

10
2015

Gazeta Lekarska

PISMO IZB LEKARSKICH



Wobec ofiar przemocy

26

Prawo i medycyna

Prawo pacjenta
do informacji

37

Reportaż

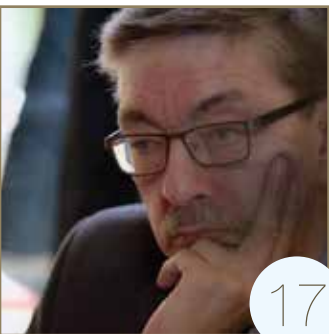
Nie widzisz mojego
cierpienia!

50

Ochrona zdrowia na świecie

Seniorzy pod
zintegrowaną ochroną

Spis treści



17



29



37



52

- 4 **Na wstępie / R. Golański:** Krezusi?
- 7 **Pierwszym głosem / M. Hamankiewicz:**
Mamy jeszcze wiele do zrobienia
- 8 **Skrining**
- 10 **Obserwacje / S. Badurek:** Jak rozwiązać problem kolejek
- 12 **Temat miesiąca:** Wobec ofiar przemocy
- 16 **Nasi w Europie / K. Radziwiłł:** Uchodźcy
- 17 **Rozmowa o zdrowiu:**
Zawsze doprowadzam sprawy do końca
- 20 **Punkt widzenia / J. Małmyga:** Donkiszoteria
- 22 **Stomatologia:**
Polska stomatologia – w pogoni za światem
- 25 **Kodeks Etyki Lekarskiej:** Brak należytej staranności
- 26 **Prawo i medycyna:**
Prawo pacjenta do informacji w teorii i praktyce
- 28 **Historia i medycyna:** Był taki punkt...
- 29 **Lekarskie towarzystwa naukowe:**
Priorytetem jest edukacja i nowoczesne terapie
- 32 **e-Doktor:** Wirtualny Pacjent
- 34 **Biuletyn NRL**
- 37 **Reportaż:** Nie widzisz mojego cierpienia!
- 41 **Praktyka lekarska:** Spór o fizjoterapię
- 44 **Praktyka lekarska:** Lekarz – wolny prekariusz
- 46 **Praktyka lekarska:** Myślenie pilnie potrzebne
- 46 **Praktyka lekarska:** Od pacjenta do laboratorium
- 50 **Ochrona zdrowia na świecie:**
Seniorzy pod zintegrowaną ochroną
- 52 **Indeks korzyści:** Uwaga łosie...
- 54 **Z dwóch stron sceny / S. Pietras:**
O potrzebie mogiły Gerarda Wilka
- Recenzja**
- 55 **Z dwóch stron sceny / A. Andrus:**
Asystentka na bekstejdżu
- 56 **Błąd malarski:** Bez wstydu
- 58 **Kultura:** Epikryza
- Recenzja**
- 59 **Kultura**
- 60 **Sport**
- 61 **Ogłoszenia**
- 64 **Komunikaty**
- 65 **Epikryza (54) / J. Wanecki:** Oddalam to pytanie
- 74 **Jolka lekarska**

Uгода z NFZ?

Lekarze zaczynają otrzymywać z sądów zawiadomienia o posiedzeniach w sprawach z wniosku NFZ o zawezwanie do próby ugodowej. Więcej na ten temat pisze adwokat Urszula Wójcikiewicz-Pociecha w dziale Prawo na www.gazetalekarska.pl.

Nie daruję!

Lek. med. Lech Mucha wydał walkę portalowi ZnanyLekarz.pl. „Będę się skarżył na nieprawne wykorzystywanie mojego imienia i nazwiska do reklamowania portalu i osiągania przez niego przychodów”. Więcej w dziale Prawo na www.gazetalekarska.pl.

25-lecie PSLM

Lekarze z dziewięciu krajów, w tym delegacje izb: warszawskiej i śląskiej, uczestniczyli w jubileuszu polskiego Stowarzyszenia Medycznego na Litwie. Więcej na ten temat w kolejnym wydaniu.



**Ryszard
Golański**

Redaktor
naczelny „GL”

Krezusi?

W ostatnich tygodniach media obiegała informacja o zarobkach poszczególnych grup zawodowych. Na pierwszym miejscu wymieniano lekarzy, którzy wyprzedzili dyrektorów i menedżerów. Tym pierwszym się poprawiło, tym drugim pogorszyło i dlatego nastąpiła zmiana lidera.

Średnie wynagrodzenie w grupie medyków ma znacząco przekraczać 5 tys. zł. W informacjach, których ja słuchałem, nie podawano średniej w tej drugiej grupie. Byłem bardzo zdziwiony, bo znam dochody kilku dyrektorów różnych firm i wiem, że są to najczęściej kwoty pięciocyfrowe. Może menedżerowie obniżają im średnią? Podawanie tego typu informacji to wprowadzanie opinii publicznej w błąd (część moich kolegów uważa, że świadome i celowe) i jednocześnie powodowanie irytacji lekarzy. Błędem, uparcie powtarzanym od lat, jest pominięcie informacji, ile godzin miesięcznie pracuje lekarz, aby osiągnąć swoje dochody. Przeciętny czytelnik czy słuchacz przyjmuje za oczywistość, że są to dochody z jednego etatu. Tymczasem w odpowiedzi na pytanie o wynagrodzenia lekarzy placówki podają całość kwot, jakie są lekarzowi wypłacane. Wiemy wszyscy, że ta część, którą otrzymujemy za ponad normatywny czas pracy, czyli na przykład za dyżury, najczęściej jest wyższa niż podstawowa pensja. Prawdziwy obraz byłby przekazywany wtedy, kiedy oprócz wymieniania kwot, podawano by czas pracy. Starania lekarzy, w tym samorządu lekarskiego, o rzetelność dziennikarskiego przekazu są niestety nieskuteczne. Nie można zaprzeczyć, że sytuacja finansowa lekarzy znacząco poprawiła się w ostatnich latach, ale podawanie takich informacji, jak przy-

wołana na początku, i w takiej formie, z pewnością przyczynia się do tworzenia krzywdzących opinii o naszej grupie zawodowej.

27 września to Światowy Dzień Serca. Według informacji kampanii „Ciśnienie na życie” średni wiek serca Polaków jest o sześć lat wyższy niż wiek metrykalny. Jakie są tego skutki, widzimy, śledząc losy naszych pacjentów. Choroby układu krążenia zabijają Polaków. Każdy z nas może przywołać ze swojej praktyki, bez względu na to, czy jest to podstawowa opieka zdrowotna, czy wysokospecjalistyczny oddział szpitalny, dramatyczne przykłady. Młode osoby, zwłaszcza mężczyźni, otyli, palący papierosy, niekontrolujący ciśnienia tętniczego, trafiają do nas z zawałem mięśnia sercowego, udarem mózgu albo rozwarstwioną aortą. Często, lecząc takiego pacjenta, myślimy: nie musiało tak być!

Ważne, abyśmy myśleli także o własnym zdrowiu. Niech ten dzień będzie przyczynkiem do tego, że lekarze, bez względu na płeć i wiek, zastanowią się nad swoim trybem życia. Zróbmy bilans naszej diety, poziomu ciśnienia tętniczego i lipidogramu, prozdrowotnej aktywności fizycznej z jednej strony i przepracowania z drugiej. Taką chwilę refleksji dedykuję zwłaszcza lekarzom palącym papierosy. Obyśmy zdrowi byli. Obyśmy się zdrowo starzeli. Ale o tym w następnym numerze „Gazety Lekarskiej”. ■

Migawka

Konferencja podsumowująca. Przez niecałe trzy lata prawie 3000 lekarzy i lekarzy dentystów odbyło ogólnopolskie szkolenia zorganizowane przez Naczelną Izbę Lekarską. Badania ewaluacyjne wykazały, jak bardzo ważnym kanałem informacyjnym dla młodych lekarzy jest „Gazeta Lekarska”. Więcej na s. 47.



FOTO: Marta Jakubiak

Checklista, czyli o dokumentacji

„Check, check, check” – radośnie krzyczały dzieci w reklamie przyborów szkolnych. Od 1 września 2015 r. podobnie można będzie krzyczeć na salach operacyjnych.

Od tego dnia weszło bowiem w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 sierpnia 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. 2015 r., poz. 1261). Rozporządzenie:

- wprowadza okołooperacyjną kartę kontrolną (checklistę),
- określa zasady postępowania w przypadku, gdy wynik badania diagnostycznego istotnego dla ustalenia rozpoznania onkologicznego nie był znany w dniu wypisu pacjenta ze szpitala,
- modyfikuje zasady wydawania karty informacyjnej z leczenia szpitalnego.

Okołooperacyjna karta kontrolna staje się jednym z dokumentów dodatkowych dołączanych do historii choroby (dokumentacji indywidualnej wewnętrznej). Przebieg hospitalizacji będzie teraz dokumentowany również, oprócz karty obserwacji, karty zaleceń lekarskich i karty opieki pielęgniarskiej, w formie kolejnej karty – okołooperacyjnej karty kontrolnej. Ma ona zawierać informacje o wykonaniu niezbędnych czynności okołooperacyjnych w sali operacyjnej. Dotąd musiały ją wprowadzić podmioty lecznicze posiadające certyfikat akredytacyjny, teraz wszystkie przeprowadzające operacje.

Regulamin organizacyjny podmiotu leczniczego musi zostać uzupełniony o zapisy dotyczące wyznaczania i zakresu obowiązków koordynatora okołooperacyjnej karty kontrolnej, który uprawniony będzie do dokonywania w niej wpisów. Dokonywać ich będzie na podstawie informacji udzielanych przez członków zespołu operacyjnego, zgodnie z zakresem ich zadań podczas operacji.

Rozporządzenie wprowadza minimalny zakres informacji, jakie musi zawierać okołooperacyjna karta kontrolna. Ma zawierać informacje dotyczące czynności wykonywanych w podziale na trzy grupy:

- przed znieczuleniem pacjenta;

- przed wykonaniem nacięcia;
- przed opuszczeniem przez pacjenta bloku operacyjnego.

Podmioty lecznicze mogą rozszerzać jej zakres odpowiednio do potrzeb operacji z różnych dziedzin. Zgodnie z wymaganą treścią karty pacjent powinien mieć zapewnione w trakcie operacji monitorowanie EKG, pulsoksymetrii, ciśnienia tętniczego krwi, kapnometrii. W karcie potwierdza się również, że członkowie zespołu znają się nawzajem, zidentyfikowano pacjenta, użyto właściwego zestawu narzędzi. Zawierać ma ona informację o zastosowanej profilaktyce antybiotykowej i przeciwzakrzepowej, o przygotowaniu wyników badań obrazowych. Zawierać ma ona także informację o możliwych odstępstwach od zaplanowanej procedury operacyjnej. W części dotyczącej czynności wykonanych przed opuszczeniem bloku dokumentuje się wykonaną procedurę, zgodność liczby narzędzi, powikłania, trudności w trakcie operacji, zalecenia pooperacyjne. Karta uzupełniania jest poprzez zakreślenie pól: TAK, NIE, NIE DOTYCZY, stąd określa się ją jako checklistę.

Rozporządzenie wprowadza również nowe rozwiązania na wypadek, gdy wynik badania diagnostycznego istotnego dla ustalenia rozpoznania onkologicznego nie był znany w dniu wypisu pacjenta ze szpitala. Wtedy historię choroby uzupełnia się o rozpoznanie ustalone na jego podstawie, a wynik badania dołącza się do historii choroby. Tak uzupełnioną historię choroby przedstawia się do oceny i podpisu lekarzowi kierującemu oddziałem. Rozpoznanie to uzupełnia również księgę główną przyjęć i wypisów oraz księgę chorych oddziału.

Rozporządzenie dopuszcza również, by kartę informacyjną z leczenia szpitalnego podpisał lekarz wypisujący i lekarz upoważniony przez lekarza kierującego oddziałem – nie jest już wobec tego wymagany podpis ordynatora lub kierownika oddziału.

mec.

**Jarosław
Klimek**

radca prawny
OIL w Łodzi

Sponsorem
serwisu
prawnego dla
lekarzy jest firma
Gedeon Richter.



**Maciej
Hamankiewicz**

Prezes
Naczelnej Rady
Lekarskiej

Powinniśmy pamiętać o art. 52 Kodeksu Etyki Lekarskiej: „Lekarz wszelkie uwagi o dostrzeżonych błędach w postępowaniu innego lekarza powinien przekazać przede wszystkim temu lekarzowi. Jeżeli interwencja okaże się nieskuteczna albo dostrzeżony błąd lub naruszenie zasad etyki powoduje poważną szkodę, konieczne jest poinformowanie organu izby lekarskiej”.

Mamy jeszcze wiele do zrobienia

Naczelna Izba Lekarska zakończyła właśnie projekt unijny dla młodych lekarzy z zakresu funkcjonowania systemu ochrony zdrowia oraz umiejętności komunikacji, współpracy i budowania relacji z pacjentem. Jestem dumny z tego projektu, bo z opinii, jakie formułowali uczestnicy, wynika, że takie szkolenia są lekarzom potrzebne i to nie tylko tym do 35. roku życia.

Bardzo duże jest zapotrzebowanie na szkolenia dotyczące metod radzenia sobie ze stresem, autoprezentacji, budowania autorytetu. Także potrzebne jest praktyczne podejście do zagadnień prawa medycznego. W naszym projekcie uczestniczyło prawie trzy tysiące lekarzy, a polubień na Facebooku mieliśmy 4,3 tys. Sięgając pamięcią trzy lata wstecz, kiedy rozpoczęliśmy to przedsięwzięcie, nie spodziewaliśmy się takiego zainteresowania i takiej frekwencji – przekraczającej tak naprawdę nasze początkowe plany przeszkolenia dwóch tysięcy osób.

To ważna wskazówka dla NIL oraz dla okręgowych izb lekarskich, że taka tematyka szkoleń musi być na stałe wpisana do programów kształcenia ustawicznego w samorządzie lekarskim. Równie ważne jest, a co znalazło się w rekomendacjach na koniec projektu unijnego, że program szkoleń stacjonarnych oraz tematyka kursów on-line powinny być rozszerzone o zagadnienia związane ze współpracą oraz komunikacją na linii lekarz-lekarz. Widać, że relacje pomiędzy nami samymi nieestety kuleją. Chciałbym bardzo, aby udało się uruchomić kolejne projekty szkoleniowe. Na pewno będziemy nad tym pracować.

Odbylem ostatnio wyścig korespondencyjny z prezesem Fundacji Watch Health Care na temat interwencji o nieudowodnionej skuteczności i stanowiska Prezydium NRL podjętego 21 sierpnia. Temat bardzo ważny i w sposób szczególny dotyczący wykonywania zawodu lekarza, eksperymentu medycznego, Deklaracji Helsińskiej. Mam nadzieję, że ze stanowiskiem każdy się zapoznał. Dodatkowo zachęcam do lektury korespondencji zawierającej wymianę zdań pomiędzy mną a prezesem WHC, opublikowaną na stronie internetowej NIL. Dodam tylko, że listami Krzysztofa Łandy jestem zaskoczony, oburzony i zdziwiony. Największe zdumienie budzi również fakt, jak wielu traktuje tezy tej fundacji jako „opiniotwórcze”. Nie może dziwić zatem fakt, że jaka opinia, takie działanie tych, którzy w nią uwierzyli.

Nazwałem korespondencję wyścigiem, gdyż stanowisko prezesa WHC opublikowane w internecie pojawiło się następnego dnia po zamieszczeniu stanowiska Prezydium NRL. Odpowiedziałem cztery dni później i już za pięć dni pojawiło się kolejne pismo prezesa WHC. Za

trzy dni odpowiedziałem ponownie. Wyścig zakończył prezes WHC komunikatem, że jego kolejnej odpowiedzi możemy się spodziewać najwcześniej w drugiej połowie października. Czekamy.

Zapoznałem się z raportem NIK sporządzonym po kontroli przeprowadzonej w 22 szpitalach. To bardzo niewielka liczba placówek, bo wg raportu GUS w Polsce na koniec 2013 r. odnotowano łącznie 968 szpitali ogólnych, a do tego dane nie obejmują jeszcze szpitali w zakładach karnych, utworzonych przez Ministra Sprawiedliwości. Oczywiście jeżeli czytam, że zmęczenie dyżurujących będzie stwarzać ryzyko dla bezpieczeństwa pacjentów i samego personelu, to ja to wiem. I wiem też, że przy liczbie lekarzy, jaką ma państwo polskie, gdyby nie ich poświęcenie, nie miałby kto pacjentów w naszym kraju leczyć. Pragnę jednak podkreślić, że diagnoza oparta na wyrwykowych analizach i wyciąganiu wniosków z kontroli jedynie 22 szpitali z pominięciem pozostałych ponad dziewięćset oraz z pominięciem całej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej nie przyniesie niczego konkretnego, poza medialnym szumem.

Oo jakiś czas w mediach ogólnopolskich ukazuje się artykuł dotyczący lekarzy uzależnionych od alkoholu i substancji psychoaktywnych. Byłem w 2007 r. jednym z gorących orędowników powstania instytucji pełnomocnika ds. zdrowia przy izbach lekarskich (w 2009 r., zanim objąłem funkcję prezesa NRL, jako prezes Śląskiej Izby Lekarskiej doprowadziłem do powołania Instytutu Zdrowia Lekarzy). Choć minęło już kilka lat, wciąż uważam, że w temacie zdrowia i uzależnień wśród lekarzy mamy jeszcze wiele do zrobienia. Nie tylko my, jako twórcy uchwały i działacze Naczelnej Rady Lekarskiej, tylko my – wszyscy lekarze i lekarze dentyści. Powinniśmy bardziej przyjrzeć się sobie nawzajem. Powinniśmy pamiętać o art. 52 Kodeksu Etyki Lekarskiej: „Lekarz wszelkie uwagi o dostrzeżonych błędach w postępowaniu innego lekarza powinien przekazać przede wszystkim temu lekarzowi. Jeżeli interwencja okaże się nieskuteczna albo dostrzeżony błąd lub naruszenie zasad etyki powoduje poważną szkodę, konieczne jest poinformowanie organu izby lekarskiej”. Dla dobra lekarzy uzależnionych, którym możemy pomóc – powinniśmy korzystać z tego prawa. ■



Katarzyna Strzałkowska

Rzecznik prasowy NIL



Maciej Hamankiewicz oraz Oleg Musij podpisują memorandum o współpracy.

FOTO: Katarzyna Strzałkowska

W sprawie dyżurów – cd.

W związku ze sprawą wypowiedzi prezesa Polskiej Federacji Szpitali Jarosława J. Fedorowskiego, w której podaje on stawkę za godzinę dyżuru nocnego dla lekarzy w wysokości około 80 zł, co zostało zamieszczone w tygodniku „Wprost” w materiale prasowym pt. „Pielęgniarska zapaść” (Skrining „GL” 08-09.2015) bardzo dziękuję wszystkim lekarzom, którzy odpowiedzieli na apel o podanie stawek za dyżury. Zaznaczę, że podane przez Państwa w nadesłanych e-mailach stawki wyniosły od 13 do 45 zł za godzinę. Odpowiedź przysłał prezes Fedorowski, informując, że: „Zdanie przytoczone przez redaktora Lurkę dotyczy średnich stawek oferowanych przez pracodawców lekarzom specjalistom za dyżur medyczny, biorąc pod uwagę także dyżury świąteczne oraz fakt, że przeważająca część dyżurów lekarskich w naszym kraju odbywa się na podstawie umów cywilnoprawnych. Przytoczona stawka około 80 PLN odnosi się wyłącznie do samodzielnych lekarzy specjalistów, czego zabrakło w materiale prasowym. W żadnym wypadku stawka ta nie dotyczy lekarzy rezydentów lub lekarzy w trakcie specjalizacji (tzw. młodych lekarzy). Nasze szacunki dotyczą średniej z sektora publicznego, jaki i prywatnego, bowiem PFSz zrzesza podmioty o różnym modelu własnościowym”.

Ból porodowy

„Nie jest możliwe stworzenie standardów postępowania, nawet najwyższej jakości, które regulowałyby wszystkie występujące w praktyce przypadki. Lekarz powinien mieć możliwość korzystania z rekomendacji, zaleceń i wytycznych określających najlepsze sposoby postępowania, jednak w sytuacjach, w których należy postąpić inaczej, nie powinien obawiać się, że narusza przepisy powszechnie obowiązujące” – zaznaczyło Prezydium NRL w stanowisku dotyczącym projektów rozporządzeń MZ w sprawie standardu postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego oraz w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej, sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych.

W ocenie Prezydium NRL, zamiast tworzyć standardy medyczne w drodze rozporządzenia, Minister

Zdrowia powinien rozważyć określenie (np. w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty) sposobu tworzenia i podawania do wiadomości rekomendacji, zaleceń i wytycznych, z których mogliby korzystać lekarze i lekarze dentyści.

Tajemnica lekarska

Prezydium NRL wystosowało apel do Ministra Zdrowia o podjęcie działań legislacyjnych zmierzających do zapewnienia należytej ochrony tajemnicy lekarskiej. Zdaniem Prezydium, obecnie tajemnica lekarska nie jest chroniona w wystarczającym stopniu. Jak zaznacza w apelu, brak dostatecznej ochrony tajemnicy lekarskiej i związane z tym narażenie pacjentów na zbyt szeroki dostęp różnych organów i instytucji do informacji związanych ze sferą prywatności objętą stanem zdrowia i leczeniem może podważyć zaufanie stanowiące podstawę prawidłowych relacji pacjenta z lekarzem.

O przywrócenie stażu

Konferencja Prezesów Towarzystw Lekarskich w połowie września po raz kolejny zajęła stanowisko uznające, że staż podyplomowy, który od wielu lat jest w Polsce okresem nabywania pełnych uprawnień do wykonywania zawodów lekarza i lekarza dentysty, powinien zostać utrzymany. KPTL stwierdziła, że zaplanowane zastąpienie go dwusemestralnym praktycznym nauczaniem w dziedzinach klinicznych realizowanym w trakcie ostatniego roku studiów na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym spowoduje faktyczne skrócenie nauczania teoretycznego oraz ograniczy możliwość wykonywania czynności lekarskich przed uzyskaniem prawa wykonywania zawodu, a przez to negatywnie wpłynie na jakość kształcenia i na przygotowanie do wykonywania zawodu. Poprzednie stanowisko w sprawie stażu podyplomowego lekarzy i lekarzy dentyistów było podjęte przez KPTL 28 czerwca 2010 r.

Ośrodek Historyczny

NRL powołała Ośrodek Historyczny Naczelnej Izby Lekarskiej, który zajmie się zagadnieniami związanymi z historią polskich lekarzy, lekarzy dentyistów i ich organizacji. Zadaniem ośrodka będzie w szczególności: gromadzenie dokumentacji i pamiątek, sporządzanie i publikowanie opracowań i analiz oraz szerzenie wiedzy o historii polskich lekarzy, lekarzy dentyistów i ich

organizacji. Ośrodek ma współpracować z organami Naczelnej Izby Lekarskiej oraz okręgowymi izbami lekarskimi, uczelniami medycznymi, instytucjami prowadzącymi badania historyczne oraz archiwami. Kierownikiem Ośrodka został prof. Andrzej Grzybowski.

Lekarze Polski i Ukrainy

Prezes NRL Maciej Hamankiewicz oraz prezes Wszechukraińskiego Stowarzyszenia Lekarskiego Oleg Musij podpisali 10 września 2015 r. memorandum o współpracy pomiędzy obiema organizacjami w zakresie spraw związanych z wykonywaniem zawodu lekarza oraz organizacji systemu ochrony zdrowia. Na Ukrainie trwają prace nad utworzeniem samorządu zawodowego lekarzy, na wzór izb lekarskich reaktywowanych w 1989 r. w Polsce. Dlatego też podstawowym kierunkiem zapisanym w memorandum jest rozwój samorządu lekarskiego, a następnie rozszerzenie kompetencji krajowych organizacji lekarskich i ich wpływu na wypracowanie i wdrożenie w życie efektywnej polityki w dziedzinie zdrowia publicznego. W dokumencie zadeklarowano współpracę m.in. z samorządem terytorialnym, placówkami medycznymi i mediami oraz organizacjami społecznymi. Podpisanie memorandum było doniosłym wydarzeniem 14. Zjazdu Wszechukraińskiego Stowarzyszenia Lekarskiego odbywającego się jednocześnie w 25-lecie powstania Stowarzyszenia.

Rzecznicy prasowi

Po raz kolejny w siedzibie NIL spotkali się rzecznicy prasowi izb lekarskich. W wielu izbach tę funkcję pełnią prezesi izb. W spotkaniu uczestniczyli: z Lublina – Marek Stankiewicz, z Wojskowej Izby Lekarskiej – Stefan Antosiewicz, z Częstochowy – Zbigniew Brzezina (prezes ORL), z Krakowa – Jerzy Friediger (w imieniu prezesa ORL Andrzeja Matyi). Była obecna również osoba oddelegowana do spraw kontaktów z mediami z Olsztyna – Joanna Gniadek oraz dotychczasowa rzecznik prasowa OIL w Łodzi, a obecnie pracownik NIL Adrianna Sikora. Wspólnie analizowano m.in. kwestie dotyczące przedstawiania wizerunku lekarza i samorządu lekarskiego w mediach, a także reakcji na informacje zamieszczane w internecie.

**Biuro Prasowe Naczelnej Izby Lekarskiej
zaprasza lekarzy na**

WARSZTATY Z KAMERĄ

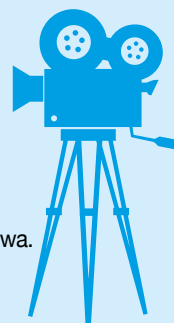
23 października 2015 r. (piątek)

w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej
przy ul. Sobieskiego 110 w godz. 12.00-16.00.

Do wzięcia udziału konieczne jest wcześniejsze zgłoszenie uczestnictwa.

LICZBA MIEJSC OGRANICZONA!

Szczegóły i zapisy w Biurze Prasowym: tel. 22 559-13-27





**Sławomir
Badurek**

Diabetolog,
publicysta
medyczny

Gdyby rzeczywiście
główną przyczyną
kolejek była sława
specjalistów,
moglibyśmy nasz
system opieki
zdrowotnej uznać za
co najmniej bardzo
dobry, a kształcenie
zawodowe
w medycynie wręcz
za wzorcowe.
Niestety, nie jest tak
różowo i, pomijając
nielicznych
właścicieli „rąk,
które leczą”, kolejki,
nawet do lekarzy
zasługujących na
miano wybitnych,
tworzą się u nas
dlatego, że państwo
w sztuczny
sposób ogranicza
możliwość
skorzystania z ich
porad i jednocześnie
sprzyja
mechanizmom
zachęcającym, by
w ogonku stanąć.

Jak rozwiązać problem kolejek

W wygłoszonym rok temu exposé obejmująca urząd premiera
dr Ewa Kopacz bardzo mało miejsca poświęciła problematyce ochrony zdrowia.

Zoczywistych względów przyjęto to z zaskoczeniem. Mimo potraktowania najbliższej (?) sobie tematyki po macoszemu, pani premier wspominała o kolejkach. Rzecz jasna, zapewniła, że będą krótsze. Proponowaną kurację poprzedziła diagnoza: powodem kolejek jest zbyt mała liczba specjalistów. Stąd ówczesna wiara szefowej rządu w uzdrawiającą moc sfinansowania rezydentur „dla wszystkich absolwentów uczelni medycznych z lat 2012-2015”. Po niespełna roku Ewa Kopacz zmieniła zdanie. W sierpniu, w jednej ze stacji telewizyjnych, wysunęła tezę, że „kolejki wydłużają się w tych przychodniach i w tych szpitalach, które mają swoją renomę, które mają dobrą kadrę, do której większość naszych pacjentów chce trafić”.

Nie mam zamiaru dołączać do chóru żurnalistów, niemających zielonego pojęcia o ochronie zdrowia, którym wspomniana wypowiedź dała asumpt do drwin z autorki. Jest w moim regionie szpital, który utracił renomę. Osobnej dyskusji wymagałoby stwierdzenie, czy stało się tak słusznie, czy nie, bo i w tym przypadku media wystąpiły w roli jeśli nie ojca, to bez wątpienia akusзера. Fakt jest taki, że renoma gdzieś przysła. W rezultacie najbardziej niezadowoleni pacjenci ustawiają się w kolejkach do innych placówek. Sytuacja nieprędko się zmieni, bo dobrą opinię, szacunek, uznanie i prestiż odbudowuje się trudno. To w medycynie znane zależności. I pani premier też je zna. Rzecz w proporcjach. Gdyby rzeczywiście główną przyczyną kolejek była sława specjalistów, moglibyśmy nasz system opieki zdrowotnej uznać za co najmniej bardzo dobry, a kształcenie zawodowe w medycynie wręcz za wzorcowe. Niestety, nie jest tak różowo i, pomijając nielicznych właścicieli „rąk, które leczą”, kolejki, nawet do lekarzy zasługujących na miano wybitnych, tworzą się u nas dlatego, że państwo w sztuczny sposób ogranicza możliwość skorzystania z ich porad i jednocześnie sprzyja mechanizmom zachęcającym, by w ogonku stanąć. Narzucone przez NFZ limity to nic innego jak zmniejszenie szerokości drzwi do gabinetu specjalisty. Ów specjalista przyjąłby więcej pacjentów, gdyby dostał taką możliwość. Nikt nie musiałby przy tym pilnować, czy przynajmniej raz w tygodniu poradnia jest czynna do 18.00. Znam lekarzy, którzy zamykają swoje praktyki o północy, a zdarza się, że później. W publicznej ochronie zdrowia „ostatni numer” nie musiałby wchodzić ciemną nocą, ale obecna sytuacja, gdzie w większości poradni życie zamiera po południu, nie

jest normalna. Podobna uwaga dotyczy szpitalnej diagnostyki i operatywy, czyli kolejnych źródeł długich kolejek. Z drugiej strony (dez)organizatorzy systemu zadbali, by szeroko pojętą specjalistykę nie tylko otoczyć wianuszkami wąskich gardeł, ale i stłoczyć u ich wrót jak największą liczbę pacjentów. Mamy dobrze wykształconych lekarzy rodzinnych. Tylko co z tego, skoro dla systemu wystarczą umiejętności felczera, który wypisze receptę na podstawowe leki, bez problemu wystawi skierowanie do specjalisty lub szpitala, ale na badania dodatkowe już mniej chętnie, bo w praktyce dostanie po kieszeni. Mamy specjalistów wykształconych w rekordowej liczbie wąskich dziedzin medycyny. Tylko co z tego, skoro ich chlebem powszednim nie jest rozwiązywanie wymagającej specjalistycznej wiedzy problemów, a powtórka leków i wypisywanie zaświadczeń przeważnie tym samym chorym, przekonanim o potrzebie systematycznych kontroli do końca życia. Tak ten system działa, a nieliczne wyjątki tylko potwierdzają regułę.

Po dwudziestu latach od rzucenia w eter obietnicy o pieniądzu idącym za pacjentem, mamy publiczną służbę zdrowia przypominającą sklep, którego półki wypełnia się od czasu do czasu darmowymi towarami. Z organizacyjnego punktu widzenia sytuacja jest jeszcze bardziej komiczna niż za czasów PRL-u, kiedy to stało się tam, gdzie coś „rzucali”, choć przecież nigdy nie darmo. Nie muszę przypominać, jaki był finał. Z drugiej strony, pamiętamy też doskonale, jak szybko, za sprawą prostej ustawy Mieczysława Wilczka, udało się puste półki wypełnić i ucywilizować zakupy. W ochronie zdrowia proces ten byłby jeszcze łatwiejszy, bo dzięki inwestycjom ostatniego dziesięciolecia baza lecznicza wyszła z okopów siemniężnego socjalizmu. W celu lepszego wykorzystania tkwiącego w ludziach i sprzęcie potencjału, należałoby nie tylko znacząco poprawić finansowanie, ale i urealnić popyt, wprowadzając koszyk świadczeń gwarantowanych, ubezpieczenia dodatkowe i współpłacenie.

Do zapowiedzi polityków należy podchodzić z dystansem, ale symptomatyczne, że żaden z premierów nie ośmielił się nawet wspomnieć w exposé o tych prostych, efektywnie stosowanych w wielu krajach mechanizmach antykolejkowych. I pewnie tej jesieni nie doczekamy się zmiany, bo zgodnie z jednym z praw Murphy'ego, „ludzie postępują rozsądnie dopiero wtedy, gdy wszelkie inne możliwości zawiodą”. Dzięki naszej ofiarności, do tego stanu jeszcze daleko. ■

Dlaczego potrzebna jest indywidualizacja wyboru analgetyku w leczeniu bólu?

Ból jest nieprzyjemnym doznaniem, z którym każdy z nas spotyka się wielokrotnie w trakcie życia, czy to jako pacjent, czy to jako lekarz. Postęp w medycynie sprawił, że ból towarzyszący wielu chorobom można skutecznie leczyć. Pomimo tego, że na rynku farmaceutycznym dostępnych jest coraz więcej analgetyków umożliwiających indywidualizację prowadzonego leczenia, nadal w praktyce wielu lekarzy bazuje na przyzwyczajeniach, które zawężają w konsekwencji możliwość prowadzenia skutecznej i obciążonej małą liczbą działań niepożądanych terapii.

W leczeniu bólu po ocenie patomechanizmu jego powstawania, lokalizacji oraz natężenia powinno się dokonywać indywidualizacji prowadzonej farmakoterapii z uwagi na fakt, że każdy pacjent jest inny, może mieć oprócz bólu inne schorzenia współistniejące oraz może inaczej niż inni dotychczas leczeni chorzy reagować na ból i stosowane leki. Z dostępnych w tej kwestii zaleceń oraz z praktyki klinicznej wynika jednoznacznie, że nie możemy mówić o złotym standardzie w zakresie wyboru leku przeciwbólowego i absurdalnym pomysłem jest próba leczenia wszystkich chorych, stosując jeden ulubiony lek, nierzadko w podobnej dawce. Szczególnie u pacjentów z bólem, który towarzyszy chorobie nowotworowej musimy pamiętać, że ból może zmieniać swój mechanizm, czyli z bólu początkowo typowo receptorowego może przechodzić w ból z komponentą neuropatyczną, a w przypadku pojawiania się przerzutów do kości powstaje ból o mechanizmie neuropatyczno-zapalnym.

Wszystko to powoduje, że w trakcie farmakoterapii bólu powinno się reagować na zmieniające warunki leczenia, dokonując nie tylko korekty dawek stosowanych leków, ale również dokonując rotacji na leki, których efekt w danym rodzaju bólu jest bardziej efektywny. Warto pamiętać także o konieczności dodawania do leków analgetycznych adiuwantów, które mają za zadanie poprawić skuteczność i zmniejszyć nasilenie potencjalnie występujących objawów niepożądanych. Widać to w szczególności u pacjentów, u których jest stosowana morfina w bólu trzewnym lub w bólu z komponentą neuropatyczną. W wielu przypadkach dla osiągnięcia efektu terapeutycznego musi ona być stosowana w wysokich dawkach, które pociągają za sobą towarzyszące działania niepożądane. Rotacja w takim przypadku na bardziej specyficznie działający w tym wskazaniu opioid, np. oksykodon może skutkować zmniejszeniem dawki leku potrzebnej do opanowania bólu, a co za tym idzie, do redukcji nasilenia specyficznych dla analgetyków opioidowych działań niepożądanych. Istot-

nym elementem skutecznej farmakoterapii bólu jest kwestia doboru zindywidualizowanej dla konkretnego pacjenta i jego bólu dawki leku przeciwbólowego. W przypadku analgetyków opioidowych, z uwagi na ich profil farmakokinetyczno-farmakodynamiczny, niezbędne i racjonalne jest miaręckowanie dawki wybranego analgetyku. Metoda ta umożliwia dostosowanie dawki do aktualnego natężenia bólu, co w konsekwencji powoduje również redukcję potencjalnych działań niepożądanych. Oczywiście sam mechanizm działania opioidów powoduje, że mogą one powodować objawy niepożądane, z szczególności ze strony przewodu pokarmowego, spośród których najbardziej dolegliwe dla chorych jest zaparcie, wynikające z wpływu analgetyków opioidowych na receptory zlokalizowane w strukturach jelit. Problemu tego nie można lekceważyć, gdyż może on być przyczyną ciężkich powikłań, z niedrożnością przewodu pokarmowego włącznie, i może także uniemożliwiać osiągnięcie skutecznego poziomu analgezji z uwagi na to, że nasilenie zaburzeń defekacji jest zwykle proporcjonalne do zastosowanej dawki opioidu.

Postęp, jaki dokonuje się w zakresie dostępu do nowych leków opioidowych obejmuje także możliwość zastosowania w grupie pacjentów z bólem i zaparciem połączenia w jednej tabletkie opioidu z naloksonem. Zastosowana technologia postaci farmaceutycznej leku oraz różnice w farmakokinetyce leku opioidowego i naloksonu powoduje, że terapia taka przyczynia się do poprawy efektu analgetycznego przy równoczesnej znacznej redukcji nasilenia zaparć. W warunkach polskich dostępne jest połączenie oksykodonu z naloksonem dedykowane pacjentom, u których indukowane przez opioidy zaparcie staje się problemem klinicznym. W praktyce łatwo możemy zrotować pacjenta z innego opioidu na oksykodon z naloksonem, uzyskując skuteczne działanie przeciwbólowe oraz ograniczenie działań niepożądanych ze strony przewodu pokarmowego. Zastosowanie połączenia oksykodonu z naloksonem dotyczy nie tylko pacjentów z bólem w przebiegu choroby nowotworowej, ale także może być z powodzeniem stosowane w bólu po zabiegach operacyjnych po uruchomieniu funkcji przewodu pokarmowego, jak i u pacjentów z bólem pochodzenia nienowotworowego, o czym mówią dostępne w tym zakresie wytyczne.

Indywidualizacja terapii przeciwbólowej, wobec coraz szerszych możliwości jej stosowania, jak też wzrastających potrzeb pacjentów powinna stać się priorytetem dla każdego lekarza mającego pod opieką chorego z bólem.

dr n. med.
Jarosław
Woroń,

Klinika Leczenia
Bólu i Opieki
Paliatywnej
Katedry Chorób
Wewnętrznych
i Gerontologii
UJ CM
Kraków, Zakład
Farmakologii
Klinicznej
Katedry
Farmakologii
Wydziału
Lekarskiego UJ
CM Kraków

Sponsorem
serwisu jest firma
Mundipharma.

Lidia
Sulikowska

Samorząd
lekarski
wielokrotnie
zwracał uwagę
także na
brak regulacji
określającej
sposób
finansowania
świadczeń
związanych
z wystawieniem
zaświadczenia
lekarskiego
o przyczynach
i rodzaju
uszkodzeń ciała
związanych
z użyciem
przemocy
w domu.

Wobec ofiar przemocy

Liczba osób, które doświadczają przemocy domowej, z roku na rok się zwiększa. Ważną rolę w przeciwdziałaniu temu zjawisku mogą odegrać lekarze i inni przedstawiciele ochrony zdrowia. Czy obecnie mogą to zadanie skutecznie realizować?

W 2014 roku policja zarejestrowała około 105 tys. ofiar przemocy – ponad 18 tys. więcej niż rok wcześniej. Większość stanowią kobiety, spory odsetek, bo 21 tys., to małoletni. Do tego należy jeszcze doliczyć przypadki, których nikt nie zgłasza. Wiele osób przez lata znosi cierpienia w murach swojego domu w ukryciu, a interwencje wszczynane są w sytuacjach dramatycznych, kiedy doszło do obszerneho uszczerbku na zdrowiu.

Często ofiary przemocy domowej to pacjenci, dla których lekarz może być kimś, kto pomoże wyjść z patologicznej sytuacji. Ratunek w polskiej rzeczywistości jednak niełatwo jest nieść.

Pracownicy ochrony zdrowia mogą uruchamiać procedurę „Niebieska Karta” – jednak – jak pokazują dane generowane przez urzędy wojewódzkie – przedstawiciele środowiska lekarskiego są w ogonie zawodów zgłaszających odpowiednim organom przypadki zaobserwowanej przemocy. Dlaczego tak się dzieje? Barier jest wiele – od prawnych, administracyjnych, po psychologiczne i edukacyjne, bo rozpoznanie, czy osoba padła ofiarą przemocy, nie zawsze jest oczywiste. Co tak naprawdę utrudnia lekarzom podejmowanie interwencji w sprawie ofiar przemocy domowej i co należałoby zrobić, aby tę sytuację zmienić?



Maciej Hamankiewicz,
prezes Naczelnej
Rady Lekarskiej

Mówienie głośno o problemie przemocy domowej i interweniowanie w tej sprawie jest naszym obowiązkiem. Wykonujemy zawód zaufania publicznego, mamy społeczną rolę do odegrania, także w tym zakresie. Jestem przekonany, że żaden lekarz i lekarz dentyista nie przechodzi obojętnie wobec cierpienia, z którym ma do czynienia. Życzyłbym sobie jednak, aby państwo nas w realizacji tego zadania wspierało. Obecnie niestety wsparcie to ogranicza się do narzucenia nam wykonania procedury, jaką jest „Niebieska Karta”. Procedury niedoskonałej, na której wypełnienie potrzeba kilkadziesiąt minut. To wszystko. Nie zauważa się, że aby pomóc ofierze przemocy, musimy mieć czas na rozmowę i obserwację, wręcz przeciwnie – czas nieustannie nam się dobiera, bo NFZ narzuca wypełnianie kolejnych stosów dokumentacji w naszej codziennej pracy. Samorząd lekarski wielokrotnie zwracał uwagę także na brak regulacji określającej sposób finansowania świadczeń związanych z wystawieniem zaświadczenia lekarskiego o przyczynach i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy w domu.

Chciałbym jednocześnie zauważyć, że nie każdy przypadek jest jednoznaczny i oczywisty, a właściwa diagnoza bywa bardzo utrudniona, szczególnie w przypadku dzieci. Potrzeba także wyjątkowej czujności i delikatności w działaniu. Niezbędna jest wspólna edukacja w tym zakresie, za co organy administracji państwowej powinny być odpowiedzialne.



**Prof. Dorota
Olczak-Kowalczyk,**
konsultant krajowy ds.
stomatologii dziecięcej

Żaden człowiek, zwłaszcza lekarz, nie powinien zlekceważyć objawów przemocy widocznych u dziecka. Należy podkreślić, że zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia przemoc to każde zamierzone lub niezamierzone działanie osoby dorosłej, społeczności lub państwa wpływające negatywnie na zdrowie, rozwój fizyczny i psychospołeczny dziecka. Krzywdzenie dziecka to nie tylko przemoc fizyczna, ale także krzywdzenie psychiczne, seksualne i zaniedbywanie jego potrzeb. Niestety najczęściej dzieci są krzywdzone przez dorosłych z ich najbliższego otoczenia, rzadziej przez rówieśników, i często ukrywają ten fakt, np. z poczucia lojalności, obawy przed zabránieniem z domu, czy poczucia winy. Niekiedy są przekonane, że to, co je spotyka, spotka także inne dzieci. Dlatego ważna jest wnikliwa obserwacja dziecka, a także konsultacja z innym dorosłym. Objawy przemocy widoczne w jamie ustnej często są niespecyficzne, np. złamania zębów, zasinienia, ugryzienia, wybroczyny, oparzenia na błonie śluzowej lub wargach. Mogą powstać także na skutek zdarzeń przypadkowych. Objawami, które wskazują na krzywdzenie są liczne urazy po upadku, siniaki w różnym stadium gojenia (o różnym zabarwieniu), a także powtarzające się podobne urazy. Dodatkowo rozpoznanie utrudnia fakt, że lekarz dentyista nie zawsze ma możliwość ponownego spotkania z pacjentem. W przypadku podejrzenia stosowania przemocy może jednak skontaktować się np. z lekarzem pierwszego kontaktu sprawującym opiekę ogólnomedyczną nad dzieckiem i przekazać mu tę informację. Z pewnością kontakt ułatwi książeczka zdrowia dziecka, która zostanie wprowadzona w najbliższym czasie.



Jacek Krajewski,
prezes Porozumienia
Zielonogórskiego

W ostatnim czasie pojawiła się w mediach informacja na temat zjawiska przemocy w rodzinie. Statystyka, w jakim stopniu o tym

fakcie powiadamiają odpowiednie organy i uprawnione instytucje, pokazuje śladową aktywność w tym zakresie pracowników opieki zdrowotnej, tj. lekarzy, ratowników medycznych czy pielęgniarek. Przede wszystkim robią to policjanci, w zdecydowanie mniejszym stopniu pracownicy socjalni. Fakt małego zaangażowania służby zdrowia w ten proces może budzić pewne wątpliwości co do wiarygodności przedstawionych danych i sposobu ich pozyskiwania. Niemniej jednak tak przytłaczająca na naszą niekorzyść statystyka zmusza do refleksji. Wypełnienie formularza Niebieska Karta-A, przekazanie go do przewodniczącego zespołu interdyscyplinarnego oraz wręczenie formularza Niebieska Karta-B o poszkodowanym, kończy w zasadzie aktywność zgłaszającej instytucji w tym zakresie. Sprawę przejmują powołane do tego organy. Należy pamiętać jednak, że wypełnienie formularza „Niebieska Karta-A” nie jest sprawą prostą, szczególnie w sytuacji wypełniania go przez osobę niedoświadczoną w tej procedurze. Przypomnieć należy, że czynność tą wykonać powinien każdy lekarz, a nie tylko np. lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, który podejmuje podejrzenie wystąpienia zjawiska przemocy w rodzinie. Siedmiostronicowy formularz, z licznymi pytaniami wymagającymi szczegółowego dookreślenia odpowiedzi, a w przypadku przemocy wobec dziecka wskazywana potrzeba obecności

psychologa powoduje konieczność przeznaczenia dodatkowego czasu pracy na te czynności. W naszej rzeczywistości kolejek pacjentów, pośpiechu i konieczności szybkiego reagowania w przypadku możliwego nagłego pogorszenia stanu zdrowia pacjenta oczekującego na świadczenie np. w poczekalni, wypełnianie takiego formularza w trybie normalnych przyjęć świadczeniobiorców staje się niemożliwe. W tym celu należy stosować specjalne procedury i wygospodarować na to dodatkowy czas. Niestety przy brakach kadrowych zarówno w zakresie personelu wyższego, jak i średniego bywa to często bardzo trudne. Należy tu także znaleźć dodatkowe środki na sfinansowanie tych czynności, a takich legislator i płatnik w tym przypadku nie przewidział. Najczęściej zatem, w przypadku wystąpienia podejrzenia stosowania przemocy w rodzinie personel służby zdrowia korzysta z zapisów art. 12 ust 1. Ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, który brzmi: „osoby, które w związku z wykonywaniem swoich obowiązków służbowych lub zawodowych powzięły podejrzenie o popełnieniu ściganego z urzędu przestępstwa z użyciem przemocy w rodzinie, niezwłocznie zawiadamiają o tym policję lub prokuratora.” Tak też odbywa się to w większości przypadków. Personel służby zdrowia zawiadamia wymienione wcześniej służby o podejrzeniu stosowania przemocy w rodzinie i tam ▶



Gdy jesteśmy pewni, że nasz pacjent jest krzywdzony w środowisku domowym, warto mówić wprost o naszej obserwacji. Jednocześnie nie wolno osądzać, ale dać do zrozumienia, że możliwe jest uzyskanie pomocy i wyjście z tej sytuacji.

już prowadzona jest dalsza procedura związana m.in. z wypełnieniem formularza Niebieska Karta-A. Stąd najpewniej biorą się takie niekorzystne dla nas statystyki, o których wspominałem na początku.



Dr Małgorzata Dragan,
Wydział Psychologii,
Uniwersytet Warszawski

Przemoc domowa może przejawiać się w różny sposób, od przypadków oczywistych, gdzie widzimy konkretne obrażenia, po bardziej skomplikowane. Sprawcy czasem wiedzą, jak bić, by nie pozostawiać śladów. Poza tym, trzeba mieć na uwadze, że przemoc może dotyczyć również sfery seksualnej, emocjonalnej (np. wyzywanie, zastraszanie, izolowanie) czy ekonomicznej. Uchwycenie faktu, że pacjent padł ofiarą przemocy domowej bywa więc utrudnione. Co więcej, osoby, które jej doświadczają, zazwyczaj chcą ukryć ten fakt ze strachu czy wstydu. Ważne więc, aby nauczyć się ją rozpoznawać. Pacjenci mogą mieć niską samoocenę, obniżony nastrój, cierpieć na stany lękowe i depresyjne, problemy ze snem, różne dolegliwości somatyczne typu bóle brzucha i głowy, mogą także mieć trudności z odprężeniem się (w związku z nadaktywnością układu współczulnego) oraz nadużywać alkoholu i innych środków psychoaktywnych. Dla dzieci charakterystyczne są m.in. zachowania regresyjne typu moczenie się, objawy somatyczne, opóźnienia rozwojowe. Dlatego na przykład, gdy chory uskarża się na przewlekłe bóle czy bezsenność, a my nie możemy zdiagnozować u niego przyczyny tej dolegliwości, powinno nam się zapalić czerwone światło. Takim sygnałem, szczególnie w przypadku dzieci, jest z kolei widoczne zaniedbanie. Ważna jest edukacja w tym kierunku, na przykład poprzez udział w szkoleniach z zakresu rozpoznawania objawów przemocy domowej.

Gdy jesteśmy pewni, że nasz pacjent jest krzywdzony w środowisku domowym, warto mówić wprost o naszej obserwacji. Jednocześnie nie wolno osądzać, ale dać do zrozumienia, że możliwe jest uzyskanie pomocy i wyjście z tej sytuacji. Gdy mamy jedynie podejrzenia, warto delikatnie rozpocząć rozmowę na ten temat, troszkę kluczyć, dopytywać, ale nie wprost. Czasem pomaga skierowanie takiej osoby na konsultację do psychologa/psychiatry. Nie bójmy się za to zdecydowanie interweniować, gdy chodzi o dziecko. Lepiej się pomylić, niż coś przeoczyć. Gdy mamy wątpliwości, warto skonsultować się z psychologiem lub psychiatrą, którego diagnoza może potwierdzić lub wykluczyć podejrzenia.

Jednym z podstawowych działań, jakie lekarz powinien podjąć, gdy jego pacjent jest ofiarą przemocy domowej, to uruchomić procedurę „Niebieskiej Karty”. Jest ona jednak związana z wypełnieniem dość obszernej dokumentacji, co może zniechęcać. Zachęcam jednak, aby się tej procedury nie bać, im więcej takich kart wypełnimy, tym łatwiej będzie nam je stosować.



Małgorzata Lechowicz, Jerzy Szczepaniec,
Wydział Polityki Społecznej Małopolskiego
Urzędu Wojewódzkiego w Krakowie
(współpraca: **dr Jarosław Zawiliński,**
OIL w Krakowie)

Obowiązujące przepisy prawa nakładają na przedstawicieli ochrony zdrowia konkretne zadania w sytuacjach, gdy w ramach pełnienia czynności służbowych podejmą podejrzenie, że w rodzinie pacjenta stosowana jest przemoc. Podstawowym działaniem w takich przypadkach jest udzielenie wsparcia, informacji o możliwościach pomocy w lokalnym środowisku oraz wszczęcie procedury „Niebieskie Karty”. Prowadzony przez Małopolski Urząd Wojewódzki w Krakowie monitoring wskazuje, że w województwie małopolskim największy udział w uruchamianiu procedury interwencyjnej ma Policja i jednostki pomocy społecznej. Osoby korzystające z poradnictwa i interwencji w związku z doświadczaniem przemocy w rodzinie – w najmniejszym stopniu korzystały z pomocy pracowników ochrony zdrowia. Dane te korespondują proporcjonalnie z wynikami badań w skali kraju (Badania WSPS: „Ewaluacja lokalnego systemu przeciwdziałania przemocy w rodzinie”, Warszawa 2013 r.).

Ważne jest, aby pracownicy podmiotów i służb udzielających pomocy – znali mechanizmy przemocy i ich wpływ na funkcjonowanie osób jej doświadczających oraz mieli kompetencje w dokonywaniu interwencji i stosowaniu procedur udzielania pomocy pacjentom. Konieczne jest zaktywizowanie środowiska ochrony zdrowia, w tym szczególnie lekarzy, z uwagi na ważną rolę, jaką może i coraz częściej odgrywa ono w diagnozowaniu i udzielaniu pomocy w zjawisku przemocy domowej. W tym celu odbyło się spotkanie przedstawicieli Wydziału Polityki Społecznej Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego z lekarzami – konsultantami wojewódzkimi. W trakcie spotkania podjęto próbę odpowiedzi na pytania dotyczące przyczyn małej aktywności pracowników ochrony zdrowia w inicjowaniu i wszczynaniu procedury „NK” oraz w pracach gminnych zespołów interdyscyplinarnych i grup roboczych. W trakcie żywej dyskusji, lekarze – konsultanci zwrócili uwagę, że procedura „NK” jest negatywnie postrzegana przez lekarzy, głównie z uwagi na jej „biurokratyczny” aspekt (trzeba dużo pytać, pisać, wypełnienie trwa ok. 30 minut). Wyrazili też wątpliwości co do skuteczności uruchamiania procedury zgłaszania przemocy – takie jest, ich zdaniem, także stanowisko kobiet – ofiar przemocy. Zasugerowali więc, aby dokonać badań skuteczności udzielanej

pomocy ofiarom przemocy, a ich wyniki przedstawiać szerokiemu odbiorcy, jako argument do m.in. uruchamiania procedury pomocy, wg mechanizmu: – jeśli lekarze (i przedstawiciele innych zawodów) będą mieć przekonanie, na podstawie wyników badań, o skuteczności udzielanej pomocy – będą informować o miejscach i osobach jej udzielających; – jeśli osoby doznające przemocy będą mieć przekonanie o skuteczności pomocy – będą ujawniać sytuacje przemocy i korzystać z miejsc (osób) udzielających pomocy.

W trakcie wspomnianego spotkania lekarze powiedzieli też, że występuje niespójność, a nawet sprzeczność przepisów prawa w sprawie ujawniania danych wrażliwych dotyczących pacjentów, u których lekarz zdiagnozował symptomy zjawiska przemocy w rodzinie. Ich zdaniem przekazywanie tych danych innym podmiotom jest niezgodne z zapisami ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Małopolski Urząd Wojewódzki zwrócił się w tej sprawie do Departamentu Prawnego Ministerstwa Zdrowia o interpretację przepisów prawa. Otrzymaliśmy odpowiedź, że: „(...) zgodnie z art 9 c. ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, lekarz lub inna osoba wykonująca zawód medyczny przekazuje dane pacjenta w ramach procedury „Niebieskie Karty”

przewodniczącemu zespołu interdyscyplinarnego, który, w zakresie niezbędnym do realizacji zadań, jest obowiązany do przetwarzania danych osób dotkniętych przemocą w rodzinie lub osób stosujących przemoc, w tym dotyczących stanu zdrowia, oraz zachowania poufności wszelkich informacji i danych, które uzyskał przy realizacji zadań, także po ustaniu członkostwa w zespole interdyscyplinarnym oraz w grupach roboczych.”

Dużo niejasności i – w konsekwencji – oporu w uruchamianiu interwencji i pomocy, budzi dokonywanie diagnozy w sytuacjach podejrzenia stosowania przemocy w rodzinie. Kryteria oceny występowania tego zjawiska nie są bowiem jednoznaczne. Wychodząc naprzeciw temu problemowi Ogólnopolskie Pogotowie dla Ofiar Przemocy w Rodzinie – Niebieska Linia – opracowało „Kwestionariusze oceny ryzyka występowania przemocy w rodzinie oraz algorytmy postępowania w przypadku podejrzenia przemocy w rodzinie dla przedstawicieli ochrony zdrowia” (www.niebieskalinia.pl/algorytmy).

Uruchomienie interwencji w zjawisku przemocy winno być powszechnie postrzegane jako udzielanie pomocy osobom jej doświadczającym, nie zaś jako denuncjowanie rodziny, mające nadal jeszcze w naszym społeczeństwie mocno negatywne konotacje. (Pełna wersja komentarza w „GL Premium”). ■

W internecie dostępny jest (bezpłatnie) przewodnik dla pracowników ochrony zdrowia – „Lekarzu, reaguj na przemoc” – szczegóły w dziale Inicjatywy na www.gazetalekarska.pl.

Aktualności



Więcej na temat zgłaszania przypadków przemocy domowej w woj. małopolskim w „Gazecie Lekarskiej **PREMIUM**” na www.gazetalekarska.pl.

Premium





**Konstanty
Radziwiłł**

Stały Komitet
Lekarzy
Europejskich

Chociaż
wyniki należy
z ostrożnością
przekładać na
polskie warunki,
badanie pokazuje,
że zapewnienie
dostępu do
regularnej
profilaktyki
zdrowotnej
dla migrantów
o nieuregulowanym
statusie stałoby
się znaczną
oszczędnością dla
systemów opieki
zdrowotnej.

Uchodźcy

Uchodźcy zalewają Europę!
Od kilku miesięcy media
donoszą o tysiącach
uchodźców przekraczających
co dzień granice UE.
Z punktu widzenia systemów
ochrony zdrowia, które
i bez tego mają kłopoty, to
dodatkowe wyzwanie.

Czy Polska służba zdrowia z jej absurdalnym, kosztownym systemem sprawdzania uprawnień jest w ogóle przygotowana na taką okoliczność? Wśród uchodźców jest co najmniej 7 kategorii osób, jednak dla biurokratycznych, takich jak nasz, systemów największym wyzwaniem są tzw. uchodźcy o nieuregulowanym statusie (czytaj: nielegalni). Unijna Agencja Praw Podstawowych (FRA) opublikowała właśnie raport na ten temat. Ma on na celu oszacowanie kosztów zapewnienia szybkiego dostępu do badań przesiewowych i leczenia dla migrantów o nieuregulowanym statusie, w porównaniu do zapewnienia im leczenia tylko w nagłych przypadkach (co jest już bezdyskusyjną powinnością każdego państwa). Przedstawia model ekonomiczny do obliczenia tych kosztów dla dwóch schorzeń: nadciśnienia tętniczego i opieki prenatalnej. Model ten zastosowano do trzech państw członkowskich UE: Niemiec, Grecji i Szwecji.

I tak np.:

- zapewnienie regularnej opieki nad osobą z nadciśnieniem daje oszczędność na poziomie około 9% na przestrzeni jednego roku, 13% po pięciu latach i 16% w ciągu całego jej życia, a także pomaga zapobiec ponad 300 udarom i ponad 200 zawałom serca na 1000 migrantów;
- zapewnienie opieki prenatalnej może przynieść oszczędności w ciągu dwóch lat do 48% w Niemczech i Grecji i aż 69% w Szwecji!

Chociaż wyniki należy z ostrożnością przekładać na polskie warunki, badanie pokazuje, że zapewnienie dostępu do regularnej profilaktyki zdrowotnej dla migrantów o nieuregulowanym statusie stałoby się znaczną oszczędnością dla systemów opieki zdrowotnej. Wydaje się, że najwyższy czas, aby i Polska, bez względu na dyskusję na temat przyjmowania uchodźców, rozpoczęła także przygotowania do objęcia opieką zdrowotną przybyszów, skądkolwiek by nie nadeszli. ■

Zawsze doprowadzam sprawy do końca

Z dr. n. med. **Wojciechem Matusewiczem**, prezesem Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, rozmawiają **Ryszard Golański** i **Marta Jakubiak**.

Czym zajmuje się AOTMiT i jaki ma wpływ na ochronę zdrowia w Polsce?

Agencja zajmuje się wydawaniem rekomendacji dla leków i technologii nielekowych, w tym także świadczeń opieki zdrowotnej, które mogą być lub są finansowane ze środków publicznych, a od stycznia 2015 r. zajmujemy się także taryfikacją świadczeń opieki zdrowotnej. Czyli jesteśmy instytucją, która ma ogromny wpływ na system ochrony zdrowia, bo to nasze rekomendacje, opinie i analizy dają wsparcie Ministrowi Zdrowia w podejmowaniu decyzji dotyczących ochrony zdrowia w naszym kraju. Nasze decyzje jednak nie są polityczne, oparte są na dowodach naukowych i realnych danych, które gruntownie analizujemy.

W przypadku HTA (health technology assessment), czyli oceny technologii medycznych, która do stycznia 2015 r. była naszym podstawowym zadaniem, dokonujemy analizy i oceny efektywności klinicznej, ekonomicznej i wpływu na system ochrony zdrowia konkretnych leków i procedur medycznych, zgodnie z wytycznymi HTA. Wydanie pozytywnej oceny przez

Europejską Agencję Leków i rejestracja leku wcale nie oznacza, że jest on skuteczny i bezpieczny, i powinien być od razu refundowany. Analizy HTA jako pierwsze zaczęły przeprowadzać takie kraje, jak Szwecja czy Niemcy, których budżety nie wytrzymywały obciążeń finansowych związanych z refundacją, a są to przecież kraje bogate. Obecnie na całym świecie dokonuje się takich analiz. Wiodącą pozycję ma angielska NICE. Polska jest w czołówce, jeśli chodzi o blok Europy Środkowo-Wschodniej – żaden postkomunistyczny kraj nie ma tak mocnej Agencji. Dlatego kraje ościenne tak chętnie się od nas uczą.

W obszarze taryfikacji dopiero zaczynamy, ale mam nadzieję, że też będziemy liderem.

Dlaczego przy ocenie technologii medycznych rodzą się wątpliwości?

Każdy nowy lek oceniamy nie tylko pod kątem klinicznym, ale też ekonomicznym i finansowym. Dylematy rodzą się, gdy lek jest skuteczny i bardzo drogi, to znaczy przekracza próg efektywności kosztowej określony w ustawie o refundacji. Wtedy decyzja ▶

o pozytywnej rekomendacji jest trudna, ale otwiera się pole do negocjacji cenowych z firmą. Prowadzi je Komisja Ekonomiczna przy Ministrze Zdrowia. Muszę jednak podkreślić, iż niektóre leki są cynicznie drogie.

Czy zdarzało się, że przy negatywnej ocenie minister wpisywał lek?

Bywały takie przypadki. Częściej jednak nasza pozytywna ocena skutkuje tym, że minister nie refunduje leku, głównie z przyczyn ekonomicznych.

Generalnie przyczyny negatywnych rekomendacji są dwie: kliniczne i finansowe. W dużym skrócie oznacza to, że lek jest mało skuteczny i bardzo drogi. Wtedy nie ma sensu go refundować.

Na początku tego roku AOTM powierzono nową kompetencję – taryfikację, zmieniając jednocześnie nazwę Agencji na AOTMiT. Jaki ma obecnie wpływ na sektor ochrony zdrowia?

Kiedy powstał NFZ, wszystkie świadczenia zostały wycenione. Wycena ta dotyczyła jednak tylko finansów do tzw. oddziału szpitalnego. Tym, co działo się z pacjentem, NFZ nie był zainteresowany.

Ta wycena sprzyjała powstawaniu patologii i budziła wiele protestów. W obszarach, gdzie procedury zostały wyżej wycenione, natychmiast powstawały np. prywatne stacje dializ. Najpierw nie można było się do nich dostać, później chętnie brano na dializę nawet 90-latkę z zatrzymaniem moczu, żeby móc wykonać procedurę dochodową. Pojawiło się też wiele ośrodków, które wszczepiały stenty – czy była potrzeba, czy nie – ponieważ za stentowanie również dobrze płacono. Trzeba było to zmienić. Płatnik nie powinien sam wyceniać i jednocześnie płacić za usługę. Podjęto więc decyzję, że wyceną zajmie się odrębna agenda, niezależna od NFZ i Ministra Zdrowia.

Jak wycenia się procedury?

Najpierw dokonujemy wyceny w złotych. Potem podajemy ją w punktach przeliczeniowych, które NFZ przyjmuje do kontraktowania.

A jak przebiegają prace nad taryfikacją?

Musimy mieć niezbędny pakiet informacji, danych. Podpisujemy umowy ze szpitalami o współpracy, one przekazują nam w sposób możliwie ujednolicony dane kosztowe z oddziałów, idąc maksymalnie do pacjenta, stosując metodę tzw. mikrokosztów, czyli określenia wszystkich składowych, które wpływają na koszt danej procedury medycznej.

Co to oznacza?

W danej procedurze powinien być odnotowany każdy gazik i każda strzykawka. To szalenie trudne, ale niektóre placówki tak liczą koszty na co dzień. Na przykład w Centrum Zdrowia Dziecka każdy wacik na sali operacyjnej przechodzi przez skaner, więc procedura wyliczona jest tam co do złotówki. Podczas taryfikacji musimy też uwzględnić koszty związane z amortyzacją sprzętu i koszty osobowe,

czasem kolosalne. To olbrzymi problem, bo obecnie formy zatrudnienia są naprawdę bardzo różne. Zbieramy również dane referencyjne od konsultanta krajowego i ekspertów, czyli informacje o przebiegu świadczenia referencyjnego. Na to wszystko nakładamy koszty otrzymane na podstawie danych przekazanych przez szpitale.

Jak układa się współpraca ze szpitalami?

Ze strony świadczeniodawców opory były niekiedy ogromne. Nie chcieli udostępnić nam swoich danych kosztowych. Niektórzy zgadzali się, po czym wycofywali. Zupełnie nie wiem, dlaczego tak jest. Przeprowadziliśmy wiele spotkań informacyjnych z dyrektorami tych placówek, a także z wojewodami i marszałkami, aby przekonać dyrektorów swoich szpitali do współpracy. Na początku w przypadku niektórych świadczeń nie mieliśmy żadnych danych, bo nikt nie chciał ich udostępnić. To był największy problem, bo cała idea taryfikacji bazuje przecież na tym, by dokonywać wyceny w oparciu o realne koszty. Bez danych od świadczeniodawców nie możemy tego robić. Tam, gdzie otrzymaliśmy poniżej 10 proc. niezbędnych danych, taryfa pozostała na obowiązującym w danym momencie poziomie. Takich świadczeń było jednak niewiele.

Czy dane przekazywane są nieodpłatnie?

Jeden ze szpitali zgodził się udostępnić nam je bezkosztowo. Zasada jest jednak taka, że każdy szpital za jeden rekord pacjenta otrzymuje określoną stawkę. To kwoty od kilku do nawet kilkuset tysięcy przy dużej liczbie poprawnie zrobionych rekordów. Dodatkowo szpitale, które współpracują z Agencją, mogą otrzymać od NFZ bonus przy zawieraniu kontraktu.

Ile sfer zostało już objętych taryfikacją?

Kończymy wycenę świadczeń z zakresu psychiatrii. Obwieszczenie dotyczące wysokości taryfy powinno ukazać się do końca września na naszej stronie internetowej. Wcześniej obwieściliśmy taryfę telekonsultacji w kardiologii i geriatrici u lekarza POZ, a także, co uważam za niezwykle ważne, wycenę znieczulenia u ciężarnych rodzących siłami natury.

Coś zmieniło się po obwieszczeniu tej wyceny?

Jak wszyscy wiedzą, w Polsce jest epidemia cięć cesarskich, w niektórych placówkach dochodziła nawet do czterdziestu kilku procent. Nowa taryfa premiuje znieczulenie kobiety podczas porodu kończącego się siłami natury. To około 500 zł więcej niż w przypadku porodu przez cięcie. W wielu województwach już po dwóch miesiącach obowiązywania nowej taryfy widać było, że coraz więcej kobiet rodzi siłami natury i otrzymuje znieczulenie.

Kiedy zaczną obowiązywać nowe stawki dla psychiatrii?

To zależy od NFZ-tu. Nie ukrywam, że procedury są lepiej wycenione, niż były do tej pory.

Jak wszyscy wiedzą, w Polsce jest epidemia cięć cesarskich, w niektórych placówkach dochodziła nawet do czterdziestu kilku procent. Nowa taryfa premiuje znieczulenie kobiety podczas porodu kończącego się siłami natury.

Czy Minister Zdrowia je zaakceptuje?

Zobaczmy. Na razie nad propozycjami analitycznymi pracuje Rada ds. Taryfikacji, której przekazaliśmy kilka wariantów wyceny do decyzji.

Zbyt nisko punktowane są świadczenia chirurgiczne. Czy pracujecie już nad ich nową wyceną?

Obecnie pracujemy nad wyceną świadczeń w zakresie wysokospecjalistycznej kardiologii dziecięcej. Skończymy taryfę dla tego zakresu do końca roku. Wyceniamy też opiekę paliatywną i leczenie hospicyjne. Ponadto na bieżąco realizujemy zadania z działu „inne”, czyli zlecenia wyceny świadczeń poza ujętymi w planie i harmonogramie ustalonym przez Ministerstwo Zdrowia. Wyceniamy obecnie terapię protonową. Już teraz daje ona doskonałe efekty, jeśli chodzi o leczenie czerniaka oka. Teraz oceniamy jej skuteczność w leczeniu nowotworów głowy oraz szyi i przygotowujemy taryfę. Proces planujemy zakończyć do końca października, żeby od początku 2016 r. można było leczyć protonami w ramach kontraktu z NFZ.

A co z wyceną dla POZ?

POZ to trudny temat i na pewno będziemy musieli się nim zająć. Plan prac zatwierdza jednak Rada ds. Taryfikacji, a potem Minister Zdrowia i to decyduje o harmonogramie naszych prac. Leczenie szpitalne pochłania 49 proc. środków finansowych NFZ, dlatego jako pierwsze będzie podlegać taryfikacji. Dopiero na drugim miejscu jest POZ pochłaniający z budżetu około 7 mld zł.

Mówi się, że POZ-y ograniczają swoje wydatki, wysyłając pacjentów do szpitali, zamiast ich leczyć.

To słuszny zarzut. Dlatego POZ pewnie znajdzie się w planie prac tuż za leczeniem szpitalnym.

Bardzo źle wycenione są również procedury w stomatologii. Kiedy ten obszar będzie taryfikowany?

Stomatologia jako cały zakres na pewno zostanie poddana taryfikacji. Kiedy to nastąpi? Nie wiem. Aktualnie mamy zlecenie na ustalenie taryfy gwarantowanych świadczeń z zakresu stomatologii u dzieci.

Czy Agencja korzysta z doświadczeń innych krajów, jeśli chodzi o taryfikację świadczeń?

Przygotowując się do realizacji tego zadania, byliśmy m.in. w Anglii, Niemczech i we Włoszech, by dowiedzieć się, jak robią to inni. Mamy zbliżoną metodykę pracy, jak w Anglii.

Co z limitowaniem świadczeń?

Będziemy chcieli ten temat poruszyć przy okazji przedstawiania wyceny świadczeń z psychiatrii. Mamy już opracowany wariant kosztowy z pominięciem limitów, które uniemożliwiają przecież zachowa-

nie ciągłości leczenia, a ta ciągłość jest bardzo ważna w przypadku chorych psychicznie.

Czy taryfikacja to trudne zadanie?

Bardzo trudne. Niekiedy mamy prawdziwy poligon doświadczalny. Na szczęście zadanie to zostało powierzone bardzo dobremu zespołowi profesjonalistów: ekonomistów, matematyków, statystyków, także byłych pracowników NFZ i kilku osobom z wykształceniem medycznym. Praca jest upiorna, ale ogromnie ważna i potrzebna. Wszyscy wiemy, że musi być wykonana perfekcyjnie.

Jakimi siłami?

Dostaliśmy 60 etatów.

Kiedy wszystkie procedury będą wycenione?

Myślę, że uda się to zrobić w ciągu najbliższych pięciu lat.

A co z profilaktycznymi programami zdrowotnymi?

Oceniliśmy już i zaopiniowaliśmy około 1400 z nich. Niestety, w wielu przypadkach wciąż widać, że są to pieniądze alokowane w potrzeby zdrowotne inne niż priorytetowe w danym regionie. Z czasem coraz więcej samorządów zrobiło postępy. Dobre programy profilaktyczne realizowane są np. w woj. świętokrzyskim. Podejmowane tam działania przynoszą wymierne korzyści w postaci poprawy zdrowia osób dorosłych, zmniejszenia o ponad 40 proc. liczby hospitalizacji w przypadku chorób płuc.

Agencja działa już od 10 lat – co można uznać za jej najważniejsze osiągnięcie?

Właściwie każdego dnia, kiedy kończymy dany proces oceny i przesyłamy naszą rekomendację do Ministerstwa Zdrowia, jest to nasz mały sukces. Dziesiątki takich zakończonych procesów tworzą sukces Agencji. Samo powstanie AOTMiT i funkcjonowanie jej przez 10 lat to też sukces.

Nie tworzyliśmy ustawy refundacyjnej, ale dzięki niej głos AOTMiT jest lepiej słyszalny. Myślę, że potwierdzeniem sukcesu, wiarygodności i kompetencji Agencji może być fakt, że minister powierzył nam takie zadanie, jak poprowadzenie taryfikacji.

Od wejścia w życie ustawy o refundacji nie przekroczyliśmy ani razu wyznaczonego ustawowo 60-dniowego terminu wydania rekomendacji. Naszą działalnością przyczyniliśmy się też do tego, by refundowanie leków stało się transparentne. Przed 10 laty w Indeksie Percepcji Korupcji Transparency International Polska znajdowała się na 70. miejscu, dziś jesteśmy na 31. Awansowaliśmy o prawie 40 pozycji, to też po części zasługa transparentności w refundacji leków.

Czy AOTMiT udźwignie taryfikację?

Nie bez kozery startowałem na drugą kadencję. Nie ma wyboru – musi udźwignąć. Jeśli się czegoś podejmuję, zawsze doprowadzam to do końca. ■

Obecnie pracujemy nad wyceną świadczeń w zakresie wysokospecjalistycznej kardiologii dziecięcej. Skończymy taryfę dla tego zakresu do końca roku. Wyceniamy też opiekę paliatywną i leczenie hospicyjne.



**Jolanta
Małyga**

Wiceprezes ORL
w Gorzowie Wlkp.

W szaleństwie
wyborczym, jakie
zapanowało w naszej
ojczyźnie, trudno już
nie tylko zrozumieć,
ale i połapać się
w obietnicach
składanych przez
polityków. Wszyscy
chcą ponoć dobra
wszelkiego dla
rodaków i pragną
je dawać całymi
garściami – tak
na żywioł i bez
opamiętania.

Donkiszoteria

*„Myśleć to co prawdziwe, czuć to co piękne i kochać
co dobre – w tym cel rozumnego życia”*

Platon

Zracji wykonywanego i myślę, że świadomie wybranego zawodu, którego idea jest niesienie pomocy ludziom chorym i cierpiącym, powinniśmy mieć otwarte serca i umysły na drugiego człowieka i jego potrzeby. W tak delikatnej materii jak zdrowie ludzkie zawsze rodzi się wiele pytań i konfliktowych sytuacji, które często powodują emocjonalną reakcję z obu stron. Sztuką jest nauczenie się właściwego zachowania i umiejętnego porozumiewania się nie tylko z pacjentami, ale także z kolegami po fachu. Zawód lekarza czy lekarza dentysty wymaga odwagi i podejmowania decyzji nie zawsze zgodnych z oczekiwaniami tych, których one dotyczą, czyli pacjentów i zarządzających opieką medyczną. Moim zdaniem w tej dziedzinie nie ma miejsca na zabawę i wzorowanie się na pragnących zdobyć władzę politykach. Oni uwielbiają rozgłos i szum wokół własnej osoby, mówiąc puste słowa i wiedząc, że nie poniosą za nie żadnych konsekwencji. To nie jest odwaga – ta cecha charakteru odeszła już do lamusa. Najbardziej zaskakuje mnie to, że takim nieodpowiedzialnym stylem życia i donkiszoterią zarazili się też niektórzy lekarze.

W szaleństwie wyborczym, jakie zapanowało w naszej ojczyźnie, trudno już nie tylko zrozumieć, ale i połapać się w obietnicach składanych przez polityków. Wszyscy chcą ponoć dobra wszelkiego dla rodaków i pragną je dawać całymi garściami – tak na żywioł i bez opamiętania. Mam wrażenie, że nikt z walczących o władzę właściwie nie liczy się z nami maluczkimi i uważa nas za niezbyt rożgarnięte istoty, niezdające sobie sprawy z realiów życia we współczesnym świecie. A już najlepszym postępowaniem jest snucie spiskowej teorii dziejów i nieodłączne oskarżanie jednych i drugich o popełnianie przestępstw i łamanie prawa. Jak żyć w takim kraju, gdzie nikt nie potrafi mówić prawdy i przynajmniej starać się dostrzegać dobro. Negowanie wszystkiego, co do tej pory zrobiono, jest poniżaniem nie tylko wszystkich ludzi żyjących tu i teraz, ale i naszych poprzedników. Najgorsze w tym wszystkim jest to, że taki styl zaczyna przyświecać w każdej dziedzinie życia. Dlaczego oduczyliśmy się kochać prawdę? Nie umiemy już dostrzegać tego, co dobre, i żyć w zgodzie z samym sobą i innymi ludźmi. Trendy jest wszędzie widzieć zło.

Moim zdaniem zapanowała u nas moda na donkiszoterię. Coraz więcej pojawia się Don Kichotów, a może lepiej – Don Chichotów, walczących z wymaginowanymi, olbrzymimi wiatrakami. Ten ośmieszony przez Cervantesa bohater, zakocha-

ny w swojej Dulcynei, chciał dobrze, tylko że nie potrafił przewidzieć wielu niebezpieczeństw, na jakie napotykał w realnym życiu i nie umiał sobie z nimi poradzić. Miał za to ponoć wiernego i oddanego giermka Sancho Panchę, tyle tylko, że ten w ramach oddania, próbował sam zaistnieć przy swoim panu, a gdyby żył w dzisiejszych czasach, miałby większe możliwości, wykorzystując podłuchy i nagrywając wypowiedzi swego pana, zebrać nienależne mu profity. Nie wiem, czy mamy teraz więcej Don Kichotów czy wiernych giermków, gdyż tak na mój gust niewiele się zmieniło od czasów Cervantesa.

Taki marzycielski życiowy brak zdrowego rozsądku i uparte trwanie przy nierealnych planach, wyobcowanych z własnego środowiska przywódców, zaczyna dominować w naszym kraju i bez względu na to, czy dotyczy to polityki państwa, czy polityki samorządów, czy też wszelkich korporacji zawodowych. Tutaj wszędzie widzimy wiernych giermków, którzy wysuwając się na pierwszy plan, często ośmieszają swoich panów proponowanym kreowaniem ich wizerunku. A tak naprawdę tylko czyhają na ich potknięcia, z których będą mogli sami skorzystać, oczywiście jeżeli im się uda w miarę szybko wykorzystać okazję. W przypadku braku pomyślnych wiatrów zawsze mogą się wycofać bez ponoszenia konsekwencji, przecież oni tylko doradzali. Zapewne w gorszej sytuacji znajdują się ci, którzy uwierzyli we własną wielkość i zaczęli działać na swoją rękę, omijając porządek w hierarchii. Tym zapałanym we własną wielkość nie potrafię nawet współczuć, a mogą się jedynie śmiać, gdyż sami do takiego stanu rzeczy dobrowolnie doprowadzili, może dlatego, że w szkole nie czytali zbyt uważnie o Don Kichocie, i teraz zbierają tego owoce. A wystarczyłoby żyć zgodnie ze zdrowym rozsądkiem i liczyć się z odczuciami innych ludzi, zamiast promować się na niezwykłych i ponadczasowych, gdy tak naprawdę nie ma się czego zaproponować. Dlaczego nikt nie chce się takim zachowaniom przeciwstawić? Pozwalamy, aby nas lekceważono. Czy tak trudno jest wybrać uczciwą drogę życia i starać się dobrze wypełniać swoje obowiązki? Naprawdę nie trzeba bezustannie zmieniać wytyczonych szlaków w czasie podróży. Również życia nie da się przeżyć na kilku zmieniających się płaszczyznach. Czy pozostanie na tej głównej, wytyczonej przez własne sumienie i zgodnej z przekonaniami drodze wymaga aż tak wielkiej odwagi?

Jak zalecał Platon, znajźmy cel rozumnego życia. ■

**Jacek
Bajak**

Dyrektor Biura
Odszkodowań,
TU INTER Polska S.A.

Ubezpieczyciel może więcej

Roszczenia odszkodowawcze związane ze skutkami zdarzeń medycznych to w dzisiejszych czasach codzienność. Pacjenci dysponują coraz większym wsparciem prawnym i coraz chętniej zgłaszają roszczenia. Wiele przypadków pozornie wygląda podobnie, a jednak ich skutki prawne są zupełnie inne. O ostatecznej wysokości odszkodowania może zadecydować sposób współpracy lekarza lub placówki medycznej z ubezpieczycielem. Przeanalizujemy dwie sprawy z ostatnich tygodni.



Przypadek I

Obcojęzyczna pacjentka została zakwalifikowana do operacji zaćmy oka prawego. W wywiadzie zgłosiła ona nieznaczne nadciśnienie tętnicze oraz reumatoidalne zapalenie stawów. Przed zabiegiem została ona pobieżnie poinformowana o powikłaniach i podpisała zgodę na zabieg, pomimo niewystarczającej znajomości języka polskiego.

Podczas zabiegu doszło do krwotoku, który wypchnął ciało szkliste oka wraz z soczewką. Lekarze zamknęli ranę, jednak pacjentka całkowicie utraciła wzrok w prawym oku i jej stan nie rokuje poprawy.

Kierownictwo placówki medycznej początkowo zbagatelizowało problem, nie informując o nim swojego ubezpieczyciela (INTER). W efekcie, roszczenia pacjentki uległy eskalacji, a przeprowadzona pod presją sądową próba ugodowa zakończyła się przyznaniem 150 000 zł odszkodowania na rzecz pacjentki. Wykazano szereg nieprawidłowości w działaniach placówki, takich jak zbyt wysokie ciśnienie tętnicze przed zabiegiem (160/80 mmHg), brak oceny wskaźników krzepnięcia krwi oraz niewystarczająca zgoda – zwłaszcza w przypadku pacjenta obcokrajowca. Bierna postawa placówki oraz włączenie do rozmów ubezpieczyciela w ostatniej chwili znacznie ograniczyły pole do jakichkolwiek negocjacji wysokości odszkodowania.

Przypadek II

Pacjent w wieku 27 lat zgłosił się do lekarza urologa z do-
kuczliwym bólem prawego jądra po niedawnym wysiłku

fizycznym. Objawami towarzyszącymi były mdłości i zawroty głowy oraz opuchlizna bolesnej okolicy.

Lekarz zdiagnozował u chorego zapalenie prawego jądra, zalecił przyjmowanie antybiotyków i odesłał chorego do domu. Kiedy stan chorego pogorszył się, zgłosił się on do szpitalnego oddziału ratunkowego, gdzie rozpoznano skręt szypuły jądra prawego. Skręt spowodował martwicę jądra, co spowodowało konieczność jego usunięcia.

Poszkodowany zgłosił roszczenie do lekarza urologa w wysokości 150 000 zł tytułem zadośćuczynienia. Ubezpieczony lekarz niezwłocznie powiadomił ubezpieczyciela, który w postępowaniu wyjaśniającym potwierdził, że lekarz dopuścił się błędu medycznego polegającego na błędnej diagnozie.

W toku negocjacji ustalono, że INTER wypłaci na rzecz poszkodowanego 80 000 zł, a kwota ta zaspokoi wszelkie obecne i przyszłe roszczenia pacjenta zarówno w stosunku do lekarza, jak i jego ubezpieczyciela. Poszkodowany zrzekł się wszelkich roszczeń wobec swojego lekarza jak i INTER.

Współpraca lekarza z ubezpieczycielem

Oba opisane powyżej dramaty skończyły się uznaniem roszczenia. A jednak przebieg i sposób ustaleń były zupełnie inne. Brak współpracy z ubezpieczycielem doprowadził do eskalacji roszczeń i groźby wysokiego zasądzenia na granicy sumy gwarancyjnej. Włączenie ubezpieczyciela do rozmów na wczesnym etapie postępowania, dało szansę zarówno poszkodowanemu jak i lekarzowi na spokojną i rzeczową wymianę zdań i opinii, a w konsekwencji zaspokojenie roszczeń pozasądowo i z zabezpieczeniem interesów wszystkich stron.

Wniosek – nie bójmy się informować swojego ubezpieczyciela o każdym możliwym roszczeniu. Nawet, jeśli nie jesteśmy pewni, czy zostanie zgłoszone.



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

Nie bójmy się
informować
swojego
ubezpieczyciela
o każdym
możliwym
roszczeniu.
Nawet, jeśli nie
jesteśmy pewni,
czy zostanie
zgłoszone.

Polska stomatologia

– w pogoni za światem

**Lucyna
Krysiak**

Przez ostatnie ćwierćwiecze polska stomatologia zmieniła się nie do poznania. Przemiany te dotyczą materiałów, technologii, sprzętu, ale też wiedzy, umiejętności praktycznych, świadomości i mentalności.

Metamorfoza następowała powoli. Była długim procesem, za którym kryje się wiele czynników, m.in. nowe ustawodawstwo umożliwiający prywatyzację usług stomatologicznych, reaktywacja samorządu lekarskiego, a także zmiany w systemie kształcenia lekarzy dentystów. Jednym z ważnych czynników w procesie tych przemian było otwarcie się na kontakty międzynarodowe, szczególnie z krajami zachodnimi. Oknem na świat stała się Środkowoeuropejska Wystawa Produktów Stomatologicznych CEDE, która w 2015 r. w dniach 10-12 września odbyła się po raz 25. Ten jubileusz skłania do przyjrzenia się bliżej, jak CEDE oraz towarzyszące targom imprezy – Forum Stomatologiczne, Zjazdy Zespołów Stomatologicznych – wpłynęły na obecny stan polskiej stomatologii. Nie sposób w tym miejscu pominąć nieżyjącego już profesora Włodzimierza Józefowicza, wówczas prezesa Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, współzałożyciela reaktywowanego wspólnego samorządu lekarskiego, wizjonera i gorliwego orędownika zmieniania rodzimej siemiennej dentystyki w nowoczesną dziedzinę medycyną. Dla profesora nie było rzeczy niemożliwych, choć w tamtych czasach takie podejście graniczyło z aberracją i przez wszystkich nie było akceptowane.

To ludzie tworzą metamorfozę

Przed rokiem 1989 w Polsce za zaopatrzenie w sprzęt medyczny odpowiadał „Cezal” – jedyny wówczas dystrybutor sprzętu stomatologicznego. Od tej firmy i decyzji odgórnych zależało wyposażenie gabinetów dentystycznych publicznej służby zdrowia. Gabinety prywatne działały wówczas cichcem, gdzieś na zapleczu mieszkań i dysponowały tym, co udało się odkupić z kasowanych urządzeń przez państwowe ośrodki zdrowia. Lekarze dentyści starszego pokolenia niechętnie wracają wspomnieniami do tamtych czasów. Wiedzieli, że polska stomatologia jest zapóźniona zarówno jeśli chodzi o sprzęt, jak i metody leczenia, i choć nie godzili się na taki stan rzeczy, nic nie mogli zrobić. To dlatego Polskie Towarzystwo Stomatologiczne przy okazji odbywającego się co 5 lat Kongresu postanowiło zorganizować wystawę produktów stomatologicznych z udziałem zachodnich wystawców. Ponieważ prof. Włodzimierz Józefowicz był z Łodzi, także Kongres i wystawa miały odbyć się w tym mieście. Jej zorganizowanie profesor powierzył jednemu ze swoich współpracowników – Stanisławowi Sulibor-

skiemu, który później, po śmierci profesora, stał się organizatorem zaplecza naukowo-dydaktycznego dla Środkowoeuropejskiej Wystawy Produktów Stomatologicznych CEDE i pełnił tę funkcję do minionego roku. Zgłosiło się wówczas ponad 50 zagranicznych firm, chętnych zaprezentować swoje produkty. – Niewiele brakowało, by wystawa nie doszła do skutku, ponieważ tych produktów nie było na liście Ministerstwa Zdrowia, a listę przy pomocy Konsultantów Krajowych ustalał „Cezal” – wspomina prof. Suliborski. Decyzja prof. Józefowicza w tej sprawie była jednoznaczna. Organizować, niezależnie od konsekwencji. A te mogły być bardzo przykre. – Wystawa cieszyła się wielkim zainteresowaniem i ośmieliła Polskie Towarzystwo Stomatologiczne, by iść dalej tą drogą. Stanowiła zaczyn, z którego później wyrosło CEDE – tłumaczy prof. Suliborski. W 1991 r., przy okazji organizacji VII Kongresu Stomatologów Polskich w Łodzi, ówczesny prezes PTS prof. Józefowicz spotkał na swojej drodze ludzi, którzy podjęli się zorganizowania wystawy produktów stomatologicznych w sposób profesjonalny i robią to do dziś. Anna Deja-Berduła, Ewa Masztalerz i Marek Wiktorowski z firmy Exactus doprowadzili do tego, że po Chicago, Kolonii i Mediolanie CEDE stała się najbardziej prestiżową imprezą w branży stomatologicznej. Co roku targom towarzyszyły spotkania naukowo-szkoleniowe, których kontynuacją były Zjazdy Zespołów Stomatologicznych. Impreza rozszerzyła się więc i wyszła poza struktury PTS. Prof. Eugeniusz Spiechowicz, nestor polskiej stomatologii, uczestniczył we wszystkich targach CEDE i podkreśla, że też ma swój udział w tworzeniu ich legendy. – Z prof. Józefowiczem dobrze się znaliśmy i często wymienialiśmy poglądy na różne tematy, jednym z nich była nazwa wystawy. Jedną z koncepcji zakładała, że będzie to wschodnioeuropejska wystawa, zaproponowałem, aby wystawę nazwano środkowoeuropejską, ponieważ Polska leży w samym środku Europy i tak zostało – przypomina okoliczności powstawania targów prof. Spiechowicz. Dodaje, że te pierwsze imprezy wystawiennicze CEDE (Central European Dental Exhibition) przyciągały stomatologów jak magnes. Każdy chciał na własne oczy zobaczyć to, o czym dotychczas czytał w książkach lub widział na fotografiach. Chciał dotknąć, porozmawiać z przedstawicielem producenta, czasem kupić, a później podzielić się tą wiedzą z kolegami. – To były naprawdę fascynujące przeżycia, o których obecna

Co roku targom towarzyszyły spotkania naukowo-szkoleniowe, których kontynuacją były Zjazdy Zespołów Stomatologicznych. Impreza rozszerzyła się więc i wyszła poza struktury PTS.

stomatologiczna młodzież niewiele wie, oni żyją już w zupełnie innej rzeczywistości – podkreśla prof. Spiechowicz. Na tej fali głodu przemian powstała również idea powołania Europejskiego Towarzystwa Protetyki Stomatologicznej, którego profesor był pierwszym prezydentem. Przez wiele lat (dwie kadencje z rzędu) był także, jako jedyny z Polski, członkiem Komisji ds. Nauki FDI.

Zmiana świadomości i mentalności

Wraz z dostępem stomatologów za pośrednictwem targów do najnowszego sprzętu, do nowoczesnych technologii leczenia, wraz z możliwością zastosowania tych nowinek we własnych praktykach (spośród wszystkich dziedzin lecznictwa w Polsce stomatologia sprywatyzowała się najszybciej i w największym stopniu) konieczna była zmiana świadomości i mentalności lekarzy dentystów. Jaki udział miały w tym procesie targi CEDE oraz Zjazdy Zespołów Stomatologicznych? Patrząc z perspektywy minionych 25 lat na stan polskiej stomatologii, można odnieść wrażenie, że ten wpływ był znaczący. Prof. Stanisław Suliborski uważa, że prywatyzacja stomatologii nie miała wzorców, zaczynała od podstaw. Nie musiała więc łamać stereotypów, była jak czysta karta. To, co obecnie oferują gabinety pacjentom, jest wypadkową tego, co przez lata prezentowano na targach i o czym dyskutowano na zjazdach. – Postęp jest możliwy, jeśli nasza świadomość także ewoluuje. W przypadku zarówno wystawy, jak i zjazdów dało się to odczuć. To są imprezy nieporównywalne do tych sprzed dwudziestu, dziesięciu czy nawet kilku lat – tłumaczy profesor. Dodaje, że kiedyś unit, implant, adhezja były czymś tak cudownie nowoczesnym, że każdy się tym pasjonował, obecne stały się czymś powszednim i nie dlatego, że można je bez przeszkód nabyć, stosować, ale że idzie za tym świadome uczenie się lekarzy dentystów, podnoszenie kwalifikacji zawodowych. Prof. Eugeniusz Spiechowicz mówi, że o poziomie polskiej stomatologii świadczy fakt, że lekarze tej specjalności są chętnie zatrudniani w krajach zachodnich i cenieni za swoją pracę. O poziomie ich usług świadczy także turystyka dentystyczna. Obywatele Danii, Niemiec, Norwegii, Czech, Słowacji chętnie przyjeżdżają do Polski leczyć zęby, wszczepiać implanty, poddawać się zabiegom stomatologii estetycznej. – Kiedy w latach 70. wyjechałem do Wielkiej Brytanii, byłem pod wrażeniem poziomu kształcenia brytyjskich stomatologów, ale wówczas szlifowali oni swoje umiejętności na pacjentach. Obecnie w kształceniu wykorzystuje się metody audiowizualne, co spowodowało regres. W Polsce wciąż pacjent jest głównym obiektem działań stomatologa, co pozwala mu doskonalić jego praktyczne umiejętności – tłumaczy prof. Spiechowicz. Dodaje, że dzięki targom CEDE i towarzyszącym wystawie wykładom, prezentacjom, warsztatom, szkoleniom znacząco wzrosła świadomość lekarzy dentystów nie tylko w dziedzinie konieczności podnoszenia kwalifikacji, ale znaczenia pracy zespołowej, ergonomii, wystroju gabinetów, właściwej organizacji własnej praktyki. Zaczęto dążyć do tego, aby łączyć to, co pokazywane na

Zaczęto dążyć do tego, aby łączyć to, co pokazywane na wystawie, z codzienną praktyką. Na targi zaczęto więc zapraszać higienistki stomatologiczne i techników dentystycznych, organizując dla nich specjalne sesje.

wystawie, z codzienną praktyką. Na targi zaczęto więc zapraszać higienistki stomatologiczne i techników dentystycznych, organizując dla nich specjalne sesje. Stomatolodzy rozumieli, że wraz ze zmianą ich świadomości musi pójść zmiana mentalności społeczeństwa, które nie miało nawyków dbania o higienę jamy ustnej i regularnego odwiedzania gabinetu stomatologicznego. Prawie każdy Polak miał wtedy próchnicę, a do dentysty szedł, kiedy go bolał ząb. Obecnie ten stan świadomości społeczeństwa także się zmienił i stomatolodzy mają w tym swój udział.

Wymiana doświadczeń i integracja

Prof. Józefowiczowi zależało, aby środowisko stomatologów było zintegrowane, aby stanowiło skonsolidowaną grupę zawodową liczącą się w społeczeństwie. CEDE miało więc wzmacniać ich pozycję, poprawiać poczucie własnej wartości. To dlatego młode pokolenie stomatologów może już startować z innej pozycji, może czuć się obywatelami świata. Prof. Barbara Adamowicz-Klepalska, członek Rady Naukowej przy Ministrze Zdrowia, która jest z CEDE od początku, uważa, że wystawa produktów stomatologicznych i towarzyszące jej różne formy szkoleń to uprzączenie edukacji. – Uczelnie zawsze, a w tamtych latach w szczególności, miały problem z finansowaniem dydaktyki w zakresie stomatologii. Posługiwano się tzw. współczynnikiem, który decydował o podziale pieniędzy, a w stomatologii dydaktyka jest materiałochłonna, już samo wyposażenie sal dydaktycznych w unity jest bardzo kosztowne i w dużym stopniu CEDE wypełniło tę lukę edukacyjną – tłumaczy prof. Adamowicz-Klepalska. Podkreśla, jak ważny jest klimat targów sprzyjający edukacji, ale także integracji, nawiązywaniu kontaktów, również towarzyskich i wspomina czasy, kiedy wystawa CEDE odbywała się w Łodzi, a spotkania towarzyskie w Pałacu Poznańskiego, które na zawsze pozostaną w pamięci. Kiedy w 2008 r. wystawę przeniesiono do Poznania, obawiano się, że miejsce straci na klimacie. Okazało się, że to był strzał w dziesiątkę – lepsze warunki dla wystawców i zwiedzających, zaplecze, budowa Centrum Konferencyjnego przy targach, gdzie odbywają się wykłady, rozwiało te obawy. – W Poznaniu standard jest nieporównywalnie wyższy, a trzeba podkreślić, że lekarze dentyści pobyt na targach opłacają z własnej kieszeni i chcą, by targi spełniały ich oczekiwania zarówno w zakresie warunków pobytu, jak i podnoszenia edukacji – zastrzega prof. Adamowicz-Klepalska i dodaje, że uwzględniając ten aspekt, CEDE powinno kojarzyć się nie tylko z nowoczesnością, ale i z doskonaleniem zawodowym. Od kilku lat na targi gremialnie przyjeżdżają także studenci stomatologii, którzy doskonale wtopili się w klimat tej imprezy, widząc dla siebie szansę na rozwój i konfrontując wiedzę zdobytą na uczelni z ofertą wystawców.

Bez kompleksów

I ten cel mozolnie krok po kroku był realizowany. Można więc zaryzykować twierdzenie, że wizja prof. Józefowicza, w której polska stomatologia dogoniła świat, się urzeczywistniła. To za jego kadencji PTS nawiązało

współpracę z towarzystwami zagranicznymi, szczególnie jeśli chodzi o FDI. Profesor miał świadomość, jaka przepaść dzieli ówczesną polską stomatologię od świata zachodniego, dlatego widział potrzebę nawiązywania kontaktów, bywania, zapraszania gości. Po jego śmierci tę ideę wcielał w czyn prof. Suliborski, który ściągał na Zjazdy Zespołów Stomatologicznych, organizowane w związku z CEDE, najwyższej klasy autorytety z całego świata w dziedzinach stomatologii zachowawczej, endodoncji, protetyki, implantologii, diagnostyki stomatologicznej, ale też dziedzin takich jak np. ergonomia stomatologiczna pozwalająca wprowadzić zmiany w stylu pracy. – Ich wykłady przyciągały rzesze stomatologów, w salach nie było miejsc, uczestnicy siedzieli na schodach – wspomina profesor i zaznacza, że obecnie uczestnicy targów wybierają tematykę warsztatów, prezentacji, a także wykładów, co świadczy o ich poziomie wiedzy i gustach, które są coraz bardziej wysublimowane. To dowód, jaką drogę przeszła polska stomatologia przez te 25 lat. To także dowód na to, że nie musi mieć kompleksów wobec Zachodu. To zaowocowało. Obecnie polscy lekarze dentyści nadążają za światowymi trendami i należą do wielu międzynarodowych organizacji, głównie do FDI. Mają możliwość robienia specjalizacji, na podobnych zasadach jak studenci innych kierunków medycznych. Efekty ich pracy są często prezentowane w zagranicznych czasopismach naukowych. Prof. Suliborski zwraca uwagę, że ten postęp w stomatologii odbywał się na kilku płaszczyznach, które się przenikały. Z jednej strony wystawa najnowszej generacji produktów i sprzętu, technologii, z drugiej strony wykłady, warsztaty, kontakt z wiedzą niezbędną do posługiwania się tym sprzętem. Później dołączyły do nich wykłady komercyjne i prezentacje firm, które pozwalały brać zwiedzającym bezpośredni udział w zabiegach, badaniach, szkoleniach praktycznych.

W przyszłym, 2016 r., CEDE się nie odbędzie. Jest to związane z organizacją w tym czasie w Poznaniu Kongresu FDI (Federation Dentaire Internationale). Jest to najważniejsze coroczne wydarzenie w branży stomatologicznej. FDI powstało w 1900 r. w Paryżu i jest największą organizacją lekarsko-dentystyczną na świecie. Jako organizacja pozarządowa utrzymuje kontakty z ONZ i WHO oraz jest członkiem Światowego Sojuszu Zawodów Ochrony Zdrowia. Jej celem jest kreowanie i uzgadnianie wspólnej polityki w zakresie zdrowia jamy ustnej oraz doskonalenie programów edukacyjnych o działaniach prozdrowotnych. Organizatorzy spodziewają się udziału w Kongresie 12 tys. lekarzy dentyistów. Fakt, że prezydentem elektem ERO-FDI jest polska lekarz dentysta Anna Lella oraz fakt, że kongres po raz pierwszy w swojej historii odbędzie się w Polsce, także świadczy o tym, że polska stomatologia dogoniła świat. CEDE wróci do Poznania w 2017 r. – jakie będzie, czy sprostą oczekiwaniom stomatologów? – trudno odpowiedzieć na te pytania, na pewno wejdzie w nowy etap. Już w tym roku dokonano zmian. Zakończyła się era zjazdów zespołów stomatologicznych, w ich miejsce zorganizowano Zjazd Naukowy PTS. ■

W przyszłym, 2016 r., CEDE się nie odbędzie. Jest to związane z organizacją w tym czasie w Poznaniu Kongresu FDI (Federation Dentaire Internationale). Jest to najważniejsze coroczne wydarzenie w branży stomatologicznej.

Brak należytej staranności

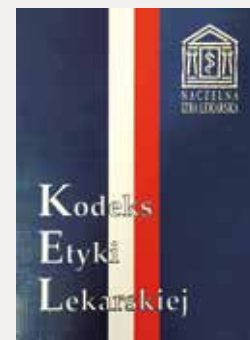
Opis przypadku

Do oddziału położniczego szpitala powiatowego w X została przyjęta 35-letnia wieloródka w 37. tygodniu ciąży drugiej z położeniem miednicowym płodu i nieregularną czynnością skurczową. Dyżur, jednoosobowo, pełniła młoda lekarka bez specjalizacji, po kilkuletnim okresie stażu specjalizacyjnego w innych szpitalach i kilkakrotnej zmianie miejsca pracy. Nie miała doświadczenia w wykonywaniu badań USG, nie odbierała nigdy porodu pośladowego. Wcześniej wykonała kilkadziesiąt cięć cesarskich. W umowie o pracę, ze względu na brak uprawnień do samodzielnego podejmowania decyzji, miała zapewnioną opiekę i pomoc doświadczonego lekarza – ordynatora oddziału, który w dniu zdarzenia pełnił dyżur „pod telefonem”. Dyżurująca zreferowała mu telefonicznie sytuację położniczą i uzyskała informację, że poród może być prowadzony drogami natury, bo rodząca jest wieloródka i nie ma wskazań do wykonania cięcia cesarskiego, które sugerowała obwiniona. Otrzymała polecenie, aby ocenić masę płodu metodą Johnsona. Miała też zawiadomić lekarza opiekuna, gdy będzie całkowite rozwarcie. Dyżurna podłączyła kroplówkę naskurczową, którą przerwała po niespełna godzinie, nie uzgadniając tego z opiekunem. Zapisy KTG nie wskazywały na objawy zagrożenia płodu. Nad ranem skurcze nasiliły się, wzmożone ponownym dożylnym wlewem naskurczowym z Oxytocyny. Gdy rozwarcie było prawie całkowite, obwiniona zadzwoniła do lekarza dyżurującego „pod telefonem” (mieszkał 200 m od szpitala) i poprosiła o przyjazd. Przystąpiła jednocześnie do odbierania

porodu. Noworodek urodził się w stanie ciężkim z 1 pkt w skali Apgar. Dziecko jest obecnie niepełnosprawne i wymaga stałej rehabilitacji.

Postępowanie

Skargę na postępowanie diagnostyczno-lecznicze złożył ojciec dziecka. Okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej w wyniku postępowania wyjaśniającego przekazał do sądu okręgowego wniosek o ukaranie lekarki za niedochowanie należytej staranności podczas porodu, co naraziło dziecko na poważne i nieodwracalne komplikacje zdrowotne oraz obwinił ją o nienależyte prowadzoną dokumentację medyczną, kwalifikując powyższe czyny jako naruszenie Art. 1 ust.1, 2, 3 i Art. 8 KEL oraz Art. 8 ust. 1, 2, 3 ustawy o izbach lekarskich. Okręgowy sąd lekarski uznał winę lekarki w części dotyczącej nienależytej staranności podczas porodu i ukarał ją karą pieniężną w wysokości 10 tys. zł na rzecz stowarzyszenia pomocy dla niepełnosprawnych dzieci oraz uniewinnił od zarzutu nienależytego prowadzenia dokumentacji medycznej. Od orzeczenia okręgowego sądu lekarskiego odwołali się pokrzywdzeni, zarzucając niewspółmiernie niską karę orzeczoną wobec obwinionej i domagali się jej podwyższenia i orzeczenia zakazu wykonywania zawodu. Obwiniona lekarka nie złożyła odwołania. Naczelny Sąd Lekarski podtrzymał orzeczenie sądu okręgowego, nie widząc podstaw do podwyższenia kary, dzieląc między innymi zdanie OSL, że lekarka była młodą, niedoświadczoną osobą, którą przerosło zadanie, jakiego się podjęła.



Komentarz

Przedstawiona sprawa dotyczy najczęstszego zarzutu stawianego lekarzom, tzn. nienależytej staranności. Komentarz będzie odnosił się jednak nie do Art. 8 KEL, ale do zupełnie innego, a mianowicie Art. 11 KEL, który mówi, że „Lekarz powinien zabiegać o wykonywanie swego zawodu w warunkach, które zapewniają odpowiednią jakość opieki nad pacjentem”. Młoda lekarka, bez specjalizacji, mało doświadczona, ze słabymi umiejętnościami w wykonywaniu badań USG, zatrudnia się w powiatowym szpitalu do pracy wiążącej się z jednoosobowymi dyżurami. Wprawdzie ma przydzielonego opiekuna, ale na dyżurze jest sama. Może liczyć na pomoc starszego, doświadczonego lekarza dyżurującego „pod telefonem”. W czasie feralnego dyżuru robi to, co w jej przekonaniu jest możliwe, stosując się do zasady konsultowania trudnych przypadków z lekarzem „opiekunem”. Otrzymuje, jak twierdzi, konkretne zalecenia. Prowadzi poród miednicowy drogami natury, bo taka jest decyzja nadzorującego specjalisty. Oblicza przewidywaną masę płodu archaiczną metodą Johnsona, bo takie również jest zalecenie starszego kolegi, gdyż sama nie robiła wcześniej, jak twierdzi, USG w położeniu miednicowym płodu i wreszcie odbiera poród pośladowy, bo nie może czekać na pomoc bardziej

doświadczonego kolegi, gdyż taka jest specyfika porodu. Robi to, jak potrafi, z dramatycznym, jak się później okazuje, skutkiem. Pozostaje pytanie, czy w takich warunkach, nawet obwarowanych umową, powinna podejmować się dyżurów na jednym z najtrudniejszych decyzyjnie oddziałów. Można by powiedzieć, że tak, ale... powinna posiadać umiejętność wykonywania podstawowego USG położniczego. Mieć choć niewielkie doświadczenie w odbieraniu porodów z położenia miednicowego i w końcu zapewnić sobie takie zabezpieczenie w pomoc lekarza „pod telefonem”, aby nastąpiła ona bez zbędnej zwłoki. Tych elementów zabrakło. Trudna sytuacja osobista, w tym materialna, przesłoniły zdroworozsądkowe spojrzenie na ryzyko samodzielnego dyżurów niedoświadczonego lekarza na oddziale położniczym. Pamiętać o tym powinni wszyscy podpisujący umowy na dyżury, szczególnie w ramach umów cywilnoprawnych, których klauzule powinny zabezpieczać interes nie tylko szpitala, ale również w tej samej części lekarza oraz mieszczący się w tym pojęciu interes i bezpieczeństwo pacjenta, czytając: „...jakość opieki nad pacjentem”. To przesłanie należy zadedykować również starszym, doświadczonym lekarzom, zarówno tym podpisującym umowy, ale i tym, którzy niejednokrotnie te umowy tworzą, aby ich wypadkową nie były zapisy Art. 83 ustawy o izbach lekarskich. ■



**Wojciech
Łącki**

Przewodniczący
Naczelnego Sądu
Lekarskiego



**Małgorzata
Serwach**

Doktor prawa,
Uniwersytet Łódzki,
Uniwersytet
Medyczny w Łodzi

Lekarski
obowiązek
informacji ma
szeroki zakres
zarówno
podmiotowy,
przedmiotowy,
jak i wyraźnie
określony został
sposób samej
komunikacji.
Lekarz powinien
zatem udzielić
informacji przede
wszystkim
pacjentowi,
osobom
przez niego
upoważnionym,
a w sytuacjach
szczególnych
także osobom
bliskim pomimo
braku wyraźnego
upoważnienia.

Prawo pacjenta do informacji w teorii i praktyce

Poza obowiązkiem informacji o stanie zdrowia pacjenta, na lekarza nałożone zostały także inne obowiązki informacyjne. Co to oznacza w praktyce? Niedawno miałam możliwość sprawdzić.

I. Obowiązek informacji – zasady ogólne

Jednym z zasadniczych obowiązków lekarzy – poza samym udzielaniem świadczeń zdrowotnych – jest obowiązek informacji. Znajduje on swoją podstawę prawną zarówno w przepisach ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (art. 31 ust. lek), ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (art. 9 pr. pacj.), jak i w normach deontologicznych (art. 13 KEL). Nakładają one na lekarza obowiązek udzielenia przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania lub zaniechania, wynikach, leczeniu oraz rokowaniu.

Poza obowiązkiem informacji o stanie zdrowia pacjenta, na lekarza nałożone zostały także inne obowiązki informacyjne. W szczególności pacjent, jego przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny mają prawo do dostatecznie wczesnej informacji o zamiarze odstąpienia od leczenia i wskazania im realnej możliwości uzyskania świadczenia zdrowotnego u innego lekarza lub podmiotu udzielającego takich świadczeń (art. 10 pr. pacj.). Analogiczny obowiązek został przewidziany w razie powołania się przez lekarza na klauzulę sumienia. Pacjent ma ponadto prawo do informacji o prawach pacjenta oraz informacji o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez dany podmiot.

Należy podkreślić, że obowiązek informacji odnosi się także do innych zawodów medycznych, chociaż różny jest jego zakres. I tak, pielęgniarka powinna poinformować o pielęgnacji i dokonywanych zabiegach pielęgnacyjnych, natomiast farmaceuta powinien przekazać pacjentowi informację o produktach leczniczych i wyrobach medycznych co do sposobu ich przechowywania oraz stosowania, jak również informacje dotyczące działania farmakologicznego i ewentualnych interakcji. Obowiązek określonego rodzaju informacji może też wynikać z przepisów szczególnych. Tytułem przykładu: zarówno na lekarza, pielęgniarkę, jak

i położną – w razie podejrzenia lub rozpoznania przez nich zakażenia lub choroby zakaźnej – został nałożony obowiązek poinformowania o środkach służących zapobieganiu przeniesienia zakażenia na inne osoby.

II. Uzyskiwanie przez pacjenta informacji o stanie zdrowia

Lekarski obowiązek informacji ma szeroki zakres zarówno podmiotowy, przedmiotowy, jak i wyraźnie określony został sposób samej komunikacji. Lekarz powinien zatem udzielić informacji przede wszystkim pacjentowi, osobom przez niego upoważnionym, a w sytuacjach szczególnych także osobom bliskim pomimo braku wyraźnego upoważnienia.

Nie ulega wątpliwości, że podstawowe znaczenie praktyczne ma informacja przekazana pacjentowi. Stanowi ona podstawę udzielenia przez pacjenta świadomej zgody na badanie czy inne świadczenie zdrowotne. Zgoda niepoprzedzona przekazaniem pełnego zakresu informacji przez lekarza będzie prawnie nieskuteczna. Lekarz ma jednak obowiązek informowania pacjenta w toku leczenia czy hospitalizacji: o jego przebiegu, konieczności poszerzonej diagnostyki czy planowanych świadczeniach zdrowotnych i oczekiwanych rezultatach. W konsekwencji, informacja pełna (rozpoznanie, stan zdrowia, proponowane i możliwe do zastosowania leczenie, typowe powikłania, rokowanie), której enumeratywne wskazanie konieczne jest w przypadku zgody pacjenta, udzielana w toku leczenia może zostać ograniczona¹. Trudno bowiem wymagać od lekarza, aby „na bieżąco”, komunikując się z pacjentem, za każdym razem informował go o rozpoznaniu czy rokowaniu, jeśli nie uległy one zmianie.

Jeśli chodzi o zakres podmiotowy, informacja o stanie zdrowia powinna zostać przekazana pacjentowi, który ukończył 16. rok życia. Rozwiązanie to uzasadnione jest faktem, że pacjent po ukończeniu 16. roku życia wyraża zgodę na świadczenie zdrowotne, musi mieć zatem pełną

informację na jego temat. W konsekwencji sytuacja prawna pacjenta została uzależniona od jego wieku. Jeżeli pacjent jest pełnoletni, tylko jemu przekazywana jest informacja o stanie zdrowia. W odniesieniu do małoletniego, który ukończył 16. rok życia, informacja w analogicznym zakresie powinna zostać jednak przekazana zarówno pacjentowi, jak i jego przedstawicielowi ustawowemu. Pacjent, który nie ukończył 16. roku życia, również powinien uzyskać informację medyczną, ale tylko w takim zakresie i formie, jakie są potrzebne do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego. Lekarz powinien ponadto wysłuchać zdania takiego pacjenta. Rozwiązanie to ma uzasadnienie praktyczne, nawet dziecko kilkuletnie musi wiedzieć, że będzie przeprowadzone określonego rodzaju świadczenie, które może łączyć się z pewnymi niedogodnościami, tylko wtedy będzie bowiem możliwa prawidłowa współpraca pomiędzy lekarzem a małoletnim pacjentem. Oczywiście zdanie pacjenta nie jest dla lekarza wiążące. Podmiot ten musi bowiem brać jeszcze pod uwagę wskazania i przeciwwskazania wynikające z aktualnej wiedzy medycznej, a także stosowane procedury i standardy.

Istotne z punktu widzenia prawa jest także to, że informacja udzielana pacjentowi powinna być „przystępna”. Przystępność informacji należy rozumieć jako przekazanie odpowiednich danych w sposób zrozumiały dla konkretnego chorego, komunikatywny, biorąc pod uwagę jego stan umysłowy, emocjonalny oraz zdolność zrozumienia podanych mu wiadomości, ale też wiek, a niekiedy wykształcenie. Informacje podane pacjentowi na piśmie powinny zostać udzielone w języku polskim, chyba że pacjent nie chce poznać rozpoznania, wtedy w dokumentacji medycznej, w szczególności w karcie informacyjnej z leczenia szpitalnego, dane te mogą być sporządzone po łacinie.

III. Ograniczenie informacji udzielanej pacjentowi

Prawo medyczne przewiduje możliwość ograniczenia informacji zarówno ze względu na taką decyzję pacjenta, jak i samego lekarza. Uprawnienie pacjenta nazywane jest zrzeczeniem się prawa do informacji. Zostało one uregulowane w art. 9 ust. 4 pr. pacj. oraz w art. 31 ust. 3 ust. lek. Na podstawie tych przepisów pacjent może wyrazić swoją wolę ograniczenia lub całkowitego zaniechania uzyskania informacji, przy czym nie ma znaczenia, czy decyzja ta została podyktowana jego obawami, strachem czy też innymi okolicznościami. Pacjent może zrezygnować z informacji w pełnym zakresie lub też tylko co do określonych okoliczności, np. może stwierdzić, że nie chce znać rokowania, a jedynie sam proces leczenia lub odwrotnie – może nie być zainteresowany jego przebiegiem, ale wyrazić zainteresowanie oczekiwanymi skutkami prowadzonej terapii lub samym rokowaniem. Przyjmuje się ponadto, że możliwość zrzeczenia

się prawa do informacji odnosi się jedynie do pacjenta, uprawnienia tego nie mają podmioty podejmujące decyzje terapeutyczne w imieniu innych osób, w szczególności gdy chodzi o przedstawiciela ustawowego małoletniego.

Informacja może zostać ograniczona lub zaniechana także na skutek decyzji samego lekarza. Uprawnienie to ma szczególny charakter, dlatego w sposób szczególny unormowane zostały jego warunki. Może ono wystąpić jedynie w sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomyślne dla pacjenta. Wówczas lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według jego oceny przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz nie może jednak zachować informacji o stanie zdrowia tylko dla siebie i powinien ją przekazać osobie upoważnionej przez pacjenta lub jej przedstawicielowi ustawowemu. Na wyraźne żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu żądanej informacji w pełnym zakresie, nawet, gdyby była ona bardzo niekorzystna.

IV. Informacja lekarska w praktyce

Rozwiązania ustawowe określające uprawnienie pacjenta do informacji o stanie zdrowia wydają się kompleksowe, czasami nawet zbyt rozbudowane, mają one jednak zapewnić właściwą komunikację pomiędzy lekarzem oraz pacjentem, która jest przecież niezbędna do prawidłowego przebiegu leczenia. Tak i mnie się wydawało, dopóki sama nie stałam się pacjentem wymagającym hospitalizacji; wtedy pierwsze, co przyszło mi na myśl, to refleksja: gdybym była roszczeniowym pacjentem! Informacja niepełna, przekazywana często „od niechcenia”, przecież to takie oczywiste, można doczytać. To tak, jakbym ja opracowała gotowe formularze różnych porad prawnych, też je sobie przecież można doczytać i też są przecież oczywiste. Zakres informacji uzależniony bardziej od relacji lekarza z pacjentem i dociekliwości tego ostatniego. A to dopiero początek, prawdziwa puszka Pandory otwiera się przy informacji udzielanej członkom rodziny pacjenta, o czym w następnym numerze „Gazety Lekarskiej”. ■

[1] Informacja ta nazywana będzie w dalszej części rozważań informacją o stanie zdrowia.

Istotne z punktu widzenia prawa jest także to, że informacja udzielana pacjentowi powinna być „przystępna”. Przystępność informacji należy rozumieć jako przekazanie odpowiednich danych w sposób zrozumiały dla konkretnego chorego, komunikatywny, biorąc pod uwagę jego stan umysłowy, emocjonalny oraz zdolność zrozumienia podanych mu wiadomości, ale też wiek, a niekiedy wykształcenie.

Był taki punkt...



70 lat temu walczyli tu powstańcy, cywile pomagali organizować jedzenie, a ja jako dr Jan i sanitariuszki starał się ratować im życie.

Leczyli i ratowali, czym się da. Co robili, gdy kończyły się ostatnie bandaże? Co czuli, gdy musieli ratować Niemców? Z doktorem **Janem Bohdanem Glińskim**, kierownikiem jednego z punktów ratowniczych Powstania Warszawskiego i Szpitala Powstańczego w podwarszawskich wówczas Górcach, rozmawia **Lidia Sulikowska**.

W 1944 r. pracował pan jako asystent w Szpitalu Zakaźnym przy ul. Wolskiej 37. Wybuch Powstania był zaskoczeniem?

Absolutnie nie. Ja i wielu moich kolegów po fachu byliśmy głęboko zaangażowani w działalność podziemną i wiedzieliśmy, co się szykuje. Zналиśmy instrukcje, gdzie mamy się zgłosić w momencie, gdy nastąpi zryw. Na wiele miesięcy wcześniej, przed 1 sierpnia 1944 r., pomagałem, szkoliłem sanitariuszki i lecząc AK-owców, a także Żydów.

Jaka rola przypadła panu w tamtym czasie?

Pierwsza mobilizacja pracowników służby zdrowia mojej organizacji GURT przed godziną „W” była na ul. Wspólnej. Zapytano mnie, czy wolę pracować w szpitalu czy w punkcie ratowniczo-sanitarnym. Na czas Powstania dostałem rozkaz kierowania punktem zlokalizowanym przy ul. Nowogrodzkiej 34. Obecnie na Nowogrodzkiej są inne domy. 70 lat temu walczyli tu powstańcy, cywile pomagali organizować jedzenie, a ja jako dr Jan i sanitariuszki starał się ratować im życie.

Miejsce tego punktu było wcześniej odpowiednio przygotowane?

Przed wybuchem mieściła się tu przychodnia lekarso-dentystyczna. To był blok zajęty przez Niemców, którzy jednak pozwolili naszemu punktowi ratownicczemu funkcjonować, bo działaliśmy pod sztandarem Czerwonego Krzyża, jako bezstronna pomoc medyczna. Obserwowałem przez oszkloną bramę, której pilnowali okupanci, co dzieje się na zewnątrz. Pewnego dnia Niemcy postanowili zlikwidować barykadę, którą powstańcy ustawili w poprzek Nowogrodzkiej. Wypędzili mieszkańców z jednej z kamienic i kazali im kierować się na barykadę. Za nimi jechał czołg i żołnierze. Wywiązała się walka. Dwunastu rannych oraz jeden żołnierz niemiecki doczłógali się do naszej bramy. Tego Niemca rannego w stopę opatrzyliśmy – a przyglądali się Niemcy z rewolwerami w ręku, potem zabrali go do swego lekarza. Do tej pory pamiętam, jak trudno było rozciąć jego wojskowy but, który trzeba było zdjąć. Pomoc rannym pozostałym na ulicy mogła być udzielona dopiero w nocy przez powstańców z drugiej strony ulicy.

Co robić, kiedy wróg woła o pomoc?

Ranny to ranny. Poza tym jego „koledzy” stali nade mną z bronią, obserwując każdy ruch mój i pomocnic sanitariuszek.

Kto jeszcze pracował na Nowogrodzkiej?

W moim zespole na początku były tylko sanitariuszki. Ofiarni ludzie, którzy nieraz pod ostrzałem przynosili rannych. Szybko stworzyliśmy zgraną ekipę. Szybko jednak zaczęło brakować jedzenia i leków. Trzeba więc było chodzić po opuszczonych mieszkaniach i zbierać potrzebne zaopatrzenie.

Opór powstańców z każdym dniem jednak malał...

Powoli okolica zaczęła pustoszeć, bo Niemcy wysiedlali jedną kamienicę po drugiej. Pod koniec września przyszli też po nas. Grupa esesmanów wyprowadziła nas z innymi ludźmi na Dworzec Wschodni. Mieliśmy trafić do obozu przejściowego w Pruszkowie, ale na jednej z wcześniejszych stacji polski kolejarz zawołał: Czerwony Krzyż! Wsiadać! Wyszliśmy, nim Niemcy się zorientowali. Udało mi się nawiązać kontakt z AK. Oddelegowano nas do Górc, gdzie zorganizowaliśmy szpital dla osób, które uciekły z miasta. Pracowaliśmy w drewnianej szkole, a mieszkaliśmy w domu pielęgniarki Kominkowej, która przed nami była jedynym przedstawicielem służb medycznych w Górcach. Mogliśmy działać tylko dzięki wspaniałym mieszkańcom. Ci ludzie, choć sami niewiele mieli, dzielili się z nami jedzeniem, organizowali leki.

Pamięta pan swoich pacjentów?

Było wielu chorych, na przykład starszy pan z przestrzelenym kolanem, zropiałym, z muchami wyjadającymi ropę. Choć amputowałem mu nogę, by go ratować, nie udało się, zmarł. Pamiętam młodą, ok. 18-letnią dziewczynę u której rozpoznałem rozpadową gruźlicę płuc. Była już nie do uratowania. Wtedy bardzo wiele osób odeszło, zwłaszcza starszych, niedołężnych, chorych. Panoszył się tyfus. Najgorsza była ta bezradność, kiedy wiadomo, że nie da się pomóc. Najsmutniej było patrzeć, kiedy Niemcy bombardowali miasto. Widzieliśmy te kule, które spadały na ostatnie broniące się barykady. Tak bardzo chcieliśmy wygrać, a o nadzieję z każdym dniem było coraz trudniej. Okupant miał wielką przewagę. W Górcach byłem do grudnia.

Jak radzić sobie z obrazami wojny?

Dla mnie najlepszą receptą jest mówienie o tym, czego doświadczyłem, co widziałem, z jakim złem miałem do czynienia. I przez pryzmat tamtych obrazów patrzeć na teraźniejszość, ciesząc się, że żyjemy w czasach pokoju. ■

Priorytetem jest edukacja i nowoczesne terapie

Z prof. **Leszkiem Czupryniakiem**, prezesem Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego w kadencji 2011-2015, rozmawiają **Ryszard Golański** i **Lucyna Krysiak**.

Panie profesorze, jak pan ocenia obecny stan wiedzy o cukrzycy?

Wiedza o cukrzycy, ale i świadomość tej choroby wzrosły, wciąż jednak nie jest to poziom zadowalający. Dotyczy to zarówno chorych, jak i lekarzy. W tej chorobie bardzo ważna jest edukacja, ponieważ od zachowań pacjentów w dużym stopniu zależy, czy wystąpią u nich powikłania przewlekłe cukrzycy i na jakim etapie leczenia, a od lekarzy, szczególnie opieki podstawowej, jak wcześniej choroba zostanie wykryta i jak skuteczne zostanie wdrożone leczenie. PTD aktywnie włączało się w różnego rodzaju kampanie mające na celu uświadomienie, jak poważnym problemem jest ta choroba. Jednak trzeba sobie jasno powiedzieć - kampanie kosztują i są skuteczne, jeśli je wspiera przemysł farmaceutyczny. Samo w sobie nie jest to niczym złym - firmy są ważnym partnerem rynku medycznego - ale należy uważać, aby ta aktywność nie stała się przykrywką dla zabiegów o refundację nowych leków. Mechanizmy te są skomplikowane w każdą stronę. Jeśli rząd nie zajmuje się programowo cukrzycą, głośno zainteresowanie chorobą przemysłu farmaceutycznego, mediów i temat umiera.

A rząd jest zainteresowany?

Dialog jest trudny, a temat wymaga rozwiązań strukturalnych, na przykład rozpoczęcia walki z cukrzycą od poziomu bardzo wczesnej profilaktyki i powinni się tym zająć ludzie, którzy wiedzą, o co chodzi. W Ministerstwie Zdrowia od lat rządzą lekarze, których chyba sposób rozumienia tej choroby opiera się na schemacie: jadłeś słodko i tłusto, mało się ruszałeś, przytyłeś, to nabawiłeś się cukrzycy i sam jesteś sobie winien. Najważniejsze więc, by ludzie mniej jedli i więcej się ruszali, a poza tym jest metformina, sulfonilomoczniki, które od 50 lat przepisuje się chorym z cukrzycą typu 2 i tania polska insulina, więc o co chodzi? Ano chodzi o to, że w cukrzycy bardzo wiele się zmienia zarówno jeśli chodzi o podejście do tej choroby, jak i o leki, do których nie mamy dostępu i Polska jest w tym zapóźniona, m.in. dlatego, że z pełną świadomością blokuje się refundację nowoczesnych leków. Polskie Towarzystwo Diabetologiczne stoczyło walkę - i to dosłownie, bo



dochodziło na ten temat do awantur na posiedzeniach sejmowej Komisji Zdrowia - o długo działające analogi insuliny dla chorych na cukrzycę typu 1. Chorzy z tej grupy to młodzi ludzie, potrzebujący leku, który uwolni ich od głębokich spadków poziomu cukru, siejących spustoszenie w naczyniach i narządach, a insulina analogowa jest takim lekiem. Analogicznie w cukrzycy typu 2 od 10 lat są już wprowadzone leki inkretynowe, nowoczesnie działające preparaty, ale u nas - jako jedynym kraju UE - wciąż nie są refundowane, więc dla 95 proc. chorych są niedostępne. Z punktu widzenia prezesa towarzystwa naukowego bardzo trudno jest rozwijać dziedzinę, która z jednej strony wymaga pilnych działań (choruje ponad 3 mln osób), z drugiej nie budzi zainteresowania decydentów.

Jakie są priorytety w walce z cukrzycą?

Polskie Towarzystwo Diabetologiczne opracowuje zalecenia kliniczne dotyczące postępowania w cukrzycy, jako jedyne z towarzystw lekarskich działających w kraju co roku je uaktualnia i są one poważnie traktowane tak przez lekarzy, jak i NFZ czy ZUS. Jednak w diabetologii potrzeba działań ▶

systemowych, które może nie poprawią sytuacji natychmiast, ale za 20 lat będziemy mogli powiedzieć, że jesteśmy krajem, w którym cukrzycę leczy się optymalnie, tak jak np. w Holandii, Norwegii czy w Niemczech, gdzie udało się znacznie zredukować występowanie przewlekłych powikłań cukrzycy. Ale za tym idzie edukacja diabetologiczna. Cukrzyca jest chorobą trudną do zrozumienia. Jak wytłumaczyć choremu, że od zjedzenia czegoś słodkiego będzie inwalidą za piętnaście lat? Jak przekonać decydentów, że od tego, jak będziemy teraz leczyć tę chorobę, zależy, ilu inwalidów będziemy mieć w przyszłości? Cukrzyca nie boli. Wysoka zawartość cukru we krwi uszkadza bowiem nie tylko naczynia krwionośne począwszy od śródbłonna, ale także nerwy obwodowe, chorzy mają zniesione uczucie bólu, zwłaszcza w dystalnych częściach ciała, np. w stopach, i to osłabia ich czujność. O cukrzycy powinno się więc mówić do znużenia, od przedszkola. Tłumaczyć, że podstawą jest pilnowanie bilansu energetycznego. Czyli spożywamy tyle kalorii, ile możemy spalić, jeżeli bowiem ilość energii przyjętej przekracza ilość energii wydatkowanej, wówczas organizm magazynuje tłuszcz na wypadek klęski głodowej, co prowadzi do otyłości, a o to szczególnie łatwo, ponieważ półki są pełne jedzenia i nie trzeba o nie walczyć, jak to robili pierwotni ludzie. Za tym idzie sposób myślenia i nawyki, które należy kształtować od dzieciństwa.

Czy to wymaga specjalnych nakładów finansowych, może zwiększenia liczby diabetologów?

Dotychczas w diabetologii kładziono nacisk na leczenie chorych powikłanych, z zaawansowanym uszkodzeniem układu krążenia, ale ogłoszone w 2008 r. wyniki badań wykazały, że zajmowanie się takimi chorymi niewiele zmienia, powikłań nie da się cofnąć, nie da się także wydłużyć choremu życia, a zbytnie obniżenie u nich poziomu cukru we krwi wręcz może zaszkodzić. Dlatego najlepszą opieką powinni być objęci chorzy na wczesnym etapie cukrzycy – leczeni nowoczesnymi lekami, eliminującymi ryzyko występowania hipoglikemii, tak aby uniknąć rozwoju tych nieodwracalnych powikłań naczyniowych. To nie znaczy, że nie należy leczyć chorych powikłanych, ale naszym celem jest, aby było ich jak najmniej. I tu jest rola do spełnienia dla lekarzy opieki podstawowej, gdzie trafiają chorzy z nowo rozpoznaną cukrzycą. Ale POZ powinien mieć możliwość leczenia ich zgodnie z aktualnymi standardami, a to niestety nie ma miejsca. Powinien też dysponować zapleczem, gdzie pacjenci byliby edukowani. To nie wymaga nowej rzeszy diabetologów, jest ich obecnie w Polsce ok. 900, choć powinno ich być dwukrotnie więcej. Bardziej potrzeba rzeszy pielęgniarek edukacyjnych, których na razie jest bardzo mało, m.in. dlatego że pielęgniarska porada edukacyjna nie jest finansowana przez NFZ. W Holandii cukrzycę zajmują się lekarze rodzinni, z którymi

ściśle współpracują ośrodki specjalistyczne. Raz w miesiącu przyjeżdża do lekarza rodzinnego diabetolog i konsultuje wszystkich trudniejszych chorych. I ten lekarz rodzinny ma do dyspozycji w swojej placówce zastępy pielęgniarek. Jeśli diabetolog zleci choremu insulinę, to pielęgniarka bierze go pod swoje skrzydła, edukuje, monitoruje w domu, itp. W Polsce taki chory trafia do szpitala. Widać więc, czego potrzebujemy – rozbudowanych poradni, większej liczby pielęgniarek i dostępu do nowoczesnych leków, które powinny się znaleźć na listach refundacyjnych.

Opieka nad chorym na cukrzycę wymaga przeorganizowania?

W pełnym znaczeniu tego słowa. Diabetologia w przeciwieństwie np. do kardiologii interwencyjnej nie potrzebuje drogiego sprzętu, potrzebuje ludzi, głównie pielęgniarek prowadzących intensywną edukację w leczeniu otwartym, ponieważ tam przesuwamy ciężar opieki nad chorym na cukrzycę i tam NFZ powinien kierować środkami, a państwo wspierać ten proces.

Polskie Towarzystwo Diabetologiczne podejmuje wiele działań w tym kierunku. Jak z perspektywy swojej prezesury ocenia pan ich skuteczność?

Wewnątrz świata medycznego skuteczność tych działań oceniam wysoko. Była to także chyba pierwsza kadencja Zarządu Głównego, kiedy postanowiliśmy zdecydowanie wyjść na zewnątrz, czyli uczynić z cukrzycy sprawę publiczną i to, jak sądzę, nam się udało. Natomiast w kontaktach z resortem zdrowia nie odnieśliśmy sukcesów, mimo że merytorycznie byliśmy dobrze przygotowani. Jak we wszystkich chorobach występujących na dużą skalę, bez zaangażowania państwa niewiele można zdziałać, a rząd robił uniki. Modele postępowania i rozwoju diabetologii są, trzeba jednak strategicznych decyzji, aby je wprowadzić. Trzy czwarte sukcesu w leczeniu cukrzycy typu 2 zależy od tego, co pacjent robi poza przyjmowaniem leków, jak prowadzi swoje życie i tego trzeba go nauczyć, i to jest rola pielęgniarki diabetologicznej, a na te etaty potrzeba pieniędzy. Kiedy w kilku landach w Niemczech postawiono na edukację pacjentów, jak uchronić się przed stopą cukrzycową, występowanie tego powikłania spadło tam o 90 proc. To dowód, jak ogromną siłą jest edukacja. Kluczowe są pierwsze lata cukrzycy i tu najintensywniej trzeba pracować nad pacjentem, a im młodszy, tym bardziej podatny na zmianę nawyków i stylu życia. Uruchomiono wprawdzie kształcenie pielęgniarek diabetologicznych, ale wykształcono ich bodajże 200, a potrzeba ich około 20 tys.

Z jakimi lekami diabetologia wiąże największe nadzieje?

Absolutnym przełomem w diabetologii stały się leki inkretynowe, którymi można leczyć cukrzycę

Jak wytłumaczyć choremu, że od zjedzenia czegoś słodkiego będzie inwalidą za piętnaście lat? Jak przekonać decydentów, że od tego, jak będziemy teraz leczyć tę chorobę, zależy, ilu inwalidów będziemy mieć w przyszłości?

typu 2 tak skutecznie, jak insuliną, bez wystąpienia niekorzystnych objawów – niedocukrzenia i przyrostu masy ciała. Leki te także sprzyjają redukcji masy ciała. Wszystkie są w Polsce dostępne, ale są bardzo drogie, gdyż w żadnym stopniu nie są refundowane. W UE stosowane są różne rozwiązania mające na celu optymalizację wydawania środków publicznych na leczenie cukrzycy. W Anglii na przykład refundację najskuteczniejszych preparatów inkretynowych (agonistów receptorów GLP-1) przyznaje się pacjentowi na pół roku i jeśli po tym okresie poprawi się u niego kontrola metaboliczna cukrzycy i chory schudnie, wówczas refundację się przedłuża. Ten mechanizm doskonale poprawia współpracę z pacjentem i jego motywację. Leki te stymulują wydzielanie insuliny tylko wtedy, kiedy jest to potrzebne, a ponadto hamują apetyt. Po ich zażyciu szybciej pojawia się uczucie sytości i wydzielane są substancje niezbędne do utrzymania cukru w ryzach. W USA jeden z tych leków został zarejestrowany do leczenia otyłości, tyle że w dawce dwukrotnie większej niż podawanej w cukrzycy typu 2 – wiadać więc, jak dynamicznie rozwija się ten obszar terapii. Jeśli chodzi o insuliny, trwa wyścig między firmami o opracowanie jeszcze lepszych insulin długodziałających – lepszych, czyli takich, które będą działały stabilnie przez całą dobę i będą wywoływały jak najmniej niedocukrzeń. Trzecia grupa leków, które są na rynku dopiero od dwóch lat, to leki obniżające poziom cukru poprzez wywołanie cukromoczu. Preparaty te blokują zwrotne wchłanianie glukozy w nerkach, dochodzi wtedy do dobowej utraty około 300 kcal z moczem i redukcji masy ciała. Nie powodują niedocukrzeń i obniżają w niewielkim stopniu ciśnienie tętnicze. Też nie są refundowane. W cukrzycy typu 1 wciąż szuka się sposobu, jak zastąpić komórki wysp trzustki wydzielających insulinę innymi komórkami. Niespełniony sen to komórka macierzysta, dotyka jednak immunologii, o której wciąż wiemy zbyt mało, aby bezpiecznie na wiele lat interweniować w mechanizmy obronne organizmu. Ożywienie wywołało skonstruowanie sztucznej trzustki technologicznej, czyli skojarzenie sensora glikemii instalowanego pod skórą pacjenta z pompą insulinową. Sensor, zmieniany przez chorego raz w tygodniu, odczytuje poziom cukru z płynu śródtkankowego, przelicza na wartość w osoczu i wynik przesyła bezprzewodowo do rejestratora zamontowanego w pompie insulinowej lub telefonie komórkowym, a rejestrator steruje pompą podającą w ciągłym wlewie podskórnym insulinę. Takie urządzenia już są testowane na ludziach, zwłaszcza pompy dwuhormonalne podające insulinę i glukagon, spodziewamy się, że w ciągu kilku najbliższych lat zostaną dopuszczone do ogólnego stosowania. Będzie to wielkie wydarzenie, bo takie urządzenie uwolni chorych na cukrzycę typu 1 od nieustannego myślenia o chorobie. ■

W Anglii na przykład refundację najskuteczniejszych preparatów inkretynowych (agonistów receptorów GLP-1) przyznaje się pacjentowi na pół roku i jeśli po tym okresie poprawi się u niego kontrola metaboliczna cukrzycy i chory schudnie, wówczas refundację się przedłuża.

14.11

Każdego roku w tym dniu obchodzony jest Światowy Dzień Cukrzycy (ang. World Diabetes Day). W tym roku odbywa się pod hasłem „Act today, to change tomorrow”.

Wirtualny Pacjent

**Mariusz
Tomczak**

Nowoczesne technologie potrafią skutecznie pomagać nie tylko w diagnozowaniu pacjentów, ale również w nauce przyszłych lekarzy. Nie zastąpią jednak kozetki i badania przedmiotowego.

– W ciągu kilku lat w Chinach ma powstać aż tysiąc szpitali. Aby należycie funkcjonowały, potrzeba wielu nowych lekarzy i pielęgniarek. Realizację tego celu może przyspieszyć kształcenie wspomagane m.in. przez Wirtualnego Pacjenta. Podpisaliśmy już wstępne porozumienie z chińskim rządem w tej sprawie – dodaje Baruch.

Jak efektywniej kształcić studentów medycyny? Czy w jeszcze większym stopniu można wykorzystywać zdobycze nowoczesnej techniki? Czy w przyszłości doskonalenie zawodowe mogłoby odbywać się w znacznie większym stopniu przy wykorzystaniu komputera i internetu? To pytania stawiane przez wiele osób zatroskanych o przyszłość kształcenia lekarzy. Nie powinno nikogo dziwić, że ta tematyka jest poruszana również na posiedzeniach Rady Naukowej przy Ministrze Zdrowia. Pod koniec czerwca na jednym z nich pojawił się prof. Adam Baruch z Izraela, współtwórca koncepcji Wirtualnego Pacjenta (ang. Virtual Patient), tj. platformy informatycznej imitującej spotkanie lekarza z pacjentem. – Prof. Zembala zna ten projekt od kilku miesięcy. Na spotkanie w ministerstwie zostałem zaproszony, jeszcze zanim stanął na jego czele. To człowiek mający dalekosiężną wizję – zaznacza.

Prof. Baruch przybliżył ideę opracowaną przez informatyków i profesorów medycyny. Ci pierwsi stworzyli techniczne podstawy projektu, a ci drudzy tworzą profile pacjentów w oparciu o dostępną wiedzę medyczną i własne doświadczenia. Ta baza jest oczywiście systematycznie uzupełniana i aktualizowana. Jak to funkcjonuje? Na pierwszy rzut oka, podobnie jak w świecie rzeczywistym, gdzie każdy pacjent ma symptomy specyficzne dla danego przypadku widoczne przy pierwszym kontakcie z lekarzem. – Student włącza komputer i musi zadać te same pytania, co lekarz w wywiadzie w gabinecie. Później „zleca” wszystkie badania, również te laboratoryjne i obrazowe. Następnie przepisuje lekarstwa – opowiada Baruch. Platforma ma wiele zalet, których próżno szukać podczas obcowania z tradycyjnym podręcznikiem. Po pierwsze, można z niej korzystać w dowolnym miejscu i czasie (wystarczy komputer z dostępem do internetu). Nie to jest jednak najważniejsze, bowiem Wirtualny Pacjent wymaga od studenta szerszej wiedzy i większej samodzielności. – Tutaj inicjatywa znajduje się w 100 proc. po stronie studenta, który sam zadaje konkretne pytania oraz musi samodzielnie „wykonywać” i „zlecać” badania, podczas gdy w tradycyjnym nauczaniu opartym na testach wyboru student z góry ma narzucone podpowiedzi. Jest to więc trudniejsze, ale właśnie taka filozofia legła u podstaw tworzenia Wirtualnego Pacjenta. Z góry skreśliłem model amerykański polegający na tym, że przy każdym pytaniu pojawia się kilka odpowiedzi i spośród nich należy wybrać jedną – wyjaśnia prof. Baruch.

Wykorzystywanie platformy ogranicza subiektywność oceny nauczyciela, gdyż nie widzi on osoby, która np. zalicza kolokwium online. Nie bez znaczenia jest i to, że narzędzie daje możliwość kontaktu z „pacjentem” cierpiącym na rzadką chorobę, z którą

w warunkach klinicznych studenci mogliby się nie zetknąć, nawet podczas wieloletniego procesu edukacji. Łatwiej też można wychwycić luki w wiedzy u studentów. – Szybko można zorientować się, na które pytania żaden z kilkuset studentów nie potrafił odpowiedzieć. Nie trzeba specjalnie opracowywać statystyk, bo komputer sam generuje takie dane. To daje możliwość wyłapywania luk dydaktycznych i podnosi poziom systemu nauczania medycyny do XXI w. – przekonuje Baruch. Najwięcej osób korzysta z Wirtualnego Pacjenta w Izraelu (częściowo zapewne dlatego, że bezpłatnie udostępniono go kilku uczelniom), gdzie wspomaga kształcenie zarówno lekarzy, jak i pielęgniarek. W Izraelu są już pierwsi absolwenci, którzy podczas studiów „badali” pacjentów online, a obecnie są aktywnymi zawodowo pracownikami sektora ochrony zdrowia. – Widzimy, że wyedukowani młodzi lekarze powracają do tego narzędzia. Zamiast iść do biblioteki po książkę, wolą włączyć komputer – tłumaczy naukowiec. – W Stanach Zjednoczonych i Wielkiej Brytanii z tego narzędzia korzysta wielu studentów, ale prawdziwa rewolucja może nadejść z Azji. W ciągu kilku lat w Chinach ma powstać aż tysiąc szpitali. Aby należycie funkcjonowały, potrzeba wielu nowych lekarzy i pielęgniarek. Realizację tego celu może przyspieszyć kształcenie wspomagane m.in. przez Wirtualnego Pacjenta. Podpisaliśmy już wstępne porozumienie z chińskim rządem w tej sprawie – dodaje Baruch.

Na razie nie wiadomo, czy Ministerstwo Zdrowia będzie chciało wesprzeć, choćby w formie pilotażu, kształcenie przeddyplomowe dzięki platformie opracowanej w Izraelu. Byłaby to zupełnie nowa jakość w naszym systemie kształcenia. Baruch przyznaje, że o ile młodzi ludzie szybciej chłoną nowinki techniczne, to wielu profesorów z całego świata wciąż nie jest przekonanych do wykorzystywania komputera w taki sposób. – Początkowo mówili, że to nie jest materia, którą można by skomputeryzować. Spotykałem się z opiniami, że tworzenie czegoś takiego to mrzonka – podkreśla. Podczas czerwcowego posiedzenia Rady Naukowej przy Ministrze Zdrowia dało się wyczuć raczej przychylnie nastawienie. – To interesujące narzędzie kształcenia przeddyplomowego. Powinno wkrótce pojawić się w Polsce – komentował na gorąco wystąpienie Barucha prof. Mariusz Klencki, dyrektor Centrum Egzaminów Medycznych. Trudno mu jednak uwierzyć w to, by według identycznych reguł kształcili się studenci na całym świecie, bo – w jego ocenie – nie ma jednej medycyny. Również prof. Joanna Jędrzejczak, dyrektor Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, uważa, że w naszym kraju za mało wykorzystuje się internet w edukacji kadr medycznych, a system oparty

na Wirtualnym Pacjencie powinien pojawić się w polskich uczelniach medycznych. – To ciekawy projekt. Wirtualnego Pacjenta można włączyć do programu e-learningu – proponuje. Aczkolwiek w jej ocenie należy powiększać ilość stanowisk symulacyjnych, bo to one mają duże znaczenie w kształceniu podyplomowym, a zwłaszcza w zakresie specjalizacji zabiegowych.

Ten postulat znalazł już uznanie w ministerialnym gmachu przy ulicy Miodowej. Jak tłumaczy rzecznik prasowy ministra zdrowia, Krzysztof Bąk, w perspektywie finansowej 2014-2020 uczelnie medyczne otrzymają dofinansowanie w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na wsparcie funkcjonowania centrów symulacji medycznych. Programy rozwojowe uczelni dotyczyć będą m.in. wyposażenia pracowni do prowadzenia zajęć symulacyjnych odnoszących się do wytycznych zawartych w rozporządzeniu ministra zdrowia z 30 lipca 2012 r. w sprawie ramowego programu zajęć praktycznych oraz sposobu ich odbywania, dokumentowania i zaliczania (Dz. U. z 2012 r., poz. 900). Programy rozwojowe muszą uwzględniać również tzw. działania miękkie. A czy resort zamierza bliżej zainteresować się wykorzystaniem nowoczesnych technologii takich jak Wirtualny Pacjent? – Wprowadzenie dodatkowych rozwiązań technologicznych w zakresie kształcenia przeddyplomowego lekarzy i lekarzy dentystów zostanie rozważone na kolejnych etapach prac – wyjaśnia Bąk.

Czy na przeszkodzie staną finanse? Stworzenie profilu jednego pacjenta jest kosztowne i może sięgać nawet kilkuset tysięcy złotych. – Najpierw Wirtualny Pacjent mógłby pojawić się w jednym czy dwóch uniwersytetach, a dopiero później – jeśli doświadczenia będą pozytywne – gdzie indziej. Znam polskie realia i wiem, jakimi budżetami dysponują polskie uczelnie. Nie sądzę, by roczna opłata w wysokości, powiedzmy, 100 zł za studenta stanowiła barierę dla którejkolwiek placówki – mówi Baruch. Inną przeszkodą we wdrażaniu Wirtualnego Pacjenta może być testomania, z którą od pewnego czasu mamy do czynienia w wielu dziedzinach edukacji i nauki także w Polsce. Pewne za to wydaje się co innego: wykorzystanie Wirtualnego Pacjenta w kształceniu przyszłej kadry medycznej nie stanowi konkurencji dla wykładów uniwersyteckich, lecz raczej ich dopełnienie, a obcowanie z komputerem nie zastąpi kontaktu z żywym pacjentem. Trudno sobie wyobrazić, by wyłącznie na podstawie rozwiązań technologicznych uczyć przyszłego lekarza badań fizykalnych. Nie bez znaczenia są też zdolności komunikacji między pacjentem i lekarzem, a tych Wirtualny Pacjent w ogóle nie rozwija. – Komputer pomaga w wykształceniu wiedzy, ale trzeba pracować nad doskonaleniem umiejętności bezpośredniej współpracy z pacjentem – dodaje prof. Jędrzejczak. Innymi słowy: żaden komputer nie zastąpi realnego oglądania, omacywania, opukiwania i osłuchiwania chorego. ■

Wykorzystanie Wirtualnego Pacjenta w kształceniu przyszłej kadry medycznej nie stanowi konkurencji dla wykładów uniwersyteckich, lecz raczej ich dopełnienie, a obcowanie z komputerem nie zastąpi kontaktu z żywym pacjentem.

BIULETYN

Nr 4 (163) Rok XXVI Naczelnej Rady Lekarskiej Warszawa, IX 2015

Redaktor naczelny: Konstanty Radziwiłł

Posiedzenie NRL – 4 września 2015 r.

UCHWAŁA Nr 13/15/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 4 września 2015 r.

w sprawie Ośrodka Historycznego Naczelnej Izby Lekarskiej

Na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2015 r., poz. 651) oraz § 6 ust. 1 uchwały Nr 14 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu Naczelnej Rady Lekarskiej, uchwala się, co następuje:

§ 1.

Powołuje się Ośrodek Historyczny Naczelnej Izby Lekarskiej, zwany dalej „Ośrodkiem”.

§ 2.

1. Ośrodek zajmuje się zagadnieniami związanymi z historią polskich lekarzy, lekarzy dentystów i ich organizacji. Zadaniami Ośrodka są w szczególności:

- 1) gromadzenie dokumentacji i pamiątek dotyczących historii polskich lekarzy, lekarzy dentystów i ich organizacji;
- 2) sporządzanie opracowań i analiz dotyczących historii polskich lekarzy, lekarzy dentystów i ich organizacji oraz ich publikacja;
- 3) szerzenie wiedzy o historii polskich lekarzy, lekarzy dentystów i ich organizacji;

2. Zadania o których mowa w ust. 1 Ośrodek realizuje m.in. we współpracy z:

- 1) organami Naczelnej Izby Lekarskiej oraz okręgowymi izbami lekarskimi;
- 2) uczelniami medycznymi;
- 3) instytucjami prowadzącymi badania historyczne oraz archiwami.

§ 3.

1. Działalnością Ośrodka kieruje kierownik, powoływany przez Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej.

2. Do zadań kierownika Ośrodka należy:

- 1) kierowanie bieżącą działalnością Ośrodka;
- 2) zwoływanie posiedzeń Rady Ośrodka w miarę potrzeb, nie rzadziej jednak niż raz na pół roku;
- 3) składanie corocznych sprawozdań z działalności Ośrodka Naczelnej Radzie Lekarskiej.

§ 4.

1. Rada Ośrodka powoływana jest przez Naczelną Radę Lekarską, w liczbie od 3 do 5 członków, spośród lekarzy i lekarzy dentystów.

2. Zadaniem Rady Ośrodka jest:

- 1) współpraca z kierownikiem Ośrodka w zakresie realizacji zadań Ośrodka;
- 2) opracowywanie rocznego programu pracy Ośrodka;
- 3) wydawanie opinii w sprawie możliwości publikacji sporządzonych przez Ośrodek opracowań i analiz historycznych.

§ 5.

Kadencja kierownika i Rady Ośrodka trwa od dnia powołania do upływu 6 miesięcy od zakończenia kadencji Naczelnej Rady Lekarskiej.

§ 6.

Ośrodek nadzoruje Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej.

§ 7.

Działalność Ośrodka jest finansowana ze środków Naczelnej Izby Lekarskiej.

§ 8.

Obsługę administracyjną Ośrodka zapewnia biuro Naczelnej Izby Lekarskiej.

§ 9.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Konstanty Radziwiłł

PREZES
Maciej Hamankiewicz

UCHWAŁA Nr 14/15/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 4 września 2015 r.

w sprawie utworzenia nowego systemu informatycznego dla prowadzenia okręgowych rejestrów lekarzy i lekarzy dentystów i Centralnego Rejestru Lekarzy i Lekarzy Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 4 w zw. z art. 5 pkt 11 i 23 oraz art. 52 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2015 r. poz. 651) uchwala się, co następuje:

§ 1.

1. W związku z obowiązkami, jakie nakładają na samorząd zawodowy lekarzy i lekarzy dentystów ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich, ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2015 r. poz. 636, z późn.

zm.) oraz ustawa z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. z 2014 r. poz. 1114), uwzględniając postęp technologii informatycznej, który dokonał się od czasu stworzenia aktualnie stosowanego systemu informatycznego do prowadzenia okręgowych rejestrów lekarzy i lekarzy dentystów oraz Centralnego Rejestru Lekarzy i Lekarzy Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej, jak również uwzględniając stanowisko Konwentu Prezesów okręgowych rad lekarskich, podjętego w dniu 20 marca 2015 r. na posiedzeniu w Bielsku Białej w sprawie solidarnego finansowania nowego systemu informatycznego przez okręgowe izby lekarskie i Naczelną Izbę Lekarską, postanawia się stworzyć nowy system informatyczny dla prowadzenia okręgowych rejestrów lekarzy i lekarzy dentystów oraz Centralnego Rejestru Lekarzy i Lekarzy Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej, zwany dalej „nowym systemem informatycznym”.

2. Przyjmuje się jako założenia nowego systemu informatycznego wymagania ofertowe określone w załączniku do uchwały Nr 127/13/P-VI Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 23 sierpnia 2013 r. w sprawie upoważnienia do przeprowadzenia postępowania ofertowego na przygotowanie aplikacji do obsługi Centralnego Rejestru Lekarzy i Lekarzy Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej, migrację danych z istniejących rejestrów oraz wdrożenie aplikacji w okręgowych izbach lekarskich i Naczelnej Izbie Lekarskiej.

§ 2.

1. Maksymalne koszty opracowania i wdrożenia nowego systemu informatycznego nie przekroczą kwoty 1.200.000 zł brutto, wydatkowanej w okresie 3 lat.
2. Koszty, o których mowa w ust. 1, zostaną poniesione solidarnie przez:
- 1) Naczelną Izbę Lekarską - w wysokości 15% kwoty, o której mowa w ust. 1,
 - 2) okręgowe izby lekarskie - w wysokości proporcjonalnej do liczby członków danej okręgowej izby lekarskiej według stanu okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów na dzień 31 grudnia 2014 r.
3. Maksymalne koszty opracowania i wdrożenia nowego systemu informatycznego, które zostaną poniesione przez Naczelną Izbę Lekarską i poszczególne okręgowe izby lekarskie, określa załącznik do uchwały.
4. Sposób i terminy przekazywania przez okręgową izbę lekarską kwot, o których mowa w załączniku do uchwały, zostaną ustalone w umowie zawartej pomiędzy Naczelną Izbą Lekarską a okręgową izbą lekarską.

§ 3.

1. Postanawia się zawrzeć umowę na stworzenie nowego systemu informatycznego z Waldemarem Dobrzyńskim prowadzącym działalność gospodarczą pod firmą „CONFIDO” Waldemar Dobrzyński, wybranym przez zespół powołany uchwałą Nr 63/13/P-VI Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 22 marca 2013 r. w sprawie powołania roboczego zespołu ds. opracowania założeń nowego systemu informatycznego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów do wyboru i wskazania podmiotu, któremu zostanie powierzona utworzenie nowego systemu informatycznego.
2. Upoważnia się Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej i Skarbnika Naczelnej Rady Lekarskiej do zawarcia umowy, o której mowa w ust. 1, na warunkach wynikających z § 1 ust. 2 i § 2 ust. 1 uchwały.

§ 4.

Za wdrożenie nowego systemu informatycznego będzie odpowiadać Komisja Organizacyjna Naczelnej Rady Lekarskiej oraz Dział Informatyki i Organizacji Naczelnej Izby Lekarskiej.

§ 5.

Uchwała wchodzi w życie z dniem 1 października 2015 r.

SEKRETARZ
Konstanty Radziwiłł

PREZES
Maciej Hamankiewicz

(Załącznik stanowiący wykaz informujący, jakie kwoty wnosi każda izba okręgowa na budowę rejestru, dostępny na stronie internetowej NIL.)

UCHWAŁA Nr 15/15/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 4 września 2015 r.

w sprawie przyjęcia projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 o izbach lekarskich (Dz.U. z 2015 r., poz. 651 z późn. zm.) uchwała się, co następuje:

§ 1.

Przyjmuje się projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Konstanty Radziwiłł

PREZES
Maciej Hamankiewicz

Załącznik do uchwały Nr 15/15/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 4 września 2015 r.

Projekt

Ustawa z dnia...

o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Art. 1. W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2015, poz. 581, z późn. zm.) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) po art. 31d dodaje się art. 31d¹ w następującym brzmieniu:
„Art. 31d¹. 1. Warunek realizacji świadczenia gwarantowanego dotyczący lekarza specjalisty w określonej dziedzinie medycyny uważa się za spełniony również wtedy, gdy zapewniona jest realizacja tego świadczenia przez lekarza posiadającego specjalizację I stopnia w odpowiedniej dziedzinie medycyny zgodnej z profilem realizowanego świadczenia, który przez okres nie krótszy niż 10 lat udzielał świadczeń specjalistycznych w tej dziedzinie medycyny.
2. Udzielanie świadczeń specjalistycznych, o których mowa w ust. 1, potwierdza właściwa okręgowa rada lekarska w formie zaświadczenia wydawanego na wniosek lekarza.
3. Przepisu ust. 1 nie stosuje się w przypadkach, gdy warunki realizacji świadczeń opieki zdrowotnej dotyczące personelu medycznego określają przepisy ustawy lub ustaw odrębnych.”

Art. 2. Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Uzasadnienie

Naczelna Rada Lekarska uważa, że konieczne jest uregulowanie statusu prawnego lekarzy posiadających specjalizację I stopnia, którzy udzielają świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych dotychczas kwestii tej nie regulowała w sposób kompleksowy, co prowadziło do różnego traktowania lekarzy z I stopniem specjalizacji w poszczególnych zakresach świadczeń gwarantowanych.

Lekarze, którzy obecnie legitymują się specjalizacją I stopnia, uzyskali swoje uprawnienia najpóźniej w 2007 r., kiedy to przeprowadzono ostatnie egzaminy. Po roku 2007 nie było już możliwości uzyskania I stopnia specjalizacji. W związku z powyższym osoby, które dzisiaj posiadają specjalizację I stopnia to najczęściej doświadczeni lekarze, których wiedza i umiejętności w danej dziedzinie medycyny nie powinny być kwestionowane.

Proponowana przez Naczelną Radę Lekarską regulacja prawna dotyczy lekarzy, którzy oprócz posiadania specjalizacji I stopnia, mogą się dodatkowo wylegitymować co najmniej 10-letnim okresem wykonywania świadczeń specjalistycznych. Naczelna Rada lekarska uważa, że fakt posiadania specjalizacji I stopnia połączonej z wieloletnim doświadczeniem zawodowym upoważnia do honorowania uprawnień tych lekarzy przez Narodowy Fundusz Zdrowia przy ocenie spełniania warunków realizacji świadczeń gwarantowanych.

Naczelna Rada Lekarska proponuje, aby potwierdzeniem 10-letniego wykonywania świadczeń specjalistycznych przez lekarza posiadającego specjalizację I stopnia było zaświadczenie wystawiane przez właściwą okręgową radę lekarską na wniosek lekarza. Rada przypomina, że podobna procedura wystawiania przez okręgowe rady lekarskie zaświadczeń potwierdzających fakt udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej przez okres 10 lat funkcjonuje z powodzeniem na gruncie art. 14 ustawy z dnia 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 166, poz. 1172).

Mając na uwadze, że uprawnienie lekarzy posiadających specjalizację I stopnia do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia wynika niekiedy z innych przepisów rangi ustawowej zawartych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych lub w innych ustawach, przepisy te muszą mieć pierwszeństwo stosowania przed projektowaną regulacją, stąd Rada proponuje brzmienie art. 31d¹ ust. 3, który kwestię tę rozstrzyga.

Projektowana regulacja nie stanowi przeszkody do bardziej korzystnego uregulowania uprawnień lekarzy posiadających specjalizację I stopnia w wydawanych przez Ministra Zdrowia rozporządzeniach określających wykazy świadczeń gwarantowanych i warunki ich realizacji.

STANOWISKO NR 5/15/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 4 września 2015 r.

w sprawie poselskich projektów ustaw zmieniających ustawę o przeciwdziałaniu narkomanii

Naczelna Rada Lekarska po zapoznaniu się z poselskimi projektami ustaw zmieniających ustawę o przeciwdziałaniu narkomanii, przekazanych przy piśmie pana Adama Podgórskiego, Zastępcy Szefa Kancelarii Sejmu z dnia 4 sierpnia 2015 r., znak GMS-WP-173-218/15, z dnia 4 sierpnia 2015 r., znak GMS-WP-173-211/15 oraz z dnia 11

sierpnia 2015 r., znak GMS-WP-173-226/15 stwierdza, że kwestia wprowadzenia zmian ustawowych dopuszczających do stosowania w lecznictwie substancji leczniczych zawierających olej konopny wymaga dogłębnej analizy, a następnie precyzyjnego i całościowego uregulowania.

Naczelna Rada Lekarska stoi na stanowisku, że stosowny projekt przepisów w tym zakresie powinien zostać opracowany przez właściwego ministra w ramach pełnego rządowego procesu legislacyjnego a nie w ramach skróconego procesu legislacyjnego, w postaci inicjatywy poselskiej. Powyższe względy są aktualne również w przypadku projektu przewidującego zmianę ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w zakresie obrotu i stosowania tzw. dopalaczy. Ogromna waga społeczna problemu handlu i stosowania dopalaczy oraz skutecznej walki z tym zjawiskiem wymaga rzetelnego przygotowania analitycznego projektowanych zmian i ich skutków. Powyższe jest tym bardziej zasadne, że zaledwie 1 lipca br. w życie weszła nowelizacja przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii mająca na celu zwiększenie skuteczności walki ze zjawiskiem obrotu i stosowania dopalaczy.

SEKRETARZ
Konstanty Radziwiłł

PREZES
Maciej Hamankiewicz

APEL Nr 10/15/P-VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 4 września 2015 r.

do posłów na Sejm Rzeczypospolitej Polskiej dotyczący likwidacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego

Naczelna Rada Lekarska zwraca się do Pań Posłanek i Panów Posłów o głosowanie przeciwko rozwiązaniom proponowanym w projekcie ustawy o zdrowiu publicznym (druk nr 3675), dotyczącym likwidacji obecnego umocowania Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego i przeniesienia do projektowanej ustawy o zdrowiu publicznym (art. 20 pkt 1 i 2 projektu).

Zastępowanie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego działaniami, które mają być określone w Narodowym Programie Zdrowia, utworzonym na podstawie projektowanej ustawy o zdrowiu publicznym, jest krokiem wstecz, obniża rolę programu i zawęzi zakres zadań realizowanych na jego podstawie. Obecnie Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego ma za zadanie kompleksową reformę opieki psychiatrycznej, począwszy od zadań profilaktycznych aż po organizację leczenia i rehabilitację. Natomiast w projektowanej wersji program obejmie tylko oddziaływania profilaktyczne, pomijając problem koniecznej reformy procesu organizacji leczenia i rehabilitacji osób chorych psychicznie.

Zdrowie psychiczne jest jednym z ważniejszych aspektów zdrowia w ogóle. Przez wiele lat temat osób cierpiących na zaburzenia psychiczne był marginalizowany, natomiast liczba osób cierpiących na różne zaburzenia psychiczne stale rośnie. Sprawy leczenia psychiatrycznego w połączeniu z promocją zdrowia psychicznego, przeciwdziałaniem wykluczeniu społecznemu i zawodowemu osób chorych psychicznie oraz zapewnieniem wszechstronnej i powszechnie dostępnej opieki psychiatrycznej powinny być uregulowane i realizowane kompleksowo, a rozwiązania projektowane w ustawie o zdrowiu publicznym tego nie zapewnią.

SEKRETARZ
Konstanty Radziwiłł

PREZES
Maciej Hamankiewicz

Nie widzisz mojego cierpienia!

Awantury, pretensje, groźby, rzadko dobre słowo. Co jakiś czas podjeżdżają karetki, czasem policja lub straż miejska. Wokół pijani, uzależnieni, bóle brzucha, palca i ogólne złe samopoczucie. Czasem nagle zagrożenie życia. Nietrudno się domyślić, że to szpitalny oddział ratunkowy.

Wtorkowy poranek. Szpital praski im. Przemienienia Pańskiego w Warszawie, SOR. Ciemno w poczekalni – przy drzwiach stoi tłum ludzi. Wchodzimy do środka. W głębi pusto, prawie nikt z oczekujących nie siada na stojących tam krzesłach. Dlaczego? Wystarczy chwila, żeby się zorientować. Dwóch panów generuje tak obezwładniający zapach, że reszta pacjentów skupiła się w miejscu, do którego od czasu do czasu dociera powietrze z dworu. To bezdomni czy może głęboka praska patologia? Trudno od razu orzec.

Otwierają się drzwi gabinetu A3. Pielęgniarka prosi syna pacjentki czekającej wewnątrz. Nie ma go. Do A1 wzywany jest pacjent na planowe przyjęcie. Tu także nikt się nie zgłasza. Zrezygnowali? Wychodzę zaczerpnąć świeżego powietrza.

Jakiś pacjent rozmawia przez telefon. Przyszedł na SOR „z tym swoim uchem”. Nie wygląda na osobę, której życie jest zagrożone, nawet nie wygląda na chorego. Ciekawe, co mu dolega. Wracam do środka.

W kilku dobrze widocznych miejscach wiszą plakaty z wydrukowaną informacją, do czego służy ten oddział. Czytam, że aby uzyskać pomoc, trzeba być w stanie nagłego zagrożenia życia. Prawie nikt tutaj tak nie wygląda. Co chwilę ktoś podchodzi do okienka rejestracji. Młodzi, w średnim wieku, starzy, kobiety, mężczyźni, zazwyczaj towarzyszy im rodzina i znajomi. Jeden pan czyta książkę, młoda dziewczyna przegląda smartfona, inny rozmawia przez telefon.

– Kto ostatni? – pyta starsza pani, która przyszła w asyście, prawdopodobnie syna i synowej.

– Nie ma, pani na krzesło wejdzie – wskazuje to stojące przy okienku rejestracji. Starsza pani siada. – Coś mnie ugryzło dwa dni temu i spuchło – informuje rejestratorkę. Zgłoszenie przyjęte. Teraz musi czekać. Okienko zamyka się, ale nie na długo. Jakaś starsza pani nerwowo puka w szybę. Twierdzi, że zgubiła klucze w obszarze przyjęć i segregacji. Robi się zamieszanie.

10.45. Zmysł węchu jest jednak niezwykle. Niewiarygodne, jak szybko ludzkie receptory przyzwyczajają się do zapachów i przestają na nie reagować. Powoli krzeselka w poczekalni wypełniają się, nawet ja siadam bliżej. Młody mężczyzna (jeden „z tych” dwóch) podchodzi do okienka.

– Przecież mówiłam panu, że dziś nie będzie przyjęcia – informuje rejestratorka. – Powiedziałam, gdzie

można otrzymać pomoc całonocową. My możemy przyjąć pana jutro.

– Jutro, jutro... – mruczy pod nosem i wraca na swoje miejsce. Widać, że nie zamierza zrezygnować.

Z obszaru przyjęć i segregacji medycznej wychodzi pacjent z zagipsowaną ręką. Inny w tym czasie korzysta z okazji, by dostać się w strefę zamkniętą. Wchodzimy również my.

Po drugiej stronie

Codziennie 12-godzinne dyżury pełnią tu trzy zespoły – reanimacyjny, chirurgiczny, obserwacyjny. Wspomagani są przez konsultantów poszczególnych specjalności medycznych, którzy pracują w tym czasie na oddziałach.

– Codziennie trafia tutaj około 100 chorych. 60-80 proc. to przypadki, które nie wymagają natychmiastowej interwencji. Na jednym z ostatnich dyżurów lekarz zbadał 78 pacjentów, z czego tylko 17 przyjęto na oddział. Najwięcej mamy internistycznych przypadków, nieco mniej chirurgicznych, trochę urologicznych, sporo ortopedycznych, przede wszystkim stłuczeń – opowiada dr Piotr Łukiewicz, ordynator SOR-u. – Nie możecie odsyłać takich pacjentów? – pytam. – Teoretycznie możemy, ale i tak najpierw musimy założyć kartę, zbadać, ewentualnie wykonać podstawowe badania. Łatwo coś przeoczyć, więc badamy, a chorzy to wykorzystują. Poza tym większość zgłaszających się doskonale wie, co ma mówić, byśmy nie mieli możliwości odmówić im przyjęcia – wyjaśnia dr Łukiewicz.

Informują o nagłych urazach głowy czy ręki, nagłym bólu brzucha i tak dalej. W większości przypadków zgłaszane dolegliwości trwają już jednak kilka dni lub tygodni. Jest też grupa pacjentów, którzy czasem źle interpretują sygnały płynące z własnego ciała. Uważają na przykład, że mają duszność, choć to nieprawda. Często też są alkoholicy z zespołem abstynencyjnym. Widzą myszy, psy albo strzepują z siebie krasnoludki. Poza tym chcą zwolnień lekarskich, pomocy socjalnej, zmiany opatrunków, wykonania zastrzyków, zdjęcia szwów, wymiany cewnika, wykonania badań, które leżą w gestii POZ i porad specjalisty. – Kiedyś o 3.00 nad ranem zgłosiła się do nas kobieta, prosząc o natychmiastową pomoc, bo otarła sobie palec w bucie. Mamy też mnóstwo pacjentów pod wpływem alkoholu, przywożonych ▶

**Marta
Jakubiak**

**Lidia
Sulikowska**

Widzą myszy, psy albo strzepują z siebie krasnoludki. Poza tym chcą zwolnień lekarskich, pomocy socjalnej, zmiany opatrunków, wykonania zastrzyków, zdjęcia szwów, wymiany cewnika, wykonania badań, które leżą w gestii POZ i porad specjalisty.



Dlaczego wszelkie
cierpienie tego
kraju oblega
SOR-y? Pacjenci
powodów podają
kilka. Przede
wszystkim kolejki
do poradni
specjalistycznych
i badań
diagnostycznych.
Doskonale wiedzą,
który szpital
w jakich dniach
prowadzi np.
dyżur okulistyczny.
Proszą
o konsultację ze
specjalistą lub
wręcz żądają
wykonania
konkretnych
badań.

przez straż miejską. Są upojeni, nie ma z nimi kontaktu, krew leje się z głowy. Trzeba im robić pełną diagnostykę, a to generuje ogromne koszty. Ponadto przeszkadzają innym chorym, awanturują się – opowiada jeden z chirurgów szpitala praskiego, którego na chwilę udało mi się zatrzymać na korytarzu.

13:40. Na podjeździe pojawia się kolejna karetka. Przywiozła pacjenta zabranego spod Katedry św. Floriana wezwana przez straż miejską. Wjeżdżają nosze, a na niej zwinięty w pozycji embrionalnej młody człowiek, brudny, zarosnięty, mocno zaniedbany. Ratownicy medyczni zabierają go do sali dekontaminacji, żeby przygotować do badania – umyć i przebrać.

– Dziś mieliśmy już przypadki: bólu kolana, zwyrodnienia kręgosłupa, bólu szyi, żyłaków, uraz małego palca, stany gorączkowe, złe samopoczucie ogólne, ukąszenie komara, mężczyznę upojonego alkoholem, który spadł z ławki w kościele i rozbił głowę – opowiada ordynator. W 2012 r. zostało przyjętych 27 tys. pacjentów, rok później o dwa tysiące więcej, a w 2014 r. było ich już 32 tys.

W tym samym czasie za jego plecami otwierają się drzwi sali dekontaminacji, z której wylania się, lekko płynnym krokiem, przywieziony wcześniej pacjent. Nie zgadza się na leczenie i samowolnie opuszcza oddział.

Na korytarzu

Pacjenci czekający na wyniki badań chętnie rozmawiają o swoich problemach i powodzie wizyty na SOR-ze. – Poszedłem koło 6.00 do przychodni, lekarz nie wiedział, co mi jest i dał skierowanie do szpitala. Ciągle czekam. Cały dzień zmarnowany – skarży się jeden z nich. Dlaczego wszelkie cierpienie tego kraju oblega SOR-y? Pacjenci powodów podają kilka. Przede wszystkim kolejki do poradni specjalistycznych i badań diagnostycznych. Doskonale wiedzą, który szpital w jakich dniach prowadzi np. dyżur okulistyczny. Proszą o konsultację ze specjalistą lub wręcz żądają wykonania konkretnych badań. Często mówią wprost, że

do specjalisty nie sposób się dostać, terminów nie ma lub są bardzo odległe, a oni potrzebują pomocy. Wielokrotnie nie wiedzą, że funkcjonuje nocna opieka lekarska, dlatego przychodzą na SOR. W wielu przypadkach lekarze podstawowej opieki zdrowotnej wypisują im skierowania do szpitala, bo to najszybszy sposób, żeby przeprowadzić pełną diagnostykę.

– Nie dziwię się chorym, którzy zgłaszają się na SOR. Są ofiarami źle działającego systemu, bo prawda jest taka, że nikomu nie opłaca się dziś diagnozować i leczyć pacjenta. Dla wielu ludzi jesteśmy ostatnią deską ratunku – mówi dr Marta Dusza, jedna z lekarek, która pełni dziś dyżur na praskim SOR-ze. Ale takie słowa słyszę w zasadzie od wszystkich, z którymi rozmawiam: rejestratorki, ratownika, pielęgniarki, innych lekarzy dyżurujących.

Trawa badanie w obszarze segregacji, gdzie trafiła kolejna pacjentka – kobieta w średnim wieku. Skarży się na bóle w klatce piersiowej i że cały czas chce jej się siusiu. Ma bóle głowy i pleców. Bierze leki przeciwzakrzepowe. Ratownik medyczny przeprowadza wywiad, mierzy ciśnienie, wykonuje EKG. Kobieta jest mocno zaniepokojona. – Lekarz w przychodni, u którego byłam, nawet mnie nie zbadał, tylko od razu dał skierowanie do szpitala – opowiada. – Zrobimy badania i będzie wiadomo, co pani jest – uspokaja ratownik.

– Część pacjentów bardzo się emocjonuje, gdy musi długo czekać. Nie rozumieją, jak działa triage, czyli wstępna segregacja pacjentów. Musimy dokonać wstępnej oceny stanu chorego i przydzielić mu ścieżkę z odpowiednim kolorem. Zielony oznacza czas oczekiwania do 6 godzin, żółty – do 30 minut i czerwony to pomoc natychmiastowa. Nieraz musimy walczyć, aby móc leczyć pacjentów czerwonych, bo inni chcą być obsłużeni jako ci, którzy zgłosili się wcześniej. Na porządku dziennym są komentarze: tylko te karetki przyjeżdżacie, a ja tu czekam i czekam, przecież spieszę się do pracy – opowiada dr Małgorzata Perajska-Riemer.

15:00. Podjeżdża kolejna karetka. Nie ma już wolnego



wózka. Przywieziono starszego pana z domu opieki. Jest słaby i odwodniony. 15:20. Na SOR trafia ofiara wypadku. To kobieta potrącona na przejściu dla pieszych przez 90-letniego kierowcę. Ma urazy głowy i kończyn. Bardzo szybko przechodzi przez triagę.

– Kiedy w 2007 r. pojechałam z Polską Misją medyczną do Indonezji, gdzie ratowaliśmy ofiary trzęsienia ziemi na Jawie, przyjmowaliśmy 24 h na dobę. Ludzie czekali w ogromnych kolejkach, ale tam oni sami z siebie przepuszczali bardziej potrzebujących. Triage był naturalny, nikomu nie przyszło do głowy protestować. Mam wrażenie, że w Polsce wielu pacjentom SOR-ów chyba brakuje punktu odniesienia, skoro musimy prosić o zrozumienie, że są inni bardziej potrzebujący – podsumowuje dr Piotr Łukiewicz.

Dlaczego ja jestem winny?

Na jednym z wiszących na ścianie plakatów można przeczytać, że misją szpitala jest świadczenie usług medycznych w atmosferze życzliwości. Czasem jednak trzeba mieć nerwy ze stali, żeby tę misję wypełnić.

– Kurde, jak to długo się schodzi...

– O której pan przyjechał?

– Nawet śniadania nie jadłem!

Słyszę rozmowę w poczekalni. Napiętą atmosferę często tworzą rodziny.

– Babciu! Ja muszę iść do szkoły, niech coś przyspieszą...

O 15:30 w obszarze segregacji pojawia się znajomy pacjent – jeden z „tych dwóch”. W końcu go przyjęli, cierpliwość opłaciła się – to pierwsza myśl, jaka przychodzi do głowy. Trafia na triagę, gdzie zostaje zbadany. Ratownik informuje go, że nie zostanie przyjęty, bo wszystkie miejsca na detoksie są już dziś zajęte. Jak udało mu się w końcu przedostać na drugą stronę? Przywiozła go karetka spod Dworca Wileńskiego, którą wezwwała postronna osoba do człowieka skarżącego się na ból w klatce piersiowej. Ten pacjent znany jest pracownikom praskiego SOR-u. Był tu już kilkakrotnie.

Jest mocno zdeterminowany, żona zagroziła mu, że nie wypuści go do domu, jeżeli nie zrobi ze sobą porządku, nie przestanie pić. Walczy więc o to, by jak najszybciej poddać się detoksykacji.

16:20 kolejna karetka, tym razem z ciężarną. 16:37 kolejna... Sytuacja jest bardzo dynamiczna. Już nie sposób zliczyć wszystkich podjeżdżających zespołów. Ponoć jest to bardzo spokojny dzień. Wcale tak nie wygląda. Na OIOM-ie wszystkie łóżka są zajęte. Przed gabinetami czeka wielu niecierpliwych. Jest wśród nich głuchoniema pacjentka, do której pogotowie wezwali przechodnie, bo stała w deszczu i prosiła o pomoc. Starsza, elegancka pani prosi o wodę. Przyjechała na SOR, bo – jak twierdzi – dzwoniła do POZ, prosząc o wizytę domową lekarza, ale usłyszała, że musiałaby czekać na nią dzień albo dwa, więc lepiej niech dzwoni po pogotowie. Jest po operacji biodra i ma kłopoty z oddawaniem moczu. Pacjent walczący o detoks spaceruje po korytarzu. W pewnej chwili dyskretnie wyciąga zza pazuchy jakiś przedmiot i wrzuca do kosza. Trzeba to sprawdzić. Wyrzucam gumę do żucia i co widzę? To puszcza po piwie! Pracujący tu ludzie nie mają łatwej pracy.

Pan z kleszczem pyta, czy długo jeszcze będzie czekał. Lekarka prosi o cierpliwość i mówi, że właśnie ratują czyjeś życie... – A co to mnie obchodzi! – odburkuje poirytowany mężczyzna. – Takie dialogi są na porządku dziennym. Nie hamują się, krzyczą na nas. Chcą mieć wszystko natychmiast. Kiedyś ojciec pacjenta wyrwał klamkę do gabinetu USG, bo nie mógł się doczekać wyniku badania. Trzymam nerwy na wodzy, ale czasem można się tak po prostu po ludzku rozplakać – słyszę od dr Duszy. – Pacjent jest źle nastawiony, bo system go marginalizuje. Rozumiem, że narasta w ludziach frustracja, ale dlaczego na mnie się wyładowują? – pyta dr Małgorzata Perajska-Rimer. Nie wiem, co odpowiedzieć.

Złota zasada na SOR-ze to nie przeoczyć tego, co ważne i nie dać się wyprowadzić z równowagi. ■

Pan z kleszczem pyta, czy długo jeszcze będzie czekał. Lekarka prosi o cierpliwość i mówi, że właśnie ratują czyjeś życie... – A co to mnie obchodzi! – odburkuje poirytowany mężczyzna.

**Andrzej
Kaszuba**

Klinika Dermatologii,
Dermatologii
Dziecięcej
i Onkologicznej,
Uniwersytet
Medyczny w Łodzi

Izotretynoina doustna w leczeniu trądziku pospolitego

Zastosowanie izotretynoiny poprawia jakość życia, obniża poziom lęku oraz zmniejsza stan depresyjny wywołany trądzikiem. Z tego powodu Polskie Towarzystwo Dermatologiczne rekomenduje leczenie izotretynoiną we wszystkich przypadkach, gdy trądzik stanowi istotny problem psychologiczny dla pacjenta.

Odkrycie przez Bollaga w 1971 roku izotretynoiny (kwasu 13-cis retinowego) zapoczątkowało nową erę w leczeniu ciężkich postaci trądziku pospolitego. W 1982 izotretynoina została zarejestrowana w Stanach Zjednoczonych, a rok później w Europie.

Skuteczność izotretynoiny wynika z faktu, że jest ona jedynym lekiem, który działa na wszystkie czynniki patogenetyczne w trądziku zwyczajnym, tj. zmniejsza sekrecję łożu (o 80-90%), tworzenie się zaskórników, rozwój stanu zapalnego, a także kolonizację jednostki włosowo-łożowej przez *P. acnes*. Wpływ izotretynoiny na metaloproteinazy macierzy (MMP) i tkankowe inhibitory metaloproteinaz (TIMPs) skutkuje zahamowaniem degradacji fibronektyny i kolagenu, co zapobiega bliznowaceniu. Nowe doniesienia wskazują też na udział izotretynoiny w hamowaniu powstawania przebarwień w miejscach po ustępujących zmianach trądzikowych, wskutek redukcji zawartości melaniny w skórze.

Użycie izotretynoiny na terenie krajów członkowskich UE regulowane jest dyrektywą Europejskiej Agencji Lekowej, która ogranicza jej stosowanie do ciężkich form trądziku opornych na leczenie miejscowe i ogólną antybiotykoterapię. Obecnie liczne grupy eksperckie podnoszą celowość rozszerzenia wskazań do stosowania izotretynoiny. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego pozwalają na użycie izotretynoiny jako terapii pierwszego rzutu, a także zastosowanie jej w cięższych postaciach trądziku.

Niemal wszyscy pacjenci leczeni doustną izotretynoiną doświadczają działań niepożądanych. Zazwyczaj są one przejściowe i ustępują po zmniejszeniu dawki lub zakończeniu kuracji. Najczęściej spotykane działania niepożądane to suchość błon śluzowych i skóry, prowadząca niejednokrotnie do krwawień z nosa, zapalenia powiek i spojówek, zapalenia czerwieni wargowej i skóry twarzy. Stosowanie emolientów, sztucznych łez i żelu do nosa łagodzi objawy suchości i może zapobiegać jej następstwom.

Pomimo długiej listy możliwych działań niepożądanych, znaczna większość pacjentów (88,6%) ocenia je jako niewielkie, bądź łagodne. Tylko 1,4% ogółu pacjentów przerywa terapię z powodu działań niepożądanych. Zapalenie czerwieni wargowej jest najczęściej zgłaszanym problemem (78,4% pacjentów), znacznie rzadziej występują inne objawy: uczucie zmęczenia (12,1%) i zmiany nastroju (7,1%).

W trakcie leczenia systemowymi retinoidami obserwowano przypadki obniżenia nastroju, depresji, występowania myśli samobójczych, ataków paniki. Uważa

się, że podłożem tych zaburzeń jest choroba, która dla wielu pacjentów stanowi duży problem emocjonalny. Częstość występowania depresji i zaburzeń lękowych u chorych na trądzik (niezależnie od stosowanego leczenia) waha się pomiędzy 9% a 44%. Pacjenci często są zażenowani z powodu swojej choroby, mają niską samoocenę, są nieśmiali, sfrustrowani i pełni złości. Zastosowanie izotretynoiny poprawia jakość życia, obniża poziom lęku oraz zmniejsza stan depresyjny wywołany trądzikiem. Z tego powodu Polskie Towarzystwo Dermatologiczne rekomenduje leczenie izotretynoiną we wszystkich przypadkach, gdy trądzik stanowi istotny problem psychologiczny dla pacjenta.

Najpoważniejszym ryzykiem związanym z leczeniem izotretynoiną jest teratogenność. Stosowanie leku w ciąży może powodować poronienia samoistne, porody przedwczesne oraz wady rozwojowe (ryzyko około 20%). Zgodnie z Dyrektywą Europejską oraz zaleceniami Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, każda kobieta w wieku rozrodczym, leczona doustną izotretynoiną, musi stosować skuteczną antykoncepcję co najmniej przez 1 miesiąc poprzedzający rozpoczęcie terapii, przez cały okres leczenia i 1 miesiąc po zakończeniu przyjmowania leku. Nieporozumienia związane z długością wymaganego czasu antykoncepcji wynikają z mylenia izotretynoiny z innymi retinoidami systemowymi – acytretyną i etretynatem, których stosowanie wiąże się z koniecznością 2-letniego okresu zapobiegania ciąży. Izotretynoina nie ma wpływu na płodność i rodność, ani nie ma działania teratogenne poza okresem, kiedy jest obecna w ustroju (do 4 tygodni po zakończeniu terapii). Nie istnieje groźba niekorzystnego wpływu izotretynoiny na spermatogenezę u mężczyzn.

Terapia izotretynoiną wymaga prowadzenia diagnostyki laboratoryjnej. Najczęściej spotykane odchylenia w badaniach laboratoryjnych to wzrost stężenia trójglicerydów i cholesterolu oraz zwiększenie aktywności transaminaz, przy czym redukcja dawki lub przerwanie leczenia powodują szybką normalizację parametrów laboratoryjnych (w ciągu 2-4 tygodni). Badania dotyczące bezpieczeństwa stosowania izotretynoiny nie wykazały, by rutynowa terapia trądziku mogła wiązać się z ryzykiem trwałego uszkodzenia wątroby.

Od czasu wprowadzenia izotretynoiny, pozostaje ona najbardziej efektywnym klinicznie lekiem przeciwtrądzikowym. W rękach doświadczonego dermatologa stanowi nieocenione narzędzie umożliwiające sukces w terapii nawet najcięższych postaci *acne vulgaris*.

Artykuł
sponsowany

Spór o fizjoterapię

We wrześniu obywatelski projekt ustawy o zawodzie fizjoterapeuty wpłynął do sejmowej Komisji Zdrowia. A co się stanie z drugim projektem, poselskim, który do łaski marszałkowskiej trafił kilkanaście miesięcy temu?

**Mariusz
Tomczak**



FOTO: Shutterstock

Samodzielna fizjoterapia naruszeniem bezpieczeństwa pacjentów” – pod takim hasłem w lipcu odbyła się konferencja prasowa w Naczelnej Izbie Lekarskiej. Było to dokładnie rok po przekazaniu do Sejmu RP poselskiego projektu ustawy o zawodzie fizjoterapeuty (druk 3001), budzącego liczne obawy środowiska lekarskiego. Projekt do łaski marszałkowskiej złożył poseł Dariusz Dziadzio.

Internetowe larum w sezonie ogórkowym

Portal internetowy „Gazety Lekarskiej” transmitował tę konferencję na żywo, dzięki czemu kilkuset użytkowników mogło śledzić online, co w tej sprawie ma do powiedzenia samorząd lekarski. W historii naszego portalu takiego zainteresowania nie było żadną transmisją wideo. Pomimo sezonu urlopowego przez dwie doby pojawiło się ok. 70 komentarzy pod kilkoma materiałami dotyczącymi fizjoterapii (niektóre o objętości porównywalnej z niniejszym artykułem).

Częściowo przyczynili się do tego sami fizjoterapeuci, którzy na Facebooku zachęcali do oglądania konferencji transmitowanej przez nasz portal. Autor jednego z bardzo poczytnych blogów zamieścił z tej okazji nawet okolicznościową grafikę: na tle cmentarza z kilkuset krzyżami wytknął lekarzom, że popełniają błędy, a mimo to „zarzucają fizjoterapeutom brak kompetencji”. „Gdzie tu logika?!” – pytał retorycznie, odsyłając do zapowiedzi konferencji w naszym portalu. Trudno

powiedzieć, ilu go posłuchało, ale nie ulega wątpliwości, że przynajmniej część spośród ok. 26-tysięcznej rzeszy użytkowników, która należy do jego blogowej społeczności na Facebooku, chciała poznać stanowisko samorządu lekarskiego. A przecież nie on jeden zachęcał do oglądania konferencji online. Dlaczego ten temat budzi takie emocje?

Wyszkolenie, czyli od kursów po doktoraty

W naszym kraju jest ok. 70 tys. fizjoterapeutów (są trzecią najliczniejszą grupą zawodową w obszarze służby zdrowia). To grupa liczna, ale bardzo niejednorodna: jedni są po krótkich kursach, inni skończyli szkoły policealne, jeszcze inni to absolwenci studiów na kierunkach fizjoterapia albo rehabilitacja. Bywają i tacy, którzy nie kończą edukacji wraz z uzyskaniem tytułu magistra. Pracują nie tylko w ośrodkach zdrowia, szpitalach i prywatnych gabinetach, ale również w fundacjach, stowarzyszeniach czy klubach sportowych. Placówki zatrudniające absolwentów studiów wyższych o specjalizacji fizjoterapia dostają od Narodowego Funduszu Zdrowia dodatkowe punkty w konkursach na leczenie. „W chwili obecnej w ramach działalności gospodarczej działa ponad 36 tys. osób, nie wiadomo jednak, czy wszyscy ukończyli kształcenie w dziedzinie fizjoterapii i uzyskali kwalifikacje zawodowe” – przyznaje Stowarzyszenie Fizjoterapia Polska na swojej stronie internetowej.

W naszym kraju jest ok. 70 tys. fizjoterapeutów (są trzecią najliczniejszą grupą zawodową w obszarze służby zdrowia). To grupa liczna, ale bardzo niejednorodna.

Samorząd
lekarski nie
podważa
celowości
ustawowej
regulacji zasad
wykonywania
zawodu
fizjoterapeuty,
jednak uznanie
go za zawód
zaufania
publicznego
już tak.

Władze tego stowarzyszenia, mimo dwukrotnych próśb, nie chciały udzielić odpowiedzi na pytania przesłane e-mailem. „Bardzo dziękujemy za zainteresowanie tematem, jednocześnie wyjaśniam, że odpowiedzi udzielaliśmy już wielokrotnie i są zamieszczane na naszej stronie internetowej, w formie oświadczeń lub sprawozdań z prac Zarządu. Na bieżące wydarzenia będziemy reagować w podobnej formie” – napisał Ernest Wiśniewski, od pięciu lat członek Zarządu Głównego PTF. To właśnie on, jako pełnomocnik Komitetu Inicjatywy Ustawodawczej, przedstawił uzasadnienie do obywatelskiego projektu ustawy (druk 3813) podczas pierwszego czytania w Sejmie. Polskie Towarzystwo Fizjoterapii, druga liczna organizacja skupiająca osoby z tego środowiska, również nie udzieliło nam odpowiedzi na przesłane pytania.

Diagnoza i leczenie bez nadzoru lekarza?

Samorząd lekarski nie podważa celowości ustawowej regulacji zasad wykonywania zawodu fizjoterapeuty, jednak uznanie go za zawód zaufania publicznego – już tak. Kilka lat temu Trybunał Sprawiedliwości UE wskazał jasno, że zawód fizjoterapeuty nie mieści się „w ramach sektora profesji medycznych, lecz w sektorze paramedycznym”. Fizjoterapeuci odbijają piłeczkę, że są jedyną medyczną grupą zawodową kształconą w zakresie leczenia ruchem.

Zgodnie z dotychczasowymi projektami ustaw, pacjenci mogliby być diagnozowani i leczeni przez fizjoterapeutów o zróżnicowanych kwalifikacjach zawodowych i bez nadzoru lekarza. Z tym, aby osoby bez wykształcenia lekarskiego samodzielnie diagnozowały pacjentów, nie zgadza się prof. dr hab. Piotr Majcher, konsultant wojewódzki w dziedzinie rehabilitacji medycznej w województwie lubelskim. – Powodem wystąpienia objawów rwy kulszowej może być nowotwór kości. Brak wiedzy i możliwości przeprowadzenia diagnostyki spowoduje, że choroba będzie się rozwijać, a nieodpowiednio dobrane zabiegi fizjoterapii mogą doprowadzić do tragedii – podkreśla. Niemniej jednak projekt ustawy przewiduje m.in. wprowadzenie Państwowego Egzaminu Fizjoterapeutycznego umożliwiającego uzyskanie uprawnień zawodowych oraz wprowadzenie obowiązku samokształcenia, co podniosłoby jakość i efektywność świadczonych usług.

Jak czytamy w lipcowym piśmie Zarządu Głównego SFP do ministra zdrowia Mariana Zembali, konieczność odbycia wcześniejszej wizyty u lekarza rehabilitacji medycznej stanowi jedną z przyczyn długiego oczekiwania na fizjoterapię, dlatego pacjenci często szukają „na własną rękę pomocy na nieuregulowanym rynku, na którym działa również kilkadziesiąt tysięcy pseudo-terapeutów podszywających się pod fizjoterapeutów, co nierzadko kończy się pogorszeniem stanu zdrowia, a niekiedy utratą życia”.

Ze skierowaniem i bez niego

Rozszerzenie dostępu do fizjoterapeutów przyczyniłoby się do zmniejszenia kolejek wynikających z dublowania się wizyt, bowiem obecnie większość pacjentów

zanim trafi do nich, najpierw musi pojawić się w gabinecie lekarza POZ. Jak miałyby to wyglądać w praktyce? „Chory kończy diagnostykę lekarską u lekarza specjalisty w danej dziedzinie (np. ortopedia, pediatria, neurologia, medycyna rodzinna) i powinien zostać skierowany bezpośrednio do fizjoterapeuty. Lekarz specjalista wskazuje choroby towarzyszące i istotę podstawowej jednostki chorobowej (np. zastosowaną technikę operacji, rodzaj farmakoterapii) i to od niego bezpośrednio fizjoterapeuta powinien poznać wiedzę na temat pacjenta. Wprowadzenie proponowanego systemu od wielu lat przynosi rocznie wielomilionowe oszczędności w krajach, które go zastosowały” – argumentuje SFP.

W wielu krajach w systemie publicznej ochrony zdrowia nie ma bezpośredniego dostępu do fizjoterapeuty, czyli bez skierowania od lekarza (Belgia, Cypr, Finlandia, Francja, Grecja, Hiszpania, Irlandia, Litwa, Luksemburg, Łotwa, Niemcy, Norwegia, Portugalia, Rumunia, Serbia, Słowacja, Słowenia, Szwajcaria, Turcja, Włochy). W Austrii, w przypadku fizjoterapeutów, skierowania te pochodzą zwykle od lekarza rehabilitacji (jedynie w zakresie działań prewencyjnych jest bezpośredni dostęp do pacjenta), a warunkowo jest to możliwe w Holandii (w opiece podstawowej) i w Danii. Z drugiej strony – z bezpośrednim dostępem polskich pacjentów do fizjoterapeutów mamy do czynienia od kilkudziesięciu lat w prywatnym sektorze usług medycznych. Jak podkreśla PTF, w 18 krajach Europy pacjenci sami decydują o zgłoszeniu się do fizjoterapeuty, bowiem nie muszą posiadać skierowania od lekarza.

Jeden dzień roboczy na analizę projektu

Środowisko lekarskie zwracało uwagę na przebieg procesu legislacyjnego: nagle przyspieszenie prac nad ogromną ilością poprawek i szybkie zakończenie prac podkomisji. – Członkowie podkomisji, a także przedstawiciele Naczelnej Izby Lekarskiej, dostali jeden dzień roboczy na zapoznanie się z tym ważnym aktem prawnym i wszystkimi poprawkami do niego. Czy w takich warunkach można stworzyć dobre prawo? – pyta Maciej Hamankiewicz, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej.

O tym, że projekt został przygotowany pośpiesznie, świadczą formalne uchybienia, takie jak: brak opinii zarówno ministra zdrowia, jak i opinii Biura Analiz Sejmowych potwierdzających, że ustawa jest zgodna z prawem Unii Europejskiej. – Projekt nie opisuje, jak uzyskać zawód fizjoterapeuty i jakie zasady w nim obowiązują. Nie zawiera wykazu czynności zawodowych w uzależnieniu od kompetencji – wylicza prof. dr hab. Jolanta Kujawa, prodziekan ds. dydaktyki Wydziału Fizjoterapii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, prezes Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji. Jak mówi, w zdecydowanej większości krajów UE powstają strategiczne plany rozwoju rehabilitacji opierające się o zespół specjalistów (m.in. lekarza, fizjoterapeuty, pielęgniarkę, psychologa, ortotyka). – Podstawowe zasady specjalistycznej rehabilitacji zapewniają poszanowanie kompetencji wszystkich członków zespołu, ale powierza się koordynującą rolę lekarzowi. Projektowana ustawa

o zawodzie fizjoterapeuty wyłącza lekarza z procesu diagnostyczno-leczniczego – wyjaśnia prof. Kujawa.

10 września w Sejmie odbyło się pierwsze czytanie projektu obywatelskiego. Skierowano go do dalszych prac w Komisji Zdrowia (za dalszym procedowaniem opowiedziały się kluby PO, PiS i PSL). Anna Łukasik, podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia, przyznała, że resort widzi zasadność uregulowania zawodu fizjoterapeuty i opowiada się za doprecyzowaniem projektu obywatelskiego. Przy tej okazji warto dodać, że w ocenie PTF ten projekt uderza w specjalistów, zmieniając „dotychczasowe kwalifikacje zawodowe i kształcenie podyplomowe” i „sankcjonując głównie formę kursów, niezrozumiałą dla środowiska i niepasującą do realiów ochrony zdrowia”.

Komisja Zdrowia: zagadkowa nieobecność posłów

22 września sejmowa Komisja Zdrowia miała zająć się poselskim projektem ustawy o zawodzie fizjoterapeuty, czyli nie tym, nad którym posłowie pochylili się niecałe dwa tygodnie wcześniej, lecz tym, który trafił do laski marszałkowskiej kilkanaście miesięcy temu. Na posiedzenie przybył m.in. Igor Radziewicz-Winnicki, podsekretarz stanu w resorcie zdrowia. Rozpoczęcie posiedzenia przeciągało się. – Nie mogę rozpocząć bez stwierdzenia quorum. Formalnie według listy je mamy, ale niektórzy posłowie podpisali się i opuścili obrady – powiedziała wicemarszałek Sejmu Elżbieta Radziszewska, która nie rozpoczęła posiedzenia, zasłaniając się art. 163a regulaminu Sejmu. Swoją podpis złożył, ale tuż przed rozpoczęciem obrad sałę opuścił przewodniczący Komisji Zdrowia Tomasz Latoś i kilku innych parlamentarzystów. – Podpisali się na liście, ale nie ma ich fizycznie. To wygląda jak złośliwe działanie – powiedziała bez ogródek Radziszewska. W chwili oddawania tego numeru do druku jeszcze nie wiedzieliśmy, czy wobec nieobecnych posłów zostaną wyciągnięte jakieś konsekwencje, o co zresztą apelowali niektórzy z obecnych na sali. Kolejne posiedzenie komisji zaplanowano na 24 września.

Czym właściwie różni się poselski projekt ustawy o zawodzie fizjoterapeuty od projektu obywatelskiego? Wątpliwości PTF dotyczą nie tylko zapisu poszczególnych artykułów, ale brzmienia całych rozdziałów. Projekt obywatelski pomija szereg poprawek wniesionych przez resort zdrowia w trakcie procedowania projektu poselskiego oraz poprawek będących w istocie pewnym kompromisem różnych środowisk fizjoterapeutów. Przykładowo: w tym pierwszym nie ma zapisów dotyczących kompetencji fizjoterapeuty związanych z wykształceniem, nad czym ubolewa część fizjoterapeutów. Przedstawicielom PTF nie podoba się to, że w projekcie obywatelskim znalazł się nowy program specjalizacji obejmujący specjalizacje szczegółowe, jednak nie uwzględniający ich wykazu. W ich ocenie zapisy „nie sankcjonują kompetencji nabytych przez specjalistów w dziedzinie fizjoterapii, nie uwzględniają wykształcenia, wykluczają i pozbawiają kompetencji ponad 1000 osób z najwyższymi kwalifikacjami w zakresie fizjoterapii w Polsce”, przez co

„likwidują dotychczasową specjalizację i kompetencje specjalistów”.

Dlaczego SFP nie zgadza się z PTF?

Zapisy obecne w projekcie obywatelskim nie odnoszą się do ok. 400-osobowej grupy będącej w trakcie specjalizacji. „Zapisy zmieniają dotychczasowe kwalifikacje zawodowe i kształcenie podyplomowe, sankcjonując głównie formę kursów, niezrozumiałą dla środowiska i niepasującą do realiów ochrony zdrowia. Wyłącza to specjalistów z dotychczasowego systemu umożliwiającego udzielanie świadczeń w zakresie przyjętym programem specjalizacji oraz warunkami ustalonymi przez NFZ. Unieważnia dotychczasowe kompetencje specjalisty zawarte w programie specjalizacji i warunkach szczegółowych NFZ” – czytamy na stronie internetowej PTF. Nic dziwnego, że nie szczędzą gorzkich słów działaczom z SFP, pisząc w odniesieniu do projektu obywatelskiego: „Mamy poważne wątpliwości, czy wszystkie popierające go osoby miały możliwość zapoznania się z nim”. Gdzie indziej podkreślili, że od lat walczą o przyjęcie ustawy „w takiej formie, by podnosiła ona jakość wykonywania, a w związku z tym i prestiż naszego zawodu, nie zaś – jak to ma miejsce w tym przypadku – obniżała jego poziom”.

Kilka tygodni temu dr Zofia Snażyk, ekspert ds. legislacji w Biurze Analiz Sejmowych, przygotowała opinię prawną do projektu poselskiego. Zwraca uwagę na możliwość znacznego ograniczenia dostępności świadczeń fizjoterapeutycznych ze względu na niewielką liczbę osób dysponujących specjalizacją z zakresu fizjoterapii. Przypomniała również inną opinię BAS (ze stycznia br.), z której wynika, iż uchwalenie ustawy w takim brzmieniu „w istotny sposób ograniczy możliwość wykonywania zawodu fizjoterapeuty absolutem studiów kończących naukę”. W uzasadnieniu projektu nie ma żadnych argumentów za wprowadzeniem Fizjoterapeutycznego Egzaminu Państwowego wyłącznie dla „nowych” absolwentów kierunku fizjoterapia.

Co się stanie przed wyborami parlamentarnymi?

Przypomnijmy, że już w 2001 r. do laski marszałkowskiej wniesiono poselski projekt ustawy o zawodzie fizjoterapeuty. Został on pozytywnie zaopiniowany i przyjęty przez sejmowe komisje: Ochrony Konkurencji i Konsumentów oraz Zdrowia, jednak ze względu na skróconą kadencję ustawa nie została uchwalona. Kilka tygodni temu fizjoterapeuci spotkali się z marszałek Sejmu Małgorzatą Kidawą-Błońską, która – jak czytamy w komunikacie SPF – zapewniła, że koalicja „doloży wszelkich starań, aby jeszcze w tej kadencji Sejmu uchwalić ustawę o zawodzie fizjoterapeuty”. Czy tak się stanie, zobaczymy już niebawem, bo nowe wybory parlamentarne są już za kilka tygodni. Fizjoterapeuci nie składają bronii – 23 września PTF przesłało do rządu, marszałków Sejmu, posłów oraz wojewodów list informujący, „dlaczego ustawa o zawodzie fizjoterapeuty jest bezwzględnie konieczna i to jak najszybciej”. ■

Premium



Uganda

Anna Chałupczak-Winiarska, specjalista dermatolog, niedawno wróciła z Ugandy. Relacja z jej wyprawy w „Gazecie Lekarskiej **PREMIUM**” na www.gazetalekarska.pl.





Mieczysław Dziedzic

Doktor nauk
medycznych,
specjalista
chirurgii klatki
piersiowej,
chirurgii ogólnej,
członek NRL

Prekariusz
ma pracę „na
chwilę”, bo przed
chwilą został
zatrudniony,
gdyż niedawno
został zwolniony.
Poczucie
tymczasowości
pracy na oddziale
czy w poradni nie
buduje zaufania
społecznego
do lekarzy i nie
jest w interesie
pacjentów, bo
obniża jakość
świadczonych
usług.

Lekarz – wolny prekariusz

Właśnie ten oksymoron najtrafniej oddaje obecny status zawodu lekarza. Prawa wolnego rynku i nowe formy zatrudnienia pozbawiają nas poczucia spełniania misji „wolnego” zawodu.

Postępująca neoliberalna globalizacja sprowadza lekarzy do poziomu przedsiębiorców, gdyż leczenie stało się produkowaniem zdrowia w oparciu o zatwierdzone technologie, dla których jednym z najważniejszych kryteriów jest rachunek ekonomiczny, a więc opłacalność. Dodatkowe oszczędności można poczynić w zakresie kosztów pracy, a więc wynagrodzeń lekarskich. Powszechną praktyką jest zastępowanie zatrudnionych na podstawie umowy o pracę pracownikami kontraktowymi na umowach cywilnoprawnych, na zlecenie, o dzieło, które potocznie nazywa się umowami śmieciowymi. W umowach kontraktowych pracodawca oferuje wprawdzie wyższą płacę, ale równocześnie obniża koszty własne, gdyż lekarz „na etacie” otrzymuje tylko 60% kosztów pracodawcy.

W ten sposób powstała nowa klasa społeczna – prekariat, do której śmiało można wpisać lekarzy. „Prekariusz” to nowotwór językowy utworzony z połączenia wyrazów: „precarius” (łac.) = niepewny przyszłości, zdany na łaskę, uzależniony od kogoś i „proletariusz” – obywatel najniższej klasy.

Zjawisko prekariatu, chociaż nie jest całkiem nowe, ujawniło się w Polsce w takiej skali, że 23 maja 2015 r. po raz pierwszy ogłoszono Dzień Prekariatu. Manifestacja przed Ministerstwem Pracy i Polityki Społecznej zgromadziła osoby na tzw. umowach śmieciowych. Polska ma najwyższy wskaźnik niepewnych form zatrudnienia. Na „śmieciówkach” jest zatrudnionych 27% pracujących, a w niektórych zawodach umowy cywilnoprawne dotyczą nawet 40% zatrudnionych. Teoretykiem tej grupy jest Guy Standing, brytyjski socjolog, który w książce „Prekariat. Nowa niebezpieczna klasa” (PWN, 2014) podał etiologię, symptomatologię i możliwe konsekwencje społeczne. Lekarze narażeni na typowe dla prekariatu problemy to niepomysłna prognoza dla przyszłych pacjentów.

W odróżnieniu od zatrudnionych na umowę o pracę, prekariusze są pozbawieni jakichkolwiek gwarancji przysługujących stałym pracownikom oraz nie chroni ich kodeks pracy. Prekariusz ma pracę „na chwilę”, bo przed chwilą został zatrudniony, gdyż niedawno został zwolniony. Poczucie tymczasowości pracy na oddziale czy w poradni nie buduje zaufania społecznego do lekarzy i nie jest w interesie pacjentów, bo obniża jakość świadczonych usług.

W naszym zawodzie do charakterystyki prekariatu należy zjawisko zatrudnienia u kilku pracodawców, ciągłe poszukiwanie pracy i migracja zarobkowa poza miejsce zamieszkania. Można to nazwać „nomadyzmem”, ale bardziej swojskie jest warszawskie

określenie „słoiki”, bo harmonogramy się zazębiają, a czas pracy na umowach nie jest normowany i trudno wy kalkulować przerwę obiadową.

Fundamentem niewydolnego systemu są niskie zarobki lekarzy, co powoduje, że jeden lekarz zatrudnia się w wielu placówkach służby zdrowia, pozornie wypełniając braki kadrowe. Na jednego mieszkańca Polski przypada najmniej lekarzy w całej UE – 2,2 lekarza na 100 tys. mieszkańców. Gorsze wskaźniki ma tylko Turcja i Czarnogóra.

Trudno mówić o normalnym rynku pracy w opiece zdrowotnej. Absolwenci niechętnie przyjmują propozycje umów czasowych w wybranych placówkach zdrowia, gdyż u progu życia zawodowego oczekują stabilności, stałości zatrudnienia, możliwości planowania przyszłości. Nie bez znaczenia w poszukiwaniu pracy jest możliwość dalszego kształcenia, uczestniczenia w szkoleniach, kursach doskonalących, czyli rozwoju, od którego zależy zawodowa przyszłość. Nawet rezydentura zakończona egzaminem specjalizacyjnym nie gwarantuje etatu, a propozycje wolontariatu nie mogą być akceptowane. Nadal 48% młodych ludzi u progu życia zawodowego deklaruje chęć opuszczenia kraju, a w ostatnich 10 latach wielu lekarzy podjęło pracę za granicą.

Dla doświadczonych lekarzy specjalistów prekaryzacja wynika z wyboru wyższej płacy brutto. Dowolność miejsca pracy, wolny rynek – to pozorowana wolność wykonywania zawodu, która ma swoją cenę. Elastyczne zatrudnienie pozwalające na częste zmiany miejsca pracy, w zależności od proponowanych warunków finansowych, wytworzyło grupę specjalistów rezerwowych, którzy być może wykorzystają fakt, że luka pokoleniowa w poszczególnych dziedzinach będzie się dramatycznie pogłębiać. Podejmują oni prace kontraktowe, na ogół poniżej zawodowych kwalifikacji, spełniając instrumentalnie oczekiwania nowego pracodawcy w zakresie zdefiniowanych procedur i unikając jakiegokolwiek indywidualizacji procesów diagnostyczno-leczniczych. Prowadzi to do głębokiej frustracji, gdyż umowy śmieciowe są silnym demotywatorem wykluczającym zaangażowanie emocjonalne w pracę, pozbawiającym poczucia własnej wartości i skutkując absolutnym brakiem empatii dla pacjentów. Mimo że w pracy i na dyżurach spędza się prawie połowę życia, to lekarze przestali mówić: „w moim szpitalu”, „w mojej przychodni”, „mój pacjent”, bo nie utożsamiają się z miejscem wykonywania zawodu. Dodatkowym efektem jest zanik poczucia solidarności zawodowej i współpracy w zespołach lekarskich.

Konsekwencją funkcjonującego w różnych

formach lekarskiego prekariatu jest brak możliwości nadzoru nad współpracownikami zatrudnionymi na identycznych umowach kontraktowych, co oznacza brak możliwości doksztalcania w codziennej pracy poradnianej, szpitalnej, dyżurowej. Przestaje istnieć, tak potrzebna przy zdobywaniu doświadczenia zawodowego, relacja mistrz-uczeń w sytuacji, gdy młody i doświadczony lekarz są zatrudnieni na równoważnych umowach bez jakiegokolwiek podległości fachowej i służbowej. Trudno doszukać się korzyści w masowej prekaryzacji lekarzy.

Armię prekariuszy lekarzy kreowali dyrektorzy, którzy są derywatami, wprawdzie nie metrykalnymi, ale mentalnymi poprzedniego systemu, w którym pracownik niewiele znaczył. Konsekwencją obniżania nominalnego wynagrodzenia, m.in. o składkę ZUS pracodawcy, było pozbawienie własnych pracowników bezpieczeństwa egzystencjalnego i przywilejów wynikających z kodeksu pracy. Umowy kontraktowe wymykają się spod jakiegokolwiek kontroli norm czasu nieprzerwanej pracy i nagminnie są 48-72 godziny dyżurów zagrażające uszczerbkiem zdrowia zarówno dla pacjentów, jak i lekarzy. Od dawna alarmuje o tym Naczelna Izba Lekarska, powołując się na wyniki kontroli Państwowej Inspekcji Pracy i Najwyższej Izby Kontroli.

Lekarze nie chcą zrezygnować z umów cywilnoprawnych, bo w porównaniu do płac etatowych zarobki są pozornie wyższe. Odnośnikiem dla stawek godzinowych na kontraktach są wynagrodzenia zasadnicze, które nie wzrosły od 2007 r., czyli od czasu lekarskich strajków. W Polsce są najniższe koszty pracy i najniższe pensje. Większość zatrudnionych na umowach śmieciowych, poza składką zdrowotną (w minimalnej wysokości) – nie płaci innych składek. Jest to zjawisko bardzo niekorzystne, bo wpływ pieniędzy do ZUS jest znacznie mniejszy. Zakłada się, że deficyt wpływów trzeba będzie wyrównać kwotą około 1,5% PKB. Polityka państwa musi ulec zmianie, bo jeszcze nieoszacowane ekonomiczne prognozy, co do odległych finansowych skutków prekaryzacji, mogą być fatalne.

W roku 2014 premier zapowiadał, że zlikwiduje umowy śmieciowe, a od stycznia 2016 r. mają wejść w życie przepisy dotyczące oskładkowania umów cywilnoprawnych, czyli opodatkowanie. W konsekwencji należy się liczyć z żądaniami płacowymi lekarzy, które albo zostaną zaspokojone, albo paraliż dotknie wielu podmiotów leczniczych na skutek braków kadrowych. Nowy minister zdrowia określił swoje stanowisko na wypadek żądań płacowych białego personelu, ale najbliższy okres zweryfikuje balans podaży i popytu na rynku zdrowia, zwłaszcza że obecnie ujawnia się znaczny niedobór specjalistów w wielu dziedzinach.

Zawód lekarza jest zawodem zaufania publicznego i dorywcza praca w jakimkolwiek podmiocie leczniczym nie może zastąpić długookresowej odpowiedzialności za zdrowie pacjentów. Prekariat lekarski jest przyczyną dalszego obniżania się jakości opieki zdrowotnej i ogólnego poziomu polskiej medycyny. ■

W roku 2014 premier zapowiadał, że zlikwiduje umowy śmieciowe, a od stycznia 2016 r. mają wejść w życie przepisy dotyczące oskładkowania umów cywilnoprawnych, czyli opodatkowanie. W konsekwencji należy się liczyć z żądaniami płacowymi lekarzy, które albo zostaną zaspokojone, albo paraliż dotknie wielu podmiotów leczniczych na skutek braków kadrowych.



**Maciej
Krzanowski**

Doktor nauk
medycznych,
specjalista chorób
wewnętrznych
i reumatologii

Pacjent
zaczął marzyć
o powrocie
do swego
mieszkania,
ale nadal miał
słabiutki
nogi, ustalono
więc termin
przeniesienia go
na rehabilitację.
Wtedy sekretarka
z rehabilitacji
przypomniała
sobie podobny
przypadek,
a w związku
z nim przepis,
że przeniesień
z psychiatrii na
rehabilitację NFZ
nie uznaje.

Myślenie pilnie potrzebne

Opis przypadku: samotnie żyjący inżynier, właściciel luksusowego mieszkania, niestety ze złym peselem (30...), przestał jeść i pić, stał się apatyczny. Lekarz rodzinny odwiedził chorego w domu i skierował do szpitala.

Działo się to w dużym, wojewódzkim kiedyś mieście i szpital ma miano wojewódzkiego. Chorego nawodniono, zacewnikowano, a że pojawiły się problemy z chodzeniem (był osłabiony, na dodatek ma gonartrozę), po kilku dniach pobytu w szpitalu przeniesiono do Domu Pomocy Społecznej. Bo nie nadawał się w tym stanie do samodzielnego mieszkania. W szpitalu jest wprawdzie oddział rehabilitacyjny, ale ponoć, jeśli wierzyć rodzinie, przyjęcie do oddziału mogłoby nastąpić dopiero wtedy, gdy pacjent zacznie samodzielnie chodzić (!?). Rezygnacja w tym momencie z rehabilitacji to pierwszy powód do tytułu tego tekstu.

Dodam, że pacjent na kilka miesięcy wcześniej prowadził samochód, występował w sądzie (jest biegłym sądowym). Mimo to nie zastanowiono się w szpitalu, dlaczego ogólna sprawność pacjenta, który nie uległ jakiejś katastrofie neurologicznej, uległa takiemu pogorszeniu, że zakwalifikowano go do DPS-u. I to jest dla tytułu tekstu powód drugi.

W DPS-ie problem wrócił. Odwiedzających zaniepokoił pogarszający się stan ogólny kolegi („nie reaguje na odwiedzających, leży w łóżku zabezpieczonym deską, żeby nie wypadł, je i pije niechętnie”). Powiadomili wtedy o sytuacji mieszkającego w odległości 200 km innego kolegę, lekarza. Ten poradził, żeby spytać, czy są w tym DPS-ie możliwości nawadniania parenteralnego i czy chory zażywa jakieś leki przeciwdepresyjne. Ale pediatra sprawująca opiekę nad pensjonariuszami tego DPS-u orzekła, że choremu nie można podawać kroplówek (powód trzeci), bo ma chore serce (choć przed miesiącem w szpitalu kroplówki tolerował).

Wobec czego kolega lekarz doradził, żeby chorego ponownie hospitalizować. Co zrobiono. Ponownie go nawodniono i wtedy kolega lekarz zasugerował z oddali, żeby rodzina chorego poprosiła leczących go lekarzy o konsultację psychiatryczną. Niestety tenże szpital nie ma konsultującego psychiatry, ale jest psycholog, a ten poradził, żeby chory po powrocie do DPS-u zaczął zażywać lek antydepresyjny. Który to lek, jak sobie przypomniano, pacjent już kiedyś przyjmował.

Wrócił więc do DPS-u, po kilkunastu dniach można było dostrzec pewien przyływ energii. Ale nadal nie chodził, mięśnie nóg miał w znacznym zaniku. Stosowano jakąś rehabilitację, ale możliwości tego domu w tym zakresie były mierne, nie podjęto starań na rzecz przywrócenia choremu

zdolności chodzenia. Wobec czego kolega lekarz zaproponował koledze pacjentowi przyjazd na pobyt w szpitalu, w którym sam kiedyś pracował, a to z nadzieją, że miejscowi psychiatrzy ustawią mu optymalną farmakoterapię antydepresyjną, a następnie rehabilitanci postawią go na nogi w dosłownym tego sensie. Wtedy pojawiła się niemożność uzyskania od lekarza DPS-u skierowania na pobyt w tym nierejonowym dla tej placówki szpitalu (powód czwarty), na dodatek pomysł terapii w odległym ośrodku powstał nie w jego głowie, a w ogóle w okolicy też są ośrodki i psychiatryczne, i rehabilitacyjne, wobec czego skierowanie wypisał „po przyjaźni” kolega lekarz, co nie było do końca „lege artis”, bo pacjenta nie badał, a jedynie konsultował telefonicznie. I tylko kontrowersyjna zasada, że cel uświęca środki, może go w tym usprawiedliwić.

Przewieziono więc pacjenta 200 km (oczywiście, na jego koszt), przyjęto na psychiatrię, zmodyfikowano zestaw leków antydepresyjnych, pacjent zaczął marzyć o powrocie do swego mieszkania, ale nadal miał słabiutkie nogi, ustalono więc termin przeniesienia go na rehabilitację. Wtedy sekretarka z rehabilitacji przypomniała sobie podobny przypadek, a w związku z nim przepis, że przeniesień z psychiatrii na rehabilitację NFZ nie akceptuje (powód piąty). W liście, skąd przenieść na rehabilitację pacjenta, są i OIOM i oddział chorób zakaźnych, ale psychiatrii – czy to celowo, czy przez przeoczenie – nie zapisano. Choć historia pacjenta jest klasycznym przykładem, że taka możliwość powinna istnieć.

Ale na każdy sposób jest antysposób. Wobec zaistniałych przeszkód biurokratycznych znaleziono rozwiązanie z podobnej półki. Psychiatria pacjenta wypisała i skierowała do poradni rehabilitacyjnej, prosząc o przyjęcie w tym samym dniu. A tam badający pacjenta lekarz skierował go z uwagą „pilne” do oddziału rehabilitacyjnego.

Niestety, takie przyjęcie, znów ze względu na przepisy NFZ-etu, było możliwe nie wcześniej niż dzień po wypisie z psychiatrii. Wobec czego kolega lekarz zabrał na jedną dobę kolegę pacjenta do siebie do domu i zawiózł do szpitala nazajutrz. Niemożność przeniesienia chorego z oddziału na oddział spowodowała, że stracono 2 dni zajęć rehabilitacyjnych. A przecież czas to pieniądz.

W efekcie tych działań udało się doprowadzić pacjenta do stanu, że z pomocą kuli łokciowej potrafi się poruszać, żyje bez cewnika i ocenia, że jest zdolny przy pewnej pomocy zewnętrznej za-

mieszkać znów w swym mieszkaniu. I jest szczęśliwy. Na dodatek odblokuje tym miejsce w DPS-ie dla osoby opieki takiego domu absolutnie potrzebującej. Doprowadzono do tego drogą okrężną, tracąc sporo czasu i pokonując trudności, które nie musiały wystąpić. I wykorzystując, choć w zasługującym na to celu, tzw. układy, które nie każdy ma. Trudno obliczyć, ile środków przez takie sytuacje nasz PKB traci, na pewno dużo.

Jaka refleksja? Ano taka, że część przyczyn naszych niedostatków w nas samych tkwi. W niedbałości o rozwiązania dla chorego najlepsze. I w tworzeniu trudności, w absurdalnych wysiłkach podejmowanych przez blźnich dla blźnich, żeby życie nie było zbyt łatwe. Przypomnę, na czym polegała nasza rewolucja gospodarcza lat 1988-89. Ustawa Wilczka, działania Balcerowicza nie polegały na wprowadzaniu nowych nakazów, a na znoszeniu szeregu zakazów istniejących. I w krótkim czasie z kraju reglamentowanej żywności staliśmy się jej eksporterem.

Refleksja druga... Nic tak nie uczy lekarza w sprawach sprawności naszej służby zdrowia, jak uczestniczenie w staraniach o optymalne rozwiązania dla ich bliskiego, chorego, jeśli nie dzieje się to w terenie, gdzie samemu się pracuje, gdzie znajomości pomagają przekraczać kłody w postaci rzeczywistych czy wymyślanych trudności.

Niech decydenci naszego systemu ochrony zdrowia, ubrawszy czapki niewidki, wykorzystają takie okazje do poznania, jak on rzeczywiście działa. Utworzenie Narodowego Instytutu Geriatrii nie wystarczy, wąskie gardła tkwią w „prozie życia”.

Na marginesie opisanego przypadku nasuwa się pomysł już znacznie trudniejszy do realizacji, bo wymagający rozwiązań niekonwencjonalnych. W weekendy na rehabilitacji nic się nie dzieje. Dwie siódme, czyli 29% środków wydawanych na funkcjonowanie takich oddziałów, pracuje na biegu jałowym. Można by obniżyć koszty rehabilitacji statystycznego pacjenta i zwiększyć „moce przerobowe” oddziałów, sanatoriów, gdyby rehabilitanci pracowali na zmiany, też w weekendy. Oczywiście za stosowną bonifikatę finansową. Wiem, małe szanse przebicia się do rozsądku decydentów ma ten pomysł, gdyż na razie obowiązuje realizacja zasady w skutkach odwrotnej. Fundusz płaci świadczeniodawcy za pobyt w oddziale rehabilitacyjnym tylko wtedy, jeśli ten trwa 3 tygodnie. I choć niektórym leczonym wystarczają do pozyskania sprawności 2 tygodnie, a za bramą kolejka czekających na przyjęcie jest długa, nie ma „zmiłuj”, swoje trzeba odleżeć. Powód szósty.

Mało gdzie powiedzenie „myślenie ma przyszłość” tak bardzo mogło by się spełnić, jak w naszej ochronie zdrowia. ■

Gazeta Lekarska

wyróżniona przez młodych lekarzy

W badaniu przeprowadzonym pod koniec trwania szkolenia z zakresu funkcjonowania systemu ochrony zdrowia oraz umiejętności komunikacji, współpracy i budowania relacji z pacjentem dla lekarzy rozpoczynających pracę, zawierającym wprowadzane w czasie tego projektu elementy informacji „Gazeta Lekarska” była na trzecim miejscu, po internecie i e-mailu. Za nią znalazły się portale społecznościowe oraz ulotka/plakat. Swoją sukces zanotowały wśród młodych lekarzy również strony internetowe Naczelnej Izby Lekarskiej oraz okręgowych izb lekarskich, które wyróżniono jako osobny kanał informacyjny.

Konferencja podsumowująca projekt odbyła się 4 września br. Poprowadzili ją: dr Maciej Hamankiewicz – prezes NRL i przewodniczący grupy sterującej, prof. Romuald Krajewski – wiceprezes NRL i kierownik naukowy, Małgorzata Skiba – koordynator projektu, Katarzyna Strzałkowska – rzecznik prasowy NIL i specjalista ds. promocji, Alicja Gałązka – psycholog, a także Wojciech Idaszak – radca prawny. Gościem specjalnym była dr Dominika Zgorzałek – uczestniczka projek-

tu. Szkolenia z zakresu funkcjonowania systemu ochrony zdrowia oraz umiejętności komunikacji, współpracy i budowania relacji z pacjentem dla lekarzy rozpoczynających pracę prowadzone były przez Naczelną Izbę Lekarską

– Lekarze stażyści, zaczynając pracę, nie mają doświadczenia i kiedy zostają postawieni w trudnej relacji lekarz – pacjent, często nie wiedzą, jak się zachować. Nie mamy przygotowania na studiach w tym zakresie, dlatego pomysł, aby młodym ludziom umożliwić takie szkolenia, jest świetny i bardzo pomocny – podkreśliła dr Zgorzałek. Wysokie oceny szkoleń oraz kursów, jak również bardzo wysoki wskaźnik przydatności nowej wiedzy i umiejętności w pracy zawodowej potwierdzają wysoką jakość i merytorykę projektu.

Największą popularnością szkolenia cieszyły się wśród lekarzy zrzeszonych w izbach lekarskich w: Warszawie (19%), Katowicach (11%), Łodzi (10%), Wrocławiu (9%), Poznaniu (8%), Gdańsku (7%) i Krakowie (7%). (K.S., M.S.) ■

Więcej w dziale
Samorząd
na www.gazetalekarska.pl

Aktualności



Od pacjenta do laboratorium

czyli jak uzyskać wiarygodne badanie

**Elżbieta
Puacz**

**Dawid
Radziszewski**

Krajowa Izba
Diagnostów
Laboratoryjnych

Najbardziej
wiarygodne
jest oznaczanie
parametrów
układu hemostazy
w świeżo
pobranej krwi.
Istotną informacją
dla medycznego
laboratorium
diagnostycznego
jest czas pobrania
oraz informacje
kliniczne, takie
jak: rozpoznanie,
choroby
towarzyszące,
stosowane leki,
sposób pobrania
krwi.

Nawet najlepsze medyczne laboratorium diagnostyczne nie naprawi błędów przedlaboratoryjnych. Według literatury, 70% decyzji lekarskich opartych jest na badaniach laboratoryjnych, lecz czy pamiętamy, że prawidłowa faza przedlaboratoryjna badania, tzw. proces preanalizy, jest warunkiem koniecznym do uzyskania wiarygodnych wyników?

Wy różnia się dwa rodzaje błędów przedlaboratoryjnych: nieprawidłowe przygotowanie pacjenta do badań oraz niewłaściwe postępowanie z materiałem otrzymanym do analizy.

Istnieje wiele czynników zewnętrznych wpływających na wynik badania laboratoryjnego. W dziedzinach medycyny laboratoryjnej takich jak: hematologia, koagulologia, analityka ogólna, biochemia, immunochemia i mikrobiologia prawidłowy czas od chwili pobrania materiału do wykonania badania, transport oraz przechowywanie materiału ma wielki wpływ na wynik końcowy. Podstawowe badanie hematologiczne – morfologia krwi obwodowej – aby było wiarygodne, powinno być wykonane do 6 godz. od pobrania krwi, natomiast rozmaz hematologiczny w ciągu 1-2 godz. Takie wymogi podyktowane są wpływem antykoagulantu (wersenian disodowy) i czasu (od chwili pobrania do rozpoczęcia analizy), który działa na środowisko wodne zewnątrz- i wewnątrzkomórkowe, co doprowadza do zmiany morfologii komórek, np. monocytów, limfocytów. Należy podkreślić, że wyłącznie stężenie hemoglobiny, liczba erytrocytów, leukocytów, a także powiązane z nimi parametry, np. hematokryt (HCT) czy wskaźniki czerwonych krwinek (MCV – średnia objętość erytrocytu, MCH – średnia masa hemoglobiny w erytrocytach, MCHC – średnie stężenie hemoglobiny w erytrocytach), są stabilne w czasie.

Czas w hemostazie...

Badania koagulologiczne są najbardziej wrażliwe na błędy fazy preanalizy. Kluczowe znaczenie w badaniach układu hemostazy odgrywa prawidłowe pobranie krwi. Należy bezwzględnie zachować odpowiedni stosunek objętości osocza do antykoagulantu. Nadmiar bądź niedomiar krwi w stosunku do antykoagulantu (cytrynian disodowy) wpływa znacząco na wartości otrzymanych wyników. Za małą objętość osocza powoduje fałszywe wydłużenie czasów krzepnięcia (z powodu związania nadmiernej ilości jonów wapnia), natomiast przy zbyt dużej objętości osocza, otrzymuje się wyniki fałszy-

wie skrócone. By uzyskać wiarygodne oznaczenia układu krzepnięcia krwi, badanie powinno być wykonane od chwili pobrania maksymalnie do 6 godz. czas protrombinowy (PT), 4 godz. czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT), czas trombinowy (TT), stężenie fibrynogenu i D-dimerów. W przypadku braku możliwości odwirowania próbki krwi, czas ten skraca się do 1 godz. dla APTT, dla pozostałych parametrów nie ulega zmianie. Najbardziej wiarygodne jest oznaczanie parametrów układu hemostazy w świeżo pobranej krwi. Istotną informacją dla medycznego laboratorium diagnostycznego jest czas pobrania oraz informacje kliniczne, takie jak: rozpoznanie, choroby towarzyszące, stosowane leki, sposób pobrania krwi.

Hemoliza, lipemia, hiperbilirubinemia

Najczęstszym błędem preanalizy w badaniach tych jest hemoliza. Jej przyczynami są najczęściej: nieprawidłowe pobieranie krwi do badań (trudny dostęp do żyły, nieodpowiednie miejsce wkłucia, zbyt mała średnica igły, pobranie przez wenflon, obecność środka odkażającego, długi zacisk stazy, „porywcze” odciąganie tłoka w probówko-strzykawkach, rozdzielanie materiału ze strzykawki do probówek przez igłę, energiczne mieszanie probówek); rzadziej zaś temperatura przechowywania i transportu, długi czas przechowywania i transportu, nieoddzielenie krwinek od surowicy.

Hemoliza powoduje uzyskanie fałszywych wyników poprzez:

- proteolizę – hormon kortykotropowy (ACTH), kalcytonina, gastryna, glukagon, insulina, parathormon (PTH) (spadek stężenia);
- interferencję analityczną – zmiana wartości parametru – PT, APTT, antytrombina, fosfataza alkaliczna, bilirubina, kortyzol, kreatynina, D-dimery, fibrynogen, gamma-glutamylotranspeptydaza (GGTP), haptoglobina, homocysteina, żelazo, lipaza, swoisty antygen sterczowy (PSA), testosteron, troponina, witamina B12, osteokalcyna;
- uwolnienie składników komórkowych – kinaza ke-

ratynowa (CK), aminotransferaza asparaginianowa i alaninowa (AST, ALT), kwas foliowy, dehydrogenaza mleczanowa (LDH), magnez, fosforany, potas, mocznik (wzrost stężenia).

Czynnikami, które mogą mieć wpływ na niektóre oznaczenia, są także lipemia i hiperbilirubinemia. Hiperbilirubinemia wpływa na oznaczenie kreatyniny (zawyżenie wyniku). Lipemia może zmieniać wynik oznaczenia, m.in. sodu, chlorków, glukozy, CK, D-dimerów, fosforanów, białka całkowitego, wapnia, kreatyniny, podstawowych badań koagulologicznych.

Zbyt długie przechowywanie próbek biochemicznych przed analizą może mieć wpływ na oznaczenie glukozy (spadek stężenia o 5-7% w ciągu godziny). Aby zapobiec tej zmianie, należy krew pobrać na fluorek sodu, który pełni rolę inhibitora glikolizy – zatrzymuje zużycie glukozy przez komórki w badanej próbce, a zarazem zabezpiecza próbkę podczas transportu.

Dlaczego to takie ważne

Badanie laboratoryjne jest złożonym procesem, a na jego wynik końcowy ma wpływ prawidłowe postępowanie we wszystkich fazach diagnozy, czyli przedlaboratoryjnej, laboratoryjnej i polaboratoryjnej. Znajomość czynników decydujących o przydatności próbki materiału do badania oraz czynności, jakie trzeba podjąć, aby uniknąć błędnej interpretacji badania laboratoryjnego, jest bardzo istotna dla lekarzy kierujących na badanie i otrzymujących wynik, pielęgniarek pobierających materiał i diagnostów laboratoryjnych wykonujących i interpretujących badanie.

Następujące obecnie odsunięcie diagnosty laboratoryjnego i medycznego laboratorium od lekarza i pacjenta sprawia, że znajomość fazy preanalizy jest konieczna w codziennej praktyce lekarza. ■

O wiarygodności badań z zakresu analityki ogólnej w „Gazecie Lekarskiej PRZEMIUM” na www.gazetalekarska.pl



Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów Naczelnej Izby Lekarskiej oraz Komisja Stomatologiczna zapraszają lekarzy i lekarzy dentystów z całego kraju na bezpłatne szkolenia:

Szkolenia akredytowane, uczestnicy otrzymują punkty edukacyjne.

- 16.11.2015 - Angażowanie pacjenta w leczenie i modyfikację stylu życia
- 17.11.2015 - Analiza Transakcyjna jako metoda reagowania na zachowania agresywne
- 14.10.2015; 23.11.2015 - Radzenie sobie ze stresem i przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu
- 16.11.2015 – Psychomanipulacje
- 18.11.2015 – Asertywna komunikacja lekarzy
- 18.11.2015 - Efektywne zarządzanie własnym czasem
- 6.10.2015; 9.11.2015 - Wykorzystanie Internetu dla budowania wizerunku lekarza i promocji własnej praktyki medycznej – poziom podstawowy
- 7.10.2015; 10.11.2015 - Wykorzystanie Internetu dla budowania wizerunku lekarza i promocji własnej praktyki medycznej – poziom średniozaawansowany
- 6.10.2015 - Warsztaty skutecznych negocjacji
- 7.10.2015; 7.12.2015 - Jak motywować pacjenta do skorzystania z zalecanego przez lekarza/dentystę planu leczenia? – sztuka negocjacji partnerskich
- 13.10.2015 - Mobbing – przemoc psychiczna w miejscu pracy – jak rozpoznać, zapobiegać, postępować
- 14.10.2015 – Specyfika pracy lekarza z chorym umierającym i jego bliskimi
- 13.10.2015; 24.11.2015 - Rozwiązywanie konfliktów interpersonalnych w pracy lekarza
- 19-20.10.2015; 7-8.12.2015 – Lider zespołu (szkolenie dwudniowe)
- 8.12.2015 - Krótki trening kreatywnego myślenia dla lekarzy i lekarzy dentystów
- 17.11.2015 - Jak pracować z trudnym pacjentem. Wstęp do umiejętności komunikacyjnych
- 20.10.2015; 23.11.2015 - Formy wykonywania zawodu lekarza...
- 19.10.2015; 24.11.2015 - Recepty, refundacje, odpowiedzialność lekarza za źle wystawione recepty...
- 21.10.2015; 25.11.2015; 9.12.2015 – Poszukiwanie rozwiązań rozwojowych w podmiotach leczniczych

SZKOLENIA W ZAKRESIE RADIOLOGII DLA LEKARZY DENTYSTÓW

30.11.2015 - „Ochrona radiologiczna pacjenta dla lekarzy dentystów”

Wszystkie kursy są akredytowane (przyznawane są punkty edukacyjne) oraz bezpłatne dla lekarzy i lekarzy dentystów.

Kursy w zakresie radiologii zakończone są egzaminem (egzaminy płatne zgodnie ze stawkami określonymi w obowiązujących Rozporządzeniach MZ)

zapisy: www.odz.nil.org.pl

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



**Maria
Domagała**

Seniorzy pod zintegrowaną ochroną

Cała Europa stoi przed wielkim, trudnym wyzwaniem zapewnienia opieki osobom starszym – słabszym i nie w pełni sprawnym. Aby ci, często samotni, ludzie mogli żyć w poczuciu bezpieczeństwa, opieka ta musi łączyć usługi medyczne i socjalne, odpowiadać ich potrzebom i być osiągalna.

Sytuacja demograficzna w większości krajów Europy jest podobna: spada liczba urodzeń i przybywa ludzi starszych. Jest ich zwykle więcej niż dzieci, np. w Niemczech odpowiednio ponad 20 proc. i poniżej 14 proc. W Holandii w latach 1970-2007 liczba dzieci do 14. r.ż. zmniejszyła się z 27 do 18 proc., a starszych po 65. r.ż. wzrosła z 10 do 14,5 proc. W Anglii, Francji, Hiszpanii dane są zbliżone i wszystko wskazuje, że starzenie się społeczeństw będzie przyspieszać. W naszej części Europy także Słowacja i Polska (gdzie w 2007 r. mediana wieku wyniosła 37,3 lat, a w 2060 r. ma osiągnąć 54) należą do krajów bardzo starych demograficznie.

Z podatków lub z ubezpieczenia

Opieka medyczna nad starszymi jest na ogół finansowana na zasadach ogólnych – z podatków, jak w Danii, Hiszpanii czy Wielkiej Brytanii – lub z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, jak w Niemczech, Holandii, Czechach. Co innego usługi socjalne; te pacjent pokrywa w części, na jaką go stać. Niektóre kraje mają specjalne rozwiązania. W Holandii opiekę długoterminową finansuje obowiązkowe ubezpieczenie opiekuńcze i jest to 41 proc. kosztów usług zdrowotnych pokrywanych przez ubezpieczenie. Podobnie w Niemczech, gdzie składki zdrowotne płacą też emeryci, taką opiekę finansuje odrębny schemat ubezpieczeniowy. We Francji za usługi dla seniorów płaci Narodowy Fundusz Solidarności dla Autonomii (środek z powszechnego ubezpieczenia, niepłatnego dnia pracy – dnia solidarności, z dotacji samorządowych i zbiorów). Ubezpieczenia prywatne, zwłaszcza pracownicze, na dużą skalę funkcjonują w Danii. W Czechach natomiast takich usług ubezpieczenie nie obejmuje, częściowo płacą za nie klienci, częściowo budżet. W Anglii koszty opieki długoterminowej pokrywane są ze środków publicznych (NHS) i pacjentów (odpowiednio 57 i 43 proc.). Obowiązuje jednak zasada: współpłacenie i inne opłaty obciążają

tych, których na nie stać, a niezamożnym, przewlekłe chorym i starym należy się pomoc.

Trend: przesunięcie do środowiska i łączenie usług

Opieka nad starszymi zwykle organizowana jest międzysektorowo, z dużym udziałem usług środowiskowych, tradycyjnie przynależnych do sektora socjalnego. Obserwuje się jej przesunięcie z placówek stacjonarnych do środowiska lokalnego, łączone są usługi medyczne, opiekuńcze i socjalne. W Danii, aby zapewnić pacjentom kompleksową opiekę, resorty zdrowia, pracy, spraw socjalnych wspólnie opracowały wytyczne opieki i rehabilitacji. Starsi są objęci opieką długoterminową w różnych zakładach publicznych i prywatnych, jak domy pielęgniarstwa, opiekuńcze, mieszkania chronione z obsługą medyczną itp. Szeroki wachlarz usług domowych pozwala na niezależne życie „u siebie” z pomocą w utrzymaniu czystości, higieny, w zakupach, przygotowaniu posiłków. Ubożsi otrzymują zasiłki z budżetów lokalnych. Uprzedzając wzrost potrzeb ludzi starszych, władze wspierają prewencję i aktywność prozdrowotną, np. przez edukację i dedykowane programy zdrowia publicznego.

W Holandii duże placówki są zastępowane przez małe ośrodki środowiskowe (w latach 2005-2010 wzrost z 4 do 12 tys.), rozwijają się usługi lokalne i skoordynowana opieka domowa świadczona przez wyspecjalizowane organizacje, zakłady pielęgniarstwa i opiekuńcze. Z różnych form takiej pomocy korzysta ponad połowa osiemdziesięciolatków, z tego 40 proc. tylko w domu.

W Wielkiej Brytanii zintegrowaną opiekę nad starszymi zapewnia ramowy program National Service Framework for Older People określający standardy opieki w placówkach NHS oraz mechanizmy współpracy NHS i instytucji lokalnych. Dzięki nim różne podmioty działają jak jeden świadczeniodawca usług medycznych i socjalnych. Usługi organizują pielęgniarki pracujące

W Anglii koszty opieki długoterminowej pokrywane są ze środków publicznych (NHS) i pacjentów (odpowiednio 57 i 43 proc.). Obowiązuje jednak zasada: współpłacenie i inne opłaty obciążają tych, których na nie stać, a niezamożnym, przewlekłe chorym i starym należy się pomoc.

z GP; zajmują się oceną zdrowia i prowadzą zaawansowaną opiekę w domu pacjenta. Tzw. opieka pośrednia (poszpitalna) wraz z rehabilitacją zapewnia usługi według indywidualnego planu – w szpitalu, w domu lub w specjalnych ośrodkach; dla pacjentów są one bezpłatne. Usługi długoterminowe obejmują pobyty w domach pielęgniarstwa albo opieki (wszystkie prywatne). Przy dochodzie niższym niż 14 tys. funtów rocznie jest pełna refundacja, powyżej 24 tys. – już nie. Ponad połowa publicznych środków na usługi socjalne trafia do starszych.

Specjalnością francuską jest odrębny tzw. trzeci sektor usług dla starszych i niepełnosprawnych, w dużej części finansowany przez fundusz solidarności. Departament polityki socjalnej MZ planuje, koordynuje i organizuje zintegrowaną opiekę medyczną i socjalną, którą realizują regionalne agencje zdrowia. Świadczenia długoterminowe, przeniesione z oddziałów szpitalnych, zapewniają zarządzane przez pielęgniarki placówki opiekuńcze, pobytowe i inne przystosowane dla starszych. Oni sami decydują, czy pozostaną u siebie, czy też przeniosą się do osiedli z usługami bytowymi (katering, pranie) i częściowym nadzorem medycznym, a jeśli są niepełnosprawni – do zakładów opieki długoterminowej. Średni koszt miejsca w takiej placówce to 2550 euro, z czego ubezpieczenie płaci 750, gmina 300, a pacjent 1500. Dla osób z ograniczoną sprawnością, np. z demencją, jest opieka pośrednia, np. ośrodki dzienne lub krótkiego pobytu, i specjalne programy, np. alzheimerowski. W 2010 r. pomoc otrzymywało 8 proc. osób powyżej 60. r.ż., ale 60 proc. – w swoich domach.

W Hiszpanii zintegrowane usługi medyczne, opiekuńcze i socjalne dla starszych świadczą instytucje prywatne albo lokalne centra w ramach narodowego systemu pomocy niepełnosprawnym. W POZ obowiązują protokoły opieki dla różnych grup ludności, m.in. dla starszych. Po 65. r.ż. przysługuje specjalny koszyk usług gwarantowanych z podstawową opieką geriatryczną, hospitalizacją domową, usługami poszpitalnymi i rehabilitacyjnymi, opieką w domach dziennego pobytu. Opieka domowa obejmuje plan opieki medycznej i pielęgniarstwa zintegrowany z usługami socjalnymi. Możliwe jest wsparcie pieniężne na zatrudnienie pomocy, kupno sprzętu, dostosowanie mieszkania.

W Niemczech opiekę długoterminową finansuje ubezpieczenie opiekuńcze obejmujące wszystkich obywateli. Składka wynosi 1,95% miesięcznego dochodu, obciąża pracownika i pracodawcę; składka emeryta jest taka sama. Usługi przysługują, gdy choroba trwa co najmniej 6 miesięcy. Są trzy poziomy opieki. Pacjent może wybrać, czy chce ją otrzymywać w domu (wtedy dostaje pieniądze na zakup potrzebnych usług: 245, 440, 700 euro), czy

instytucjonalnie. Może też płacić za opiekę członkom rodziny – bezpłatnie przeszkolonym i ubezpieczonym z jego polisy. Z opieki długoterminowej korzystają przeważnie starsi (2,5 mln): 28 proc. ma ponad 65 lat, a 55 proc. – ponad 80. Ponad milion korzysta z opieki domowników i z zasiłków. Placówki stacjonarne są w 99 proc. prywatne. Od 1996 do 2011 r. liczba miejsc wzrosła z 421 do 1080 na 100 tys. populacji. Pacjenci starsi są zwolnieni z ustawowych dopłat za usługi refundowane.

W Słowacji zdrowiem starszych zajmują się GP i specjaliści, podstawową opiekę geriatryczną świadczy lekarz w gabinecie lub pielęgniarstwo w agencji opieki domowej, są też centra dziennego pobytu. Osoby z demencją i zaburzeniami psychicznymi mają odrębne placówki. Zakłady pielęgniarstwa oferują opiekę i rehabilitację domową, a także działania prewencyjne, edukację i doradztwo. Długoterminowe świadczenia zdrowotne i socjalne nie są dobrze skoordynowane. Skierowanie do domu opieki przysługuje osobom, które potrzebują opieki dłużej niż przez pół roku. Za pobyt w ośrodkach stacjonarnych i dziennych płaci ubezpieczenie.

W Czechach zdrowiem starszych zajmują się GP (za pacjenta powyżej 85. r.ż. mają wyższą stawkę). Placówek opiekuńczych jest mało. Niewydolność opieki socjalnej skutkuje przepełnieniem szpitalnych oddziałów długoterminowych, gdzie pobyt trwa dłużej niż powinien, czemu przeciwdziałać mają opłaty za dobę szpitalną.

W Polsce starszymi zajmują się rodziny

Seniorzy mogą skorzystać z długoterminowych refundowanych usług stacjonarnych i domowych oraz świadczeń pomocy społecznej, jednak większością z nich zajmują się rodziny: w 2008 r. z opieki stacjonarnej skorzystało 0,9 proc. osób powyżej 65. r.ż. (w krajach OECD średnio 4,2 proc.). Zdaniem ekspertów naszym problemem jest ograniczona podaż usług i rozproszona odpowiedzialność. Kompetencje są podzielone między MZ, NFZ, MPiPS, ZUS, KRUS i samorządy, reguluje je 18 ustaw i dziesiątki rozporządzeń. Jeśli dodamy niskie finansowanie (nie wiadomo nawet 0,1 czy 0,5 proc. PKB), trudno się dziwić, że opieka nad osobami starszymi nie funkcjonuje dobrze. Spójna polityka w sytuacji starzenia się populacji jest niezbędna.

Trwają prace nad ustawą o dodatkowym ubezpieczeniu od ryzyka niesamodzielnosci (od 2008 r.), opracowano standardy postępowania w geriatryi (publikacja w 2013 r.). Od września br. sejmowa komisja polityki senioralnej pracuje nad projektem ustawy o osobach starszych, której celem byłoby monitorowanie ich sytuacji społecznej, ekonomicznej i zdrowotnej. ■

Szeroki wachlarz usług domowych pozwala na niezależne życie „u siebie” z pomocą w utrzymaniu czystości, higieny, w zakupach, przygotowaniu posiłków. Ubożsi otrzymują zasiłki z budżetów lokalnych. Uprzedzając wzrost potrzeb ludzi starszych, władze wspierają prewencję i aktywność prozdrowotną, np. przez edukację i dedykowane programy zdrowia publicznego.

Na podstawie: Health System Review: Czech Republic 2009, France 2010, Germany 2014, Polska 2012, Slovakia 2011, Spain 2011, United Kingdom 2011, Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce IPISS 2012, rynekseniora.pl.



**Joanna
Sokołowska**



FOTO: Shutterstock

Uwaga łosie...

Nawet wtedy, gdy po zdaniu „jedyńki” musiałyśmy (dużo łosi to kobiety) czekać dwa lata na możliwość otwarcia drugiego stopnia specjalizacji z pediatrii, nie odeszłyśmy od naszych pacjentów. Nasze dzieci, tak jak dzieci poprzednich pokoleń lekarek, wychowywały się, tęskniąc za dyżurującymi i wyjeżdżającymi na wielotygodniowe kursy rodzicami.

Podczas jesiennego spaceru po lesie spotkałam łosia. Łoś, chyba płci żeńskiej, spojrzał na mnie wzrokiem łagodnym, choć niezbyt rozgarniętym. „Witaj siostrzo!” – powiedział i bez gracji, ale dostojnie, oddalił się w tak zwane ostępy.

Dopiero, gdy ochłonęłam – gadająca łosica nie jest codziennym widokiem na ścieżkach Gostyński-Włocławskiego Parku Krajobrazowego* – dotarło do mnie: ja też jestem łosiem! Takim przysłowiowym. Tak, wiem, łoś – dziewczynka, to klempa, ale chyba nie o to chodziło... Poczucie więzi z tymi zwierzętami tkwiło we mnie zresztą od jakiegoś czasu. Już kilkakrotnie przecież koleżanka z pokoju lekarskiego delikatnie dawała mi do zrozumienia, że nasze miejsce pracy powinnyśmy oznakować żółtym znakiem ostrzegawczym z wizerunkiem tego, sympatycznego skądinąd, rogowca. Wśród leśnej fauny wiadomo powszechnie – łoś – choć pracowity, uczciwy i sumienny – kariery nie robi. Bo łoś, choćby płci żeńskiej, to zwierzę duże i mocno zakompleksione. Daje się wykorzystywać na lewo i prawo przez sprytniejsze zwierzęta, a i z public relations u niego nie najlepiej. Niby poroże ma nie gorsze od takiego na ten przykład jelenia, ale jakoś tak czuje, że nie wypada się nim chwalić. Podobno świetnie pływa, ale jak już postanowi zaprezentować swoje umiejętności – bach! – wlezie do bagna i nie może wyleźć. Jak się rozpędzi na tych swoich długich badylach – a do rąchości sarny nieco mu brakuje – zaraz wpadnie na nieogrodzony kilometr świeżo oddanej do użytku autostrady A4 i nieszczęście gotowe... Zresztą każdy, kto ma wątpliwości, niech odpowie sobie na pytanie, jakby się poczuł,

gdyby ktoś za nim zawołał: „Ty łosiu!”. A ja właśnie tak się czuję, gdy we wszystkich mediach po raz kolejny wybucha dyskusja o lekarskich zarobkach. Ku ucieście żadnej krwi publiczności profesor Czapiński mówi, że zarabiamy najlepiej wśród specjalistów, a koledzy lekarze wołają, że im nie wystarcza na zaspokojenie potrzeb. Albo kłamią profesorskie statystyki albo koledzy mają nad wyraz wysokie potrzeby, albo – no właśnie... Jestem łosiem i to w doborowym łosiowym towarzystwie!

Skąd w mazowieckim pediatrze w średnim wieku poczucie łosiowości? Otóż jego początki giną w mrokach dziejów – jakoś tak wtedy, gdy podejmuje się decyzję o wyborze kierunku studiów. Z pamięcią u mnie coraz gorzej, ale wydaje mi się, że nikt nie kusił mnie wizją dużych pieniędzy. Zresztą, tak wtedy, jak i teraz, uważam, że pieniądze w życiu lekarza są bardzo ważne, ale... nie najważniejsze. Dlatego razi mnie, gdy młoda lekarka Agnieszka Dąbrowska w felietonie zamieszczonym w jednym z portali pisze: „Kończąc kierunek medyczny, nikt z nas (...) nie składał ślubów ubóstwa”. („Lekarz na śmieciówce” 15.09.2015). My też takich ślubów nie składaliśmy! Wierzyliśmy jednak (łosie są idealistami), że będziemy wykonywać pasjonujący zawód z misją. To było dla nas uzasadnieniem zaciśnięcia zębów i pracy ponad siły. Choćby nie od razu wystarczało na

wakacje, którymi warto pochwalić się wśród znajomych.

Tak też wybieraliśmy specjalizacje – nie dlatego, że można łatwo zarobić, a dlatego, że to ciekawe. Choćby było trudne. Wprawdzie nie było limitów miejsc rezydenckich, ale borykaliśmy się z niczym nieograniczoną fantazją urzędników. Nawet wtedy, gdy po zdaniu „jedynki” musiałyśmy (dużo łośi to kobiety) czekać dwa lata na możliwość otwarcia drugiego stopnia specjalizacji z pediatrii, nie odeszłyśmy od naszych pacjentów. Nasze dzieci, tak jak dzieci poprzednich pokoleń lekarek, wychowywały się, tęskniąc za dyżurującymi i wyjeżdżającymi na wielotygodniowe kursy rodzicami. Mimo to wielu z nas udało się przekazać im swoje zawodowe pasje – każdy przecież wskaże wielopokoleniową rodzinę lekarską, prawda?

Nikt też nam wtedy, młodym adeptom medycyny, nie obiecywał, że będzie lekko. Może dlatego (a może to ta przeklęta łososiowatość?) dość późno zauważyliśmy, że poza powołaniem do zawodu istnieje obowiązujący nas, jak każdego pracownika, kodeks pracy zawierający regulacje norm czasu pracy. Zbudowaliśmy związki zawodowe i samorząd lekarski, który wraz z całym dobytkiem inwentarza chcemy przekazać młodszym kolegom. Jednocześnie odkryliśmy, że istnieją inne formy zatrudnienia niż umowa o pracę. Niestety okazało się, że tą furtką wpadamy wprost pod koła pędzącego tira. Etatową pracę na oddziale, sprytnie dołączyliśmy do „pracy dodatkowej”, zaczęliśmy zamieniać na kilka „prac dodatkowych”. Tym samym znokautowaliśmy z trudem osiągnięty „opt-out”, który miał z nas uczynić poszukiwanych na rynku pracy specjalistów. Zarabiamy więcej, ale pracujemy też dużo więcej, dodatkowo biorąc za to na siebie pełną odpowiedzialność cywilną.

Pracujemy też coraz dłużej – łośie są długowieczne. Spośród moich nauczycieli i mistrzów nie znam żadnego, który po osiągnięciu wieku emerytalnego przestałby z własnej woli przychodzić do pracy. Lekarze seniorzy dyżurują, przyjmują pacjentów „na pierwszej linii” – w Podstawowej Opiece Zdrowotnej, Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych i Nocnej Pomocy Lekarskiej – wszędzie tam, gdzie tym młodszym nie wystarcza sił i zapału. Drżą o to, by nikt nie pozbawił ich możliwości „dorobienia” do lekarskiej emerytury, toteż nie negocjują stawek.

Łosie, te lekarskie, nie są pod ochroną. Choć to dzięki nim zostały jeszcze okruchy etosu zawodu lekarza. Dlatego, jeśli mamy sobie zapewnić to, co mnie przyciągnęło do zawodu – zacznijmy, proszę, troszczyć się o swoje prawa. I niech to nie dotyczy tylko jednego prawa – tego do godziwej zapłaty za wykonaną pracę...

Jednocześnie odkryliśmy, że istnieją inne formy zatrudnienia niż umowa o pracę. Niestety okazało się, że tą furtką wpadamy wprost pod koła pędzącego tira.

* Artykuł zawiera lokowanie produktu.



Sławomir Pietras

Dyrektor
polskich teatrów
operowych

O potrzebie mogiły Gerarda Wilka

Dwadzieścia lat temu zmarł w Paryżu wybitny polski artysta baletu Gerard Wilk. W latach 60. ubiegłego stulecia zawdzięczaliśmy mu liczne kreacje tańca współczesnego – zwłaszcza w telewizji. Jednocześnie na scenie Teatru Wielkiego w Warszawie był gwiazdą baletowej klasyki, tańcząc Zygryda w „Jeziorze łabędzim”, Alberta w „Giselle”, Księcia w „Kopciuszku”, Basilia w „Don Kichocie”, a także postacie tytułowe w „Romeo i Julii” oraz polskiej prapremierze „Spartakusa”.

Urodził się w Gliwicach w rodzinie niemającej nic wspólnego z uprawianiem sztuki. Toteż rodzice, widząc niezwykle zainteresowania i predyspozycje taneczne malca, wprawdzie niechętnie, ale jednak, posłali go do szkoły baletowej w pobliskim Bytomiu. Maturę zdobył już w Warszawie i rozpoczął karierę od razu z tytułem solisty.

Doskonale i wszechstronne wykształcenie, wyrazista osobowość, wybitna męska uroda i szerokie, ciągle pogłębiane zainteresowania artystyczne spowodowały, że kilkanaście lat tańczył czołowe role w „Balecie XX wieku” Maurice’a Bejarta, który niejednokrotnie z myślą o nim konstruował swój repertuar. Tańczył „Bolero”, „Bakhi”, „Fausta”, był niezapomnianym Partyzantem w „Ognistym ptaku”, Szeferem w „Święcie wiosny” i Tybaldem w „Romeo i Julii”.

Począwszy od 1981 r. zamieszkał na stałe w Paryżu i zakończył współpracę z Bejartem, dbając, aby pozostać w pamięci publiczności jako solista tańczący wyłącznie w szczytowej formie. Rozpoczął następny etap swej artystycznej działalności. Jako pedagog był zapraszany przez najlepsze zespoły do Monachium, Berlina, Florencji, Lyonu, Monte Carlo i Warszawy. Prowadził mistrzowskie lekcje tańca, indywidualnie pracował z solistami, uczestniczył w próbach, kierował warsztatami i stażami baletowymi. Znajdował czas, aby podczas pobytu w Paryżu dawać perfekcyjne lekcje w Szkole Tańca Andrzeja Glegolskiego, na które najzdolniejsze tancerki i tancerze przyjeżdżali również z Warszawy.

Na rok przed śmiercią Gerard Wilk zrealizował marzenie

swego życia. Otrzymał propozycję (ode mnie) wyreżyserowania opery Masseneta „Wetter”, której premiera w Teatrze Wielkim w Warszawie była jego wielkim sukcesem. Przekonany o jego wszechstronnej wiedzy, umiejętności pracy zespołowej i talencie, snuł dalsze plany naszej współpracy. On już wtedy wiedział, że umrze. Stało się to 28 sierpnia 1995 r. To był AIDS!

Pojechałem na Pere-Lachaise, aby pożegnać go od nas wszystkich podczas trudnej, serdecznej przemowy. Przywiozłem z Warszawy mnóstwo kwiatów, którymi obarczyli mnie na lotnisku liczne rozplakane tancerki i tancerze. Podczas kremacji stałem nad urną z prochami w gronie wielu dyrektorów oper i szefów baletów z całej Europy. Przyjechało mnóstwo tancerzy, śpiewaków i przyjaciół, których Andrzej Glegolski wprost z cmentarza zaprosił na wystawną stypę do Coupolu przy Montparnassie.

Pochówku nie było. Urnę zabrał do swej podparyskiej posiadłości przyjaciel Gerarda, wybitny francuski malarz Jean Jacques Lecorre, który był scenografem jego warszawskiego „Werthera”. Do dziś nie chce jej oddać, aby spoczęła na Powązkach wśród najwybitniejszych. Ten trudny do zaakceptowania gest świadczy również o tym, jak wielką smugę swej sztuki pozostawił utalentowany polski chłopiec z Gliwic, przemierzając drogę, którą zaprowadziła go do serc i pamięci rozkochanych w nim cudzoziemców.

Ale my też chcielibyśmy mieć go w Ojczyźnie, zapalać znicze, składać kwiaty i ucząc o nim w szkołach, przyprowadzać wycieczki, aby pokazać mogiłę. Jak to zrobić? ■

Recenzja

**Jerzy
Woy-
-Wojciechowski**

Naprawdę warto

Początek lata 2015 r. przyniósł tysiącom lekarzy, historykom i bibliofilom wielką radość. Ukazał się 1 tom dzieła „Dzieje medycyny w Polsce” pod redakcją naukową prof. Wojciecha Noszczyka. Ta, tak bardzo oczekiwana, publikacja, wydana w jubileuszowym roku 70 lat działalności Wydawnictwa Lekarskiego PZWL, obejmuje okres od czasów najdawniejszych do roku 1914, czyli do wybuchu I wojny światowej.

Ten pięknie wydany wolumin formatu 210 x 280 mm, w twardej oprawie, obejmujący 520 stron, drukowa-

nych na znakomitym papierze, o co zadbał wydawca, red. Jolanta Jedlińska, jest pierwszym tego rodzaju dziełem w polskiej literaturze medycznej.

Z wielkim uznaniem należy podkreślić czytelny druk oraz walory artystyczne „Dziejów Medycyny”. Już pierwsza strona, na której znajduje się „Przysięga Hipokratesa”, zachwyca umieszczeniem w tle zarysu sztychu głowy ojca medycyny z wyspy Kos, autorstwa Petera Paula Rubensa z 1638 r.

W przedmowie prof. Franciszek Kokot podkreśla, jak ryzykownym i trudnym zadaniem było „obiektywne spojrzenie na wiele wieków faktów, mitów i przypuszczeń”, w tak trudnych warunkach geopolitycznych

Asystentka na bekstejdżu

Naiwnie myślałem, że to minie. Że wystarczy jakieś dwadzieścia lat wolności i przestaniemy polszczyznę „ubarwiać” dziwolągami pochodzącymi z innych, bardziej światowo brzmiących języków. Bo wydaje mi się, że robimy to głównie po to, żeby się dowartościować. Żeby pokazać, że przynajmniej w warstwie językowej są elementy łączące Ustrzyki Dolne z Nowym Jorkiem i Studzienice z Los Angeles.

Myślałem, że tego typu zapożyczenia zostaną co najwyżej elementem charakterystycznym dla mowy naszych rodaków mieszkających za granicą, w naturalnej mieszance polskiego i angielskiego, tak zwanym „ponglis”. Zjawisko to zostało kiedyś opisane przez nieodżałowanego Jana Kaczmarka z kabaretu „Elita”, po występach w USA. Utwór nosił tytuł „California” i oto fragment: „Wyrentujesz bota/ Lub wynajmiesz łódź/ I spokojnie możesz sobie/ Spirmint gumę żuć... / Jesz krewetki szrimsy/ Pijesz dżus end sok/ A od prity łunen to cię/ Aż rozboli wzrok...”. Ale tu w kraju? Byłem pewien, że minie, że damy sobie spokój z zapożyczeniami. Ale gdzież tam! Jednym z nowszych, na które zaczynam mieć uczulenie, jest „bekstejdż”. Używane powszechnie przy okazji koncertów, spektakli, widowisk. Kiedyś mówiło się na to „kulisy”, „zaplecze sceny”. No ale jak to tak? Czy ktoś sobie wyobraża Robbiego Williama albo Tinę Turner na zapleczu? W życiu! A na „bekstejdżu” owszem. A to nasi gorsi? Przypuszczam, że „besktejdż” się rozprzestrzeni. Może nawet już wyszedł poza świat estrady i sceny? Czy nie ma „bekstejdżu” w warzywniaku (magazynek za zasłonką)? Czy przypadkiem „bekstejdżem” nie jest dzisiaj coś, co kiedyś w szkole było kantorkiem pracowni chemicznej?

Coraz częściej zdarza mi się ostatnio odbierać telefony, które zaczynają się zawsze tak samo:

- Dzień dobry, czy rozmawiam z panem Arturem Andrus?

- Tak.

- Mówi Ewelina Kurdybanek, asystentka pana Piotra Jemiołuszki...

Żadne z nazwisk nic mi nie mówi, ale są wypowiedziane takim tonem, jakby jedyną prawidłową reakcją na nie, miało być:

- O Jezu!

Oczywiście dane personalne zmyśliłem, ale żeby nie było, że sobie żartuję z nazwisk, do ich utworzenia użyłem jednych z najpiękniejszych polskich słów. W dalszym ciągu rozmowy pani Kurdybanek (za każdym razem inna i o innym nazwisku) proponuje mi spotkanie z panem Jemiołuszką (też o różnych nazwiskach) celem pomocy w zdobyciu dużej kwoty pieniędzy. To znaczy powiedzą mi, jak zarobić. Pamiętam, że kilka lat temu też dzwonili, ale wtedy pan Jemiołuszka dzwonił sam. Teraz zawsze asystentka. Przynajmniej do mnie asystentka. To na pewno jest przepracowane psychologicznie. Może do kobiet dzwonią asystenci. Nie wykluczałbym, że wtedy to pan Jemiołuszka jest asystentem pani Kurdybanek. Może ma to stworzyć wrażenie powagi firmy, która ma dla mnie propozycję finansową? I jeśli to sprawdzony sposób, rozszerzyłbym jego stosowanie, gdzie się tylko da. Na przykład asystent rejestratorki w przychodni. Umawia na spotkanie z rejestratorką, która umówi wizytę u lekarza. Przepraszam – u asystentki lekarza, która dopiero zorganizuje spotkanie z lekarzem. System ochrony zdrowia w naszym kraju będzie wreszcie poważnie wyglądał, a i poziom bezrobocia spadnie. A żeby to wszystko jeszcze bardziej uświatowić, lekarz, podczas umówionej przez reszłę asystentów wizyty, nie powinien zadawać banalnego pytania:

- Co pani dolega?

Tylko wskazując dłonią kozetkę za kotarą, od razu zaproponować:

- Proszę się rozebrać na bekstejdżu i położyć bekstejdżem na bekstejdżu.

- Nie mogę panie doktorze, bo na bekstejdżu mi coś wyskoczyło i teraz cały bekstejdż mnie boli. ■



Artur Andrus

Dziennikarz radiowej „Trójki”, konferansjer i satyryk

i gospodarczych, by „Dzieje Medycyny” miały podstawy naukowe. Podkreśla też, że nawet najgorsze sytuacje w naszej trudnej historii nie ograniczały tego, by zawsze spieszyć z pomocą chorym.

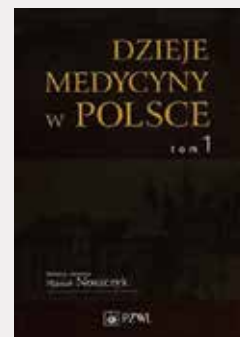
Zarówno „Przedmowa”, jak „Wstęp do pierwszego tomu” są pióra wielkiego miłośnika historii oraz dzieł z zakresu historii medycyny – prof. Wojciecha Noszczyka. Omawia on dotychczas wydane prace z historii medycyny oraz słowniki, podkreślając, że żadna, nawet tak znakomita praca, jak „Historia medycyny filozoficznie ujęta”, Władysława Szumowskiego z 1935 r. nie ujmuje całościowo dziejów polskiej medycyny.

W obszernym rozdziale (na 125 stronach) „Medycyna w Polsce przedrozbiorowej”, prof. Janusz Skalski podjął się ze znakomitym efektem, tak bardzo trudnego omówienia początków leczenia w Polsce i naszej medycyny w średniowieczu, renesansie, a także w XVII i XVIII w. Po podsumowaniu tamtego okresu dr Maria J. Turowska omawia problem medycyny w zamyśle Komisji Edukacji Narodowej. ■

Premium



Więcej o tej pozycji wydawniczej w „Gazecie Lekarskiej **PREMIUM**” na www.gazetalekarska.pl.





**Agata
Morka**

Historyk
sztuki

Bez wstydu

Schiele to jeden z najbardziej bezpośrednich malarzy początku XX wieku. W aktach dalekich od skromności, rozbuchanych portretach, nagich studiach własnego ciała austriacki artysta zdaje się chwycić pozujących w ich najbardziej intymnych momentach. Bez wstydu, ale i bez tajemnicy?

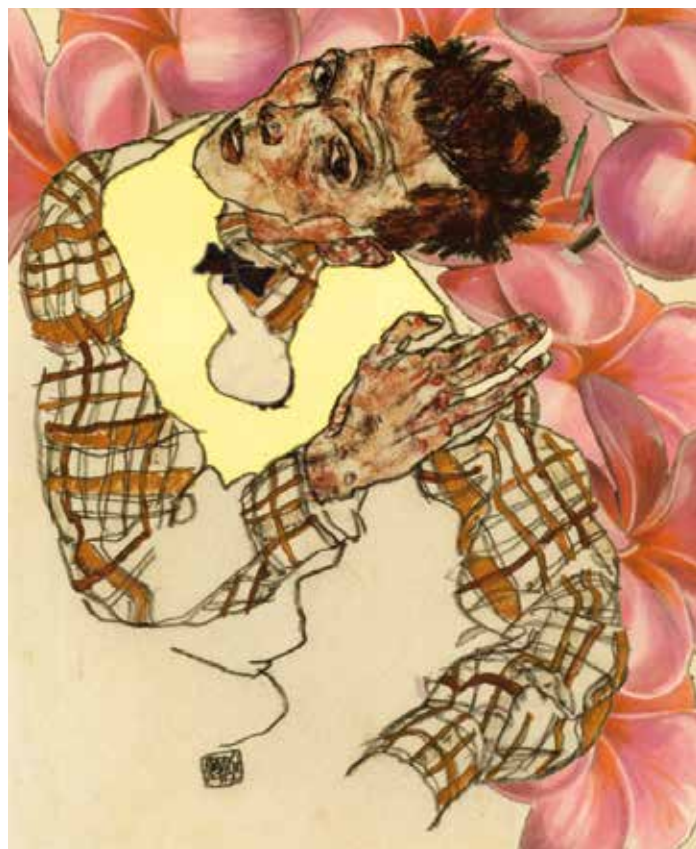
Schiele namalował znaczną liczbę autoportretów, w których śmiało eksponuje swoją cielesność. Im bardziej się w nich obnaża, tym bardziej mi się wymyka. Im więcej go widać, tym bardziej gubię go w jaskrawych kolorach, arabeskach linii, krzykliwej seksualności.

Portret w kracastej koszuli jest być może jednym z najbardziej nieśmiałyh jego dzieł. Tym razem całkowicie ubrany Egon przedstawia się w ujęciu do pasa, koszula szczelnie zamknięta, na niej kamizelka. Odstąpił tutaj nawet od kontrastu, portret utrzymany jest w raczej monochromatycznej tonacji, od żółci, po czerwienie i brązy.

Ale Schiele nie byłby sobą, gdyby nie przełamał czymś spokoju. Patrzy bezpośrednio w oczy

widza i jest to wzrok, od którego nie ma ucieczki. Wygięta pod niewytłumaczalnym kątem głowa, której pochYLENIE powtarza również ręka, sprawia, że oczy Egona patrzą na widza z zaskakującej perspektywy. Rozchylone usta potęgują wrażenie przyzwolenia na bardzo bliski kontakt między portretowanym, a widzem. Ale Egon znów ucieka, oczyma zaprasza, ale już dłonią się osłania, kładąc ją płasko jak tarczę w poprzek tułowia. Być może jednak chowa jakąś tajemnicę, być może nie wszystko tak naprawdę bezwstydnie wydaje w swoich, zdawałoby się tak ekstrawertycznych, autoportretach.

Czy zatem za dziwnym gestem głowy i dłoni kryć może się choroba? Jeśli tak, to jaka? ■



a

Egon Schiele,
Autoportret w kracastej koszuli, 1917

b

HOTEL PREZYDENT

MEDICAL SPA & WELLNESS

HOTEL PRZYJAZNY DOROSŁYM

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

Odpowiedź prześlij na
bladmalarski@gazetalekarska.pl
do 15 października 2015 r.

W temacie maila należy wpisać GL09.
Proszę nie zapomnieć o podaniu danych kontaktowych (imię i nazwisko, adres, telefon).
UWAGA - jedna osoba może przesłać jedną odpowiedź.

Dla jednej z osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi, **Hotel Prezydent**** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju**

ufundował voucher obejmujący m.in.:

- dwa noclegi dla dwóch osób w apartamencie
- dwa śniadania i dwa obiady w hotelowej Restauracji Magnolia oraz uroczystą kolację dla dwojga
- pakiet zabiegów (dla dwóch osób) w hotelowej Ambasadzie Zdrowia i Urody SPA (Masaż dla dwojga, Ajurwedyjski masaż na „Talaxa Spa”, Złoty zabieg na ciało)
- możliwość korzystania bez ograniczeń z basenu, jacuzzi, 3 rodzajów saun, siłowni



NAGRODZENI Z „GL” 08-09/2015

Voucher do Hotelu
Prezydent**** Medical SPA & Wellness
w Krynicy-Zdroju otrzymuje
Aneta Borkowska z Warszawy
Gratulujemy!

ROZWIĄZANIE ZAGADKI

Z „GL” 08-09/2015

Obraz oryginalny: b

DIAGNOZA:

Rak piersi. Niektórzy badacze twierdzą, że zacienienie na lewej piersi przedstawionej postaci nie jest zwykłą dla Rembrandta dramatyczną grą ze światłocieniem, ale wskazuje na raka piersi, na którego cierpi modelka.

Szczegóły

1. Powiększenie brzucha wskazujące na ciążę.

Obraz powstał w 1654 r., kiedy Hendrickje była w ciąży z Rembrandtem. Zaokrąglenie jej brzucha wskazywać by zatem mogło na niezwykle realistyczne przedstawienie jej przez Rembrandta.

2. Pejzaż w tle.

Tradycyjnie Batszeba przedstawiana była na otwartym powietrzu, bo tak też, na łonie przyrody, według biblijnego zapisu zobaczyć miał ją król Dawid. Rembrandt zaś umieszcza ją w przestrzeni bliżej nieokreślonej, ciemnej, której kształtów każe się nam domyślać, oko widza ma wyławiać z niej zarysy przedmiotów.

3. Sylwetka Dawida.

Umieszczenie sylwetki króla Dawida w tle byłoby zgodne z biblijną opowieścią, według której król miał zobaczyć Batszebę w trakcie kąpieli. Istnieje wiele przedstawień tej sceny z Dawidem, ale Rembrandt decyduje się na wyeliminowanie dodatkowych postaci, całą uwagę kumulując na Batszebie.

4. Głowa w górze.

Obraz Rembrandta poddany został szczegółowym badaniom. Prześwietlenia wykazały, iż malarz kilkakrotnie przerysowywał postać Batszeby. Położenie jej głowy ulegało zmianom, początkowo patrzyła bardziej ku górze, ale Rembrandt ostatecznie zdecydował się na opuszczenie głowy postaci, nadając jej bardziej introwertyczny charakter.



Obraz: Rembrandt van Rijn, *Batszeba w kąpeli*, 1654, Luwr

**Monika
Kunstman**

Laureatka I miejsca
w Konkursie
Literackim
„Przychodzi
wena do lekarza”
(2015) w kategorii
„Poezja”

Epikryza

Kiedyś miałam nadzieję
Miała smak miętoży
Zapach ogórków po burzy
Kuchni z cynamonem
I w dotyku jak krople rosy ręką w mokrej trawie
Albo jak czysta chłodna pościel zanim przyszedł sen

Nie wiem jakie na ciebie czekają kuchnie i zapachy
Jakie chmury w dzień letni biedronki w ogrodzie
Piórka w trawie jakich patyków i sznurków
Pełne kieszenie jakie potwory w ciemnych kątach nocą

Synku

Wkładam cię do koszyka na wodę przyszłości
Płynie ku brzegom nieznanym
Tak tu cicho noc szpital lampki aparatów
Cicho stąpa personel i unosi brwi
Dyskretny uśmiechnięty profesjonalnie ślepy głuchy
I niemy tylko szept tam gdzie trzeba krzyczeć

Sekundy tną jak nóż do rozcinania papieru
Kartka po kartce twoja strona niezapisana
Na mojej
Czarne bazgroły i nie ma już miejsca
Na czyste wyraźne linie stół komin i dom
I słońeczko

Maleńki

Masz jak twój ojciec oczy w kształcie migdałów
Ciemne brwi mojej matki
Ale pozostają ci jeszcze inne krzywizny odcienie
Akcenty barwa głosu gesty i uśmiechy

Te już będą zwierciadłem całkiem innych światów

Mój palec zaciśnięty w twojej piątce synku
To tylko odruch atawizm bez cienia świadomości
I może bez znaczenia – ale także
To twardy fakt: trzymasz mnie za rękę
Mój palec twoja mała dłoń jeszcze chwilę sekundę

Może pani wróci do siebie tu będzie wizyta

Już rano

„Matka wypisana z oddziału na własne żądanie przed
ukończeniem drugiej doby po porodzie siłami natury.
Pozostawia w szpitalu dziecko własne, urodzone dnia...
Stan zdrowia dziecka dobry.
Poinformowana o przysługujących jej prawach i postępowaniu.
Dane osobowe oraz oświadczenie w załączeniu.”

W załączeniu

Pustka

REGIONALNE CENTRUM KULTURY
zaprasza na
Koncert na rzecz budowy pilskiego Hospicjum
w wykonaniu
Polskiej Orkiestry Lekarzy

Dirygent
Ruben Silva
Wiolonczela
Antoni Orłowski

w programie
A. Chaczaturian
Walc z filmu „Maskarada”
C. Saint-Saëns
I Koncert wiolonczelowy a-moll op.33
G. Bizet
„Carmen” suita orkiestrowa I, II

Niedziela, 4.10.2015
godz. 17.00
Teatr Miejski - Piła, pl. Staszica 1
Bilety do nabycia w RCK, cena: 30 zł

Patronat honorowy:
POM
WIELKOPOLSKA IZBA LEKARSKA
Współorganizator:
Patronat medialny:
Gazeta Lekarska

NACZELNA IZBA LEKARSKA
WARMIŃSKO-MAZURSKA IZBA LEKARSKA
zaprasza na
V OGÓLNOPOLSKI KONCERT
CHÓRÓW LEKARSKICH
w programie: John Rutter **MAGNIFICAT**
występy chórów a cappella

wykonawcy:
Ryszard Handke – dyrygent
Hanna Zajączkiewicz - sopran

Medici pro Musica / Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska w Olsztynie
MediCoro / Okręgowa Izba Lekarska w Białymstoku
Medici Cantares / Bydgoska Izba Lekarska
Cantus / Śląska Izba Lekarska w Katowicach
Chór Kameralny / Wielkopolska Izba Lekarska w Poznaniu
Remedium / Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie
Medicantus / Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie
Orkiestra Symfoniczna Filharmonii Warmińsko-Mazurskiej

17 października 2015 r. (sobota), godz. 18:00
Filharmonia Warmińsko-Mazurska im. Feliksa Nowowiejskiego w Olsztynie
Koncert współfinansowany przez Naczelną Izbę Lekarską

Samorządowy rejs

Z okazji srebrnego jubileuszu samorządu lekarskiego w Polsce trafiło do moich rąk wiele wydawnictw, które nakładem izb okręgowych ukazały się w ciągu ostatniego roku. Wszystkie zasługują na uwagę, każde jest trochę inne i inaczej redagowane. Ich wspólną cechą jest jednak zapamiętanie czasu, w którym z niemałym trudem budowaliśmy zręby samorządności lekarzy i lekarzy dentystów.

Przedwakacyjny Konwent Prezesów połączony ze spotkaniami redaktorów biuletynów izb lekarskich, młodymi lekarzami i prawnikami odbywał się w Gdańsku. Pierwszego dnia pracowaliśmy w imponującej i funkcjonalnej siedzibie izby położonej nieopodal kilku szpitali. Niby na uboczu, ale przecież dość blisko do centrum starego miasta. Niby integracyjnie, ale jak się okazało, bardzo roboczo przebiegły pierwsze godziny, bo atmosfera do pracy okazała się doskonała, niezależnie od miejsca dużej sali rady czy mniejszych sal na piętrach.

Z każdej takiej wycieczki przywożę jakieś drobizgi, najczęściej książki. I tym razem wyjąłem z walizki dzieło Haliny Porębskiej i Alicji Katarzyńskiej: „25 lat w samorządowym rejsie”. Najpierw zamknąłem oczy, przejrzałem kapitanów głównej fregaty, a potem z ciekawością zacząłem kartkować pomorskie wspomnienia ćwierćwiecza. I ze zdumieniem stwierdziłem, że co prawda wielu nazwisk nie znam, ale historię tam opowiedzianą już znam i myślę, że każdy, kto w izbie pracuje ponad jedną kadencję mógłby snuć podobne wspomnienia o ludziach, których spotkał, o ciężkiej samorzą-

dowej pracy, o frustracjach i radościach z organizowanych wypraw, protestów, akcji.

Album z Gdańska, miasta początku rewolucji „Solidarności”, miasta, w którym od 1980 r. intensywnie mówiono o odrodzeniu izb lekarskich, jest nie tylko dobrze udokumentowanymi dziejami struktur, gremiów i przywódców, ale jest także nostalgicznym wspomnieniem osobowości i przyjaciół.

Halina Porębska – wybitna pod każdym względem koleżanka od poezji począwszy na pisaniu ustaw skończywszy, związana z izbami od zawsze, na swoich kartach z przeszłości nie zamyka jubileuszowej książki i nie odkłada działalności izb do bibliotek ku pamięci, ale wyraża „nadzieję, że droga samorządu lekarskiego będzie piąć się w górę, a wszystkie kłopoty, które zaczęły się już od pośpiesznego uchwalania ustaw o izbach lekarskich, wreszcie znikną. Wiem także” – pisze Halinka – „że wiele szkód w działalności izbowej spowodowaliśmy sami, wyrażając się lekceważąco i dezawuuując jego znaczenie wobec władz. To droga, która prowadzi donikąd. Mam nadzieję, że nie będziemy nią podążać. Wierzę w zdrowy rozsądek, a także pamięć historyczną lekarzy i lekarzy dentystów”.

Wydawnictwa jubileuszowe pokazują miejsca, do których dopłynęliśmy w naszym rejsie. Ważniejsze wydaje się jednak, czy między słowami z tamtych lat i o tamtych portach, wyznaczają nowe cele, dążą do odkrywania kolejnych lądów, mówią, że „ma być inaczej”, czyli nowocześniej. Gdański wolumin ćwierćwiecza jednoznacznie niesie nadzieję na przyszłość. Płyniemy dalej... ■

Jarosław Wanecki



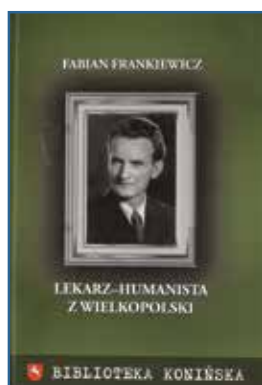
NASZA CZYTEL尼亚 • NASZA CZYTEL尼亚 • NASZA CZYTEL尼亚 • NASZA CZYTEL尼亚 • NASZA CZYTEL尼亚



Tytuł: Leki sieroce
w doli i niedoli

Autor: prof. Waldemar Janiec

Ludzkie zmagania z prawem, systemem finansowym, a czasem z niechętną ignorancją, czyli cierpienie chorych, których leczenie uznano za nieopłacalne.



Tytuł: Fabian Frankiewicz
Lekarz-Humanista
z Wielkopolski

Opracował: Jacek Wiśniewski

Książka poświęcona pamięci znanego konińskiego lekarza, poety i tłumacza.



Tytuł: Nie ma nieba

Autor: Jolanta Kosowska

Maciek jest lekarzem, w ocenach pacjentów bardzo dobrym lekarzem, ale właśnie przed paroma tygodniami postanowił rozstać się ze swoim zawodem...

**Ryszard
Golański**

XXV Żeglarskie Mistrzostwa Polski Lekarzy

Zawody zgromadziły prawie 160 osób: lekarzy i ich rodzin. Mistrzostwa to dziewięć biegów, rozegranych w piątek i sobotę. Zwyciężyła, po raz kolejny, załoga, której przewodzi Marek Kmiec, to jego szósty tytuł mistrza Polski lekarzy. To reprezentanci Wielkopolskiej Izby Lekarskiej.

Drugie miejsce zajęła załoga gospodarzy, gdzie sternikiem był Wojciech Niczyporowicz. Na najniższym stopniu podium stanęły cztery panie, pod dowództwem Kariny Prączko. Ta załoga miała chyba najliczniejszą rzeszę kibiców.

W niedzielę odbył się wyścig długodystansowy, o puchar dr. Władysława Lipeckiego, inicjatora mistrzostw Polski i wieloletniego komandora regat. Zwyciężył Krzesimir Sieczych z załogą, z Warszawy. Podczas zakończenia zawodów nastąpiła symboliczna zmiana pokoleniowa. Dr Bogdan Kula przekazał funk-

cję komandora regat dr. Janowi Krupie. Za rok żeglarze lekarze ponownie będą halsować po jeziorze Roś.

Wyniki:

1. Marek Kmiec, Ewa Kmiec, Mateusz Żmudziński, Jacek Aleksander – Wielkopolska Izba Lekarska
2. Wojciech Niczyporowicz, Halina Kunicka, Teresa Dylewska, Sławomir Wąsowski – Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska
3. Karina Prączko, Małgorzata Mejzner, Magdalena Hanc, Jagod Badurowicz – Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska

Puchar dr. Władysława Lipeckiego:

Krzesimir Sieczych, Piotr Zaorski, Hong Yun Li, Mateusz Janik – Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie. ■

**Ryszard
Golański**

Lekarze sportowcy pod Tatrami



Drugi weekend września to tradycyjny termin zakopiańskich Igrzysk Lekarskich. W tym roku odbywały się po raz trzynasty. Frekwencja była rekordowa – z osobami towarzyszącymi łącznie 800 uczestników. Wyjątkowo dużo widziałem młodych małżeństw z małymi dziećmi. Tradycyjna była również pogoda, czyli towarzyszący zawodnikom w środę deszcz. Z każdym dniem aura na szczęście stawała się coraz lepsza.

Wyjątkowo liczna była w tym roku reprezentacja sportów zespołowych: piłki nożnej, koszykówki i siatkówki. Jak zwykle bardzo wiele osób, także osób towarzyszących, w tym dzieci, rywalizowało w konkurencjach lekkoatletycznych. Nieco mniej licznie było obsadzone pływanie, lecz nie zawiedli wybitni reprezentanci tej dyscypliny: Małgorzata Sawa, Jerzy Leszczyński, Janusz Heitzman, Robert Lorkowski, Tomasz Rechberger, Marek Trzensiok, Jan Wilczek oraz reprezentanci łódzkiej OIL: Ewa Zimna-Walendzik, Katarzyna Jędrzycka i Bartosz Boroński.

Wśród licznych lekkoatletów zwrócili moją uwagę zwycięzcy biegów długich na stadionie i biegu cross country: Sylwester Rutkowski, Łukasz Lubelski i Andrzej Niemirski. Wyrazy szczególnego uznania nale-

żą się „juniorom starszym”. Edward Szydło, Stefan Madej i Zenon Krukowski mogą sprawnością i dynamiką zaimponować młodym doktorom. Ostatni z wymienionych uzyskał w rzucie ciężarkiem najlepszy wynik ze wszystkich startujących! Jego rezultat to 13 m 77 cm, podczas gdy zawodnicy najmłodszy, w kategoriach A i B, rzucali po 7 m.

Wiele emocji dostarczyły zawody kolarskie, które odbyły się w trzech dyscyplinach: jazda na czas, wyścig szosowy i wyścig górski. Wyróżnić należy Szymona Gałczyńskiego, który w swojej kategorii wiekowej wygrał wszystkie trzy konkurencje. Dla prawdziwych herosów Igrzysk, zawodników triathlonu, pogoda w sobotę była łaskawa, choć poziom wody w Zalewie Czorszyńskim był wyjątkowo niski.

Bardzo zacięta i na wysokim poziomie była rywalizacja w grach zespołowych. W piłce nożnej, po dramatycznym meczu, zakończonym rzutami karnymi, zwyciężyła drużyna Medyka Zabrze, tegoroczni mistrzowie świata z Medigames w Limerick. Pokonali reprezentację łódzkiej izby lekarskiej, występującą pod nazwą Klub STL. Jak dowiedziałem się od zawodników, skrót pochodzi od słów Sto Twarzy Lekarzy. Nie mogę, z powodów cenzuralnych, rozwinąć skrótu innego zespołu: KPPMK.

Mistrzami w siatkówce halowej zostali zawodnicy jednej z drużyn Śląskiej Izby Lekarskiej, występujący pod nazwą Silesia, pokonując drużynę Mińsk Polonia. Rywalizację koszykarzy wygrali lekarze z Warszawy po zwycięstwie nad drużyną Wrocławia. W Igrzyskach występowało kilka lekarskich małżeństw. Na wyróżnienie zasługują Grażyna i Przemysław Chemiczewscy, którzy w konkurencjach strzeleckich byli niepokonani i zdobyli osiem złotych medali! Szczegółowe wyniki znajdują Państwo na www.igrzyskalekarskie.org, a obszerną relację zdjęciową na www.gazetalekarska.pl w dziale Sport. ■

FOTO: Ryszard Golański

Relacja z XVI
Międzynarodowych
Mistrzostw Polski Lekarzy
w Strzelectwie Myśliwskim
Osie 2015 w dziale Sport
na www.gazetalekarska.pl.

Aktualności



13-15.11

XVIII Halowe Mistrzostwa
Polski Lekarzy w Tenisie
Ziemnym Memoriał
Andrzeja Jasińskiego
odbędą się
w Pabianicach k. Łodzi.
Więcej w dziale Sport na
www.gazetalekarska.pl.

Aktualności



Oddalam to pytanie

Dostałem list od kolegi ze studiów, który po raz kolejny podniósł problem pacjentów wyświetlających się w podstawowej opiece zdrowotnej jako nieuprawnieni. eWUŚ podeptał w tym przypadku wszystkie konstytucyjne zasady, a moje pytania skierowane w tym zakresie do instytucji państwa i samorządu zostały oddalone.

Minister Zdrowia oddalił również pytanie dziennikarki na konferencji prasowej, tak jak jego liczni poprzednicy oddalili tysiące pytań i wątpliwości, jakie stawialiśmy przez wiele lat przy kolejnych reformach niereformowalnego systemu. Nasze postulaty o refundację leków, podpisywanie umów na wystawianie recept, karanie za przepisanie insuliny chorej na cukrzycę żonie – zostawały na papierze, którego może nawet nikt nie czytał, bo dialog społeczny dla rządzących jest tylko pustym hasłem. Codziennie napotykamy: urzędniczą bezduszną zapatrzoną w coraz bardziej koślawo stawiane litery prawa; arogancję władzy, która jeszcze niedawno krzyczała o przedsiębiorcach bez etyki, a przecież przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego wpisane zostało do ustawy o działalności leczniczej wbrew zastrzeżeniom, także językowym, przez wykrzykujących.

Wielokrotnie pisaliśmy i mówiliśmy, że zmieniające się przepisy zamykają możliwość wykonywania wolnych zawodów lekarza i lekarza dentysty. Naczelna Rada Lekarska, rady okręgowe, stowarzyszenia i związki zawodowe nieustannie opiniują kolejne zmiany legislacyjne. Na przykład w szczepieniach ochronnych. Ale zamiast słuchać i wzmacniać systemy kształcenia, uderzano w samorząd groźbą płacenia dodatkowych podatków za organizację nauki i udział w niej, a jednocześnie proponowano wyrzucenie z grona uprawnionych do najprostszej medycznej kwalifikacji całe grupy specjalistów. Ile razy pytaliśmy, ale dlaczego? Czy pomysłodawca wyczytał coś między wierszami w unijnej dyrektywie i zrobił tak, jak nie rozumiał?

Na tej samej imprezie interpretatorów prawa bawili się zapewne ci wszyscy fachowcy z Ministerstwa Edukacji Narodowej, którzy ograniczyli sól i cukier w stołówkach, zlikwidowali działalność części sklepików szkolnych, a w zamian doczekali się buntu licealistów i plecaków wy-

pełnionych czekoladowymi batonami, chipsami, a nawet torebkami z cukrem i solą. Zaopatrzeniem zajęli się „zaradni” koledzy i „nieodpowiedzialni” rodzice. Wśród nich, pójdę o zakład, są także lekarze, ba nawet pediatrzy i o zgrozo nauczyciele, którzy też dzieci przecież mają. Nie da się bowiem zmienić zwyczajów, nie tylko żywieniowych, na siłę, bez projektu szerokiej edukacji, bez spojrzenia do pokoi nauczycielskich z tłącymi się pokątnie papierosami i szybkim jedzeniem między lekcjami.

Dostałem też list z sanepidu z pytaniem, czy prowadzę przeglądy elektryczne sprzętu chłodniczego? Przestraszyłem się, bo poza myciem, żaden elektryk do lodówki w przychodni rzeczywiście nie zaglądał. I zapytałem innych. I do ich lodówek też nie zaglądano. Zapytałem więc firmę serwisową, która odpowiada za paszporty techniczne w mojej placówce i... też się zdziwili, czyli nie zaglądali. W odpowiedzi oddałem pytanie wzorem pana ministra i poczekam, czy odważą się zadać je jeszcze raz, a może jako ludzie wykształceni coś zaproponują. Oby to tylko nie był monitoring SMS i kolejny skok na kasę lobby sprzedającego termometry w cenie lodówki...

25 października oddamy głos wyborczy po nadzwyczajnej ciszy (poza pielęgniarkami) w czasie kampanii. Mimo podeptania praw pacjentów, upokorzenia receptowego, czerwonych latarni i bezużyteczności eWUŚ. Mimo zabranego stażu. Mimo nałożenia podatku na naukę. Mimo wszystko... W wyniku elekcji, jakkolwiek się zdarzy, nasze pytania od pierwszego dnia zostaną oddalone, mimo wcześniej deklarowanej woli współpracy i wzajemnego zrozumienia (jeśli są?). W zamian otrzymamy pakiet zmian niezbędnych, wprowadzany naszymi rękami, który jednych z nas pogrąży w tępym marazmie, a innym zapali w oczach dziką furję.

Na kogo zagłosuję? Coraz częściej oddalam to pytanie... ■

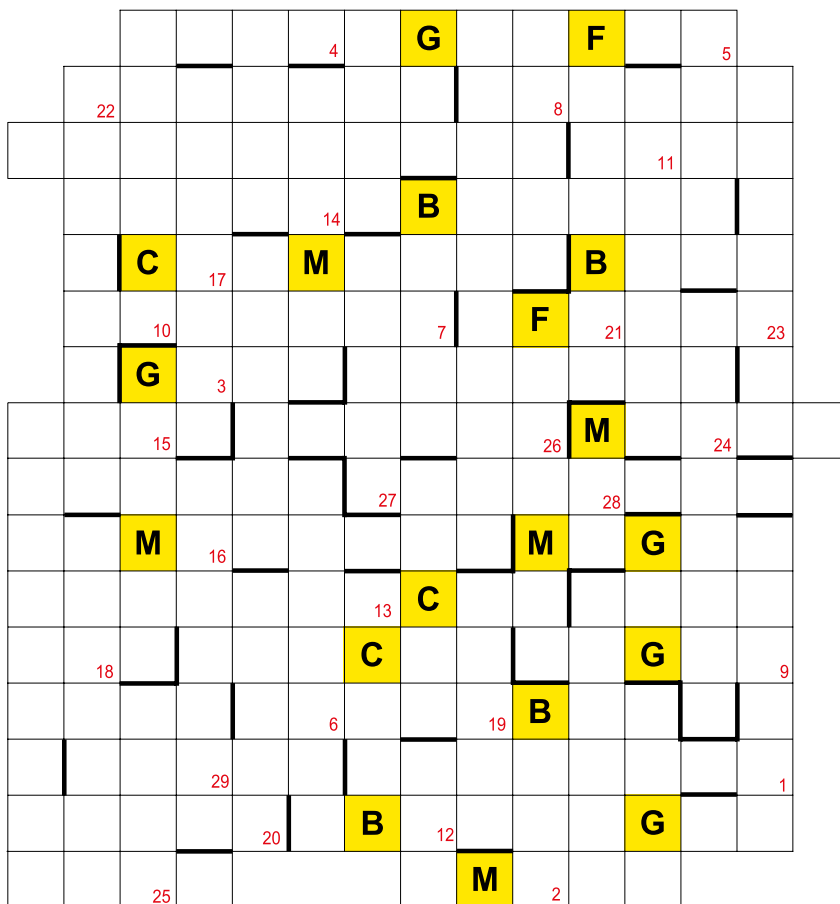


**Jarosław
Wanecki**

Przewodniczący
kolegium
redakcyjnego „GL”



Objaśnienia 67 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: B, C, F, G i M. Na ponumerowanych polach ukryto 29 liter hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to przysłowie angielskie. Należy je przysłać na karcie pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres jolka@gazetalekarska.pl do 20 października 2015 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).



Rozwiązanie

Jolki lekarskiej nr 208 („GL” nr 06-07/2015)
Kłamstwo rodzi kwiaty,
ale nie owoce.

Nagrody otrzymują:

Justyna Urbańska-Rakus (Olkusz), Piotr Wróbel (Wrocław), Janusz Manderla (Cisownica). Fundatorem nagród jest Wydawnictwo Lekarskie PZWL, www.pzwl.pl. Nagrody prześlemy pocztą.

* alkohol etylowy * pismo obrazkowe * Miszna z Gerną * stolica Nawarry * filmowy chwyt komediowy * Widłobrody, mąż Świętosławy * niedotlenienie * hora pokoju * usztywnia gorset * miasto przy ujściu rzeki Seyhan * indyjski system ćwiczeń * wraz z Brutusem popełnił samobójstwo pod Filippi * kurara lub nikotyna * kurtyzana Zoli * język Zamenhofs * stolica Szwecji do XV w. * mądrzejsze od kury * piosenkarka grana przez Moro * nauka o ciałach organicznych * imię Mullera, króla strzelców mundialu * okrutnik, ciemniejsza * płynie w Bazylei * styren * przyrodnia siostra i żona Abrahama * lekarski szorstkolistny * partia Hitlera * z głową kobiety i uskrzydłonym tułowiem * region z Clermont-Ferrand * niechęć, uraza * Piotr, marszałek, zaufany Bony * rezus lub magot * całkowity niedobór * pozyskiwanie mleka * płynie w Bamako * bon, czek * ojciec Azji * najciężej upośledzony oligofrenik * parowanie wody * przystanek PKP * wyspa z Denpasar * pierwszy król niepodległej Grecji * szkic, rozprawa * kiwi * ignorantka * partnerka Kalego * wzgórze arystokracji cesarskiego Rzymu * otwór w ścianie * grała Nikifora i Babkę Kiepską * pneumoconiosis * drobna forma życia * brzeg żagla * Pallada * płynie w Krasnojarsku * magiczny korzeń mandragory * jednomasztowy wenecki statek żaglowy * Urho, premier i prezydent Finlandii * dur plamisty lub gorączka okopowa * patron ipsacji * cząstka ze statystyki Bosego-Einsteina * zacofanie * prodek Wizygoty * małpa z Gibraltaru * 31 gramów u jubilera * małe pudełko dla pań * Rybackie na Mierzei Wiślanej * król Izraela od 873 p.n.e. * chorda

BJER

Wydawca:

Naczelna Rada Lekarska



Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład: 170 060 egz.

Kolegium redakcyjne:
Jarosław Wanecki (przewodniczący)
Ryszard Golański
Konstanty Radziwiłł
Jolanta Malmyga
Wojciech Marquardt
Katarzyna Strzałkowska

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

Zastępca redaktora naczelnego:

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

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

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

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

Redakcja:
Tel. (22) 558 80 40
Fax (22) 558 80 42
redakcja@gazetalekarska.pl

Stale współpracują:

Artur Andrus (Warszawa)
Jerzy Badowski (Olsztyn)
Sławomir Badurek (Toruń)
Jarosław Klimek (Łódź)
Anna Lella (Olsztyn)
Agata Morka (Warszawa)
Sławomir Pietras (Poznań)
Małgorzata Serwach (Łódź)
Joanna Sokołowska (Płock)
Maria Domagała (Warszawa)

Redaktor portalu internetowego:
Mariusz Tomczak
m.tomczak@gazetalekarska.pl

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

Projekt i opracowanie graficzne:
Grzegorz Sztank

Reklama i marketing:

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

Ogłoszenia:

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

Druk: **RR Donnelley**
Global Print Solutions

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

**W celu zmiany adresu wysyłki „Gazety Lekarskiej”
prosimy kontaktować się z właściwą okręgową izbą lekarską.
Redakcja nie prowadzi list wysyłkowych, zarządzają nimi izby okręgowe.**



Okręgowa Izba Lekarska w Białymstoku
tel.: (85) 732 16 94
e-mail: bialystok@hipokrates.org



Okręgowa Izba Lekarska w Płocku
tel.: (24) 262 64 24
e-mail: oilplock@plocman.pl



Beskidzka Izba Lekarska w Bielsku-Białej
tel.: (33) 815 03 12/812 38 86 (wewn. 3)
e-mail: rejestr.lek@bil.bielsko.pl



Wielkopolska Izba Lekarska
tel.: (61) 852 58 60 (wewn. 108/115), kom.: 783 993 902
e-mail: rejestr@wil.org.pl



Bydgoska Izba Lekarska
tel.: (52) 346 00 84 (wewn. 13)
e-mail: luiza.domka@hipokrates.org



Okręgowa Izba Lekarska w Rzeszowie
tel.: (17) 717 77 17
e-mail: rzeszow@hipokrates.org



Okręgowa Izba Lekarska w Gdańsku
tel.: (58) 524 32 25
e-mail: rejestr@oilgdansk.pl



Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie
tel.: (91) 487 49 36 (wewn. 104/124)
e-mail: rejestr@oil.szczecin.pl



**Okręgowa Izba Lekarska
w Gorzowie Wielkopolskim**
tel.: (95) 722 54 95
e-mail: gorzow@hipokrates.org



Okręgowa Izba Lekarska w Tarnowie
tel.: (14) 688 88 30 (wewn. 26)
e-mail: tarnow@hipokrates.org



Śląska Izba Lekarska
tel.: (32) 60 44 210
e-mail: rejestr@izba-lekarska.org.pl



Kujawsko-Pomorska Izba Lekarska w Toruniu
tel.: (56) 655 41 60 (wewn. 18)
e-mail: a.lis@hipokrates.org



Świętokrzyska Izba Lekarska
tel.: (41) 362 13 81 (wewn. 15)
e-mail: sekretariat@sil.apsnet.pl



Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie
tel.: (22) 54 28 314/316
e-mail: rejestracja@oilwaw.org.pl



Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie
tel.: (12) 619 17 16
e-mail: rejestr57@hipokrates.org



Dolnośląska Izba Lekarska we Wrocławiu
tel.: (71) 798 80 50 (wewn. 55/56/57/82)
e-mail: rejestr.lekarzy@dilnet.wroc.pl,
i.skrabka@dilnet.wroc.pl, wpawelkowicz@dilnet.wroc.pl,
mjasien@dilnet.wroc.pl



Lubelska Izba Lekarska
tel.: (81) 536 04 85
e-mail: biuro@oil.lublin.pl



Wojskowa Izba Lekarska w Warszawie
tel.: (22) 621 12 11 (wewn. 186/175)
e-mail: wojsko@hipokrates.org



Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi
tel.: (42) 683 17 14/15/17
e-mail: biuro@oil.lodz.pl



Okręgowa Izba Lekarska w Zielonej Górze
tel.: (68) 323 66 81
e-mail: zielona.gora@hipokrates.org



Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska
tel.: (89) 539 19 29 (wewn. 45)
e-mail: olsztyn@hipokrates.org



Okręgowa Izba Lekarska w Koszalinie
tel.: (94) 346 73 65, kom. 600 016 634
e-mail: gabi@oil.koszalin.pl



Okręgowa Izba Lekarska w Opolu
tel.: (77) 454 59 39
e-mail: opole.rejestr@hipokrates.org



Okręgowa Izba Lekarska w Częstochowie
tel.: (34) 324 76 19 (wewn. 110)
e-mail: czestochowa@hipokrates.org

