

## Przyczyny zdrowotne zawieszenia prawa wykonywania zawodu przez okręgowe rady lekarskie w latach 1990–2014

### Medical grounds for suspending the professional licence of physicians and dentists by Regional Medical Councils between 1990 and 2014

Piotr Kordel<sup>1</sup>, Maciej Kokociński<sup>2</sup>, Krzysztof Kordel<sup>3</sup>,  
Romuald Krajewski<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Katedra Nauk Społecznych

<sup>2</sup> Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Instytut Socjologii

<sup>3</sup> Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu,  
Katedra i Zakład Medycyny Sądowej

<sup>4</sup> Uniwersytet Rzeszowski, Wydział Medyczny

#### Summary

**Aim.** The professions of physician and dentist are associated with multiple health risks. The aim of this study was to identify the medical conditions that caused limitation or suspension of the professional license of Polish physicians and dentists, and to assess their return to professional activities.

**Material and methods.** We analyzed documentation of Regional Medical Registers concerning the procedure for suspending medical licences or limiting certain medical activities, and decisions of Regional Medical Councils in 1990–2014.

**Results.** The data on 65 decisions suspending the professional license, 8 decisions limiting the license and 1 revoking the right to practice have been obtained from 8 Councils. The most frequent cause of limiting or suspending the professional license was drug and alcohol dependence (54.1%). There was no correlation between the underlying medical condition and gender or profession (physician/dentist). Among doctors aged 42–57 and 58–67 whose licence had been suspended or limited, more than 60% suffered from substance use disorder (SUD). In the group of doctors aged 41 and younger, no such case was found. Among doctors older than 67, addiction was the cause of 37.5% of decisions suspending or limiting the professional license. In no case the medical condition causing limitation or suspension of the licence was an occupational disease. SUD was more frequent in surgical than nonsurgical specialties (76.5% vs. 46.9%,  $p < 0.05$ ). The doctors suffering from addictions were more likely to return to their practice (57.5%) than those suffering from other illnesses (20.5%,  $p < 0.05$ ).

**Conclusions.** The most common medical ground for limiting or suspending the professional licence was substance abuse. Number of decisions suspending or limiting the licence is relatively small and indicates a need for more efficient procedures for identification of doctors and dentists incapable of practicing due to health problems and assessment of the capacity to practice in the case of individuals who do not undertake treatment themselves and therefore are unable to assure sufficient quality of care to their patients. Moreover, although few decisions were issued, there is a need for an active addiction prevention, particularly among surgical specialists,.

**Słowa kluczowe:** lekarze, lekarze dentyści, choroby zawodowe, uzależnienia, izby lekarskie

**Key words:** physicians, dentists, occupational diseases, addiction, Chambers of Physicians and Dental Practitioners

## Wstęp

Środowisko pracy lekarzy i lekarzy dentyistów charakteryzuje się występowaniem wielu zagrożeń dla zdrowia. Wynikają one z oddziaływania niekorzystnych czynników fizycznych, chemicznych, biologicznych i psychicznych. W latach 1994–2008 stwierdzono w Polsce ponad 14 tys. przypadków chorób zawodowych wśród pracowników ochrony zdrowia i pomocy społecznej. Najczęściej odnotowywano przypadki chorób zakaźnych lub pasożytniczych, choroby narządu głosu, choroby skóry, choroby układu ruchu, choroby ośrodkowego układu nerwowego i zespół wibracyjny [1]. W wypadku lekarzy dentyistów najczęściej występującymi chorobami zawodowymi są przewlekłe choroby narządu ruchu wywołane sposobem wykonywania pracy (głównie zapalenie nadkłykcia kości ramiennej i zespół cieśni nadgarstka), przewlekłe choroby obwodowego układu nerwowego, zespół wibracyjny, choroby zakaźne i choroby skóry [2].

Stan zdrowia lekarzy jest przedmiotem zainteresowania samorządu lekarskiego w zakresie, w jakim wpływa na zdolność do wykonywania wymagającego zawodu. Wśród 25 ustawowych zadań izb lekarskich znajduje się także sprawowanie pieczy nad należyтым i sumiennym wykonywaniem zawodu lekarza, zawieszanie i pozbawianie prawa wykonywania zawodu (PWZ) oraz ograniczanie w wykonywaniu zawodu. Ustawodawca powierzył samorządowi lekarskiemu również obowiązek prowadzenia postępowań w przedmiocie niezdolności do wykonywania zawodu lekarza lub w przedmiocie niedostatecznego przygotowania do wykonywania zawodu [3]. Zadanie to wynika z art. 12 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty, który mówi w ust. 1, że jeżeli okręgowa rada lekarska stwierdzi, że istnieje uzasadnione podejrzenie niezdolności lekarza do wykonywania zawodu lub ograniczenia w wykonywaniu ściśle określonych czynności medycznych ze względu na stan zdrowia, rada powołuje komisję, która wydaje orzeczenie w przedmiocie niezdolności lekarza do wykonywania zawodu albo ograniczenia w wykonywaniu ściśle określonych czynności medycznych [4]. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. w sprawie trybu powoływania i sposobu działania komisji orzekającej w przedmiocie niezdolności lekarza do wykonywania zawodu albo ograniczenia w wykonywaniu ściśle określonych czynności medycznych oraz trybu orzekania o niezdolności do wykonywania zawodu lekarza albo ograniczenia w wy-

konywaniu ściśle określonych czynności medycznych (Dz. U. z 2011 r. Nr 246, poz. 1475) w skład komisji powołuje się lekarzy będących członkami właściwej okręgowej izby lekarskiej, wykonujących zawód lekarza co najmniej od 7 lat i posiadających specjalizację w odpowiedniej dziedzinie medycyny. Komisja w celu wydania orzeczenia przeprowadza badanie lekarskie, a także może skierować lekarza na niezbędne badania lub obserwację w podmiocie leczniczym lub wystąpić o wydanie dodatkowej opinii lekarza specjalisty w odpowiedniej dziedzinie medycyny. Na wydanie opinii komisja ma 3 miesiące [5]. W myśl art. 12 ust. 2 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry lekarz ma obowiązek stawienia się przed komisją i poddania się niezbędnym badaniom. Odmowa poddania się badaniu przez komisję skutkuje podjęciem uchwały okręgowej rady lekarskiej o zawieszeniu lekarza w prawie wykonywania zawodu albo o ograniczeniu w wykonywaniu określonych czynności medycznych do czasu zakończenia postępowania (art. 12 ust. 4 ustawy). W toku prac komisji, zgodnie z §3 rozporządzenia z dnia 3 listopada 2011 r. w sprawie trybu powoływania i sposobu działania komisji orzekającej w przedmiocie niezdolności lekarza do wykonywania zawodu albo ograniczenia w wykonywaniu ściśle określonych czynności medycznych oraz trybu orzekania o niezdolności do wykonywania zawodu lekarza albo ograniczenia w wykonywaniu ściśle określonych czynności medycznych, lekarz ma prawo wskazać lekarza niebędącego członkiem komisji jako swojego męża zaufania, który może uczestniczyć we wszystkich czynnościach komisji, z wyjątkiem wydania orzeczenia. Na podstawie orzeczenia komisji okręgowa rada lekarska może podjąć uchwałę o zawieszeniu PWZ albo o ograniczeniu wykonywania określonych czynności medycznych na okres trwania niezdolności. Zainteresowany lekarz jest uprawniony do uczestnictwa w posiedzeniu okręgowej rady lekarskiej w czasie rozpatrywania jego sprawy. Może również, w wypadku gdy rada postanowi o zawieszeniu prawa wykonywania zawodu, wystąpić do okręgowej rady lekarskiej o uchylenie uchwały, jeżeli ustaną przyczyny zawieszenia lub ograniczenia, nie wcześniej jednak niż po upływie 6 miesięcy od podjęcia uchwały (art. 12 ust. 5 i 6 ustawy). Lekarzom przysługuje również, zgodnie z art. 57 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, prawo odwołania się od uchwały rady okręgowej do Naczelnej Rady Lekarskiej, która bada jedynie formalne aspekty procedury [4, 5].

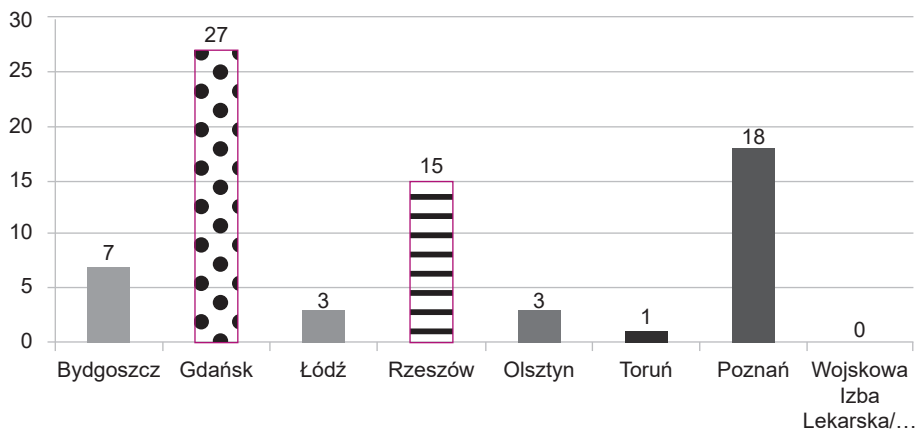
Postępowanie w przedmiocie niezdolności lekarza do wykonywania zawodu albo ograniczenia w wykonywaniu ściśle określonych czynności medycznych dotyczy przede wszystkim osób, które nie podjęły leczenia, i zwykle wszczynane jest po otrzymaniu skargi albo wiadomości o postępowaniu niezgodnym z zasadami wykonywania zawodu, w tym pracy pod wpływem alkoholu lub innych środków psychoaktywnych.

Cele przedstawionych w niniejszej publikacji badań to: (1) ustalenie, jakie przyczyny zdrowotne stały za zawieszeniem bądź ograniczeniem PWZ w latach 1990–2014, (2) analiza długości okresu zawieszenia PWZ w zależności od rodzaju zaburzenia, które występowało u lekarzy i lekarzy dentyistów, oraz (3) różnic w przyczynach zdrowotnych zawieszenia albo ograniczenia PWZ ze względu na wykonywany zawód (lekarze/lekarze dentyści), płeć, wiek i rodzaj specjalizacji oraz (4) ustalenie liczby osób z zawieszonym lub ograniczonym PWZ powracających do wykonywania zawodu i (5) określenie czynników wpływających na powrót do pracy w zawodzie.

## Material i metody

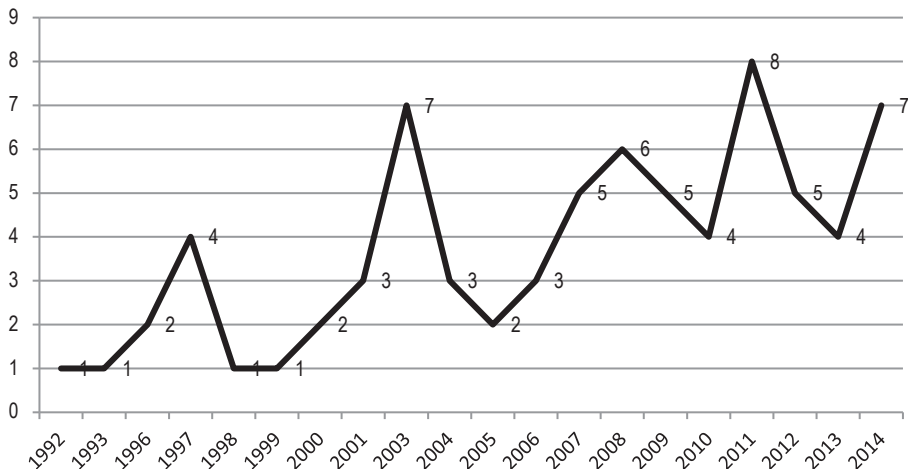
Autorzy zwrócili się do wszystkich 24 okręgowych izb lekarskich w Polsce z prośbą o wypełnienie kwestionariusza dotyczącego uchwał podjętych przez okręgowe rady lekarskie w przedmiocie niezdolności lekarza do wykonywania zawodu albo ograniczenia w wykonywaniu określonych czynności medycznych w latach 1990–2014 w oparciu o dane okręgowych rejestrów lekarzy. Kwestionariusz zawierał pytania dotyczące płci, roku urodzenia, posiadanej specjalizacji i przynależności lekarzy do OIL oraz typu decyzji rady okręgowej (zawieszenie albo ograniczenie PWZ), roku wydania postanowienia rady okręgowej o zawieszeniu/ograniczeniu PWZ i rozpoznania będącego podstawą zawieszenia/ograniczenia PWZ. Autorzy pytali także o okres ograniczenia/zawieszenia PWZ wskazany w uchwale rady okręgowej, a także o to, czy lekarz po okresie zawieszenia/ograniczenia PWZ wrócił do wykonywania zawodu i ile wynosił czas ograniczenia/zawieszenia PWZ w wypadku lekarzy, którzy wrócili do pracy.

Odpowiedź otrzymano z 8 izb lekarskich (w Bydgoszczy, Gdańsku, Łodzi, Olsztynie, Poznaniu, Rzeszowie, Toruniu oraz z Wojskowej Izby Lekarskiej). Łącznie w grudniu 2014 roku miały one 53 019 członków wykonujących zawód, co stanowiło 32% ogółu członków izb lekarskich. W badanym okresie okręgowe rady lekarskie tych izb podjęły decyzje o zawieszeniu lub ograniczeniu prawa wykonywania zawodu 52 lekarzom i 22 lekarzom denty stom. Jak wskazuje rysunek 1, najczęściej tego typu przypadków odnotowano w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Gdańsku, w Wielkopolskiej Izbie Lekarskiej oraz w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Rzeszowie. W Wojskowej Izbie Lekarskiej nie podjęto ani jednej takiej uchwały.



Rysunek 1. Liczba orzeczeń o niezdolności lekarza do wykonywania zawodu albo o ograniczeniu w wykonywaniu ściśle określonych czynności medycznych w latach 1990–2014 w 8 okręgowych izbach lekarskich (N = 74)

Liczba podjętych uchwał w przedmiocie niezdolności lekarza do wykonywania zawodu w poszczególnych latach w badanym okresie we wszystkich izbach poddanych analizie nie przekraczała 8 (rys. 2).



Rysunek 2. Liczba orzeczeń o niezdolności lekarza do wykonywania zawodu albo o ograniczeniu w wykonywaniu ściśle określonych czynności medycznych wydanych przez okręgowe rady lekarskie w poszczególnych latach (N = 74)

Do analizy statystycznej wykorzystano program SPSS v. 20. Przy ocenie współzależności zmiennych zastosowano testy  $\chi^2$  Pearsona oraz współczynnik kontyngencji C.

## Wyniki

Wśród osób, których dotyczyły orzeczenia, lekarze stanowili 70,3%, lekarze dentyści zaś 29,7%. W podziale na rodzaj wykonywanego zawodu proporcja liczby uchwał jest zbliżona do proporcji liczby wykonujących zawód lekarzy i lekarzy dentyistów. Według danych Naczelnej Izby Lekarskiej na koniec 2014 roku wynosiła ona 79% lekarzy i 21% lekarzy dentyistów. W badanej próbie 56,8% stanowili mężczyźni, co odbiega od stosunku płci w całej populacji członków izb lekarskich, w której mężczyźni na koniec 2014 roku stanowili nieco ponad 39% [6]. Średni wiek lekarzy i lekarzy dentyistów w chwili wydania orzeczenia w przedmiocie niezdolności do wykonywania zawodu wynosił 50,2 roku, przy czym najmłodszy lekarz w chwili wydania orzeczenia miał 30 lat, a najstarszy 91. Dla kobiet średni wiek wynosił 49,9 roku, dla mężczyzn 50,4 roku. Pod tym względem grupa, której dotyczyły uchwały ORL, nie różniła się znacząco od ogólnej populacji lekarzy i lekarzy dentyistów wykonujących zawód, w której średni wiek wynosił w 2014 roku 48,5 roku.

Przyczyny zdrowotne skutkujące zawieszeniem lub ograniczeniem PWZ były bardzo zróżnicowane. W dokumentacji prowadzonej przez okręgowe izby lekarskie

można wyróżnić 20 podstaw zawieszenia lub ograniczenia prawa wykonywania zawodu. Wszystkie przyczyny zdrowotne zawieszenia lub ograniczenia PWZ można podzielić na związane z uzależnieniem oraz inne (tab. 1).

Tabela 1. Przyczyny zdrowotne zawieszenia lub ograniczenia PWZ w latach 1990–2014

Problem zdrowotny	N	%
Uzależnienie od substancji psychoaktywnych	40	54,1
Inna choroba	34	45,9
Ogółem	74	100

Najczęściej obserwowaną przyczyną utraty bądź zawieszenia prawa wykonywania zawodu było uzależnienie od substancji psychoaktywnych, które stwierdzono u 54% osób. Substancje, od których lekarze byli uzależnieni, to alkohol (38,2% spośród wszystkich 74 analizowanych spraw), nielegalne substancje psychoaktywne (8,2%) oraz leki (2,8%). Trzy osoby były uzależnione od alkoholu i nielegalnych substancji psychoaktywnych jednocześnie (4,1%).

W pozostałych przypadkach komisje wydające opinie w sprawie niezdolności do wykonywania zawodu stwierdzały schizofrenię (16,2%), chorobę afektywną dwubiegunową (u 2 osób, 2,7%), zespół paranoidalny (także u 2 osób). Zdarzyły się także pojedyncze przypadki zaburzeń poznawczych typu alzheimerowskiego, zespołu psychoorganicznego, depresji i zaburzeń urojeniowych. W 9 przypadkach (12,2% wszystkich spraw) zapisy okręgowych rejestrów lekarzy nie definiują choroby psychicznej będącej powodem zawieszenia/ograniczenia. W jednym przypadku orzeczenie dotyczyło lekarza z głębokim uszkodzeniem słuchu, a jednemu z lekarzy PWZ ograniczono ze względu na podeszły wiek (91 lat).

Okręgowe rady lekarskie w oparciu o opinie komisji najczęściej decydowały o zawieszeniu prawa wykonywania zawodu (87,8%). Ograniczenie w wykonywaniu określonych czynności medycznych zastosowano w 8 przypadkach (10,8%). W jednym przypadku (1,4%) okręgowa rada lekarska w oparciu o wynik badania lekarskiego zdecydowała o pozbawieniu członka izby lekarskiej prawa wykonywania zawodu.

Przepisy regulujące procedurę zawieszania lub ograniczania PWZ wskazują, że ograniczenie prawa wykonywania zawodu powinno obowiązywać na czas trwania niezdolności do wykonywania zawodu. Większość uchwał w ten sposób określała czas zawieszenia, w 24% przypadków czas został określony (tab. 2). W dwóch przypadkach rady okręgowe zdecydowały o stałym ograniczeniu PWZ. W pierwszym pozbawiono PWZ lekarza chorującego psychicznie, w drugim na stałe ograniczono PWZ lekarzowi mającemu 91 lat, który ciągle pracował w gabinecie prywatnym.

Tabela 2. Okres zawieszenia lub ograniczenia PWZ

Czas trwania zawieszenia PWZ	N	%
Na czas trwania niezdolności do wykonywania zawodu	46	62,2
4 lata	2	2,7
3 lata	1	1,4

*dalszy ciąg tabeli na następnej stronie*

2 lata	4	5,4
1,5 roku	2	2,7
1 rok	5	6,8
6 miesięcy	9	12,2
Trwałe	2	2,7
Na czas postępowania w przedmiocie niezdolności do wykonywania zawodu	3	4,1

Analiza statystyczna zgromadzonych danych nie wykazała związku między rodzajem zaburzenia a decyzją okręgowych rad lekarskich o tym, czy zawiesić, czy ograniczyć prawo wykonywania zawodu. Brak też związku między rodzajem diagnozy a okresem, na który ograniczono prawo do wykonywania zawodu.

Celem badań było także sprawdzenie, czy istnieją związki między rodzajem zaburzenia będącego podstawą decyzji okręgowych rad lekarskich w przedmiocie niezdolności do wykonywania zawodu a cechami demograficznymi, wykonywanym zawodem i posiadaną specjalizacją osób, których decyzje dotyczyły. Zarówno płeć lekarza, jak i wykonywany zawód (lekarz/lekarz dentysta), nie miały związku z przyczyną niezdolności do wykonywania zawodu ( $p > 0,05$ ). Zmiennymi, które korelowały z rozpoznaniem, były wiek oraz specjalizacja, jaką posiadali lekarze (z wyłączeniem lekarzy dentystów), których przypadki poddano analizie. Tabela 3 wskazuje, że uzależnienia od substancji psychoaktywnych przeważały wśród osób będących w wieku pomiędzy 42 a 57 lat (u 63,6% lekarzy w tym przedziale wiekowym rozpoznano uzależnienie) oraz w wieku przedemerytalnym (68,4%). Inne rozpoznania przeważały wśród najmłodszych osób oraz tych, które osiągnęły wiek emerytalny. Z analizy został wyłączony przypadek lekarza, któremu ograniczono prawo wykonywania zawodu jedynie ze względu na podeszły wiek (91 lat).

Tabela 3. Wiek i rozpoznanie będące podstawą zawieszenia lub ograniczenia PWZ

		Rozpoznanie					
		Inne		Uzależnienie od substancji psychoaktywnych		Ogółem	
		N	%	N	%	N	%
Wiek (w latach)	< 41	5	100,0	0	0,0	5	100,0
	42–57	12	36,4	21	63,6	33	100,0
	58–67	6	31,6	13	68,4	19	100,0
	> 67	10	62,5	6	37,5	16	100,0
	Ogółem	33	45,2	40	54,8	73	100,0

$\text{Chi}^2(1) = 10,45$ ;  $p < 0,05$ ;  $C \approx 0,35$

Kolejną zmienną, która korelowała z rodzajem problemu zdrowotnego będącego podstawą ograniczenia lub zawieszenia PWZ w grupie lekarzy, z wyłączeniem lekarzy dentystów, była posiadana specjalizacja. Lekarze, których dotyczyły analizowane

uchwały ORL, reprezentowali 15 specjalizacji. Najliczniejszą grupę stanowili interniści (25%), następnie ginekolodzy (13,5%) i chirurdzy (11,5%). Na potrzeby analizy specjalizacje podzielono na zabiegowe albo niezabiegowe. Trojga lekarzy nie uwzględniono w analizie, ponieważ nie dało się im przypisać żadnej z tych dwóch kategorii (1 lekarz stażysta, 1 lekarz bez specjalizacji i w 1 przypadku brak danych). Jak pokazuje tabela 4, wśród osób, którym zawieszono lub ograniczono PWZ w związku z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych, istotnie więcej było lekarzy posiadających specjalizacje zabiegowe.

Tabela 4. Posiadane specjalizacje i rozpoznania będące podstawą ograniczenia lub zawieszenia PWZ

		Specjalizacja					
		Zabiegowa		Niezabiegowa		Ogółem	
		N	% z N w kolumnie	N	% z N w kolumnie	N	% z N w kolumnie
Rozpoznanie	Inne	4	23,5	17	53,1	21	42,9
	Uzależnienie od substancji psychoaktywnych	13	76,5	15	46,9	28	57,1
	Ogółem	17	100,0	32	100,0	49	100,0

$\text{Chi}^2(1) = 3,9; p < 0,05; C = 0,3$

Przeanalizowano również częstość powrotów do wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentystry po okresie zawieszenia PWZ. Spośród 74 osób 40,5% udało się odzyskać pełne prawo wykonywania zawodu. Płeć, wiek ani wykonywany zawód nie miały istotnego związku z powrotem do zawodu po okresie zawieszenia ( $p > 0,05$ ). Natomiast istotny związek miał rodzaj zaburzenia będącego podstawą zawieszenia bądź ograniczenia PWZ. Jak pokazuje tabela 5, 57,5 % lekarzy, u których rozpoznano uzależnienie, wracało do wykonywania zawodu, podczas gdy w wypadku lekarzy z diagnozą innych zaburzeń odsetek ten wyniósł 20,5%. Średni czas, po jakim lekarze odzyskiwali PWZ, wynosił 31,8 miesiąca. Wymienione powyżej zmienne nie miały związku z długością okresu zawieszenia PWZ.

Tabela 5. Rozpoznanie i liczba lekarzy powracających do wykonywania zawodu

Problem zdrowotny	Powrót do wykonywania zawodu		
	Tak N (%)	Nie N (%)	Razem N
Uzależnienie od substancji psychoaktywnych.	23 (57,5)	17 (42,5)	40
Inna choroba	7 (20,5)	27 (79,5)	34
Ogółem	30 (40,5)	44 (59,5)	74

$\text{Chi}^2(1) = 10,38; p < 0,002; C \approx 0,3$



## Omówienie

Częstość występowania uzależnienia od alkoholu w środowisku lekarzy i lekarzy dentyistów w Polsce nie jest znana. W zagranicznych publikacjach na ten temat wskazuje się, że jest ona podobna do częstości w całym społeczeństwie [7–9]. Najczęściej badanym objawem jest tzw. ryzykowne picie, którego występowanie wśród lekarzy określa się na kilkanaście procent [7, 9], choć badania prowadzone w Niemczech wskazują, że zjawisko to może dotyczyć niemal 30% lekarzy [10].

Brak również informacji o zjawisku uzależnienia od leków w populacji polskich lekarzy i lekarzy dentyistów, które według literatury przedmiotu jest drugim co do częstości występującym uzależnieniem w tej grupie zawodowej [11, 12]. W odróżnieniu od uzależnienia od alkoholu częstość występowania uzależnienia od leków jest wśród lekarzy wyższa niż w populacji ogólnej [13]. Leki, od których lekarze uzależniają się najczęściej, to benzodiazepiny i leki opioidowe [11, 14]. W Stanach Zjednoczonych szacuje się, że uzależnienie od substancji psychoaktywnych dotyczy 10–12%, a według niektórych badań nawet 18% lekarzy podczas ich kariery zawodowej [8, 15]. Wyniki badań dotyczących przyczyn zawieszenia/ograniczenia PWZ lekarzy w Polsce zdają się potwierdzać, że także w naszym kraju kwestia uzależnień lekarzy jest istotnym problemem. Niestety zapisy okręgowych rejestrów lekarzy nie są na tyle precyzyjne, by można było w każdym przypadku dokładnie określić substancję, od której lekarz był uzależniony.

Liczba przypadków, w których okręgowe rady lekarskie zdecydowały się zawiesić albo ograniczyć PWZ z powodów zdrowotnych, wydaje się niewielka. Ponieważ okręgowe izby lekarskie, z których otrzymano dane, reprezentują  $\frac{1}{3}$  ogółu lekarzy i lekarzy dentyistów wykonujących zawód w Polsce i są wśród nich zarówno duże, jak i małe izby lekarskie, można przyjąć, że szacowana liczba takich decyzji okręgowych rad lekarskich w Polsce wyniosła w analizowanym okresie około 220. Świadczyć to może o rozwiązywaniu przez polskich lekarzy problemów zdrowotnych bez konieczności interwencji samorządu, ale także o niedoskonałości systemu informowania ORL o przypadkach wymagających interwencji. Identyfikacja problemów zdrowotnych ograniczających lub uniemożliwiających wykonywanie zawodu przez członków izby lekarskiej jest zadaniem pełnomocników rad okręgowych do spraw zdrowia lekarzy i lekarzy dentyistów. Ich zadaniem jest także kontaktowanie się z lekarzami wymagającymi leczenia, pomoc w organizacji leczenia i monitorowanie jego postępów [16].

Choroby zawodowe nie były przedmiotem postępowań prowadzonych przez okręgowe rady lekarskie. Wynika to zapewne z faktu, że w razie zaistnienia u lekarza lub lekarza dentyisty takiej choroby zwróci się on nie do samorządu zawodowego, lecz do państwowego powiatowego inspektora sanitarnego, okręgowego inspektora pracy i Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w celu skorzystania ze świadczeń wymienionych w art. 6 Ustawy o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych [17]. Wystąpienie choroby zawodowej nie powoduje więc konieczności podjęcia postępowania przez okręgową radę lekarską.

Niniejsza praca stanowi pierwszą próbę analizy zjawiska zawieszania lub ograniczania prawa wykonywania zawodu lekarza ze względów zdrowotnych w Polsce. Nie

odnaleziono innych publikacji dotyczących tego zagadnienia. Przedstawione wyniki są częściowo podobne do wyników badań przeprowadzonych w Niemczech i w Belgii, w których stwierdzono, że wśród lekarzy posiadających specjalizacje zabiegowe częściej obserwuje się tzw. picie ryzykowne [7, 9, 10].

Analiza wyników wskazuje także, że uzależnieni lekarze i lekarze dentyści, którym zawieszono lub ograniczono prawo wykonywania zawodu, odzyskują swoje uprawnienia zawodowe zdecydowanie częściej niż ich koleżanki i koledzy, u których zdiagnozowano inne zaburzenia. Powrót do zawodu zajmował lekarzom i lekarzom denty stom średnio niecałe 3 lata. Świadczy to o skuteczności systemu pomocy lekarzom, których stan zdrowia wynikający z uzależnienia ogranicza lub uniemożliwia wykonywanie zawodu, zorganizowanego przez izby lekarskie. System ten obejmuje działania pełnomocników do spraw zdrowia lekarzy i lekarzy denty stom działających przy okręgowych izbach lekarskich, którymi są zazwyczaj lekarze psychiatry, oraz ośrodki leczenia uzależnień współpracujące z okręgowymi izbami lekarskimi. Ponadto samorząd lekarski, w razie potrzeby, organizuje wsparcie finansowe dla rodziny lekarza, który podjął leczenie [16]. W USA, gdzie funkcjonują podobne programy zdrowotne dla lekarzy, podkreśla się, że powrót do wykonywania zawodu po leczeniu uzależnienia jest w tej grupie zawodowej bardzo wysoki (70–90%), podobnie jak u pilotów [8, 18]. Amerykański system *Physician Health Programs* (PHP), który funkcjonuje od lat 70. XX wieku, opiera się na podnoszeniu świadomości zagrożeń i szybkiej identyfikacji połączonej z działaniami interwencyjnymi. Uzależnieni lekarze podpisują kontrakt opisujący w szczególności rodzaj opieki, wsparcia i monitorowania ich stanu w trakcie trwającego zazwyczaj 5 lat programu terapeutycznego, a także konsekwencje niedotrzymania jego warunków i ponownego sięgnięcia po substancje uzależniające. Uczestnicy PHP zazwyczaj trafiają na leczenie odwykowe trwające do 90 dni, a następnie uczestniczą w programach AA (*Alcoholics Anonymous*), NA (*Narcotics Anonymous*) lub trafiają do grup wsparcia złożonych z pracowników ochrony zdrowia wychodzących z nałogu. Przez okres trwania programu lekarze są losowo poddawani testom na obecność substancji uzależniających – ich częstotliwość jest bardzo duża i sięga średnio 48 w pierwszym roku programu [19–21]. Co ciekawe, badania z 2013 roku wskazują, że PHP ma także jeszcze jeden zaskakujący skutek – lekarze, którzy zakończyli leczenie w tym programie, popełniali mniej wykroczeń zawodowych niż pozostali lekarze [22].

Inną prawidłowością, którą udało się wykazać, jest istnienie związku między wiekiem lekarzy i lekarzy denty stom a diagnozą skutkującą zawieszeniem lub ograniczeniem zawodu. Liczba lekarzy „tracących” PWZ z powodu uzależnień była największa w grupach wiekowych od 42 do 57 lat i od 58 do 67 lat. Tendencja ta może wynikać z faktu, że doświadczeni lekarze i lekarze dentyści są bardziej narażeni na stres niż ich młodszy koledzy, ponieważ częściej pełnią funkcje kierownicze w placówkach ochrony zdrowia, ponoszą większą odpowiedzialność za przebieg leczenia i jednocześnie pracują więcej niż lekarze będący w wieku emerytalnym. Podobnie jak w Polsce, także w Belgii i w Niemczech występowanie uzależnień jest rzadsze wśród młodszych lekarzy [7, 9, 23].

Ograniczona liczba izb lekarskich, od których otrzymano informacje, uniemożliwia wyciąganie szczegółowych wniosków dotyczących czynników ryzyka niezdolności do

wykonywania zawodu. Postępowanie prowadzone przez ORL wszczynają się w stosunku do lekarzy i lekarzy dentyistów, którzy mają problemy zdrowotne, nie są w stanie ich kontrolować i kontynuują wykonywanie zawodu, przez co mogą stanowić zagrożenie dla pacjentów. Należy sądzić, że większość chorych lekarzy i lekarzy dentyistów ogranicza czynności zawodowe stosownie do swojej sytuacji zdrowotnej i nie jest konieczne wszczynanie wobec nich postępowania. Podkreśla się, że te grupy zawodowe bardzo dobrze radzą sobie z ukrywaniem problemów zdrowotnych i często uzależnienie staje się widoczne dopiero w bardzo zaawansowanym stadium [8, 24]. Szczególnym problemem są uzależnienia, w których typowym zjawiskiem jest ukrywanie choroby oraz utrata kontroli nad własnym postępowaniem. W takich sytuacjach wskazane są szybkie i zdecydowane interwencje [8]. Dane uzyskane w tym badaniu wskazują, że tak właśnie się dzieje, choć dokładniejsza ocena skali zjawiska uzależnień wśród lekarzy i lekarzy dentyistów oraz skuteczności podejmowanych przez samorząd działań wymagałaby przeprowadzenia dalszych, bardziej szczegółowych badań.

### Wnioski

1. Najczęstszą przyczyną wszczęcia przez samorząd lekarski postępowania w przedmiocie zdolności do wykonywania zawodu lekarza albo lekarza dentyisty są uzależnienia.
2. System pomocy lekarzom i lekarzom dentyistom, których stan zdrowia ogranicza lub uniemożliwia wykonywanie zawodu, zorganizowany przez samorząd lekarski jest skuteczny w wypadku osób uzależnionych, z których większość w ciągu średnio niespełna 3 lat powraca do wykonywania zawodu.
3. O ile w wypadku chorób innych niż uzależnienie powrót do wykonywania zawodu zależy od aspektów medycznych, o tyle w wypadku uzależnień wczesna interwencja pozwala zapobiec rozwojowi choroby i dezorganizacji życia osoby uzależnionej. Niewielka liczba spraw prowadzonych przez okręgowe rady lekarskie sugeruje, że samorząd powinien aktywniej identyfikować uzależnienia wśród swoich członków. Wart rozważenia wydaje się pomysł podjęcia współpracy w tym zakresie z pracodawcami lekarzy, szczególnie reprezentujących specjalizacje zabiegowe.

### Piśmiennictwo

1. Wilczyńska U, Szeszenia-Dąbrowska N. *Choroby zawodowe wśród pracowników ochrony zdrowia i pomocy społecznej w Polsce*. Med. Pr. 2010; 61(6): 597–605.
2. Tuszyński K, Lella A. red. *Choroby zawodowe lekarzy stomatologów*. Gdańsk: Via Medica; 2009.
3. Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2009 r. Nr 219, poz. 1708 z późn. zm.).
4. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634).

5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. w sprawie trybu powoływania i sposobu działania komisji orzekającej w przedmiocie niezdolności lekarza do wykonywania zawodu albo ograniczenia w wykonywaniu ściśle określonych czynności medycznych (Dz. U. z 2011 r. Nr 246, poz. 1475).
6. Naczelna Izba Lekarska (2016). Zestawienie liczbowe lekarzy i lekarzy dentyków z podziałem na izby lekarskie, tytuł zawodowy i płeć. Stan na 31.12.2014. Dane uzyskane z Centralnego Rejestru Lekarzy RP.
7. Rosta J. *Hazardous alcohol use among hospital doctors in Germany*. Alcohol Alcohol. 2008; 43(2): 198–203.
8. Berge KH, Seppala MD, Schipper AM. *Chemical dependency and the physician*. Mayo Clin. Proc. 2009; 84(7): 625–631.
9. Joos L, Glazemakers I, Dom G. *Alcohol use and hazardous drinking among medical specialists*. Eur. Addict. Res. 2013; 19(2): 89–97.
10. Pfföringer D, Mayer R, Meisinger C, Freuer D, Eyer F. *Health, risk behaviour and consumption of addictive substances among physicians – Results of an online survey*. J. Occup. Med. Toxicol. 2018; 13: 27.
11. Carinci AJ, Christo PJ. *Physician impairment: Is recovery feasible?* Pain Physician 2009; 12(3): 487–491.
12. Brooke D, Edwards G, Taylor C. *Addiction as an occupational hazard: 144 doctors with drug and alcohol problems*. Br. J. Addict. 1991; 86(8): 1011–1016.
13. Domenighetti G, Tomamichel M, Gutzwiller F, Berthoud S, Casabianca S. *Psychoactive drug use among medical doctors is higher than in the general population*. Soc. Sci. Med. 1991; 33(3): 269–274.
14. Baldisseri MR. *Impaired healthcare professional*. Crit. Care Med. 2007; 35(2): S106–S116.
15. Boisubin EV, Levine RE. *Identifying and assisting the impaired physician*. Am. J. Med. Sci. 2001; 322(1): 31–36.
16. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej Nr 7/07/V z dnia 13 kwietnia 2007 r. w sprawie organizacji systemu pomocy lekarzom i lekarzom dentyków, których stan zdrowia ogranicza lub uniemożliwia wykonywanie zawodu.
17. Ustawa z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 199, poz. 1673).
18. McLellan AT, Skipper GS, Campbell M, DuPont RL. *Five year outcomes in a cohort study of physicians treated for substance use disorders in the United States*. BMJ 2008; 337(7679): 1154–1156.
19. DuPont RL, McLellan TA, Carr G, Gendel M, Skipper GE. *How are addicted physicians treated? A national survey of physician health programs*. J. Subst. Abuse Treat. 2009; 37(1): 1–7.
20. DuPont RL, Compton WM, McLellan AT. *Five-year recovery: A new standard for assessing effectiveness of substance use disorder treatment*. J. Subst. Abuse Treat. 2015; 58: 1–5.
21. Brooks SK, Gerada C, Chalder T. *Review of literature on the mental health of doctors: Are specialist services needed?* J. Ment. Health 2011; 20(2): 146–156.
22. Brooks E, Gendel MH, Gundersen DC, Early SR, Schirmacher R, Lembitz A i wsp. *Physician health programmes and malpractice claims: Reducing risk through monitoring*. Occup. Med. (Lond.) 2013; 63(4): 274–280.

23. Voltmer E, Schwappach DLB, Frank E, Wirsching M, Spahn C. *Work-related behavior and experience patterns and predictors of mental health in German physicians in medical practice*. Fam. Med. 2010; 42(6): 433–439.
24. McBeth BD, Ankel FK. *Don't ask, don't tell: Substance use by resident physicians*. Acad. Emerg. Med. 2006; 13(8): 893–895.

Adres: Piotr Kordel

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Katedra Nauk Społecznych i Humanistycznych

60-806 Poznań, ul. Rokietnicka 7

e-mail: kordel@ump.edu.pl

Otrzymano: 6.03.2019

Zrecenzowano: 17.05.2019

Otrzymano po poprawie: 20.08.2019

Przyjęto do druku: 25.08.2019