnego. Po drugie, pracujemy wg planu uchwalanego przez Kolegium NIK. Prowadzimy również kontrole doraźne, na ogół skargowe, jeżeli istnieje duże prawdopodobieństwo potwierdzenia zgłoszonej nieprawidłowości.

Badamy niekorzystne naszym zdaniem zjawiska w ochronie zdrowia. Chcemy ustalić ich przyczyny i w miarę możliwości odpowiedzieć na pytanie, dlaczego powstały. Naszym celem nie jest ściganie i nakładanie kar. Od tego są inne organy. NIK jedynie przekazuje Sejmowi informacje o dysfunkcjonalności systemu i wnioskuję o zmiany legislacyjne. To bardzo niewdzięczne zadanie, bo politycy niestety nie zawsze chcą nas słuchać i dotarcie do nich jest naprawdę trudne.

Jeżeli jednak istnieją przesłanki popełnienia przestępstwa, składamy zawiadomienie do prokuratury. Możemy też wnioskować o nałożenie kary za naruszenie dyscypliny finansów publicznych. Trzecia możliwość, z której korzystamy bardzo rzadko, to wnioskowanie do jednostek nadrzędnych o niezasadność zajmowania stanowiska przez dyrektorów placówek, w których stwierdziliśmy nieprawidłowości, np. źle działa szpital kliniczny – wnioskujemy do Rektora uniwersytetu medycznego, źle działa instytut – do Ministra Zdrowia.

Niedawno przeprowadzili państwo kontrolę NFZ, która wykazała, że fundusz zbyt rzadko sprawdza dostępność i jakość świadczeń medycznych.

To, że NFZ za mało sił i środków poświęca na sprawdzanie dostępności i jakości świadczeń, jest bez wątpienia błędem systemowym – na ten cel przeznaczana jest marginalna ilość środków finansowych. Fundusz nie przejada pieniędzy, a koszty jego utrzymania są poniżej 1 proc. składek, co oznacza, że jest to jedna z najtańszych instytucji na świecie. ZUS i KRUS wydają na utrzymanie mniej więcej 2,5 proc. swoich przychodów. Być może przez to, że NFZ tak mało wydaje, działa tak, jak działa.

Jak wynika ze wspomnianego raportu NIK, w placówkach, z którymi fundusz zawarł umowy, kontrola ma szansę pojawić się średnio raz na 12 lat, np. w przychodniach raz na 24 lata, a w gabinetach stomatologicznych raz na 18 lat. Jednocześnie wiele dużych jednostek, szczególnie szpitali, sprawdzanych jest nawet kilka razy w roku. Dlaczego tak się dzieje?

Te dane nie świadczą o tym, że szpitale są kontrolowane zbyt często. Przecież oczywiste jest, że jednostki, gdzie są największe pieniądze, kontroluje się najczęściej. Ryzyko pojawienia się kontroli w POZ czy specjalistycie jest małe, gdyż tam zagrożenie jest niewielkie.

Czy pomysł ministerstwa, by zlikwidować Centralę NFZ, uważa pan z perspektywy dyrektora Departamentu Zdrowia NIK za dobry?

Nie odpowiem na to pytanie, bo nie znam wszystkich szczegółów tych projektów. Czy będzie to dobra decyzja, czy nie, zdecyduje to, jakie ruchy zostaną wykonane po jej podjęciu. Sama zmiana szyldu nic nie wniesie. Czy odbudujemy kasy chorych, jakie zmiany i regulacje ustawowe pójdą za likwidacją Centrali NFZ, jaka będzie koncepcja szczegółowa zmian? To zdecyduje.

Na 2013 r. zaplanowano kontrolę programu zapobiegania nowotworom. Co będzie sprawdzane i w jakich placówkach?

Nie mogę zdradzać szczegółów, bo program kontroli jest objęty tajemnicą kontrolerską. Ogólnie rzecz ujmując, sprawdzimy realizację programów onkologicznych, które zostały przyjęte ustawą. Skupimy się na kilku zasadniczych kwestiach: profilaktyce i przede wszystkim realizacji programów profilaktycznych. Z analizy przedkontrolnej wynikało, że nie ma wystarczającej współpracy ani koordynacji w zakresie realizacji tych programów, np. kobiety dostają zaproszenia z trzech różnych źródeł na badanie profilaktyczne raka szyjki macicy.

W sferze naszej uwagi znajdzie się też kwestia zakupu specjalistycznej aparatury: czy jej nabycie po określonych cenach było właściwe, czy jej rozlokowanie nie wynikało z wpływów lokalnych, czy mapa rozmieszczenia sprzętu daje taką samą dostępność do świadczeń. To bardzo ważne. Na endoprotezę można poczekać miesiąc dłużej, na radioterapię już nie. Będziemy kontrolowali głównie wydatki z programów, w których jest kilkaset milionów rocznie na zakup aparatury, głównie do radioterapii.

To, że pieniądze nie zawsze są racjonalnie wydawane, potwierdza liczba PET-ów. Jedna z przeprowadzonych wcześniej kontroli określiła, że w Polsce potrzebnych jest około 9 takich urządzeń. Za publiczne pieniądze kupiono już 9. Licząc te nabyte za środki niepubliczne, obecnie mamy dwa razy więcej, niż określało zapotrzebowanie. Do czego to doprowadziło? Świadczeniodawcom, którzy dysponują PET-ami, NFZ daje coraz niższe kontrakty, amortyzacja sprzętu jest wysoka, a cena jednostkowa badania maleje. W efekcie szpitale publiczne posiadające PET-y generują straty.

Które obszary ochrony zdrowia najpilniej wymagają skontrolowania?

Na pewno należy sprawdzić, jakie są skutki przekształceń własnościowych szpitali. Trzeba ustalić, czy po to, żeby zbilansować swoją działalność, przekształcone jednostki nie rezygnują z pewnych deficytowych świadczeń, na które jest zapotrzebowanie na lokalnym rynku, a co za tym idzie – czy nie pogarsza się ich dostępność. To jest najpilniejsze zadanie.

Należy przyrzeć się także funkcjonowaniu szpitali klinicznych: dlaczego generują tak wysokie długi, skoro mają potencjalnie tak wiele źródeł finansowania? Po pierwsze, największe finansowanie płynie z NFZ. Po drugie, zatrudniają nauczycieli akademickich, którzy częściowo są opłacani z budżetu. Za obecność w szpitalu studentów także powinny spływać pieniądze. I po trzecie, instytuty mają możliwość pozyskania dodatkowych środków na badania kliniczne oraz badania naukowe. Mimo tych wszystkich możliwości finansowania szpitale kliniczne są najbardziej zadłużoną grupą jednostek w ochronie zdrowia. Spośród ponad 40, tylko kilkanaście nie ma zadłużenia.

Badamy niekorzystne naszym zdaniem zjawiska w ochronie zdrowia. Chcemy ustalić ich przyczyny i w miarę możliwości odpowiedzieć na pytanie, dlaczego powstały.

Wyniki kontroli pokażą, gdzie gubione są pieniądze. Podpowiedzą też, jak efektywniej zarządzać tymi placówkami. Jeśli tylko jeden szpital byłby niezadłużony, a reszta bankrutowała, rentowność można byłoby uznać za wypadek przy pracy. Jeśli jednak 25 proc. jednostek jest zarządzanych bez generowania długów, oznacza to, że mamy do czynienia z lepszym i gorszym dysponowaniem funduszami. Dlaczego pozostałe 75 proc. nie potrafi osiągnąć dobrego wyniku? Warto się temu przyjrzeć.

Co jeszcze jest do poprawienia?

Dostępność do świadczeń zdrowotnych, a dokładnie ambulatoryjnych badań specjalistycznych. Obecnie jest ona bardzo niska, co generuje wysokie koszty w szpitalach, gdyż trafiają do nich pacjenci, którzy mogliby być po dużo niższych kosztach leczeni ambulatoryjnie. Na wizytę u specjalisty trzeba jednak bardzo długo czekać. To olbrzymia niedoskonałość systemu. Lekarze rodzinni niepotrzebnie odsyłają do specjalisty wielu pacjentów, jako tych generujących zbyt duże dla POZ koszty. I choć nie ma chyba lepszego sposobu płacenia za POZ jak ryczałt kapitałowy, uważam, że kwestią otwartą wciąż pozostaje określenie, ile za ten ryczałt się należy. Chodzi o badania pomocnicze – ile lekarz wyda na świadczenia zdrowotne, które powinny być finansowane w ramach POZ. Teraz wycena nie jest dobra, dlatego lekarze POZ chętnie odsyłają pacjentów piętro wyżej, żeby wykonali badania. Specjaliści też ograniczają się z ich zlecaniem. I w efekcie pacjent trafia do szpitala albo na SOR.

Druga kwestia, która pozornie nie ma znaczenia, ale może znacząco wpłynąć na zwiększenie dostępności świadczeń, to uruchomienie systemu informatycznego ochrony zdrowia. I choć wszystko rodzi się tak trochę w bólach, proces został rozpoczęty. Lada moment pojawi się raport NIK w tej sprawie.

Z informatyzacją wiąże się jeszcze inny problem – obecnie brakuje lekarzy, system radzi sobie dzięki temu, że pracują jeszcze emeryci i renciści. Część z nich nie poradzi sobie w nowej informatycznej rzeczywistości. Możemy ich stracić. Mówię o tym głośno i podkreślam ten problem.

Panie dyrektorze, jest pan lekarzem. Proszę powiedzieć, w jaki sposób taka instytucja jak NIK może pomóc grupie zawodowej, do której pan należy?

To bardzo trudne pytanie. Czy NIK jest po to, żeby pomóc lekarzom? Nie wiem. Ma przede wszystkim pomóc systemowi i pacjentom. To brzmi trochę banalnie?

Bardziej bezdusznie niż banalnie... Za lekarzami stoją ludzie, system jest urzędniczym tworem.

Tak, ale jeżeli ten system będzie dobrze skonstruowany, lekarzom będzie łatwiej w nim funkcjonować. Jako lekarz dużo lepiej rozumiem problemy swoich kolegów, niż byłbym w stanie zrozumieć jako urzędnik. Umiem patrzeć z perspektywy świadczeniodawcy, bo wiem, jak wygląda praca lekarza. Takie postrzeganie sprawia, że nieco inaczej czyta się obowiązujące przepisy prawa i ocenia celowość pewnych działań.

Jakie główne problemy dostrzega pan w systemie?

Bez wątpienia deficytowość świadczeń medycznych. Kardiologia i oddziały wczesnej interwencji kardiologicznej rosną

jak grzyby po deszczu. Skomercjalizowała się dializoterapia, bo ona również się opłaca. Wszyscy szukają najlepiej wycenianych procedur, uciekając od tych niedochodowych. Dysproporcje są zbyt duże, a zła wycena świadczeń generuje problemy. Niedopuszczalne jest, by pewne specjalności były nadmiernie opłacalne, inne zupełnie nieopłacalne. Fundusz nie potrafił tego dobrze oszacować. Nie kontrolowaliśmy wyceny świadczeń, bo nie mamy do tego narzędzi, ale wiemy, że rozporządzenie określające miejsca powstawania kosztów w szpitalach pozwalało na dużą dowolność ich ustalania, a co za tym idzie, różną wycenę takich samych świadczeń.

Obiektywna wycena to warunek powodzenia małej, nazwijmy ją, reformy, jaka szykuje się w najbliższym czasie.

Na podstawie wyników kontroli prowadzonych przez NIK – jak pan ocenia – czy dzieje się lepiej w służbie zdrowia?

Jest lepiej, chociaż wciąż nie jest dobrze. Do SOR-ów zgłasza się zbyt wielu pacjentów. W POZ brakuje profilaktyki. Kontrola przeprowadzona kilka lat temu wykazała, że pacjenci otrzymywali niewiele skierowań na badania dodatkowe, mężczyźni nie byli badani per rectum mimo obowiązku nałożonego przez Ministra Zdrowia, nawet pomiar ciśnienia sporadycznie notowano w kartach. Specjalistyka jest zapchana i boryka się z problemem marnej dostępności. Stworzenie profilaktycznego programu kardiologicznego POLCARD pomogło w zbudowaniu systemu, dzięki któremu coraz mniej ludzi umiera na zawały, w czym bez wątpienia ma swój udział ratownictwo medyczne, ale dostępność do poradni kardiologicznych znacznie się pogorszyła.

Jeśli chodzi o szpitalnictwo, świadczenie usług odbywa się na bardzo różnych poziomach. Do tej pory NIK walczyła o jedną rzecz: o jasne kryteria przyjmowania pacjentów, czego nikt wciąż nie kontroluje. Z listami oczekujących związany jest jeszcze jeden problem. Szpitale zgłaszają je, NFZ zawiesza na swoich stronach, ale system eWUŚ nie weryfikuje, czy na pięciu listach nie ma tego samego pacjenta.

Niepokój budzi też zadłużenie jednostek służby zdrowia, a zwłaszcza instytutów, głównie pediatrycznych – i temu winien jest przede wszystkim Minister Zdrowia, który marnie nadzorował te placówki. Co roku, kontrolując wykonanie budżetu, raportowaliśmy ministrowi, jakie jest zadłużenie. Jednak dopiero wtedy, gdy w Centrum Zdrowia Dziecka wybuchł pożar, czyli zagrożenie bankructwem, minister zareagował, pojawili się nowi dyrektorzy i programy naprawcze.

Wiele do zrobienia jest również w lecznictwie stomatologicznym, które w Polsce właściwie już się skomercjalizowało. Pod koniec czerwca ukazały się wyniki naszej kontroli, głównie poświęcone stomatologii dziecięcej i walce z próchnicą. Nie będę zdradzał wstępnych danych. Poczekajmy na pełny oficjalny raport.

Wierzę, że kontrole NIK i ich wyniki mogą być pomocne przy eliminowaniu błędów systemu. I choć jako pracownicy NIK wystrzegamy się bycia adwokatami lekarzy, chcemy im pomagać, diagnozując istniejące dysfunkcje, ustalając na przykład, gdzie wyciekają pieniądze, by dyrektorzy szpitali mogli skorygować swoje decyzje dotyczące zarządzania. W pracy nad systemem najważniejszy jest obiektywizm i niezależne badanie tematów. I oczywiście chęć dokonywania zmian na lepsze. ■

Pełna treść wywiadu na www.gazetalekarska.pl

Z informatyzacją wiąże się jeszcze inny problem – obecnie brakuje lekarzy, system radzi sobie dzięki temu, że pracują jeszcze emeryci i renciści. Część z nich nie poradzi sobie w nowej informatycznej rzeczywistości. Możemy ich stracić. Mówię o tym głośno i podkreślam ten problem.

Buntownicy z wyboru

Okręgowa Izba Lekarska w Płocku

**Lucyna
Krysiak**

Izby lekarskiej w Płocku nigdy miało nie być. Swoje istnienie zawdzięcza reakcji pierwszych delegatów, którzy zbuntowali się przeciwko tworzeniu wyłącznie dużych okręgów, z wielkimi budżetami i rozbudowaną administracją.



FOTO: archiwum OIL w Płocku

*Po remoncie
przepro-
wadzonym
w 2010 r.,
wnętrza
siedziby
zaliczają się
do jednych
z najpiękniej-
szych
w Polsce.*

Można powiedzieć, że to był bunt przeciwko „samorządowi anonimowemu”, zakładającemu w początkowej fazie reaktywacji sztuczne scalanie regionów, których nic wcześniej nie łączyło. W wyniku wyłomu od tej zasady wyłoniły się izby w Bydgoszczy, Toruniu i Płocku, które bardzo sobie cenią wywalczoną w bojach niezależność. Płocka izba powołana decyzją Naczelnej Rady Lekarskiej 18 grudnia 1989 r. rozpoczęła skromnie, od spotkań w prywatnych mieszkaniach i dyżurkach lekarskich, ale z entuzjazmem, który sprawił, że w ciągu półtora roku można już było zaanektować lokal z salą konferencyjną i telefonem. – Jesteśmy namacalnym przykładem toczącej się walki wewnętrznej w polskim samorządzie lekarskim i ciągłego rozdrapywania sporu pomiędzy zwolennikami jednolitych, dużych okręgów z wielkimi budżetami, etatami i pararządową administracją oraz zwolennikami koncepcji samorządności lokalnej, mniej rozdętej, biedniejszej, lecz bliższej płatnikowi składki – wyjaśnia Jarosław Wanecki, obecny prezes Okręgowej Izby Lekarskiej w Płocku. Ubolewa, że chociaż od czasu kształtowania się izb minęło wiele lat, nikomu już niepotrzebny dyskurs na ten temat wciąż toczy

się w kulisach ważnych spotkań przedstawicieli samorządu lekarskiego i szkodzi wizerunkowi korporacji.

Po reformie administracyjnej kraju, woj. płockie zostało zlikwidowane i weszło w skład woj. mazowieckiego i łódzkiego. O Płock upominała się wówczas Warszawa, ale mała izba była już zaawansowana w budowie własnej tożsamości i utwierdzona w przekonaniu, że droga, którą kroczy, jest tą właściwą.

Izba jest wasza.

OIL w Płocku swoim zasięgiem obejmuje powiaty należące do dawnego województwa płockiego: kutnowski, łęczycki, sierpecki, gostyniński i dwa płockie. To mała społeczność (liczy 1388 lekarzy), ale duża duchem. Pierwszy przewodniczący OIL w Płocku, Zbigniew Jędrzejewski, powiedział w przemówieniu inauguracyjnym: „(...) izba lekarska jest wasza i działa w waszym imieniu (...)” i to zdanie jej członkowie często przytaczają, kierując się nim w codziennej działalności. Po przedwczesnej śmierci Jędrzejewskiego zastąpiła Krystyna Badowska, która doskonale i z oddaniem organizowała gniazdo, w którym lekarze mogli się spotykać i obradować. To

jej inicjatywa i gust decydowały o wystroju izby, a kto mógł dzielnie ją w tym wspierać. Hanna Hejke-Mojzesowicz, która w I kadencji była sekretarzem izby, któregoś dnia przyniosła z domu dwa zdobione krzesła ze stylowymi obiciami. Postawiła je na środku pustej sali i powiedziała: – Jedno jest dla lekarza, drugie dla lekarza dentysty.

Ten gest wiele wówczas znaczył, a dziś obrósł już legendą. Elżbieta Mazurkiewicz, lekarz dentysta, która jako jedyna nieprzerwanie od 1989 r. jest delegatem na wszystkie zjazdy okręgowe, wspomina: – Pragnęliśmy własnej izby i temu pragnieniu towarzyszyły wielkie zaangażowanie i emocje. Nie było podziałów, stanowiliśmy jedność, a krzesła były tego symbolem. Hanka Hejke-Mojzesowicz nosiła także okazały koszyk, w którym znajdowało się całe biuro izby, dopóki nie dorobiliśmy się własnej siedziby. Tego się nie zapomina.

Przewodniczącą plockiej OIL w II i III kadencji była Sabina Kańtoch. Do dziś środowisko pamięta organizowane przez nią kilkunastu konferencje. Był taki rok, w którym do naukowo-piknikowego Miąłkówka przybyło 25 proc. lekarzy z Płocka, Kutna, Łęczycy, Sierpca, Gostynina i okolic. Pawła Sobieskiego, przewodniczącego IV kadencji, zapamiętano m.in. jako organizatora wielkich konferencji chirurgów onkologów oraz położników wespół z prof. Witoldem Malinowskim zajmującym się ciążami wielopłodowymi. Obok zwykłej pracy, przez wszystkie kadencje trzeba było odpierać ataki, które miały na celu likwidację izby, o czym swego czasu pisała „Gazeta Lekarska” w artykule „Obrona Częstochowy”. Ale jednocześnie był to czas protestów, manifestacji, strajków (w okolicy było ich kilka) oraz niezliczonych zmian w rejestrach, które wymagały koordynacji. Doktor Sobieski znany był z niekonwencjonalnych rozwiązań, błyskotliwych mów i umiejętności kontrolowania pola zagrożeń oraz zażegnania konfliktów. – Staram się wykorzystywać te zdobycze dla dobra naszych zawodów i małej społeczności, oczywiście na tej drodze jest wiele przeszkód i czasami trudno ustrzec się błędów. Dodatkowo rozpoczęliśmy intensywną współpracę z izbami ościennymi. Razem jest łatwiej rozwiązywać problemy, uczyć się i współtworzyć projekty kulturalne – mówi prezes Wanecki.

Gabinet prezesów

Siedziba OIL w Płocku mieści się w zabytkowej kamienicy przy ul. Kościuszki 8 z 1804 r. Zbudował ją bank ziemski, po którym zostało 8 unikatowych, żeliwnych kolumn. Lokal izby ma zaledwie 150 m, ale niedługo będzie ich więcej. Izba zajmuje część parteru kamienicy i zamierza dokupić jeszcze 40 m na piętrze. Będą tam usytuowane sale posiedzeń sądu lekarskiego, które obecnie odbywają się w sali głównej. Więcej przestrzeni daje plockim lekarzom szansę na rozwijanie nowych aktywności. Siedziba OIL jest usytuowana w ścisłym centrum miasta. Z jednej strony widać ulicę, która prowadzi na Stary Rynek. Z drugiej – okna wychodzą na wiekowe

wieżę i kopułę plockiej katedry. Przy wejściu do budynku stała jedna z barykad obrony 1920 r. w wojnie polsko-bolszewickiej. W całym otoczeniu izby czuje się oddech historii. Po remoncie przeprowadzonym w 2010 r., wnętrza siedziby zaliczają się do jednych z najpiękniejszych w Polsce. – Obiekt przekazany przez władze miasta wykupiliśmy bez kredytów i jest naszą własnością od 1995 r. – podkreśla Jarosław Wanecki. Swój klimat ma „gabinet prezesów”, mały, przytulny pokój bez okien, ale z niepowtarzalnym urokiem toczonych tam rozmów. Na ścianach wiszą portrety dotychczasowych przewodniczących.

Trochę historii

Płock powstał w X w., jego najbardziej zabytkowa dzielnica to Stare Miasto, które zachowało niezmienny układ przestrzenny od ponad 800 lat. Najstarszą jego częścią jest Wzgórze Tumskie, którego zabudowania znajdują się na skarpie wzniesionej ok. 47 m nad poziomem Wisły. Ślady historii spotyka

*OIL w Płocku
swoim
zasiegiem
obejmuje
powiaty
należące
do dawnego
województwa
płockiego:
kutnowski,
łęczycki,
sierpecki,
gostyński
i dwa płockie.*

się tutaj na każdym kroku, także w środowisku medyków, które w 1872 r. założyło Płockie Towarzystwo Lekarskie. Należeli do niego lekarze, których nazwiska są owiane legendą umiejętności zawodowych, społecznego zapału, nowatorstwa metod, ogromnej woli nauki i szerzenia edukacji. To z Płocka wywodzi się Marcin Kacprzak, pierwszy polski lekarz, który po wojnie współtworzył Światową Organizację Zdrowia, definiując termin „zdrowie”, specjalista w dziedzinie zdrowia publicznego. To w Płocku pracował i działał Bronisław Mazowiecki, ojciec Tadeusza Mazowieckiego – późniejszego premiera RP. Do dziś jest wspominany jako współtwórca „kropli mleka”, systemu opieki nad matką i dzieckiem, jako lekarz, który niósł pomoc, nie pytając o zapłatę. Pracował w Szpitalu św. Trójcy, który działa w Płocku nieprzerwanie od 1405 r. Był przyjacielem okulisty Aleksandra Macieszy, pierwszego burmistrza Płocka, prezesa Płockiego Towarzystwa Lekarskiego, krzewiciela wiedzy z zakresu higieny, a także profilaktyki chorób oczu. Doktor Maciesza był również antropologiem i fotografikiem, a dla płocczan autorytetem w wielu dziedzinach. Uważał, że edukacja i zdrowie to dwie najważniejsze dziedziny w życiu każdego człowieka, czego dowiódł, budując w Płocku szkołę, tzw. Jagiellonkę, na ówczesne czasy jedną z najnowocześniejszych, którą ukończył m.in. Władysław Broniewski. Wybierającemu się na medycynę Marcinowi Kacprzakowi, przyszłemu higienistce, Aleksander Maciesza podarował na pożegnanie „Regulamin pracy lekarza szkolnego”. Wybudowany 40 lat temu w Płocku Szpital Wojewódzki, przyciągał ofertą pracy lekarzy z całego kraju. W 1939 r. w mieście było zaledwie 26 medyków, dzisiaj razem ze stomatologami w płockich oddziałach, pogotowiu, dziesiątkach przychodni i gabinetów pracuje ich prawie siedmiuset. Za tym rozwojem stoi naftowy gigant – petrochemia ORLEN. Pieniądze z ropy pozwoliły nie tylko przywrócić świetność zabytkom Płocka, ale też przyspieszyć rozwój tutejszej medycyny.

Być blisko siebie

Prezes Wanecki mówi, że izba stara się zapewnić jak najszerszy dostęp do informacji, która pozbawiona jest szumu. Prio-

rytety zawarte są w hasle: „Moja izba lekarska – naukowa codziennie, kulturalna nie tylko od święta – już wiem, po co jest!”. Ambicją płockiej izby jest organizacja jak największej liczby szkoleń, warsztatów, konferencji. Dlatego Komisja Kształcenia ściśle współpracuje z PTL. VI kadencja rozpoczęła 5-letni projekt przeszkolenia wszystkich lekarzy i lekarzy dentystów z zakresu pierwszej pomocy. Wśród tych priorytetowych spraw nie zapomina się jednak o sferze ducha i kultywowaniu pamięci. Klub Lekarza organizuje wiele atrakcji wpisanych do stałego kalendarza, jak Gala Medali, gdzie podczas koncertu odbywają się międzypokoleniowe spotkania, choinka dla dzieci, bale karnawałowe, jedyne w swoim rodzaju Wypominki i Zaduszki Lekarskie, turnieje szachowe, a także imprezy okazjonalne, wyprawy na koncerty, spektakle, spotkania artystyczno-naukowe i świąteczne. Na pytanie, co wyróżnia płocką izbę, prezes wymienia System Powiadamiania OIL (SPOILER), który obejmuje zasięgiem krótkich informacji SMS 75 proc. telefonów komórkowych członków izby. Dzięki temu nikt nie narzeka na brak dostępu do informacji o kształceniu i imprezach kulturalnych. Członkowie OIL w Płocku mają zniżki w 2 kinach, szkole tańca i centrum nurkowym. Izba negocjuje ceny z teatrem, gdzie całe rodziny mogą po okazaniu pieczątki otrzymać ulgowe bilety. Ale najważniejsze, że potrafią się mobilizować w stanach zagrożenia kontraktowego czy receptowego. Dysponują stroną internetową, na którą zagląda 3 razy więcej osób, niż jest członków. Opiniują miejskie programy profilaktyczne, dzięki czemu poza NFZ w zdrowie mieszkańców władza lokalna zainwestowała od 2002 r. ponad 11 mln zł. Mimo tych działań wielu członków samorządu jest niezadowolonych. Prezes Jarosław Wanecki uważa, że jest to ważny powód do zastanowienia się, gdzie w idei, która przeżyła stalinowskie zakneblowanie, zostały popełnione błędy. – Moja wizja samorządu lekarskiego, to praca u podstaw, wielokierunkowe, systemowe a nie okazjonalne, udowadnianie z dnia na dzień, że zawód lekarza i lekarza dentysty wbrew tabloidowym opiniom nie traci swojej rangi. Nadal mam nadzieję, że samorząd lekarski jest zdolny do wewnętrznej sanacji – podsumowuje prezes izby. ■

Warto wiedzieć

Metryka Okręgowej Izby Lekarskiej w Płocku

Terytorium: byłe woj. płockie, powiaty: płockie, kutnowski, gostyniński, sierpecki, łęczycki
Adres siedziby: ul. Kościuszki 8, 09-400 Płock

Kontakt: tel. 24 2626424, faks 24 2645646

e-mail: oilplock@plocman.pl

Strona internetowa: www.oilplock.pl

Liczba członków: 1388, w tym 1061 lekarzy i 326 lekarzy dentystów

Liczba delegatów na zjazd: 64

Liczba członków Okręgowej Rady Lekarskiej: 15

Prezes: Jarosław Wanecki

Wiceprezesi: Ewa Szczutowska, Paweł Sobieski, Michał Kuriga, Andrzej Szwarocki

Delegatury: 0

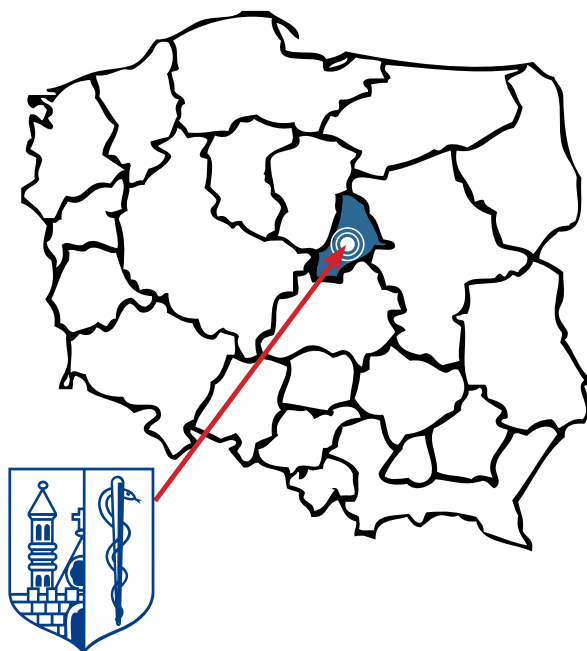
Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej: Marek Zimoch

Przewodniczący Okręgowego Sądu Lekarskiego: Włodzimierz Nowatorski

Przewodniczący Okręgowej Komisji Rewizyjnej: Artur Gałęcki

Liczba pracowników etatowych: 3, umowy-zlecenia: 5

Liczba samorządowców pobierających wynagrodzenia: 0





Jolanta
Małmyga

Wiceprezes ORL
w Gorzowie Wlkp.

Poczuć czy zobaczyć?

*Zwykle próbujemy dostrzec to, czego nie ma,
a jesteśmy ślepi na wielkie lekcje, jakie życie inscenizuje
przed naszymi oczami.*

Paulo Coelho

Jakie to szczęście, że możemy widzieć świat i wszystko, co nas otacza. Jednak najczęściej oceniamy tylko wzrokiem, nie korzystając z innych zmysłów, tak jak to czynią niewidzący. Oni odbierają świat wszystkimi zmysłami i potrafią dzięki temu być bardziej wrażliwi – oceniać go lepiej od nas, ludzi widzących. Potrafią słuchać, czuć, dostrzegać to, co nas otacza, precyzyjnie i subtelnie, oceniają bardziej wnikliwie i z większą empatią, której często brakuje osobom widzącym. Często to my, posiadacze widzących oczu, jesteśmy ślepi i nie dostrzegamy wielu spraw i rzeczy ważnych w naszym życiu.

Usłyszałam, jak niewidząca piosenkarka opisała tęczę, mówiąc o odczuwaniu jej kolorów i wrażeń, jakie w niej wzbudza. Zastanawiałam się, czy my, którzy możemy oglądać to barwne zjawisko, potrafilibyśmy lepiej je opisać i przekazać nasze odczucia. Tak sobie myślę, że przydałoby się nam wszystkim założyć opaskę na oczy i spróbować poczuć, jak to jest, kiedy nie można zobaczyć.

Może niewidzący minister zdrowia i prezes NFZ lepiej by poczuł potrzeby ludzi chorych i potrafili je dostrzec? A gdyby musieli jeszcze dodatkowo chociażby przez jeden dzień poruszać się na wózkach inwalidzkich, poczuliby, jaki to wygodny i komfortowy pojazd. Dobrze by było, aby spróbowali w normalnym trybie, tak jak to zarządzili i bez dodatkowych opłat, otrzymać zabiegi rehabilitacyjne w stosownym terminie. Może wówczas łatwiejsze by było zrozumienie tej sentencji, że „dopóki mogę iść o własnych siłach, pójdę tam, gdzie chcę”. Czy wtedy byliby zadowoleni z własnej twórczości i nie zachowywali się, jak ślepcy, którzy za wszelką cenę chcą przeprowadzić przez ulicę niewidzących? Rządzący są złoćci i potrafią pięknie mówić, bronić swoich pomysłów, tylko nie zawsze potrafią dostrzec ich następstwa. Zarządzający opieką zdrowotną nie mogą stanowić przepisów z opaską na oczach. Nie mogą być ślepi i nieczuli, nie dostrzegać rzeczywistych trudności w realizowaniu tego, co wy-

myślili, a obciążać winą zmuszanych do wykonywania ich wizji lekarzy.

A my, lekarze, czy z opaską na oczach mielibyśmy więcej czasu na wysłuchanie potrzeb naszych pacjentów, poza wypisaniem recepty? Wiem, że w medycynie wzrok jest jednym z najważniejszych zmysłów, pozwalającym zobaczyć to, czego chory nie chce powiedzieć. Zmuszeni do patrzenia w ekrany komputerów całą uwagę z konieczności skupiamy na tym, co on pokazuje, a brakuje czasu na wnikliwe spojrzenie na pacjenta oraz zrozumienie jego obaw. Bardzo często popadamy w rutynę, gdyż uważamy, że jako profesjonaliści na temat zdrowia i choroby wiemy wszystko najlepiej. A pacjenci powinni nam ślepo wierzyć i ufać, gdyż to zaufanie się nam należy bez względu na okoliczności. I to jest ta ślepotą, niekiedy bardzo brzemienna w skutkach, ale na szczęście niewielu spośród nas ma tę przypadłość. Za błędy w postępowaniu zaufanych w siebie pojedynczych kolegów niesława i odpowiedzialność spada na całe środowisko. Fałszywie pojęta solidarność skutkuje utratą dobrego imienia wszystkich oddanych i ciężko pracujących lekarzy. Nie brońmy tych, którzy zaniedbując obowiązki, popełniają błędy zaniechania czy zaniedbania, tylko osądźmy ich sprawiedliwie i bez emocji, bez zamiatania pod dywan tego, co jest złe. Z tym wewnętrznym problemem naszej korporacji musimy poradzić sobie sami i w tym wypadku bez opaski na oczach. Tak jak to winna czynić Temida, która ma oceniać postępowania i czyny popełnione wbrew prawu. Ona musi być ślepa i nieczuła, pozbawiona empatii i oceniać sprawiedliwie. Nie dajmy się wciągać w medialne debaty nad pojedynczym przypadkiem i zbierać ciosy za całe zło tego świata.

Bądźmy dobrzy dla siebie i uwierzmy we własne siły, wówczas łatwiej będzie dostrzec drugiego człowieka. Nauczmy cieszyć się życiem, dostrzegać jego uroki. Zbliżają się wakacje, czas relaksu, odpoczynku i wyciszenia, zamknijmy oczy i spróbujmy opisać tęczę. ■

*„Pożądaśz
nie tego, co
widzisz, lecz
tego, co sobie
wyobrażaśz.”
Paulo Coelho*

Prof. Janusz Piekarczyk ma swoją aulę na WUM

**Konstanty
Radziwiłł**



Od prawej: dr n. med. Barbara Siemińska-Piekarczyk, prof. Renata Górka, prof. Elżbieta Mierzińska-Nastalska, prof. Marek Krawczyk oraz wiceminister zdrowia Cezary Rzymek

W dniu 19 kwietnia odbyła się uroczystość nadania Auli Centrum Dydaktycznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego imienia profesora Janusza Piekarczyka. To on właśnie, dokładnie 10 lat temu, w okresie sprawowania funkcji rektora uczelni (1999-2005) podjął decyzję o rozpoczęciu budowy Centrum, bez którego dziś trudno byłoby sobie wyobrazić uniwersytet wcześniej gnieźdzący się w dzielnicach miejsc rozrzuconych po całej Warszawie.

Na uroczystości odbywającej się podczas VII Międzynarodowej Konferencji Stomatologicznej Zachód-Wschód (zainicjowanej przed laty przez patrona) zgromadzili się licznie jego przyjaciele, współpracownicy z bliska i z daleka, rodzina oraz władze uczelni, którą ukończył w 1969 r. i przez całe swoje życie zawodowe był z nią związany. Wspominali, że ciągle trudno im uwierzyć, że już od 4 lat nie ma go wśród żywych. Że lekarza, skutecznie walczącego o zdrowie chorych, człowieka, całe życie nie tylko pełnego pomysłów, ale potrafiącego wprowadzać je w życie wbrew wszelkim przeszkodom, pokonała choroba.

Profesor Piekarczyk był człowiekiem, którego licz-

ne funkcje i dokonania trudno wymienić. Był wybitnym specjalistą w zakresie chirurgii stomatologicznej i chirurgii szczękowo-twarzowej, nauczycielem wielu pokoleń lekarzy dentystów, wieloletnim prezesem Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, pełnił liczne ważne funkcje w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym, często zabierał głos w sprawach publicznych dotyczących ochrony zdrowia. Dzięki ogromnemu dorobkowi naukowemu stał się jedną z najważniejszych postaci polskiej stomatologii, był rozpoznawany także poza granicami kraju. W uznaniu zasług był nagradzany i odznaczany wieloma tytułami i orderami.

Podczas pogrzebu zmarłego w dniu 17 września 2009 r. prof. Janusza Piekarczyka rektor uniwersytetu prof. Marek Krawczyk mówił: „Odszedł jeden z najwybitniejszych rektorów w historii naszego uniwersytetu, wielka postać naszej Alma Mater, wybitny lekarz i naukowiec, Człowiek, którego oddania i dobroci doświadczyliśmy przez wiele lat”. To dobrze, że pamięć o nim zostanie już na zawsze w jego ukochanej uczelni. ■

*Był wybitnym
specjalistą
w zakresie
chirurgii
stomatolo-
gicznej
i chirurgii
szczękowo-
twarzowej,
nauczycielem
wielu pokoleń
lekarzy
dentystów,
wieloletnim
prezesem
Polskiego
Towarzystwa
Stomatolo-
gicznego...*

„Radiacja” („GL” 05/2013) – sprostowanie

W poprzednim numerze „Gazety Lekarskiej” w tekście prof. Marka K. Janiaka wkradł się błąd korektorski zmieniający merytoryczną treść jednego ze zdań zawartych w tekście. Prawidłowo, zgodnie z oryginałem autorskim, powinno ono brzmieć:

„W odróżnieniu od promieniowania α i β , odkryte przez Wilhelma Roentgena w roku 1895 promienie X mają zdolność przenikania całego ciała człowieka i przekazywania mu części swojej energii, dzięki czemu znalazły one szerokie zastosowanie w diagnostyce medycznej”.

Przepraszamy za rozbieżność z oryginałem.

Redakcja

Z natury jestem optymistką

Z Anną Lellą, prezydentem elektem ERO-FDI – Europejskiej Regionalnej Organizacji Światowej Federacji Dentystycznej, wiceprezesem Naczelnej Rady Lekarskiej i przewodniczącą Komisji Stomatologicznej NRL, rozmawia Jolanta Małmyga.

*Anna Lella
od początku
pracy
zawodowej
aktywnie
uczestniczy
w pracach
na rzecz
samorządu
zawodowego
lekarzy
i lekarzy
dentystów.*

Po raz pierwszy w historii ERO-FDI przewodzenie organizacji powierzono kobiecie Polce – to docenienie roli kobiet i polskich osiągnięć w stomatologii?

Nie postrzegabym tego w kategoriach uznania dla kobiet, płeć raczej nie ma znaczenia, choć faktycznie jestem pierwszą kobietą pełniącą tę funkcję. Bez wątpienia mój wybór jest wystawieniem wysokiej oceny polskiej stomatologii, jej historii i ogromnej przemianie, jaka dokonała się w ostatnich latach. To również wyraz uznania dla rozwiązań prowadzących do umedycznienia naszego zawodu.

Kto spośród polskich lekarzy dentystów, poza tobą, uczestniczy w pracach ERO-FDI?

Nasza reprezentacja jest nieliczna, ale merytoryczna i dostrzegana dzięki aktywności. Spośród stomatologów członkami zespołu ds. współpracy międzynarodowej są: dr Anna Śpiałek oraz dr Kazimierz Bryndał, który działa tu od lat; to on wprowadzał mnie w świat współpracy międzynarodowej. Ania Śpiałek włączyła się w te działania później, ale dzięki swojej pracowitości została powołana do grup roboczych ERO-FDI i CED. Ponadto Naczelna Izba Lekarska ma podpisaną umowę współpracy z PTS-em i razem jako komitet narodowy tworzymy wspólną reprezentację na forum FDI; szefową działu współpracy międzynarodowej PTS-u jest prof. Honorata Shaw, to bardzo cenna współpraca.

Po trzech latach bycia prezydentem elektem zostaniesz prezydentem ERO-FDI. Czy twoim zadaniem będzie kontynuowanie obecnej działalności?

Rolą prezydenta elekta jest przygotowanie się do przejęcia funkcji prezydenta. Wdraża się on w pracę zarządu, aby potem sprawnie przejąć obowiązki i przewodniczyć organizacji. To zapewnia płynność zarządzania. Zarząd ERO-FDI jest pięcioosobowy, pracuje jak koleżeński zespół, wspólnie realizując zadania i rozwiązując problemy. Jest też w ścisłym kontakcie z przewodniczącymi poszczególnych grup roboczych, koordynując ich pracę.

ERO-FDI to międzynarodowe zrzeszenie działające w strukturach Światowej Federacji Dentystycznej (FDI). Tworzy szeroką platformę krajów europejskich, także tych spoza Unii, do wymiany wiedzy o edukacji przed- i podyplomowej, o doświadczeniach w zakresie opieki stomatologicznej we wszystkich krajach europejskich. Transgraniczna współpraca zawodowa jest bezcenna.

Od 2010 r. pełniłaś funkcję Sekretarza Generalnego, a wcześniej przewodniczyłaś pracom grupy roboczej Parity, a także byłaś inicjatorem ustanowienia grupy Relation Between Dental Practitioners and Universities, które analizowały relacje między lekarzami praktykami a akademikami oraz sytuację zawodową dentystów z krajów Zachodu i dawnego Wschodu. Co wniosły wyniki tych prac na rzecz poprawy sytuacji zawodowej stomatologów?

Dawna grupa ds. równości nie miała łatwego zadania. Nie chodziło przecież tylko o suchą analizę i porównanie sytuacji zawodowej, ale też o zmianę mentalności, walkę ze stereotypami – obalenie mitów podziału na Europę Zachodnią i Blok Wschodni. To się w dużej mierze udało, ale wciąż jeszcze nie ma pełnej jednności. Linia podziału przesunęła się na kraje UE i te poza Unią. Choć dużo się już dokonało, wiele jeszcze przed nami zadań do realizacji. ERO dąży do zagwarantowania obywatelom krajów europejskich i lekarzom dentystom najwyższych standardów opieki stomatologicznej oraz rozwoju zawodowego.

Praca w grupie ds. relacji pomiędzy uniwersytetami a praktykami daje dużo satysfakcji i potrzebną wiedzę praktyczną. Teraz już nie prowadzę grupy, przekazałam to zadanie koleżance z Turcji. Analiza problemów i poszukiwanie rozwiązań są konieczne. Poznanie różnych poglądów zbliża do konsensusu.

Udział Polaków w organizacjach międzynarodowych to możliwość wpływania na rozwiązywanie spraw istotnych dla stomatologii na świecie i na poziomie krajowym państw członkowskich...

Zgadzam się. Należy wykorzystać szansę, jaką zyskała polska stomatologia – zaistnienia bardziej wyrażenie w świadomości międzynarodowej. Ważnym elementem działania ERO jest wspieranie współpracy między krajowymi organizacjami lekarzy dentystów w dziedzinie badań, edukacji, praktyki i zdrowia publicznego (jamy ustnej i ogólnego), jak również na rzecz poprawy polityki krajowej w odniesieniu do zdrowia, np. poprzez inicjowanie prac nad propozycją rozwiązań prawnych ułatwiających prowadzenie praktyk przez lekarzy dentystów. ERO dba o budowanie wizerunku lekarza dentyisty jako wolnego zawodu, opierającego się na swobodnym wyborze pacjenta i indywidualnym działaniu lekarza, wolnym od nacisków systemów ubezpieczeniowych.

Wspominałaś o umedycznieniu polskiej stomatologii. Jak wyglądamy na tle innych krajów europejskich?

Poglądy na ten temat zmieniały się. Ostatnio praktycznie nie przypominam sobie zebrani ERO, FDI czy CED, podczas których nie padły słowa o konieczności umedycznienia zawodu lekarza dentyisty – zarówno w procesie edukacji przed- i podyplomowej, jak i praktyki zawodowej, o roli lekarzy stomatolo-



gów jako lekarzy pierwszego kontaktu. O tym się nie tylko mówi, to się dzieje. Pisałam już na ten temat na łamach „Gazety Lekarskiej”.

Światowy Dzień Zdrowia Jamy Ustnej to cenna inicjatywa FDI.

Jakie widzisz możliwości wpisania go przez państwa członkowskie do polityki zdrowotnej?

Z natury jestem optymistką, więc chciałabym powiedzieć, że świetlana przyszłość przed stomatologią i że zrealizujemy nasze plany. Jednak jest nieco mniej kolorowo, znacznie trudniej... Z jednej strony poprawia się świadomość społeczeństw o znaczeniu zdrowia jamy ustnej i korelacji z innymi schorzeniami, jest coraz większe zrozumienie dla konieczności współpracy lekarzy różnych specjalności dla dobra pacjenta. Jednocześnie coraz więcej słyzy się jednak o przebudowywaniu struktury wydatków systemów ubezpieczeniowych, a w zasadzie cięciu funduszy przeznaczonych na stomatologię z powodu ograniczonych możliwości finansowych poszczególnych systemów ubezpieczeniowych. Przykro słyszeć, że „stomatologia to luksus”. Jednocześnie zauważam dobre zwiastuny na przyszłość, przykłady pozytywnych praktyk.

Wyzwaniem wciąż pozostaje wyrównanie utrzymujących się dysproporcji w zakresie zdrowia jamy ustnej, jeśli chodzi o status społeczno-ekonomiczny, wiek, płeć, a nawet ogólny stan zdrowia. Jak podaje raport przygotowany na europejski szczyt zdrowia jamy ustnej, „wykazano, że zwiększenie budżetu na zapobieganie chorobom jamy ustnej skutecznie ogranicza wydatki na inne leczenie, np. w Danii, Szwecji, gdzie zainwestowano wiele w zapobieganie, odnotowano widoczną redukcję pojawiania się chorób”.

Niektórzy członkowie naszego samorządu nie widzą potrzeby udziału polskich lekarzy i lekarzy dentyków w organizacjach międzynarodowych. Co sądzisz o takich poglądach?

Każdy ma prawo do własnych poglądów, jednak występując na forum publicznym, nie należy kompromitować środowiska zaściankowością. Żyjemy w Europie, a świat XXI w. to jedna wielka globalna wioska. Nie da się dziś odciąć od tego, co nas otacza. Minął ten czas, kiedy Chiny budowały mur izolujący imperium od reszty świata. Współpraca międzynarodowa jest konieczna i daje korzyści. Uczymy się od siebie nawzajem, a możliwość komunikacji przekłada się na aspekty praktyczne naszego zawodu. Niektóre przepisy europejskie mogą utrudniać życie, ale uczestnicząc w pracach organizacji międzynarodowych, mamy szansę je zmieniać. Inne mogą być pomocne i dostarczać argumentów w rozmowie z krajowymi decydentami. Przepływ informacji, jaki zyskujemy dzięki naszej działalności międzynarodowej, jest niezwykle pomocnym narzędziem. Przepływ informacji jest dwutorowy: korzystamy z danych i analiz innych krajów, obserwujemy stosowane tam rozwiązania i jednocześnie mamy czym się pochwalić na arenie międzynarodowej. Polska może wiele wnieść do stomatologii europejskiej, posiadając cenne doświadczenia i pomysły. I jesteśmy dobrze oceniani, skoro trzem wiceprezom NRL powierzono równolegle przewodniczenie trzem organizacjom zawodowym lekarzy i lekarzy dentyków.

Trochę przykro, że czasem mniej doceniamy się nawzajem w swoim własnym środowisku. Łatwiej tu o krytykę, niż o konstruktywną współpracę. Jako optymistka, mam jednak nadzieję, że kiedyś to się zmieni. ■

*Od 2003 r.
reprezentowała
NIL na forum
międzynarodowym jako
delegat ERO,
FDI i CED. Poza
pracą zawodową
kreuje życie
kulturalne
środowiska,
organizuje
wernisaże
lekarzy
artystów,
wystawy
malarzkie
i fotograficzne
w Galerii
Artibus
w Domu Lekarza
WMIL. Była
inicjatorką
wydania
albumów prac
malarzskich,
poezji
i fotografii
lekarzy Ars
Vitae.*



**Dariusz
Dziubina**

Zespół
Radców
Prawnych
OIL Kraków

Perditissima respublica plurimae leges

Założeniem niniejszego tekstu było pierwotnie przedstawienie kilku refleksji na temat zmian, jakie dokonują się w obszarze wykonywania zawodu lekarza wskutek coraz to śmielej wprowadzanych nowinek, głównie na płaszczyźnie technologii informatycznych. Jednakże już w trakcie pisania doszedłem do wniosku, że problem ten ma o wiele szerszy kontekst.

Mysł, że zawód lekarza jest najbardziej regulowanym prawnym-organizacyjnie zawodem, miała dla mnie zawsze bardziej intuicyjny niż pogłębiony badawczo wymiar. Jednakże już tylko przegląd najświeższej działalności legislacyjnej, jaka powstała w w/w obszarze, daje spory handicap w ewentualnym przekonywaniu zwolenników tezy odmiennej. Tylko w okresie trzech miesięcy (grudzień-luty) możemy mówić o blisko trzydziestu nowych lub znowelizowanych aktach prawnych, regulujących w mniejszym lub większym wymiarze zasady wykonywania zawodu lekarza.

Oczywiście ich waga jest różna. Jednakże można trzystycznie stwierdzić, że prawo jest prawem, niezależnie od jego objętości, ponieważ można założyć, że skoro zostało uchwalone, to reguluje jakiś istotny wycinek życia społecznego. Inny będzie naturalnie skutek zmiany wysokości wynagrodzenia lekarza sądowego, systemu szkoleń specjalizacyjnych czy zasad wypisywania recept – niemniej w jakimś wycinku życia zawsze będzie to wymiar istotny. Narzuca się pytanie: czym jest prawo dla obywatela? Najprościej można by powiedzieć, że jest komunikatem zawartym w akcie prawnym. Jeżeli jest komunikatem, to winien on w pierwszym rzędzie dotrzeć do odbiorcy. I teraz niech każdy uczciwie odpowie sobie na pytanie, czy jako osoba zobligowana do przestrzegania prawa, zgodnie z uroczą stylistycznie, ale nierealizowalną w rzeczywistości zasadą, iż „nikt nie może powoływać się na nieznajomość prawa właściwie ogłoszonego”, potrafię dotrzeć do komunikatu, mogącego np. wywrócić do góry nogami całe moje życie zawodowe. Przykładem choćby sytuacja, w jakiej znaleźli się lekarze z I stopniem specjalizacji w jednej z dziedzin medycznych.

Nie mamy już „Dzienników Ustaw” wydawanych w formie papierowej, obowiązuje publikacja elektroniczna aktów prawnych. Każdy może skorzystać z witryny Rządowego Centrum Legislacji i odnaleźć tam interesujący go akt prawny. Ale to, o czym tu wspominam, jest li tylko i wyłącznie pewnym konstruktem idealnym.

Uczciwość nakazuje bowiem stwierdzenie, że gdyby nagle odcięto ludziom możliwość korzystania z komercyjnych programów, porządkujących akty prawne – zaznaczam, że

są to programy komercyjne, nie mające rangi oficjalnych publikatorów prawa – to tego samego dnia stanęłaby administracja, gospodarka zostalaby sprowadzona prawdopodobnie do jakiejś formy handlu barterowego, a sądy zaczęłyby pewnie orzekać w oparciu o prawo zwyczajowe. A to, o czym wspominam powyżej, jest ważnym, ale nie jedynym aspektem postrzegania prawa jako komunikatu. Czy nie powinno być bowiem tak, że komunikat jest zrozumiały dla odbiorcy? Oczywiście, że język prawa jest specyficzny. Ale czy jest to kod dostępu do wiedzy tajemnej, do której dostęp mogą mieć jedynie wybrańcy? Czy nie powinno w istocie być tak, że jako uczestnik życia społecznego (którego przecież prawo jest regulatorem), winienem mieć możliwość zrozumienia reguł rządzących tym porządkiem?

Być może tymi słowami uderzam we własne środowisko zawodowe, ale od strony prawnej sytuacja przeciętnego człowieka – w najdrobniejszych przejawach życia – stała się ostatnio tak zagmatwana, że dla uniknięcia ewentualnych przykrych konsekwencji, każdy winien chyba mieć „za plecami” prawnika? I proszę uwierzyć, że wśród wielu osóbście mi znanych prawników, przeważa zdanie o „przekleństwie nadregulacji” czy inaczej rzecz określając, o „inflacji prawa”.

Odwolując się do intuicji, myślę, że życie ma w istocie taki sam stopień skomplikowania jak dawniej, a zmiana dotyczy głównie zachłystnięcia się przez legislatorów możliwością wdrożenia narzędzi pozornie ułatwiających życie. Niestety, tylko pozornie. Oczywiście, nie postuluję powrotu do średniowiecza. Nowe technologie zmieniają rzeczywistość. Nowe potrzeby rodzą nowe narzędzia ich zaspakajania. Niemniej, jak stwierdził Jeffrey Eugenides, „Dziwną prawdą o współczesności jest to, że wyprodukowaliśmy mnóstwo urządzeń, które miały wyeliminować z naszego życia pośpiech, ale i tak nikt nie ma na nic czasu”. Z dużym prawdopodobieństwem zakładam, że nie jestem jedynym, który doświadcza skutków wspomnianego paradoksu. Nadprodukcja przepisów, w powiązaniu z możliwościami technicznymi powoduje, że to nie życie w wymiarze społecznym stało się bardziej skomplikowane, ale – mam wrażenie – sami je sobie skomplikowaliśmy, łamiąc jedną z moich ulubionych

*Tylko
w okresie
trzech
miesięcy
(grudzień-luty)
możemy mówić
o blisko
trzydziestu
nowych lub
znowelizowa-
nych aktach
prawnych,
regulujących
w mniejszym
lub większym
wymiarze
zasady
wykonywania
zawodu
lekarza.*

zasad sformułowanych przez międzynarodowego eksperta ds. zarządzania Petera Ferdynanda Druckera, że „Jedną z ważnych decyzji jest niepodjęcie żadnej decyzji”.

Oczywiście ocena poszczególnych, zindywidualizowanych rozwiązań prawnych ma charakter subiektywny. Można jednak zaobserwować pewne elementy, które powtarzają się w toku kształtowania prawa z różnym natężeniem. Odwołam się do kilku wybranych przykładów z obszaru prawa medycznego, by zobrazować powyższe stanowisko. Pierwsza kwestia dotyczy, moim zdaniem, największego grzechu, jakiego dopuszczają się twórcy prawa, to jest braku wcześniejszej oceny samej potrzeby regulacji, jej adekwatności i ewentualnych kosztów, uwzględniającej opinie partnerów społecznych. Żebym był dobrze rozumiany. Oceny się dokonuje, ale tylko w wymiarze formalnym, wprowadzając w obieg prawny swoje niepodważalne finalnie stanowisko. Ostatnio podano do wiadomości opinii publicznej statystyki spraw rozpatrywanych przez tzw. komisje wojewódzkie ds. zdarzeń medycznych. Nie oceniając sensu ich powołania, z niejakim zdumieniem skonstatowałem, że komentatorzy (nierzadko, współtwórcy w/w przepisów) wyrażają zdziwienie, iż okres, w jakim teoretycznie komisja powinna wydać decyzję, jest zbyt krótki m.in. ze względu na konieczność zasięgnięcia opinii biegłego, choć od początku było powszechnie wiadomo, że sprawy medyczne od strony prawnej należą do szczególnie skomplikowanych i niemal zawsze wymagać będą pozyskania specjalistycznej opinii. A z doświadczeń procesów karnych i cywilnych równie powszechna była wiedza o trudnościach w ich uzyskaniu.

Ze zdziwieniem przyjmowany jest też fakt, że szpitale i ubezpieczyciele nie godzą się na dobrowolne wypłacanie orzeczonych odszkodowań. Co więcej – mimo sygnalizowanych mankamentów przyjętych rozwiązań – Rzecznik Prawa Pacjenta, jak informują media, postuluje rozszerzenie odpowiedzialności na wszystkie podmioty lecznicze. Niejakim przerażeniem napawa także fakt, że w procesie konsultacji legislacyjnej pomija się nie tylko opinie partnerów społecznych, ale nawet Rządowego Centrum Legislacji.

Można to było zaobserwować na przykładzie rozporządzenia w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii. Mimo niekorzystnej opinii RCL, wskazującej na możliwość przekroczenia upoważnienia ustawowego i prawdopodobną niekonstytucyjność przepisów, uwagi te nie znalazły odzwierciedlenia w ustalonym ostatecznie tekście.

Mam także wrażenie, że w toku uchwalania prawa, nie bierze się pod uwagę kwestii mentalnościowych. Ot, uważa się, że w procesie totalnej informatyzacji czy cyfryzacji, obywatel będzie się musiał dostosować, bo nie będzie miał wyjścia. Może to skutkować sytuacjami humorystycznymi, jak w wypadku konieczności stosowania w szpitalach systemu „znakowania pacjentów”.

Jednakże generalnie są to kwestie mało zabawne, zajmujące czas i kosztochłonne. Z dużym prawdopodobieństwem zakładam, że takim obszarem będzie konieczność obowiązkowego wdrożenia dokumentacji elektronicznej. Przykłady można mnożyć.

Obawiam się, że z czasem na życie zawodowe lekarzy będą coraz potężniej rzutowały aktualne rozwiązania prawne, których wprowadzenie nie zostało poprzedzone wystarczającą kompleksową analizą skutków i wsluchaniem się w głos najbardziej zainteresowanych. Wadliwe prawo dopiero z czasem przyniesie „owoce”.

I na zakończenie podtrzymuję swoją intuicyjnie sformułowaną myśl z początku niniejszego artykułu, że choć pozornie powyższy wywód dotyczy „prawa”, to w istocie jest o lekarzach, bo to, co dotyczy prawa, dotyczy często lekarzy „bardziej”. A na marginesie, ciekawym tematem wydaje mi się w kontekście powyższych rozważań, jak też spełnia się aktualnie pojmowanie profesji lekarza, jako „wolnego zawodu”? ■

*Czym jest
prawo dla
obywatela?
Najprościej
można by
powiedzieć,
że jest
komunikatem
zawartym
w akcie
prawnym.*



**Aleksandra
Ciałkowska-
-Rysz**

Dr n. med., konsultant
krajowy w dziedzinie
medycyny
paliatywnej

*Na podstawie
Atlasu Opieki
Paliatywnej
w Europie
oraz analiz
przygotowy-
wanych dla
Parlamentu
Europejskiego,
Polska
zajmuje
piąte miejsce
w Europie
pod względem
rozwoju opieki
paliatywnej.*

Medycyna paliatywna – potrzebna jest zmiana stereotypów

Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia, opiekę paliatywną określa się jako działanie, które poprawia jakość życia chorych i ich rodzin stojących wobec problemów związanych z postępującą, zagrażającą życiu nieuleczalną chorobą.

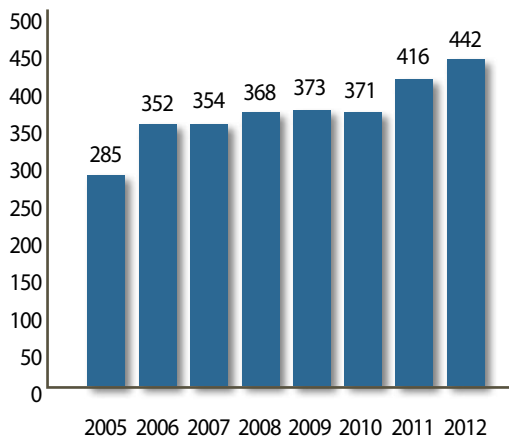
Działania te polegają na zapobieganiu i znoszeniu cierpienia dzięki wczesnej identyfikacji oraz ocenie i leczeniu bólu i innych problemów: somatycznych, psychosocjalnych i duchowych.

Medycyna paliatywna oznacza właściwą, ukierunkowaną na poprawę jakości życia opiekę medyczną nad tymi chorymi. Dąży do objęcia opieką chorych nie tylko w ostatnim okresie życia, ale także we wcześniejszych stadiach choroby, gdy jeszcze stosowane jest leczenie przedłużające życie i występują trudne do opanowania objawy. Główne działania lekarzy specjalistów polegają, więc na diagnostyce i leczeniu objawów.

Na podstawie Atlasu Opieki Paliatywnej w Europie oraz analiz przygotowywanych dla Parlamentu Europejskiego, Polska zajmuje piąte miejsce w Europie pod względem rozwoju opieki paliatywnej. Dane, które zostały zawarte w powyższych dokumentach, pochodzą z 2005 r. Według badania przeprowadzonego w 2011 r. przez Worldwide Palliative Care Alliance zatytułowanego „Mapowanie poziomu rozwoju opieki paliatywnej: globalna aktualizacja 2011”, Polska znajduje się w grupie państw IVb, tj. krajów o najwyższym poziomie opieki paliatywnej na świecie. Są to kraje, w których opieka paliatywna jest określana, jako etap zaawansowanej integracji w ramach głównych form organizacyjnych, w których opieka paliatywna jest zintegrowana z systemem opieki zdrowotnej. Zapewniona jest w nich odpowiednia dostępność morfiny i innych silnych analgetyków opioidowych.

Aktem prawnym określającym zakres oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej jest rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakre-

su opieki paliatywnej i hospicyjnej z 2009 r. Świadczenia te realizowane są w warunkach stacjonarnych (hospicjum stacjonarne lub oddział medycyny paliatywnej), domowych (hospicjum domowe dla dorosłych oraz dla dzieci) i ambulatoryjnych (poradnia medycyny paliatywnej). Na podstawie powyższego rozporządzenia kwalifikacji do objęcia opieką paliatywną dokonuje lekarz zatrudniony w jednostce opieki paliatywnej w oparciu o ocenę stanu klinicznego oraz rozpoznanie zgodne z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób ICD-10. Do opieki paliatywnej pacjentów dorosłych kwalifikuje się osoby z rozpoznaniem choroby nowotworowej (ICD-C oraz D); wg WHO niezależnie od stadium zaawansowania choroby, jeśli konieczne jest leczenie objawowe. Ponadto opieką paliatywną mogą być też objęci pacjenci w końcowych stadiach następujących schorzeń wg ICD-10 – G (następstwa chorób zapalnych układu nerwowego, układowe zaniki pierwotne OUN, choroby demielinizacyjne OUN), B – choroby wywołane przez wirus HIV, L – owrzodzenia odleżynowe, oraz stadia schyłkowe kardiomiopatii (I) oraz przewlekłej niewydolności oddechowej (J). Wśród pacjentów dorosłych >95 proc. pacjentów objętych opieką paliatywną stanowią osoby ze schorzeniami nowotworowymi. W grupie dzieci do 18 roku życia lista schorzeń gwarantowanych zgodnie z kodami ICD-10 jest bardzo szeroka i obejmuje, oprócz chorób nowotworowych, wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe, uszkodzenia okołoporodowe, zaburzenia metaboliczne, choroby układu nerwowego i inne. W obu grupach wiekowych listy schorzeń mają charakter zamknięty, co wiąże się z dyskryminacją pacjentów z chorobami nieznajdującymi się na liście, choć także w stadiach nieuleczalnych



Wykres. Liczba świadczeniodawców, z którymi NFZ zawarł umowy w latach 2005-2012.

chorób, którym towarzyszą wymagające leczenia dolegliwości (np. ból). Zgodnie z Rozporządzeniem MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, jeden lekarz opiekuje się 10 pacjentami w oddziale stacjonarnym i 30 pacjentami w opiece domowej.

W 2012 r. świadczenia z zakresu opieki paliatywnej w ramach umowy z NFZ wykonywały 442 podmioty (wykres). Ponadto funkcjonowało kilkanaście jednostek udzielających powyższych świadczeń finansowanych przez organizacje pozarządowe oraz samorządy lokalne. Podstawową i najbardziej rozwiniętą w Polsce formą opieki paliatywnej jest hospicjum domowe. W 2012 r. podpisano 325 umów na świadczenia w zakresie opieki domowej dla dorosłych oraz 51 umów na hospicja domowe dla dzieci. Rozmieszczenie jednostek opieki paliatywnej, jak i podział środków finansowych pomiędzy województwami nie jest równomierny. Utrzymuje się znaczne zróżnicowanie w nakładach finansowych na opiekę paliatywną w przeliczeniu na jednego mieszkań-

ca. W województwach: kujawsko-pomorskim, wielkopolskim i warmińsko-mazurskim wartości te przewyższają ponad dwukrotnie nakłady finansowe z województwa zachodniopomorskiego.

Medycyna paliatywna jest odrębną dziedziną medyczną, a także specjalizacją lekarską i pielęgniarską. W Polsce należy do najmłodszych, podlegających dynamicznym zmianom dziedzin medycyny. Specjalizacja z medycyny paliatywnej została wprowadzona w 1999 r. Łącznie, wliczając sesję wiosenną w 2013 r., 340 lekarzy zdało egzamin specjalizacyjny, z czego około 290 pracuje w jednostkach medycyny paliatywnej, jednak część w niepełnym wymiarze. Obecnie ok. 120 osób jest w trakcie szkolenia specjalizacyjnego. Liczba specjalistów jest niewystarczająca. Zapotrzebowanie na kadre specjalistyczną określone jest na poziomie ok. 1200 lekarzy specjalistów, brakuje ok. 900. Lekarz specjalista medycyny paliatywnej z Polski bez problemu znajdzie prace poza granicami kraju.

Największymi problemami medycyny paliatywnej w Polsce jest niedostateczne finansowanie. Od kilku lat nie podwyższano wartości osobodnia w opiece domowej oraz stacjonarnej. Ponadto brak jest możliwości dodatkowego finansowania procedur, np. przetaczanie krwi, zabiegowych procedur leczenia bólu. Dla systemu opieki paliatywnej powoduje to niepotrzebne generowanie kosztów związanych z przemieszczaniem pacjentów na inne oddziały, na których zazwyczaj brakuje miejsc. Kolejnym problemem jest zbyt późne kierowanie pacjentów do opieki paliatywnej. Cały czas w społeczności medycznej utrzymuje się stereotyp postrzegania opieki paliatywnej jako miejsca dla pacjentów, którzy nie mają opieki, lub jedynie jako miejsca spokojnego umierania. Stereotyp ten powinien ulec zmianie, gdyż jednostki opieki paliatywnej to specjalistyczne ośrodki leczenia objawowego oraz miejsca wsparcia dla pacjentów i rodziny potrzebnego na każdym etapie postępującej, zagrażającej życiu, nieuleczalnej choroby. ■

Zapotrzebowanie na kadre specjalistyczną określone jest na poziomie ok. 1200 lekarzy specjalistów, brakuje ok. 900.

Programy (za mało) zdrowotne

Lidia
Sulikowska

W Polsce każdego roku realizowanych jest kilkaset programów zdrowotnych. Często jednak mówi się, że wiele z nich tworzonych jest bez konkretnego planu i oszacowania rzeczywistych potrzeb, co sprawia, że są nieefektywne.

Programy zdrowotne mogą być realizowane i finansowane przez jednostki publiczne – zarówno centralne (MZ i NFZ), jak również samorządowe (gminy, powiaty, województwa). Najwięcej programów organizują duże miasta, najmniej gminy wiejskie. Podejmowane działania dotyczą wielu obszarów i są zazwyczaj związane z szeroko pojętą tematyką profilaktyki i promocji zdrowia.

Wiele programów ma na celu wczesne wykrywanie najczęściej występujących nowotworów, popularne są też szczepienia, np. przeciwko grypie i HPV, oraz działania chroniące przed otyłością czy chorobami układu krążenia, bądź wspomagające walkę z nimi. Na przykład NFZ w tym roku finansuje realizację kilku programów profilaktycznych, m.in. dotyczących raka piersi, raka szyjki macicy i chorób odżywczych. Coraz częściej pojawiają się też działania skierowane na walkę z zaburzeniami psychicznymi. Zdarzają się też dużo bardziej oryginalne, np. w szpitalu im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu jest realizowany pierwszy w Polsce program skierowany do pacjentów zagrożonych niedożywieniem.

Chęci nie wystarczą

Problem polega na tym, że choć inicjatyw zachęcających do zwrócenia uwagi na własne zdrowie jest dużo, to niestety zbyt często ilość nie przechodzi w jakość. – W Polsce na profilaktykę zdrowotną przeznaczają się sporo pieniądze, ale to nie znaczy, że jest genialnie z naszym zdrowiem. Niestety okazuje się, że choć wiemy, na jakie zagrożenia zwracać szczególną uwagę, to mamy problem z częścią wdrożenia. Najlepiej wypadają programy centralne, bo są tworzone w oparciu o wiedzę medyczną. One jednak stanowią mniejszość. Najwięcej mamy programów samorządowych, które często są źle organizowane. Okazuje się, że wiele pieniędzy wydawanych jest nie na rzeczywiste potrzeby zdrowotne Polaków, ale na to, co akurat komuś przyjdzie do głowy – uważa Bolesław Samoliński, konsultant krajowy w dziedzinie zdrowia publicznego. – W planowaniu takich programów dużą rolę odgrywa niestety intuicja, a nie zdrowy rozsądek. A to szczepimy na nieistotne z epidemiologicznego punktu widzenia choroby zakaźne, a to kupimy tomograf bez zastanowienia, czy jest taka potrzeba. Jest wiele programów rzetelnych i potrzebnych, ale jest też wiele takich pod publikę – dodaje prof. Samoliński.

(był)Jakość

Potwierdzają to dane publikowane przez Agencję Ochrony Technologii Medycznych, która opiniuje programy zdrowotne finansowane ze środków publicznych*. Na 104 programy przeanalizowane dotychczas w tym roku, połowa uzyskała opinię negatywną. Pozytywnie oceniono np. program POLKARD na lata 2013-2016, realizowany przez MZ. Podkreślono, że dotyczy on precyzyjnie opisanego problemu, z opisaną sytuacją epidemiologiczną. Dobrą opinię wydano także m.in. projektowi programu profilaktyki chorób nerek miasta Kraków oraz projektowi gminy Suszec, dotyczącego profilaktyki chodu w wieku 55+ na lata 2012-2014. Jest jednak wiele opinii negatywnych. Jedną z nich dotyczy programu „Dbamy o zdrowie naszych seniorów” gminy Legonowo. AOTM wytknął jego autorom, że ograniczona liczba miejsc w programie poddaje w wątpliwość równy dostęp do świadczeń, a budżet wydaje się zbyt niski. Z kolei projekt programu „Profilaktyka chorób żył dla mieszkańców Mysłowic-Dzieńkowic” nie zyskał aprobaty, bo został opracowany nieprecyzyjnie i częściowo powiela świadczenia gwarantowane przez NFZ. Negatywnie oceniono także m.in. projekt programu „Wczesne wykrywanie nowotworów płuc” gminy Szczecin. Jednak zdaniem prof. Samolińskiego nie można narzekać na samorządy, że robią złe programy. – Trzeba wykorzystać ich chęć i po prostu pomóc – ocenia prof. Samoliński. Z kolei w opinii Marka Wójcika ze Związku Powiatów Polskich w przypadku bardzo popularnych programów zdrowotnych powinny być opracowane standardy dotyczące tego, jak powinny wyglądać. – Ponadto standardowe programy zdrowotne, które spełniają wymogi medyczne i proceduralne, mogłyby być zwolnione z opiniowania przez AOTM. Dzięki temu skrócono by proces ich wdrażania – uważa Marek Wójcik. Zaznacza także, że programy samorządowe są czasem nieprofesjonalne, bo w jednostkach samorządowych brakuje specjalistów z dziedziny profilaktyki zdrowotnej, jest też bariera finansowa.

Siła przyciągania

To, czy program będzie skuteczny i efektywny, nie zależy tylko od odpowiedniej konstrukcji i właściwego oszacowania grupy docelowej. Równie ważne jest przekonanie ludzi do wzięcia w nim udziału. Z tym jednak jest spory problem, co widzimy, analizując np. zgłaszalność do programu NFZ dot.

*Problem
polega na
tym, że choć
inicjatyw
zachęcających
do zwrócenia
uwagi na
własne
zdrowie jest
dużo, to
niestety
zbyt często
ilość nie
przechodzi
w jakość.*

profilaktyki raka piersi. W 2012 r. wysłano 2,5 mln zaproszeń na badania mammograficzne, a przebadano niewiele ponad 1 mln kobiet. Jeszcze gorzej wypadła zgłaszalność na badania cytologiczne w ramach programu NFZ dot. profilaktyki raka szyjki macicy. – Należy pamiętać, że z profilaktyką zdrowotną łatwiej dotrzeć do niektórych grup społecznych, do innych jest to o wiele trudniejsze. Nie wszystko dla wszystkich, dlatego przed startem każdy program musi być poddany analizie – tłumaczy prof. Maria Libiszowska-Zółtkowska, socjolog z Uniwersytetu Warszawskiego. – Strasznie nie pomaga, bo to może wywołać odwrotną reakcję. Bardziej przemawiają fakty mówiące o tym, ile osób udało się ochronić przed daną chorobą, bo np. wykonali w odpowiednim czasie badanie, zaszczepili się lub rzucili palenie. Skuteczność bardzo zwiększa oferowanie przyziemnych korzyści – podpowiada nasza rozmówczyni. Z programami zdrowotnymi jest jeszcze jeden problem. Często są one promowane w gabinetach lekarskich, przychodniach i szpitalach, a przecież do lekarza nie chodzą ludzie potencjalnie zdrowi, dla których są one dedykowane. – Dlatego warto przy promowaniu programów zdecydować się też na inne miejsca – twierdzi prof. Libiszowska-Zółtkowska. Tutaj ogromną rolę odgrywają właśnie samorządy, które mają często dobre wyniki zgłaszalności, lepsze od tych tworzonych przez jednostki centralne. Dlatego należałoby, zdaniem Marka Wójcika z ZPP, umożliwić połączenie sił samorządowców z jednostkami centralnymi. – Obecnie zarzuca się nam, że nasze programy są tożsa-

me z tymi realizowanymi przez jednostki centralne, głównie NFZ. To jest sytuacja powszechna w całym kraju. Dzieje się tak, bo NFZ ma środki na dobre programy, tyle tylko, że równocześnie ma problemy z przekonaniem odbiorców do udziału w nich. Dlatego samorządy podejmują równoległe działania, dzięki którym łatwiej jest dotrzeć do mieszkańców, jednak w ten sposób pieniądze są wydawane dwa razy na te same przedsięwzięcia. Sytuacja wyglądałaby inaczej, gdyby można było łączyć środki budżetów centralnych i samorządowych na profilaktykę zdrowotną. Naszym atutem jest dotarcie do ludzi. Po co wysyłać list z zaproszeniem na badanie mammograficzne, skoro można je wręczyć dziecku w szkole, a ono przekaże je mamie czy babci? To mniej kosztuje, a dodatkowo uzyskujemy niekwestionowany walor edukacyjny. Tak samo do celów promocyjnych wykorzystujemy domy pomocy społecznej, przychodnie, wspólnoty mieszkaniowe, zależnie od grupy, do której dedykowany jest program zdrowotny – wylicza Marek Wójcik.

Programy zdrowotne powinny być ważnym i trwałym elementem profilaktyki zdrowotnej każdego państwa. Wydaje się, że u nas powoli się nim stają, i choć wiele jeszcze przed nami, chyba wypada pogratulować inicjatyw propagujących zdrowie. Powinniśmy sobie jednak zdawać sprawę, że profilaktyka nie może kończyć się na wczesnym wykryciu nowotworu czy innej choroby, ale powinna prowadzić do szybkiego leczenia. O tym jednak zbyt często w programach zdrowotnych się zapomina. ■

To, czy program będzie skuteczny i efektywny, nie zależy tylko od odpowiedniej konstrukcji i właściwego oszacowania grupy docelowej.

Lidia
Sulikowska

Egzotyczne kraje, bezpieczny urlop

Coraz częściej miejscem wypoczynku są odległe kraje, które – choć piękne – bywają niebezpieczne.

Największe zagrożenie stanowią obszary o gorącym klimacie, a także miejsca, w których warunki sanitarne pozostawiają wiele do życzenia. Na wiele groźnych chorób możemy się zaszczepić, choć przed niektórymi nieprzyjemnymi niespodziankami może uchronić tylko własna zapobiegliwość.

Przezorność procentuje

Najczęstsza dolegliwość turystów to biegunka, powodowana złymi warunkami sanitarnymi. Na tę przypadłość nie dysponujemy skuteczną szczepionką, ale też profilaktyka nie jest skomplikowana. Gorzej w przypadku malarii, która może doprowadzić nawet do zgonu, a na którą również szczepionki nie ma. To najpowszechniejsza choroba pasożytnicza w krajach gorących stref klimatycznych, przenoszona przez komary widliszki. Jedyną ochronę przez malarią może stanowić przyjmowanie leków przeciwmalarycznych i stosowanie środków przeciwko owadom. – Martwi mnie, że tylko 10 proc. Polaków udających się w rejony zagrożone malarią, dba o właściwą profilaktykę – mówi dr Agnieszka Wroczyńska z Krajowego Ośrodka Medycyny Tropikalnej w Gdyni.

Groźną dla podróżnych chorobą jest także denga, czyli wirusowa gorączka krwotoczna. Zapadalność na tę chorobę w ostatnich latach dramatycznie wzrasta. Co gorsza, przenoszona jest przez komary, które żerują w dzień, a nie jak w przypadku malarii – w nocy, a jedyna dostępna profilaktyka to unikanie ich ukłuc, bo dotychczas szczepionki lub leków zapobiegających rozwojowi tej choroby nie opracowano.

Szczepionki

Na wiele chorób na szczęście można się jednak zaszczepić. – Gdy wybieramy się w rejon Basenu Morza Śródziemnego, zwłaszcza do Egiptu, warto przyjmując szczepionkę przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu A. Jeśli naszym celem podróży jest miejsce o wątpliwych warunkach sanitarnych, pamiętajmy o szczepieniu przeciw durowi brzuszemu – przypomina dr Wroczyńska. Czasem warto zaszczepić się przeciwko wściekliźnie, tężcowi, kleszczowemu zapaleniu mózgu czy zakażeniom meningokokowym. Bywa, że szczepienie jest wręcz wymagane, by wjechać do danego kraju. Tak jest np. w przypadku

turystów pielgrzymujących do Mekki – aby wjechać do Arabii Saudyjskiej, trzeba być zaszczepionym przeciwko zakażeniom meningokokowym typu A, C, W-135, Y. Wiele krajów wymaga także szczepienia przeciwko żółtej febrze. – Dobór szczepień i leków zależy od regionu, w który się wybieramy, ale nie tylko. Równie ważne jest to, w jaki sposób będziemy tam spędzać czas. Podróżni szykujący się na ekstremalne przygody wymagają zupełnie innych przygotowań, niż turyści, którzy chcą po prostu wypocząć i zwiedzić popularne atrakcje turystyczne podczas tropikalnych wakacji – wyjaśnia dr Agnieszka Wroczyńska.

Do poradni

Nie ma się także co łudzić, że raz zdobyta wiedza wystarczy, aby zminimalizować ryzyko zachorowania. Światowa Organizacja Zdrowia co najmniej raz w roku uaktualnia zalecenia dla podróżnych, bo sytuacja epidemiologiczna zmienia się na bieżąco. Dlatego przed planowanym wyjazdem warto odwiedzić poradnię medycyny podróży lub lekarza specjalizującego się w chorobach tropikalnych. Szczególnie jest to istotne w przypadku wyjazdów niestandardowych, a także kobiet w ciąży i osób chorych przewlekłe. – Dlatego, jeśli lekarz dowie się, że jego pacjent wybiera się w tropiki, powinien ostrzec o zagrożeniach, a jeśli sam nie czuje się na siłach, może zasugerować wizytę w poradni medycyny podróży. Takiej porady nie powinni bać się także sami lekarze, którzy chcą wyjechać w ciepłe kraje. Dbajmy o swoje bezpieczeństwo – apeluje dr Wroczyńska.

Nawet najbardziej staranne przygotowania nie są w stanie zagwarantować stuprocentowego bezpieczeństwa. W razie niepokojących objawów po powrocie z egzotycznych krajów konieczna jest pilna diagnostyka, uwzględniająca choroby tropikalne. – Pamiętajmy, że opóźnienie leczenia malarii nawet o jedną dobę może przyczynić się do zagrożenia życia u podróżnego, a śmiertelność u turystów z powodu tej choroby jest w Polsce kilka razy wyższa niż przeciętna w Europie. Pacjent gorączkujący po egzotycznej podróży powinien być kierowany jak najszybciej do specjalistycznego ośrodka zajmującego się medycyną tropikalną – przypomina dr Wroczyńska. ■

*Nie ma się
także co
łudzić, że
raz zdobyta
wiedza
wystarczy,
aby
zminimali-
zować ryzyko
zachoro-
wania.*

BIULETYN

Nr 3 (148) Rok XXIV Naczelnej Rady Lekarskiej Warszawa, VI 2013

Redaktor naczelny: Mariusz Janikowski

Posiedzenie NRL - 26 kwietnia 2013 roku

UCHWAŁA Nr 3/13/VI NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 26 kwietnia 2013 r.

w sprawie upoważnienia do podpisania listu intencyjnego

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 4 w zw. z art. 5 pkt 23 i art. 114 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. Nr 219, poz. 1708 z późn. zm.), uchwala się, co następuje:

§1.

Upoważnia się Prezesa NRL Macieja Hamankiewicza i Sekretarza NRL Mariusza Janikowskiego do podpisania listu intencyjnego w sprawie wspólnego przedsięwzięcia inwestycyjnego ze Słowacką Izbą lekarską budowy ośrodka szkoleniowego dla lekarzy i lekarzy dentyków w Veternej Porubie.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz
Mariusz Janikowski

Prezes
Maciej Hamankiewicz

UCHWAŁA Nr 4/13VI NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 26 kwietnia 2013 r.

w sprawie wystąpienia z wnioskiem do Ministra Administracji i Cyfryzacji

Na podstawie art. 2 ust. 1 pkt 7 ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. Nr 64, poz. 565 z późn. zm.) w zw. z § 4 ust. 1 i 2 rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 27 kwietnia 2011 r. w sprawie zasad potwierdzania, przedłużania ważności, wykorzystania i unieważniania profilu zaufanego elektronicznej platformy usług administracji publicznej (Dz. U. Nr 93, poz. 547), Naczelna Rada Lekarska uchwala, co następuje:

§ 1.

Wystąpić do Ministra Administracji i Cyfryzacji z wnioskiem o udzielenie zgody na prowadzenie działalności punktu potwierdzającego profil zaufany ePUAP.

§ 2.

Upoważnić Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej Macieja Hamankiewicza do wniesienia wniosku, o którym mowa w § 1, do Ministra Administracji i Cyfryzacji oraz reprezentowania Naczelnej Rady Lekarskiej w postępowaniu przed Ministrem Administracji i Cyfryzacji w sprawie wniosku, o którym mowa w § 1, z prawem udzielenia pełnomocnictwa.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz
Mariusz Janikowski

Prezes
Maciej Hamankiewicz

UCHWAŁA Nr 5/13/VI NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 26 kwietnia 2013 r.

zmieniająca uchwałę w sprawie regulaminu działania komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej

Na podstawie art. 39 ust.1 pkt 5 i 6 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. Nr 219, poz. 1708 z późn. zm.) i § 6 ust. 1 Regulaminu Naczelnej Rady Lekarskiej, stanowiącego załącznik do uchwały Nr 14 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu Naczelnej Rady Lekarskiej, uchwala się, co następuje:

§ 1.

W uchwale Nr 11/10/VI z dnia 26 marca 2010 r. w sprawie regulaminu działania komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej wprowadza się następującą zmianę:

- w §. 16 załącznika do uchwały po ust. 2 dodaje się ust. 3 w brzmieniu:

„3. W razie, gdy zdaniem przewodniczącego komisji, zespołu na posiedzenie komisji, zespołu należy zaprosić przedstawiciela organu administracji rządowej, Parlamentu lub Narodowego Funduszu Zdrowia, zaproszenie do tych przedstawicieli kieruje Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej.”

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz
Mariusz Janikowski

Prezes
Maciej Hamankiewicz

**STANOWISKO Nr 2/13/VI
Naczelnej Rady Lekarskiej
z dnia 26 kwietnia 2013 r.**

**w sprawie: projektu ustawy o postępowaniu wobec
osób zaburzonych psychicznie stwarzających za-
grożenie dla życia, zdrowia lub wolności seksualnej
innych osób**

Naczelna Rada Lekarska po rozpatrzeniu projektu ustawy o postępowaniu wobec osób zaburzonych psychicznie stwarzających zagrożenie dla życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób przekazanego przy piśmie pana Michała Królikowskiego Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Sprawiedliwości z dnia 15 kwietnia 2013 r., znak: DPK-I-400-8/12/295, wyraża następujące stanowisko.

Naczelna Rada Lekarska wyraża zadowolenie, że w toku prac legislacyjnych nad projektem Ministerstwo Sprawiedliwości wysłuchało głosu środowiska lekarskiego i odstąpiło od pomysłu umieszczania groźnych przestępców w szpitalach psychiatrycznych wraz z innymi pacjentami. Samorząd lekarski krytykował to rozwiązanie jako naruszające prawa innych pacjentów, sprzeczne z ideą ochrony zdrowia psychicznego i zasadami funkcjonowania placówek psychiatrycznej opieki zdrowotnej, w myśl których szpital psychiatryczny powinien pozostać placówką służącą wyłącznie celom medycznym, a nie miejscem prewencyjnej izolacji groźnych przestępców.

Zaproponowane rozwiązanie polegające na utworzeniu Krajowego Ośrodka Terapii Zaburzeń Psychiczych będącego podmiotem leczniczym i podlegającego Ministrowi Zdrowia nie odpowiada jednak postulatowi samorządu lekarskiego, który uważa, że tworzenie warunków izolacji groźnych przestępców nie jest zadaniem służby zdrowia.

Ze względu na fakt, że tworzone przepisy mają na celu ochronę społeczeństwa przed groźnymi jednostkami, a nie cele terapeutyczne, trafna jest decyzja, aby stworzyć w tym celu odrębną ustawę i tym samym nie umieszczać tych zagadnień w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego.

Niezrozumiała jest rezygnacja projektodawcy z klauzuli bezpieczeństwa publicznego jako jednego z kryteriów zaliczenia osób do grupy „osób stwarzających ryzyko”. W dotychczasowych projektach za osobę stwarzającą ryzyko uznawano także kogoś kto stwarzał zagrożenie popełnienia przestępstwa przeciwko bezpieczeństwu powszechnemu. Obecnie z zapisu tego zrezygnowano. W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej poważne zagrożenie wywołania w przyszłości takich przestępstw przeciwko bezpieczeństwu powszechnemu jak: umyślne spowodowanie pożaru, wywołanie eksplozji materiałów wybuchowych lub rozprzestrzenianie substancji trujących powinny uzasadniać możliwość izolacji jednostki od reszty społeczeństwa.

Nietrafne jest rozwiązanie, w myśl którego umieszczane w Ośrodku będą tylko osoby, które zostały skazane za przestępstwo popełnione z użyciem przemocy i które stwarzają w przyszłości ryzyko popełnienia przestępstwa z użyciem przemocy. Wymóg użycia przemocy jako elementu czynu zabronionego nie był stawiany we wcześniejszych propozycjach legislacyjnych dotyczących izolacji sprawców szczególnie niebezpiecznych przestępstw. Dla uznania danej osoby za „stwarzającą zagrożenie” nie jest konieczne, aby dopuszczała się poważnych przestępstw z użyciem przemocy.

Zastrzeżenia Naczelnej Rady Lekarskiej budzi treść art. 11 ust. 1 projektu ustawy w zakresie, w jakim nakłada na biegłych lekarzy psychiatrów obowiązek orzekania czy przestępstwo, ja-

kie w przyszłości może popełnić badany, jest zagrożone karą co najmniej 10 lat pozbawienia wolności. Biegły w swej opinii powinien kierować się wyłącznie wiedzą medyczną, a nie wiedzą prawniczą. Ponadto nie jest rolą biegłego lekarza psychiatry ocena cech charakterologicznych, które mogą być przyczyną popełnienia w przyszłości czynu zabronionego. Artykuł 11 projektu ustawy wymaga zmiany także w takim zakresie, w jakim pomija psychologa w zespole biegłych powołanych przez sąd. Wydawanie przez lekarza psychiatrę opinii czy badany spełnia kryteria „osoby stwarzającej zagrożenie” musi opierać się na wyniku badania psychologicznego, co uzasadnia powoływanie biegłego psychologa we wszystkich przypadkach, a nie tylko w sprawach dotyczących osób z zaburzeniami osobowości.

Naczelna Rada Lekarska nie widzi potrzeby wprowadzania dodatkowego mechanizmu ochrony praw osób izolowanych w Krajowym Ośrodku Terapii Zaburzeń Psychiczych przez Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego. Przewidziane w projekcie ustawy mechanizmy kontroli w postaci nadzoru sądu opiekuńczego, kontroli ze strony sędziego wizytatora uprawnionego do wstępu do pomieszczeń Ośrodka oraz fakultatywnego stałego całodobowego monitoringu Ośrodka sprawia, że wprowadzanie dodatkowych instrumentów kontroli jest niecelowe. Ponadto izolacyjny, a nie leczniczy charakter Ośrodka przesądza o braku kompetencji Rzecznika w tym zakresie.

Wejście w życie projektowanej ustawy przewidującej, że niektórzy skazani po opuszczeniu zakładu karnego nie znajdą się na wolności pociągnie poważne skutki finansowe dla budżetu państwa. Naczelna Rada Lekarska konsekwentnie uznając, że ustawa realizuje cel izolacyjny, a nie leczniczy, sprzeciwia się pokrywaniu kosztów działania Ośrodka z budżetu państwa z części 46 – Zdrowie. Zadania z zakresu bezpieczeństwa publicznego winny być finansowane z innych źródeł.

**Sekretarz
Mariusz Janikowski**

**Prezes
Maciej Hamankiewicz**

**STANOWISKO Nr 3/13/VI
Naczelnej Rady Lekarskiej
z dnia 26 kwietnia 2013 r.**

**w sprawie poselskiego projektu ustawy o zmianie ustawy
o cmentarzach
i chowaniu zmarłych**

Naczelna Rada Lekarska po zapoznaniu się z poselskim projektem ustawy o zmianie ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych, przekazany przy piśmie Szefa Kancelarii Sejmu z dnia 3 kwietnia 2013 r., znak: GMS-WP-173-103/13, zgłasza następujące uwagi do projektu:

1) ad. art. 1 pkt 3 projektu (dot. art. 7 ust. 1 ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych)

- proponuje się przeredagować przepis, aby umożliwić właścicielowi grobu dochowanie do tego grobu osób najbliższych przed upływem 20 lat, niezależnie od rodzaju grobu. Dochowanie trumny w grobach ziemnych powinno być możliwe pod warunkiem ekshumacji i spopielenia szczątków pozostałych po poprzednich pochówkach;

2) ad. art. 1 pkt 3 projektu dot. art. 7 ust. 8 ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych

- nie wiadomo kto i w jakim trybie będzie dokonywał oceny, czy dany grób jest „pamiątką historyczną, ze względu na swoją dawność, osoby w nim pochowane, lub zdarzenia z którymi ma związek albo treść artystyczną”. Tak skonstruowany przepis może pozbawiać członków rodziny prawa do pochowania w tym grobie oraz może stanowić podstawę różnych nadużyć;

3) ad. uzasadnienie

- trudno zgodzić się z uzasadnieniem projektodawcy, że należy zrównać prawa właścicieli grobów ziemnych i murowanych (uzasadnienie do zmiany brzmienia art. 7 ustawy). Po pierwsze groby murowane są wielokrotnie droższe od ziemnych i z reguły są budowane w celu chowania tam całych rodzin i ich pokoleń. Dlatego też zarządca cmentarza nie powinien dysponować takimi samymi uprawnieniami w odniesieniu do grobu ziemnego i murowanego. Być może należy wprowadzić inny okres obowiązywania prawa do grobu, np. do grobów murowanych wygasłoby ono po 50 lub 100 latach, a nie jak obecnie po upływie 20 lat od ostatniego pochówku. Wskazany problem można także próbować regulować wysokością cen w zależności od rodzaju grobu.

Sekretarz
Mariusz Janikowski

Prezes
Maciej Hamankiewicz

STANOWISKO Nr 4/13/VI
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 26 kwietnia 2013 r.

w sprawie ustawy zmieniającej ustawę o wyrobach medycznych oraz niektóre inne ustawy

Naczelna Rada Lekarska po rozpatrzeniu ustawy zmieniającej ustawę o wyrobach medycznych oraz niektóre inne ustawy, przekazanej przy piśmie Pana Igora Radziejewicza – Winnickiego, Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia z dnia 16 kwietnia 2013 r. nie zgłasza uwag do przedstawionego projektu ustawy.

Sekretarz
Mariusz Janikowski

Prezes
Maciej Hamankiewicz

APEL Nr 2/13/VI
Naczelnej Rady Lekarskiej
z dnia 26 kwietnia 2013 r.

do środowiska lekarskiego w Polsce w sprawie pobierania narządów do przeszczepiania

Działając w oparciu o przepisy ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich, a w szczególności zobowiązanie wynikające z art. 5 ustawy - pkt 1 do dbania o przestrzeganie zasad etyki lekarskiej oraz pkt 15 do zajmowania stanowiska w sprawach stanu zdrowotności społeczeństwa, polityki zdrowotnej państwa oraz organizacji ochrony zdrowia Naczelna Rada Lekarska apeluje do Koleżanek i Kolegów Lekarzy i Lekarzy Dentystów o uwzględnienie w podejmowanych działaniach problematyki pobierania narządów do przeszczepiania.

Tematyka ta zajmuje istotne miejsce nie tylko w przepisach

rangi ustawowej, ale także w Kodeksie Etyki Lekarskiej, a więc w podstawowym i zasadniczym akcie, określającym obowiązki każdego lekarza i lekarza dentystry wobec swoich pacjentów i całego społeczeństwa.

Wobec powyższego Naczelna Rada Lekarska zwraca się z apelem do całego środowiska lekarskiego o aktywne poparcie tej metody leczenia. Identyfikacja dawcy, komisyjne rozpoznawanie śmierci mózgu oraz pobieranie narządów od wszystkich zmarłych, gdy nie istnieją ku temu przeciwwskazania medyczne, są naszym wspólnym lekarskim obowiązkiem.

Obowiązek stosowania tych przepisów nie wynika tylko z formalnego podejścia do obowiązków lekarzy i lekarzy dentystry, lecz także z faktu, że przeszczepianie narządów jest bardzo skuteczną, w pełni bezpieczną, a w wielu przypadkach jedyną możliwością leczenia pacjentów ze schyłkową niewydolnością własnych narządów.

W następstwie zbyt małej liczby narządów pobieranych od zmarłych, wielu pacjentów oczekujących na takie leczenie umiera.

Władze państwowe i przedstawiciele kościołów w swoich działaniach i dokumentach jednoznacznie popierają przeszczepianie narządów, jako metodę ratowania życia i zdrowia chorych. Komisja Episkopatu Polski wystosowała w 2007 roku List Pastorski do wiernych, w którym podkreśla ogromne znaczenie przeszczepiania narządów.

W tekście pod znamienym tytułem „Nadprzyrodzony krwiobieg miłości” biskupi polscy stwierdzają: „W swoim nauczaniu Kościół podkreśla, że ciało zmarłego człowieka należy się szacunek, pobranie zaś narządu po śmierci człowieka nie narusza jego godności ani żadnych praw osoby ludzkiej. Według aktualnego stanu wiedzy medycznej, podstawą do stwierdzenia śmierci człowieka jest ustanie wszelkiej aktywności mózgowej.” Potwierdza to akceptację z punktu widzenia moralnego i etycznego przyjętych przez środowisko medyczne kryteriów śmierci człowieka w oparciu o stwierdzanie śmierci mózgu.

Także władze państwowe przywiązują dużą wagę do kwestii jak najszerzego stosowania metody leczniczej polegającej na przeszczepianiu tkanek i narządów. W 2008 roku Sejm RP wystosował Apel do społeczeństwa oraz terenowych władz administracji państwowej i samorządowej wszystkich szczebli o akceptację tej metody leczenia, a w 2010 roku Rząd RP ustanowił Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej na lata 2011-2020.

Naczelna Rada Lekarska podkreśla, że wszystkie ostatnio przeprowadzane badania opinii społecznej wskazują na znaczną poprawę akceptacji przeszczepiania narządów pobieranych od dawców zmarłych. Liczba osób, od których po śmierci możliwe byłoby pobranie narządów, jednak znacznie przekracza liczbę rzeczywistych pobrań. Oznacza to, że lekarze zbyt rzadko rozważają możliwość pobrania narządów po śmierci pacjenta. Według danych, w ponad połowie szpitali w Polsce, w których możliwe byłoby pobieranie narządów, nie jest zgłaszana taka możliwość i nie dochodzi do pobierania, co odbiera szansę na skuteczne leczenie osobom oczekującym na przeszczepienie narządu.

Naczelna Rada Lekarska uważa, że umożliwienie pobierania narządów od zmarłych w celu przeszczepu jest niezwykle ważnym zadaniem dla realizacji potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, wymagającym wsparcia i zaangażowania wielu koleżanek i kolegów lekarzy.

Sekretarz
Mariusz Janikowski

Prezes
Maciej Hamankiewicz



**Przemysław
Daroszewski**

Prezes
Związku
Pracodawców
Służby Zdrowia
MSW

Nie tracić z oczu horyzontu i pod nogi patrzeć

Umiejętność dochodzenia do własnego zdania jest w dzisiejszych czasach cechą deficytową. Jak każdy z nas wie, media jak magnes przyciągane są przez tematy, które na pierwszy rzut oka wydają się być bulwersujące, wręcz skandaliczne.

To tym historiom odbiorcy poświęcają największą uwagę, wcielając się podczas śniadania czy przerwy w pracy w rolę sędziów, którzy zwykle kształtują swe subiektywne wyroki w przeciągu minut bądź nawet sekund. Część z głośnych historii faktycznie zasługuje na potępienie, lecz z przykrością należy stwierdzić, że w zależności od tego, jak dany temat zostanie przedstawiony, ciekawy odbiorca zwykle przyjmie tezę przewijającą się przez większość reportażu czy artykułu, uznając ją jako zgodną z jego własnym poglądem, co gorsza przekazując ją dalej.

Nie inaczej rzecz ma się w kwestiach działania rodzimej służby zdrowia. O ile prezentowany od dłuższego czasu poziom rzetelności dziennikarskiej przestał już dziwić, za niepokojące należy uznać serwowanie przez osoby wywodzące się ze środowiska lekarskiego informacji nieprawdziwych i tworzących w nim podziały. Za przykład niech posłuży kwestia zarządzania szpitalami, gdzie nie wszyscy zdają się racjonalnie ważyć swe słowa. Zarzuty padające głównie pod adresem dyrektorów szpitali, którzy rzekomo odmawiać mają przyjmowania chorych wymagających natychmiastowego leczenia, wysługując się przy tym lekarzami pracującymi w szpitalach, uznać należy za kompletnie oderwane od rzeczywistości. Ubieranie przy tym swych argumentów w zasady etyki lekarskiej (a konkretnie ich braku) wskazuje niestety na przejmowanie retoryki szukających sensacji mediów. Osoby, o których mowa, zdają się nie rozumieć, iż szpital nie jest podmiotem rządzącym się typowymi zasadami rynku. Podstawowym zadaniem publicznego szpitala, jako podmiotu realizującego świadczenia zdrowotne, nie jest zarabianie pieniędzy, lecz wypełnianie swej misji, jaką jest leczenie pacjentów. Nie oznacza to oczywiście, iż szpital nie jest w stanie na siebie zarabiać, jednak należy mieć na uwadze, że jego prawidłowe funkcjonowanie zależy przede wszystkim od finansowania świadczeń ze środków publicznych, czym zajmuje się Narodowy Fundusz Zdrowia.

Bez względu na charakter świadczeń, należy mieć na uwadze fakt, iż aby pacjenci mogli być

leczeni w sposób najefektywniejszy, równy i możliwie sprawiedliwy, świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalach i świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej są udzielane według kolejności zgłoszenia¹. W sytuacji zaś ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń zdrowotnych, pacjent ma prawo do przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych, procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń². Również owe kryteria nie podlegają arbitralnej ocenie lekarza, lecz wynikają z przepisów prawa, a są nimi: stan zdrowia chorego, rokowania co do dalszego rozwoju choroby, choroby współistniejące mające wpływ na chorobę, z powodu której ma być udzielone świadczenie, oraz zagrożenia wystąpienia, utrwalenia lub pogłębienia niepełnosprawności³. Poza wszelkimi kolejkami świadczenia zdrowotne udzielane są osobom, które potrzebują natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Wynika to z szeregu przepisów pochodzących z różnych aktów prawnych, jak art. 15 ustawy o działalności leczniczej, art. 71 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta czy art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Ostatni z nich najbardziej szczegółowo określa przedmiotowy stan, stanowiąc, iż lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki. W sytuacjach takich nie budzi żadnych wątpliwości obowiązek NFZ do pokrycia udzielonych świadczeń również osobom nieposiadającym uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego⁴.

Należy w tym miejscu podkreślić, iż obowiązkiem lekarza jest prawidłowe zdiagnozowanie, czy stan zagrożenia życia faktycznie ma miejsce. Pomocne jest w tym przedmiocie orzecznictwo Sądu Najwyższego, który w szeregu swych wyroków prezentuje jednolitą linię orzeczniczą. Za przykład posłużyć może orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 4 stycznia

Żaden podmiot działający w sferze ochrony zdrowia nie może wykroczyć poza środki przyznane na ten cel.

2007 r., w którym podniesiono, iż: „Świadczeniami zdrowotnymi, o których mowa w art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. 1991 r. Nr 91 poz. 408 ze zm.) oraz w art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Tekst jednolity: Dz. U. 2005 r. Nr 226 poz. 1943 ze zm.), objęte zostały w zasadzie stany nagłe i niespodziewane, których nie można przewidzieć (np. pacjenci z udarem mózgu, zawałem serca, poszkodowani w wypadkach drogowych). Nie są nimi zabiegi, które wprawdzie ratują życie, jednak stosowane są u chorych leczonych przewlekłe, wymagających regularnego poddawania się zabiegom medycznym”⁵. Wyrok ten w sposób jasny przeczy wyśwanym niekiedy argumentom, iż wszyscy chorzy poddawani np. zabiegom onkologicznym uważani być powinni za spełniających powyższą przesłankę. Fakt ten jest o tyle istotny, iż dyrektor zarządzający w szczególności podmiotem leczniczym udzielającym takich świadczeń musi mieć na uwadze dobro zarówno wszystkich pacjentów, jak i personelu medycznego oraz ogromne nakłady finansowe, na których pokrycie musi znaleźć pieniądze. Zarzuty sprowadzające się do przytaczania haseł wywodzonych z Kodeksu Etyki Lekarskiej uznać należy w tym przedmiocie za dalece rozmiągające się z ich właściwym sensem. Wskazać bowiem trzeba, iż jakkolwiek najwyższym nakazem etycznym lekarza jest dobro chorego, to niczym nieskrępowane w tym zakresie postępowanie prowadzi ostatecznie do zagrożenia dobru pozostałych chorych w sytuacji, gdy szpital znajduje się na skraju bankructwa i jedyną możliwością pozostaje jego likwidacja lub przekształcenie w spółkę prawa handlowego, która rządzi się zupełnie innymi prawami, niekoniecznie przekładającymi się na korzyść pacjenta. Za takim stanowiskiem również opowiedział się Sąd Najwyższy, który w wyroku z dnia 21 grudnia 2004 r. podniósł, że: „Zamknięta pula pieniędzy określona przez ustawodawcę wysokością składki wyznacza poziom bezpieczeństwa zdrowotnego. Żaden podmiot działający w sferze ochrony zdrowia nie może wykraczać poza środki przyznane na ten cel”⁶. Konkretyzacją powyższego stanowiska był zaś wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9 lutego 2005 r., w którym Sąd powiedział, iż: „Zadania w zakresie ubezpieczeń zdrowotnych realizuje Narodowy Fundusz Zdrowia i on określa zasady dostępności do świadczeń zdrowotnych, natomiast zakłady opieki zdrowotnej są tylko podmiotami, przy pomocy których oddziały NFZ wypełniają nałożone na nich obowiązki ustawowe”⁷.

Zarzuty kierowane pod adresem dyrektorów szpitali powinny być w gruncie rzeczy skierowane do osób, od których naprawdę zależy finansowanie służby zdrowia. Jeśli działania ustawodawcy nie pozwalają na efektywne finansowanie szpitali, zasady demokratycznego państwa prawa przewidują możliwość sygnalizowania mu tego, a jeśli czynności te nie przynoszą skutku, to odpowiednia okazja do zmian pojawia się przy okazji wyborów.

Od dyrektora szpitala, tym bardziej gdy jest on lekarzem, wymagać należy podejmowania działań, które nie tylko skupione są na „tu i teraz”, lecz pozwolą na udzielanie pomocy chorym, którzy potrzebować będą pomocy w przyszłości. Mottem każdego dyrektora powinny być zatem słowa Gustava Flauberta, który słusznie radził, iż: „Trzeba jednocześnie nie tracić z oczu horyzontu i patrzeć pod nogi. Szczegół jest rzeczą okrutną, zwłaszcza jeśli się kocha szczegół tak jak ja. Z pereł powstaje naszyjnik, ale to nitka tworzy naszyjnik: otóż nizać pereł, nie gubiąc ani jednej i wciąż trzymać swoją nitkę drugą ręką, to jest sztuka”. ■

¹ Art. 20 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164 poz. 1027 ze zm.).

² Art. 6 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2008 r. Nr 159 ze zm.).

³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinien kierować się świadczeniodawca, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2005 r. Nr 200, poz. 1661).

⁴ Tak Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 8 sierpnia 2007 r., sygn. akt I CSK 125/07, LEX nr 333608.

⁵ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 4 stycznia 2007 r., sygn. akt V CSK 396/2006, LexPolonica nr 1394730.

⁶ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 21 grudnia 2004 r., sygn. akt I CK 320/04, LexPolonica nr 371600.

⁷ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9 lutego 2005 r., sygn. akt III CK 345/04, LexPolonica nr 1935496.

Od dyrektora szpitala, tym bardziej gdy jest on lekarzem, wymagać należy podejmowania działań, które nie tylko skupione są na „tu i teraz”, lecz pozwolą na udzielanie pomocy chorym, którzy potrzebować będą pomocy w przyszłości.

Lekarze polonusi pod Wawelem

Lucyna
Krysiak

*Spotkania
polskich
lekarzy
żyjących
i pracują-
cych na
obczyźnie
służą
nie tylko
wspomnie-
niom starego
kraju, ale
twórczej
wymianie
myśli.*



Prof. Andrzej Matyja oraz prof. Marek Rudnicki

FOTO: Marta Jakubiak

Mają wspólne korzenie i mówią wspólnym językiem, ale pracują w różnych systemach i środowiskach. Zjechali z Chicago, Londynu, Sztokholmu, z zakątków Kanady, Nowej Zelandii, Ukrainy, Białorusi i innych odległych miejsc, by wziąć udział w VIII Kongresie Polonii Medycznej, połączonym ze Światowym Zjazdem Lekarzy Polskich.

W kongresie, który odbył się w dniach 23-26 maja w Krakowie uczestniczyło blisko 800 osób. Wśród nich było około 200 lekarzy ze Wschodu. Ta rekordowa liczba uczestników świadczy o rosnącej randze imprezy, która stała się wydarzeniem nie tylko towarzyskim, ale merytorycznym. Program naukowy kongresu zatytułowany „Inspirując jakość, wspólnie podnosimy standardy leczenia” dowodzi, jak ważna dla medycznego środowiska polonijnego jest wymiana wiedzy i doświadczeń w tej dziedzinie. – W dobie dostępu do nowoczesnych technologii medycznych udaje się ratować wielu chorych, ale nierzadko leczenie jest obciążone powikłaniami. Okazuje się, że jego jakość oraz walka o bezpieczeństwo pacjenta to działalność wielokierunkowa, nie tylko zależna od systemów ochrony zdrowia, polityki czy ekonomii, ale od odpowiedniego szkolenia lekarzy i utrzymywania ich umiejętności na najwyższym poziomie przez cały czas wykonywania zawodu – podkreślał prof. Marek Rudnicki, chirurg z Uniwer-

sytetu Illinois w Chicago, przewodniczący Komitetu Naukowego Kongresu, prezes Federacji Polonijnych Organizacji Medycznych. Tematyka przewodnia sesji i wykładów nie jest więc przypadkowa, to efekt międzynarodowej współpracy między specjalistami różnych dziedzin medycznych, w celu skonfrontowania i przedyskutowania problemów dotyczących działań niepożądanych.

Nawiązując do tych wypowiedzi, prof. Andrzej Matyja, prezes ORL w Krakowie, przewodniczący Komitetu Organizacyjnego Kongresu, zaznaczył, że spotkania polskich lekarzy żyjących i pracujących na obczyźnie służą nie tylko wspomnieniom starego kraju, ale twórczej wymianie myśli, co w rezultacie przekłada się na codzienną praktykę. – Kraków jest jednym z ważniejszych centrów nauki i fakt, że to właśnie tutaj dyskutuje się o standardach medycznych i jakości leczenia nie jest bez znaczenia – powiedział prof. Matyja. Tym jest ono większe, że kongres odbywa się w 120. rocznicę

powstania Wschodnio- i Zachodniogalicyskich Izb Lekarskich z siedzibami we Lwowie i Krakowie. Uczestnicy kongresu mogli więc poznać kawałek historii samorządu lekarskiego. Tegoroczny kongres połączył lekarzy, którzy wyemigrowali za pracą, którzy znaleźli się poza granicami Polski po zmianie granic i tych, którzy pozostali i pracują w kraju. Dlatego zyskał dodatkową nazwę – Światowy Zjazd Lekarzy Polskich. Maciej Hamankiewicz, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej, która była jednym z głównych organizatorów kongresu, podkreślił, że w przeszłości z tego rodzaju spotkań w większej mierze czerpali rodzimi lekarze, ponieważ w krajach zachodnich medycyna była na wyższym poziomie. Obecnie służą one bardziej wymianie poglądów. Różnice dotyczą finansowania i organizacji ochrony zdrowia, a w mniejszym stopniu technologii medycznych i metod leczenia. Zaznaczył, że reaktywowanie samorządu lekarskiego, który jest strukturą w pełni demokratyczną, ugruntowaną i mimo że spotyka się z różnymi słowami krytyki, funkcjonującą sprawnie i sprawującą pieczę nad wykonywaniem zawodu lekarza, było wielkim osiągnięciem lekarzy.

Obok dyskusji o powikłaniach leczenia i bezpieczeństwie pacjenta, na kongresie toczyły się rozmowy na temat misji zawodu lekarza, etyki, klauzuli sumienia oraz wiarygodności informacji medycznych podawanych w internecie. Anatol Świącicki z Narodowego Uniwersytetu Medycznego w Kijowie na Ukrainie, w swoim wystąpieniu poświęconym relacji lekarz – pacjent w sytuacji zagrożenia życia podkreślił, że

współczesny lekarz powinien dbać nie tylko o ciągłe podnoszenie kwalifikacji, ale o swój wizerunek i rozwój duchowy. – W dobie technologii medycznych, kontakt z pacjentem ogranicza się do niezbędnego minimum, zwłaszcza w dziedzinach zabiegowych, a chory potrzebuje rozmowy, rzetelnej informacji podanej w odpowiedni sposób i oczekuje ich od lekarza - powiedział. Pacjent o swoich chorobach może przeczytać w internecie, ale wiedza podawana przez „doktora Google” nie jest weryfikowana. Bezpośrednia relacja lekarza z pacjentem nabiera więc wielkiego znaczenia. Andrzej Kajetanowicz ze szpitala w Nowej Szkocji w Kanadzie przestrzegł, że mamy do czynienia z zalewem porad medycznych z internetu niezgodnych z obowiązującymi standardami. Podał, że Uniwersytet McMaster opracował system weryfikacji informacji medycznych MORE (McMaster On Line Rating of Evidence) i wkrótce będzie można z niego korzystać. Olga Bondarewa reprezentująca Związek Lekarzy Polskich na Ukrainie dodała, że internet to dla lekarzy szybki i skuteczny sposób na przyswajanie nowej wiedzy, dlatego weryfikacja treści pojawiających się w tym medium jest sprawą najwyższej wagi.

Honorowy patronat nad kongresem objął prezydent Bronisław Komorowski. Gościem honorowym był Kazimierz Nowak z Wielkiej Brytanii, pierwszy prezydent Federacji Polskich Organizacji Medycznych na Obczyźnie w latach 1994-1996. Urodził się koło Wadowic, studia medyczne kończył w Krakowie, pracował w Klinice Chirurgii Dziecięcej Instytutu Pediatrii w Krakowie, tutaj są więc jego wspomnienia. ■

*Współczesny
lekarz powinien
dbać nie
tylko o ciągłe
podnoszenie
kwalifikacji,
ale o swój
wizerunek
i rozwój
duchowy.*

Badanie opinii środowiska

**Teresa
Perendyk**

**Kinga
Wojtaszczyk**

**Romuald
Krajewski**

Potrzeby szkoleniowe i wiedza w zakresie kompetencji miękkich oraz organizacji systemu ochrony zdrowia.

W okresie od stycznia do maja 2013 roku Ośrodek Studiów, Analiz i Informacji Naczelnej Rady Lekarskiej zrealizował badanie socjologiczne, którego celem było określenie potrzeb szkoleniowych oraz wiedzy młodych lekarzy i lekarzy dentystów w zakresie kompetencji miękkich oraz organizacji systemu ochrony zdrowia. Zostało ono przeprowadzone w ramach organizowanego przez Naczelną Izbę Lekarską projektu „Ogólnopolskie szkolenia z zakresu funkcjonowania syste-

mu ochrony zdrowia oraz umiejętności komunikacji, współpracy i budowania relacji z pacjentem dla lekarzy rozpoczynających pracę”, współfinansowanego przez Unię Europejską. Wsparcia merytorycznego i metodologicznego udzielił Instytut Filozofii i Socjologii Polskiej Akademii Nauk.

Jako technikę badawczą wykorzystano ankietę papierową wysyłaną drogą pocztową do respondenta oraz ankietę internetową. Uzyskano odpowiedzi od 1608 lekarzy i lekarzy dentystów w wieku do 35 lat.

70 proc. respondentów odpowiedziało, że nigdy nie uczestniczyli w szkoleniach dotyczących komunikacji z pacjentami, radzenia sobie ze stresem i innych kompetencji miękkich. Wśród tych, którzy brali udział w takich szkoleniach, co trzeci uczestniczył w szkoleniu dotyczącym efektywnej komunikacji z pacjentami. 97 proc. badanych osób uważa, że kompetencje miękkie są tak samo ważne jak wiedza oraz umiejętności fachowe. Ponad połowa ocenia swoje kompetencje w tym zakresie jako niskie lub przeciętne. Wykres 1. Zdecydowana większość (93 proc.) deklaruje potrzebę doskonalenia w tych kompetencjach. Wykres 2.

Pytaliśmy także o uczestnictwo w szkoleniach z prawa medycznego oraz organizacji systemu ochrony zdrowia oraz o wiedzę badanych na ten temat. 86 proc. respondentów uczestniczyło w takich kursach w trakcie odbywania stażu, a 58 proc. w czasie studiów. Tylko niewielka grupa badanych ocenia wysoko poziom własnej wiedzy w tym zakresie (2-4 proc.), a braki wiedzy odczuwa większość, szczególnie w zakresie odpowiedzialności zawodowej, cywilnej i karnej (81 proc.) oraz wystawiania recept (78 proc.). Wykres 3. Zdecydowana większość (85 proc.) ankietowanych deklaruje potrzebę pogłębiania wiedzy dotyczącej organizacji systemu ochrony zdrowia. Wykres 4.

Uzyskane wyniki wskazują, że młodzi lekarze świadomi są znaczenia kompetencji miękkich w ich pracy zawodowej i odczuwają wyraźny deficyt tych umiejętności. Ich zdaniem są one tak samo istotne, jak wiedza i umiejętności fachowe. Bardzo podobnie oceniają swoją wiedzę w zakresie organizacji i funkcjonowania systemu ochrony zdrowia i podobnie wysoko oceniają przydatność tej wiedzy.

Większość (2/3) respondentów preferuje zajęcia warsztatowe w małych grupach jako formę szkolenia i uważa, że powinny to być szkolenia 1-2-dniowe, odbywane 1-2 razy na pół roku.

Szczegółowy raport z przeprowadzonego badania znajduje się na stronie internetowej www.osai.nil.org.pl; informacje dotyczące projektu: www.nil.org.pl, e-mail: mloдыеlekarz@hipokrates.org.

Te opinie bardzo wyraźnie wskazują, że organizowany przez Naczelną Izbę Lekarską w ramach projektu systemowego współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej program szkoleń dla młodych lekarzy (Program Operacyjny Kapitał Ludzki, Działanie 2.3 Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawa jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, Poddziałanie 2.3.3. Podniesienie jakości zarządzania w ochronie zdrowia) jest oczekiwany i potrzebny. Szkolenia będą odbywać się na terenie całej Polski. Informacje o szkoleniach są dostępne na stronie www.mloдыеlekarz.org.pl. ■

*Zdecydowana
większość
(85 proc.)
ankietowanych
deklaruje
potrzebę
pogłębiania
wiedzy
dotyczącej
organizacji
systemu
ochrony
zdrowia.*

Uwaga, nadchodzi P1!

**Marta
Jakubiak**

Informatyzacja służby zdrowia zbliża się nieuchronnie. Na bieżąco staramy się śledzić postępy prac nad opracowaniem Projektu P1.

W maju w siedzibie NIL w Warszawie odbyło się spotkanie konsultacyjne z firmami, które tworzą system w ramach Projektu Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych, czyli P1. W spotkaniu uczestniczyli Zyta Kaźmierczak-Zagórska i Stefan Sobczyński z Grupy Doradczej Użytkowników projektu P1 powołanej uchwałą Prezydium NRL w sierpniu 2012 r. oraz Anna Pogorzelska z działu informatycznego NIL.

Głównym tematem spotkania było omówienie obszaru analizy danych, zjawisk niepożądanych, które będą możliwe do zrealizowania w oparciu o dane dostępne w ramach funkcjonowania tego projektu. Przedstawiona została także koncepcja obsługi zdarzeń medycznych i dokumentacji medycznej, w tym wymiana dokumentacji medycznej pomiędzy usługodawcami w ramach Internetowego Konta Pacjenta.

– Środowisko lekarzy nie wyczuwa wagi problemu związanego z informatyzacją służby zdrowia, a prace firm tworzących system są już mocno zaawansowane – ostrzega Zyta Kaźmierczak-Zagórska. Podczas spotkania uważnie dyskutowano o 35 podstawowych zestawach analiz, które mogą wykryć zjawiska niepożądane. Będzie je można zestawiać w dowolnych konfiguracjach, dokonując kolejnych poziomów analiz. Sprawdzanie będzie dotyczyło m.in.: anomalii związanych z wystawianiem/przyjmowaniem dziennej dawki substancji czynnych większej, niż wskazuje na to słow-

nik WHO z DDD; z wystawianiem recept na leki, które wchodzi w niepożądane interakcje; anomalii przy wystawianiu skierowań wśród lekarzy; analizy lekarzy wypisujących leki prawie jednego producenta; wizyt pacjenta u lekarza; liczby pacjentów przyjmowanych przez lekarza; wypisywanych leków refundowanych; liczby wystawianych recept przez lekarza; rotacji pacjentów u lekarzy w podziale na specjalizacje; wykrywanie świadczenia usług medycznych przez pracownika medycznego w dużej liczbie placówek medycznych znacznie oddalonych od siebie. To tylko przykładowe obszary kontroli. Należy mieć świadomość, że uruchomienie platformy P1 wprowadzi całkowicie nową rzeczywistość w pracy lekarzy. Pojawi się możliwość pozyskiwania informacji o zdarzeniach medycznych, e-Recepcie, e-Zleceniu, e-Skierowaniu i e-Zwolnieniu, ale każde działanie lekarza będzie uważnie śledzone, a dostęp do danych całkowicie zależny od zgody (lub jej braku) pacjenta. Lekarz otrzyma wgląd w indeks danych w koncie pacjenta, ale żeby otrzymać dostęp do szczegółowych zapisów, np. wyników badań, będzie musiał mieć zgodę pacjenta i zamówić pliki u usługodawcy, na którego platformie się znajdują. Pierwotnie zakładano, że wszystkie dane będą dostępne, a dopiero aktywność pacjenta wprowadzi zakaz ich udostępniania. Stowarzyszenia pacjenckie wymogły jednak zmianę tego fundamentalnego założenia, co związane jest z ochroną danych osobowych.

**List
do redakcji**

**Leon
Ferfecki**

**Lekarz
psychiatra, lat 61,
członek Beskidzkiej
Izby Lekarskiej**

Informatyczna zawierucha

W numerze 04/2013 „Gazety Lekarskiej” kilku autorów napisało o nowych systemach (elektronicznych i biurokratycznych) tworzonych po to, aby zmieniać i unowocześniać pracę lekarzy. Prezes NRL Maciej Hamankiewicz w „Nie jest łatwo i nie będzie”: „Ministerstwo zdrowia podjęło się karkołomnej, ale priorytetowej w skali globu ziemskiego misji stworzenia wirtualnej obsługi pacjenta poprzez informatykę. (...) A zatem trzeba będzie się uczyć stawiania diagnozy rzutem szybkiego spojrzenia w źrenicę oka, bo na wywiad, badanie fizykalne i intelektualny proces myślenia czasu już nie będzie”. Szczepan Cofta w „Czas na recenzowanie informatyzacji”: „(...) często zwyczajnie mi wstyd za to, że spoglądam nie w oczy pacjenta, lecz w ekran komputera. Czy taka powinna być ewolucja wykonywania naszego zawodu?”. Jolanta Małmyga w „Licz się człowiek”: „Ginie etos zawodu lekarza, a my sami do tego dopuszczamy, prezentując brak zaangażowania

i bezdusność, bo nie mamy czasu na empatię wpisaną w nasz zawód. Ściśle stosując się do biurokratycznych procedur, zapominamy, że misją zawodu lekarza jest ratowanie człowieka. (...) Opieka zdrowotna przybrała charakter rynkowy – kupuje się zdrowie i sprzedaje usługi medyczne, nie liczy się człowiek, a jedynie zysk. (...) Od lekarzy wymaga się wypełniania coraz bardziej skomplikowanych sprawozdań i biurokracji, nie dając czasu na leczenie. Z drugiej strony, sami na takie traktowanie pozwalamy, ślepo się temu podporządkowując. Bierność i bezczynność całej korporacji jest porażająca”.

Od przyszłego roku lecząc chorych ludzi, obowiązkowo będziemy używać komputera i, jak podejrzewam, będziemy karani bardziej za błędy w e-wpisach niż za błędy w sztuce lekarskiej. Lekarz będzie poświęcał więcej czasu i uwagi na pracę z komputerem niż na diagnozowanie i leczenie swoich pacjentów.

Odbiorcy projektu P1



Środowisko lekarzy nie wyczuwa wagi problemu związanego z informatyzacją służby zdrowia, a prace firm tworzących system są już mocno zaawansowane.

Przewidziano obszar danych krytycznych, jak np. informacje o chorobie przewlekłej, ciąży czy grupie krwi, które mają być udostępnione niezależnie od zgody pacjenta jako istotne dla ratowania życia i zdrowia. Podczas spotkania wyniknęło, że kwestią nieuwzględnioną i nieustaloną jest, czy dostęp do dokumentacji medycznej dostępnej w ramach P1 będzie miał Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej.

– Środowisko jest w niezrozumiały dla mnie sposób niezainteresowane tak ważną sprawą – ostrzegają

24 maja Stefan Sobczyński podczas spotkania NRL w Krakowie. Apelował o większą aktywność i baczniejsze przyjrzenie się kwestii informatyzacji, dyskusowanie tego tematu i zgłaszanie swoich uwag oraz sugestii członkom Grupy Doradczej Użytkowników Platformy P1.

W kolejnych numerach „Gazety Lekarskiej” będziemy bardziej szczegółowo omawiać sprawy dotyczące Projektu P1. ■

Należę do starszego pokolenia lekarzy i może nie rozumiem i nie akceptuję w pełni „ewolucji” gatunku homo sapiens. Ale pytam, jak mamy się odnieść do zastępowania relacji pacjent-lekarz, będącej spotkaniem człowieka z człowiekiem („najlepszym lekarstwem dla człowieka jest drugi człowiek”), relacją: usterkowany mechanizm ludzki – mechanik/biurokrata medyczny usuwający usterkę i zapisujący wykonaną „procedurę” w komputerze.

Mamy przestawać być emocjonalnymi ludźmi (mimo iż ewolucją ludzkiego mózgu z jego psychiką przyczynia się do lawinowego narastania schorzeń związanych z emocjami; notabene, czy w ogóle jest możliwe chorować i leczyć się bez emocji?), a zmieniać się w bezduszne roboty od chorowania i leczenia, bo tak wymyślają sobie „ewolucyjnie” (czytaj: dla władzy, zysku i sprawnego zarządzania ludźmi) politycy i urzędnicy?

Mam nieodparte wrażenie, że ta niby-ewolucja gatunku ludzkiego, wymyślana przez samego człowieka, nie ma nic wspólnego z naturalną ewolucją w przyrodzie ani z dotychczasową cywilizacyjną,

kulturową, a nawet technologiczną ewolucją homo sapiens; zakrawa to na dehumanizację i, niestety, ewolucyjny ślepy zaułek. A nawet jeżeli tak nie jest, jeśli się mylę (młode pokolenia dość sprawnie stają się „komputerowe, internetowe i wirtualne”), to apeluję o zwolnienie tempa tych przemian, bo od tego tempa wszyscy będziemy coraz bardziej chorować i, biorąc pod uwagę względy ekonomiczne, będzie to bardzo kosztowne.

Często moi pacjenci, co ciekawe – także młodzi, wyrażają spontanicznie zadowolenie, że z nimi rozmawiam, skupiam na nich uwagę, nie rozpraszając się patrzyeniem w ekran komputera (którego w pracy nie używam) i stukaniem w klawiaturę.

Stanowczo domagam się, jako członek Samorządu Zawodowego Lekarzy, aby obecni oraz nowi (po wyborach) nasi przedstawiciele Izby Lekarskiej skutecznie walczyli o to, abyśmy wykończyli swój zawód i powołanie, a nie pozwalali na przekształcanie nas w mechaników oraz techników i biurokratów medycznych. ■

Wielka Brytania

– czas wielkich reform

Brytyjski system ochrony zdrowia jest w trakcie głębokich reform. Przełamuje się dotychczasowy monopol sektora publicznego jako dostawcy świadczeń, zwiększając rolę sektora prywatnego. Nadal jednak obowiązuje zasada, że słabsi są chronieni, zaś ci, których stać, powinni uczestniczyć w kosztach usług zdrowotnych.

W Wielkiej Brytanii usługi zdrowotne są dostępne dla wszystkich – według potrzeb klinicznych, a nie zdolności do płacenia. Nie ma zdefiniowanej listy świadczeń gwarantowanych, usługi zdrowotne mają być dostarczane „w zakresie niezbędnym do zaspokojenia rozsądnych oczekiwań”.

W ciągu kilku ostatnich dekad wydatki na opiekę zdrowotną bardzo wzrosły: z 231 £ w 1980 r. do 1168 £ w 2000 r. i 1872 £ w 2008 r. na mieszkańca (w ujęciu całkowitym z 6,6 proc. PKB w 1997 r. do 11 proc. w 2012 r., z 55 do 125 mld £).

Kryzys, jaki ujawnił się pod koniec pierwszej dekady XXI w., pokazał, że państwa nie stać na dalszy wzrost wydatków. Rząd konserwatywny, który objął władzę w lipcu 2010 r., zapoczątkował reformę. Jej główny cel to powstrzymanie wzrostu wydatków, redukcja kosztów, zwiększenie konkurencyjności, poprawa efektywności, mniejsza biurokracja i zmiana organizacji kontraktowania świadczeń w kierunku wzmocnienia poziomu lokalnego. W kwietniu br. weszła w życie kolejna faza reformy, która ma być w pełni wdrożona w 2014 r.

Źródło finansowania – podatki

W Wielkiej Brytanii (Anglia, Szkocja, Walia i Irlandia Północna) ochrona zdrowia jest publiczna, finansowana z podatków i składek powszechnego ubezpieczenia (national insurance contribution – NIC). Środki rozdysponowuje rząd centralny poprzez departament (ministerstwo) zdrowia, który odpowiada za dalszą ich alokację.

Za zapewnienie dostępu do opieki medycznej odpowiedzialna jest utworzona w 1948 r. Narodowa Służba Zdrowia (National Health Service – NHS)¹. Jej strategię i politykę formułuje i wdraża departament zdrowia zgodnie z linią rządu. Propozycje zmian są konsultowane z najważniejszymi uczestnikami systemu, kluczowe projekty publikuje się („biała karta”) i poddaje konsultacji społecznej – taką procedurę przeszły projekty obecnej reformy.

Decentralizacja i wzmocnienie pozycji pacjenta

Reforma zastąpiła dotychczasowe pośrednie ogniwo zarządzania regionalnego, tzw. strategiczne urzędy zdrowia, powołując niezależny urząd kontraktujący świadczenia NHS – NHS Commissioning Board (NHS CB) i urzędy lokalne Clinical Commissioning Groups, CCG. To one tworzą strukturę odpowiedzialną za nabywanie świadczeń. Tak zwane trusty dostawców świadczeń pozostały, ale zostały zreorganizowane. Działalność trustów podstawowej opieki (Primary Care Trust – PCT) przejęły fundacje trustów NHS (NHS FT). Poza świadczeniami podstawowymi realizują one także usługi specjalistyczne otwarte, zamknięte i psychiatryczne (szpitale NHS także uzyskują status NHS FT). Lekarze ogólni (GP) nie tylko świadczą usługi, lecz również je nabywają w ramach procedury kontraktowania opartego na praktykach lekarskich (practice-based commissioning – PBC). Pracując w środowisku i dla środowiska, dobrze znają potrzeby zdrowotne swoich pacjentów i są odpowiedzialni za ich zapewnienie (także nabywanie). W pewnym sensie ich rola w opiece zdrowotnej jest podobna jak 100 lat temu: są podstawą NHS.

Usługi zdrowotne dla społeczności świadczą wszyscy usługodawcy, którzy mają odpowiednie kwalifikacje. Dotąd dostawcy większości usług zdrowotnych reprezentowali sektor publiczny. Reforma zniósła preferencje: dostawcy publiczni, niepubliczni i prywatni są traktowani na równych prawach (zasada: any qualified provider vs. preferred provider). Wzrasta udział usług świadczonych przez prywatne podmioty dla NHS w ramach kontraktów długoterminowych (np. 30-letnich). Po przekształceniu 49 proc. usług zdrowotnych będzie świadczonych na zasadach prywatnych.

Reforma zlikwidowała wiele struktur kontrolnych, przekazując ich funkcje wyspecjalizowanym regulatorom: ogólnokrajowym agencjom kontrolującym pod różnym kątem działania nabywców i dostawców świadczeń oraz tworzącym ogólnokrajowe standardy, np. National Institute for Health and Care Excellence – NICE, Care Quality Commission – CQC, Monitor.

Ważną rolę w nadzorze nad realizacją usług przyznano lokalnym organizacjom z udziałem pacjentów².

Dużo zwolnień, płacą ci, których stać

Większość świadczeń NHS jest bezpłatnych, ale w przypadku niektórych obowiązuje opłata bezpośrednia lub współpłacenie – opłaty z kieszeni pacjenta, czyli OOP. Opłaty bezpośrednie dotyczą prywatnego leczenia w placówkach NHS, leków nie-recepturowych, opieki okulistycznej i socjalnej. Współpłacenie obejmuje leki na receptę i opiekę stomatologiczną. W 2008 r. wysokość OOP na osobę wyniosła 230 £ (20 lat wcześniej... 62 £). Wydatki prywatne częściowo pokrywa dobrowolne ubezpieczenie medyczne (Private Medical Insurance – PMI); w 2010 r. korzystało z niego 13 proc. Brytyjczyków. Refunduje ono zabiegi szpitalne i ambulatoryjne, pobyt w szpitalu, opiekę pielęgniarską, badania laboratoryjne w szpitalu – w różnych schematach i z wykorzystaniem systemu premii zależnych od sposobu szacowania ryzyka, wykorzystania refundacji itp. Szacuje się, że refundacja z PMI pokrywa 61 proc. OOP. Na leki przypada 41 proc. opłat bezpośrednich. Do usług optycznych i okulistycznych – głównie świadczonych przez prywatnych specjalistów – trzeba dopłacać, ale badania dla dzieci, studentów, osób o niskich dochodach, powyżej 60. r.ż. są bezpłatne.

Opieka socjalna koordynowana przez władze lokalne jest odpłatna w zależności od warunków finansowych; gdy roczne dochody podopiecznego przekraczają 23 250 £, pokrywa on pełne koszty opieki socjalnej/długoterminowej, gdy poniżej – część. Leki OTC są pełnopłatne, ale w szczególnych przypadkach lekarz może wypisać receptę na lek OTC, wtedy jest za dopłatą. W Anglii dopłata pacjenta do leku wynosi 7,20 £, ale dzieci, studenci, kobiety ciężarne, ludzie starsi, nie-zamożni, chorujący na nowotwory itp. nie płacą; łącznie jest to 50 proc. ludności. Przy okresowej konieczności stosowania większej liczby leków można wykupić abonament. W innych częściach Wielkiej Brytanii są stosowane inne rozwiązania, z likwidacją OOP włącznie.

Opieka dentystryczna wymaga współpłacenia, opłaty są różne w różnych częściach kraju. Stomatolodzy praktykują prywatnie na kontraktach.

Istnieje wiele tytułów do zwolnień od opłat, ponieważ obowiązuje zasada, że słabsi powinni być chronieni, natomiast ci, których stać, powinni płacić. W systemie brytyjskim nie spotyka się opłat nieformalnych.

Sektor prywatny coraz ważniejszy

Pierwszy kontakt to GP – samozatrudniony lub z kontraktem (praktyka ogólna). Inne elementy podstawowej opieki NHS: Community Health Services (np. pielęgniarka środowiskowa, fizjoterapeuta), NHS Direct (usługi na telefon, przez internet), NHS Walk-in Centres, przychodnie, gabinety dentystryczne, optycy, apteki – też są najczęściej prowadzone przez prywatne i niepubliczne podmioty. Lekarz ogólny stanowi bramkę do usług specjalistycznych, które zapewniają lekarze specjaliści (określanii jako konsultanci), pielęgniarki i inni fachowcy pracujący w szpitalach publicznych i prywatnych.

Organizacja opieki długoterminowej została w dużej mierze przesunięta z placówek stacjonarnych do ośrodków działających w środowisku i jednocześnie z sektora publicznego do or-

ganizacji prywatnych i opartych na wolontariacie. Finansowanie tej opieki jest mieszane: publiczne, lokalne (władze lokalne) i prywatne, w części refundowane przez ubezpieczenie. Opieka psychiatryczna jest świadczona w placówkach otwartych ze wsparciem oddziałów szpitalnych, w ramach NHS bezpłatna.

Zarobki dobre, infrastruktura wystarczająca, brakuje kadr

Pracownicy ochrony zdrowia (poza GP) są w większości etatowymi pracownikami NHS. Specjaliści (konsultanci) mają 40-godzinny tydzień pracy, dodatkowe dyżury, realizują obowiązkowe programy. Średnie roczne wynagrodzenie konsultanta wynosi ok. 110 tys. £; nie ma ograniczeń dla dodatkowych zarobków w ramach prywatnej praktyki.

Sektor ochrony zdrowia zatrudnia ok. 1,5 mln profesjonalistów: 141 tys. lekarzy, w tym 40 tys. GP, 400 tys. pielęgniarek i położnych. Wskaźniki zatrudnienia lekarzy (2,9/tys.) są niższe niż średnio w Europie. Kadr jest za mało, lukę wypełnia imigracja: ok. 36 proc. lekarzy to profesjonaliści wykształceni poza Wielką Brytanią. Kształcenie medyczne trwa 5 lat, prowadzą je 22 uczelnie; kształcenie specjalistyczne trwa 5-7 lat, licencję zawodową trzeba odnawiać co 5 lat.

W statystykach brytyjskich nie są podawane liczby szpitali, lecz trustów skupiających grupy szpitali o określonym profilu. W 2010 r. istniało 166 trustów specjalistycznych, 55 trustów psychiatrycznych, 10 trustów opieki i 11 trustów ambulatoryjnych.

Pacjenci zadowoleni, ale nie do końca

Satysfakcję pacjentów badają regularnie zlecane przez rząd sondaże. Ten z 2009 r. pokazuje, że 92 proc. osób hospitalizowanych ocenia jakość opieki jako dobrą albo coraz lepszą, a odsetek uważających, że jest doskonała, zwiększył się z 38 do 44 proc. O wysokiej jakości świadczeń specjalistycznych i szpitalnych przekonanych jest 77 proc. Brytyjczyków – mniej niż Szwedów (90 proc.), Francuzów (83 proc.) czy Niemców (79 proc.); nieco lepiej oceniają oni jakość świadczeń GP (88 proc.) – podobnie jak w Niemczech, ale gorzej niż we Francji (93%). ■

Korzystałam z opracowań:

„Health Care Systems in Transition: United Kingdom (England) 2011”, przygotowanego przez European Observatory on Health System and Policy, wystąpienia „Reforma brytyjskiej służby zdrowia” (Taylor-Wessing, konferencja 21 lutego 2013 r. w ambasadzie brytyjskiej w Warszawie) oraz źródeł własnych.

1 Ustanowienie w Wielkiej Brytanii NHS w 1948 r. stworzyło „pierwszy w zachodnim społeczeństwie system oferujący bezpłatną opiekę medyczną dla całej populacji” (Klein R.: The new politics of the NHS, from creation to reinvention. 2006). Od tamtej pory obywatele są w jej ramach uprawnieni do usług lokalnego GP i mogą oczekiwać, że będą obsłużeni w nagłej potrzebie przez każdy szpital w UK.

2 Reforma wzmacnia pozycję pacjenta jako centralnego punktu systemu. Wyrazem tego jest sformułowanie praw pacjenta w ustawie o NHS z 2010 r., szeroki dostęp do informacji i realny wybór usługodawcy. Pacjenci mają wpływ na funkcjonowanie systemu (kontraktowanie świadczeń, szacowanie potrzeb zdrowotnych) przez udział w lokalnych komisjach, takich jak Health and Well-Being Boards, Local Healthwatch.

Usługi zdrowotne dla społeczności świadczą wszyscy usługodawcy, którzy mają odpowiednie kwalifikacje. (...) Reforma zniósła preferencje: dostawcy publiczni, niepubliczni i prywatni są traktowani na równych prawach.



Joanna
Sokołowska



Co ci zrobił dziennikarz

„Co ci zrobił lekarz i ile to kosztowało” – to tytuł notki prasowej, jaką umieściła w „Gazecie Wyborczej” redaktor Iwona Hajnosz w związku z zapowiedzią uruchomienia nowego elektronicznego nabytku Narodowego Funduszu Zdrowia – Zintegrowanego Informatora Pacjenta (GW 21.03.2013).

Redaktor Hajnosz pisze w swoim materiale o systemie, jako rodzaju portalu społecznościowego, który pozwoli pacjentom na śledzenie kradzieży i oszustw popełnianych wobec nich przez nieuczciwych świadczeniodawców. Żeby nie być gołosłowną, dziennikarka powołuje się na przykład podwarszawskiego szpitala, który rozliczał zabiegi jednocześnie jako komercyjne i refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Tekst jest krótki, niemęczący i treściwy, a po jego lekturze każdy „czytający ze zrozumieniem” dowiaduje się kilku rzeczy. Po pierwsze, że lekarz „coś robi” pacjentowi. Po drugie, że nie robi tego za darmo. Po trzecie i po czwarte, że łapiduch (to jest ten, który łapie wirtualne dusze w systemie rozliczeń z NFZ), jako byt w swej istocie pazerny i przebiegły, gotów jest nawet wkroczyć na ścieżki występku, żeby wycisnąć społeczną kasę jak przysłowiową cytrynę.

Pani redaktor przemilczała w swoim materiale kwestię sposobu dostępu do systemu, przejrzystego jedynie dla sprawnie posługujących się internetowymi narzędziami pacjentów oraz to, iż w wirtualnej chmurze znajdują się informacje, które są łakomym kąskem dla wielu firm, niekoniecznie zainteresowanych naszym zdrowiem, za to żywo interesujących się naszymi pieniędzmi. Nie wspomniała również

o sprawie bodaj najważniejszej – o tym, że za pomocą systemu pacjent będzie mógł się zorientować, nie ile jego zdrowie kosztuje, ale na ile wycenia je Narodowy Fundusz Zdrowia.

Jak nikła jest wiedza dotycząca faktycznych kosztów leczenia, przekonaliśmy się jakiś czas temu na oddziale, w którym pracuję na co dzień – neonatologicznym II stopnia referencyjności. Nasi pacjenci spędzają tu często kilka tygodni, a niekiedy parę pierwszych trudnych miesięcy swojego życia. W pewnej luźnej rozmowie z mającymi możliwość bezpłatnego pobytu przez cały okres hospitalizacji, opiekującymi się swymi chorymi dziećmi matkami, padło pytanie o to, czy wiedzą, ile leczenie to kosztuje. – Dajemy WAM odciągnięte z piersi mleko, kupujemy WAM pieluchy, więc... chyba niewiele... – po chwili kłopotliwego milczenia, spoglądając zza cieplarki, ponad urządzeniem wspomagającym oddech, monitorem i pompą infuzyjną, odparła jedna z nich.

System informacji o wycenie świadczeń jest więc niezbędny. Dla każdego cennym doświadczeniem może być porównanie swojej składki z przedstawionymi cenami usług medycznych.

Równie frapujące, choć z zupełnie innych powodów, jest zestawienie oferowanego przez NFZ cennika usług z cennikiem jakiegokolwiek zakładu fryzjerskiego.

*Łapiduch
(to jest ten,
który łapie
wirtualne dusze
w systemie
rozliczeń
z NFZ), jako
byt w swej
istocie pazerny
i przebiegły,
gotów jest
nawet wkroczyć
na ścieżki
występku,
żeby wycisnąć
społeczną kasę
jak przysłowiową
cytrynę.*

Dla przykładu: „usunięcie zęba przez dłutowanie wewnątrzębodołowe przy zastosowaniu wiertel, dźwigni, ząb: Górna lewa ósemka” odpowiada ostrzyżeniu i modelowaniu połowy męskiej głowy...

Dzieląc się swoimi spostrzeżeniami z czytelnikami, dziennikarka utwierdziła ich w tym, czego się od dawna domyślają: lekarze czyhają na ich pieniądze, lekceważąc równocześnie zdrowie i życie. O tym ostatnim donosili redakcyjni koledzy pani redaktor wielokrotnie i z zaangażowaniem godnym wyniesienia na pomniki. Obserwacje dziennikarskie wskazują jednoznacznie, że w Polsce ludzie nie umierają – są zabijani głupotą i brakiem lekarskiej odpowiedzialności. Widmo „szarlatana – szui” krążyło nad nami tak długo, że wszyscy płatnicy składek zdrowotnych, niezwiązani zawodowo z opieką medyczną, uwierzyli w kompletny upadek etosu lekarza i pielęgniarki. Zwątpili też, co gorsza, mniej odporni psychicznie przedstawiciele „białego personelu”, chyba więc na nic się nie zda epatowanie lekarską etyką i zwyczajną ludzką życzliwością...

Zastanawiające, że nikt z zainteresowanych nie skorzystał na tak zbudowanym, pod sztandarami dziennikarskiej niezależności i misji niesienia informacji, obrazie opieki zdrowotnej.

Mamy rzesze pacjentów, dla których każda wizyta w gabinecie lekarskim czy dentystycznym obarczona jest niepokojem przed, z góry oczekiwanymi, uchybieniami. Każdy informator przeznaczony dla korzystającego z usług publicznej, ale także komercyjnej służby zdrowia, instruuje o tym, jak zabezpieczyć się na wypadek szkód odniesionych w procesie leczenia. Ba! Ruchy pacjentów przeciwko lekarzom i ich błędom zyskały społeczną i publiczną akceptację. Fakt zajścia w ciążę, narodzin dziecka, szczepień ochronnych, zabiegu poprawiającego komfort życia lub wręcz go ratującego, odsłania przed potencjalnym pacjentem ocean lęku – wszak czytał w gazecie i widział reportaży.

Z drugiej strony, znad plików formularzy i dokumentów, lekarz z nie mniejszym lękiem spogląda na chorego, który właśnie wkracza do gabinetu. Wie przecież – bo czytał w tej samej gazecie i oglądał ten sam reportaż – że przedstawione fakty często były niepełne, a towarzyszące doniesieniu emocje pozbawiły je rzetelności. Widział materiały audiowizualne nagrywane ukrytą kamerą, słyszał kompilacje wyciętych z różnych zdań skrawków wypowiedzi swoich kolegów.

W procesie leczenia, który wymaga czasem wniknięcia w bardzo intymną sferę, zaufanie zdaje się elementem zasadniczym i obopólnym. Jego budowanie to proces znacznie trudniejszy niż rzucanie pomówień i odnajdowanie sensacyjnych wątków, z przestępstwem w tle. To dopiero prawdziwe wyzwanie dla prawdziwego publicysty: pokazać, że lekarz i pacjent w istocie dążą do tego samego celu, są sobie potrzebni! Może wypromowanie takiego właśnie modelu współdziałania chorego i lekarza, zaowocuje w przyszłości mniejszą ilością nieporozumień i szkód – po obu stronach. A wówczas, rzetelnie oddając sedno problemu, redaktor Hajnosz będzie mogła zatytułować swój tekst: „Co zrobił ci NFZ i ile to kosztowało”. ■

*Obserwacje
dziennikarskie
wskazują
jednoznacznie,
że w Polsce
ludzie nie
umierają – są
zabijani głupotą
i brakiem
lekarskiej
odpowiedzial-
ności.*



**Sławomir
Pietras**

**Dyrektor
polskich teatrów
operowych**

Uprzejmość łagodzi obyczaje

Co pewien czas nasilają się pretensje do lekarzy.

Dotyczą zaniedbań, braku właściwych reakcji w odpowiednim czasie, lekceważenia sygnałów od pacjentów, niepodjęwania działań stwarzających zagrożenie, a nawet utratę życia. Nieszczęśliwe zbiegi okoliczności, wypadki, lekkomyślność czy niedbalstwo występują w każdej profesji. Inne są jednak konsekwencje jazdy pojazdem po pijanemu, pracy na wysokości bez zabezpieczeń, ewidentnych błędów w stosowaniu leków, nieprawidłowości w leczeniu groźnych chorób, nieumiejętnego przeprowadzania zabiegów chirurgicznych, a inne przy popełnianiu błędów w pracy urzędnika, nauczyciela, artysty czy dziennikarza.

Co pewien czas społeczne pretensje zwiększają się, gdy występuje zagrożenie lub utrata życia ludzkiego. Ile jest w tym winy samych lekarzy? Czy ich 160-tyśięczna społeczność to ludzie lekkomyślni, nieetyczni, niewykwalifikowani, niewrażliwi, zrutyinizowani, cyniczni, znudzeni i zniesmaczeni profesją eskulapa? Moje doświadczenia mówią zupełnie co innego.

We wczesnym dzieciństwie brodaty dr Fomenko w mojej rodzinnej Czeladzi wielokrotnie przykładł mi ucho do brzuszka i stawiając diagnozę, obiecywał, że w zamian za ochotę przyjmowanie leków, a zwłaszcza tranu, mamusia ugotuje mi zalewajkę (taka zupa zagłębiowska, którą uwielbiam do dziś).

Po pierwszym roku studiów podczas wakacji przy przenoszeniu dokumentów z Krakowa do Poznania komisja poborowa wykryła, że już nie ma mnie na Wydziale Prawa UJ, a jeszcze nie jestem na UAM. Tylko natychmiastowe wykrycie przez zawierciańskich lekarzy ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego uratowało Polskę Ludową przed moją karierą wojskową. Dziś byłbym zapewne emerytowanym generałem albo nawet marszałkiem. Prawdopodobnie w 1968 r. Czechosłowację przyłączylibyśmy do macierzy, jako

że już Bolesław Chrobry był tam królem. Lwów i Wilno byłyby oczywiście nasze, a Wojciecha Jaruzelskiego nikt nie dręczyłby jakimikolwiek pretensjami. Zostałby odsunięty od władzy zaraz po koronacji Lecha Wałęsy, beatyfikacji braci Kaczyńskich i małżeństwie Joanny Szczepkowskiej z Silvio Berlusconim. Gwarantami tych przemian byłiby polscy psychiatry, a ja nie musiałbym przez całe życie rządzić komediantami operowymi i pisać wstrząsających felietonów.

Stykając się z krytyką środowiska medycznego mam ochotę krzyknąć: nie wszyscy, nie wszyscy! Procent nieuczciwych, karygodnych lekarzy jest o wiele niższy niż na przykład inżynierów, prawników, budowlanych, księgowych czy polityków. Tylko społeczne przyzwolenie na lekarskie niegodziwości jest bliskie zeru, jako że chodzi o nasze zdrowie i życie. W tej sytuacji jedynym sposobem zmniejszenia narodowego ostracyzmu wobec naszych rodaków w białych kitlach jest przekonanie ich o konieczności każdorazowego pochylania się nad potrzebującym, bezinteresowności, wzbudzanie zaufania do swej gotowości, kwalifikacji i dobrej woli.

Tylko jak to zrobić, skoro z drugiej strony mamy tak mało wiary w wyzdrowienie bez wręczenia łapówki, przejaw stanowczości lekarza traktujemy jako zamach na naszą godność, a stawiane diagnozy uważamy często za przejaw niekompetencji albo lekkomyślnej zgadywanki.

Kiedyś w będzińskim szpitalu badał mnie profilaktycznie pewien sędziwy lekarz: Rozebrać się! Zdjąć te ozdoby (krzyżyk na łańcuszku). Głęboko oddychać! Czy nie rozumie, co mówię? Nie zawracać głowy! Koniec badania. Ubierać się i wynosić. Szybciej... Tak potraktowano honorowego obywatela tego miasta. Co w takim razie usłyszał zwykły mieszkaniec?

Chciałoby się westchnąć za Sokratesem: „Niechaj uprzejmość łagodzi obyczaje”. ■

Recenzja

**Jerzy Woy-
-Wojciechowski**

Być lekarzem

Zwielkim uznaniem przyjąłem ukazanie się na rynku książki poruszającej tak ważne, a często trudne tematy w relacjach, jakie zachodzą pomiędzy lekarzami a ludźmi chorymi. Treścią książki są wypowiedzi wybitnego specjalisty, Wojciecha Eichelbergera, absolwenta Wydziału Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego, który w psychoterapii odwołuje się do koncepcji terapii integralnej łączącej psychikę chorego człowieka z jego ciałem, energią i duchowością. Ten czołowy, polski psychoterapeuta, po studiach w Instytucie Psychoterapii Gestalt w Los Angeles (1976) i Zen Center of Rochester (1980), będący współtwórcą i dyrektorem Instytutu Psychoimmunologii (IPSI) założonego w 2004 r. w Warszawie, jest idealnym rozmówcą i wybitnym

ekspertem. Jego uwagi dotyczące relacji lekarza z pacjentem mogą znaleźć praktyczne zastosowanie w tysiącach gabinetów lekarskich. Z kolei tak trafne odpowiedzi na nurtujące zarówno lekarzy, jak i pacjentów pytania oraz poruszanie trudnych zagadnień choroby, cierpienia, śmierci, mogą w wielu przypadkach odpowiedzieć na drżące w naszej świadomości pytania i problemy.

„Być lekarzem, być pacjentem” porusza tak ważne zagadnienia, jak problemy bólu i cierpienia, lęk, który towarzyszy choremu w gabinecie lekarza, zwłaszcza w czasie jego pierwszej wizyty, gdy obawia się usłyszeć najgorsze dla siebie rozpoznanie. Porusza też nie błahe problemy wstydu, który nierzadko utrudnia dobry kontakt pacjenta z lekarzem.

W oddzielnych rozdziałach omawiane są zachowania młodych chorych, a także pacjentów trudnych oraz

Z cyklu „Części ciała inaczej” – odcinek 1: „Stopy”

W książce Krystyny Sienkiewicz „Cacko”, znalazłem opis wakacyjnych wypraw młodych artystów na Mazury.

Wspomnienie mieszkającej tam babci Kwiatkowskiej: „Babcia Kwiatkowska była mniejsza ode mnie, ale miała wielką stopę. Kiedyś zapytałam jej córkę, jak to możliwe, że babcia jest taka mała, a ma taką wielką stopę? Nie zastanawiając się, odparła: – Kiedyś była duża, ale się zdeptała”.

O, i tak powinien być skonstruowany człowiek! Nie tracisz czasu na bezsensowne rozmowy z kimś, kto niewiele wie o życiu. Widzisz, że niski i z dużą stopą – znaczy, że trochę już przeżył, że może mieć coś mądrego do powiedzenia. Wysoki w małych bucikach – trzeba jeszcze parę lat poczekać.

Te dwa czynniki muszą występować razem. Sam wzrost (lub raczej jego brak) może świadczyć o innego rodzaju przeżyciach. Jeden z moich (niewysokich) kolegów artystów estradowych twierdzi, że kilkadziesiąt lat temu był koszykarzem, ale trema go zżarła. Przy najbliższej okazji muszę go spytać o numer buta. Czy trema żre razem całość ciała proporcjonalnie? Czy stóp nie rusza?

Więc nie tylko wzrost, ale i stopy. Z wiekiem powinny się człowiekowi powiększać. Dosłownie i w przenośni. Stopa jako część ciała i poziom życia. Emeryci powinni dostawać specjalne dodatki, tak zwane „butowe”.

Należałoby jeszcze rozróżnić znaczenie długości i szerokości stopy. Długość mogłaby być odpowiedzialna za przeżycia natury ogólnej, szerokość za miłość. Już mam pomysł na całoroczną piosenkę liryczną:

*Gdy dla Ciebie piszę wiersze,
Ty masz stopy coraz szersze,
Ale kiedy widzisz męża,
Stopa ci się zwęża.
Albo piosenkę wakacyjną:
Ślady naszych stóp na piasku,*

*Wyszły spod porannej mgły,
Ludzie myślą, że szło Yeti,
A to szliśmy my.
Albo smutną pieśń na rozstanie:
Chwile razem nam się wloką,
Marzę o piękniejszym życiu,
Stopę masz nie za szeroką
I niską w podbicciu.*

A właśnie, jeszcze tego elementu nie omówiliśmy – podbiccie stopy. Może być odpowiedzialne za fantazję. Albo zaradność. Albo wierność – ten, kto ma niskie podbiccie... Zresztą przyjrzyjcie się własnym stopom i sami wyciągnijcie wnioski.

*Albo przyśpiewki ludowe:
Matulu, tatulu,
Nie siedźcie nad piwem,
Kupcie mi trzewiki czarne,
Byle rozciągliwe.
Kupcie sznurowadła złote,
Niech mi na zabawie błysną,
Bo ostatnio, co sobotę
Strasznie mnie sandały cisną.*

Nie znalazłem w książce opisu samego procesu „sięздеptania”. Czy to tylko upływ czasu? Troski? Ciężka praca? A może skłonność do romansów i hulaszczy tryb życia? W każdym razie określenie bardzo mi się spodobało. Marzę o tym, żeby przyszły czasy takiej wolności i tolerancji, w których każdy człowiek będzie miał prawo do samodzielnego wyboru sposobu „sięздеptania”. Żeby nikt nie był deptany przez innych. Chciałbym w tej ostatecznej chwili móc o sobie powiedzieć: „Szkoda, że to już, ale przynajmniej całkiem przyjemnie się zdeptałem”. ■

postępowanie z nimi, a także specyfikę leczenia chorych w szpitalu. Oddzielne rozdziały omawiają korzyści w leczeniu, gdy ma miejsce oddanie osobie chorej, cierpiącej. Poruszono też zagadnienie empatii, a także tak trudne tematy jak choroby przewlekłe, terminalne i wreszcie narodziny i śmierć.

Żałuję, że książka ta nie ukazała się chociaż pół wieku wcześniej, gdy rozpoczynałem swą praktykę lekarską. Zgadzałem się w pełni z sądami i ocenami autora, miałbym w niej wielkie oparcie w mojej pracy lekarskiej. Wielokrotnie zabierając głos, podkreślałem, jak mało wiemy z dziedziny psychoterapii. Często też pisałem w wielu felietonach, że uczymy w czasie studiów przyszłych lekarzy psychiatrii, a zbyt mało poświęcamy uwagi psychologii i jak właściwie postępować w relacji z chorymi. Być lekarzem to jest nie tylko pełnienie zawodu, ale też stałe uzupełnianie wiedzy, postępowanie zgodne z etyką,

wrażliwość na cudze cierpienie oraz stałe służenie choremu człowiekowi. Często w moich kontaktach ze studentami i na szpitalnych, porannych odprawach z asystentami podkreślałem, że lekarzem jest się zawsze od złożenia Przysięgi Hipokratesa, przez 24 godziny na dobę, siedem dni w tygodniu, 12 miesięcy w roku, aż po kres życia. Nie wolno też nigdy zapominać, że nawet w beznadziejnych, terminalnych stanach jest lek, który choremu podaje się przez ucho. Ten lek, to NADZIEJA.

W książce „Być lekarzem” podkreśla się, jak wielką rolę ogrywa wiedza, ale także serce i stosunek lekarza do chorego człowieka. Hinduska maksyma mówi, jeżeli nie możesz zostać królem, zostań lekarzem, przywracając zdrowie i darowując – serce. Wtedy chorzy, za leczenie będą wdzięczni, zaś za serce, będą zawsze winni, bo dar serca to prawdziwie królewski dar. ■



**Artur
Andrus**

**Dziennikarz
radiowej „Trójki”,
konferansjer
i satyryk**



**Maria
Szczęsna**

Czytelniczka
z Wąbrzeźna

Trzeci głos w dwugłosie

(dot. art. ze str. 34 i 35 „GL” 02/2013)



Choć temat poważny, przypomniała mi się stara anegdota: w głębokim PRL-u polska delegacja podziwiała zawrotne tempo produkcji samochodów w USA. W rewanżu postanowiono pokazać amerykańskiej delegacji produkcję naszych Syrenek, bez silników (...), żeby ten czas produkcji jakoś skrócić. Dociekliwy obserwator chciał jednak zajrzeć pod maskę. Zapadła kłopotliwa cisza. Po chwili oprowadzający nabrał powietrza i wypalił: „A u was murzynów biją!”...

Jest to chyba dobry przykład na sposób prowa-

dzenia dyskusji w Polsce – nie masz argumentów, zażyj oponenta z zupełnie innej strony, najlepiej osobistej, opluj go i zohydź. Nie ma to nic wspólnego z tematem dyskusji, a nawet zupełnie odbija od tematu, ale co tam, błoto zostało rzucone i trzyma się obrzuconego bardzo mocno.

Przykład idzie z góry, więc skoro ludzie oglądają dysputy znanych osobistości, a każda z nich przerywa bez skrępowania przedmówcy i przekrzykuje go albo prowadzący dziennikarz nie dopuszcza do niechcianych, niewygodnych wypowiedzi – uważa,

że tak trzeba, taka jest norma. Podobnie jak używanie w publikatorach agramatyzmów, wulgaryzmów i często niezbyt poprawnej polszczyzny („Co ty opowiadasz?! Dobrze mówię, tak było w TV!”).

W dużej mierze jest to kwestia kultury, tej wyniesionej z domu, z obserwacji, z lektury. A także szacunku dla człowieka, niezależnie od jego wykształcenia i pełnionej funkcji.

Nie uczą tego w szkole (choć może gdzieś zdarza się pasjonat), a szkoda. Erystyka bardzo by się przydała, bo kiedy wie się, jakich argumentów należy użyć w dyskusji, można tę dyskusję poprowadzić lepiej i skuteczniej, czasem przekonać przeciwnika, lub – słuchając uważnie jego wypowiedzi – dostrzec błąd we własnym rozumowaniu.

Odpowiednia lektura też może poprawić niedostatki kultury, ale nasze społeczeństwo mało czyta, a to, co czyta, nie uzupełnia luki w kulturze. Największą popularnością cieszą się kolorowe czasopisma, traktujące o życiu prywatnym znanych z ekranu osób, takie komiksy dla dorosłych – dużo obrazków, mało treści. Niewielu sięga po opracowania na temat prowadzenia dyskusji, sposobu zarządzania, budowania więzi czy autorytetu i innych istotnych przecież w życiu spraw.

Czy można używać przeświadczenia w dyskusji jako pewnika? W moim odczuciu przeświadczenie to bardzo mocno ugruntowane przekonanie, że mam rację w omawianej kwestii, choć niekoniecznie potrafię to udowodnić. Myślę, że trudno z tego zrezygnować, bo to siedzi głęboko w człowieku, który już nie pamięta skąd to wie, ale jest pewny, że to prawda, choć oczywiście, że to prawda subiektywna. Będąc otwartym na dyskusję, czasem udaje się zmienić przeświadczenie, ale nie jest to łatwe.

A powołanie? Może to i trochę górnolotne słowo, ale znam ludzi, którzy od wczesnej młodości widzieli się tylko w zawodzie lekarza, nauczyciela czy księdza, i kiedy udało im się zrealizować te dążenia, stali się nie tylko świetnymi pracownikami, zaangażowanymi w tym, co robią, ale widać było w nich jakiś żar, coś, co sprawia, że pracują z pasją, chętnie dzielą się wiedzą, robią więcej, niż muszą, nie liczą godzin, bo praca jest ich hobby. Otoczenie wyczuwa tę wyjątkowość, a nawet czasem wykorzystuje. Powołanie jest może właśnie przeświadczeniem, że w wybranym zawodzie mogę się spełnić. Nie tylko być fachowo dobrym, ale zanurzyć się w nim, nie móc sobie wyobrazić innego miejsca w życiu.

Tymczasem na studia medyczne idą ludzie z różnych powodów: rodzinna tradycja, prestiż, pieniądze, nacisk rodziców, bo kolega idzie itp. Powołanie to raczej rzadkość, ale to nie znaczy, że bez niego nie można być dobrym. Medycyna to ciekawa wiedza i może wciągnąć człowieka, nawet jeśli nie przyświecały mu na początku zbyt szczytne cele, a jest dociekliwy, pracowity i obowiązkowy. Jeśli tak się stanie, może osiągnąć bardzo wiele i czerpać satysfakcję z umiejętności przynoszenia ulgi cierpiącym. ■

*Medycyna to
ciekawa wiedza
i może wciągnąć
człowieka,
nawet jeśli nie
przyświecały
mu na początku
zbyt szczytne
cele, a jest
dociekliwy,
pracowity
i obowiązkowy.*



**Agata
Morka**

**Historyk
sztuki**

Mam czelność

Ze wszystkich autoportretów Dürera, najbardziej fascynuje mnie wciąż ten najbardziej znany. Albrecht, lat 28, wystrojony w futrzany kołnierz, z rozpuszczonymi luźno włosami wyrasta z czarnego tła niczym współczesny model Calvina Kleina. Ma czelność. Gestem, wyrazem twarzy i świadomym wyborem środków plastycznych, lansuje się przed widzami na samego Chrystusa.

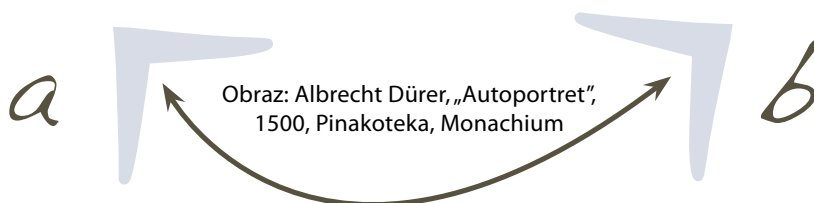
Wszystko w tym portrecie jest przewrotne, balansuje gdzieś na skrajach aluzji i świętokradztwa. Malarz niby to podtrzymuje płaszcz prawą dłonią, a jednak gest ten jest jawnym nawiązaniem do gestu błogosławieństwa, z którym tak często portretowano Chrystusa. Niby od zawsze Albrecht miał długie włosy, spływające do ramion, ale po raz pierwszy ułożone są w sposób budzący jednoznaczne „boskie” skojarzenia. To portret inny niż wcześniejsze, odarty z banalnych atrybutów w rodzaju malarskiej czapki, wyswobodzony z konwencjonalnego wnętrza z oknem w tle. Albrecht nie patrzy już na widza nieśmiało, ledwie odwracając głowę en trois quarts. Nie,

tutaj zwraca się do patrzącego bezpośrednio, twarzą w twarz, wystawiając się na działanie światłocienia o sile reflektora. To nie przegadana historyjka o aspirującym malarzu, a bezczelna konfrontacja ze świadomym swego kunsztu mistrzem. Ciasna kompozycja całego obrazu, kontrasty, niezwykle wysycenie kolorów wzmagają jeszcze ogólne napięcie obrazu. Dla widza nie ma ucieczki przed spojrzem Dürera, coś w twarzy malarza nie znosi sprzeciwu.

Niektórzy badacze twierdzą, że do dramatyzmu portretu przyczyniła się także choroba Albrechta, bardzo dyskretnie zaznaczona na obrazie. O jaką przypadłość mogło chodzić? ■



*Albrecht nie
patrzy już na
widza nieśmiało,
ledwie
odwracając
głowę en
trois quart.
Nie, tutaj
zwraca się
do patrzącego
bezpośrednio,
twarzą
w twarz,
wystawiając
się na działanie
światłocienia
o sile
reflektora.*



Obraz: Albrecht Dürer, „Autoportret”,
1500, Pinakoteka, Monachium



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

Odpowiedź prześlij na
bladmalarski@gazetalekarska.pl
 do 21 czerwca 2013 r.

W temacie maila należy wpisać GL06.
 Proszę nie zapomnieć o podaniu danych kontaktowych (imię i nazwisko, adres, telefon).

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” 05/2013

Voucher do Hotelu Prezydent**** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje
Grażyna Winiarska-Przybyła z Wodzisławia Śląskiego
 Gratulujemy!

ROZWIĄZANIE ZAGADKI Z „GL” 05/2013

Obraz oryginalny: b

Diagnoza: prognatyzm

Karol V cierpiał na prognatyzm, chorobę znaną również pod bardziej potoczna nazwą jako „szczęka Habsburgów” bądź „warga Habsburska”, była ona bowiem nieodłącznym atrybutem członków tej królewskiej linii. Zaburzenie powstałe, jak się uważa, na skutek zawierania przez Habsburgów małżeństw pozostających w obrębie jednego rodu, nierzadko między pierwszymi kuzynami, objawia się przerostem żuchwy i dolnej wargi, a towarzyszą mu także zapadnięte policzki i mocno zarysowane dolne powieki. Choroba najboleśniej dotknęła Karola II, ostatniego Habsburga na tronie hiszpańskim, który nie był nawet w stanie domknąć ust, prognatyzm utrudniał mu również mówienie.

Szczegóły różniące obrazy:

1. Dodanie w tle słońca.

To Karol V określił swoje ziemie mianem imperium, nad którym nigdy nie zachodzi słońce, zatem jego obecność w pejzażu nie byłaby nieuzasadniona.

2. Zamiana złotego materiału w tle na czarny.

Karol V znany był z miłości do rzeczy skromnych, spokojnych i prostych. Podczas gdy sale pałacowe, gdzie przyjmowano gości, dekorowane były bogato zdobionymi arrasami, sam król zdawał się mieć gust iście minimalistyczny i w swej sypialni dopuszczał wieszanie tylko prostego, czarnego sukna. Jego zamiłowanie do pokoju i świętego spokoju najlepiej wyrażało się w decyzji o zrzeczeniu się obowiązków cesarskich w 1556 r. Dwa ostatnie lata życia na własną prośbę Karol V spędził w klasztorze San Yuste w Hiszpanii.

3. Dodanie na balustradzie kufła piwa.

Cesarz lubił pić dobre piwo; ponoć obejmując rządy w Hiszpanii, zadbał na samym początku o wydanie ustawy dbającej o czystość warzenia tego trunku. Do dziś w Belgii można wypić sławne Gouden Carolus – piwo warzone przez stary browar Het Anker w Mechelen tylko raz w roku, 24 lutego, w dzień urodzin cesarza piwosza. Smak tego właśnie piwa tak mocno przypadł Karolowi do gustu, że nie odmawiał go sobie nawet w czasie pobytu w klasztorze, zamawiając regularne dostawy trunku do San Yuste.

4. Zamiana wisiora na wiszący zegarek.

Karol V lubił też zegarki i był ich zapalczywym kolekcjonerem. Lubił ich słuchać, rozkładać je na części i składać od nowa. Według za-

chowanych przekazów podczas pobytu w klasztorze „emerytowany” cesarz zajmował się głównie wędkowaniem i pracą nad zsynchronizowaniem wszystkich jego zegarów tak, by chodziły w dokładnie jednym rytmie.

Regulamin konkursu dostępny na stronie www.gazetalekarska.pl.



Tycjan „Portret Karola V w fotelu”, 1548. Pinakoteka, Monachium

Sposoby na wypalenie zawodowe i stres

Irena Janitek-Hansel

Laureatka
I miejsca
w kategorii
PROZA Konkursu
Literackiego
„Przychodzi Wena
do lekarza 2013”

Kiedy dziś, rozmyślając nad tematem stanowiącym przedmiot konkursu, uświadomiłam sobie, że za mną już 40 lat praktyki lekarskiej, nie mogłam uwierzyć, że już tyle czasu pracuję – spełniam się w tym zawodzie.

40 lat pracy, najpierw na oddziale, gdzie czas odmierzają kolejne nocne dyżury, a „ostry” do dziś przyprawia mnie o drżenie serca – co tym razem? Jacy pacjenci? Jakie przypadłości? Pospiech, stres, mało czasu dla rodziny, wypisywanie kart pacjentów, rozmowy z rodzinami, nieraz bardzo trudne, nieraz chwile zwątpienia. Praca w pogotowiu – stan ciągłej gotowości i niewiadoma – co zastanę na miejscu: pacjenta z silną dusznością, ofiarę nieszczęśliwego wypadku, a może spotkają mnie wyzwiska i groźby ze strony pijanych uczestników libacji? Wspominam dalej... Decyzja o podjęciu pracy w POZ-cie, a tam biurokracja, „tony” druków do wypełnienia, kolejki pod drzwiami gabinetu, bycie po trosze i okulistą (najbliższy termin do specjalisty czerwiec przyszłego roku), i neurologiem – skończył się kontrakt, i ginekologiem – zostały punkty tylko dla ciężarnych. Niestabilna sytuacja, straszenie nas, lekarzy, konsekwencjami zaniebań ze strony NFZ-u, spadek prestiżu lekarza.

Tak sobie rozmyślam o tym wszystkim przy wieczornej herbacie i staram się przypomnieć sobie, czy kiedykolwiek odczuwałam to „modne” dziś, a w początkach mojej pracy nieznanie pojęcie – wypalenie zawodowe? Cóż, naprawdę kryzysowych momentów chyba nie miałam. Może wynika to z faktu, że praca nigdy nie była dla mnie przykrą koniecznością, ale czymś, co robię z ochotą i zadowoleniem.

Zastanawiam się więc teoretycznie, jak walczyć z pojawiającym się zniechęceniem i niezadowoleniem z wykonywanych obowiązków?

Jak bronić się przed stresem? To trudne zadanie, zwłaszcza że ostatnio na każdym kroku atakuje nas chamstwo, niemiłe traktowanie przez urzędników i bezustanne, niczym racjonalnym niemotywowane zmiany przepisów.

Uważam, że sposobem walki z nim jest znalezienie pewnego rodzaju odskoczni, azylu, ludzi i miejsca, do którego nasza praca nie ma wstępu. Rodzina, bliscy, którzy czekają na nas w domu stanowią antidotum na zniechęcenie. Radości i troski, jakie niesie nam „życie domowe”, mogą skutecznie „zagłuszyć” stres i wypalenie zawodowe. Należy pamiętać, że praca jest ważna, nawet bardzo ważna, ale nie może przesłaniać nam całego życia. Jeśli pozostawimy sobie miejsce na prywatność, na przeżywanie sympatycznych chwil w gronie rodziny,

teatrze czy na koncercie, sprawimy, że z większą werwą i ochotą pójdziemy następnego dnia do pracy.

Kolejna sprawa – pasje. Nigdy nie miałam „prawdziwego” hobby, nie stworzyłam kolekcji dzieł malarstwa, ani też nie spędzałam długich godzin, uprawiając jakiś sport. Mam jednak swoją małą przyjemność – teatr. Spektakle w Teatrze Rozrywki, w mieście, w którym mieszkam, czy letnie spotkania teatralne przynoszą mi dużo radości, gdyż na czas trwania sztuki przenoszę się niejako w inny świat – wyobraźni, iluzji i teatralnej magii.

Ważne jest też szukanie wsparcia w wierze lub filozofii, jaką wyznajemy. Wierząc, że istnieje Siła, która determinuje życie i „prostuje nasze ścieżki”, łatwiej przetrwać trudne chwile. Wiera pomaga też może nie tyle zrozumieć, bo to za trudne dla ludzkiego umysłu, ale raczej w pewien sposób pogodzić się czy – może właściwszym sformułowaniem będzie – „nie obrazić się” na świat, życie i swoją profesję, kiedy po miesiącu od wykrycia choroby umiera nam pacjent – młody człowiek u progu życia, kiedy odwiedzamy podczas wizyty domowej terminalnie chorego pacjenta, który jeszcze niedawno przychodził do nas tryskający energią i pełen planów na dalsze życie, czy kiedy pozornie błaha dolegliwość kończy się zgonem pacjenta. Takie doświadczenia nie są obce żadnemu praktykującemu lekarzowi, dlatego uważam, że wzmocnienie znajdowane w wierze pomaga poddawać się z pokorą temu, co nieuniknione, a walczyć z tym, co możliwe do zwalczania.

Na koniec moich rozważań podam jeszcze jeden „przepis” na walkę ze stresem i wypaleniem zawodowym: obcowanie z naturą. I nie mówię tu o wycieczkach „na koniec świata”, ale o weekendowych piknikach, majowych majówkach, wakacyjnych urlopach, jesiennych grzybobraniach i zimowych spacerach. Na co dzień warto przejść się do pobliskiego parku i tam podziwiać „co w trawie piszczy”. Kontakt z przyrodą sprawi, że „przewietrzymy” nasze zmęczone, lekarskie umysły, że uleczy nas szum wiatru i śpiew ptaków. Proszę mi wierzyć – sprawdzałam, działa.

To wszystkie moje recepty na zachowanie optymizmu w pracy i walkę ze stresem. Proszę stosować tyle razy dziennie, ile potrzeba i zgłosić się na kontrolę za miesiąc. ■

XI Ogólnopolska Wystawa Malarstwa Lekarzy



W maju Łódź staje się stolicą. Stolicą polskich malarzy lekarzy. 26 maja w Klubie Lekarza w Łódzkiej Izbie Lekarskiej na wernisażu spotkali się lekarze, którzy malują oraz ci, którzy pragną obejrzeć i podziwiać dzieła koleżanek i kolegów.

W tegorocznej wystawie wystawiono 124 prace 66 autorów. Dominowały jak zwykle Panie – 53, wobec tylko 13 mężczyzn. Mniejszy procent niż zwykle stanowili stomatolodzy. Stali bywalcy łódzkich wystaw malarskich z pewnym zdziwieniem przyjmowali informację, że jest ich tylko 21. Najliczniej były reprezentowane środowiska lekarzy artystów z Poznania i Łodzi – po 14 autorów, z Warszawy pochodziły prace 13 osób. Ponadto reprezentowana była praktycznie cała Polska. Dotychczasowe wystawy kończył plebiscyt publiczności, w tym roku po raz pierwszy przyjęto formułę malarskiego konkursu. Prace oceniało profesjonalne jury. Jego przewodniczącym był Grzegorz Klinowski z Łódzkiej Akademii Sztuk Pięknych, członkami Daniel Cybula z tej samej uczelni oraz Piotr Kotlicki z PWSTvIT. Jury, przedstawiając swój werdykt, podkreślało wysoki poziom prac oraz związane z tym kłopoty z wytypowaniem najlepszych. Z tego powodu przyznano aż siedem wyróżnień, które otrzymali: Edward Dyrkacz (Łódź), Anna Grzybowska (Warszawa), Bogumiła Kempirńska-Miroslawska (Łódź), Ineza Kozłowska-Rogalska (Łódź), Joanna Węglowska-Woźniak (W-wa), Tadeusz Wolski (W-wa) oraz Hanna Teresa Woźniak-Kwiatkowska (Płock).

Pierwszą nagrodę – Złotą Paletę – otrzymał dobrze znany w środowisku lekarskim malarz portrecista Mieczysław Chruściel ze Szczecina, zawodowo ginekolog-położnik. Jego portrety wnuków zatrzymywały uwagę każdego zwiedzającego wystawę. Srebrna Paleta pojedzie do Katowic, otrzymała ją bowiem, za swoje niezwykle obrazy, Anna Kulpińska. Natomiast jej prace pojadą w innym kierunku, zostały bowiem podczas wernisażu sprzedane. Nabywca i ceny pozostały tajemnicą. Brązowa Paleta, w rękach Reginy Jędrzejkowskiej, powędruje do Gliwic. Obrazy tej autorki również znacząco wyróżniały się pośród innych prac. W kulisach wernisażu panowała zgodna opinia, że poziom przedstawianych w tym roku prac był znacząco wyższy niż w latach minionych. Słowa uznania i podziękowania należą się organizatorom wernisażu, szczególnie jej komisarz Alicji Naruszewicz-Petrenko. Łódzka wystawa jest do tej pory jedyną o takim, ogólnopolskim, charakterze. Padają propozycje, aby w innych miastach, w innych izbach, organizować wystawy tematyczne. Czekamy zatem na kolejne, oby równie udane, prezentacje twórczości lekarzy malarzy. ■

Zdjęcia na www.gazetalekarska.pl

**Ryszard
Golański**



„Portret wnuka” autorstwa laureata „Złotej palety” Mieczysława Chruściela ze Szczecina.



Laureatka „Srebrnej palety” Anna Kulpińska z Katowic pozostałe nie wymagają opisu.

Marta
Jakubiak

Czy Eskimos będzie wiedział?

I Ogólnopolski Plener Fotograficzny Lekarzy – Kazimierz Dolny 2013

Pod koniec kwietnia do Kazimierza Dolnego przybyło 20 lekarzy z całej Polski, by zmierzyć się z niebagatelnym wyzwaniem – robieniem zdjęć pod okiem profesjonalistów. Imprezę zorganizowała Komisja Kultury ORL w Lublinie, przy wsparciu Naczelnej Rady Lekarskiej. – Nigdy wcześniej nie brałam udziału w imprezach organizowanych przez samorząd. Miałam ogromne obawy przed wyjazdem, nie znałam nikogo z uczestników pleneru. Nie wiedziałam, czy sobie poradzę, czy odnajdę się w grupie zupełnie obcych ludzi, jakie zrobię zdjęcia i jak zostaną ocenione. Bardzo się cieszę, że przełamałam strach i tu jestem – mówiła Magda, młoda lekarka z Krakowa, uczestniczka pleneru. Już po pierwszym wieczorze z fotografią wszelkie obawy zniknęły. Dariusz Hankiewicz, przewodniczący KK ORL w Lublinie, który był pomysłodawcą i realizatorem tego przedsięwzięcia, stworzył naprawdę niezwykle klimat. Nie było lepszych i gorszych fotografów – były zdjęcia. Bardziej lub mniej udane, ale walczyły o każde, pokazując, jak szukać dobrych ujęć, i spokojnie tłumaczył, gdzie został popełniony błąd. Czasem też chwalił, zachęcając do doskonalenia warsztatu i nowych poszukiwań. W rozmowach o fotografii i analizach zdjęć plenerowych brali udział również profesjonalni fotograficy: Maks Skrzeczkowski i Krzysztof Kuzko.

W Kazimierzu wspólna pasja połączyła lekarzy różnych specjalności z najdalszych zakątków Polski. Każdego dnia z uśmiechem wyruszyli w plener uzbrojeni

w aparaty różnej klasy: od najprostszyc kompaktów po solidne lustrzanki. Ale przecież nie było ważne, z czym się wychodzi, tylko ważne było, z czym się wraca. A jak twierdzą specjaliści od fotografii otworkowej, piękne zdjęcia można robić nawet pudełkiem po zapalnicach. I coś jest na rzeczy. Na wieczorną dyskusję i ocenę zatrzymanych w kadrze obrazów czekali wszyscy. Było ciekawie, profesjonalnie, czasem zabawnie i zawsze do późna. Prawie w każdym ze zdjęć można było coś znaleźć. Tylko niektóre odrzucano jako niepodlegające krytyce, zgodnie z kryterium, że Eskimos nie miałby pojęcia, co się na nich znajduje. Efekty pleneru można będzie zobaczyć już 22 czerwca na wernisażu w Galerii Sztuki Nieprofesjonalnej w Lublinie, przy ul. Chmielnej 4A. Ekspozycja potrwa do 30 września. Następnie powędruje w podróż po Polsce i będzie prezentowana w innych okręgowych izbach lekarskich.

Na koniec muszę dodać jeszcze jedną rzecz. Fotografia to nie była jedyna wspólna pasja uczestników pleneru w Kazimierzu. Tą drugą, a właściwie pierwszą, jest zawód lekarza. Z przyjemnością słuchałam, w jaki sposób opowiadają o swojej pracy, ile towarzyszy temu emocji. Zmagają się z podobnymi problemami, czasem przychodzi wypalenie, niekiedy brakuje siły. Zawsze jednak cieszy i przywraca sens powodzenie w leczeniu i wygrana z chorobą. ■



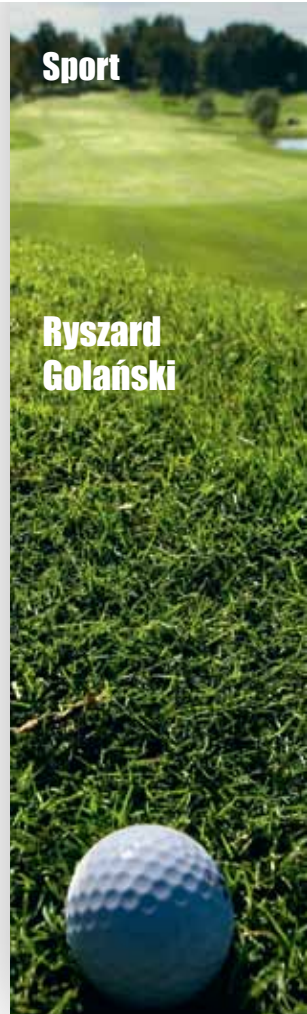
Rywalizacja siatkarzy

XIII Mistrzostwa Lekarzy w Siatkówce odbyły się w Bielsku-Białej w dniach 10-12 maja w hali MOSiR pod Dębowcem. Głównym organizatorem była Beskidzka Izba Lekarska z Klaudiuszem Komorem na czele, przy wsparciu prezes Zyty Zagórskiej-Kazimierczak oraz prezydenta miasta Jacka Krywulka. Zawody finansowała Komisja Kultury, Sportu i Rekreacji NRL. W mistrzostwach udział wzięło osiem drużyn reprezentujących okręgowe izby lekarskie: Bielsko-Biała, Częstochowa-Poznań, Katowice, Lublin, Łódź, Szczecin, Warszawa oraz drużyna z Mińska (Białoruś), która tradycyjnie od kilku lat bierze udział w rywalizacji polskich lekarzy siatkarzy. Wyjątkowo wyrównany był w tym roku sportowy poziom drużyn. Już po pierwszych meczach było wiadomo, że każda z uczestniczących w turnieju drużyn może stanąć na najwyższym stopniu podium. O wygraniu meczu często decydowały tie breaki. W pięknej, nowej hali pod Dębowcem mecze były najczęściej niezwykle zacięte, choć nie zawsze wyrównane. Jasne było, że nie można było mówić o zdecydowanych faworytach. Najlepszy dowód to fakt, że w fazie grupowej późniejszy mistrz Polski przegrał z drużyną, która zajęła siódme miejsce. Uczestników mistrzostw czekała ciekawa niespodzianka. Podczas tak zwanego „konkursu gwoźdźcia”, czyli najbardziej efektownego ataku przy siatce,

wystawiającym był Grzegorz Wagner, były reprezentant Polski na tej pozycji. „Rzucający” kiedyś piłki na mistrzostwach świata, teraz wystawiał je lekarzom z całego kraju. Zwycięzcy konkursu: Michał Mojżesz, Artsem Radchenko i Szymon Zuber. W finale turnieju drużyna z Katowic pokonała 2 do 1 kolegów z Lublina. Zwycięska drużyna grała w składzie: Wojciech Kusak, Adam Kabiesz, Szymon Zuber, Michał Fatyga, Łukasz Polczak, Jan Franke, Adam Mrocza, Kamil Baczyński, Przemysław Rosak. Trzecie miejsce na podium przypadło lekarzom z Mińska, po pokonaniu zespołu Częstochowa-Poznań. Piąte miejsce zdobyli lekarze z Warszawy po zwycięstwie nad drużyną ze Szczecina, a siódme gospodarze z Bielska-Białej po pokonaniu drużyny łódzkiej. Najbardziej wartościowym zawodnikiem turnieju wybrano Szymona Zubera z Katowic, najlepszym libero Przemysława Rosaka, też ze zwycięskiej drużyny. Za najlepszego rogrrywającego uznano Łukasza Matuszewskiego z Lublina, zaś najlepszym atakującym został Mikołaj Wierencz z Mińska. W organizacji mistrzostw pomagali Klaudiuszowi żona Agnieszka Komor, Rafał Kluba i Szymon Zuber. Okazję do rewanżu będą drużyny miały na Lekarskich Igrzyskach w Zakopanem we wrześniu oraz w przyszłorocznych Mistrzostwach Polski w Opolu. ■

Zdjęcia z mistrzostw na www.gazetalekarska.pl.

**Ryszard
Golański**



VI Mistrzostwa w Golfie

**Artur
Czekierdowski**

W dniu 11.05.2013 r. rozegrano Mistrzostwa Izby Lekarskich w golfie. Zawody odbyły się po raz pierwszy na najnowszym pełnowymiarowym polu golfowym k. Otwocka. Zorganizowanie imprezy było możliwe dzięki współfinansowaniu przez OIL w Lublinie i Naczelną Izbę Lekarską. Mistrzostwa zaplanowano nie tylko jako turniej golfowy, ale też praktyczne szkolenie i trening dla członków rodzin lekarskich. Gra toczyła się na 18 dołkach. Rywalizacja w kategorii lekarskiej i kategorii „open” była bardzo zacięta. W klasyfikacji lekarzy I miejsce i puchar zdobył Jacek Grabski z OIL w Lublinie. Drugi był Mariusz Talerzyk z OIL w Szczecinie, a trzecie miejsce

wywalczył Bogumił Zalewski – emerytowany stomatolog z OIL w Warszawie i były mistrz Polski lekarzy. W kategorii „open” pierwsza była Dorota Cioczek, stomatolog z OIL Lublin. W dodatkowych konkurencjach na najdłuższe uderzenie zwyciężył z odległością 220 m Maciej Koźłowski, stomatolog z Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu, a w konkurencji na uderzenie najbliższej dołka zwyciężył Feliks Żołądek, który umieścił jednym uderzeniem piłkę 215 cm od dołka. Zapraszamy za rok na VII Mistrzostwa Izby Lekarskich, które tradycyjnie już odbędą się w połowie maja. ■

Pełna relacja na www.gazeta.lekarska.pl.



W dniach **30.08. – 01.09.2013 r.** odbędzie się
IX Ogólnopolski Motocyklowy Zlot Lekarzy „DoctoRRiders” 2013
Więcej informacji na stronie: www.oil.lodz.pl/DoctoRRiders
lub tel. 42 683 17 27 (Elżbieta Sadura)
Zarząd DR

14 września w Wieleniu nad Notecią odbędą się
XII Mistrzostwa Polski Lekarzy w maratonie MTB.

Wszelkie informacje na temat trasy, regulamin, program zawodów, lista zgłoszeniowa na www.maraton.wielen.pl.
Plakat promujący imprezę na www.gazetalekarska.pl.



Wszystkich lekarzy triathlonistów i tych, którzy chcą się nimi stać, zapraszamy na Mistrzostwa Polski Lekarzy i Farmaceutów na Dystansie Olimpijskim. Zawody odbędą się w ramach IV Frydman Triathlonu 14.07.2013 r. Wszelkie informacje na stronie www.frydmantriathlon.pl lub u organizatora: Lucjana Habiedy, tel. 665515600.

IX Mistrzostwa w Pływaniu

**Janusz
Bieniasz**

W dniach 18-20 kwietnia na dębickim 50-metrowym basenie po raz dziewiąty odbyły się Mistrzostwa Polski Lekarzy w Pływaniu. Wzięło w nich udział 72 zawodników, w tym 5 rodzin w sztafecie rodzinnej, z 19 okręgowych izb lekarskich. Po raz pierwszy w mistrzostwach uczestniczyli także koledzy z zagranicy. W trakcie 3-dniowych zmaganiń pływackich rozegrano 31 konkurencji indywidualnych, sztafetowych (w tym rodzinne, mikstowe), a także dla dzieci zawodników.

Honorowy Patronat nad mistrzostwami objął Maciej Hamankiewicz, prezes NRL. Uroczystego otwarcia dokonała Maria Szuber, przewodnicząca Komisji Sportu i Turystyki ORL w Rzeszowie. W trakcie mistrzostw odbyła się też VIII Konferencja Naukowo-Szkoleniowa „Postępy w medycynie sportowej”.

Klasyfikacja drużynowa

1. OIL ŁÓDŹ	310 pkt
2. OIL WARSZAWA	263 pkt
3. OIL LUBLIN	219 pkt

Klasyfikacja indywidualna kobiet

1. Jędrzycka Katarzyna (OIL Łódź)	2095 pkt
2. Zimna-Walendzik Ewa (OIL Łódź)	1828 pkt
3. Lijowska-Bochnia Małgorzata (OIL Kraków)	1485 pkt

Klasyfikacja indywidualna mężczyzn

1. Stanek Grzegorz (OIL Opole)	2976 pkt
2. Pasieczny Andrzej (OIL Gdańsk)	2705 pkt
3. Faff Mariusz (OIL Rzeszów)	2647 pkt

Bardziej obszerna relacja na www.gazetalekarska.pl.
Oficjalne wyniki IX Mistrzostw Polski Lekarzy w Pływaniu na stronach: www.rzeszow.oil.org.pl oraz www.mplwp.pl. ■

STOWARZYSZENIE ABSOLWENTÓW AM I UM W ŁODZI

Kalendarium spotkań absolwentów w roku 2013

Spotkania coroczne:

do roku 1950 – czerwiec i grudzień

rok 1952 – 18 maja

rok 1957 – 16 czerwca

rok 1959 – 25 maja

rok 1960-61 – grudzień

rok 1962 – czerwiec

Wydział Lekarski

rok 1953 – 1 czerwiec (60-lecie)

rok 1958 – 29 czerwca (55-lecie)

Wydziały: Lekarski, Stomatologiczny, Farmaceutyczny

rok 1963 – 26 października (50-lecie)

rok 1968 – 28 września (45-lecie)

rok 1973 – 16 listopada (40-lecie)

rok 1978 – 12 października (35-lecie)

rok 1983 – 19 października (30-lecie)

rok 1988 – 5 października (25-lecie)

rok 1993 – 9 listopada (20-lecie)

Informacje: Janina Paszota-Ostrowska, tel. (42) 639 39 39, (42) 272 59 09, Łódź, al. Kościuszki 4, pok. 35

ABSOLWENCI UM IM. K. MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU, LATA STUDIÓW 1957-1963

Zapraszamy 8 września 2013 r. do Poznania na uroczystość „Odnowienia dyplomu lekarskiego po 50 latach”. Koszty uczestnictwa: absolwenci 200 zł, osoba towarzysząca 50zł. Wpłaty na konto: Nordea Bank Polska S.A. I Oddział w Poznaniu, 56 1440 1286 0000 0000 0214 2988, Fundacja Uniwersytetu Medycznego, Tęczowa 3, 60-275 Poznań, z dopiskiem „Absolwenci 1963”, imię i nazwisko uczestnika. Dodatkowo bankiet w hotelu Sheraton 200 zł/os. UWAGA! wpłaty za bankiet na inny numer konta: Andrzej Krzak Bank Zachodni WBK SA I Oddz. w Ostrowie Wielkopolskim, Plac Bankowy 1, 0610 90 11 60 0000 0000 16 00 62 49, z dopiskiem „bankiet”. Opłaty najpóźniej do 1 czerwca. Dokonanie wpłaty będzie potwierdzeniem uczestnictwa. Możliwość rezerwacji noclegu w akademiku Esculap – kontakt: Biuro Organizacyjne. Możliwość noclegu w hotelu Sheraton, specjalne ceny! Kontakt: hotel, (61) 655-2000, hasło „Odnowienie Dyplomów po 50 latach”. Więcej informacji: na www.absolwenci63.pl lub Biuro Organizacji Konferencji i Zjazdów (BOKiZ) Fundacji Uniwersytetu Medycznego, ul. Tęczowa 3, 60-275 Poznań, tel. (61) 66 21 120 w. 15, e-mail: biuro@bokiz.pl www.bokiz.pl. Komitet Organizacyjny.

WYDZIAŁ LEKARSKI AM WE WROCŁAWIU, ROCZNIK 1988

Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 25 rocznicy ukończenia Wydziału Lekarskiego AM we Wrocławiu, w dn. 28-29 września 2013 r. w hotelu LAS w Piechowicach k. Szklarskiej Poręby (ul. Turystyczna 8). Opłata za uczestnictwo w zjeździe od absolwenta/osoby towarzyszącej 300 zł. Wpłaty na konto DIL we Wrocławiu: 17 1540 1030 2001 7753 6075 0001 do 30 czerwca, z dopiskiem „Zjazd 1988 L” lub bezpośrednio w DIL we Wrocławiu przy ul. Kazimierza Wielkiego 45 u p. Patrycji Malec (poddasze). Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. Informacje: Katarzyna Jędrzejewska-Jurga 603 649 140, Małgorzata Sztajer-Marciniak 501 279 553, Patrycja Malec, DIL we Wrocławiu (71) 79 88 068, e-mail: patrycja.malec@dilnet.wroc.pl, patka.malec@wp.pl. Za Komitet Organizacyjny Katarzyna Jędrzejewska-Jurga, Małgorzata Sztajer-Marciniak.

WYDZIAŁ LEKARSKI, ODDZIAŁ PEDIATRYCZNY**I STOMATOLOGICZNY AM WE WROCŁAWIU, ROCZNIK 1963**

Zapraszamy na uroczyste obchody z okazji 50 rocznicy uzyskania absolutorium, które odbędą się 12 października 2013 r. we Wrocławiu (hotel Jana Pawła II – Św. Idziego 2, Wrocław-Ostrów Tumski). Opłata za uczestnictwo w zjeździe: od absolwenta (opłata za wszystko) 300 zł, osoba towarzysząca na bankiecie 150 zł, tylko uroczystości (bez bankietu) 100 zł. Wpłaty na konto DIL we Wrocławiu: 17 1540 1030 2001 7753 6075 0001 do 30 czerwca, z dopiskiem „Zjazd 1963” lub bezpośrednio w DIL we Wrocławiu przy ul. Kazimierza Wielkiego 45 u p. Patrycji Malec (poddasze). Koleżanki prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz panieńskiego. Zakwaterowanie we własnym zakresie (nie jest wliczone w cenę zjazdu). Informacje: Ludwika Sadowska, (71) 348 47 33, 692 051 337; Alicja Kędzia, (71) 34 32 082, praca (71) 78 400 79; Patrycja Malec, DIL we Wrocławiu; (71) 79 88 068, e-mail: patrycja.malec@dilnet.wroc.pl lub patka.malec@wp.pl. Za Komitet Organizacyjny Alicja Kędzia, Ignacy Łysik, Ludwika Sadowska.

WYDZIAŁ LEKARSKI, ROCZNIK 1962-1968 ORAZ ODDZIAŁ STOMATOLOGII, ROCZNIK 1962-1967 AM W POZNANIU

Komitet Organizacyjny Zjazdu Absolwentów Wydziału Lekarskiego z roku 1962-1968 oraz Oddziału Stomatologii z roku 1962-1967 AM w Poznaniu zaprasza na koleżeńskie spotkanie z okazji 45 rocznicy ukończenia studiów. Szczegółowe informacje oraz program zostaną rozesłane do Koleżanek i Kolegów, których adresy posiada Komitet Organizacyjny. Termin zjazdu: 14 września 2013 r., miejsce Villa Magnolia, ul. Głogowska 40. Opłata zjazdowa 250 zł absolwent, 150 zł osoba towarzysząca. Wpłaty na konto: PKO SA 65 1240 6595 1111 0010 5048 0943, z dopiskiem „45 lat minęło”. Zgłoszenia do 30 czerwca na adres: Katedra i Klinika Chirurgii, prof. Andrzej Jankowski, 60-572 Poznań, ul. Szpitalna 27/33, tel. 601 56 34 34, e-mail: acjanowski@op.pl.

WYDZIAŁ STOMATOLOGICZNY AM WE WROCŁAWIU, ROCZNIK 1988

Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 25 rocznicy ukończenia Wydziału Stomatologicznego AM we Wrocławiu, które odbędzie się w dn. 28-29 września 2013 r. Pensjonat BEATA w Polanicy Zdroju, ul. Rybna 9. Opłata za uczestnictwo w zjeździe od absolwenta/osoby towarzyszącej 250 zł. Wpłaty na konto DIL we Wrocławiu: 17 1540 1030 2001 7753 6075 0001 do 30 czerwca, z dopiskiem „Zjazd 1988 D” lub bezpośrednio w DIL we Wrocławiu przy ul. Kazimierza Wielkiego 45 u p. Patrycji Malec (poddasze). Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. Informacje: Małgorzata Kaczkowska-Staszyńska, 508 190 549; Patrycja Malec, DIL we Wrocławiu (71) 79 88 068, e-mail: patrycja.malec@dilnet.wroc.pl, patka.malec@wp.pl. Za Komitet Organizacyjny Małgorzata Kaczkowska-Staszyńska.

ABSOLWENCI WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AM W LUBLINIE, ROCZNIK 1983

Z okazji 30 rocznicy ukończenia studiów, 12 października 2013 r. odbędzie się spotkanie koleżeńskie w Zemborzycach. Informacje: Barbara Żmurowska 661046496, Bożena Kowal 693847713, Piotr Wojtaś 691033100 lub e-mail: zjazdabsolwentowamlublin1983@gmail.com.

WYDZIAŁ LEKARSKI AM W POZNANIU, ROCZNIK 1967-1973

Z okazji 40 rocznicy ukończenia studiów zapraszamy na spotkanie koleżeńskie w dn. 12-13 października 2013 r. w Park Hotelu nad Maltą w Poznaniu. Szczegółowe informacje: krystynanaterdworzecka@interia.pl, telefonicznie: Krystyna Natter-Dworzecka (61) 8789477 lub 505 107 642, Maria Bauta-Babst 601 727 564, Grażyna Drygalska 606 979 110.

ABSOLWENCI ŚLAM, ROCZNIK 1983

Zapraszamy do wzięcia udziału w spotkaniu z okazji 30 rocznicy ukończenia ŚLAM, które odbędzie się w dn. 12-13 października 2013 r. w hotelu Mercure Kasprowy w Zakopanem. Koszt udziału w zjeździe: 290 zł brutto (uroczysta kolacja, oprawa muzyczna i koszty organizacji). Nocleg: 200 zł brutto pokój jednoosobowy, 220 zł brutto pokój dwuosobowy. Rezerwacja noclegów na stronie www.kasprowy.pl, (po rejestracji na www.konferencja.thebloom.pl/Zjazd-SLAM otrzymają Państwo hasło do rezerwacji hotelowej). Zainteresowanych zapraszamy do wcześniejszego przyjazdu i udziału w nieoficjalnym spotkaniu 11 października br. Mile widziane zdjęcia z lat studenckich – prosimy o przesyłanie zdjęć na adres organizatorów. Kontakt w sprawach zjazdowych: Marian Papież, tel. 602 532 912, e-mail: marpap@poczta.onet.pl; Małgorzata Papież, tel. 608 342 514, e-mail: papiezm@poczta.onet.pl. Rejestracja do udziału w zjeździe oraz szczegóły: www.konferencja.thebloom.pl/Zjazd-SLAM.

WYDZIAŁ LEKARSKI AM W POZNANIU, ROCZNIK 1977-1983

W związku ze zbliżającym się 30 rocznicą naszego dyplomatium planujemy zorganizowanie spotkania naszego roku 5 października (sobota) 2013 r. w Green Hotelu w Komornikach. Koszt spotkania 350 zł od osoby (spotkanie grillowe, uroczysta kolacja). Wpłaty na konto: Alior Bank SA, Al. Jerozolimskie 94, 00-807 Warszawa, Oddział w Poznaniu, ul. Hetmańska 91, 04 2490 0005 0000 4600 5554 0517 (z dopiskiem: XXX-lecie studiów). Jest to specjalny rachunek dla uczestników spotkania. Prosimy o dokonywanie zgłoszeń i wpłat do 30 czerwca. Rezerwacja noclegów bezpośrednio w Green Hotelu Komorniki, ul. Jeziorna 1a, 62-052 Komorniki, nr konta 80 9072 0002 2099 0007 7549 0001, z dopiskiem w tytule: uczestnik spotkania 5.10.2013 r. + imię i nazwisko osób będących uczestnikami imprezy. Informacje: Ewa Wender-Ożegowska, e-mail: ewaoz@post.pl, Ewa Koczorowska-Cieślak, e-mail: cieślak-ewa@wp.pl.

WYDZIAŁ LEKARSKI AM W POZNANIU, ROCZNIK 1982-1988

Zapraszamy absolwentów Wydziału Lekarskiego AM w Poznaniu, rocznik 1982-1988, na spotkanie koleżeńskie z okazji 25 rocznicy ukończenia studiów. Zjazd odbędzie się 21 września 2013 r. w IBB Andersia Hotel, Plac Andersa 3, 61-894 Poznań, o godz. 19.00. Koszt uczestnictwa: 300 zł. Wpłaty do 31 lipca na rachunek nr 30 1240 6609 1111 0010 5012 7431 Banku Pekao SA, Aleksandra Kubiak, Hanna Plotast, z dopiskiem „Zjazd”. Proszę o podanie imienia, nazwiska oraz numeru grupy. Możliwość rezerwacji noclegów bezpośrednio w hotelu. Szczegółowy program spotkania zostanie przesłany na adresy e-mail, które posiadamy. Aleksandra Kubiak, e-mail: kubiak.aleksandra@gmail.com, tel. 602 334 993.

WYDZIAŁ LEKARSKI W ZABRZU, ŚLAM, ROK UKOŃCZENIA 1988

Zjazd z okazji 25 rocznicy uzyskania przez nas dyplomu lekarza odbędzie się 19 października 2013 r., w hotelu STOK w Wiśle Ustroniu. Rozpoczęcie o godz. 19.00. Główna część imprezy to elegancki bankiet z dobrą orkiestrą. Opłata: 220 zł/osobę. Wpłata na konto hotelu: „Bodeko Hotele” Sp. z o.o. w Wiśle, ING Bank Śląski o/ Wiśla, nr 97 1050 1096 1000 0001 0108 6080, z podaniem imienia i nazwiska, hasła „Zabrze 88” oraz numeru grupy – po to, aby wstępnie rozplanować salę. Noclegi proszę rezerwować osobno, też posługując się hasłem „Zabrze 88”, tel. 48/33 856 41 00 i 48/ 33 856 41 66, recepcja@hotelstok.pl. Do zobaczenia, Robert Bukalski, robertbukalski@pro.onet.pl.

ŚRÓDMIAŻSZOWE CHOROBY PŁUC

Warszawsko-Otwocki Oddział PTChP organizuje 15 czerwca 2013 r. 35 sesję Szkoły Pneumonologii nt. Śródmiąższowych chorób płuc. Warszawa, Sala Wykładowa NOT, ul. Czackiego 3/5, w godz. 9.30-17.30. Wstęp bezpłatny. Szczegółowe informacje na stronie: www.ptchp.home.pl, kierownik kursu: Tadeusz M. Zielonka 501 143 324, tmzielonka@wp.pl; sekretarz: Jacek Jagodziński 604 957 483, jacek.jagodzinski@hipokrates.org; sekretariat: Izabela Misiak, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc, 01-138 Warszawa, ul. Płocka 26, tel. (22) 43 12 158, i.misiak@igichp.edu.pl.



**Michał
Ryszard
Wysocki**

Mediacja – studium przypadku

W nawiązaniu do artykułu „Mediacja – lek na pozwy”, który ukazał się w lutowym numerze „Gazety Lekarskiej” (02/2013), pragnę przedstawić przykład mediacji medycznej.

Nie dotyczy on co prawda dramatycznej sprawy, o jakich czasami czyta się na pierwszych stronach ogólnopolskich gazet, ale takiej, o których często można usłyszeć wśród rodziny i znajomych. Takiej, która może zdarzyć się każdego dnia...

Opis przypadku

Do przychodni lekarskiej w mieście X przybyła Anna Malinowska wraz z 10-letnią córką Magdą, która uskarżała się na ból brzucha, nudności i biegunkę. W poczekalni, w kolejce do pediatry czekało wiele osób, a zbliżała się godzina zamknięcia. Odczekawszy na swoją kolej, pani Malinowska wraz z córką weszły do gabinetu lekarza pediatry – Jana Nowaka. Atmosfera nie była przyjemna – lekarz był rozkojarzony, nieprzyjemny i wyraźnie spieszył się, aby skończyć już pracę. Po szybkim i pobieżnym zbadaniu dziecka stwierdził infekcję wirusową, czyli tzw. grypę żołądkową i zalecił odpowiednie nawodnienie oraz probiotyki.

Niestety po powrocie do domu stan Magdy nie tylko się nie poprawił, ale zdecydowanie pogorszył: ból się nasilił i wystąpiły wymioty. Nie zastanawiając się dłużej, pani Malinowska zawiozła córkę samochodem do najbliższego SOR. Tam lekarz rozpoznał ostre zapalenie wyrostka robaczkowego. Szczęśliwie w porę odkryto prawdziwą przyczynę dolegliwości i szybka interwencja chirurgiczna zapobiegła groźnym powikłaniom, jak perforacja ściany wyrostka i rozlane zapalenie otrzewnej. Po 7 dniach pobytu w szpitalu mała Magda została wypisana do domu w dobrym stanie.

Konsekwencje

To wydarzenie głęboko wstrząsnęło panią Malinowską, która stwierdziła, że nie pozostawi tak tej sprawy. Wystąpiła z oficjalną skargą do dyrektora przychodni, w której przyjmował lekarz pediatra i zasygnalizowała, że zgłosi sprawę do prasy oraz będzie domagała się odszkodowania i zadośćuczynienia w sądzie.

Dyrektor przychodni – pan Kowalski – ocenił, że bez względu na groźbę procesu sądowego, taka przykra sprawa może zrujnować reputację lekarza i całej placówki. Pan Kowalski miał w tej sytuacji dwa wyjścia: nic nie robić i biernie czekać na rozwój wypadków albo przejąć inicjatywę i stawić czoła problemowi. Wybrał drugą opcję. Spotkał się z pediatrą i przekazał informację o skardze i dalszych intencjach pani Malinowskiej wraz z sugestią, żeby znaleźć polubowne rozwiązanie zaistniałej sytuacji. Przekazał też, że warto w tym celu skorzystać z pomocy mediatora. Doktor Nowak nie był chętny na takie rozwiązanie, ale ostatecznie dał się namówić. Wobec tego dyrektor skontaktował się z mediatorem, którego poprosił o nawiązanie kontaktu z panią Malinowską i przeprowadzenie mediacji.

Mediacja

Mediator niezwłocznie porozumiał się z panią Malinowską, wyjaśniając swoją rolę i zasady mediacji, oraz zaproponował spotkanie z lekarzem pediatrą na neutralnym gruncie. Poinformował ją, że dzięki temu możliwe będzie udzielenie odpowiedzi na wszelkie pytania i uzyskanie wyjaśnień oraz zapewnił, że całość odbędzie się w atmosferze pełnej poufności. Pani Malinowska wyraziła zgodę na spotkanie z pediatrą i dyrektorem przychodni.

W uzgodnionym dniu obie strony spotkały się w kancelarii mediacyjnej. Spotkanie zainicjował mediator, wyjaśniając zasady mediacji, jej dalszy przebieg i zachęcając strony do zadawania pytań, co nieco rozładowało napięcie. Następnie mediator poprosił panią Malinowską, żeby opowiedziała, jak ona postrzega całą sytuację, a pediatrę o uważne słuchanie. Potem role odwróciły się. W dalszej kolejności mediator zadawał obu stronom pytania i upewniał się, że strony mogą się wzajemnie wysłuchać. Szybko okazało się, że do nieszczęśliwego przeoczenia oraz złej atmosfery podczas wizyty przyczyniły się osobiste problemy lekarza, który następnego dnia miał rozprawę rozwodową, a do tego był zmęczony po ciężkim dyżurze w pobliskim szpitalu. Po tym wyznaniu nastąpiły przeprosiny, które zostały przez panią Malinowską przyjęte. W tym momencie wzajemna nieufność zniknęła, a strony szybko „przestawiły się” na wspólne odnalezienie satysfakcjonującego zwieńczenia mediacji.

Efekt

W trakcie niewiele ponad dwugodzinnej mediacji stronom udało się dojść do porozumienia i podpisać ugodę. Co ciekawe, nie obejmowała ona wypłaty klasycznego odszkodowania. Pediatra zobowiązał się do zwrotu poniesionych kosztów związanych z leczeniem pooperacyjnym oraz do objęcia małej Magdy bezpłatną opieką w ramach prowadzonej przez siebie prywatnej praktyki lekarskiej przez najbliższy rok. Anna Malinowska, usatysfakcjonowana postępowaniem lekarza, zrezygnowała z występowania na drogę sądową oraz z podejmowania jakichkolwiek działań godzących w dobre imię przychodni. Dodatkową, jeśli nie największą zaletą takiego obrotu spraw, był fakt, że obie strony miały szansę nawiązać dialog i zrozumieć swoje racje. Pacjent zobaczył w lekarzu człowieka, a ten miał możliwość otwarcia się przed pacjentem w bezpiecznej atmosferze. Więź lekarza z pacjentem została ocalona, a pani Malinowska nie zmieniła pediatry i nadal korzysta z usług tej przychodni.

Wyobraźmy sobie teraz, jaki mógłby być finał tej sprawy, gdyby trafiła ona do sądu i na pierwsze strony gazet... ■

Wystąpiła z oficjalną skargą do dyrektora przychodni, w której przyjmował lekarz pediatra i zasygnalizowała, że zgłosi sprawę do prasy oraz będzie domagała się odszkodowania i zadośćuczynienia w sądzie.

Mediacja mediów

Wyobraźmy sobie, jaki mógłby być finał sprawy, której studium przypadku opisał obok mecenas Michał Wysocki, gdyby trafiła ona do sądu i na pierwsze strony gazet, zamiast zakończyć się przy mediacyjnym stole lub choćby zwykłą rozmową stron w gabinecie lekarskim.

Minął dzień, kiedy zdrowe dziecko Anny Malinowskiej wyszło ze szpitala po operacji wyrostka robaczkowego, którego zapalenie nie zostało w sposób właściwy rozpoznane w przychodni, głównie z powodu pośpiechu i niedokładnego badania. Samotna matka, po szczerej pogaduszcze z chirurgiem wydającym wypis, nie potrafiła pogodzić się z myślą, że tak niewiele brakowało, a życie jej jedynej pociechy byłoby zagrożone. Wieczorem napisała list do kierownika placówki, a kolejne kopie rozesłała do izby lekarskiej, prokuratora, Rzecznika Praw Pacjenta i na wszelki wypadek do gazety.

Minął rok. Doktor Jan Nowak zacisnął zęby, odwracając twarz od biegnącego za nim kamerzysty, który próbował ustawić go na tle szyldu przychodni, w momencie wyjścia z pracy. Wcześniej odebrał telefon z propozycją rozmowy na wizji. Przed kilkoma tygodniami sąd lekarski uznał jego winę i ukarał upomnieniem. Schudł, słabo spał, stracił sens pracy, do której tak chętnie przychodził, by pomagać małym pacjentom. Na kilka dni przed rozprawą cywilną, która definitywnie powinna zamknąć temat, weekendowe wydanie lokalnej gazety rozpoczęło dziennikarską obławę.

Zanim rozświetlił się napis „nagranie”, przypięto mikroporty, pudrowano twarze rozmówców, postawiono wodę i ostatni raz przetarto lśniąca podłogę. Wstęp został przygotowany wcześniej, tak aby mieć poślizg w realizacji „na żywo”. Publiczność zajmowała miejsca. Realizator zaczął odliczanie. Poszła czołówka.

Anna Malinowska była z zawodu nauczycielem języka polskiego. Umiała ładnie mówić, pisała dobre teksty, potrafiła dyskutować. Scenograf programu rozmawiał z nią dwa dni temu, nakazując przyjście w ciemnej, najlepiej czarnej sukience, z zakrytymi ramionami, bez dekoltu i biżuterii na szyi, palcach i w uszach. Skromnie.

Oko prawej kamery patrzyło na jej twarz. Po raz kolejny przypominała koszmar tamtej nocy, strach przed najgorszym, oczekiwanie na zakończenie ope-

racji i dni rekonwalescencji. Głos drżał. Światło raziło zaszkłone oczy. „Niech mi pan nie mówi, że moje dziecko to statystyczny przypadek!”

„Nagana?” – władza wydeła usta, a każdy pediatra zrozumiał, że w razie zawodowego przewinienia, zamiast ustawowego katalogu kar, trzeba na środku miasta stawiać szubienicę. „Takich przypadków są dziesiątki tysięcy” – krzyknął starszy pan, pokazując plik kartek, by potwierdzić słowa „znamy je”. „Jednostkowa sprawa nie powinna obciążać całego środowiska” – bronił się przedstawiciel izby, ale każde jego słowo zagłuszane było kolejnym oskarżeniem, przykładem, nieszczęściem, łzami, fragmentem reportażu, przypomnieniem innych imion, klepsydr, pasków na oczach oskarżonych, odmów udzielania wywiadów, dźwięku odkładanych słuchawek telefonicznych, przebitek tytułów z pierwszych stron dzienników. „Nie zamiatajcie spraw pod dywan; Jan Nowak już nigdy nie powinien leczyć dzieci; Jesteście profesjonalistami, ale musicie oczyścić środowisko!”

Rozmowa ze studia przeniosła się do barku. Redaktor podziękował za udział w programie i zapewnił o dalszym zainteresowaniu problemem. Mimochodem zapytał konsultanta, który milcząco przypatrywał się akcji, do kogo powinien się udać z bólem nóżek swojego synka. Dwa miejsca były puste. Przedstawiciel izby mknął na dyżur do oddziału, a Anna Malinowska, po pożegnaniu i wyłączeniu kamery, stała się natychmiast niewidzialna.

Następnego dnia przetoczyła się fala jałowych dyskusji. Lekarze oburzyli się na dziennikarzy – oceniali innych, zapominając o sobie i uznając, że trzeba poprawić PR. Pacjenci z ukosa spojrzeli na swoich medyków – wzrosła liczba okrzyków i nagrań na dyktafony. Dziennikarze pogonili za kolejną sensacją – edukowanie przestało być zadaniem mediów. Władza rozpoczęła pisanie procedury – „Udoskonalanie systemu jest naszym celem nadrzędnym!”. Anna Malinowska znów poczuła się samotna. Jan Nowak patrzył w sufit. Wahał się z myślami...



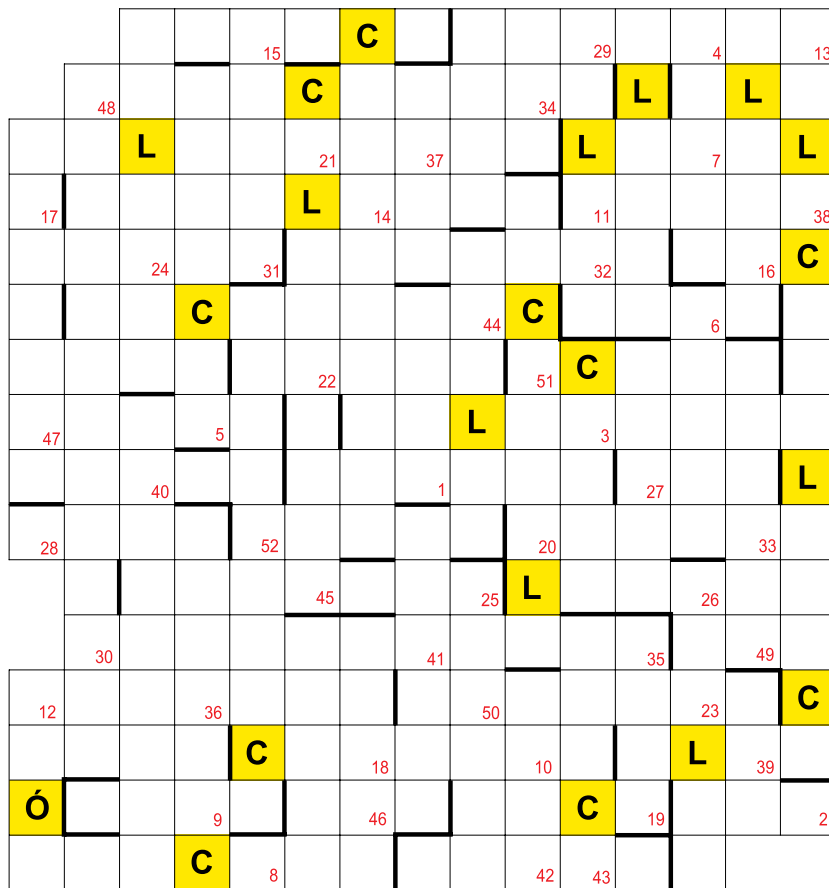
Jarosław Wanecki

Przewodniczący
kolegium
redakcyjnego „GI”

Objaśnienia 75 hasel podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery C, L i Ó. Na ponumerowanych polach ukryto 52 litery hasła, które stanowi rozwiązanie. Należy je przesłać na karcie pocztowej lub e-mailem na adres redakcji do 10 lipca 2013 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji).

Rozwiązanie Jolki lekarskiej nr 187 („GL” nr 4/2013) Ze złego należy wybierać mniejsze zło. Cycceron

Nagrody otrzymują: Aleksandra Wabik (Wrocław), Andrzej Zawadzki (Łańcut), Ewa Zmysłowska (Płońsk). Fundatorem nagród jest Wydawnictwo Lekarskie PZWL, www.pzwl.pl. Nagrody prześlemy pocztą. Fundatorem nagród jest Wydawnictwo Lekarskie PZWL, www.pzwl.pl. Nagrody prześlemy pocztą.



*Iocha lub Iania * córka hrabiego * stolica Tuwy * cykliczny diester * przyciskasz do niego strunę * twórca systemu brydżowej licytacji * sprzedaje auta lub narkotyki * jedno na Maroko * północny przylądek Australii * spec od systemów sterowania * diugor lub manat * muza ze zwojem * alkaloz * opisał ślepotę barw * skarga * góra w Ajon Oros * imię Turner * knieć * odmiana fortepianu * żona radży * krzyżówkowa papuga * między Niegocinem i Kisajno * Elizabeth w roli Kleopatry * mimowolny, nerwowo * żalobny utwór literacki i muzyczny * Samojed * amulet * karetką z kogutem * w ręku kelnera * między Wrześnią a Kołem * palma betelowa * sprawozdanie, stosunek * kraina z Troją * wykorzystuje badania budowy i funkcji organizmów * mocne piwo angielskie * tam ukorzył się cesarz Henryk IV * żagiel wytykowy * podgatunek, rasa ekologiczna * koc * grecki twórca sielanki * praecipitatum * robotnik portowy * wielka firma meblarska * kończy bajkę * ischias * bankiet, biesiada * premier Portugalii (1932-68) * wyjada pasożyty dużych ssaków afrykańskich * zmierzch * numer podatnika * cesarz, syn Walentyniana i Sewery * druczane oczko na drobnoustroju * książkowy przewodnik * stolica Okręgu Czukockiego * forma odżywiania się pierwotniaków * sumeryjska Ishtar * minister informatyzacji * realizuje badania kosmiczne USA * choina kanadyjska * ironiczna uwaga łacińska * przypadek sądowy lub medyczny * zatrucie owiec jadami z zepsutej paszy * stały lądowy znak nawigacyjny * syn Dedala * główny składnik barwników żółci * pracuje przy krosnach * miasto przemysłowe i uzdrowisko w pd. Gwatemali * kopec * cykada * nicpoń * biblia mazdaizmu * pierwiastek, paliwo reaktora jądrowego * kielich * stolica Kalmucji * terapia fizyczna

BJER

Wydawca: Naczelna Rada Lekarska



Dla członków izb lekarskich bezpłatnie
Nakład: 160 060 egz.

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

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

Zastępca redaktora naczelnego:

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

Lucyna Krysiak
Tel. 661 092 853
l.krysiak@gazetalekarska.pl
Lidia Sulikowska
Tel. 668 854 344
l.sulikowska@gazetalekarska.pl

Redakcja:
Urszula Bąkowska
Tel. (22) 558 80 40, Fax (22) 558 80 42
u.bakowska@gazetalekarska.pl
redakcja@gazetalekarska.pl

Stale współpracują:
Artur Andrus (Warszawa)
Jerzy Badowski (Olsztyn)

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

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

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

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

Projekt i opracowanie graficzne:
Grzegorz Sztank

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

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

