

11 · 2011

Gazeta Lekarska

PISMO IZB LEKARSKICH



TEMAT NUMERU S. 6-13

Lekarze w parlamencie

POD ROZWAGĘ

Prof. Jan Duława
o opiece zdrowotnej | S. 20

KONTROWERSJE

**Kto zwyciężył,
a kto przegrał?** | S. 50

KULTURA I MEDYCYNĄ

**Felieton Sławomira
Pietrasa** | S. 62



Jakie zmiany?

Wybory parlamentarne 9 października nie przyniosły zmiany politycznej w Polsce.

Większość wyborców powierzyła losy kraju na kolejne cztery lata dotychczasowej koalicji. Istotna zmiana może natomiast nastąpić w ochronie zdrowia – dotychczasowa minister zdrowia Ewa Kopacz zostanie być może marszałkiem Sejmu. Kto obejmie po niej stanowisko, tak ważne dla nas, lekarzy? Tego w połowie października nie wiemy i nie będę na ten temat spekulował i powtarzał dziennikarskich plotek. Być może będzie to jedna z osób, które cytujemy w „Temacie miesiąca”. Czy spełnione zostaną przedwyborcze obietnice dotyczące opieki zdrowotnej? Doświadczenia lat poprzednich każą być co do

tego sceptycznym. Raczej nie możemy liczyć na przywrócenie stażu podyplomowego czy rezygnację z przekształcania szpitali w spółki. Miejmy nadzieję, że w ciągu najbliższej kadencji zostanie wreszcie spełnione oczekiwanie na

jakim była śmierć naszego Kolegi w piątą dobę dyżuru, wywołało dyskusję, której konkluzje nie zawsze są zgodne ze zdrowym rozsądkiem. Odwieczną przyczyną pracy lekarza w wielu miejscach, po kilkaset godzin miesięcznie, są niskie wynag-

rodzenia. Troska wielu osób, zwłaszcza niebędących lekarzami, o stan naszej kondycji, po nadmiernym obciążeniu pracą, bywa irytującą hipokryzją. Kolejna bulwersująca sprawa, to kary nakładane na lekarzy za recepty wystawiane niezgodnie z obowiązującym prawem. Naszą koleżankę ukarano za wystawianie recept IWB osobie, która zataiła przed nią, że straciła takie uprawnienie. Pewien lekarz rodzinny musiał zapłacić 17,5 tys. zł kary za wystawienie recept na terapię przeciwzakrzepową w leczeniu zapalenia żył bez dopplerowskiego USG. Na szczęście leki pacjentom pomogły.

Umacniają się „nasi w Europie”. Panu profesorowi Romualdowi Krajewskiemu, wiceprezowi NRL, składamy serdeczne gratulacje z powodu wyboru na prezesa Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów (UEMS).

Ryszard Golański

naczelnny@gazetalekarska.pl

Odwieczną przyczyną pracy lekarza po kilkaset godzin miesięcznie są niskie wynagrodzenia.

złamanie monopolu Narodowego Funduszu Zdrowia. Gorącym tematem w naszym środowisku jest obecnie czas pracy lekarzy i sposoby jego regulowania. Tragiczne wydarzenie,

groźdzenia. Troska wielu osób, zwłaszcza niebędących lekarzami, o stan naszej kondycji, po nadmiernym obciążeniu pracą, bywa irytującą hipokryzją. Kolejna bulwersująca sprawa,

MIGAWKA



FOT.: MARIUSZ JANIKOWSKI

Podczas dyskusji na V Sympozjum Polsko-Niemieckim w Książu ważnym tematem była medyczna opieka transgraniczna. Od roku 2013 pacjenci w Unii Europejskiej będą mogli swobodnie wybierać miejsce leczenia i lekarza.

(WIĘCEJ NA STR. 15)



OKIEM PREZESA

Zakończył się czas kampanii wyborczych, haseł i obietnic. Po wyborach parlamentarnych 2011, w których społeczeństwo zdecydowało się na kontynuację dotychczasowych rządów, liczę na szybki powrót zespołów ministerialnych do pracy nad ochroną zdrowia. Zadań nie mało, wiele rozporządzeń czeka na ich wydanie – chociażby to dotyczące rejestracji nowych praktyk wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego. Ceka też nowe ułożenie programu studiów, gdzie musi zostać włączony staż podyplomowy. Na Centralnej Inauguracji Roku Akademickiego 2011/2012 mówiono o projektowanych zmianach – dotychczas koszt wykształcenia studenta medycyny przez rok studiów wynosił 31 500 zł, teraz ma wynosić 67 800 zł, a studenta stomatologii – 71 300 zł. Kolejnymi zmianami zasypana zostanie szeroko rozumiana działalność lecznicza. Zarządzający szpitalami od kilku miesięcy toczą dysputy nad formami własności i partnerstwem publiczno-prywatnym. Dla nas, lekarzy to nie powinno mieć

znaczenia, ale w wyniku zmian proponowane są nam różne formy zatrudnienia i odmienne warunki pracy i płacy. Rząd powinien pomyśleć, jak w tej sytuacji zagwarantować lekarzom i lekarzom denty stom godne warunki wykonywania zawodu – bez względu na formę własności jednostki, w której pracują.

Czekamy też na realizację przedwyborczej obietnicy ministra zdrowia, dotyczące zmiany rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, związanej z wymogami posiadania tytułu specjalisty.

W apelu i liście skierowanym do ministerstwa wskazywaliśmy, że uniemożliwienie samodzielnego kontraktowania świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej lekarzom posiadającym I stopień specjalizacji prowadzi do zawodowego wykluczenia dużej liczby lekarzy posiadających bardzo często wieloletnie doświadczenie w udzielaniu świadczeń specjalistycznych i doprowadzi do zmniejszenia liczb

by świadczeniodawców udzielających tych świadczeń. Mamy nadzieję, że jeśli pozostają te same władze, może obietnica ta zostanie zrealizowana.

Jedna z gazet codziennych opublikowała wywiad z lekarzką, która opowiada w nim, jak pracuje ponad 300 godzin miesięcznie i nie podaje swojego nazwiska, bo boi się izby lekarskiej.

Otóż pragnę zaznaczyć, że slogan ukuty przez dziennikarzy dla lekarzy: „tachometr dla każdego” byłby kolejną próbą ograniczenia wolności zawodu lekarza, a nie o to chodzi w szerokiej dyskusji na temat czasu pracy lekarzy. Przez Naczelną Radę Lekarską przetoczyła się wstępna dyskusja dotycząca tego problemu. Z tej dyskusji jasno wynika, że z jednej strony mówimy „nie” problemom administracyjnego ograniczenia naszego zawodu, z drugiej pojawia się problem zagrożenia dla samych lekarzy i ich pacjentów wynikający z przekraczania granic zdroworozsądkowości w pracy ponad siły. Ustaliliśmy, że Rada podejmie pracę nad projektem stanowiska, które zostanie przedstawione na Krajowym Zjeździe Lekarzy. Bazowym tekstem pozostaje apel Prezydium NRL z 19 sierpnia br. do ministra zdrowia i wszystkich podmiotów odpowiedzialnych za organizację ochrony zdrowia o stworzenie takich warunków pracy i płacy lekarzy, le-

karzy dentystów i innych pracowników medycznych, które zagwarantują pacjentom i lekarzom bezpieczne leczenie.

Prace nad wprowadzaniem ustawy „refundacyjnej” toczyły się od roku i stopniowo, w trakcie kolejnych miesięcy zauważyliśmy w niej coraz więcej pułapek i niedogodności. Obecny jej kształt jest i tak o wiele lepszy niż na początku, gdyż w Senacie doszło do wielu rozstrzygnięć łagodzących ostre zapisy. Nie zmienia to oceny całościowej ustawy jako tej, która mocno uderza w środowisko lekarskie. Z czasem wynikają też kolejne znaki zapytania, ostatnio jest nim interpretacja art. 48 ust. 8 dotyczącego zaliczenia lekarza zatrudnionego u świadczeniodawcy do grona podmiotów uprawnionych do wystawiania recept. Z uwagą będziemy śledzić akcje Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, licząc, że ta akcja przyniesie zmianę kształtu ustawy już w formie nowelizacji.

Romualdowi Krajewskiemu – wiceprezowski Naczelnej Rady Lekarskiej składam gratulacje z okazji wygranej w wyborach na prezesa Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów (UEMS) i życzę wielu sukcesów w sprawowaniu tej funkcji.

Maciej Hamankiewicz

- 3..... Wstępniak
Migawka
- 4..... Okiem Prezesa
Maciej Hamankiewicz
- 6-13..... Temat miesiąca
Nadzieja w nowym parlamencie
- 14..... Obserwacje
Bieg przez płotki
- 15..... Współpraca izb
Przeszłość zrozumieć, przyszłość kształtować
- 16-17..... Rozmowa o zdrowiu
prof. Jerzy Bralczyk
- 18..... Z notatnika rzecznika NIL
Katarzyna Strzałkowska
- 19..... Nasi w Europie
Romuald Krajewski
- 20-21..... Pod rozwałę
Kilka uwag na temat opieki zdrowotnej
- 22-23..... Moim zdaniem
Praca i rozsądek
- 24-25..... U stomatologów
Zdrowie zaczyna się od zębów
- 26-35..... Wydarzenia
**Od Lizbony po Tallinn
Warszawa. Białystok. Płock.
Jesteśmy tyle wari, na ile pomagamy innym
20 lat OZZL**
- 36..... Lekarze seniorzy
Na co oni chorują?
- 38-39..... Indeks korzyści
Królewna z innej bajki
- 42-45..... Wydarzenia
**Piloci na wirówce
Ruch usprawnia**
- 46-49..... Profilaktyka
**Im wcześniej, tym lepiej
Z profilaktyką pod strzechy**
- 50-51..... Kontrowersje
Kto zwyciężył, a kto przegrał?
- 52..... Felieton
Czy istnieje życie pozaNFZ-owe?
- 53..... Listy do redakcji
- 54-61..... Ogłoszenia, reklama
- 62-66..... Kultura i medycyna
**Rezultat konsultacji
„Puls Słowa” na Pradze
Na krawędzi**
- 67..... Sport i medycyna
**Szczęśliwa dwunastka
Wygrane wybory**
- 68..... Komunikaty
- 69..... Epikryza
Rachunek sumienia
- 70..... Jolka lekarska

PARTNER SERWISU PRAWNEGO
GEDEON RICHTER W „GAZECIE LEKARSKIEJ”

**kochański zięba
rapala i partnerzy**

Plac Piłsudskiego 1
00-078 Warszawa



Nadzieja parlame

LUCYNA KRYSIAK

Lekarze liczą, że mając w Sejmie i Senacie przedstawicieli swojego zawodu, przebiją się z poglądami na temat działań podejmowanych przez rząd w celu zreformowania ochrony zdrowia i niezależnie od tego, która formacja obejmie w Polsce władzę, będą mieć wpływ na jej kształt.

Lekarze w Sejmie

Platforma Obywatelska:

Bartosz Arłukowicz – lekarz pediatra, nauczyciel akademicki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie, kawaler Orderu Uśmiechu, uczestnik programu „Agent”, były radny Szczecina. W Sejmie od 2007 r. W 2011 r. przeszedł z klubu SLD do PO. Od maja br. sekretarz stanu w Kancelarii

Prezesa Rady Ministrów i pełnomocnik premiera ds. wykluczenia społecznego. W chwili zamykania tego numeru „GL” typowany na stanowisko ministra zdrowia.

Barbara Czaplicka – lekarz pediatra. Przez 10 lat kierowała NZOZ „Arka” w Komorowie pod



w nowym ncie

Głos w tej sprawie zajęła Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”, która widzi poprawę sytuacji opieki zdrowotnej w dobrze zorganizowanym POZ, opartym o instytucję lekarza rodzinnego. Czy koncepcja Federacji pokrywa się z opiniami lekarzy polityków zasiadających w Sejmie i Senacie? Jakże były ich deklaracje przedwyborcze?

Zacznijmy rozmawiać

Jacek Krajewski, prezes Federacji Związków Pracodawców Ochrony

Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”, uważa, że politycy decydujący o kształcie systemu opieki zdrowotnej w Polsce powinni zacząć rozmawiać na ten temat ze zwykłymi lekarzami, którzy na co dzień mają do czynienia z kolejkami, limitami przyjęć, nadwykonaniami, pokretną polityką kontraktowania świadczeń zdrowotnych przez NFZ. Lekarze zrzeszeni w Federacji wystosowali w tej sprawie apel do polityków, zawierający propozycje zmian w systemie opieki zdrowotnej. Uważają, że politycy nie rozumieją realiów, w jakich leczeni są polscy pacjenci i nie zdają sobie sprawy, jakie przynosi to konsekwencje. Jako przykład przytaczają przedwyborczą debatę telewizyjną o zdrowiu i wypowiedzi partyjnych liderów oraz kandydatów na parlamentarzystów. „Zanim zwycięży wyborów podejmą kolejne,

Fot.: Archiwum

Warszawę. W Sejmie po raz drugi (w poprzedniej kadencji zajęła miejsce Bronisława Komorowskiego, który zrzekł się mandatu).

Czesław Czechyla – absolwent Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Lublinie. W latach 1988-2007 ordynator Oddziału Pediatrycznego w SP ZOZ w Koźnierzach. Pełnił funkcje radnego Koźnierz i powiatu

kozienickiego. To jego druga kadencja w Sejmie.

Alicja Dąbrowska – lekarka i samorządowiec (dwukrotnie była radną dzielnicy Praga Północ m. st. Warszawy). Po raz drugi w Sejmie..

Lidia Gądek – absolwentka Śląskiej Akademii Medycznej. Specjalistka chorób wewnętrznych, medycyny rodzinnej i medycyny pracy. Ukończyła również Górnośląską Wyż-

szą Szkołę Handlową w zakresie zarządzania placówkami ochrony zdrowia. Była radną i przewodniczącą Rady Miejskiej Wolbromia, a także przewodniczącą Rady Powiatu Olkuskiego. Startowała w okręgu wyborczym nr 13 Kraków II jako bezpartyjna kandydatka z listy PO.

Marek Hok – absolwent Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie. Specjalista II

brzemienne w skutkach decyzje, chcemy przedstawić nasze propozycje zmian. Mamy nadzieję, że staną się one głosem w ponadpartyjnej dyskusji o reformie służby zdrowia, do której niezwłocznie należy przystąpić” – pisze w liście-apelu do polityków Jacek Krajewski.

Limity i kolejki

Lekarze zrzeszeni w Federacji „Porozumienie Zielonogórskie” alarmują, że wciąż ogranicza się dostęp do świadczeń, a w podstawowej opiece zdrowotnej spada liczba lekarzy rodzinnych w stosunku do liczby mieszkańców (liczba pacjentów przypadających na jednego lekarza POZ jest największa w Europie). Obawiają się też, że stałe niedofinansowanie opieki podstawowej odbija się na jakości świadczeń. Sygnalizują, że specjaliści medycyny rodzinnej zaczynają odchodzić do innych specjalności, co wkrótce może skutkować niedoborem kadr. Młodzi lekarze, którzy nie są odpowiednio zmotywowani do pracy w POZ, wolą wybierać inne specjalizacje, dające większą satysfakcję zawodową i możliwość robienia kariery. Idąc

dalej w swoich analizach sytuacji w lecznictwie, „Porozumienie Zielonogórskie” wskazuje, że w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej limituje się prawnie usankcjonowane i opisane świadczenia, tworząc wielomiesięczne kolejki pacjentów oczekujących na konsultacje. Szpitale zadłużają się, ponieważ polska ochrona zdrowia, w coraz większym stopniu nastawiona na medycynę naprawczą, nie jest w stanie przy rosnącej wykrywalności skomplikowanych przypadków medycznych leczyć ich i diagnozować na niższych poziomach referencyjnych systemu. W opinii lekarzy należących do Federacji można odnieść wrażenie, że pacjent jest pozostawiony w zdrowiu i chorobie samemu sobie. Brakuje wsparcia dla prestiżu lekarza rodzinnego i lekarzy pozostałych specjalności jako wykwalifikowanych profesjonalistów.

Co zostało z reformy?

Lekarze zrzeszeni w Federacji „Porozumienie Zielonogórskie” są zdania, że chaos, jaki powstał ostatnio w wyniku rozmontowania budowanego od połowy lat 90. ubiegłego wieku systemu podstawowej opieki zdrowotnej,

opartego o model praktyk lekarzy rodzinnych, spowodował, że już teraz ponad 50 proc. planu finansowego NFZ przeznaczane jest na najdroższe dla płatnika świadczenia, czyli leczenie szpitalne. Obecnie na wymaganych około 20 tysięcy lekarzy rodzinnych tworzących lub współtworzących praktyki w Polsce funkcjonuje niewiele ponad tysiąc przychodni prowadzonych przez specjalistów medycyny rodzinnej w modelu pierwotnie planowanym. Stanowi to mniej niż 10 proc. wszystkich placówek POZ w Polsce. Z reformy pozostało tylko określenie „lekarz rodzinny”, choć każdy z lekarzy tej specjalności jest lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej. Sprawują oni opiekę nad całymi rodzinami, lokalną społecznością i zapleczem kulturowym, respektując autonomię swoich pacjentów. W Polsce jest ponad 10 tysięcy wykształconych specjalistów medycyny rodzinnej. Ci, którzy są zrzeszeni w Federacji „Porozumienie Zielonogórskie” uważają, że niezbędne jest podwojenie tej liczby. Jednak zła polityka zdrowotna prowadzona przez Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia to utrudnia. Nie widać też alternatywy dla sprawnej podstawowej opieki zdrowotnej.

stopnia z zakresu ginekologii i położnictwa. Były wicedyrektor ds. lecnictwa szpitala w Kołobrzegu. W latach 1998-2006 pełnił funkcję radnego kołobrzesckiej Rady Miejskiej. Od 2006 r. członek zarządu województwa zachodniopomorskiego.

Jarosław Katulski – absolwent Akademii Medycznej w Gdańsku. Specjalista II stopnia z ginekologii i położnictwa. Od 1998 r. dyrektor szpitala w Tucholi, a po jego przekształceniu w spółkę z o.o. – prezes zarządu aż do 2007 r., kiedy po raz pierwszy objął mandat poselski. Zrezygnował wówczas również z funkcji prezesa zarządu Związku Szpitali Powiatowych Województwa Kujawsko-Pomorskiego.

Ewa Kopacz – pediatra i lekarz rodzinny. Studia ukończyła na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Lublinie. Posłanka na

Sejm IV, V (pełniła wówczas funkcję przewodniczącej Komisji Zdrowia) i VI kadencji. Od 2007 r. minister zdrowia w rządzie Donalda Tuska. Wiceprzewodnicząca PO. O czwartym mandacie poselskim ubiegała się w okręgu wyborczym nr 17 w Radomiu. W chwili zamykania tego wydania gazety typowana na marszałka Sejmu.

Beata Małecka-Libera – absolwentka Wydziału Lekarskiego Śląskiej Akademii Medycznej w Zabrze. Specjalista I i II stopnia z laryngologii. W 1999 r. obroniła pracę doktorską, uzyskując stopień doktora nauk medycznych. W latach 2001-2002 pełniła obowiązki dyrektora Szpitala Miejskiego w Dąbrowie Górniczej, a od 2002 do 2005 r. była dyrektorem naczelnym Szpitala Specjalistycznego w Dąbrowie Górniczej. W Sejmie po raz trzeci.

Rajmund Miller – specjali-

sta laryngolog, radny Rady Miejskiej w Nysie. W Sejmie zamierza się zająć służbą zdrowia, sprawami samorządowymi i współpracą zagraniczną.

Janina Okragły – lekarz internista, absolwentka Wydziału Lekarskiego Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach. Wicedyrektor ds. lecnictwa i wiceprezes spółki „Optima Medycyna” prowadzącej placówkę medyczną. W latach 1998-2009 przez trzy kadencje zasiadała w Radzie Powiatu Prudnickiego. Po raz drugi w Sejmie.

Maciej Orzechowski – lekarz ginekolog z Krotoszyna. W trakcie studiów medycznych ukończył roczne studia językowe w Londynie, ukończone egzaminami uniwersytetu Cambridge – FCE, CAE i CPE. Po uzyskaniu dyplomu lekarza i odbyciu stażu podyplomowego podjął pracę na Oddziale Położniczo-Ginekolo-

gicznym w krotoszyńskim szpitalu, pracował też w pogotowiu ratunkowym. Ukończył studia podyplomowe z zarządzania w służbie zdrowia. Były radny Rady Miejskiej w Krotoszynie. W Sejmie po raz drugi.

Elżbieta Radziszewska – absolwentka Akademii Medycznej w Łodzi. Specjalistka II stopnia w zakresie chorób wewnętrznych. W latach 90. pełniła funkcję radnej Piotrkowa Trybunalskiego z ramienia Komitetu Obywatelskiego. Posłanka na Sejm III, IV, V, VI kadencji. Od 2008 r. sekretarz stanu w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów i pełnomocnik rządu ds. równego traktowania.

Grzegorz Sztolcman – skończył studia w Śląskiej Akademii Medycznej. Specjalista II stopnia z zakresu chirurgii ogólnej. W latach 1988-2003 dyrektor Szpitala im. Ludwika Rydygiera w Częstochowie,

Usprawnić opiekę ambulatoryjną

W ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej udzielane są świadczenia we wszystkich dziedzinach, poza podstawową opieką zdrowotną. Niestety, nie stworzono dotąd katalogu świadczeń diagnostycznych i terapeutycznych, które powinny być wykonywane w POZ, poradniach specjalistycznych i szpitalach. Następstwem tego są częste spory kompetencyjne między świadczeniodawcami tych trzech segmentów. Stwarza to możliwość przerzucania kosztownych procedur przez ambulatoryjną opiekę zdrowotną na szpitale, a także przerzucania się procedurami pomiędzy szpitalami. Świadczenia specjalistyczne przysługują pacjentowi w każdej sytuacji (a nie tylko wówczas, gdy cel leczenia nie może być osiągnięty w warunkach POZ) na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Niekoniecznie musi nim

być lekarz POZ. Tymczasem często ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne udzielane są bez jakiegokolwiek skierowania, co oznacza, że dostęp do nich jest nieograniczony. Praktyka ta stała się codziennością, podobnie jak to, że płatnik (NFZ) regularnie zwiększa kontrakty na ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne i płaci za przekroczone limity. Choć to paradoksalne, kolejki jeszcze bardziej wydłużają się, ponieważ więcej usług w kontrakcie oznacza obniżanie (niejednokrotnie poniżej realnych kosztów) ceny świadczeń. To z kolei zmusza świadczeniodawców do zwiększania ilości porad ponad rzeczywistą potrzebę. Zdaniem lekarzy z „Porozumienia Zielonogórskiego” podejmowane przez resort zdrowia próby uzdrowienia sytuacji, polegające jedynie na zwiększeniu nakładów finansowych na funkcjonowanie ochrony zdrowia, przynoszą doraźny efekt. Nie są to zmiany systemowe, więc problemy się nasilają.

Wołanie do polityków

Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie” domaga się:

- dokończenia procesu tworzenia praktyk lekarzy rodzinnych w całej POZ,
- stworzenia koszyka świadczeń gwarantowanych,
- wprowadzenia karty ubezpieczenia zdrowotnego,
- dofinansowania podstawowej opieki zdrowotnej jako fundamentu systemu ochrony zdrowia,
- przywrócenia priorytetów profilaktyce i wczesnemu wykrywaniu schorzeń (obecnie priorytetem jest medycyna naprawcza),
- podniesienia wysokości składki ubezpieczenia, która byłaby w całości odpisywana od podatku dochodowego, do 12 proc.,
- przywrócenia 20-procentowego poziomu wydatków na podstawową opiekę zdrowotną w planie finansowym NFZ,

• zahamowania lawinowego wzrostu nakładów na leczenie szpitalne (ponad 50 proc. planu finansowego NFZ).

To tylko niektóre z punktów apelu wystosowanego do polityków przez „Porozumienie Zielonogórskie”. Jego członkowie postulują także, by przywrócone zostały właściwe relacje pomiędzy praktykami lekarzy rodzinnych (POZ) a gabinetami lekarzy

specjalistów, szpitalami i ratownictwem medycznym w celu zachowania ciągłości opieki nad pacjentem. Federacja widzi również konieczność uporządkowania ustawodawstwa w kierunku stworzenia czytelnych i stabilnych ram prawnych dla systemu opieki zdrowotnej w zakresie medycyny rodzinnej poprzez wprowadzenie prawa odrębnej regulacji organizującej POZ. ☉

>>

a następnie, do 2006 r. wicedyrektor ds. leczenia Szpitalu Miejskiego w Częstochowie, który powstał z połączenia trzech szpitali. Był również posłem VI kadencji.

Jerzy Ziętek – absolwent Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach, specjalista ginekologii i położnictwa, dr n. med. Prywatnie najmłodszy wnuk wojewody śląskiego Jerzego Ziętka. Od 2006 r. radny Sejmiku Województwa Śląskiego z ramienia PO. W Sejmie po raz drugi.

Prawo i Sprawiedliwość:

Czesław Hoc – sam o sobie mówi: z zawodu lekarz, z misji społecznik, z zamiłowania wędkarz. Absolwent Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie. Specjalista II

stopnia z chorób wewnętrznych, medycyny rodzinnej i endokrynologii. Od ukończenia studiów pracował w ZOZ w Kołobrzegu. W latach 1998-2002 był radnym powiatu kołobrzесьkiego, a następnie do 2005 r. zasiadał w Sejmiku Województwa Zachodniopomorskiego. W 2004 r. i 2009 r. bezskutecznie kandydował do Parlamentu Europejskiego. W Sejmie już po raz trzeci.

Tomasz Latos – ukończył Wydział Lekarski Akademii Medycznej w Poznaniu. Lekarz radiolog, mistrz międzynarodowy w brydżu sportowym. W latach 1998-2005 był radnym Rady Miejskiej w Bydgoszczy. Poseł na Sejm V i VI kadencji.

Bolesław Piecha – absolwent Wydziału Lekarskiego Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach i studiów podyplo-

mowych w zakresie zarządzania i ekonomiki służby zdrowia w Akademii Ekonomicznej w Katowicach. Lekarz ginekolog. W latach 1997-2001 pełnił funkcję dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 3 w Rybniku. W latach 1994-1998 był wiceprzewodniczącym Rady Miasta Rybnika. W Sejmie po raz czwarty. W latach 2005-2007 wiceminister zdrowia w rządzie PiS. W poprzedniej kadencji przewodniczący Komisji Zdrowia.

Ruch Palikota:

Halina Szymiec-Raczyńska – dr n. med., specjalista ginekolog położnik. Dwukrotna laureatka tytułu „Lekarz przyjacielem kobiety”, przyznawanego przez pacjentki. Współwłaścicielka prywatnej specjalistycznej przychodni i Radia Sudety.

Lekarze w Senacie

Platforma Obywatelska:

Alicja Chybicka – prof. dr hab. n. med., kierownik kliniki. Posiada pięć specjalizacji: I i II stopnia z pediatrii, z onkologii i hematologii dziecięcej, immunologii klinicznej, transplantologii klinicznej i medycyny paliatywnej. Od 2007 r. prezes Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego. Laureatka Orderu Uśmiechu i tytułu Kobiety Roku 2008, przyznanego jej przez czytelników magazynu „Twój Styl”.

Bogdan Klich – absolwent Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Krakowie i Wydziału Filozoficzno-Historycznego Uniwersytetu Jagiellońskiego. Lekarz psychiatra, historyk sztuki, politolog, specjalista stosunków międzynarodowych i polityki. Były poseł do Parlamentu Europejskiego. Poseł na Sejm IV kadencji. Od 2007 do 2011 r. szef resortu obrony narodowej.

Rafał Muchacki – ukończył studia na Wydziale Lekarskim Śląskiej Akademii Medycz-

nej w Katowicach. Specjalista II stopnia w zakresie chirurgii onkologicznej. Od 1998 r. dyrektor Szpitala Onkologicznego im. Jana Pawła II w Białymostku-Białej, w V kadencji poseł, a w poprzedniej senator.

Bogusław Śmigielski – lekarz laryngolog, absolwent Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach. Swoją karierę zawodową rozpoczął w Szpitalu Miejskim w Jaworznie, później objął funkcję wiceprezesa w NZOZ Zespole Lecznictwa Otwartego w Jaworznie.

>>

Potrzebna jest współpraca ekspertów

Każda z następujących po sobie ekip rządzących ma własną koncepcję reformy lecznictwa, którą lansuje przed wyborami. Później okazuje się jednak, że trudno ją zrealizować. Dzieje się tak, ponieważ wprowadzane reformy są częściowe, nie dotyczą całego systemu, a projekty mają podtekst ideologiczny ugrupowania, które sprawuje akurat władzę. Środowiska eksperckie alarmują, że lecznictwo wymaga natychmiastowych zmian, zastrzegają jednak, że reformą muszą zająć się fachowcy.

Poniżej publikujemy fragmenty wypowiedzi udzielonych mediom przez niektórych lekarzy polityków, którzy ubiegali się o mandat poselski 9 października br.

Ewa Kopacz (PO):

Wzrost nakładów na onkologię, większa dostępność wysokospecjalistycznego sprzętu, rosnąca liczba przeszczepów narządów, walka z dopalaczami, wzrost nakładów na ratownictwo medyczne, to najbardziej spektakularne sukcesy, którymi możemy się pochwalić. Sukcesem jest także wprowadzenie pakietu 12 ustaw zdrowotnych, które w sposób kompleksowy reformują system i przyniosą efekty dla polskich pacjentów.

Za mojej kadencji została wprowadzona możliwość ubiegania się o szybsze odszkodowa-



nia i ustawa o prawach przysługujących choremu. Ustanowiono też urząd Rzecznika Praw Pacjenta. Również w ciągu ostatnich czterech lat wprowadzono szansę otrzymywania tańszych leków, wygospodarowano pieniądze na leczenie chorób sierocych i hemofilii. Postawiliśmy na profilaktykę i leczenie tak ciężkich chorób, jak cukrzyca. Podczas pandemii grypy Polska jako jeden z nielicznych krajów nie kupiła szczepionek przeciwko grypie pandemicznej, choć rezygnacja z ich zakupu nie była łatwą decyzją. Nie udało się uchwalić przygotowanych ustaw o dodatkowych dobrowolnych ubezpieczeniach zdrowotnych czy badaniach lekarskich.

Bolesław Piecha (PiS):

Naszym priorytetem jest podniesienie nakładów na leczenie z 4,5 proc. PKB do 6 proc. oraz likwidacja limitów świadczeń i kolejek. Chodzi o to, aby pacjent otrzymywał świadczenie w dniu zgłoszenia, czyli natychmiast, i to na najwyższym europejskim poziomie. W związku ze wzrostem procentowym PKB, wzrosłyby także płace lekarzy i pielęgniarek. Trzeba jednak wyznaczyć tym zawodom minimalne zarobki. Wzrost płac byłby nie dla wszystkich, ale dla lekarzy, którzy pracują w lecznictwie publicznym i nie dorabiają w klinikach prywatnych. PiS swoją koncepcję polityki zdrowotnej opiera na założeniach definiowanych przez Świato-



wą Organizację Zdrowia oraz modelu ochrony zdrowia, jaki bezpośrednio wynika z Konstytucji RP. Realizacja zamierzeń w zakresie polityki zdrowotnej, szczególnie ochrony zdrowia, proponowana przez PiS, opierać się będzie na wzorcach wypracowanych przez wiele instytucji międzynarodowych i na doświadczeniach innych państw. Chodzi nam o równy i sprawiedliwy dostęp do świadczeń zdrowotnych dla wszystkich obywateli, zgodnie z zapisami art. 68 Konstytucji RP, ze szczególnym uwzględnieniem kobiet ciężarnych i dzieci. Zasada solidaryzmu społecznego w odniesieniu do dostępu, korzystania oraz finansowania ochrony zdrowia, gwarancja państwa finansowania ze środków publicznych uwarunkowanego medycznie, społecznie i ekonomicznie „gwarantowanego podstawowego pakietu świadczeń zdrowotnych”.

Bartosz Arłukowicz (zanim przeszedł z SLD do PO):

Projekty ustaw reformujących służbę zdrowia, przygotowane przez koalicję rządową, nie przyniosą lepszej dostępności usług lekarskich dla pacjentów. Żadna z tych ustaw tak naprawdę nie projektuje i nie planuje, w jaki sposób można skrócić kolejkę pacjentów do lekarza. Podstawowym kierunkiem zmian w systemie organizacji służby zdrowia jest przesunięcie odpowiedzialności finansowej za szpitale na samorządy, co niewiele zmieni w kwestii dostępu do lekarzy, ale wpłynie na sytuację finansową placówek. To samorządy będą skazane na walkę z zadłużeniem swoich szpitali i to samorządy będą ponosiły pełną odpowiedzialność. Ustawa o zawodzie lekarza, która znosi roczny podyplomowy staż po studiach lekarskich, jest próbą zwiększenia liczby lekarzy, ale kosztem ich gorszego wykształcenia. Każdy lekarz wie, że po sześciu latach bardzo trudnych studiów potrzebny jest ten rok, kiedy młodzi lekarze uczą



Od 2008 do 2010 r. marszałek województwa śląskiego.

Prawo i Sprawiedliwość:

Grzegorz Czelej – lekarz dentysta, dr n. med., absolwent Wydziału Stomatologii Akademii Medycznej w Lublinie. Od 1999 r. prezes zarzą-

du Wydawnictwa Czelej sp. z o.o. W latach 2006-2007 był radnym Lublina. W ubiegłym roku kandydował do Krajowej Rady Radio i Telewizji z ramienia PiS. Senatorem został po raz drugi. W poprzedniej kadencji był członkiem Komisji Spraw Unii Europejskiej i Komisji Spraw Zagranicznych.

Dorota Czudowska – specjalista I i II stopnia z chorób wewnętrznych oraz z onkologii klinicznej i chemioterapii. Absolwentka Akademii Medycznej w Białymstoku. Dyrektor Ośrodka Diagnostyki Onkologicznej Społecznej Fundacji „Solidarność”, specjalizującego się w organizacji masowych badań mammograficz-

nych. Senator IV kadencji z ramienia Akcji Wyborczej Solidarność.

Stanisław Karczewski – absolwent II Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie. Od momentu, kiedy uzyskał dyplom lekarza pracuje w Szpitalu Rejonowym w Nowym Mieście n. Pilicą, był jego wicedyrektorem i dyrek-

się, próbując przekładać wiedzę teoretyczną na praktyczną. Z kolei usztywnienie marż na leki, które przewiduje ustawa refundacyjna, może spowodować wzrost ich cen dla pacjentów, ponieważ zlikwiduje promocje i konkurencję cenową między aptekami i hurtowniami. Do reformy służby zdrowia trzeba podejść całościowo, a nie można przeprowadzać zmian powierzchownych, kosmetycznych i fragmentarycznych, bo to nie będzie miało wpływu na cały system. Poziom finansowania służby zdrowia w Polsce, w relacji do PKB, jest jednym z najniższych w Europie, ale zmiany wymaga także sposób finansowania. Jeżeli pieniądze w sposób faktyczny i w wymiarze odpowiednim podążałyby za pacjentem, to z całą pewnością rozwiązałby się problem dostępu pacjenta do określonej usługi.

Andrzej Sośnierz (PJN):

Nasz program naprawczy dla służby zdrowia zakłada likwidację biurokratycznego molo-
chu, jakim jest NFZ i powrót do idei regionalnych kas ubezpieczenia zdrowotnego, które by-
łyby bliżej pacjenta. Kasy będą ze sobą konkuro-
wały i wносиły dynamizm niezbędny dla służby
zdrowia. By system się nie rozstroił, należy wpro-
wadzić nadzór ubezpieczeń zdrowotnych po-
przez utworzenie Rejestru Usług Medycznych
opartego na elektronicznych kartach pacjenta.



System został już z powodzeniem wypróbowany w Śląskiej Kasie Chorych i stał się skutecznym narzędziem zapobiegania nadużyciom. Jestem za wprowadzeniem do służby zdrowia prostych zasad rynkowych. Nieraz wykłina się rynek za to, że jest bezduszny, że jest przeciwko pacjentom. Nie zgadzam się z tym zdaniem. Właśnie zasady rynkowe przybliżyły rynek usług zdrowotnych zwykłemu pacjentowi. Ten zwykły obywatel, nie ten bogaty, stawał się najcenniejszym podmiotem w tym systemie. Uważam też za niezbędne m.in. finansowanie procedur wysokospecjalistycz-

nych z budżetu państwa i utworzenie Funduszu Restrukturyzacyjnego umożliwiającego zadłużonym szpitalom naprawę ich sytuacji finansowej. Wydatki publiczne na opiekę zdrowotną nie zależą od rządu. Są związane przede wszystkim z wysokością składki zdrowotnej. Od rządu natomiast zależy, w jaki sposób te pieniądze są wydawane. Pacjenci nie odczuli wzrostu nakładów na służbę zdrowia, bo większość tych pieniędzy poszła na oddłużanie szpitali i zostały wchłonięte przez system technicznej administracji systemem.

Marek Balicki (SLD):

Na leczenie powinno się znaleźć tyle pieniędzy, ile potrzeba. Najpierw trzeba znieść limity na procedury ratujące życie – w kardiologii, onkologii i neuro-



logii, potem wszędzie. Każdy szpital i każdy lekarz powinni przyjąć tylu pacjentów, ilu się zgłosi. Do szkół muszą wrócić lekarze, pielęgniarki i stomatolodzy. Powinni zająć się szeroko pojętą profilaktyką zdrowotną, która w szkołach praktycznie nie istnieje. Można się zgodzić na postulowaną przez PO komercjalizację szpitali, ale na pewno nie na zarabianie przez nie pieniędzy. Pacjent to nie towar, a szpital – nie fabryka. Szpitale powinny pracować non profit. Jestem przeciwny koncepcjom, aby Polacy swoją składkę przenosili do przyszłych funduszy ubezpieczeniowych. Wiadomo, że będą to robić najbogatsi, w ten sposób pieniądze w NFZ będą mniej i znów stracą na tym najbiedniejsi. Jest wciąż za mało pieniędzy przeznaczanych na służbę zdrowia. Zapowiadane 61 mld zł to zaledwie około 4 proc. PKB, czyli dużo mniej niż w większości innych państw europejskich, gdzie na służbę zdrowia przeznaczają się ok. 5, 6, a nawet 7 proc. PKB. W Polsce poziom wydatków na zdrowie w stosunku do potencjału społeczno-gospodarczego, jaki mamy, jest relatywnie niski.

Ewa Kopacz, Bolesław Piecha i Bartosz Arłukowicz ponownie zdobyli mandaty poselskie, Andrzejowi Sośnierzowi i Markowi Balickiemu nie udało się to. (Oprac. L.K.)

tozem. Obecnie jest ordynatorem Oddziału Chirurgicznego. Były radny powiatu grójeckiego i Sejmiku Województwa Mazowieckiego. W Senacie już po raz trzeci.

Maciej Klima – specjalista II stopnia z chorób wewnętrznych, ukończył Wydział

Lekarski Akademii Medycznej w Krakowie. Pracował m.in. w ZOZ w Krakowie Pogórze, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Szpitalu Uniwersyteckim i Małopolskim Centrum Zdrowia Publicznego w Krakowie, gdzie był dyrektorem. W latach

2006-2007 wojewoda małopolski. W poprzedniej kadencji również był senatorem.

Waldemar Kraska – specjalista II stopnia z chirurgii, absolwent Akademii Medycznej w Białymstoku. Były radny powiatu sokołowskiego. W Senacie po raz trzeci. (Oprac. MM)

Bieg przez płotki

Jesteśmy rekordzistami Europy pod względem liczby zawodów, do których dostęp jest ograniczony przez wymóg wykształcenia, egzamin państwowy, egzamin korporacyjny, uzyskanie wpisu do rejestru, spełnienie innych określonych kryteriów jak np. niekaralność, wiek czy zdrowie. Tak zwanych profesji regulowanych mamy aż 380. To o wiele za dużo, jeśli weźmiemy pod uwagę, że Niemcy ograniczają dostęp do 152 zawodów, Szwedzi do 91, a Estończycy zaledwie do 47. Co zrozumiałe, nawet na najkrótszej estońskiej liście jest zawód lekarza. Standardem jest, że po przejściu pilnie strzeżonych wrót do lekarskiej kariery zyskuje się dużą autonomię, charakterystyczną dla tzw. wolnych zawodów. Ale nie u nas. Bo my jesteśmy niezrównani także w stawianiu barier utrudniających wykonywanie zawodu. Kiedyś peerelowska bieda narzucała lekarzom jak mają leczyć, po kilku latach dyktatury posttransformatywnego chaosu rolę superkreatora lekarskich decyzji przejęły kasy chorych, a następnie NFZ.

W tym, że Fundusz ze względów finansowych nie pozwala leczyć nowoczesnym, skutecznym, ale dro-



gim lekiem nie ma nic dziwnego. Nie jesteśmy tak zamożni jak Niemcy, Brytyjczycy albo Francuzi i nie możemy z nimi konkurować liczbą medycznych mercedesów. Ale nie chodzi o podyktowane zasobnością kasy planowanie wydatków, a o biurokratyczne wścibstwo w skali mega, ograniczające nasze zawodowe uprawnienia. Bo jak inaczej określić, że według NFZ rozpoznanie i leczenie niedoczynności tarczycy wymaga wiedzy endokrynologa, a inni specjaliści, chcąc wypisać tyroksynę z literką „P”, muszą mieć specjalny druk wypełniony przez rzeczonoego? Analogicznie rzecz ma się z lekami na cukrzycę i paskami do glukometrów. Tu potrzebne jest błogosławieństwo diabetologa. Kto do opisanych reguł się nie zastosuje, musi liczyć się z koniecznością pokrycia kosztów refundacji z własnej kieszeni. Rozumiem programy lekowe, drogie terapie, ale powszechne, łatwe do zdiagnozowania i wchodzące w obszar

zainteresowania wielu specjalistów schorzenia? Rozumiem potrzebę kontroli wydatków, umieszczanie w systemie bramek, otwierających drzwi do wybranej diagnostyki i metod leczenia, ale bezładne stawianie przeszkód gdzie popadnie? Toż to nic innego jak zastawianie pułapek z zamysłem, że lekarz prędzej czy później potknie się i będzie można obłożyć go karą pieniężną, a jak trzeba publicznie przykleić etykietkę naciągacza. Wariantów gry na skuchę à la NFZ jest wiele. Hit sezonu to wyrывkowe kwestionowanie wybranych procedur. Nie kontrolując dokumentacji, przepytuje się ordynatora, dlaczego postawił takie a nie inne rozpoznanie. A nuż znajdzie się jakieś uchybienie, pozwalające obniżyć wy cenę albo nawet odebrać pieniądze „nieuczciwemu” świadczeniodawcy. To nic, że zadawane pytania świadczą często o rażącej niekompetencji kontrolerów. I oczywiście nikogo z urzędników nie obchodzi, że udzielanie odpowiedzi odciąga lekarzy od pracy z pacjentami.

Na nasze nieszczęście, do tytułowego biegu przez płotki zamyka nas również Ministerstwo Zdrowia. Jedną z najnowszych propozycji konkurencji to

wyścig po certyfikaty umiejętności. Ma to być odpowiedź resortu na kolejki do specjalistów, a także sposób dowartościowania młodych lekarzy. Bardzo prawdopodobne, że bardzo obiecujące zapowiedzi to frazy z dowcipów o Radiu Erewań. Bo nie dowartościowanie, tylko obciążenie kieszeni – kursy i egzaminy będą płatne, trzeba będzie ponieść koszty nawet półrocznej nieobecności w pracy, podróży, hoteli itp. Bo nie młodzi, tylko wszyscy – również doświadczeni specjaliści – muszą się liczyć z nabywaniem umiejętności wchodzących w zakres swoich specjalności. Bo wreszcie nie skrócenie kolejek, tylko realna groźba ich wydłużenia – z jednej strony podyktowana ogromną liczbą „chcących” się szkolić w tym samym czasie, z drugiej polityką Funduszu, który może sobie wydumać, że bez certyfikatu kontraktu nie podpisze. Uff, od samego wyliczania puls przyspiesza i robi się gorąco. Wprawdzie systematycznie biegam, ale w tej konkurencji nie chciałbym startować. ☉

Sławomir Badurek
Autor jest diabetologiem, wiceprezesem Kujawsko-Pomorskiej OIL w Toruniu, publicystą „Pulsu Medycyny”

Przeszłość zrozumieć, przyszłość kształtować

Współpraca Dolnośląskiej Izby Lekarskiej z izbą saksońską jest tak długa, jak historia polskiego, odrodzonego samorządu lekarskiego. Ważnym jej elementem są organizowane wspólnie sympozja.

RYSZARD GOLAŃSKI

Na zamku w Książu 7 października miało miejsce V Polsko-Niemieckie Sympozjum pod hasłem „Przeszłość zrozumieć, przyszłość kształtować”. Organizatorami były: Dolnośląska Izba Lekarska, Sächsische Landesärztekammer i Naczelna Izba Lekarska. Po raz pierwszy współorganizatorem była Śląska Izba Lekarska. W ramach sympozjum odbyły się trzy sesje: „Historyczna”, „Rola samorządów zawodowych. Etyka i prawa pacjenta w Europie” i „Aktualne problemy medycyny europejskiej”. Gospodarzami spotkania byli prezes DIL Igor Chęciński i prezes SIL Jacek Kozakiewicz. Izbę saksońską lekarzy i lekarzy dentyków reprezentowała liczna delegacja pod przewodnictwem jej wiceprezenta Erika Bodendiecka i prezesa Mathiasa Wunscha. W imieniu izb krajowych występowali prezes NRL Maciej Hamankiewicz i nowo wybrany prezes Niemieckiej Izby Lekarskiej Frank Ulrich Montgomery. W sympozjum uczestniczyli także przedstawiciele samorządów lekarskich zza naszej południowej granicy: czeskiego – prezes Pavel Chrz, słowackiego – prezes Milan Dragula oraz słowackiego dentystrycznego – Jan Gaścić. Polska delegacja była także bardzo liczna, bowiem oprócz lekarzy z izb organizujących spotkanie brała w sympozjum udział większość członków Naczelnej Rady Lekarskiej.

W sesji historycznej szczególnie interesujące były wystąpienia księdza profesora Jana Kruciny: „Refleksje w 46. rocznicę listu biskupów pol-

skich do biskupów niemieckich” oraz prof. Otto Bacha: „1989: Doświadczenie przemian społecznych w Niemczech i w Polsce – rozważania psychologiczno-historyczne”. Więcej o tych ciekawych wykładach napiszemy w następnym numerze.

Wiele tematów poruszanych przez naszych kolegów zza zachodniej granicy jest bardzo aktualnych także u nas. Przykładem może być troska rządu (polityków) o prawa pacjenta. Regulacje prawne funkcjonujące w tej sprawie w Niemczech są uznawane za najbardziej korzystne dla pacjentów w porównaniu z całą Europą. Niemiecki samorząd lekarski zastanawia się, jak włączyć się w respektowanie tych praw, obecne tendencje tworzą bowiem bardzo zbiurokratyzowany system, z licznymi pośrednikami pomiędzy lekarzem a pacjentem. Poważnym problemem w obu krajach jest starzenie się społeczeństwa. Prognozy przewidują, że w roku 2050 w Niemczech 12 proc. obywateli będzie miało więcej niż 80 lat. Lekarzy niemieckich niepokoi to, że politycy chcą decydować o wszystkim w Berlinie, tymczasem zarządzanie placówkami opieki zdrowotnej powinno być zdecentralizowane. Ważnym tematem, szczególnie w kontekście nowych regulacji prawnych od roku 2013, jest transgraniczna opieka medyczna: całkowita swoboda pacjentów co do wyboru miejsca leczenia i lekarza leczącego. Ten temat z pewnością pojawi się na naszych łamach.

Organizatorom sympozjum składam serdeczne gratulacje, więcej takich międzynarodowych wymian poglądów i doświadczeń. ☉

» Jakie czasy, taki język, jaki język, takie czasy «

Z profesorem Jerzym Bralczykiem,
językoznawcą, wykładowcą
w Instytucie Dziennikarstwa
* Uniwersytetu Warszawskiego oraz *
Szkole Wyższej Psychologii Społecznej,
rozmawia Lucyna Krysiak



Panie profesorze, coraz częściej spotykamy się z różnicowaniem języka polskiego na język mediów, reklamy, polityki, prawa, ekonomii, a także medycyny. Czy to jest normalne zjawisko?

Tak, i występuje ono w każdym języku, nie tylko polskim. Najciekawsze są te momenty, w których języki te częściowo się przenikają z językiem codziennym. Kiedy, na przykład, medyk rozmawia z chorym, który chce głębiej wejść w jakieś zagadnienie medyczne, często sięga po język specjalistyczny. Nie zawsze udanie, bo do tego potrzebne jest przygotowanie. Lekarz, chcąc nazwać przypadłość chorego tak, aby lepiej go zrozumiał, także tworzy nowe, językowe byty, obce językowi codziennemu. I na tych stykach wytwarzają się zupełnie nowe zjawiska językowe. Zresztą, czy w tym przypadku powinniśmy mówić o języku, czy o terminologii? – to jest inna kwestia. Niektórzy pacjenci chcą poznawać nazwy fachowe, medyczne, bo łatwiej jest im oswoić rzeczywistość, w której się znaleźli. Są przekonani, że jeśli znają nazwy chorób, to jakoś sobie dadzą radę. Czyli posługiwanie się tymi terminami poprawia samopoczucie. Słowa mają ścisły związek z naszymi emocjami, wpływają na nasz stan ducha. Jeśli pacjent usłyszy od lekarza jakieś groźne słowo, jego stan może się nawet pogorszyć. Istnieją takie nazwy, np. rak, nowotwór, chłoniak.

Lekarz często ma dylemat, czy nazywać rzeczy po imieniu, czy mówić ogródkami, a czasem, czy dla dobra sprawy skłamać...

Kłamstwo lekarskie jest szczególnym przypadkiem białego kłamstwa, z którego lekarz jest rozgrzeszony. Natomiast słowa o tym samym znaczeniu, ale różnym zabarwieniu, które wypowiada zwracając się do pacjenta, mogą mieć różne oddziaływanie na jego psychikę. Wiele osób histerycznie reaguje na słowo iniekcja, a słowo zastrzyk przyjmuje spokojnie. Dla chorych

FOT.: PAWEŁ BRZĘZIŃSKI

na cukrzycę tabletki brzmi bardziej swojsko niż insulina, a słowo narośli łagodniej niż nowotwór.

W języku administracji medycznej coraz częściej leczenie nazywa się wykonywaniem procedur, o chorym mówi się świadczeniobiorcą, o lekarzu świadczeniodawcą, a o szpitalu podmiot medyczny. Czy poddać się temu trendowi, czy go zwalczać?

Język administracji może brzmieć przykro i być przyjmowany z niechęcią, ale z drugiej strony nadmierne humanizowanie może się przerodzić w infantylizację. Kiedy pielęgniarka mówi do dorosłego mężczyzny żeby się przewrócił na boczek i podał rączkę, to może się on poczuć urażony. Z pewnością intencje są dobre, ale skutek marny. Infantylizowanie języka udziela się także lekarzom. Z jednej strony mamy oficjalną i trochę bezduszną terminologię medyczną, z drugiej nadmiar czułości i serca, które źle się kojarzą.

Są tacy, którzy mówią: jakie czasy, taki język...

Można dodać przewrotnie – jaki język, takie czasy. Jakim językiem opisujemy świat, takim go mamy. Język nie tylko reaguje na określoną rzeczywistość, ale także stwarza pewne sytuacje. Zależność ta dotyczy wszystkiego, także medycyny. Kiedyś medycyna miała w sobie wiele z magii, lekarz był kimś w rodzaju szamana czy kapłana, a leczenie miało wymiar duchowy. Obecnie medycyna jest poparta nauką, a lekarz to specjalista, który się zna na jakimś kawałku rzeczywistości, tak jak hydraulik czy fizyk nuklearny. Stosunek do lekarzy w historii się zmieniał. Kiedy czytamy książki Lwa Tołstoja, to wiemy, jak bardzo nie znosił on lekarzy, nie wierzył w ich magiczne słowa, nie wierzył, że człowiek da się leczyć, a co dopiero wyliczyć. Dziś to rzadka postawa i myśl, że wpływa na to język, którym lekarze się posługują.

Lekarzom jednak nie podoba się używanie administracyjnych dziwotłów językowych. Naczelna Rada Lekarska na znak protestu wydała w tej sprawie uchwałę...

Jest to myślenie klanowe, trochę podobne do magicznego. Pewnie lekarzom

wyduje się, że język administracji medycznej może naruszyć ich szczególną rolę społeczną, że można świadczyć usługi w różnych technicznych sprawach, a w zdrowiu nie. Czy tak jest naprawdę? – trudno powiedzieć. Taką chęć zrównania wszystkich funkcji społecznych jest charakterystyczna dla społeczeństw demokratycznych. Jednak wiele osób uważa, że pozbawia się je czegoś absolutnie wyjątkowego. Człowiek jako obiekt badania czy leczenia jest na pewno bytem szczególnym, którego nie można traktować na równi z maszyną czy kawałkiem ziemi. Kiedyś pojawiały się półoficjalne, które dawały poczucie wyjątkowości, takie choćby jak przysięga Hipokratesa, czy jak leczyć całego człowieka, które pokazywały, że lekarz spełnia znaczącą funkcję. Prawdopodobnie dlatego lekarze poprzez izbę pragną zachować ten status i nie chcą być świadczeniodawcami. Może to być rozumiane, ale niekoniecznie przez wszystkich akceptowane.

Powiedział pan, że język nie tylko opisuje rzeczywistość, ale ją tworzy. Czy słowa te można odnieść do medycyny?

Tak i to w bardzo wyraźny sposób. Wspominałem już, że używanie przez lekarzy słów, które wywołują trwogę wpływa wyraźnie na emocje chorego, a emocje są częścią rzeczywistości. Jest to jednak nie tylko kwestia języka, ale naszego myślenia, postrzegania świata. Można powiedzieć, że świat jest taki, jakim go widzimy, a jeśli go widzimy przez nazwy, które wywołują trwogę, to jest zatrważający. To nie dotyczy tylko zdrowia, ale generalnie życia, śmierci. Jest wiele określeń śmierci. Jedne budzą lęk, inne rozpatrują śmierć w znaczeniu filozoficznym, a jeszcze inne żartują ze śmierci. Jeśli powiemy, że ktoś przeniósł się do wieczności, to jak Rzymianie, możemy mieć poczucie łatwiejszego pogodzenia się ze śmiercią. Moi studenci nazywali ten stan „przybrać temperaturę otoczenia”. Myśląc w ten sposób, może być nam trochę lżej, niż myśląc, że będę umierał. To samo odnosi się do zdrowia, naszych chorób, które też skłonni jesteśmy nazywać różnie. Raz mówimy o nieżyciu, raz o katarze. Mówiąc nieżyty, trudno nam sobie coś takiego wyobrazić. Druga nazwa funkcjonuje

w naszej świadomości i łatwiej ją zaakceptować. Jeśli chodzi o terminologię, jest wiele ciekawych zjawisk. Na przykład funkcjonują obok siebie terminy obce i nasze własne. Czy lepiej mówić błonica czy płonica, dyfteryt czy szkarlatyna? W wielu przypadkach chorób mamy dwunazwowość – obok siebie funkcjonują nazwa obca i polska. Zawsze byłem zwolennikiem polskich nazw, ale czasem były one bardziej obce niż zapożyczone.

W komunikowaniu mamy obecnie do czynienia z uproszczeniami.

Czy nie wydaje się panu, że w medycynie idą one zbyt daleko?

Pamięta pani humoreskę Juliana Tuwima „Ślusarz”? To rzecz o hydrauliku, który wezwany do awarii kranu powiedział, że droselklapa tandetnie zblindowana i ryksztosuje. Klient z założenia miał tego nie rozumieć, przez co rósł szacunek dla fachowości hydraulika. Ten rodzaj pozornego komunikowania się, używania terminów obcych, może po to, aby wzbudzić respekt u rozmówcy, wydaje się śmieszny, ale zdarza się w życiu często, również w środowisku medycznym. Może wynikać ze zmęczenia, wygody, lenistwa. Lekarz zapracowany, który ma dla chorego parę minut, nie ma czasu przekładać języka specjalistycznego na język ogólny, a czasem za niezrozumiałość terminologią medyczną kryje się chęć uniknięcia zbyt bliskiego kontaktu. Czasem pacjent woli usłyszeć słowa, których nie rozumie, bo uważa, że zajmuje się nim fachowiec i szybciej wróci do zdrowia. To różnie bywa. ☉

Naczelna Rada Lekarska oraz Rada Języka Polskiego zapraszają na konferencję „Zdrowie w słowie”, która odbędzie się 15 grudnia 2011 r. o godz. 11.00 w siedzibie NIL w Warszawie przy ul. Sobieskiego 110. Tematem przewodnim będzie używanie języka polskiego w ochronie zdrowia. Udział w konferencji zapowiedzieli wybitni znawcy języka polskiego oraz medioznawcy. Szczegóły i zgłoszenia: Milena Kruszevska, tel.: (22) 559 13 27, m.kruszevska@hipokrates.org

Z notatnika rzecznika prasowego



Katarzyna Strzałkowska rzecznik prasowy NIL (22) 559 13 27, 660 763 725

Zasady wypisywania recept – list do MZ

Prezes NRL zwrócił się 30 września br. do Ministerstwa Zdrowia z prośbą o wykładnię art. 48 ust. 8 ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dotyczącego zaliczenia lekarza zatrudnionego u świadczeniodawcy do grona podmiotów uprawnionych do wystawiania recept. „Z rozmów prowadzonych przez panią minister z samorządem lekarskim w trakcie procesu legislacyjnego nad ww. ustawą wynikało, iż Ministerstwo Zdrowia popiera taki kierunek zmian projektu ustawy, który doprowadziłby do pozostawienia dotychczasowych zasad wypisywania recept przez lekarzy zatrudnionych w zakładach opieki zdrowotnej, będących świadczeniodawcami” – czytamy w piśmie do MZ.

Szczepienia – list otwarty do lekarzy

Kilka dni po posiedzeniu NRL, na którym obecna była dyrektor Biura Światowej Organizacji Zdrowia w Polsce Paulina Miśkiewicz, odbyła się debata FLU FORUM, której celem było wypracowanie rekomendacji związanych ze szczepieniami przeciw grypie w sezonie epidemicznym 2011/2012. Rekomendacje mają mieć istotne znaczenie dla podniesienia poziomu zaszczepienia polskiego społeczeństwa przeciw grypie, który wynosi obecnie zaledwie ok. 5 proc. Uczestnicy debaty wystosowali list otwarty do polskich lekarzy – jego treść zamieszczona jest na stronie internetowej www.nil.org.pl.

Czas pracy

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej przyjęło apel w sprawie uregulowań systemowych mających wpływ na czas pracy lekarzy i lekarzy dentystów, w którym wyraziło zaniepokojenie warunkami i nadmiernym obciążeniem pracą polskich lekarzy. Jak czytamy w apelu, w Polsce wielu lekarzy pracuje ponad swoje siły i często za niegodziwe wynagrodzenie. Skutki ich przemęczenia mogą stanowić zagrożenie dla zdrowia i życia pacjentów, ale również dla zdrowia i życia ich samych.

Konferencja „Stomatologia 2011”

28 września br. w NIL odbyła się konferencja „Stomatologia 2011”. Była to kolejna debata organizowana przez Komisję Stomatologiczną NRL, dotycząca zdrowia jamy ustnej Polaków i potrzeb leczniczych w tym zakresie. Omówiono na niej m.in. zagadnienia epidemiologii, diagnostyki oraz organizacji leczenia i opieki stomatologicznej osób dorosłych. Konferencję otworzyli: Maciej Hamankiewicz – prezes NRL oraz Anna Lella – wiceprezes NRL i przewodnicząca KS NRL. Zakończyła się ona debatą z udziałem wszystkich prelegentów i wzbudziła spore zainteresowanie mediów.

Romuald Krajewski – prezesem UEMS

Romuald Krajewski, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej, został wybrany na stanowisko prezesa Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów. Będzie pełnił tę funkcję od 1 stycznia 2012 roku. Wyboru odbyły się 7 października br.

ZEVA

W dniach 29 września – 1 października 2011 r. w Krakowie odbyło się 18. Sympozjum Izb Lekarskich Państw

Europy Środkowej i Wschodniej („ZEVA”), którego organizatorem była Naczelna Izba Lekarska. Sympozjum jest corocznym spotkaniem przedstawicieli samorządów lekarskich z tego regionu. Co roku organizuje je samorząd z innego państwa. W zeszłym roku odbyło się w Macedonii. W tegorocznym sympozjum udział wzięli przedstawiciele izb lekarskich z 10 państw, w tym wielu reprezentantów polskiego samorządu lekarskiego. Uczestnicy dyskutowali na temat sytuacji samorządów lekarskich w Europie Środkowej i Wschodniej i roli izb lekarskich w szkoleniu lekarzy oraz przyszłości Dyrektywy 2005/36/WE w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych. Przyjęli „Oświadczenie w sprawie aktualnego i przyszłego statusu samorządności zawodowej lekarzy”, które zostało opublikowane na stronie www.nil.org.pl.

Centralna Inauguracja Roku Akademickiego

W tym roku Centralna Inauguracja Roku Akademickiego odbyła się w Katowicach i została zorganizowana przez Śląski Uniwersytet Medyczny. Podczas inauguracji tytuł doktora honoris causa otrzymał związany z samorządem lekarskim prof. Władysław Nasiłowski. Jak podkreśliła rektor Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, co roku w kierowanej przez nią uczelni notowany jest wzrost liczby studentów. W 2010 r. naukę rozpoczęło 8106 osób, w tym roku 9473.

Pełna treść wszystkich opisywanych dokumentów znajduje się na stronie internetowej www.nil.org.pl

k.stralkowska@hipokrates.org

Więcej informacji w Newsletterze NIL. Uprzejmie informuję, że możliwość otrzymywania Newslettera NIL drogą elektroniczną następuje po zarejestrowaniu się na stronie internetowej www.nil.org.pl

UEMS przed wyborami

Dwudniowe posiedzenie Zarządu UEMS w Lublinie było ostatnim przed posiedzeniem całej Rady i wyborami na następną kadencję. Przybywa organizacji lekarzy, które są zainteresowane ulokowaniem swoich biur w UEMS Domus Medica Europaea. Idea zgromadzenia pod wspólnym dachem przynajmniej większości organizacji wydaje się coraz bliższa urzeczywistnienia. Dom wymaga adaptacji i rozbudowy, co sprawia, że zaakceptowany do przedstawienia Radzie projekt budżetu UEMS na najbliższy rok jest bardzo napięty i konieczne będą działania oszczędnościowe. Prezes UEMS przedstawił końcową ocenę pilotowego egzaminu z zakresu intensywnej terapii w ramach ECAMSQ. Do-



brze funkcjonuje oprogramowanie obsługujące system i zdający wyrazili pozytywną opinię o egzaminie. Od strony organizatorów okazało się, że tworzenie europejskich testów na potrzeby ECAMSQ będzie jednak wymagało większej liczby spotkań i dyskusji zespołu. Przedstawiono także działania Europejskiego Towar-

zystwa Kardiologów w zakresie akredytacji szkolenia specjalistycznego. Towarzystwo to od lat jest liderem i promotorem nowych rozwiązań w zakresie europejskiej akredytacji kształcenia i szkolenia. Proponuje ono obecnie trzystopniowy model kształcenia, obejmujący podspecjalizacje. Dużo uwagi poświęcono bieżącym sprawom europejskiej akredytacji doskonalenia zawodowego. W najbliższym czasie niezbędne będzie opracowanie bardziej szczegółowego systemu kontroli jakości zdarzeń edukacyjnych. Pomimo udziału w akredytacji organizacji krajowych i sekcji specjalistycznych pojawiają się sygnały o zastrzeżeniach co do jakości kształcenia i organizacji. Wprowadzenie

losowych kontroli w skali UE jest dużym i kosztownym zadaniem, ale wydaje się, że będzie to niezbędne, gdyż niepełnowartościowe zjazdy i szkolenia mogą podważać znaczenie europejskiej akredytacji. Bardzo niepokojącym sygnałem była przedstawiona Zarządowi informacja o próbie ustalenia przez niemedyczną organizację (CEN – Europejski Komitet Norm) standardów procedur medycznych w zakresie medycyny estetycznej. Wobec niepełnej informacji postanowiono, że UEMS wypowie się w tej sprawie na posiedzeniu Rady i podejmie działania przeciwko projektowi takiej normalizacji. Takie działania podjęły już inne organizacje lekarzy.

Romuald Krajewski

Kilka uwag na temat op

Ze wszystkich stron atakują nas obietnice „dalszej poprawy” sytuacji w polskiej służbie zdrowia.

JAN DUŁAWA



Lekarze zbyt często szafują nowymi i drogimi lekami oraz metodami diagnostycznymi.

Postanowiłem więc zabrać głos w tej debacie i zaplanowałem, że opiszę swoje spostrzeżenia i przemyślenia wieczorem w ostatnią niedzielę września. Ponieważ jednak pierwszy weekend tej jesieni zapowiadał się wyjątkowo słonecznie, postanowiłem poprawić sobie nastrój i spędzić go w Tatrach.

Było pięknie. Wróciłem jednak smutny. Powód? Śmieci: papierki i niedopałki papierosów. Ktoś powie – wielkie mi odkrycie. Przecież to nic nowego. Tak, ale granica zaśmiecania się podniosła. Bardzo wysoko nad poziom morza. Kiedyś wydawało mi się, że na wysokości – powiedzmy – powyżej 1600 m n.p.m. śmieci już nie ma, ponieważ tam dochodzący nie śmieć. Niestety – śmieć. Co gorsza, wśród śmiejących widziałem nie tylko osobników z niepozostawiającym żadnej wątpliwości fenotypem, ale także osoby dystygnowane, ze skroniami mocno przyproszonymi siwizną, które nie krępowały się wyrzucać niedo-

pałki pod nogi (własne lub innych turystów). Zachowywały się tak, jakby uważały, że tego nikt nie zauważy. Na zwróconą uwagę, że jest to nieprzyzwoite, sprzeczne z regulaminem Tatrzańskiego Parku Narodowego, a nawet obrzydliwe, odpowiadały wzruszeniem ramion lub chłodnym spojrzeniem. Właściwie wychodziłem na agresora i dziwaka, który nie ma innych problemów i czepia się przyzwoitych ludzi. No właśnie – nieprzyzwoitych. Ale o tym dalej.

Dwa czynniki

Tymczasem chciałbym powrócić do służby zdrowia. Nie odkryję Ameryki (nomen omen, to właśnie Amerykanie stoją przed wyzwaniem sensownego wydania na ochronę zdrowia potężnych pieniędzy, których ilość jest dla nas abstrakcyjna), powtarzając banał o złożoności sytuacji i niemożności przedstawienia prostego rozwiązania. Może to banał, ale i święta prawda. Jednak lekarz nie powinien

załamywać rąk nawet w beznadziejnych sytuacjach. Diagnoza już jest: niewydolność służby zdrowia. Jaka jest etiologia? Oczywiście złożona. Pierwszym czynnikiem etiologicznym jest niedofinansowanie. Przy czym nie jest sprawą najważniejszą całkowita ilość środków. Służba zdrowia jest w sta-

Służba zdrowia jest w stanie zagospodarować każde pieniądze.

nie zagospodarować każde pieniądze. Chodzi o dostosowanie ilości pieniędzy do tzw. koszyka świadczeń gwarantowanych lub odwrotnie. To, co dotyczyło zrobiono w tym zakresie jest działaniem pozorowanym, a w najlepszym razie – kosmetyką.

Czynnik drugi: nieoptymalne (to najłagodniejsze określenie, jakie znalazłem) wykorzystanie dostępnych środków. Przyczyn jest wiele – obiektywnych i subiektywnych. Moim zdaniem pierwszą i najważniejszą z nich jest rozproszenie służby zdrowia. Tzw. usługi zdrowotne udzielane są przez wiele podmiotów, między którymi brakuje koordynacji. Powoduje to częste powielanie wielu czynności. Nie jest to tylko polska przypadłość. Amerykanie obliczyli, że w 2007 r. starsi pacjenci odwiedzali przeciętnie 4 ośrodki, zasięgając opinii 7 lekarzy, w tym 5 specjalistów. Obawiam się, że w naszym kraju te liczby są jeszcze większe.

Trzy przyczyny

Nie sprawdziło się założenie, że rolę „koordynatora” będzie pełnił lekarz rodzinny. Odpowiedź na pytanie, dlaczego tak się stało i jakie są możliwości naprawy, wymaga odrębnej analizy. Moim zdaniem koordynację należy oprzeć na poradniach i oddziałach internistycznych, a u osób w starszym wieku – na odpowiednich strukturach geriatrycznych. Nieodzwonna

ieki zdrowotnej

wyduje się także regionalizacja decyzji o alokacji środków.

Drugą z przyczyn nieoptymalnego wykorzystania środków jest traktowanie służby zdrowia jako działalności gospodarczej, polegającej na kupowaniu i sprzedawaniu procedur. Trudno się dziwić naturalnej skłonności do wykorzystywania takiej sytuacji. Gorzej, że sukces finansowy staje się coraz częściej najważniejszym, a nawet jedynym wskaźnikiem dobrego działania i skuteczności. Ta sprawa również wymaga głębszej analizy. Nie mam żadnej wątpliwości, że medycyny nie można traktować jako działalności gospodarczej. Można tak potraktować najwyżej niektóre jej elementy. Powinno to być jednak ściśle określone.

Trzecia przyczyna braku optymalizacji wykorzystania dostępnych środków dotyczy samych lekarzy. Chociaż zdaję sobie sprawę z krytyki, na którą się narażam, wyartykułuję problem: jest to zbyt częste szafowanie nowymi i drogimi lekami oraz metodami diagnostycznymi i leczniczymi bez należytej refleksji, czy nie równie skuteczne są ich tańsze odpowiedniki. Również i ten temat wymaga dodatkowej analizy.

Medycyny nie można traktować jako działalności gospodarczej.

Z przedstawionych pokrótce uwag wynika, że należy dążyć do:

- lepszej koordynacji i eliminowania rozproszenia działań służby zdrowia, głównie poprzez daleko posuniętą regionalizację systemów opieki zdrowotnej,
- płacenia za postępy w leczeniu, a nie za procedury,
- stałego monitorowania i porównywania skuteczności procedur.

Przed wszystkim jednak należy zdać sobie sprawę, że służba zdrowia

odpowiada za niewielką część stanu zdrowia społeczeństwa. Najważniejsza pozostaje edukacja społeczeństwa w zakresie zdrowego stylu życia („moje zdrowie w moich rękach” lub „zdrowie jest zbyt ważne, żeby zostawić je tylko lekarzom”).

Nie można się przy tym spodziewać, że istnieje jedno cudowne lekarstwo na poprawę opieki medycznej. Jest to system bardzo złożony, zależny od współdziałania wielu osób, nie tylko lekarzy. Jego reformowanie wymaga szczególnej uwagi, żeby nie pogarszać (nawet przejściowo) sytuacji.

Jaka wysokość?

Pora zatem na analogię z Tatrami. Większość turystów na pewno zachowywała się przyzwoicie. Byli uśmiechnięci, mówili „dzień dobry” i nie pozostawiali po sobie żadnych materialnych śladów (poza „dudkami” dla miejscowych). Ślady w postaci śmieci pozostawiali nieliczni. Czy zdawali sobie sprawę z tego, co robią? Nie wiem. W każdym razie nie mieli ochoty o tym rozmawiać.

Podobnie jest ze służbą zdrowia w naszym kraju. Jeżeli mimo swoich ułomności, na tle innych krajów i dostępnych środków funkcjonuje zupełnie przyzwoicie, jest to zasługa ofiarnych lekarzy, pielęgniarek i wszystkich pozostałych pracowników, wykonujących swoje obowiązki z wielkim zaangażowaniem i poświęceniem. Najwięcej śladów pozostaje jednak po tych, którzy nie akceptują faktu, że przyzwoitość jest nieodzownym elementem profesjonalizmu lekarza i każdego pracownika służby zdrowia. Czy o tym nie wiedzą, czy wiedzą i mają to... gdzieś? Nie wiem, ale się domyślam. Jak to zmienić? Nie wiem. Może na pewną wysokość n.p.m. wpuszczać tylko tych, którzy nie śmieją? Jak ich rozpoznać? Nie wiem. Jaka to ma być wysokość? Nie wiem. Wiem tylko, że coś trzeba zrobić. ☉

Autor jest profesorem, internistą, nefrologiem, prorektorem Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach.



Praca i

R E K L A M A

JOLANTA MAŁMYGA

Zgadzam się z autorem cytatu, nie umarłabym za swoje, a tym bardziej za przekonania innych i nie uważam tego za tchórzostwo. Moim zdaniem poczucie obowiązku i ambicja nie upoważniają nikogo do organizowania życia innym i uszczęśliwiania wszystkich na siłę. Przeczytaliśmy wszyscy o śmierci naszych kolegów

na skutek przepracowania i ponownie rozgorzała dyskusja na temat czasu pracy lekarzy. Przerazenie i żal, ale też dla wielu ostrzeżenie, że należy się zastanowić nad własnymi wyborami i możliwościami. Każdy ma prawo sam decydować o własnym stylu i sposobie życia, tylko nie można samemu zapracować się na śmierć. We wszystkim trzeba mieć umiar, a zdrowy rozsądek potrzebny jest w każdej sytuacji.

Nowe przepisy prawa umożliwiły różne formy zatrudnienia i wielu lekarzom to bardzo odpowiada. Sami świadomie wybrali taki lub inny sposób wykonywania zawodu. Prawie każdy, poza pracą etatową i dyżurami, pracował w gabinecie lub dodatkowo zatrudniał się w innym miejscu. Byli też tacy, dla których doba



Autorka jest lekarzem dentystą, wiceprezesem ORL w Gorzowie Wlkp.

rozsądek

miała więcej niż 24 godziny. Oczywiście, pracowali ponad siły, i to za marne pieniądze. Obecnie są możliwości wyboru, lepsze lub gorsze, jednak są i sami go dokonujemy, przecież o to walczyliśmy. Wybierając pracę na etacie, mamy płace według zaszeręgowania i spokojną głowę o składki, podatki, korzystamy z przywilejów pracownika zgodnie z kodeksem pracy. Ci, którzy odważyli się na samodzielność, przyjęli na siebie wszystkie obowiązki, jakie muszą wypełniać jako przedsiębiorcy i doskonale wiedzą, że oznacza to dodatkowe obciążenie

nie pracą. Decydując się na taki sposób pracy, moim zdaniem, niektórzy zapomnieli o granicach zdrowego rozsądku i przecenili własne siły. Za własne wybory nie można obwiniać innych, i tego nie robią, ale gorzej kiedy znajdują się obroń-

***Nigdy nie
umierałbym
za swoje
przekonania, bo
mogę się mylić.***
Bertrand Russell

cy, którzy w imieniu samorządu i w obronie współpracujących kolegów chcą zmieniać zaistniały porządek. Dziwi więc fakt, że ponownie odzywają się głosy nawołujące do ustalenia norm czasu pracy lekarzy; nie należy tego mylić z godną zapłatą za wykonywaną pracę. Nie rozumiem, czemu lub komu ma służyć to nawoływanie do działania przeciwko wcześniejszemu przyjętemu rozwiązaniu. Może, tłumacząc się emocjami, chcą podnieść własny autorytet. Przecież na wprowadzenie takich regulacji zgodziła się większość członków naszej korporacji zawodowej, a stomatologia, podstawowa opieka zdrowotna i ambulatoryjna opieka specjalistyczna pracują tak od dawna. Pró-

***Zdrowy rozsądek
to rzecz, której
każdy potrzebuje,
mało kto posiada,
a nikt nie wie, że
mu brakuje.***

Benjamin Franklin

by uszczęśliwiania wszystkich i organizowania życia innym nigdy nikomu się nie powiedły.

A może lepiej zaapelujmy do naszych kolegów o więcej rozsądku i lepszą ocenę własnych możliwości. Granic rozsądku nie da się określić rozporządzeniami. Kiedy to piszę, w samorządzie trwa dyskusja, zobaczymy, jakie będą jej wyniki. ☉

Zdrowie zaczyna się od zębów

Stomatolodzy mogą skutecznie realizować profilaktykę chorób jamy ustnej u dorosłych Polaków jedynie we współpracy z lekarzami innych specjalności.

LUCYNA KRYSIAK



O zdrowiu jamy ustnej coraz częściej mówi się w kontekście chorób układu krążenia, cukrzycy, nadciśnienia tętniczego oraz innych schorzeń cywilizacyjnych, a stomatologię zaczyna się postrzegać interdyscyplinarnie. Oznacza to, że próchnica, choroby przyzębia, czy utrata własnych zębów, są nie tylko sprawą stomatologów, ale internistów, kardiologów, diabetologów, nefrologów. 28 września w siedzibie NIL odbyła się konferencja „Stomatologia 2011”, zorganizowana w ramach obchodów Światowego Dnia Zdrowia Jamy Ustnej, poświęcona epidemiologii, diagnostyce oraz opiece stomatologicznej Polaków.

Bezzębni emeryci

Wyniki badań dotyczące stanu zdrowia jamy ustnej wśród dorosłej populacji Polaków są zatrważające. Aż 40 proc. emerytów, a więc osób w wieku 65 lat i powyżej jest całkowicie bezzębnych. Mimo ogromnych postępów, jakie poczyniła stomatologia zachowawcza, wskaźnik ten w ciągu ostatnich 12 lat wzrósł o 10 proc. Uczestnicząca w konferencji prof. Maria Wierzbicka, koordynator programu „Monitoring zdrowia jamy ustnej” uważa, że przyczyn problemów z uzębieniem wśród osób starszych należy upatrywać w trudnym dostępie do opieki stomatologicz-

nej realizowanej w ramach NFZ. U osób tych wraz z utratą zębów dochodzi do upośledzenia funkcji żucia, co wpływa negatywnie na funkcjonowanie żołądka, dwunastnicy, trzustki, wątroby, jelit. W grupie wiekowej 65-74 lata możliwość żucia pokarmów dzięki własnym zębom i protezom zachowało zaledwie

Stan zdrowia jamy ustnej to sprawa lekarzy wszystkich specjalności.

50 proc. osób. Tymczasem na leczenie stomatologiczne jednego ubezpieczonego NFZ przeznacza, w zależności od województwa, od 43 do 52 zł. Oznacza to, że koszty leczenia stomatologicznego muszą być pokrywane z kieszeni pacjentów, a dla osób starszych jest to bariera nie do pokonania. Niepokojąco duży odsetek bezzębnych (1,5 proc.) notuje się także wśród osób w wieku 35-44 lat, a więc aktywnych zawodowo. Nadal ogromnym problemem jest u nich próchnica. Zajętych próchnicą mają średnio 17 zębów. Zwykle udaje im się uratować tylko 25 zębów. Mieszkańcy miast wyprzedzają w tej statystyce mieszkańców wsi o dwa zęby. Zdaniem prof. Marii Wier-

bickiej jest to wynik lepszej dostępności gabinetów stomatologicznych i profilaktyki zdrowotnej. Na statystyki te rzutuje też poziom wykształcenia. Badania wskazują, że im mniej wykształcony Polak, tym ma więcej problemów ze zdrowiem jamy ustnej. W Polsce spada liczba osób korzystających z opieki dentystycznej w publicznych placówkach. Dla porównania w 1978 r. aż 92 proc. Polaków leczyło tam zęby, w 1998 r. już tylko 60 proc., w 2002 r. jedynie 31 proc., a w 2010 – zaledwie 28 proc. Coraz więcej osób leczy się prywatnie. Wciąż jednak za mało, by wypełnić tę lukę i mówić o znaczącej poprawie opieki stomatologicznej i stanu zdrowia jamy ustnej polskiego społeczeństwa.

Jama ustna i serce

Próchnica i choroby przyzębia to nie tylko problem zdrowia jamy ustnej. Chore zęby i dziąsła mają niekorzystny wpływ na cały organizm. Badania, którym poddano 120 tys. Polaków, prowadzone przez periodontologów w 6 miastach Polski wskazują, że aż 17 proc. przebadanych ma zaawansowaną chorobę przyzębia i wymaga natychmiastowego leczenia specjalistycznego. Sprawa jest pilna, ponieważ istnieje udowodniona współzależność pomiędzy chorobami przyzębia a chorobami sercowo-naczyniowymi. Z badań pilo-

tażowych prowadzonych przez kardiologów wiadomo już z całą pewnością, że wysoki poziom białka C-reaktywnego jest czynnikiem ryzyka chorób sercowo-naczyniowych, a leczenie choroby przyzębia znacznie go obniża. Badania jednak dopiero się rozpoczęły i były wykonane na małej grupie pacjentów. Prof. Renata Górską, konsultant krajowy w dziedzinie periodontologii, ma nadzieję, że zostaną one ukończone w pierwszym kwartale przyszłego roku i pozwolą z całą pewnością stwierdzić związek pomiędzy chorobami przyzębia a chorobami sercowo-naczyniowymi. Objęci badaniami pacjenci będą obserwowani i leczeni jeszcze przez trzy kolejne lata. Już teraz można się jednak pokusić o konkluzję, że najlepszą prewencją zdrowia ogólnego, zwłaszcza chorób sercowo-naczyniowych, jest zdrowa jama ustna. Bez próchnicy, chorób przyzębia i stanów zapalnych wzrasta szansa bycia zdrowym.

Co w kieszonce, to w blaszce

Prof. Beata Wożakowska-Kapłon ze Świętokrzyskiego Centrum Kardiologii potwierdza ten punkt widzenia. Przypomniała, że Polska wyprzedziła Europę, organizując panel ekspertów środowisk ogólnomedycznych i stomatologicznych oraz nauk podstawowych poświęcony korelacji chorób przyzębia z chorobami ogólnoustrojowymi (komunikat końcowy opublikowano w „Kardiologii Polskiej”). Choroba przyzębia i głębokie kieszonki przyzębne są magazynem dla tych samych bakterii, które kolonizują jamę ustną i umiejscawiają się w blaszkach miażdżycowych. Przyczyniają się więc do wysiewu endotoksyn enzymów bakteryjnych, a w konsekwencji do powstawania mediatorów zapalnych makrofagów, a jest to ten pierwszy element, który inicjuje zapalny proces miażdżycowy. W Śląskim Centrum Chorób Serca zbadano 112 osób (średnia wieku – 53 lata), które przeszły zawał serca. Okazało się, że 30 proc. z nich to były osoby bezzębne, a 41 proc. miało zaawansowaną chorobę przyzębia. Ani jedna z tych osób nie miała prawidłowego stanu jamy ustnej, ale największe zaawansowanie miażdżycy odnotowano właśnie u osób bezzębnych. Związek pomiędzy chorobami przyzębia a roz-

wojem chorób sercowo-naczyniowych jest więc niemal pewny. Na tym jednak nie koniec. Badacze chcą wiedzieć, czy proces ten można odwrócić, tzn. czy lecząc choroby przyzębia, będziemy wpływać na leczenie chorób sercowo-naczyniowych. Tego rodzaju badania dopiero rozpoczęto.

W jedności siła

Uczestnicząc w konferencji profesorowie byli zgodni, że stomatologia może skutecznie realizować profilaktykę chorób jamy ustnej u dorosłych Polaków, jeśli dołączy do lekarzy innych specjalności, ponieważ współzależności widać na każdym kroku. Analizując je prof. Edward Franek z CSK MSWiA w Warszawie powiedział wprost, że stomatolog, badając stan jamy ustnej pacjenta musi być po części internistą, a internista ma wręcz obowiązek patrzeć na jego zdrowie także pod kątem stomatologicznym. Jeśli stomatolog stwierdzi u pacjenta zapalenie przyzębia, kolejnym krokiem, który powinien podjąć jest wysłanie go do internisty, a może od razu do kardiologa czy diabetologa. Jeśli

Najlepszą prewencją zdrowia ogólnego, zwłaszcza chorób sercowo-naczyniowych, jest zdrowa jama ustna.

internista wykryje nadciśnienie tętnicze, nieprawidłowe poziomy cukru, zaburzenia w pracy jelit, osteoporozę, powinien skojarzyć te dolegliwości ze złym stanem zdrowia jamy ustnej. U chorych na zapalenie przyzębia nie tylko wzrasta ryzyko sercowo-naczyniowe, ale wzrasta też ryzyko wystąpienia cukrzycy i nadciśnienia tętniczego, szczególnie u palaczy i ludzi starszych. Te choroby i stany najczęściej współistnieją, czego wynikiem jest sumowanie ryzyka sercowo-naczyniowego i zgon. Profesor uważa, że stomatolog może i powinien ocenić ryzyko, ale nie wszystkie czynniki będzie w stanie uchwycić, dlatego potrzebuje współpracy z lekarzami innych specjalności, najbardziej z internistą. Dodaje, że stan zdrowia jamy ustnej to sprawa lekarzy wszystkich specjalności. ●

Od Lizbony po Tallin



W Sympozjum wzięło udział kilkudziesięciu przedstawicieli samorządów lekarskich m.in. z: Albanii, Austrii, Chorwacji, Czech, Macedonii, Niemiec, Polski i Rumunii.

Po raz drugi Polska gościła Sympozjum Izb Lekarskich Państw Europy Środkowej i Wschodniej. Spotkanie, 18. w historii, miało miejsce w Krakowie w dniach 29 września – 1 października br.

RYSZARD GOLAŃSKI

W

zięło w nim udział kilkudziesięciu przedstawicieli samorządów lekarskich z Albanii, Austrii, Bośni, Chorwacji, Czech, Macedonii, Niemiec, Polski, Rumunii, Serbii i Węgier. Głównymi tematami sympozjum były: najważniejsze problemy

ochrony zdrowia w danym kraju, sytuacja lekarzy, działalność samorządu lekarskiego i edukacja lekarzy.

Znaczące różnice

Poziom opieki zdrowotnej w tych krajach bywa krańcowo różny, podobnie różna jest sytuacja zawodowa i ekonomiczna lekarzy. Jako przykład

można podać zróżnicowanie w płacach lekarzy. Średnia w Unii Europejskiej to 1400 euro, tymczasem lekarz na Węgrzech zarabia średnio około 700 euro, a w Rumunii 250. Mimo wielu różnic, problemy ochrony zdrowia, a także problemy lekarzy bywają podobne. Jednym z nich jest poziom nakładów na opiekę medyczną. Okazuje

Mimo różnic, problemy ochrony zdrowia bywają podobne. Jednym z nich jest poziom nakładów na opiekę medyczną.

się, że w żadnym z reprezentowanych krajów nie ma powszechnego zadowolenia z pieniędzy przeznaczanych na te cele, albo w tych państwach, gdzie są to kwoty znaczne, niezadowolenie dotyczy sposobu dystrybucji środków. W lepszej sytuacji wydają się być organizacje lekarskie w tych krajach, gdzie są liczne instytucje ubezpieczeniowe.

Rola samorządu

Zdenek Mrozek z Czech przypomniał strajk swoich kolegów w marcu 2010, przebiegający pod hasłem „Dziękujemy, odchodzimy” i pod drugim, drastycznym: „Nasz exodus, Twój exitus”. Klaus-Dieter Wurche z Niemiec mówił o problemach etycznych, w tym o badaniach genetycznych. Realnym



FOT.: RYSZARD GOLAŃSKI

MOIM ZDANIEM

Kryterium czasu

Dyskutując ewentualną nowelizację Dyrektywy 2005/36 WE w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych, spotkać można dwa możliwe kierunki ustalenia bazy do uznawania kwalifikacji lekarskich (zarówno podstawowych, jak i specjalistycznych).

UEMS opowiada się za oparciem ich o unijne curricula (programy) studiów i specjalizacji. Stały Komitet Lekarzy Europejskich (CPME) jest zdania, że obecne przepisy stanowiące, że uznanie kwalifikacji opiera się przede wszystkim na odpowiednim czasie kształcenia (w przypadku

studiów to 5500 godzin i 6 lat, w przypadku specjalizacji odpowiednio 4, 5 lub 6 lat) jest wystarczające. CPME uważa, że wypełnienie odpowiednią treścią tego czasu powinno należeć do kompetencji krajów członkowskich UE (a w nich

także izb lekarskich, które powinny mieć wpływ na kształcenie). Nie bez racji jest wreszcie argument, że uznawanie kwalifikacji powinno być jak najbardziej automatyczne i proste – oparcie go na kryterium czasu kształcenia jest jednoznaczne. Wymaganie odbycia kształcenia według odpowiedniego programu stworzy możliwość przeciągania sprawy w nieskończoność. CPME opowiadał się zawsze za umożliwieniem europejskim lekarzom jak najdalej idących ułatwień w zakresie przemieszczania się w ramach UE.

KONSTANTY RADZIWIŁŁ

Uznawanie kwalifikacji powinno być jak najbardziej automatyczne i proste.

problemem jest w Niemczech niewystarczająca liczba lekarzy oraz dysproporcje pomiędzy miastami, gdzie jest ich dużo, a prowincją, gdzie ewidentnie ich brakuje. Niesatysfakcjonujący jest wpływ samorządu na proces legislacyjny (skąd my to znamy!). Ważną sprawą są stania rządu federalnego o wzmoc-

Lekarz posiadający specjalizację powinien mieć swobodę wykonywania zawodu w całej Europie, od Lizbony po Tallin.

nienie praw pacjenta i udział izb lekarskich w tych działaniach. W szczególnej sytuacji jest samorząd na Węgrzech, gdzie przed dwoma laty przywrócono obowiązkową przynależność do izby.

Jakie kwalifikacje?

Jednym z ważniejszych tematów była sprawa edukacji lekarzy, szczególnie podyplomowej, i problem wzajemnego uznawania kwalifikacji. Padło stwierdzenie, że lekarz posiadający specjalizację powinien mieć swobodę wykonywania zawodu w całej Europie, od Lizbony po Tallin. Temat ten wywołał ożywioną dyskusję. Dwugłos w tej sprawie Konstantego Radziwiłła, prezydenta Stałego Komitetu Lekarzy Europejskich (CPME) oraz Romualda Krajewskiego, wiceprezydenta Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów (UEMS), zamieszczamy obok. ☉

WARTO WIEDZIEĆ

Tekst „Oświadczenia w sprawie aktualnego i przyszłego statusu samorządności zawodowej lekarzy”, przyjętego w Krakowie 1 października 2011 r. podczas 18. Sympozjum Izb Lekarskich Państw Europy Środkowej i Wschodniej na stronie internetowej NIL.
www.nil.org.pl

MOIM ZDANIEM

Zbliżanie standardów

Zasady uznawania kwalifikacji lekarzy w UE, oparte głównie na czasie trwania kształcenia, zapewniły automatyczne uznawanie dyplomów w większości specjalizacji i jest to bardzo dobre rozwiązanie. Jednak rzeczywista zawartość programów specjalizacji jest różna w krajach Unii. Zgłaszane są zastrzeżenia co do przygotowania lekarzy z „innych” krajów. Wobec rosnącej migracji lekarzy takie zastrzeżenia, niezależnie od ich zasadności, stają się podstawą dodatkowych wymagań i utrudnień oraz prób ograniczania migracji. Oprócz zastrzeżeń wobec jakości szkolenia, ważnym bodźcem do tworzenia trybu „europejskiego” jest również coraz

częstsze odbywanie szkolenia w wielu krajach. Takie szkolenie przynosi bardzo wiele korzyści, ale powinien istnieć prosty i jednolity tryb uznawania go. Wielka administracyjna unifikacja szkolenia nie jest ani potrzebna, ani możliwa. Ale europejscy lekarze specjaliści już mogą zaproponować europejski standard szkolenia, który po jakimś czasie mógłby stać się samodzielną funkcjonującym trybem. W większości specjalności wymienionych w Dyrektywie 2005/36/EC sekcje specjalistyczne UEMS już stworzyły europejskie curriculum, a w 23 opracowano również europejskie egzaminy. Zamiarem UEMS jest połączenie tych elementów w spójny system, umożliwiający rejestrację szkolenia, sprawdzanie wiedzy na poszczególnych etapach i egzamin końcowy. Taki system, jak wszystkie tworzone przez UEMS, musi być dobrowolny i nie powinien na zasadzie administracyjnej zastępować systemów krajowych, ale funkcjonować równolegle. Niektóre kraje zapewne uznałyby, że wymagania systemu europejskiego są zbyt niskie, inne uważałyby je za zbyt wysokie. Jednak wobec widocznych niepokojących tendencji do skracania i upraszczania szkolenia ze względu na powszechny brak specjalistów, standard europejski byłby jednocześnie dobrą wskazówką.

Europejscy lekarze specjaliści już mogą zaproponować europejski standard szkolenia.

Największą korzyść odnieśliby lekarze, którzy kończąc szkolenie według standardu europejskiego, mogliby wykazać się „znakiem jakości”, dającym im większe możliwości znalezienia atrakcyjnej pracy w Europie. Wobec rosnącej presji na systemy ochrony zdrowia można spodziewać się i obawiać różnych polityczno-biurokratycznych pomysłów na zapewnienie jakości. Dlatego dodatkowym, ważnym powodem do opracowania systemu europejskiego jest potrzeba stworzonej przez samych lekarzy, merytorycznej i sprawdzonej pod względem organizacyjnym, propozycji szkolenia zapewniającego dobrą jakość.

ROMUALD KRAJEWSKI



Warszawa. Białystok. Płock.

Historia samorządu lekarskiego w Polsce rozpoczyna się 2 grudnia 1921 r. ustawą Sejmu o ustroju i zakresie działania izb lekarskich. Przepisy wprowadzono rozporządzeniem ministra zdrowia publicznego, zarządzającym wyborami na terenie izb: warszawsko-białostockiej, krakowskiej, poznańsko-pomorskiej, lwowskiej, lubelskiej i łódzkiej.

ADAM RYDWAN

Prawie 90 lat później w auli Wojskowej Akademii Technicznej w Warszawie zebrali się lekarze i lekarze dentyści tworzący wspólną korporację po 1989 roku, aby uczcić pamięć poprzedników i uhonorować współczesnych działaczy i przyjaciół. Przyczynkiem do uroczystości było również wcześniejsze poświęcenie, a następnie przekazanie sztandarów warszawskiej Okręgowej Izby Lekarskiej im. Jana Nielubowicza i Okręgowej Izby Lekarskiej w Białymstoku. Współorganizatorem jubileuszu była Okręgowa Izba Lekarska w Płocku.

Wspomnienia

Pomysłodawcą wręczenia sztandaru izbie warszawskiej był stołeczny oddział Polskiego Towarzystwa Lekarskiego z profesorem Jerzym Jurkiewiczem, który stanął na czele kapituły fundacyjnej. Pamiątko-

we gwoździe wbijali przedstawiciele świata nauki, polityki, administracji i samorządu oraz Jego Eminencja arcybiskup Henryk Hoser – Honorowy Delegat na Okręgowy Zjazd Lekarzy w Warszawie, który podczas mszy św. odprawionej w intencji lekarzy, i tych żyjących, i tych, którzy odeszli na wieczny dyżur, opisał symbolikę poświęconych proporców.

Część oficjalną w Klubie WAT poprowadzili prezesi trzech izb: Mieczysław Szatanek, Janusz Kłoczko i Jarosław Wanecki. Wśród gości powitano między innymi podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia Andrzeja Włodarczyka, prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej Macieja Hamankiewicza oraz wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej Annę Lellę, która została matką chrzestną warszawskiego sztandaru.

Po krótkim rysie historycznym, pokazującym chronologię dat dzie-

wiećdziesięciolecia, kontynuatorzy tradycji przedwojennej izby warszawsko-białostockiej przedstawili rozwój i osiągnięcia swoich okręgów od roku 1990. Na slajdach znalazły się nowoczesne siedziby, portrety współtwórców samorządu, informacje o formach kształcenia, opieki nad seniorami, szeroko pojętej działalności kulturalnej. Andrzej Włodarczyk przyjął symboliczny znaczek Okręgowej Izby Lekarskiej w Płocku na znak dobrej współpracy z „małymi izbami” w Częstochowie, Bielsku-Białej, Tarnowie, Kaliszu, Zielonej Górze, Gorzowie Wielkopolskim, Toruniu i Płocku, a Mieczysław Szatanek podkreślał wagę szerszej integracji w ramach Mazowieckiego Forum Zawodów Zaufania Publicznego.

Nagrody i wspólne koncertowanie

Uroczystość, pod patronatem honorowym prezydenta RP Bronisława Komorowskiego, stała się okazją do wręczenia odznak honorowych minister zdrowia Ewy Kopacz, „Pro Masovia” marszałka województwa mazowieckiego Adama Struzika, pamiątkowych medali „Laudabilis” i „Moskwy” przyznawanych przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie oraz statuetek „Benevolentii” fundacji „Pro Seniore”. Owacje na stojąco otrzymali laureaci „Meritus pro Medici” – profesor Jan Stasiiewicz z Białegostoku i „Złotego Medalu Honorowego” izby płockiej – profesor Jerzy Woy-Wojciechowski. W imieniu nagrodzonych głos zabrał profesor Jerzy Szaflik.

Na koniec odśpiewano wspólnie „Hymn lekarzy”, a po przerwie wysłuchano wspaniałego koncertu „Triumf życia i miłości” w wykonaniu orkiestry „Obligato” pod dyktando Jerzego Soberko i znakomitej odtwórczyni piosenek Edith Piaf i Ewy Demarczyk – Moniki Węgiel. ☉

W auli WAT w Warszawie zebrali się lekarze i lekarze dentyści tworzący wspólną korporację po 1989 r.



FOT.: KATARZYNA STRZĄŁKOWSKA

90 LAT SAMORZĄDU LEKARSKIEGO W POLSCE

Idea samorządu lekarskiego ma prawie 150 lat. Pierwsza izba założona została w niemieckim Brunszwiku w 1865 r. Do czasu odzyskania przez Polskę niepodległości izby lekarskie funkcjonowały w zaborach pruskim i austriackim.

We wrześniu 1919 r. na swoim pierwszym zebraniu Związek Lekarzy Państwa Polskiego powołał Tymczasową Komisję stanowiącą ogólnopolską reprezentację lekarzy wobec władz. Przygotowano wówczas projekty ustaw. Oficjalną datą otwierającą historię izb lekarskich w Polsce jest 2 grudnia 1921 r., kiedy Sejm uchwalił ustawę o ustroju i zakresie działania izb lekarskich. Przepisy ustawy zostały wprowadzone w życie rozporządzeniem ministra zdrowia publicznego z 15 marca 1922 r. zarządzającym wybory. Rozpoczęły swoją działalność izby: warszawsko-białostocka, krakowska, poznańsko-pomorska, lwowska, lubelska, łódzka oraz od 1924 r. wileńsko-nowogródzka i śląska od 1935 r. W czerwcu 1923 r. minister zdrowia publicznego zwołał delegatów okręgów w celu ukonstytuowania się Naczelnej Rady Lekarskiej I kadencji. Prezesem został Jan Bączkiewicz, który pełnił funkcję przez dwie kadencje. Zastąpił go Witold Chodźko, a od 1935 r. Mieczysław Michałowicz.

15 marca 1934 r. Sejm uchwalił nową ustawę o izbach lekarskich. Ustawa o izbach lekarsko-dentystycznych została uchwalona 11 stycznia 1938 r., wraz z izbami okręgowymi w Warszawie, Poznaniu, Wilnie i Krakowie. Pierwszym przewodniczącym Naczelnej Rady Lekarsko-Dentystycznej został Julian Łączyński. Od momentu powstania Naczelna Izba Lekarska oraz izby terenowe gościły na łamach najbardziej znaczących w środowisku lekarskim tygodników: „Polskiej Gazy Lekarskiej” i „Nowin Lekarskich”, a od 1930 r. rozpoczęto wydawanie własnego pisma: „Dziennika Urzędowego Izby Lekarskich” w nakładzie 10 500 egzemplarzy miesięcznie. Organizacja Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej rozpoczęła się w marcu 1923 r. od wyborów do pierwszej Rady, której przewodniczył naczelnik Leon Babiński. Celem kadencji było uporządkowanie spraw zawodowych i bytowych oraz tworzenie właściwych stosunków między lekarzami. W drugiej kadencji naczelnikiem został Adam Przyborowski, który za najważniejsze zadania uznał ujednolicenie ceników konsultacji lekarskich, wynagrodzeń i honorariów lekarzy zatrudnionych w instytucjach ubezpieczeniowych. Trzecim naczelnikiem był Witold Chodźko, ale po wyborze na prezesa NIL

zrezygnował z funkcji. Objął ją Jerzy Bujalski, który po dwóch latach także zrezygnował ze stanowiska. Ostatecznie w 1931 r. wybrano Władysława Szenajcha. Pełnił on swoją funkcję aż do wybuchu II wojny światowej. Od 1938 r. Izbę Lekarsko-Dentystyczną Warszawską prowadził Stefan Mieszkis. Siedziba Warszawsko-Białostockiej Izby Lekarskiej mieściła się najpierw w kamienicy przy ulicy Koszykowej 29, a później 37. Miała trzy piętra i dość typowy, neorenesansowy wystrój elewacji. Przetrwała II wojnę światową i została zburzona dopiero na początku lat 50., przed budową bloków MDM przy pl. Konstytucji. Budynek stał tam, gdzie dziś znajduje się fragment bloku mieszkalnego z bramą wiodącą z Koszykowej na plac.



Posiedzenie Rady Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej z Władysławem Szenajchem jako naczelnikiem. Lata trzydzieste XX w.

Jesteśmy tyle warci, na ile pomagamy innym

Stowarzyszenie Lekarzy Polskich we Lwowie obchodziło 20-lecie działalności.

RYSZARD GOLAŃSKI



FOT.: KATARZYNA STĘŻALOWSKA

Zostało założone przy Towarzystwie Kultury Polskiej Ziemi Lwowskiej w marcu 1991 r. przez grono lekarzy zapaleńców. Byli wśród nich dr Adam Kokodyński, dr Leonard Pociąg, dr Helena Tarnowiecka oraz obecny prezes SPL doc. Ewelina Hrycaj-Małańcz. Do głównych zadań Stowarzyszenia należy niesienie charytatywnej pomocy medycznej naszym rodakom we Lwowie, a jest wśród nich wiele osób starszych, chorych i samotnych. Obecnie Stowarzyszenie skupia ponad 50 lekarzy.

W dniach 22-24 września odbyły się uroczyste obchody jubileuszu, połączone z Międzynarodową Konferencją Naukową, omawiającą problemy zdrowia publicznego i aktualności medycyny praktycznej oraz nawiązującą do świetnej historii medycyny polskiej we Lwowie. Wydział Lekarski Uniwersytetu im. Jana Kazimierza wykształcił wielu luminarzy sztuki medycznej. Wywierali oni wpływ na polską medycynę nie tylko w okresie międzywojennym. Spora grupa lwowskich lekarzy, część z tytułami profesorskimi, pracowała w Polsce powojennej, w wielu ośrodkach akademickich, ze

szczególnym uwzględnieniem Wrocławia. We Lwowie urodził się prof. Tadeusz Chruściel, pierwszy prezes odrodzonej Naczelnej Rady Lekarskiej. Jego żona Maria Chruścielowa przyjechała na uroczystości.

Rozpoczęła je msza święta w intencji polskich lekarzy, celebrowana w Archikatedrze Lwowskiej przez arcybiskupa Mieczysława Mokrzyckiego, metropolite lwowskiego. Nawy katedry wypełnili mieszkający we Lwowie Po-

Jednym z głównych zadań Stowarzyszenia jest niesienie charytatywnej pomocy medycznej naszym rodakom we Lwowie.

lacy oraz liczne delegacje polskich lekarzy z całego świata. Wzruszający charakter miała uroczystość oddania hołdu i złożenia wieńców pod odsłoniętym 3 lipca br. na Wzgórzach Wuleckich pomnikiem upamiętniającym profesorów

lwowskich, zamordowanych przez hitlerowców 70 lat temu. Trudno było nie ulec wzruszeniu, kiedy przemawiał świadek tamtych zdarzeń, prof. Andrzej Dobrzański, obecnie mieszkający w Waszyngtonie (tekst wystąpienia zamieszczamy obok). Pod pomnikiem wieńce złożyli: w imieniu rządu polskiego wiceminister zdrowia Andrzej Włodarczyk oraz polski konsul we Lwowie Jarosław Drozd, przedstawiciele władz Lwowa oraz władz wojewódzkich, przede wszystkim zaś delegacja SLP oraz liczne delegacje okręgowych izb lekarskich z całej Polski. Inauguracja jubileuszowego spotkania odbyła się w przepięknych wnętrzach Opery Lwowskiej. Był to czas wspomnień, przemówień i wręczania odznaczeń. Uroczystość otworzył występ chóru, który wyśpiewał m.in. słowa „Kocham cię, Polsko” i zebrał gorące brawa. Po wystąpieniu inauguracyjnym prezes Hrycaj-Małańcz gratulacje i życzenia złożyli: wiceminister zdrowia Andrzej Włodarczyk, konsul generalny RP Jarosław Drozd oraz prezes NRL Maciej Hamankiewicz. Następnie na scenie głos zabrali prezesi izb okręgowych: Grzegorz Mazur z Łodzi, Jacek Kozakiewicz z Katowic, Łukasz Wojnowski z Torunia, Zyta Kaźmierczak-Zagórska z Bielska-Białej. W imieniu OIL w Warszawie wystąpił Włodzimierz Cerański z Martą Klimkowską-Misiak i Ewą Miękus-Pączek, a w imieniu OIL w Krakowie – Jacek Tętnowski. Głos zabrali też przedstawiciele związków lekarzy, innych organizacji, przyjaciele SLP. Złotą Odznaką za Zasługi dla Towarzystwa Kultury Polskiej Ziemi Lwowskiej odznaczeni zostali m.in. Bożena Pietrzykowska prowadząca Ośrodek Współpracy z Polonią Medyczną NRL oraz prowadzący uroczystość Krzysztof Makuch. Wieczór zakończył się spektaklem wokalnno-operowym.

Następny dzień to międzynarodowa konferencja z udziałem wybitnych

lekarzy naukowców. Stało się tradycją, że spotkaniom lekarzy polonijnych, bez względu na to, gdzie się odbywają, towarzyszy merytoryczne spotkanie, poświęcone najważniejszemu zagadnieniu związanym z naszym zawodem. Na mnie największe wrażenie zrobił wykład prof. Tadeusza Malińskiego z Chicago, poświęcony nanomedycynie i nanoterapii. To, co nas, lub naszych następców, czeka w przyszłości nieco oddalonej. Przy okazji mogliśmy dowiedzieć się, co czeka polskich lekarzy w przyszłości znacznie bliższej. Minister Andrzej Włodarczyk mówił bowiem o planach legislacyjnych rządu. W przerwie konferencji, pod pomnikiem na Wzgórzach Wuleckich złożyła wieniec delegacja Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej. Wspomnieć należy, że NRL była jednym z organizatorów spotkania, wspierając przedsięwzięcie finansowo.

Ostatni dzień pobytu w pięknym i odrestaurowywanym Lwowie, przygotowującym się przecież do Euro 2012, spędzono na podziwianiu zabytków i nieodłącznej wizycie na Cmentarzu Łyczakowskim. Emocje związane z tą wizytą zostawiam dla siebie. Było wśród polskiej delegacji kilka osób, które we Lwowie się urodziły – wśród nich Ryszard Rzeszutko, który urodził się we Lwowie dokładnie 83 lata wcześniej (22 września). Niektórzy bywają w swoim rodzinnym mieście często, dla innych była to pierwsza wizyta po latach. Spacer po Lwowie w towarzystwie takich osób ma charakter szczególny.

Organizatorom jubileuszu i konferencji, szczególnie pani docent Ewelinie Hrycaj-Mańlanicz i jej córce Barbarze, składałam w imieniu uczestników tego wydarzenia serdeczne gratulacje i podziękowania. Bo gdzie nas tak pięknie ugoszczą – tylko we Lwowie! ☉

PRZEMÓWIENIE POD POMNIKIEM PROFESORÓW

Światło przewodnie

Nawet dziś jeszcze z uczuciem grozy wspominam tę noc 3 lipca, jaka dała początek zdarzeniom tragicznym dla świata nauki Lwowa.

Tej nocy gestapo aresztowało naukowców Lwowa.

Od dawna planowana eksterminacja osób polskiej inteligencji i nauki znalazła swój wyraz w okrutnej zbrodni, jakiej dopuścili się hitlerowscy okupanci w nowo opanowanym Lwowie. Specjalne oddziały Einsatzkomando podążyły za armią z gotowymi listami prominentnych osób, aby natychmiast je aresztować i rozstrzeliwać. Aresztowano w pierwszej fali przeszło czterdziestu naukowców Lwowa i rozstrzelano ich 4 lipca w kilka godzin później. Mieszkaliśmy wówczas przy ulicy Romanowicza 7/9. Przy tej ulicy mieszkało wielu lekarzy. Tej nocy niezwykle ruch na ulicy, obecność umundurowanych Niemców, wołów policyjnych i reflektorów

oświetlających ciemną ulicę zwiastowały coś złowieszczonego. Przez zaciemnione okna obserwowaliśmy wyprowadzenie z domów sąsiednich wielu osób, wpakowanie ich do samochodów i wywiezienie dalej. Zabrano wówczas prof. Tadeusza Ostrowskiego i jego żonę oraz szereg osób obecnych w ich mieszkaniu: prof. Kasprowa Weigla z synem, prof. Romana Renckiego, który trzy dni przedtem został zwolniony z więzienia NKWD, prof. Greka wraz z domownikami, prof. Tadeusza Boya-Żeleńskiego, pisarza i satyryka i prof. Franciszka Groera. Nieliczni naukowcy, w tym mój ojciec, zdolali się ukryć i uniknąć zagłady. Druga fala aresztowań następnego wieczoru nie znalazła już mego Ojca. Hitlerowcy starali się zachować swe zbrodnie w tajemnicy. Pomimo wszystko wieść o aresztowaniach profesorów rozeszła się po Europie i przedstawiciele dyplomatyczni

krajów neutralnych i Watykanu starali się o wiadomości o losie tych prominentnych ludzi. Jednak bez rezultatu. Berlin nigdy nie przyznał się do tej zbrodni. Dzisiaj przeszliśmy drogą, jaką prowadzono nieszczęśliwych profesorów na miejsce ich egzekucji. Prowadzono ich grupami i nikt nie wie, czy po tym, jak słyszeli strzały nie zdawali sobie sprawy z nadchodzącej śmierci. Stojąc przed tym wspaniałym pomnikiem musimy podziwiać bohaterstwo tych profesorów, ich synów i gości, za odwagę, z jaką szli na śmierć. Dziś po ich mordercach słuch zaginął, gubernatora Franka powieszono w Norimberdze, Himmler się otrul, a Hitler zginął w swym bunkrze jak szczur. A jednak dzieństwo, jakie pozostało po tych wspaniałych luminarzach nauki lwowskiej przyświeca nam nadal i po tylu latach jest światłem przewodnim dla nas i wielu następnych pokoleń. Cześć ich pamięci, cześć nauce i jej tryumfowi nad zbrodnią!

Andrzej Dobrzański

FOT.: ARCHIWUM OZZL



20 lat OZZL

18 października br. minęło 20 lat od dnia zarejestrowania Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy.

KRZYSZTOF BUKIEL

Siedzibą związku jest Bydgoszcz, bo właśnie tam – nieco wcześniej – powstał pierwszy w Polsce po 1945 r. niezależny związek zawodowy skupiający wyłącznie lekarzy – Związek Zawodowy Lekarzy Województwa Bydgoskiego. W całości wszedł on do OZZL.

OZZL od początku działał dwutorowo. Z jednej strony były to starania o poprawę warunków pracy i wzrost wynagrodzeń lekarskich, z drugiej – działania na rzecz zmiany systemu opieki zdrowotnej w kierunku rynkowym. Naszym zdaniem mechanizmy rynkowe są bowiem najlepszym zabezpieczeniem zarówno odpowiedniej pozycji lekarza, jak i jakości leczenia, efektywności systemu i podmiotowości pacjenta.

Początkowo program OZZL zakładał istnienie dobrowolnych

ubezpieczeń zdrowotnych i wolnego rynku usług medycznych oraz pomoc państwa dla najuboższych. Z czasem dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne zostały zastąpione przez zasadę „solidaryzmu społecznego”, czyli finansowanie zasadniczej części leczenia ze środków publicznych, z zachowaniem jednak mechanizmów rynkowych (wolnej konkurencji, prywatyzacji, wolnych cen) jako podstawowego sposobu alokacji środków. Oznacza to konieczność zrównoważenia nakładów publicznych z za-

W 2008 r. OZZL wymyślił i rozpropagował akcję „nokaut przez opt-out”.

kresem świadczeń gwarantowanych, aby nie limitować świadczeń i zrealizować zasadę „pieniądze idą za pacjentem”. Konieczne są też dopłaty do niektórych świadczeń z kieszeni pacjenta lub dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, bo tylko wtedy można zbilansować „zawartość” koszyka z wielkością publicznych nakładów i dostosować ceny świadczeń do rzeczywistych kosztów.

Pionierskie działania

OZZL podejmował wiele działań, mających na celu realizację powyższych zasad. Brał udział w licznych debatach, konferencjach, pracach sejmowych komisji itp. W roku 1995 uczestniczył w społecznej komisji zdrowia przy NSZZ Solidarność, która przygotowała projekt ustawy o kasach chorych. Była to inna ustawa niż ta, którą w roku 1998 przyjął Sejm. Był w niej zapis (autorstwa OZZL) o możliwości istnienia konkurencyjnych do kas chorych firm ubezpieczenia zdrowotnego, była możliwość zmiany wysokości składek przez kasę (kierowaną przez samorząd ubezpieczonych) lub wprowadzenia dopłat do niektórych świadczeń. Gdy w roku 2002 rząd SLD – PSL zapowiedział likwidację kas, OZZL napisał obywatelski projekt ustawy reformującej kasy w kierunku pierwotnych założeń i zebrał pod nim – razem z samorządem lekarskim – 100 tys. podpisów. W roku 2005 związek opracował autorski projekt ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, który jesienią 2005 r. został przedstawiony

publicznie i przekazany politykom.

Oczywiście nie udało nam się zrealizować naszego programu reformy służby zdrowia. Coś jednak z niego przenikło do świadomości rządzących. Gdyby porównać go z tym, co wprowadził obecny rząd, można by zauważyć wiele punktów zbieżnych: istnienie koszyka świadczeń gwarantowanych, przekształcenie szpitali w spółki handlowe, powołanie Agencji Oceny Technologii Medycznych itp. Inna sprawa, że podobieństwo to występuje głównie w nazewnictwie, bo instytucje powołane przez rząd mają istotne wady. Na przykład koszyk świadczeń gwarantowanych znacznie przekracza możliwości finansowe NFZ, co w praktyce wywołuje skutek taki, jakby żadnego „koszyka” nie było.

OZZL aktywnie walczył też o dobre warunki pracy i lepsze płace dla lekarzy w takim systemie, jaki jest. Była to działalność wielotorowa, a w wielu przypadkach OZZL był pionierem w tym, co robił.

Akcje protestacyjne

Już we wrześniu 1992 r. OZZL po raz pierwszy wszedł w spór zbiorowy z rządem, w styczniu 1993 r. zorganizował pierwszy ogólnopolski protest lekarzy, w czerwcu 1995 r. zgłosił inicjatywę negocjowania odrębnego dla lekarzy ponadzakładowego układu zbiorowego pracy, w maju 1996 r. zorganizował pierwszą w historii ogólnopolską demonstrację lekarzy – w Warszawie. Później uczestniczył jeszcze w kilkunastu takich marszach, kilka z nich współorganizując (najczęściej z samorządem lekarskim). W grudniu 1996 r. OZZL zorganizował pierwszy w Polsce ogólnopolski strajk lekarzy, który później przerodził się w akcję protestacyjną o wielorakim obliczu: niewypisywanie druków L-4, bojkot statystyki medycznej,

Szczególną cechą OZZL jest to, że dąży on do samorozwiązania. Stanie się to, gdy w rynkowym systemie ochrony zdrowia lekarze nie będą potrzebowali związku zawodowego do obrony swoich interesów.

ograniczanie wypisywania części aktów zgonów itp. Akcja ta była prowadzona we współpracy z izbami lekarskimi przez 2 lata.

Sukcesy i porażki

W kwietniu 1997 r. OZZL przeprowadził – po raz pierwszy w kraju – akcję masowego zwalniania się z pracy lekarzy w proteście przeciwko niskim płacom. Odbyła się ona w pogotowiu ratunkowym w Łomży, a następnie w wielu innych miastach.

Podobne działania OZZL podejmował też później, np. w latach 2007-2008. Jak dotąd, okazały się one najbardziej skutecznym sposobem walki o lepsze płace.

Kolejne ogólnopolskie strajki organizowane przez OZZL miały miejsce w latach 2006-2007 i doprowadziły do istotnego wzrostu płac lekarzy. W roku 2008 OZZL wymyślił i rozpropagował akcję „nokaut przez opt-out”, czyli negocjowania wyższych wynagrodzeń w zamian za zgodę le-

karzy na pracę powyżej 48 godzin tygodniowo.

Od początku OZZL walczył o uznanie dyżuru lekarskiego za czas pracy. Robił to na wielu „frontach”.

Zgłosił kilka wniosków do Trybunału Konstytucyjnego. Zorganizował i pomagał w przeprowadzeniu tysięcy indywidualnych pozwów lekarzy o wynagrodzenie za dyżury jak za godziny nadliczbowe, a później o uznanie, że dyrektywa UE o czasie pracy dotyczy także lekarzy w Polsce (dzięki czemu w 2008 r. przepisy dyrektywy włączono do polskiego prawodawstwa). Także wiele innych spraw OZZL próbował rozwiązać drogą sądową. Niektóre się udawały (włączenie 20 proc. dodatku za dyżury w godzinach nocnych), inne nie (wynagrodzenie za wypisywanie druków ZUS ZLA). OZZL był autorem prawie 20 wniosków do Trybunału Konstytucyjnego w innych niż dyżury sprawach.

Skuteczny związek

Związek korzystał też z takich form wpływania na rządzących i społeczeństwo, jak: happeningi (np. wprowadzenie „kartek na leczenie” w 2000 r.), płatne ogłoszenia w prasie, akcje ulotkowe i plakatowe, konferencje prasowe, niekiedy o prowokacyjnym charakterze, tworzenie porozumień środowisk medycznych (np. KOROZ w roku 1999), publikacja merytorycznych opracowań, np. „Czarnej księgi marnotrawstwa środków publicznych” (w 1998 r. i 2007 r.), badania opinii społecznej, skargi do Międzynarodowej Organizacji Pracy, petycje do Parlamentu Europejskiego, współpraca międzynarodowa (FEMS) itp.

Szczególną cechą OZZL jest to, że dąży on do... samorozwiązania. Stanie się to, gdy w rynkowym systemie ochrony zdrowia lekarze nie będą potrzebowali związku zawodowego do obrony swoich interesów, bo zatrudniające ich zakłady, konkurujące ze sobą, same zadbają – w swoim dobrze pojętym interesie – o odpowiednie warunki pracy i płacy lekarzy. Już dzisiaj – tu i ówdzie – tak się dzieje. Tam OZZL nie jest potrzebny. W większości miejsc jednak ciągle jeszcze warto zapisać się do OZZL. Jest to organizacja merytoryczna, doświadczona, zdeteminowana, odważna, konsekwentna i wpływowa, stojąca zawsze po stronie lekarza. ☉



Autor jest przewodniczącym ZK OZZL

Na co oni chorują?

Spośród 174-tysięcznej społeczności lekarskiej około 40 tysięcy lekarzy i lekarzy dentystów to seniorzy.

MACIEJ A. ZARĘBSKI



Pomysłodawcami konferencji byli Jan Lechicki oraz prezes ŚIL January Lewandowski. Wzięło w niej udział blisko dwustu lekarzy przybyłych z całej Polski.

FOT.: RYSZARD GOLĄSKI

W Szklanym Domu w Ciekotach pod Kielcami 16 września odbyła się konferencja szkoleniowo-naukowa poświęcona chorobom wieku podeszłego. Organizował ją Zespół Emerytów i Rencistów Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej, a patronat nad imprezą objął prezes NRL Maciej Hamankiewicz. Konferencję, w której udział wzięło blisko dwustu lekarzy przybyłych z całej Polski, otworzył prezes ŚIL January Lewandowski. Maciej Hamankiewicz omówił charakterystykę schorzeń wieku podeszłego w skali światowej. W swoim wystąpieniu powiedział m.in.: – Spośród naszej 170-tysięcznej społeczności lekarzy i lekarzy dentystów seniorów jest około 42 tysięcy. To im należą się szczególne względy i również samorząd lekarski powinien o to zadbać i wiele o tym mówić.

Po pierwsze – serce

Jan Lechicki omówił przeprowadzoną wśród lekarzy emerytów i rencistów izby świętokrzyskiej ankietę dotyczącą specyfiki

ich schorzeń. Na podstawie badania ankietowego, w którym wzięło udział 490 respondentów (330 lekarek i 160 lekarzy) stwierdzono, że najczęstszymi chorobami, na które chorują lekarze seniorzy, są choroby układu krążenia, w tym choroba niedokrwienna serca, stany pozawałowe, nadciśnienie tętnicze i przewlekła niewydolność krążenia, razem – 564. Schorzenia laryngologiczne: osłabienie słuchu, szum w uszach i zapalenie zatok, razem – 386. Choroby reumatologiczno-ortopedyczne, w tym: zwyrodnienie stawów kręgosłupa, reumatoidalne zapalenie stawów (r.z.s) oraz zeszytniające zapalenie stawów kręgosłupa (z.z.s.k), razem – 345. Gastroenterologia – 256. Okulistyka – 217. Choroby wątroby i dróg żółciowych – 190. Choroby psychiczne – 174. Choroby układu oddechowego – 170. Cukrzyca i otyłość – 165. Choroby układu moczowego – 146.

Referat na temat niewydolności serca u osób w starszym wieku przedstawiła dr Agnieszka Janion-Sadow-

ska. O problemach nadciśnienia tętniczego wieku podeszłego mówiła ciekawie dr n. med. Elżbieta Jaskulska-Niedziela. Dr Sławomir Okła interesująco i ze znanstwem omówił laryngologiczne schorzenia wieku starczego. Dr Józef Gawęda niezwykle skrupulatnie przedstawił zagadnienie chorób stawów kręgosłupa u osób w wieku starszym. Dr Alicja Dębicka w interesujący i przystępny sposób omówiła trudne problemy schorzeń okulistycznych dotyczących szczególnie osób starszych, jak zaćma, jaskra i tak ważne schorzenie jak zwyrodnienie plamki żółtej. Dr Jacek Paluch, w imieniu własnym i dr. Krzysztofa Bartosza, mówił o wybranych zagadnieniach z gastrologii geriatrycznej. W sposób szczególny zajął się diagnostyką raka jelita grubego, podkreślając znaczenie badania per rectum dla wczesnego wykrywania tego schorzenia. Dr hab. Wiesław Kryczka ze swadą przedstawił schorzenia hepatologiczne. Dr Andrzej Fitas mówił o problemie depresji u osób w wieku podeszłym. Kolejnym mówcą była dr Magdalena Dolecka-Ślusarczyk, która swoje wystąpienie poświęciła zagadnieniu cukrzycy typu II i otyłości u osób po 65. roku życia. Dr Krzysztof Bidas dynamicznie i ciekawie zaprezentował wybrane schorzenia nefrologiczne.

Koncertowe zakończenie

Na zakończenie bogatej programowo sesji naukowej jej pomysłodawca, sędziwy, ale ciągle ruchliwy dr Jan Lechicki, przedstawił problematykę chorób Stefana Żeromskiego. W podsumowaniu podkreślił, że przyczyną śmierci pisarza nie była gruźlica płuc, lecz obturacyjne zapalenie oskrzeli.

Uczestnicy obejrzeni wystawę „Kanada Zachodnia i Alaska w obiektywie Macieja A. Zarębskiego”. Niektórzy zajrzeli na kiermasz wydawnictw książkowych, gdzie swoje książki prezentowali i podpisywali Jan Lechicki i Maciej A. Zarębski. Uczestnicy wysłuchali minikoncertu uczniów kieleckiej szkoły muzycznej, prezentacji fraszek Jana Lechickiego w wykonaniu autora oraz programu słowno-muzycznego opartego na jego utworach. Wzięli udział w Biesiadzie Świętokrzyskiej, wycieczce po urokliwej ziemi świętokrzyskiej i w wyprawie na Święty Krzyż. ☉



Królewna z innej bajki

Łatwo sobie wyobrazić księżniczkę Fionę z antybajki o sympatycznym ogrze Shreku jako apoteozę polskiego systemu ochrony zdrowia.

JOANNA SOKOŁOWSKA

Przywilejem pediatri jest móc spoglądać na świat oczami dzieci – pilnych obserwatorów i bezkompromisowych komentatorów. Oczywiście spojrzenie to, my – dorośli, staramy się modyfikować według dorosłych schematów, zazwyczaj niestety skutecznie. Wykorzystujemy do tego cały arsenał dostępnych środków i tak zwanych metod wychowawczych, wierząc, że „takie będą Rzeczypospolite, jak ich młodzieży chowanie”. Udany proces wychowawczy przez pokolenia polegał na wpajaniu pewnych wzorców zachowań. Pozostawiał trwały ślad i zazwyczaj był nieco traumatyczny. Rodził twórczy bunt. Nastąpił jednak wkrótce czas

pedagogiki nowoczesnej i politycznie poprawnej. Weryfikacji podlegają wszystkie stereotypy postaw uwarunkowanych płcią, pochodzeniem i wykonywaną profesją.⁶

Stereotypy i schematy

Podczas wakacji, w ramach projektu finansowanego ze środków Urzędu Miasta Płocka, odbyły się zajęcia „Inny Kopciuszek”, prowadzone przez związaną z Krytyką Polityczną pedagog Monikę Szlosek. Wykorzystując postacie i sceny z popularnych bajek, animatorka pokazywała przedszkolakom, czym są stereotypy i schematy pojęciowe związane z płcią. Dzieci, o czym poinformowała

lokalna „Gazeta Wyborcza”, po niewielkim naprowadzeniu, doszły do wniosku, że dziewczynki w życiu mają... dużo pracy (oddzielić mak od popiołu, posprzątać siedmiu krasnolom w zamian za wynajęcie pokoju), a chłopcy są... no cóż, mniej rozsądni, ale za to bardziej kreatywni (Bob Budowniczy – wiadomo!). Zajęcia, jak zrozumiałam, miały na celu pokazanie dzieciakom, że po pierwsze we współczesnym świecie płęć nie predysponuje do pełnienia określonych społecznych ról, a po drugie, że zamiast z pewnymi wadami walczyć, lepiej

Czas zapomnieć o stereotypie starszego Pana Doktora, w bajkowych drucianych okularach, w garniturze, z muszką, z lekarską torbą!

uczynić z nich zalety. Wzorem osobowościowym wykreowanym w trakcie warsztatów została... księżniczka Fiona z antybajki o sympatycznym ogrze Shreku. Ponieważ od dzieci można i trzeba się uczyć, spróbowałam znaleźć implikacje, jakie będzie miało gloryfikowanie nieco nieokrzesanej, bekającej i zajądającej się grillowanymi szczurami Fiony.

Nibylandia?

Przy odrobinie wyobraźni i poczucia humoru łatwo ją sobie wyobrazić jako apoteozę polskiego systemu ochrony zdrowia. Niby królowna, a wszystko z nią nie tak. Niby bajka, jak spod pióra braci Grimm, ale rycerz albo niezbyt rycerski, albo marnego wzrostu. Nawet prowadzące bajkową „Randkę w ciemno” magiczne zwierciadło, jak zarządzająca resortem Pani Minister, pokazuje szerokiej publiczności, chę-

Pan Doktor powinien traktować swój zawód jako sposób na życie? Przecież nie pracą człowiek żyje!?

nej lub zmuszonej do romansu jedynie to, co ta chce zobaczyć. Przecież dopiero przy bliższym poznaniu okaże się, że królowna jest „za dnia pięknoscią, w nocy zaś szkaradą”... Ale o tym każdy musi przekonać się sam!

A więc do dzieła, Koleżanki i Koledzy wychowani na skostniałych wzorcach pięknych i dobrych postaci! Precz z Kalos Kagathos opiewanym przez Platona! Wraz z dziećmi uczmy się nowoczesnego podejścia do rzeczywistości. Także tej naszej, medycznej!

Czas więc zapomnieć o stereotypie starszego Pana Doktora, w bajkowych drucianych okularach, w garniturze, z muszką, z lekarską torbą! Zastąpi go facet z dredami i kółczykiem w nosie, ze smartfonem zamiast stetoskopu w garści. Bo przecież nie wygląd świadczy o człowieku!

Jeśli wydaje się Wam, że ten Pan

Czas zweryfikować przestarzałe rytuały plemienne, nakazujące oddawanie czci starszyźnie!

Doktor powinien traktować swój zawód jako sposób na życie – musicie znaleźć sobie psychoterapeutę! Praca, to praca. Jej jedynym celem jest zdobycie funduszy na zaspokojenie swoich potrzeb. Bo przecież nie pracą człowiek żyje! Jeśli brakuje Wam sprytu, by sposobem zdobyć to, co inni osiągnęli dzięki nauce – musicie poszukać osobistego coacha. Jeśli nie wiecie, czym się zajmuje coach – nie ma już dla was nadziei!

Czas weryfikacji

Zapomnijcie, proszę, o historiach takich jak ta, której bohaterem był ciechanowski lekarz Franciszek Rajkowski! Zaopiekował się on i zadbał o edukację wiejskiego sieroty, Bolesława Biegasa. Dzięki niemu chłopiec ukończył krakowską Akademię Sztuk Pięknych i stał się czołowym przedstawicielem europejskiego malarstwa i rzeźby symboliczno-secesyjnej.

Czas zweryfikować przestarzałe rytuały plemienne, nakazujące oddawanie czci starszyźnie! Starszy Pan Doktor jest przecież żałośnie śmieszny z tą swoją zniszczoną torbą i wciąż opowiadanymi anegdotami. Jeśli nie ma go na Facebooku – po prostu nie istnieje! A jeśli ktoś twierdzi, że kobieta nie może być ortopedą, przepraszam ortopedką? Ten przyzółek jest już zdobyty! Nikt przy zdrowych zmysłach nie przyzna się publicznie do takich antyfeministycznych i sexistowskich poglądów!

Jeśli jednak wystarczy Wam odwagi, opowiedzcie swoim dzieciom bajki, w których królowny są piękne i niepozabawione kobiecości (choćby myliły prawą i lewą rękę), a poszukiwanie nieistniejącej wody dającej nieśmiertelność nadaje sens Jasio-wemu życiu. Może i Medycyna zostanie wtedy Królową... ☉

Piloci na wirówce

Wirówka przeciążeniowa pozwoli zwiększyć bezpieczeństwo lotów i pomoże zoptymalizować szkolenie lotnicze.

LUCYNA KRYSIAK

Polscy piloci będą mogli szkolić się na supernowoczesnej wirówce przeciążeniowej, którą 19 września oddano do użytku w Wojskowym Instytucie Medycyny Lotniczej. Ten dynamiczny symulator niemal w stu procentach oddaje warunki prawdziwego lotu. Przeznaczony jest do badania, szkolenia i treningu kandydatów na pilotów oraz pilotów samolotów wysokomanewrowych (bojowych, akrobacyjnych oraz sportowych).

Generał Lech Majewski, dowódca sił powietrznych, podkreślił, że nowy sprzęt jest na miarę wymagań operacyjnych XXI w., pozwoli zwiększyć bezpieczeństwo polskich lotów i pomoże zoptymalizować szkolenie lotnicze.

Kierownik Zakładu Szkolenia i Treningu Lotniczo-Lekarskiego dr Krzysztof Kowalczyk tłumaczył, że w tej wirówce pilot jest poddawany działaniu siły przeciążenia, która jest wielokrotnością siły przyciągania ziemskiego. Wirówka jest w stanie osiągnąć przeciążenia nawet do 16 G, jednak w samolotach występują przeciążenia maksymalnie 9 G, więc na symulatorze większych się nie ustawia. Gondola wirówki umożliwia odwzorowanie kokpitów podstawowych samolotów wielozadaniowych polskich Sił Powietrznych, czyli F-16 oraz MiG-29.

Wirówka przeciążeniowa jest wyjątkowym narzędziem treningowym,

niezastąpionym w prowadzeniu intensywnego szkolenia pilotów w celu nauczania ich poprawnego wykonywania manewru przeciwp przeciążeniowego oraz oswojenia

Wyniki badań pilotów, uzyskane w czasie ćwiczeń na wirówce przeciążeniowej, dają lekarzom unikalną możliwość oceny reakcji organizmu na wysokie wartości przeciążeń.

się ze skutkami oddziaływania wysokich wartości przeciążeń o przedłużonym czasie działania oraz zjawiskiem push-pull.

Uświadamia także załogom lotniczym ewentualne wystąpienie niepożądanych następstw przebywania w warunkach przeciążeń, takich jak przeciążeniowa utrata świadomości czy dezorientacja przestrzenna.

Trening wirówkowy umożliwia odтворzenie oraz podtrzymanie optymalnej tolerancji przeciążeń nawet wtedy – i szczególnie wtedy – gdy wykonywanie zadań w powietrzu jest nie możliwe lub niepożądane.



Trening wirówkowy umożliwia odtworzenie oraz podtrzymanie optymalnej tolerancji przeciążeń.

Koszty treningu na wirówce są zdecydowanie niższe niż ćwiczeń w przeciążeniu przy wykorzystaniu nowoczesnego samolotu bojowego. Wirówkę przeciążeniową będzie można wykorzystywać do testów orzecznich pilotów samolotów odrzutowych (wojskowych), doświadczalnych, pilotów sportowych (akrobacyjnych).

Wirówka ta daje również możliwość treningu dezorientacji

Wirówka daje możliwość treningu dezorientacji przestrzennej, badań materiałowych i eksploatacyjnych.

przestrzennej (uzupełnienie treningu w symulatorach Gyro-1 i GyroLab) oraz badań materiałowych i eksploatacyjnych (osiągi wyższe niż dla konfiguracji badań na ludziach).

Wyniki badań pilotów uzyskane w czasie ćwiczeń na wirówce przeciążeniowej dają lekarzom unikalną możliwość oceny reakcji organizmu na wysokie wartości przeciążeń spotykane w nowoczesnych samolotach bojowych i akrobacyjnych. Pracownia, w której zainstalowano wirówkę, jest wyposażona w system monitorowania medycznego.

Dane medyczne pilota (EKG, EEG, EMG, reografia impedancyjna, amplituda tętna z płata usznego, ciśnienie tętnicze krwi, wysycenie tlenem krwi tętniczej, częstość oddychania, częstość skurczów serca, siła nacisku na pedały) transmitowane

Wirówka przeciążeniowa jest wyjątkowym narzędziem treningowym.

są z gondoli do sterówki za pomocą kabla światłowodowego oraz unikalnego złącza obrotowego. Wyposażenie pracowni pozwala na ciągłą rejestrację wielu parametrów fizjologicznych (do 6 odprowadzeń EKG, EEG, EMG, parametry krążeniowe oraz oddechowe) oraz na ich późniejszą analizę.

Po uroczystości oddania do użytku wirówki antyprzeciążeniowej, zaprezentowano jej możliwości dynamiczne, a także możliwości symulatora w konfiguracji MiG-29 oraz walory ochronne ubioru antyprzeciążeniowego. ●

FOT.: ARCHIWUM WIML

Ruch usprawnia



FOT: MAREK STANKIEWICZ

W 1962 r. przekazano do użytku gmach przy ul. Spartańskiej 1 na warszawskim Mokotowie.

Reumatycy żyją krócej średnio o osiem lat w porównaniu z resztą populacji. Częściej chorują kobiety.

MAREK STANKIEWICZ

Reumatyzm czai się od niemowlęctwa aż po późną starość. Pacjenci stołecznego Instytutu Reumatologii prezentują pełne spektrum wieku – od 1 do 92 lat. Aż 28 proc. chorych to dzieci i młodzież. Niestety, częściej chorują kobiety. Reumatycy żyją krócej średnio o osiem lat w porównaniu z resztą populacji. Koszty ekonomiczne i społeczne ciągle rosną.

W przeddzień Światowego Dnia Reumatyzmu

(12 października) Instytut Reumatologii w Warszawie obchodził 60-lecie swego istnienia. Jubileusz był okazją do udekorowania pięćdziesięciu lekarzy, naukowców i pracowników wysokimi odznaczeniami państwowymi i resortowymi za wybitne osiągnięcia. Obchody zwieńczyła konferencja naukowa poświęcona nowoczesnej diagnostyce, terapiom celowanym, społecznym aspektom chorób reumatycznych.

Kierunek badań

139 przewodów doktorskich, 28 habilitacyjnych, 24 samodzielnych pracowników nauki otrzymało tytuł profesora – to w wielkim skrócie dorobek naukowo-badawczy Instytutu. Główny kierunek badań dotyczy poznania mechanizmów prowadzących do indukcji procesu zapalnego, zmiany odpowiedzi immunologicznej, zmiany w strukturze

płynów ustrojowych narządów wewnętrznych. Wszystko zaczęło się od magicznej inspiracji prof. Eleonory Reicher. – Jej zainteresowania narządem ruchu z punktu widzenia internisty oraz medycyną sportową doprowadziły ją do reumatologii, dziedziny przed ponad pół wiekiem nieznanej – wspomina protoplastę polskiej reumatologii prof. Stanisław Luft.

W 1962 r. przekazano do użytku gmach przy

139 przewodów doktorskich, 28 habilitacyjnych, 24 samodzielnych pracowników nauki otrzymało tytuł profesora – to w wielkim skrócie dorobek naukowo-badawczy Instytutu.



Autor jest rzecznikiem prasowym Instytutu Reumatologii w Warszawie

ul. Spartańskiej 1 na warszawskim Mokotowie. – Przez kolejne pół wieku dokonała się rewolucja w zakresie klasyfikacji i diagnozowania chorób reumatycznych, wprowadzono nowe metody leczenia, w tym

cie. Działalność lecznicza obejmuje również konsultacje najczęściej chorych z całego kraju. W klinikach Instytutu rocznie hospitalizuje się ponad dziewięć tysięcy pacjentów, a z porad ambulatoryjnych skorzystało w 2010 r. – ponad 27 tysięcy chorych.

Epidemiologia zdominowana jest przez reumatoidalne zapalenie stawów (27,5 proc.), układowe choroby tkanki łącznej (16,55 proc.) oraz młodzieńcze zapalenie stawów (aż 14,3 proc.). O dziwo, zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa, dziewięciokrotnie częstsze u mężczyzn, stanowi zaledwie 4 proc. ogółu hospitaliza-

W klinikach Instytutu rocznie hospitalizuje się ponad dziewięć tysięcy pacjentów, a z porad ambulatoryjnych skorzystało w 2010 roku ponad 27 tysięcy chorych.

terapię biologiczną, nastąpił znaczny rozwój wiedzy na temat epidemiologii chorób reumatycznych oraz sposobów poprawy jakości życia pacjentów – zapewnia obecny dyrektor Instytutu prof. Jerzy Stelmachów.

Nowoczesna diagnostyka

Reumatycy mogą korzystać z wysokospecjalistycznych i wieloprofilowych klinik, nowoczesnej diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej. Znacznie poszerzono zakres badań biochemicznych, immunologicznych, patomorfologicznych i immunohistochemicznych. Metody terapii i strategię terapeutyczne stosuje się tak samo jak w najlepszych ośrodkach na całym świe-

cji. – Kolejne lata stawiają przed Instytutem nowe wyzwania w związku ze starzeniem się naszego społeczeństwa. Rehabilitacja osób starszych powinna być prowadzona wielopłaszczyznowo i musi uwzględniać hierarchię potrzeb pacjenta. Podstawowym celem powinno być podtrzymanie i przywrócenie sprawności do wykonywania podstawowych, a następnie złożonych czynności życia codziennego – przewiduje wiceminister zdrowia Andrzej Włodarczyk.

Uznanie reumatologii

Instytut Reumatologii odegrał pionierską rolę w tworzeniu sieci wo-

Nie można obezwładnić się myślą, czy moja niesprawność jest widoczna dla innych. Pora, by zrobić coś dla siebie.

jewódzkich poradni oraz oddziałów szpitalnych. Obecnie jest 87 takich oddziałów. – Pracownicy Instytutu wnieśli ogromny wkład w uznanie reumatologii za odrębną specjalizację – szczyci się prof. Anna Filipowicz-Sosnowska. Reumatologów ciągle jednak brakuje, przez co czas oczekiwania na wizytę w poradni czy konieczną hospitalizację istotnie się wydłuża.

Dla pacjentów cierpiących na choroby reumatyczne prowadzi się akcje edukacyjne, wygłasza wykłady,

organizuje pogadanki, wydaje różne materiały informacyjne i ulotki.

– Nie można obezwładnić się myślą, czy moja niesprawność jest widoczna dla innych. Pora, by zrobić coś dla siebie – zachęca w pacjentów optymizmem Jolanta Grygielska, prezes Stowarzyszenia Reumatyków.

Już 19 listopada Instytut Reumatologii zaprasza wszystkich na konferencję poświęconą ręce reumatoidalnej.

Więcej w internecie: <http://leczymyjuz60lat.pl> ☉

R E K L A M A



Im wcześniej, ty

Profilaktyka nowotworowa w stomatologii jest w Polsce zaniedbana, a lekarz dentysta tylko w niewielkim stopniu wykorzystany jako jej sprzymierzeniec.

LUCYNA KRYSIAK

Stomatolog nie tylko leczy i usuwa zęby, czy też zajmuje się protetyką, ale może na bardzo wczesnym etapie wykrywać nowotwory jamy ustnej. Profilaktyka nowotworowa w stomatologii jest w Polsce zaniedbana, a lekarz dentysta w niewielkim stopniu wykorzystany jako jej sprzymierzeniec, mimo że jest lekarzem pierwszego kontaktu i ma do odegrania kluczową rolę.

Rak jamy ustnej zajmuje 8. miejsce pod względem zachorowalności i umieralności spośród wszystkich typów nowotworów i 5. miejsce wśród nowotworów przewodu pokarmowego. Co godzinę w USA umiera z tego powodu jedna osoba. Aż 70 proc. przypadków tej choroby rozpoznawanych jest w późnym stadium. Niektóre kraje, jak USA czy Australia, przy wysokiej wyjściowo zachorowalności na raka jamy ustnej po-

KOMENTARZE

Prof. Jan Zapala, konsultant krajowy ds. chirurgii stomatologicznej



Głowa, szyja i jamy ustne należą do najbardziej dostępnych bezpośredniemu badaniu obszarów naszego ciała. Powinno to gwarantować możliwość wczesnego wykrywania stanów przednowotworowych i nowotworów. W komfortowej sytuacji jest więc lekarz dentyista, który ma możliwość badania każdego pacjenta zgłaszającego się do niego z problemem zębowym. Przeprowadzenie badania zewnątrz- i wewnątrzustnego zgodnie z wiedzą lekarską pozwala wykryć wszelkie patologie, zachować czujność onkologiczną i skierować pacjenta do właściwego specjalisty. Obecność na skórze twarzy i szyi zmian o typie grudki, hiperkeratozy, łuskowatej plamy, guzka lub owrzodzenia budzi podejrzenie raka skóry. Guz, owrzodzenie lub zmiany

brodawkowate na wargach, szczególnie na wardze dolnej, to duże prawdopodobieństwo występowania raka wargi. Guz, twardy naciek, szczelinowate pęknięcia, owrzodzenie, a później ból promieniujący do ucha, trudności z połykaniem, ograniczona ruchomość języka, krwawienie z owrzodzenia, powiększone węzły chłonne – to podejrzenie raka jamy ustnej (rak języka, dna jamy ustnej, błony śluzowej policzka). Objawy nowotworów masywnego szczękowo-sitowego są również typowe. Najczęściej pacjenci podają: guz na podniebieniu, rozchwywanie grupy zębów, szczękowe ścisk, bóle neurologiczne w okolicy nerwu podoczołowego, łzawienie, diplopia, wytrzeszcz gałki ocznej. Przyczyną niepowodzeń w leczeniu choroby nowotworowej jest z jednej strony nieświadomość chorych zagrożenia tego typu chorobą oraz obawa przed jej leczeniem (zaburzenia estetyczne i czynnościowe), z drugiej błędny jatrogenne będące wynikiem

nieprawidłowego rozpoznania i leczenia. Poprawy wyników leczenia choroby nowotworowej trzeba oczekiwać w uświadamianiu społeczeństwa o zagrożeniu oraz szkoleniu specjalistycznym lekarzy, w tym lekarzy dentyistów. U podłoża trudności w diagnostyce różnicowej nowotworów jamy ustnej są częste zębopochodne zakażenia występujące w tym obszarze, które maskują nowotwór współistniejącym stanem zapalnym, dlatego każdorazowo wymagają różnicowania nowotworu ze stanem zapalnym. Leczenie przeciwzapalne, antybiotykoterapia powoduje eliminację towarzyszącego nowotworom zapalenia, dając chwilową poprawę stanu klinicznego. Wdrożenie na tym etapie właściwego postępowania diagnostycznego pozwala na rozpoznanie choroby nowotworowej, określenie typu histopatologicznego nowotworu i jego zasięgu, co jest istotne w ustaleniu planu leczenia. Guz lub owrzodzenie w jamie ustnej niegójący się

14 dni, po wykluczeniu związków przyczynowych, budzi podejrzenie nowotworu i wymaga rozpoznania (weryfikacji histopatologicznej).

Dr hab. n. med. Iwona Niedzielska, śląski konsultant wojewódzki ds. chirurgii szczękowo-twarzowej



W profilaktyce pierwszorzędowej raka jamy ustnej uwzględnia się zdrowy styl życia i eliminację czynników ryzyka. Wczesne palenie tytoniu w dużej ilości wraz ze spożywanym alkoholem zwiększa ryzyko zachorowania 15-krotnie. Mikro-urazy wraz z brakiem higieny jamy ustnej pogłębiają ten problem. Wszystkim jednak rzadzi DNA, które mimo znakomitych systemów naprawczych pod wpływem nieustannej stymulacji czynnikami ryzyka prowadzi do mutacji komórek

m lepiej

trafiły w nieporównywalnym stopniu do innych krajów, w tym Polski i Francji, ograniczyć śmiertelność w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców. Za sukcesem tym stoją wysokie nakłady finansowe przeznaczane przez rządy tych krajów na leczenie oraz znaczna liczba personelu medycznego, w tym stomatologów opiekujących się chorymi. Według prognoz za 20 lat zachorowalność na raka, w tym raka jamy ustnej podwoi się z powodu starzenia się społeczeństw, braku dobrze opracowanych programów skryningowych oraz zwiększonego oddziaływania czynników kancerogennych. Nowotwory jamy ustnej w zaawansowanym stadium dają liczne przerzuty i nawet po operacji i radioterapii nie najlepiej roją. Tylko

Nowotwory jamy ustnej w zaawansowanym stadium dają przerzuty i nawet po operacji i radioterapii nie najlepiej roją. Tylko 20 proc. chorych przeżywa 5 lat od postawienia diagnozy.

20 proc. chorych przeżywa pięć lat od momentu postawienia diagnozy. Wszelkie zmiany czy owrzodzenia niestety wciąż wykrywane są przypadkowo i w zaawansowanym stadium. Ryzyko zachorowania wzrasta wraz z paleniem tytoniu. 80 proc. chorych to mężczyźni, którzy nałogowo palą i nadużywają alkoholu. Rozwojowi choroby nowotworowej

jamy ustnej i gardła sprzyjają także mechaniczne obtarcia, np. źle dopasowana proteza czy brak higieny jamy ustnej. Leczenie polega na chirurgicznym wycięciu zmian nowotworowych i rekonstrukcji miejsc patologicznych oraz radioterapii. Jeżeli są przerzuty, usuwa się także węzły chłonne.

W USA wśród czynników ryzyka, obok palenia papierosów i picia alkoholu, wymienia się zakażenie wirusem brodawczaka ludzkiego (human papilloma virus – HPV), tym samym, który odpowiada za rozwój raka szyjki macicy u kobiet. Narażone są więc także osoby młode i niepalące. Wirus ten wpływa na rozwój nowotworów jamy ustnej, szczególnie w jej tylnych częściach (ustna część gardła, język, części migdałków). W Polsce o tym zagrożeniu w kontekście raka jamy ustnej mówi się rzadko, ale dla szeroko pojętej profilaktyki niezmiernie ważne jest uwzględnienie również tego rodzaju punktu widzenia. ●

szybciej niż do jej śmierci. Złotym standardem badań skryningowych we wczesnym wykryciu raka jest konwencjonalne badanie jamy ustnej (profilaktyka drugorzędowa). Zmiany w jamie ustnej powstające pod wpływem mikrourazów należy leczyć w gabinecie stomatologicznym nie dłużej niż tydzień. Brak sukcesu terapeutycznego wskazuje na potrzebę ingerencji chirurgicznej w specjalistycznych ośrodkach. Podejmowane są próby chemoprewencji (profilaktyka trzeciorzędowa), której celem jest zahamowanie, odwrócenie lub spowolnienie procesu chorobowego za pomocą syntetycznych albo naturalnych związków chemicznych (np. NLPZ, genisteina, polifenole, inhibitory proteaz, retinoidy, resveratrol).

W Polsce brakuje rygorystycznie egzekwowanych obowiązkowych i zarazem cyklicznych badań stomatologicznych w odniesieniu do całej populacji oraz promocji zdrowia jamy ustnej

w środkach masowego przekazu pod kątem ryzyka rozwoju raka jamy ustnej. Pacjent chory na raka innego odcinka przewodu pokarmowego ginie niezauważony w tłumie, natomiast pacjent z rakiem jamy ustnej z powodu zniekształconego procesu chorobowego lub leczniczym wyglądem chętniej przebywa w domu. Choroba staje się przez to mniej dostrzegalna i dla pacjentów, i lekarzy. Konieczna jest edukacja onkologiczna lekarzy z wypracowaniem algorytmów postępowania na każdym etapie choroby nowotworowej: inicjacji, promocji i leczenia, w tym opieki okołoperacyjnej. Ponieważ jesteśmy genotypowo różni, odmienne będą reakcje zarówno na kancerogeny, jak i wypracowane metody lecznicze. Dziś zatem ważny jest nie tylko czas (rak wcześniej rozpoznany to szansa na życie), ale i indywidualne podejście do każdego pacjenta, co jest już uwzględniane chociażby w najlepszych programach dietetycznych.

R E K L A M A



Z profilaktyką pod strzechy

Dzięki lokalnym inicjatywom jest szansa na zmniejszenie wysokiej śmiertelności z powodu chorób nowotworowych.

LUCYNA KRYSIAK

Co roku ponad 30 tys. osób dowiaduje się, że ma raka piersi, szyjki macicy i jelita grubego. U trzech czwartych spośród nich choroba zostaje wykryta, gdy rak jest na tyle zaawansowany, że jest za późno, by go skutecznie leczyć.

Badania, głupcze!

Druga edycja konkursu „Zdrowa Gmina”, którego uroczyste podsumowanie odbyło się 23 września w Centrum Nauki Kopernik

w Warszawie dowiodła, że z profilaktyką zdrowotną łatwiej dotrzeć do ludzi w małych miejscowościach niż w wielkich aglomeracjach. Do badań mammograficznych, cytologicznych i kolonoskopii skutecznie zachęcają tam nie tylko lekarze, ale wójtowie, nauczyciele, a nawet księż-

W walce z rakiem trzeba sięgać po nowe formy działalności.



FOT.: ARCHIWUM BIURA ORGANIZACYJNEGO KONKURSU „ZDROWA GMINA”

JERZY ZABŁOCKI, WÓJT GMINY DOMANICE Z MAZOWSZA, KTÓRA W TEGOROCZNYM KONKURSIE „ZDROWA GMINA” ZAJĘŁA I MIEJSCE, WYRAZIŁ NADZIEJĘ, ŻE INNI SAMORZĄDOWCY PÓJĄ ICH ŚLADEM.

Z profilaktyką łatwiej dotrzeć do ludzi w małych miejscowościach.

za i wyniki mówią same za siebie. W ciągu ostatnich 6 miesięcy wśród 109 gmin z 6 województw biorących udział w tej edycji konkursu zanotowano wzrost frekwencji w mammografii o 2,74 proc. i o 0,73 proc. w cytologii. Oznacza to, że o oko-

ło 35 000 osób więcej skorzystało z bezpłatnych badań profilaktycznych w kierunku wykrywania raka piersi, szyjki macicy i jelita grubego niż przed rozpoczęciem projektu. To, co nie udało się urzędnikom NFZ i ośrodkom zdrowia, udało się samorządom lokalnym.

Bezpośrednia edukacja

W tegorocznym konkursie „Zdrowa Gmina” I miejsce zajęła gmina Domanice z Mazowsza, II miejsce – gmina Bierawa z woj. opolskiego, III miejsce – gmina Krzywda z woj. lubelskiego. Oprócz statuetek, zwycięzcy odpowiednio do zajętych pozycji otrzymali 100 000 zł, 50 000 zł i 25 000 zł. Jerzy Zabłocki, wójt Domanic, wyraził nadzieję, że inni samorządowcy pójną ich śladem, ponieważ bezpośrednio docieranie z edukacją zdrowotną do każdego z osobna sprawdza się obecnie najbardziej. Od początku trwania konkursu gmina Domanice wiodła prym w statystykach zgłaszalności na bezpłatne badania skryningowe. Miała najwyższy średni wskaźnik w wykrywaniu raka piersi – 23,72 proc. Gmina Krzywda po sześciu miesiącach trwania konkursu odnotowała z kolei najwyższy średni wzrost frekwencji w badaniach w kierunku wykrywania raka szyjki macicy – 18,45 proc., a gmina Bierawa miała jeden z najciekawszych programów działań prozdrowotnych. Gminy prześcigały się w pomysłach, jak zachęcić ludzi do badań, jak zmobilizować ich do wzięcia udziału w programie. Organizowały przyjazdy cyto-

mammbusów, bezpłatny przewóz pacjentów do ośrodków zdrowia oraz spotkania z przedstawicielami samorządów, duchownymi i mieszkańcami. Podczas tych spotkań dyskutowano o konieczności poddawania się badaniom profilaktycznym. Dr Janusz Meder, prezes Polskiej Unii Onkologii, która jest głównym inicjatorem i organizatorem konkursu „Zdrowa Gmina” podkreślił, że celem tego rodzaju inicjatyw jest wzrost świadomości na temat chorób nowotworowych. Wyraził także nadzieję, że zapoczątkowany w minionym roku pilotażowy program przerodzi się w wielką kampanię, do której włączą się kolejne województwa.

Gminy prześcigały się w pomysłach, jak zachęcić ludzi do badań.

Uczestniczący w uroczystej gali Bolesław Piecha, przewodniczący sejmowej Komisji Zdrowia, wyraził nadzieję, że dzięki lokalnym inicjatywom uda się odwrócić niekorzystny trend, jakim jest wysoka śmiertelność z powodu chorób nowotworowych.

Konkurs „Zdrowa Gmina” pokazał, że władze samorządowe potrafią zatroszczyć się o zdrowie swoich mieszkańców. Dowiódł też, że w walce z rakiem trzeba odejść od utartych schematów i sięgać po nowe formy działalności. ●

Kto zwyciężył, a kto przegrał?

Nieczęsto się zdarza, aby wyłoniony
w drodze konkursu kandydat na ordynatora
został zawetowany przez dyrektora szpitala.
Dlaczego stało się tak w Koźienicach?

MARTA JAKUBIAK

Po koniec sierpnia zakończyła prace 8-osobowa komisja konkursowa powołana w celu wyłonienia ordynatora Oddziału Wewnętrznego z Pododdziałem Kardiologii Szpitala Powiatowego w Koźienicach. W konkursie wzięło udział dwóch kandydatów. Jednym z nich był dr Włodzimierz Bąkała, dotychczasowy ordynator. – W opinii członków komisji był lepszy, dlatego wygrał głosowanie – mówi dr Marek Czarkowski, przewodniczący komisji konkursowej, dodając, że decyzja dyrektora szpitala Marka Pacyną o odrzuceniu kandydatury dr. Bąkały była zaskoczeniem. – Wiem, że zdarzało się, iż dyrektorzy odmawiali zatrudnienia kandydata, który wygrał konkurs, ale były to przypadki incydentalne. Mnie, a przeprowadziłem już kilkadziesiąt konkursów, nie zdarzyło się to nigdy – podkreśla.

Ale o co chodzi?

Chciałam porozmawiać z dyr. Pacyną i poznać jego argumenty. Wielokrotnie próbowałam się z nim umówić na spotkanie, ale nie znalazł dla mnie czasu. Zgodził się mnie przyjąć jedynie jego zastępca ds. medycznych – Sławomir Idzikowski. Już na początku rozmowy zastrzegł jednak, że nie rozmawiamy na interesujący mnie temat, ponieważ nie otrzymał upoważnienia od swojego szefa, aby wypowiadać się w tej sprawie. Dodał, że decyzję o niepowołaniu na stanowisko ordynatora

zwycięzcy konkursu podjął dyrektor, a nie dyrekcja, dlatego nie może i nie chce jej komentować. Od przewodniczącego komisji konkursowej dowiedziałam się, że już podczas rozmowy w trakcie konkursu członkowie komisji zorientowali się, że z kandydaturą dotychczasowego ordynatora jest jakiś problem mający związek z kontraktem z NFZ. Okazało się, że Od-

Kiedy dr Bąkała rozpoczął pracę w oddziale, były w nim ogromne niedobory kadrowe.

dział Wewnętrzny ma obniżone stawki, gdyż nie było w nim zatrudnionej wystarczającej liczby kardiologów. Jeden z członków komisji zadał pytanie wicedyrektorowi Idzikowskiemu, czy wobec tego dyrekcja szpitala zatrudni obu kandydatów, niezależnie od tego, który z nich wygra. Odpowiedź była wymijająca. – Zazwyczaj, gdy w czasie konkursu pytamy o takie rzeczy dyrekcję, dostajemy jednoznaczną odpowiedź – mówi przewodniczący komisji konkursowej.

Wkrótce dyr. Pacyna powiadomił go na piśmie, że nie zatrudni kandydata, który wygrał konkurs. W kolejnym piśmie dyrektor poinformował go o zamiarze wystąpienia o przeprowadzenie

kolejnego konkursu na ordynatora. Ponieważ nie udało mi się spotkać z dyr. Pacyną ani zdobyć pisma, w którym uzasadnił swoją decyzję o niezatrudnieniu dr. Bąkały, zapytałam o to przewodniczącego komisji konkursowej.

– O ile dobrze zrozumiałem, główny zarzut dyrektora do zwycięzcy konkursu dotyczy faktu, że podejmując pracę ordynatora, zobowiązał się umożliwić wykształcenie się kolejnemu specjalście kardiologii, żeby szpital nie stracił kontraktu. Ponieważ do zwiększenia liczby kardiologów nie doszło, dyrektor uznał, że ordynator nie sprawdził się w swojej roli – tłumaczy dr Czarkowski. – Niewątpliwie dr Bąkała poczynił starania, żeby liczba specjalistów na oddziale wzrosła, faktem jednak pozostaje, że spośród lekarzy tam pracujących nikt nie zrobił specjalizacji z kardiologii. W piśmie od dyr. Pacyny podnoszony był też, istotny i zasadny według mnie, argument, że dr Bąkała mieszka poza Koźienicami i w tygodniu dojeżdża do szpitala, zaś w soboty i niedziele go tam nie ma. Formalnie nie musi być w pracy, ale zazwyczaj w weekendy ordynatorzy zaglądają na oddział. Z drugiej strony warto, oceniając pracę i osiągnięcia ordynatora Bąkały, uwzględnić jego punkt startowy, czyli to, jak wyglądał oddział, kiedy zaczynał on w nim pracę i jak wiele zrobił dla poprawy jego stanu.

Murem za ordynatorem

Po spotkaniu w dyrekcji szpitala byłam umówiona z jedną z lekarek pracujących w Oddziale





FOT.: MARTA JAKUBIAK

Wewnętrzny. Ku mojemu zaskoczeniu dołączyli do nas kilku innych lekarzy, którzy również chcieli wyrazić swoją opinię. Poprosili, żebym nie nagrywała naszej rozmowy, bo obawiają się, że mogą stracić pracę. – Nasz sprzeciw nie jest walką o przywrócenie dr. Bąkały na stanowisko ordynatora, ale o przywrócenie mu dobrego imienia. To naprawdę doskonały lekarz i wspaniały człowiek – usłyszałam od nich. Dowiedziałam się również, że kiedy dr Bąkała rozpoczynał pracę w oddziale, były w nim ogromne niedobory kadrowe. To za jego kadencji do pracy zgłosiło się pięciu nowych, młodych lekarzy. Od samego początku zachęcał wszystkich do podnoszenia kwalifikacji, namawiał do otwierania specjalizacji, wysyłał na zjazdy towarzystw naukowych, konferencje i kursy. Lada moment jego podopieczni zaczęli zdawać egzaminy specjalizacyjne. Rok temu, dzięki zaangażowaniu dr. Bąkały, oddział wziął udział w projekcie „TeleinterMed”, prowadzonym przy współpracy z echokardiografistami z Instytutu Kardiologii w Warszawie.

Dyskusyjny zwycięzca

Sześć lat temu w szpitalu w Koźienicach odbył się analogiczny konkurs na ordynatora. Wzięli w nim udział m.in. ci sami dwaj kandydaci. Wygrał dr Bąkała. W tym roku również zostałby zwycięzcą, gdyby nie weto mgr. Marka Pacyny, z wykształcenia ekonomisty, piastującego stanowisko dyrektora szpitala od początku 2011 r. (wcześniej

dyrektorem był obecny zastępca, dr Sławomir Idzikowski). Zapytałam dr. Bąkałę, czy między nim a dyrekcją szpitala dochodziło do konfliktów. Zaprzeczył. Jak twierdzi, tylko raz, na zebraniu ordynatorów, wyraził odmienne zdanie, przeciwstawiając się koncepcji zwalniania pielęgniarek i salowych. – Sugerowałem, by szukać oszczędności w redukcji pionu administracyjnego, a nie personelu białego. Moja wypowiedź była merytoryczna, nie mogła w żadnym stopniu obrazić dyrektora. Przez sześć lat nikt nie miał uwag ani do oddziału, ani do mojej pracy – zapewnia. I nie ma w jego głosie pretensji, żalu, zło-

Mimo że dr Bąkała wygrał konkurs na ordynatora oddziału, nie został nim.

ści, czy wyrzutów. – Stworzyliśmy dobry zespół, wyremontowaliśmy „erkę”, wyprowadziliśmy na prostą wszystkie zaległości w kardiologii, udało nam się stworzyć Koźmienickie Warsztaty Echo – wylicza. Zarzuty dyr. Pacyny zawarte w piśmie do przewodniczącego komisji konkursowej nazywa nieprawdą albo półprawdą. – To fakt, że w pewnym momencie nie mieliśmy kardiologa. Proponowałem zatrudnienie czterech specjalistów. Jeden z nich rozmawiał z dyrekcją, ale jego wymagania finansowe były zbyt wygórowane. Pozostali odmówili. Wszystkie kwestie dotyczące

zatrudniania lekarzy i pracy w Poradni Kardiologicznej konsultowałem z dr. Idzikowskim i dr. Świechowskim, który do początku 2011 r. był dyrektorem medycznym. Ostateczne decyzje należały do nich, ja tylko sugerowałem to, co według mnie jest dobre. Przyznaję, że zgłoszono mi, iż fundusz ma pewne obiekcje w związku z brakiem jednego kardiologa i możemy mieć z tego powodu zaniżone stawki. Wspólnie z dyrekcją ustaliliśmy, że w tej sytuacji zwiększymy punktowo kontrakt z interny, odrobinę zmniejszymy z kardiologii, żeby bilansowo nie stracić, a część procedur kardiologicznych będziemy mogli wykonywać w internie. Kontrakt naszego oddziału co roku był zwiększany, przynosił nam około 5,5 proc. zysku. A przecież w internie jest m.in. geriatra, onkologia, są duże wydatki lekowe i sporo diagnostyki – przekonyuje dr Bąkała.

Niech sąd rozstrzygnie

Jaki miał plan podnoszenia kwalifikacji w zespole? Po zakończeniu specjalizacji z interny ktoś zrobi kardiologię, ktoś inny endokrynologię, pulmonologię, gastroenterologię itd. Za kilka lat Koźienice będą miały pełny profil specjalistów w zakresie chorób wewnętrznych. – Dyrektor zarzucił mi, że chciałem być monopolistą w kardiologii na rynku koźmienickim, że prywatę stawiałem wyżej niż dobro pacjenta czy szpitala, że nie chciałem zatrudniać innych kardiologów. To zarzuty nieprawdziwe i bardzo dla mnie krzywdzące – mówi dr Bąkała, dodając, że złożył już pozew w sądzie cywilnym. Chce odzyskać dobre imię. – Niech sąd rozstrzygnie, gdzie leży prawda – podsumowuje. Stając do konkursu, miał pozytywną opinię wicedyr. Idzikowskiego, oceniającą sześć lat jego pracy. I choć wygrał konkurs na ordynatora, nie został nim. Na dodatek stracił pracę i ma zakaz wstępu na oddział. Kiedy pojawił się na nim dzień po wygaśnięciu kontraktu, został wyproszony przez dyrektora i kadrową.

Teraz p.o. ordynatora Oddziału Wewnętrznego jest kontrkandydat dr. Bąkały, który w ocenie komisji konkursu przegrał. ●

Czy istnieje życie poza NFZ-owe?

Wielu lekarzy pozostaje w przekonaniu, że nie ma życia poza NFZ. Czy naprawdę tak jest?

KRYSZYNA KNYPL

Wypisywanie recept refundowanych staje się sportem ekstremalnym. Taka lekarska odmiana skoku na bungee bez potrzeby wyjeżdżania na Antypody. Wiele osób sport ten uprawia pozostając w przekonaniu, że nie ma życia poza NFZ. Czy tak jest naprawdę, każdy musi sprawdzić osobiście. Mutacje tego problemu brzmią w pytaniach: Czy istnieje życie pozaszpitalne, pozaakademiczne i inne formy życia, przez niektóre środowiska uznawanego za najbardziej godne ulokowania swej kariery?

Przejściowe trudności

W dobie coraz większych rygorów finansowych serwowanych przez NFZ warto wiedzieć, że życie bez kontraktu z tą instytucją istnieje. Ale po rozstaniu się z nią trzeba się liczyć z przejściowym obniżeniem przychodów i zmniejszeniem liczby pacjentów. Ponadto konieczne jest oswajanie się z takim fenomenem natury, że mimo nieprzyjęcia pewnych osób na cito pozostają one przy życiu, choć zapewniły nas, że zejdą z tego świata w trybie natychmiastowym. Konieczne jest też pogodzenie się z faktem, że pewni znajomo-pacjenci powiedzą nam: „Skoro nie przyjmujesz w szpitalu/przychodni przyszpitalnej, to nie będę się u ciebie leczyć”. Ważne jest też nauczenie się odpowiadania na pytanie „Gdzie teraz pracujesz?” przy spotkaniu w miejscu neutralnym.



Autorka jest doktorem nauk medycznych, internistą – hipertensjologiem

Konieczne może być też nauczenie się odpowiadania na pytanie „A co ty tu robisz?” – możemy je usłyszeć na przykład na kongresie zagranicznym. Po opanowaniu właściwych odpowiedzi i oswajeniu się z nową rolą i miejscem w medycynie żyje się naprawdę fajnie.

Różne scenariusze

Nie wszyscy wyobrażają sobie erę po rozwodzie z NFZ jako pobyt w krainie wolności. Dr Danuta Przerwa, okulistka pracująca w dwóch NZOZ-ach mających kontrakt z NFZ, oczyma wyobraźni widzi taki scenariusz: – Po wypowiedzeniu umowy zacynam wypisywać leki na 100 proc., ale pacjenci pouczeni przez panią w aptecce powracają z informacją, że należy się im zniżka. Masowo udają się na skargę do kierownictwa NZOZ.

Po tygodniu otrzymuję wypowiedzenie z powodu trwania w uporze i odmowie współpracy z NFZ. Z gabinetu prywatnego, w którym wystawiałabym wyłącznie recepty na 100 proc. nie wyżyję, zastanawiam się nad rentą, ale myśl o zrujnowaniu funduszy emerytalnych powstrzymuje mnie od przyjęcia tego rozwiązania. Pełnię więc we włosienicy do siedziby NFZ (innego ciucha szkoda, bo błoto i droga rozkopana) i błagam o podpisanie umowy na warunkach, jakie wskażą.

Każdy musi zważyć wszystkie za i przeciw i podjąć niełatwą decyzję, co robić w trwającym jeszcze

do końca stycznia roku Królika. W chińskim kalendarzu zdarza się on raz na 60 lat i poprzedni był w 1951 r. W latach Królika powstaje w głowach władców przekonanie, że trzeba zabierać tym, co mają podobno czegoś za dużo. W poprzednim roku Królika odbierano kulką plony w ramach przymusowych dostaw, teraz obowiązkowe mogą być dostawy części kwot z kontraktów.

Materia wymagań

Pokrywanie przez lekarzy kosztów leczenia osób przedstawiających fałszywy dowód ubezpieczenia w gabinecie to wątek dla kabaretu. Dziś wszystkie urzędy, miejsca pracy zaopatrzone są w komputery oraz dostęp do internetu. Pora na skomputeryzowanie wszystkich bez wyjątku placówek medycznych. Dr Beata Świerczewska, internistka z Warszawy, uważa, że najprostszym sposobem uwolnienia lekarzy od zmyślenia kontrolowania ubezpieczenia pacjentów jest przeniesienie tego procesu do aptek, które będąc w 100 proc. skomputeryzowane, bez większych nakładów mogą być połączone z bazami NFZ.

NFZ dysponuje bardzo szczegółowymi bazami o ubezpieczonych, czego dowodem opublikowane ostatnio przez wszystkie oddziały dane o wysokości kosztów naszych preskrypcji z podaniem liczby pacjentów.

Gdyby ktoś uważał, że połączenie aptek z NFZ-owskimi bazami danych jest kosztowne i nie ma na to pieniędzy w systemie, podpowiem, że można poszukać funduszy w kosztach kontroli. Wybijały system kontroli jeszcze nigdy niczego nie usprawnił. Chyba że do zarządzania wyobraźnią społeczną potrzebni są zarówno ci, którzy są zli, jak i ci, którzy są dobrzy. ☉



W domach spokojnej starości

W numerze 07/2011 „Gazety Lekarskiej” przeczytałem artykuł Lucyny Krysiak pt. „Polska starość nie musi być smutna”, który porusza bardzo istotną sprawę dla coraz liczniejszej rzeszy społeczeństwa. Jest tam m.in. taki fragment: „Z badań wynika, że najbardziej przyjaznymi dla seniorów są rodzina i sąsiedzi. Najmniej

życzliwie odnoszą się do nich ekspedientki, urzędnicy, pracownicy środków transportu oraz lekarze i pielęgniarki”. To zapewne prawda, ale nie cała prawda. Odnosi się bowiem do seniorów, którzy są jeszcze „na nogach”. A przecież tak wielu ludzi już nie jest w stanie poruszać się o własnych siłach. I wtedy nawet (...) rodzina (jeśli takowa istnieje) i sąsiedzi stają się

innymi ludźmi. No bo każdy ma swoje sprawy i obowiązki (...). Owszem, współczucie, czasami nawet jakaś doraźna pomoc. Ale taki senior jest ciągle żywym człowiekiem, posiadającym co najmniej tzw. potrzeby biologiczne. Nie mówiąc już o kwestii natury psychologicznej. I co wtedy? Na tzw. Zachodzie, czyli w społeczeństwach znacznie bardziej uporządkowanych cywilizacyjnie, kulturowo i odpowiednio zamożniejszych, działa struktura domów opieki seniora, gdzie za część swoich dochodów emerytalnych senior może otrzymać godziwe schronienie, nie będąc narażonym na maltretowanie i wyzysk. W sytuacji kiedy jego starość przekształca się w piekło – jest bez wyjścia, nie może nawet użyć pakietu eutanazyjnego, bo to ideologicznie zabronione. Ma prawo tylko cierpieć (...).

Jak ten problem ma być ustawiony (bo nie rozwiązany) konkretnie w tym kraju, któremu jeszcze bardzo daleko do poziomu nieco bardziej zaawansowanych cywilizacyjnie? A przecież problem istnieje, i to bardzo poważny i dotyczący prawie wszystkich (różnice sprowadzają się tylko do skali czasowej, no i stopnia tzw. zamożności). Należałoby w ramach opieki społecznej inicjować budowę domów spokojnej starości, pod auspicjami państwa, a nie tylko tzw. sektora prywatnego, czy hospicjów pochodzenia religijnego, w których również dzieją się różne rzeczy. Takie przedsięwzięcie mogłoby również generować (niewielkie) zyski. Nie obciążałoby zatem budżetu państwa, który zawsze był, jest i będzie dziurawy, bo właśnie o to chodzi. (...)

RADOSŁAW BROŃSKI

Rezultat konsultacji

Ciągle zastanawiam się nad tematyką projektowanych w „Gazecie Lekarskiej” felietonów, w których obiecałem snuć refleksje na temat związków sztuki z medycyną. Albo inaczej: różnorodnych zjawisk występujących na styku sztuki i medycyny. Albo jeszcze inaczej: czego od autora profesjonalnie i praktycznie całe życie funkcjonującego w sztuce może oczekiwać lekarz, biorąc co miesiąc do ręki swój periodyk medyczny, którego w końcu podstawowym obowiązkiem jest zajmowanie się sprawami medycyny, ale może nie tylko.

Niedawno zmarły największy polski tenor Bogdan Paprocki, często widząc w łóżu kierowanych przeze mnie teatrów lekarzy, lekarzy z małżonkami, lekarzy z całymi rodzinami, mawiał z przekąsem (z czego słynął): Pan to głównie robisz w medycynie! Zainteresowanie ludzi sztuki środowiskiem lekarskim ma swoją długą i ciekawą historię. Spływając, można to tłumaczyć hipochondrią i przysłowiowym przeobrażeniem artystów. Z długoletnich obserwacji wynika, że skłonność ta ma jednak dużo głębsze przyczyny. Tylko z terenu mojej pracy teatralnej mógłbym przytoczyć co najmniej kilkanaście przykładów małżeństw



artystów z lekarkami, lub lekarzy z artystkami. Niemal wszystkie trwałe i udane. Dodam do tego niemałą liczbę karier artystycznych osób, które swą działalność w sztuce łączyły z codziennym wykonywaniem zawodu lekarza.

Zastanawiając się nad tematyką swych przyszłych felietonów postanowiłem posłużyć się metodą – tak częstych w medycynie – konsultacji. W październiku przyjąłem za prośbą krakowskiej izby lekarskiej, aby towarzyszyć ponad stuosobowej grupie eskułapów uczestniczących w koncertach tamtejszej filharmonii. W ostatnim okresie jej orkiestra swym poziomem znacznie przewyższa to, co na co dzień można usłyszeć w polskich salach koncertowych. No wy dyrektor Filharmonii Krakowskiej Paweł Przytocki jest najlepszym wyborem, jakiego można było dokonać w trosce o przyszłość muzyki pod Wawelem. Pierwsi dostrzegli to nie

recenzenci, ale liczni krakowscy lekarze, swą aktywnością, akceptacją i gremialną obecnością na koncertach manifestujący przywiązanie do swej Filharmonii przy Plantach.

W tym gronie przed koncertem poproszono mnie o refleksje na temat „Requiem” Giuseppe Verdiego. Kiedy w wypełnionej po brzegi publicznością sali koncertowej przebrzmiała owacja na stojąco, zachwyceni dyrygentem, orkiestrą, chórem, mezosopranem (Urszula Krygier) i basem (Wojciech Gerlach), resztę wieczoru spędziliśmy – a jakże! – w restauracji. Tam odbyła się wspomniana konsultacja. Jej rezultat jest następujący: pisać co miesiąc, nie ustając w poszukiwaniach związków medycyny ze sztuką. Zachęcać lekarzy do słuchania muzyki, jako terapii po i przed ratowaniem ludzkiego zdrowia. Przenosić życie towarzyskie i spędzanie wolnego czasu do sal koncertowych, operowych i teatralnych. Kulturować bogatą tradycję kontaktów osobistych między lekarzami i artystami różnych płci, wyznań i upodobań. Wreszcie w felietonach nie głędzić, nie przynudzać, nie mędrkować i nie rozwlekać. Na razie to byłoby na tyle.

Wracam do wspólnie wysłuchanego „Requiem” Verdiego. Całą okupację i pierwsze lata po wojnie przechadzała się po Plantach wielka polska śpiewaczka dr Stani Zawadzka. Wybitny sopran dramatyczny, później profesor krakowskiego Konserwatorium. Przed wojną – gwiazda włoskich scen operowych z bogatą karierą międzynarodową. Kochał się w niej podobno sam Pietro Mascagni, kompozytor „Rycerskości wieśniaczej”, w której Maestra wykonywała często partię Santuzzy. Był on wrażliwy nie tylko na piękno jej głosu, ale na jeszcze inne wdzięki, których urodziwej Polsce nie brakowało. Stani Zawadzka w latach 20. ubiegłego stulecia odnosiła wielkie sukcesy, śpiewając partię sopranową w „Requiem” Verdiego na największych estradach koncertowych Europy. W historii polskiej wokalistyki zasłynęła jako śpiewający doktor medycyny ze specjalnością – pediatria. Obydwa te fakultety uprawiała jednocześnie w ciągu niemal całej kariery, niezmiennie odnosząc sukcesy. Oto pierwszy przykład związku medycyny ze sztuką. O następnych za miesiąc i – miejmy nadzieję – co miesiąc. ◎

Sławomir Pietras
Autor jest dyrektorem polskich teatrów operowych

„Puls Słowa” na Pradze

* Plon konkursu pokazał, jak wielu lekarzy bawi się metaforą i jak różne są efekty tych twórczych starań.

* chirurgowi onkologowi, za zestaw wierszy opatrzonych godłem „Sylwio”, członkowi UPPL, z dużym dorobkiem pisarskim.

JOLANTA ZARĘBA-WRONKOWSKA

Praga wraca do secesji, cieszy się z renowacji starych historycznych kamienic. Wyrastają nowe kawiarenki, małe barki nie straszą brudem czy podejrzanym menu. Właśnie na Pradze, 3 września, przy ulicy Okrzei 24, w Café Melonik zebrali się laureaci II Ogólnopolskiego Konkursu Poetyckiego „Puls Słowa”, zorganizowanego przez Naczelną Izbę Lekarską, Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie i Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa Praga Północ. Małe, ale pełne wdzięku wnętrze lokaliku zapęłniło się lekarzami, którzy nie umieją żyć bez zapisywania swego czasu i wrażliwości.

Talenty poetyckie

Jury obradowało pod przewodnictwem Zdzisława Tadeusza Łączkowskiego (filologa, literata, krytyka), w składzie: Maria Żywicka-Luckner i Jolanta Zaręba-Wronkowska (internistki, piszące i malujące), Ali-

cja Chrabol-Sura (dermatolog, dyrektorka ZPZLO) oraz Zbigniew Irzyk (filolog, krytyk). Plon konkursu jeszcze raz pokazał, jak wielu lekarzy bawi się metaforą i jak różne są efekty tych twórczych starań. Pierwszej nagrody nie przyznano. II nagroda przypadła Waldemarowi Hładkiemu, krakowskiemu chirurgowi, członkowi UPPL, za zestaw wierszy opatrzonych godłem „Matwiej”. Wiersze kolorowe, egzotyczne reminiscencje ze spotkania z Afryką. III nagrodę przyznano ex aequo: Ewie Wiater-Kozioł z Lublina, za zestaw wierszy opatrzonych godłem „Zofia” i Zbigniewowi Kostrzewie, członkowi UPPL, laryngologowi z Łowicza, za zestaw wierszy opatrzonych godłem „Dorota”, poecie i pisarzowi z dużym dorobkiem twórczym. Przyznano także cztery wyróżnienia: Annie Gleixner z Zabrze, za zestaw wierszy opatrzonych godłem „@gx”, Lidii Ziułkowskiej-Michalewskiej z Gdańska, za zestaw wierszy opatrzonych godłem „Sopela”, Joannie-Czajkowskiej, psychiatrze z Konstantynowa Łódzkiego, za zestaw wierszy opatrzonych godłem „Emilia”, członkini UPPL, z ciekawym dorobkiem poetyckim, Sylwestrowi Milczarkowi, bydgoskiemu

Praskie klimaty

W szczególnym klimacie praskiej kawiarenki laureaci czytali wiersze, sączono wino, smakowano metafory i radość spotkania. Potem grała Orkiestra z Chmielnej, czyli kolory Warszawy lewobrzeżnej zmieszały się z praskimi, a wiersze były w tle. Można sobie wyobrazić, że Masajka z wiersza Waldka Hładkiego rozkołysałaby biodra przy dźwiękach warszawskiej kapeli, a potem pozdrowiłaby wrażliwych poddanych Eskulapa tu, na Pradze.

Kochajmy lekarzy! Kochajmy poetów! Naśladując i wspominając śp. Piotra Skrzyneckiego, króla krakowskiej bohemy. ☉

Można sobie wyobrazić, że Masajka z wiersza Waldka Hładkiego rozkołysałaby biodra przy dźwiękach warszawskiej kapeli, a potem pozdrowiłaby wrażliwych poddanych Eskulapa tu, na Pradze.



Na krawędzi

Przytoczone liczne poglądy naukowe świadczą o potrzebie zmiany pojęć medycznych.

JOLANTA MAŁMYGA

Czy utrata świadomości pozbawia chorego człowieczeństwa? Czy pacjenci w śpiączce są wewnętrznie świadomi? Ilu z nich ma nadal doświadczenie wewnętrznej

świadomości, lecz nie pamięta o tym w momencie poprawy lub umierania? Czy człowiek pozostaje człowiekiem dopóki żyje jego ciało, czy w przypadku śmierci mózgowej staje się dawcą organów z bijącym sercem?

Ogólnopolski Konkurs Literacki

Edycja I

Organizator:
Medycyna Praktyczna

Partner:
Fundacja Anny Dymnej
„Mimo Wszystko”

Jury:
Anna Dymna,
Ewa Lipska,
Marek Pawlikowski,
Michał Rusinek,
Andrzej Szczekliki
(przewodniczący),
Adam Zagajewski



 regulamin

W konkursie może wziąć udział każda osoba mająca tytuł lekarza lub lekarza dentysty.

Pracą konkursową mogą być wiersze (maks. 5) lub opowiadanie, esej bądź fragment powieści (maks. 10 stron [1800 znaków na stronę]), o dowolnej tematyce.

Prace konkursowe muszą stanowić oryginalną twórczość osoby zgłaszającej się do konkursu. Nie mogą być to prace wcześniej publikowane lub nagradzane, ani prace obciążone prawami ustanowionymi na rzecz osób trzecich.

Po wypełnieniu formularza zgłoszeniowego na stronie internetowej www.mp.pl/wena należy przesłać pracę konkursową (plik w formacie Word, czcionka Times New Roman, czcionka 12 p.) w terminie do 15 stycznia 2012 roku pocztą elektroniczną pod adresem konkursliteracki@mp.pl. W tytule wiadomości należy wpisać „Konkurs literacki”.

Jednocześnie z wysłaniem pracy konkursowej należy wpłacić 10 zł na konto Fundacji Anny Dymnej „Mimo Wszystko”: ING Bank Śląski 70 1050 1445 1000 0022 7599 1459.

Laureaci zostaną wyłonieni osobno w kategoriach Poezja i Proza. Ogłoszenie zwycięzców konkursu nastąpi 12 kwietnia 2012 roku podczas specjalnego wieczoru literacko-muzycznego w Sali Koncertowej Pałacu Kultury i Nauki w Warszawie.

Przystąpienie do udziału w konkursie jest równoznaczne z akceptacją niniejszego regulaminu oraz wyrażeniem zgody na przetwarzanie przez organizatora danych osobowych uczestnika zgodnie z przepisami ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 roku wraz z późniejszymi zmianami.

Informacji udzielają:

Aldona Mikulska, Justyna Tomaska
Medycyna Praktyczna, ul. Skawińska 8, 31-066 Kraków
tel. 12 2934211, e-mail: konkursliteracki@mp.pl
www.mp.pl/wena



Na te pytania i liczne wątpliwości związane ze stanami zaburzeń świadomości, szczególnie w odniesieniu do transplantologii, odpowiedzi znajdują się w prezentowanej książce „Medycyna na krawędzi”, której autorem jest Jacek Maria Norkowski, lekarz i dominikanin.

Autor wnikliwie opracował pod względem medycznym zagadnienie zaburzeń świadomości, przedstawiając dorobek naukowy wielu uznanych autorów. Znajdują się tu

**Człowiek nadal
pozostaje człowiekiem
dopóty, dopóki żyje jego
ciało.**

też opisy przypadków chorych będących w przewlekłym stanie wegetatywnym. Wczytując się, dostrzegamy wnioski autora: Nie możemy obserwować wrażeń innej osoby, lecz jedynie jej zachowania. Ocena świadomości subiektywnej zależy od nastawienia badającego i czasu obserwacji. Świadomość to rozumienie siebie i otaczającej rzeczywistości.

Chociaż jest to książka naukowa, zawiera również rozważania etyczne i filozoficzne, które wzbudzają emocje u czytelnika. Podejmowanie decyzji o możliwości pobrania narządów do przeszczepu wymaga odwagi i najnowszej wiedzy, a przytoczone liczne poglądy naukowe świadczą o potrzebie zmiany pojęć medycznych. Gorąco polecam przeczytanie tej książki wszystkim lekarzom. ☉

Szczęśliwa dwunastka

Pogoda oraz dobre
nastroje dopisały
do końca zawodów.

Otwarcie 12. Mistrzostw Polski Lekarzy w Strzelectwie w miejscowości Osie uświetnili swoją obecnością oraz płomiennymi, zażręwanymi do sportowej rywalizacji, przemówieniami: prezes Polskiego Stowarzyszenia Strzelectwa Parkurowego Jerzy Kamiński, przewodniczący Naczelnej Komisji Strzelectwa Myśliwskiego Roman Bernacki, prezes Bydgoskiej Izby Lekarskiej Stanisław Prywiński, wójt gminy Osie Michał Grabski. Zawody zostały rozegrane w klasyfikacji indywidualnej oraz drużynowej z udziałem reprezentacji okręgowych izb lekarskich. W osobnej klasyfikacji walczyli o puchary sympatycy naszego środowiska. Z maszyn rozstawionych na całym terenie strzelnicy każdemu strzelcowi podanych zostało 100 rzutków w różnych

kombinacjach, określonych w regulaminie Międzynarodowej Federacji FISTASC na czterech osiach strzeleckich. Nad całością ustawień schematów umiejscowienia maszyn czuwał prezes Klubu Strzeleckiego „ASTRA” Sergij Isaryk.

Mistrzem Polski w kategorii lekarzy został Maciej Gmitrzak, I wicemistrzem Marek Jedwabiński, a II wicemistrzem Sergij Isaryk, całą trójkę z Bydgoskiej Izby Lekarskiej. Wśród sympatyków środowiska lekarskiego zwyciężył Rafał Jarecki (Bydgoszcz), II miejsce zajął Roman Bernacki (Katowice) a III – Jacek

Jarecki (Bydgoszcz). W klasyfikacji drużynowej Bydgoska Izba Lekarska w składzie: Maciej Gmitrzak, Marek Jedwabiński, Sergij Isaryk, wyprzedziła izby toruńską i gdańską. W klasyfikacji indywidualnej lekarzy i gości pierwsza piętnastka strzelców została nagrodzona kryształowymi pucharami oraz cennymi nagrodami. Szczególną ozdobę rywalizacji stanowiły dwie uroczyste „Diany”, które również zostały wyróżnione nagrodami.

Odbył się turniej dobroczynny „Dar Serca”, którego dochód – jak co roku – przeznaczony został na pomoc dla małych pacjentów Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. Jurasza w Bydgoszczy. Pogoda oraz dobre nastroje dopisały do końca zawodów. Darz bór!

(JEDMAR)



Fot.: OIL w Bydgoszczy



Fot.: Radosław Janek

Wygrane wybory

Rok jak z bicia strzelił i znowu w Wieleniu nad Notecią, 17 września, odbyły się Mistrzostwa Polski Lekarzy w maratonie MTB.

TOMASZ KACZMAREK

Przyjechało ponad 400 uczestników biorących udział w wyścigach rowerowych na trzech dystansach w Puszczy nad Drawą i prawie setka dzieci biorących udział w zawodach rowerowych na stadionie w Wieleniu. Braci medycznej było więcej niż w poprzednich edycjach. Ponad 50 osób. Lekarze walczyli na dystansie 57 km o tytuł Mistrza Polski. Tytuły mistrzowskie zdobyli: Agnieszka Bolesława Zarzeczna z Warszawy, Edyta

Swat z Przeźmierowa, Marek Karkos z Gostynia, Wojciech Jurasz z Poznania, Tomasz Kaczmarek z Wielenia, Krzysztof Ruszkowski z Poznania. Mistrzowie będą mieli już niedługo w swoim gronie świetnego zawodnika – student medycyny Sebastian Swat wygrał klasyfikację open królewskiego dystansu 100 km i zasiadł na tronie dla Mistrza Michałków. Na stadionie rozegrano zawody dla dzieci na rowerkach. Nasi dwaj koledzy już po raz drugi ufundowali wysokiej klasy rower dla jednego z małych uczestników. Wylosowano dziew-

czynkę z Janowca Wlkp., która w ubiegłym roku też wylosowała główną nagrodę. Jej tata podjął natychmiastową decyzję, żeby przekazać ten rower do dalszego losowania i przypadł on wówczas chłopcu z wielkiej szkoły. Za ten gest nagrodziliśmy tatę dziewczynki Pucharem Fair Play. Wszyscy tego dnia coś wygrali.

Do uświetnienia tej imprezy przyczyniła się także m.in. Naczelna i Wielkopolska Izba Lekarska za co współorganizator bardzo im dziękuje.

ZJAZDY KOLEŻEŃSKIE

Absolwenci Śląskiej AM, rok 1969

Serdecznie zapraszam na X zjazd koleżeński do Hotelu „Ostaniec” w Podlesicach, gmina Krocyce, w dniach 15-17.06.2012 r. Koszt uczestnictwa 450 zł. Zgłoszenia do 1.05.2012 r. na adres: Maria Gajeczka-Bożek, 42-400 Zawiercie, ul. Okienik 40. Tel.: 32 671 60 25 lub 601 289 665, e-mail: maria-gajeckabozek@op.pl. Wpłaty do 15.05.2012 r. na konto 2710501591100000229223264. Więcej informacji na www.absolventus.pl

Wydział Lekarski, rok 1961/1962 oraz Oddział Stomatologii, rok 1961 AM w Gdańsku

Jubileuszowy Zjazd 50-lecia uzyskania dyplomu lekarza odbędzie się w czerwcu 2012 r. w Gdańsku. Zgłoszenia udziału: ordyniec@gmail.com lub Edward Ordyniec, 81-388 Gdynia, ul. Świętojańska 78/1. Informacje: tel. (58) 620 24 81, (58) 718 08 81.

Wydział Lekarski AM we Wrocławiu, rocznik 1986

Zjazd absolwentów AM we Wrocławiu, rocznika 1986 - 25 lat po dyplomie - 3.12.br. (sobota), godz. 19.00, Stara Garbarnia, Wrocław-Leśnica. Osoby zainteresowane udziałem w spotkaniu towarzyskim są proszone o zgłoszenie swojego uczestnictwa drogą mailową do Doroty Kustrzyckiej-Kratochwil: dkratochwil@plusnet.pl. Prosimy o podanie ewentualnego udziału osoby towarzyszącej. Wpłaty – 250 PLN od osoby – na konto DIL we Wrocławiu: 17 1540 1030 2001 7753 6075 0001, do 15.11.br., z dopiskiem „Zjazd 1986” oraz podaniem danych uczestnika (uczestników). Wpłat można dokonywać również bezpośrednio w DIL we Wrocławiu (Patrycja Malec, poziom 1). Czekamy na szybki odpowiedź! W imieniu organizatorów: Halina Jamrózy-Morawiak, Dorota Kustrzycka-Kratochwil, Małgorzata Firkowska-Skóra, Hanna Gerber, Małgorzata Winiarska.

KOMUNIKAT KAPITUŁY ODZNACZENIA MERITUS PRO MEDICIS

SZANOWNE KOLEŻANKI, SZANOWNI KOLEDZY

ZAPRASZAM WSZYSTKICH CZŁONKÓW IZB LECARSKICH DO ZGŁASZANIA KANDYDATUR OSÓB, KTÓRE W SZCZEGÓLNY SPOŚÓB ZASŁUŻYŁY SIĘ DLA NASZEGO SAMORZĄDU I WASZYM ZDANIEM ZASŁUGUJĄ NA ODZNACZENIE MERITUS PRO MEDICIS.

WNIOSKI O NADANIE ODZNACZENIA MOGĄ SKŁADAĆ TAKŻE ORGANY IZB LECARSKICH.

MOŻE ONO BYĆ PRZYZNAWANE LECARZOM I LECARZOM DENTYSTOM ORAZ INNYM OSOBOM SZCZEGÓLNIIE ZASŁUŻONYM DLA SAMORZĄDU LECARSKIEGO.

WNIOSKI MOŻNA POBRAĆ ZE STRONY INTERNETOWEJ NACZELNEJ IZBY LECARSKIEJ: <http://www.nil.org.pl/xml/nil/odznaczenia/MPM>, NA KTÓREJ JEST WIĘCEJ INFORMACJI O ODZNACZENIU I ZASADACH JEGO NADAWANIA.

WYPEŁNIONE WNIOSKI NALEŻY NADSYLAĆ NA ADRES: NACZELNA IZBA LECARSKA, UL. SOBIESKIEGO 110, 00-764 WARSZAWA Z DOPISKIEM NA KOPERCIE: MERITUS PRO MEDICIS LUB URSZULA. ROLCZYK@HIPOKRATES.ORG – W TERMINIE DO 30 LISTOPADA 2011 R.

ROMUALD KRAJEWSKI

KANCLERZ KAPITUŁY ODZNACZENIA MERITUS PRO MEDICIS

„umarli są niewidzialni, ale nie nieobecni...”

Panu dr. Tadeuszowi Młodzianowskiemu Członkowi Naczelnego Sądu Lekarskiego

szczerze wyrazy głębokiego współczucia oraz słowa wsparcia w trudnych chwilach po stracie TATY

składają Przewodniczący i Zespół Naczelnego Sądu Lekarskiego

OŚRODEK DOSKONAŁENIA ZAWODOWEGO LECARZY I LECARZY DENTYSTÓW NACZELNEJ IZBY LECARSKIEJ ZAPRASZA NA WARSZTATY:

„JAK PRACOWAĆ Z TRUDNYM PACJENTEM – WSTĘP DO UMIEJĘTNOŚCI KOMUNIKACYJNYCH” 16.11.2011, 8.12.2011

„WYSTĄPIENIA PUBLICZNE – WARSZTATY”, CZĘŚĆ I 22.11.2011, CZĘŚĆ II 29.11.2011

„TECHNIKI NEGOCJACJI – WARSZTATY” 25.11.2011

„ASERTYWNOŚĆ I ROZWIĄZYWANIE KONFLIKTÓW W RELACJI PACJENT-LECARK” POZIOM PODSTAWOWY 24.11.2011

„TRENING ASERTYWNOŚCI I ROZWIĄZYWANIA KONFLIKTÓW W RELACJI PACJENT-LECARK” POZIOM ZAAWANSOWANY 3.11.2011

„RADZENIE SOBIE ZE STRESEM I PRZECIWDZIAŁANIE WYPALENIU ZAWODOWEMU” 15.12.2011

„WARSZTATY SKUTECZNYCH NEGOCJACJI” 6.12.2011

„BUDOWANIE I PRACA W ZESPOLE” 17.11.2011

„ANALIZA TRANSAKCYJNA JAKO METODA REAGOWANIA NA ZACHOWANIA AGRESYWNE” 30.11.2011

„PSYCHOMANIPULACJE” 28.11.2011

WARSZTATY ODBYWAJĄ SIĘ W SIEDZIBIE NACZELNEJ IZBY LECARSKIEJ W WARSZAWIE, UL. SOBIESKIEGO 110. UDZIAŁ JEST BEZPŁATNY DLA CZŁONKÓW IZB LECARSKICH OPLACAJĄCYCH REGULARNIE SKŁADKI CZŁONKOWSKIE. UCZESTNICY WARSZTATÓW OTRZYMUJĄ PUNKTY EDUKACYJNE. W CELU ZAPISANIA SIĘ NA WYBRANE WARSZTATY NALEŻY POBRAĆ FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY, KTÓRY ZNAJDUJE SIĘ NA STRONIE INTERNETOWEJ: [WWW.ODZ.NIL.ORG.PL](http://www.odz.nil.org.pl) I PO JEGO WYPEŁNIENIU PRZESŁAĆ DO ODZ E-MAILEM: [ODZ@HIPOKRATES.ORG](mailto:odz@hipokrates.org) BĄDŹ FAKSEM: (22) 559 02 70, TEL. (22) 559 02 69, (22) 559 02 86.

OIL W ŁODZI PRZY WSPÓŁUDZIALE NIL ORAZ PSTL

ZAPRASZA NA XIV HALOWE MISTRZOSTWA POLSKI LECARKY W TENISIE ZIEMNYM

W DNIACH 10-13.11.BR. W PABIANICACH K. ŁODZI NA KORTACH MOSIR-U, UL. GROTA ROWECKIEGO. ZGŁOSZENIA: KOMISJA SPORTU I REKREACJI OIL W ŁODZI, UL. CZERWONA 3, 93-005 ŁÓDŹ, TEL.: (42) 683 17 10, FAKS: 683 13 78, E-MAIL: ELA.SADURA@HIPOKRATES.ORG TERMIN NADSYLANIA ZGŁOSZEŃ UPŁYWA 9.11.BR.

V ŚWIĘTOKRZYSKIE WARSZTATY HOLTERA EKG

ODBĘDĄ SIĘ W DNIACH 25-27.11. BR. SZCZEGÓŁY NA STRONIE INTERNETOWEJ ŚWIĘTOKRZYSKIEJ IZBY LECARSKIEJ: WWW.SIL.APSNET.PL

NIWYDOLNOŚĆ ODDYCHANIA

WARSZAWSKO-OTWOCKI ODDZIAŁ POLSKIEGO TOWARZYSTWA CHOROÓB PŁUC ORGANIZUJE KOLEJNĄ, 30. SESJĘ SZKOŁY PNEUMONOLOGII NT. NIWYDOLNOŚCI ODDYCHANIA. SESJA ODBĘDZIE SIĘ W 26.11.BR. W NOVOTELU AIR-PORT (UL. 1 SIERPNIA 1) W GODZ. 9:30-17:30. WSTĘP BEZPŁATNY, UCZESTNICY OTRZYMUJĄ PUNKTY EDUKACYJNE OKRĘGOWEJ IZBY LECARSKIEJ. INFORMACJE: WWW.PTCHP.HOME.PL, KIEROWNIK KURSU: TADEUSZ M. ZIELONKA, TEL.: 501 143 324, TMZIELONKA@WP.PL, SEKRETARZ: JACEK JAGODZIŃSKI 604 957 483, JACEK.JAGODZINSKI@HIPOKRATES.ORG, SEKRETARIAT: IZABELA MISIAK, INSTYTUT GRUŹLICY I CHOROÓB PŁUC, 01-138 WARSZAWA, UL. PŁOCKA 26, TEL.: (22)43 12 158, I.MISIAK@IGICHP.EDU.PL

Coraz częściej w rozmowach środowiskowych i listach pojawia się problem niestosownego zachowania lekarzy wobec kolegów, ich rodzin i innych pracowników ochrony zdrowia. Jak w takim razie odnosimy się do „zwykłych” pacjentów?

Rachunek sumienia

» Przejrzystość systemu, organizacja kolejek oczekujących, limity punktowe oraz wiele innych przepisów i procedur, które miały usprawniać i porządkować stają się wygodną zasłoną dla postępowań nie tylko nieetycznych, niegrzecznych, ale czasami wręcz agresywnych. W ostatnich kilku miesiącach wiele miejsca poświęciliśmy na łamach „Gazety Lekarskiej” agresji pacjentów, którzy nie radzą sobie z chorobą, są niecierpliwi w czekaniu na swoją kolej, wymuszają, grożą, donoszą, a czasami używają przemocy. Czas, abyśmy spojrzeli na drugą stronę relacji, czyli na siebie.

» W jednym z listów do redakcji czytamy: „Jestem lekarzem emerytem, ale nadal pracuję. Kilka dni temu uległa wypadkowi moja siostra. Zdenerwowana pobięłam do izby przyjęć, przedstawiłam się i poprosiłam o pomoc w ustaleniu oddziału, gdzie została skierowana poszkodowana. Nic więcej. Dyżurny nie podnosząc się z fotela, w pozycji półleżącej odwrócił się, że nie śledzi losów każdego połamania, który poza tym może już nie żyje.”

» Trwa zażarta dyskusja samorządowo-związkowa o taryfikowaniu pracy lekarza, bo przeprowadzenie prawdopodobnie zabiło jednego z nas. Przepracowanie i nonszalancja, arogancja, wypalenie zawodowe i poczucie



wyższości wobec innych zabijają również zwykłą ludzką przyzwoitość. Coraz częściej dotyczy to młodych lekarzy – nastawionych na natychmiastowy zysk, zarówno w sferze finansów, jak i błyskawicznej kariery zawodowej lub administracyjnej. Ale przecież skądś czerpią wzorce. Średnie pokolenie, a także starsze, przedemerytalne, nie jest wcale lepsze, ale ma wpływ, a krytyka najczęściej szkodzi krytykującemu. Standardy etyczne pozostawiają z cynicznym uśmiechem.

» Hasło „Lekarza emeryta przyjmuję poza kolejnością”, lansowane przez samorząd kilka lat temu, pozostało bez echa. Wezwania do szkoleń z komunikacji

interpersonalnych może są i zasadne, ale z warsztatów skorzystają wcale nie ci, na których płyną werbalne i pisemne skargi. Jeśli ktoś nie wyniósł z domu i uczelni modelu postępowania godnego zawodu lekarza i lekarza dentysty, żadne nauki mu nie pomogą. Izba powinna jednak uświadamiać, że nie każdy musi być lekarzem, niezależnie od zdobytych tytułów i specjalizacji.

» Dobrym zwyczajem jest bezpłatne przyjmowanie koleżanek i kolegów w gabinetach prywatnych. Nie mówię tutaj o zwrocie kosztów oczywistych, jak na przykład zużytych materiałów w gabinecie stomatologicznym, chociaż znam wielu lekarzy

dentystów, którzy poczuliby się obrażeni, pobierając jakiegokolwiek honorarium od innego lekarza. Słyszę jednak i o takich doktorach czy profesorach, którzy żadnych skrupułów nie mają. Następny. Następny...

» Dyskutujemy o poważnych problemach związanych z nowymi ustawami i rozporządzeniami, gdzie w zawłóści paragrafów gubią się nawet prawnicy. Nie jest łatwo. Ale nasze wymagania wobec innych także rosną. Chcemy kompleksowej usługi. Nie zadowolamy się ekwiwalentami. Warto, żeby nie zapominać o tej samej taryfie wobec siebie. Z życzliwością wzajemną, dla pacjentów i lekarzy. ☉



Wydawca: Naczelna Rada Lekarska

Dla członków izb lekarskich bezpłatnie
Nakład 159 350 egz.

Redaktor naczelny:

Ryszard Golański

Tel.: 600 909 382

e-mail: naczelny@gazetalekarska.pl

Kolegium redakcyjne:

Jarosław Wanecki (przewodniczący)

Ryszard Golański

Mariusz Janikowski

Jolanta Małmyga

Wojciech Marquardt

Katarzyna Strzałkowska

Zastępca redaktora naczelnego:

Mariola Markłowska-Dzierżak

Tel.: (22) 559 02 63, 606 294 251

e-mail: m.markłowska@gazetalekarska.pl

Dziennikarz:

Lucyna Krysiak

e-mail: l.krysiak@gazetalekarska.pl

Tel.: 661 092 853

Redakcja:

Urszula Bakowska

Tel.: (22) 559 02 67

e-mail: u.bakowska@gazetalekarska.pl

redakcja@gazetalekarska.pl

Faks: (22) 559 02 61

Redaktor naczelny Biuletynu NRL:

Mariusz Janikowski

Tel.: 600 909 381

Redaktor witryny internetowej

„Gazeta Lekarskiej”:

Marta Jakubiak

Stale współpracują:

Jerzy Badowski (Olsztyn)

Stanisław Ciechowicz (Łódź)

Krystyna Knypl (Warszawa)

Anna Lella (Olsztyn)

Justyna Zajdel (Łódź)

Adres redakcji:

00-775 Warszawa, ul. Konduktorska 4

www.gazetalekarska.pl

e-mail: lekarska@hipokrates.org

Projekt graficzny, skład,

druk, kolportaż, reklama:

ringier

axel springer

02-672 Warszawa, ul. Domaniewska 52

Koordinacja wydawnicza: **Alicja Micuła**

Tel.: (22) 232 00 17

e-mail: alicja.micula@axelspringer.pl

Projekt graficzny: **Bogusław Kalwala**

Reklama i ogłoszenia:

Kierownik sprzedaży: **Aldona Ciosek**

Tel.: (22) 232 19 74, 795 146 312

faks +48 (22) 232 55 54

e-mail: aldona.ciosek@axelspringer.pl

Mateusz Gajda

Tel.: (22) 232 05 68, 600 064 140

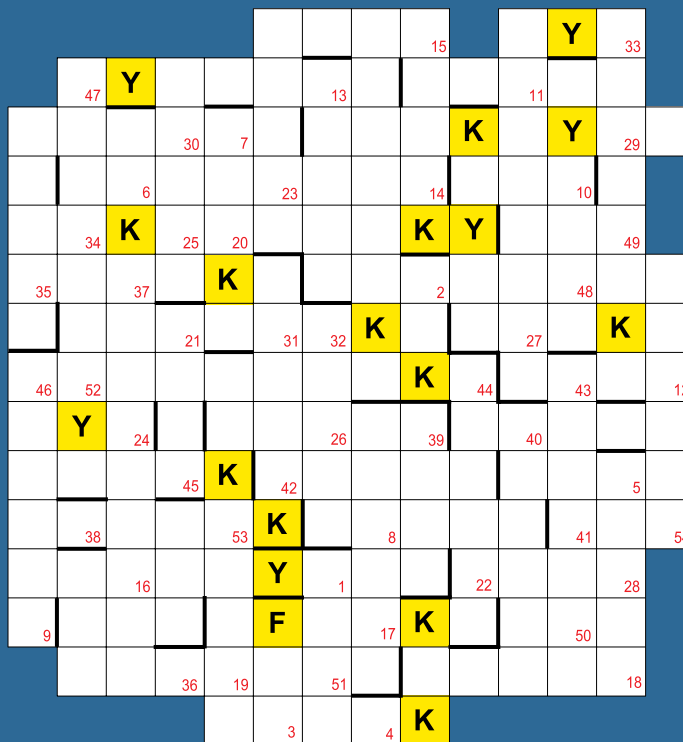
e-mail: mateusz.gajda@axelspringer.pl

Małgorzata Gałązka

Tel.: (22) 232 18 01, 668 276 630

e-mail: malgorzata.galazka@axelspringer.pl

Jolka lekarska 172



BJER

Objaśnienia
64 hasel podano
w przypadkowej
kolejności.
W diagramie
ujawniono
wszystkie litery:
F, K i Y. Na
ponumerowanych
polach ukryto
54 litery hasła,
które stanowi
rozwiązanie.
Należy je przesłać
na karcie
pocztowej na
adres redakcji
do 10 grudnia br.
Wśród autorów
prawidłowych
rozwiązań
rozlosujemy
nagrody książkowe
(prosimy o podanie
specjalizacji).

• bogini zdrowia • towarzystwo • płynie w Łowiczu • zbudował arkę • nerka
(łac.) • Krzysztof, mistrz kierownicy • blaskodziobe o długich szyjach • jezioro
z Cleveland • Radziwiłłówna dla Bony • pałeczka duru plamistego • zwierzyniec
• między Mrągowem a Giżyckiem • zwolenniczka papieża • między berylem
a węglem • ośrodek kultu Enki • ciepło • Królewskie z pomnikiem Chopina • imię
Kwiatkowskiej • podkorowy ubytek kostny • wyróżnął pod Troją stado baranów
• turecka czapka z czerwonego filcu • załoga wioślarska • badanie ostrości
wzroku przy pomocy tablic • modelarstwo rakietowe • płynie w Zenicy • lew
z ludzką głową • silnik o 4 fazach pracy • sukulent z sokiem przeczyszczającym •
cermet • stolica Angoli • węzeł włosów • siarczan wapnia dla ortopedy • kołnierz
łączący rury • tureckie góry • deltoid • Brad z Hollywood • omówienie przypadku
po zakończeniu choroby • kultowy film Piwowskiego • miasto etiopskiej wiktorii
(1896) • kurz • dren • Robinson na wyspie • między Łąckiem a Sannikami • imię
Odrowąża, który sprowadził dominikanów • budowlana, czyli kafle i dachówki
• partia Kaczyńskiego • rezydencja Paców pod Kownem • oponent Rejenta
• między tulem a lutetem • fałda, zakładka • obszar do 300 m n.p.m. • szczyt
tarczy rzymskiego wojownika • kropka na rysiu • carcinoma • ciemństwo • góry
z Andorą • ładunek dźwigu portowego • peritoneum • niemieckie oznaczenie
światłoczułości • poddany Montezumy • lepszy w niej wróbel • aniołek, putto •
twórca anatomopatologicznej szkoły wiedeńskiej • nagminne zapalenie ślinianek

Rozwiązanie Jolki lekarskiej nr 170 („GL” nr 9/2011)

Uczyć się trzeba zawsze i wszędzie. Kwintylian

Nagrody otrzymują: Tomasz Janusz (Wrocław), Anna Jarzumbek (Rybnik),
Cecylia J. Piotrowska (Uniejów), Bolesław Pasik (Mińsk Mazowiecki), Michał Tarka
(Człuchów).

Nagrodami za prawidłowe rozwiązania są książki wydawnictw: medipage, PTU, PZWL
i Termedia. Nagrody prześlemy pocztą.

Materiałów nie zamówionych redakcja nie zwraca i zastrzega sobie
prawo do skrótnych, adiacji, zmiany tytułów. Redakcja nie odpo-
wiada za treść reklam - ogłoszeń. Autorów prosimy o przysyłanie
tekstów zapisanych na CD, e-mail w edytorze pracującym w sro-
dowisku Windows. Publikacja ta przeznaczona jest tylko dla osób
uprawnionych do wystawiania recept oraz osób prowadzących
obrot produktami leczniczymi w rozumieniu przepisów ustawy
z 6 września 2001 r. - Prawo Farmaceutyczne (Dz. U. nr 126,
poz. 1381, z późn. zmianami i rozporządzeniami).



