

Praca lekarzy za granicą – doświadczenia i przemyślenia ze Szwecji

Physicians' work abroad – experiences and reflections from Sweden

DAWID KUSIAK^{1,2/}

^{1/} Klinika Kardiologii Szpitala Uniwersyteckiego w Linköping, Szwecja

^{2/} Klinika Chorób Wewnętrznych Szpitala w Värnamo, Szwecja

Pracując i mieszkając za granicą cały czas porównuję system ochrony zdrowia w Polsce z tym drugim szwedzkim. Niestety, bilans w dalszym ciągu nie wypada dobrze, jeśli chodzi o system polski. Jest przeciążony, niedofinansowany, nieprzyjazny ani pacjentom ani lekarzom. Mam swoją osobistą opinię, na którą – uważam – mogę sobie pozwolić, mając porównanie kilku systemów ochrony zdrowia z różnych miejsc na świecie – i, niestety, mam ciągle wrażenie, że wciąż polski system jest traktowany jako coś, czym nikt nie chce się zająć.

Porównując go do systemu szwedzkiego, w którym obecnie pracuję, to polski system po prostu nie działa – i w dużej mierze opiera się na szczęściu, że może się uda przeżyć kolejny miesiąc (zarówno pacjenci jak i lekarze) i może nie wpadniemy w jakieś straszne długi. Szwedzki model ochrony zdrowia jest opisywany na całym świecie. Można powiedzieć, że jest inny niż gdzie indziej. Państwo stara się aby obywatel miał dostęp do ochrony zdrowia w możliwie najłatwiejszy i najmniej traumatyzujący sposób. Szwedzki system co roku plasuje się dość wysoko w rankingach systemów opieki zdrowotnej przedstawianych między innymi przez WHO. Polska zrobiła analizę szwedzkiego systemu w lutym 2005 r., oceniając go bardzo wysoko, jednak nie wyciągnęła z niego odpowiednich wniosków. Będąc w Szwecji człowiek stara się cały czas utrzymywać kontakt z Polską. Często bywam w Warszawie i Krakowie, zarówno prywatnie jak i służbowo. Staram się na co dzień przekazywać moją wiedzę i doświadczenie zdobyte w Szwecji moim kolegom w kraju.

Słowa kluczowe: emigracja lekarzy, system opieki zdrowotnej, Szwecja

While working and living abroad I constantly compare Polish health care system with the Swedish one. Unfortunately, my assessment is still unfavorable for the Polish system. It is overloaded, underfinanced, unfriendly towards patients and doctors. However, comparing health care systems of various countries I get the impression that no one is interested in improving the Polish health care system.

In comparison with the Swedish system the Polish one simply does not work – and to a great extent is based on unsubstantiated hope (both of patients and doctors) that maybe the next month will pass without getting in debt. The Swedish health care model is an example described worldwide. One can say it is unique. The state ensures that every citizen's access to health care service is easy and stress-free. The Swedish health care system is always high in the WHO yearly rankings of health care systems. Poland analyzed the Swedish system in 2005 and assessed it very positively; however with no practical conclusions. Living abroad I try to keep in touch with Poland. I often visit Warsaw and Cracow, for business and private reasons. I try to share my knowledge and experience gained in Sweden with my colleagues in Poland.

Key words: emigration of physicians, health care system, Sweden

© Hygeia Public Health 2010, 45(1): 99-103

www.h-ph.pl

Nadesłano: 15.08.2010

Zakwalifikowano do druku: 23.08.2010

Adres do korespondencji / Address for correspondence

Lek. med. Dawid Kusiak

Department of Cardiology, University Hospital, Linköping, Sweden
tel. +46762818331

e-mail: Dawid.Kusiak@lio.se, Dawid.Kusiak@lj.se

Praca młodego lekarza w Polsce

W ogóle nie planowałem wyjazdu za granicę, przynajmniej nie w trakcie rezydentury z chorób wewnętrznych. Po ukończeniu studiów w 2003 r. w Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, rozpocząłem staż podyplomowy w Szpitalu Specjalistycznym im. Stefana Żeromskiego w Krakowie. Był to wspaniały czas, kiedy to młody lekarz rozpoczyna „raczkować” w świecie

medycyny. Spotkałem tam fantastycznych kolegów, którzy starali się mnie nauczyć tyle ile sami mogli. Ile razy myślę o „moim” Szpitalu Żeromskiego, pojawia się uśmiech na mojej twarzy i chęć spotkania się ze „starymi” kolegami. Kolejnym wydarzeniem był tzw. LEP (Lekarski Egzamin Państwowy). Pisze o tym ponieważ mój rocznik był pierwszym w historii, który miał przyjemność go zdawać. Ważne jest to o tyle, iż wcześniej wydawało mi się, że ten egzamin jest zupeł-

nie zbędny, jednak pracując za granicą okazuje się, że większość krajów UE posiada taki egzamin zaraz po ukończeniu stażu i nikt się temu nie dziwi. Wychodzi to na dobre zarówno lekarzom jak i pacjentom. Jest to również o tyle ważne, że w pewien sposób „wyławia” osoby, które naprawdę powinny zweryfikować swoje umiejętności, zanim będą posiadały „pełne” prawo wykonywania zawodu.

Wyjazd za granicę – jest to dość zabawna historia. Jak wspomniałem wcześniej, nie planowałem tego. Zaraz po zdaniu LEP-ie („nie taki diabeł straszny, jak go malowali”) otrzymałem rezydenturę w dziedzinie chorób wewnętrznych. Moim upragnionym miejscem był oczywiście Szpital im. Stefana Żeromskiego w Krakowie. Jako młody lekarz bez specjalizacji wpada się praktycznie natychmiast w wir pracy, zarówno oddziałowej oraz zarobkowej – nie jest to błąd – kiedy ja zaczynałem należało odróżnić te dwie formy pracy. Rozpocząłem pracę wtedy, kiedy pensja rezydenta nie była porywająca. To powodowało, że pracowałem równocześnie w Przychodni Rejonowej popołudniami, Pogotowiu Ratunkowym nocami oraz miałem własną praktykę wyjazdową. Po zsumowaniu przepracowanych godzin wychodziło ich między 350-400 w miesiącu. Nagle czar przysnął. Zawód lekarza w Polsce w moim przypadku polegał na bieganiu z dyżuru na dyżur, posiadaniu torby w samochodzie z rzeczami na przebranie i szczoteczka do zębów. Do domu się często nie wracało. Według obecnie przyjętych przepisów UE taki system pracy jest niedopuszczalny, wtedy jeszcze był.

Wizyta w Szwecji

Zacząłem się zastanawiać: czy taka forma pracy i płacy w Polsce ma jakikolwiek sens? Brak czasu dla siebie, nie mówiąc o doksztalcaniu się i czytaniu. Jesienią 2005 r. wyjechałem na 10 dni na urlop do koleżanki do Szwecji. Ona nie składała podania o rezydenturę po egzaminie. Wyjechała od razu. Szwecja zawsze kojarzyła mi się z krajem ciemnym i zimnym oraz że jest to miejsce skąd pochodzi Volvo i IKEA. Odwiedzając koleżankę pomyślałem, że będzie to czas żeby go wykorzystać na rozmowy o starych dobrych czasach na studiach. Rzeczywiście tak było, jednak zacząłem się interesować jak się jej pracuje w Skandynawii. No i stało się – zapytałem się ile zarabia lekarz rezydent z chorób wewnętrznych w tym kraju. Na początku myślałem że żartuje, ale nie. To była prawda. Wówczas było to 10-krotnie więcej niż w Polsce. W chwili obecnej te różnice nieco się zmniejszyły, ale w dalszym ciągu pozostają spore. Koleżanka zapytała się szefa kliniki czy nie byłoby miejsca dla jednego rezydenta z Polski. Miejsce było.

Przyjazd do Szwecji

Przyjazd do Szwecji nie był łatwy. Ogólnie jest znane, że przeprowadzka w inne miejsce nie jest łatwa (nawet jeśli jest to w obrębie tego samego państwa), nie mówiąc o innym kraju, szczególnie tak nam obcym jak Szwecja. Przyjeżdżając miałem mieszane uczucia. Początkowo myślałem, że się tego języka nie nauczę. Wydawał mi się tak dziwny i nieprzystępny, że stwierdziłem, iż najwyżej wrócę. Nawet się zabezpieczyłem, że z rezydentury do końca nie zrezygnowałem, tylko ją zawiesiłem. Na początku było mi bardzo ciężko, daleko od Polski (dzisiaj wydaje mi się Polska leży w odległości mniej więcej „rzutu beretem”), w obcym kraju wśród „obcych”, w zupełnie innym systemie. Pierwszą rzeczą, która mnie uderzyła od razu, było nastawienie Szwedów do mnie. Byli mili, uprzejmi, pomocni, chcieli jak najwięcej przekazać i nauczyć. Pomimo, że mieszkamy w UE, załatwienie dokumentów w pracy, jak i pobytu stałego, nie było łatwe. Zajęło to kilka tygodni. Kurs językowy, jaki miałem zapewniony, określiłbym jako „praniem mózgu” – 5 dni w tygodniu po 6 godzin dziennie, jeden na jeden.

Po raz pierwszy w życiu spotkałem się z tym, że pracodawcy na mnie zależy, że mnie „chce”, że jestem potrzebny. Otwarciem słyszałem, że mnie potrzebują do pracy. Dlatego kurs był tak intensywny. W końcu przyjechałem tam do pracy jako lekarz, a nie na studia.

Szwedzki system opieki zdrowotnej

System opieki zdrowotnej w Szwecji znacznie różni się od tego jaki jeszcze pamiętam z Polski sprzed 5 lat. Staram się śledzić wydarzenia w ochronie zdrowia w Polsce i być na bieżąco. System w Szwecji opiera się na pacjencie w największej mierze. Często w literaturze ten system opieki zdrowotnej jest określany jako „model szwedzki”. I tak rzeczywiście jest. Nigdzie na świecie nie ma tak rozbudowanego systemu kontroli oraz „śledzenia” co się dzieje z pacjentem. Pacjent praktycznie nie musi wiele robić. System pracuje za niego i dla niego. Ochrona zdrowia jest praktycznie całkowicie skomputeryzowana. W niektórych regionach jeszcze można spotkać „papierowe” historie chorób, ale wiąże się to z tym, iż elektroniczne historie chorób są wprowadzane systematycznie. Praktycznie zupełnie papierowe recepty zostały wyparte przez system recept elektronicznych i elektronicznego podpisu, który w Szwecji funkcjonuje nie tylko w ochronie zdrowia ale również w innych dziedzinach życia – bankowości, urzędach podatkowych, sklepach, etc. Sprawa to, że jest większa kontrola nad bezpieczeństwem dystrybucji leków, ich wypisywania, wydawania oraz wyeliminowania ich nadużywania (szczególnie leków psychotropowych oraz narkotyków). Dość znaczącym minusem tego systemu jest potrzeba zatrudnienia dość

dużej liczby personelu (Szwecja bardzo rygorystycznie przestrzega przepisów UE dotyczących pracy lekarzy i pielęgniarki – głównie chodzi tutaj o nadgodziny oraz prace w nocy). Aby przestrzegać przepisów wiązało się to z zatrudnieniem większej liczby lekarzy i pielęgniarek. W Szwecji funkcjonuje system tygodni dyżurowych – oznacza to że cały tydzień pracuje się w nocy – co druga noc po 16 godzin od godz. 16 do 08 rano (np. niedziela, wtorek i czwartek) a reszta czasu jest wolna. W niektórych miejscach można spotkać różne modyfikacje tego modelu, jednak opiera się on na mniej więcej tej samej zasadzie – odpoczynek przed i po dyżurze. Dopuszcza się samodzielne dyżurowanie lekarzy bez specjalizacji, a nawet jeszcze bez „pełnego” prawa wykonywania zawodu z jednym ważnym zastrzeżeniem – w takim przypadku musi być dostępny lekarz konsultant (podwójny specjalista nazywany w Szwecji *Överläkare*, w Niemczech *Oberarzt* a w Wielkiej Brytanii *Senior Consultant* – w Polsce to stanowisko jeszcze nie funkcjonuje) na telefon oraz w każdej chwili w razie potrzeby ma obowiązek stawić się w szpitalu w ciągu 10 minut. W całej Szwecji obowiązuje obecnie zasada 0-7-90-90. Oznacza to, iż każdy telefon do przychodni rejonowej musi zostać odebrany tego samego dnia, w ciągu 7 dni pacjent musi uzyskać wizytę u lekarza pierwszego kontaktu, w ciągu 90 dni pacjent musi uzyskać konsultację lekarza specjalisty w danej dziedzinie oraz w ciągu 90 dni musi zostać wykonany zabieg lub procedura medyczna (np. *bypass-y*, wymiana zastawki, operacja biodra, etc.) na zlecenie lekarza specjalisty. Obecnie system jest przygotowywany na zmniejszenie czasu oczekiwania na wizytę u lekarza specjalisty do 30 dni. Prawdopodobnie wejdzie to w życie od pierwszego stycznia 2011 r. [1-4].

Nieprzestrzeganie tych zaleceń powoduje kary finansowe dla podmiotów medycznych. Finansowanie tego systemu odbywa się na poziomie lokalnym. Wydatki PKB na ochronę zdrowia w Szwecji plasują się obecnie w granicach 9,2%. *Per capita* waha się to w granicach ok. 2400 euro rocznie. Prywatna opieka zdrowotna w Szwecji jest obecnie słabo rozwinięta i funkcjonuje w dużych miastach – Sztokholm, Malmö, Göteborg. Głównie jest to opieka stomatologiczna (niestety w Skandynawii bardzo droga), opieka ginekologiczno-położnicza oraz chirurgia plastyczna i kosmetyczna. Niedawno w Szwecji dokonała się reforma podstawowej opieki zdrowotnej a dokładnie jej prywatyzacja. Skutki finansowe poznamy pewnie za kilka miesięcy. Niezależnie od tego czy opieka jest prywatna, czy państwowa, podlega takiej samej kontroli. Instytucja kontrolująca ochronę zdrowia w Szwecji jest *Socialstyrelsen* (www.socialstyrelsen.se). Jest to organ państwowy, całkowicie niezależny, utrzymywany z budżetu państwa, który wydaje oraz

odbiera prawa wykonywania zawodu we wszystkich zawodach w ochronie zdrowia, zatwierdza i przyznaje specjalizacje we wszystkich dziedzinach medycznych i paramedycznych, wydaje zalecenia i opinie dotyczące funkcjonowania placówek medycznych oraz w porozumieniu z konsultantami krajowymi ustala wytyczne postępowania we wszystkich dziedzinach medycznych. System szwedzki jest kosztowny i nie jest pozbawiony wad – jednak jest to system, który cały czas jest ulepszany i rozwijany [1].

Tak jak w Polsce cały personel medyczny obowiązuje tajemnica zawodowa – i jest to tutaj bardzo ściśle przestrzegane. Wydaje mi się że pod tym względem Polska nie odbiega od żadnych standardów. W Szwecji jest tylko jedna, mała różnica. Każdy pacjent, który jest przyjmowany do szpitala, jest pytany przez pielęgniarkę, czy życzy sobie aby udzielać informacji osobom z rodziny o jego pobycie w szpitalu, leczeniu i chorobie – i jeśli odpowiedź jest negatywna, wówczas zostaje on objęty klauzula całkowitej tajemnicy, czyli nie udziela się żadnych informacji nikomu [5].

Szwedzki system ma jeszcze jedna, dość istotną rzecz, którą nie często widuje się w innych krajach. Mianowicie system kontroli wewnętrznej. Potocznie nazywa się to „*Lex Maria*” [2]. Jest to prawo mówiące o tym, iż każdy wypadek, zdarzenie, w którym ucierpiał pacjent na skutek błędu samego systemu, należy zgłaszać do odpowiedniego działu, który znajduje się przy każdym szpitalu. Każdy przypadek jest rozpatrywany oddzielnie i oceniany dlatego doszło to zdarzenia i jakie konsekwencje poniósł pacjent. W przypadku poważnych uchybień sprawa kierowana jest dalej do *Socialstyrelsen*, który rozpoczyna analizę i wydaje opinię w jaki sposób należy system poprawić, a jeśli doszło do bardzo poważnych zdarzeń w wyniku których np. pacjent zmarł lub doznał poważnego uszczerbku na zdrowiu, podejmuje kroki prawne w stosunku do placówki medycznej. Odpowiedzialność za monitorowanie zdarzeń i ich ocenę, czy należy przesłać akta sprawy dalej, pełni każdy ordynator kliniki. W ten sposób system jest ciągle ulepszany i eliminowane są elementy, które nie funkcjonują, albo działają źle. Sprawa może też dotyczyć personelu medycznego (np. podanie nieodpowiedniego leku, za dużej dawki leku, brak monitorowania pacjenta, itd.) i konsekwencje są również wyciągane na poziomie szpitala, a w przypadku bardzo niebezpiecznych zdarzeń głos zabiera *Socialstyrelsen*.

Do tej pory każdy pacjent i rodzina mogły „zgłosić” lekarza, czy pielęgniarkę, do instytucji nazwie w skrócie *HSAN* (*Hälsö – sjukvårdsansvarsnämnden* – czyli Instytucja odpowiedzialności zawodowej personelu medycznego). Instytucja państwowa, której zadaniem była ocena błędów lekarzy i pielęgniarek, zgłaszanych przez samych pacjentów lub ich rodzin.

Instytucja która miała prawo do wydawania upomnień i ostrzeżeń w stosunku do personelu medycznego, gdy doszło do błędów medycznych z ich winy. Miała również prawo do kierowania sprawą do Socialstyrelsen, np. o odebranie prawa wykonywania zawodu w przypadku groźnych uchybień. Jednak od przyszłego roku tą funkcję przejmuje całkowicie Socialstyrelsen. Rząd doszedł do wniosku, po interwencji związków zawodowych, iż HSAN nie zdaje egzaminu i opinie nie były wydawane w sposób dostatecznie profesjonalny i wiele spraw miało swój finał w sądzie (wielu kolegów lekarzy zaskarżało decyzje HSAN z wygranym skutkiem). Dlatego też już od pierwszego stycznia 2011 r., lub nieco później, HSAN zniknie [8].

Porównania systemu szwedzkiego i innych z polskim

Pracując i mieszkając za granicą cały czas porównuję system ochrony zdrowia w Polsce i tym drugim. Niestety, bilans w dalszym ciągu nie wypada dobrze jeśli chodzi o system polski. Jest przeciążony, niedofinansowany, nieprzyjazny ani pacjentom ani lekarzom. Mam swoją osobistą opinię, na którą – uważam – mogę sobie pozwolić, mając porównanie kilku systemów ochrony zdrowia z różnych miejsc na świecie i, niestety, mam ciągle wrażenie, że wciąż polski system jest traktowany jako coś, czym nikt nie chce się zająć. Porównując go do systemu szwedzkiego, w którym obecnie pracuję, to polski system po prostu nie działa – i w dużej mierze opiera się na szczęściu, że może się uda przeżyć kolejny miesiąc (zarówno pacjenci jak i lekarze) i może nie wpadniemy w jakieś straszne długi. Dla porównania szpitale w Szwecji mają dochód (ten w którym pracuję wykazał przychód za rok 2009 w wysokości 10 mln SEK – ok. 4 mln PLN), oczywiście nie wszystkie, ale tutaj jest to naturalne, że system się ulepsza ciągle i jeśli wypada gdzieś dziura, to szuka się przyczyny aż się ją znajdzie, sprawdzi dlaczego i nie dopuści aby znowu powstała.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) stara się usystematyzować systemy ochrony zdrowia i je porównać [6]. Nie jest to łatwe, biorąc pod uwagę złożoność kultur, systemów politycznych, zasobów finansowych oraz dostępność wykwalifikowanego personelu. Patrząc na te rankingi można zobaczyć, że Szwecja plasuje się zawsze w czołówce. Dla przykładu, jeśli chodzi o zapobieganie zgonom, to Szwecja jest na pozycji 6. Francja na 1. a USA na 14. Polska nie znalazła się na tej liście w ogóle. Innym przykładem jest parametr długości życia, który WHO wzięła też pod uwagę, oceniając systemy ochrony zdrowia na świecie. Szwecja plasuje się na miejscu 4., USA na 25. a Polska na miejscu 45 – ciekawe!! Pierwsze miejsce w tym rankingu przypadło Japonii. Ogólny ranking biorący pod uwagę wszystkie czynniki w ochronie

zdrowia (nakłady finansowe, długość życia, etc.) plasuje Szwecję na miejscu 21., Polskę na miejscu 89., Niemcy na 41. Pierwsze miejsca zajmowane są w dużej mierze przez kraje arabskie (UAE, Oman – nakłady finansowe są tam ogromne) oraz wybrane kraje Azji (Japonia, Singapur). Analizowanie tych danych powinno dać wiele do myślenia naszym politykom i nam samym. Może czas się zastanowić nad tym co robimy źle, że Polska jest zawsze gdzieś pod koniec tabeli. Przy szukaniu opracowań w języku polskim dotyczących szwedzkiego systemu opieki zdrowotnej natknąłem się na analizę szwedzkiego systemu opieki zdrowotnej z lutego 2005 roku, wykonaną przez Biuro Studiów i Ekspertyz Kancelarii Sejmu [7]. Bardzo gorąco zachęcam do tej lektury – dość wyczerpująco jest opisane funkcjonowanie szwedzkiego systemu, zasady finansowania i poszczególne szczeble działania. Wiemy, że są lepsze systemy, lepiej działające, jednak – co zadziwiające – że w dalszym ciągu nikt nie wyciąga wniosków dotyczących przyszłości polskiego systemu opieki zdrowotnej.

Wolny rynek usług medycznych w UE

Obecnie rynek usług medycznych jest wolny. Unia Europejska dopuszcza migrację zarobkową. Zawód lekarza jest wolny i każdy może poszukać pracy gdzie indziej. Nie ma żadnych ograniczeń jeśli chodzi o uznawanie naszych umiejętności jako lekarzy w krajach Unii. Jedyną rzeczą, która w jakiś sposób ogranicza migrację, jest język. Szczególnie kraje Skandynawii, gdzie język szwedzki, duński czy norweski są dość specyficzne. Jednak należy pamiętać, że nauczanie się ich nie stanowi jakiegoś większego problemu. Obecnie obowiązuje nas wolny rynek i swoboda przemieszczania się, mieszkania i szukania pracy na terenie wszystkich krajów UE. Aktualnie od Lizbony aż po Warszawę mamy jeden wielki rynek pracy, gdzie warunki w Polsce nie mogą w żaden sposób być konkurencyjne. Polski system ochrony zdrowia nie ma w chwili obecnej nic interesującego do zaoferowania, abym się chociaż przez chwilę zastanowił nad powrotem. W wielu przypadkach może już nie liczy się tak bardzo strona finansowa, ale komfort pracy, którego w Polsce dalej nie ma.

Kontakt z Polską

Mam ciągły kontakt z kolegami, którzy dalej pracują w Polsce i na bieżąco śledzę syzyfowe wysiłki rządzących aby ochrona zdrowia w Polsce znowu działała, jednak – niestety – z bardzo marnym skutkiem. Musimy pamiętać o jednej bardzo ważnej rzeczy.

W kwietniu 2010 roku byłem w Warszawie na konferencji kardiologicznej. Konferencja była bardzo dobrze zorganizowana no i oczywiście była bardzo ciekawa. Może czas zorganizować kongres ESC (*European*

Society of Cardiology) w Warszawie? My, polscy lekarze, nie mamy się czego wstydzić, jeśli chodzi o wiedzę, profesjonalizm i podejście do pacjenta. Jesteśmy bardzo dobrze wykształceni i doceniani wszędzie. Co roku uczestniczę w ogromnych międzynarodowych konferencjach kardiologicznych i zawsze patrzę na listę uczestników z Polski – i zawsze są to pojedyncze nazwiska, a potem się okazuje, że najczęściej są to polscy lekarze pracujący również poza krajem. Może czas pomyśleć o lepszej współpracy między kolegami z kraju i z zagranicy? Na pewno byłoby to ciekawe, a wymiana doświadczeń z różnych krajów na pewno byłaby owocna dla obu stron. Bardzo chętnie zapraszam moich kolegów do Szwecji, aby sami zobaczyli jak się tutaj pracuje i jak wygląda dzień pracy lekarza w szpitalu czy w przychodni.

Podsumowanie

Praca i mieszkanie za granicą jest wyzwaniem. Wymaga to bardzo dużo cierpliwości i przekonania, że tego właśnie chcę. W przeciwnym razie będzie nam źle i jedyne o czym będziemy myśleć będzie powrót do Polski. Dla niektórych wyjazd za granicę jest nie do przejścia, a dla innych stanowi kolejny etap w życiu i karierze. Pracując w Szwecji już prawie 5 lat, dokończyłem specjalizację z chorób wewnętrznych i obecnie kontynuuję z kardiologii. Jako lekarz jest się objętym obowiązkiem ciągłego dokształcania się i szwedzki system to umożliwia – ciągłe kursy,

szkolenia, konferencje. Udzielam się dość aktywnie w szwedzkich związkach zawodowych, które mają sporo do powiedzenia jeśli chodzi o ustalanie warunków pracy i płacy. Cały czas poznaję zawiłości systemu opieki zdrowotnej, który z miesiąca na miesiąc wydaje mi się coraz bardziej logiczny i przyjazny pacjentowi i nam lekarzom. Szwedzi sami w sobie są bardzo pomocni, choć jednak na początku dość zamknięci dla „innych”. Jednak z czasem przekonałem się, że wynika to z ich natury – i po prostu muszą poznać bliżej drugą osobę, szczególnie na gruncie prywatnym. Szwedzi w ostatnich kilku latach bardzo otworzyli się na Europę i Świat. Są ciekawi ludzi, nowych kultur i zwyczajów. Wadą Skandynawii są niestety ich zimy – ciemne z krótkimi dniami. Rekompensatę stanowi lato – kiedy jest piękna natura, długie dni i brak dokuczającego upału. Zawsze bardzo chętnie przekazuję wiedzę i doświadczenie zdobyte za granicą kolegom z kraju. Kilku z nich nawet się już przeprowadziło. W Szwecji jest oficjalnie zarejestrowanych ponad 60 000 obywateli polskich (wg danych Szwedzkiego Urzędu Statystycznego – dane pod koniec 2008 r.). Do tej grupy nie zaliczają się osoby już posiadające podwójne obywatelstwo oraz pracownicy sezonowi. Bardzo chętnie dzielę się z kolegami z Polski moimi doświadczeniami zdobytymi za granicą. Jest wiele rozwiązań dla systemu opieki zdrowotnej, które można wprowadzić w kraju celem poprawy warunków pracy.

Piśmiennictwo / References

1. Hälso och sjukvårdslagen – Socialstyrelsen (Ustawa o ochronie zdrowia w Szwecji). [http://www.socialstyrelsen.se/regelverk/lagarochforordningar/halso-ochsjukvardslagen\(hsl\)](http://www.socialstyrelsen.se/regelverk/lagarochforordningar/halso-ochsjukvardslagen(hsl))
2. Lex Maria (Ustawa o odpowiedzialności za szkody, które mogą powstać w związku ze świadczeniem usług medycznych przez wszystkie zakłady opieki zdrowotnej). <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2005-28>
3. Arbetsmiljöverken – Arbetstidslagen (Ustawa o Prawie Pracy). <http://www.av.se/lagochratt/atl/>
4. Dyrektywa Parlamentu Europejskiego dotycząca Prawa Pracy (pracy w godzinach nocnych oraz liczby godzin dyżurowych), 2003/88/WE. http://www.igkm.pl/site/publikacje/prawo/ue/2003-88_f09a62.pdf
5. Sekretesslag (1980:100) (Ustawa o tajemnicy zawodowej wszystkich osób zatrudnionych w ochronie zdrowia). <http://www.notisum.se/rnp/sls/lag/19800100.HTM>
6. Światowa Organizacja Zdrowia. <http://www.who.int/en/>
7. Biuro Studiów i Analiz Kancelarii Sejmu – ekspertyza z lutego 2005 r. http://biurosejmu.gov.pl/teksty_pdf_05/i-1125.pdf
8. HSAN (Hälso – sjukvårdsansvarsnämnden – Instytucja odpowiedzialności zawodowej personelu medycznego). <http://www.hsan.se/swe/start.asp>