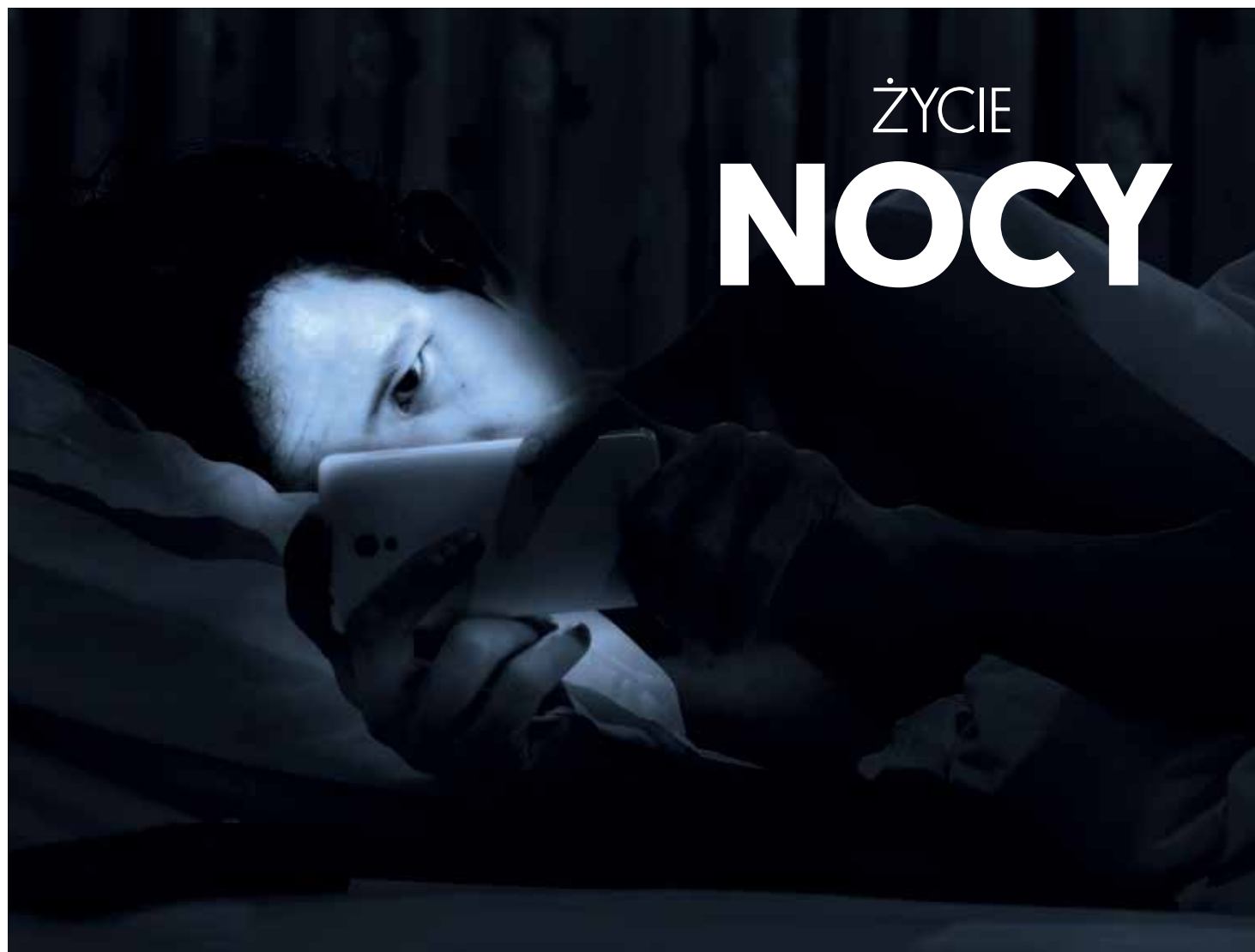


Gazeta Lekarska

) P I S M O I Z B L E K A R S K I C H



ŻYCIE
NOCY

TEMAT MIESIĄCA

Kij w POZ

Część lekarzy zyska, a część straci, opinie o zmianach w POZ są mocno podzielone

STOMATOLOGIA

CEDE wydarzenie z potencjałem

Środkowoeuropejska Wystawa Produktów Stomatologicznych w Poznaniu

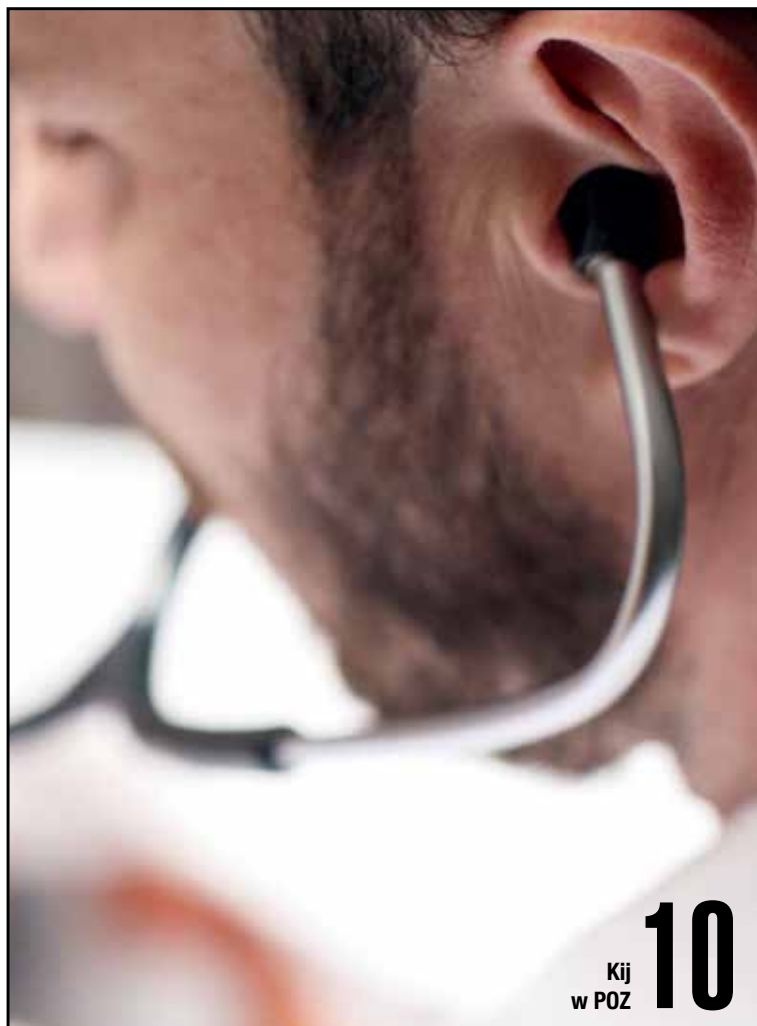
PRAWO I MEDYCYNĄ

Pod paragrafem

Kontrowersje wokół przepisów regulujących zawody lekarza i lekarza dentystry

Spis treści

- 4 **Na wstępie** R. Golański: Lepsze wrogiem dobrego
- 6 **Pierwszym głosem** M. Hamankiewicz: Bo tak im...
- 7 **Skrining**
- 9 **Obserwacje** S. Badurek: Zanim nadejdzie jesień
- 10 **Temat miesiąca:** Kij w POZ
- 14 **Rozmowa o zdrowiu:** To nie jest jakieś gadanie przy herbatce
- 17 **Nasi w Europie** A. Lella: Światowy Parlament Stomatologiczny w Madrycie
- 18 **Ze świata:** Drzwi szeroko otwarte
- 20 **Samorząd:** Meritus Pro Medicis 2005
- 22 **Zgryz** L. Dudziński: Wiele dobrych inicjatyw
- 24 **Stomatologia:** CEDE wydarzenie z potencjałem
- 28 **Punkt widzenia** J. Małmyga: Jesienne polepszacze humoru
- 30 **Prawo i medycyna:** Pod paragrafem
- 34 **Kodeks Etyki Lekarskiej:** Zaświadczenia bez badania
- 35 **Reportaż:** Życie nocy
- 38 **Lekarskie towarzystwa naukowe:** Samodzielna i w pełni niezależna
- 40 **Stukot białych trepów:** Lekarzem jest się całe życie
- List do redakcji**
- 42 **Nauka w skrócie**
- 43 **Polskie innowacje:** Ostatnia możliwa terapia
- 44 Cierpliwość procentuje
- 45 **Praktyka lekarska:** Ja się zaszczepiłem, a Ty?
- 46 W sieci sumienia
- 48 W sprawie suplementów diety
- 50 Na medycynę!
- 52 Plan finansowy NFZ: optymizm dla wybranych
- 54 Koszmar bezdechu
- 56 Przystaw pieczętkę na ekranie komputera
- 57 Wszyscy jesteśmy lekarzami
- 58 Raport wymaga weryfikacji
- 60 **List do redakcji**
- 62 **Historia i medycyna:** Janusz Korczak i jego Warszawa
- 64 **Indeks korzyści:** Dziadek Jacek – stażystom
- 66 **Ze sceny** A. Andrus: Żart na miarę
- 67 **Kultura:** Garstka słów dla Wiktora
- 68 **Błąd malarski:** W ramionach
- 70 **Kultura**
- Nasza czytelnia**
- 72 **Sport**
- 74 **Ogłoszenia**
- 80 **Komunikaty**
- 81 **Epikryza [72]** J. Wanecki: Słuchanie
- 82 **Jolka lekarska**



Kij
w POZ **10**



14 To nie jest jakieś
gadanie przy herbatce



Na medycynę! **50**



WIĘCEJ NA WWW.GAZETALEKARSKA.PL

SIEĆ SZPITALI

Od 1 października obowiązuje sieć szpitali. Poza nią znalazło się ok. 320 placówek mających zawarte kontrakty z NFZ.

ONKOLOGIA

Podczas spotkania w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów zapowiedziano m.in. powstanie sieci ośrodków referencyjnych.

Lepsze wrogiem dobrego

Postęp polega na tym, że zmieniamy to, co zastaliśmy, i to, co nas otacza. Istotą zmian niosących postęp jest poprawianie rzeczywistości. Jednak stare porzekadło: lepsze jest wrogiem dobrego, nakazuje staranne przemyślenie i przygotowanie wprowadzanych nowelizacji.



Ryszard Golański

Redaktor naczelny
„Gazety Lekarskiej”

Młodzi lekarze i lekarze dentyści, którzy po ukończeniu studiów obowiązani są do przystąpienia do Lekarskiego Egzaminu Końcowego i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego zderzyli się z próbą poprawienia systemu kształcenia medyków. Przed okresem urlopowym uruchomiono System Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych (SMK).

W samorządzie lekarskim zapowiedzi związane z tym systemem budziły wiele znaków zapytania i obaw. Pisaliśmy o tym na naszych łamach. Teraz mamy praktyczną próbę jego zastosowania. O trudnościach naszych młodych koleżanek i kolegów związanych z tą nowością pisze Filip Dąbrowski na str. 56. Przyznać trzeba, że to niezbyt fortunne wejście w system edukacji lekarzy. Kolejnym testem będzie nabór na miejsca rezydentkie.

Tematem tego numeru są zmiany, jakie mają przynieść regulacje zawarte w przepisach ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej. Według wielu opinii ten fragment ochrony zdrowia funkcjonował lepiej niż szpitalnictwo i ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Nie zmienia to faktu, że w wielu poradniach tworzyły się kolejki do lekarzy pierwszego kontaktu. Na ile proponowane zmiany poprawią ten dostęp, na ile opieka skoordynowana zapewni pacjentom szybką diagnostykę i skuteczne leczenie – tego na razie

nie wie nikt. Opinie w tej sprawie, co jest naturalne, zależą w dużym stopniu od tego, jaką specjalizację reprezentuje wypowiadająca się osoba. Więcej na str. 10.

Wrzesień w wielu izbach okręgowych jest gorącym okresem wyborczym. W części z nich wybory dopiero się rozpoczęły. Jedną izbą – świętokrzyską, wybory już zakończyła. Dużo wcześniej niż inne izby, bo w październiku, zaplanowano w Kielcach zjazd sprawozdawczo-wyborczy. Większość zjazdów odbędzie się wiosną przyszłego roku, a na koniec maja zaplanowano w Warszawie Krajowy Zjazd Lekarzy. Większa niż do tej pory będzie liczba delegatów na ten zjazd, zmienią się też nieco parytety pomiędzy izbami. Według wstępnych danych z Krajowej Komisji Wyborczej, gromadzącej informacje o wyborach już odbytych, frekwencja w głosowaniu korespondencyjnym jest do tej pory nieco niższa niż cztery lata temu. Może to dziwić, bo jest to przecież bardzo wygodny dla lekarza sposób oddania głosu. Bywają rejony, w których dopiero mobilizacja koleżanek i kolegów w dniu wystawienia urny wyborczej pozwala zapewnić wymagane quorum. Za wcześniej na podsumowania. Przyjdzie na nie czas po całkowitym zakończeniu wyborów, ale już teraz trzeba myśleć o przeprowadzeniu analizy przyczyn braku zainteresowania wyborami w samorządzie lekarskim u sporej części lekarzy czy wręcz niechęci do wzięcia w nich udziału.

Ponawiam prośbę o podzielenie się z Czytelnikami „Gazety Lekarskiej” wrażeniami z urlopu spędzonego w ciekawych miejscach lub okolicznościach. (O)

MIGAWKA

Podczas odbywającej się 15 września Naczelnej Rady Lekarskiej rozmawiano z ministrem zdrowia Konstantym Radziwiłem o aktualnych problemach w ochronie zdrowia.



FOTO: KATARZYNA STRZAŁKOWSKA

Dokumentacja medyczna na nowo

W jednym z poprzednich numerów „Gazety Lekarskiej” przedstawiałem państwu zmiany w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wprowadzone ustawą z 23 marca 2017 r. Weszły one w życie 11 maja 2017 r. [Dz.U. 2017 r., poz. 836]. Teraz dokładniej omówię zupełnie nowe uregulowania w zakresie dokumentacji medycznej, które przyniosła ta ustawa.

 **JAROSŁAW KLIMEK** Radca prawny OIL w Łodzi

Najistotniejsze wydają się zagadnienia postępowania z dokumentacją medyczną po zakończeniu (zaprzestaniu) prowadzenia gabinetu. Można je podzielić na dwie zasadnicze grupy. Do pierwszej zalicza się zakończenie działalności gabinetu z powodu śmierci lekarza, do drugiej wszystkie inne przypadki zakończenia działalności (np. na wniosek lekarza, z powodu rażącego naruszenia warunków wymaganych do prowadzenia gabinetu, zakazania prowadzenia działalności).

Jeśli działalność gabinetu zostaje przejęta przez inny podmiot leczniczy, to jest on zobowiązany i uprawniony do przejęcia dokumentacji medycznej (art. 30a ust. 2 ustawy o prawach pacjenta). Taka sytuacja może mieć również miejsce, gdy następcy prawni będą kontynuować prowadzenie gabinetu zmarłego lekarza (z informacji medialnych wynika, że bardzo zaawansowane są prace nad projektem wprowadzenia przepisów regulujących zasady sukcesji jednoosobowej działalności gospodarczej).

Jeśli lekarz prowadzący gabinet definitywnie kończy udzielanie świadczeń zdrowotnych, to ma on obowiązek zawrzeć z innym podmiotem leczniczym umowę o przechowywanie dokumentacji medycznej (art. 30a ust. 3 pkt 2) ustawy o prawach pacjenta). Dane podmiotu, który będzie przechowywał dokumentację medyczną, muszą zostać zgłoszone izbie lekarskiej, która wpisała gabinet do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, i zostaną umieszczone w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Jeśli izba lekarska nie otrzyma takiej informacji, lekarz musi zostać wezwany do wskazania w wyznaczonym terminie nazwy (firmy) i adresu podmiotu, z którym zawarł umowę o przechowywanie dokumentacji medycznej (art. 30a ust. 4 ustawy o prawach pacjenta). Jeśli lekarz zastosuje się do tego wezwania, to dane przechowawcy wpisywane są do rejestru. Jeśli termin na wykonanie tego obowiązku upłynie bezskutecznie, to izba lekarska uprawniona jest do określenia sposobu postępowania

z dokumentacją medyczną. Decyduje zatem, kto tę dokumentację będzie przechowywał, a koszty z tym związane zobowiązany jest ponieść podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych podlegający wykreśleniu (lekarz prowadzący likwidowany gabinet). Koszty te, o ile nie zostaną dobrowolnie zapłacone, podlegają przymusowemu ściągnięciu w trybie egzekucji administracyjnej. Ustawa nie pozwala jednak na stosowanie przymusu administracyjnego do samego wydania dokumentacji.

W przypadku śmierci lekarza, który prowadził gabinet, pozostawiona przez niego dokumentacja medyczna stanowiła problem zarówno dla jego następców, jak i pacjentów. Omawiane zmiany są próbą jego rozwiązania, jednak czas pokaże, czy skuteczną. Ustawa o prawach pacjenta w nowym brzmieniu przewiduje, że dokumentacja taka ma trafiać do właściwej okręgowej izby lekarskiej (art. 30a ust. 3 pkt 3 ustawy o prawach pacjenta). Ta z kolei może powierzyć innemu podmiotowi, w drodze umowy zawartej na piśmie, przetwarzanie danych zawartych w dokumentacji medycznej prowadzonej przez zmarłego lekarza. Samorząd lekarski ma otrzymywać z budżetu Ministra Zdrowia środki finansowe na pokrycie kosztów czynności administracyjnych związanych z realizacją tych zadań. Historia pokazuje jednak, że nie będą to środki wystarczające. Nie jest to też jedyny problem ze stosowaniem nowych przepisów. Pojawiają się wątpliwości co do tego, na kim ciąży obowiązek przekazania dokumentacji medycznej izbie lekarskiej. Powinni to być spadkobiercy zmarłego lekarza. Kolejne związane są ze stanem przekazywanej dokumentacji. Przepisy regulujące funkcjonowanie archiwów wymagają, żeby przekazywana dokumentacja była uporządkowana. Pytanie jednak, kto ma ją porządkować, jeśli spadkobiercy nie wykonują zawodu medycznego i zwyczajnie się na tym nie znają. To z kolei rodzi kolejne znaki zapytania – czy dokumentację taką mogą zajmować się osoby inne niż wykonujące zawód medyczny. Organy samorządu lekarskiego próbują znaleźć rozwiązanie tych kwestii i zapewne niedługo trafić będą do państwa informacje o efektach tych prac. 

Bo tak im...

Młodzi lekarze szykowali się do drogi po całej Polsce, by zdawać Lekarski Egzamin Końcowy daleko od miejsca zamieszkania – bo tak im zostało wyznaczone przez CEM. Młodzi lekarze szukali notariuszy i pytali o „zgówność z oryginałem” – bo taki los im przeznaczono w Systemie Monitorowania Kształcenia.



Maciej Hamankiewicz

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej

Młodzi lekarze nie otrzymali w stosownym czasie urzędowych informacji, czy konieczne jest dołączenie do wniosku o specjalizację skanu dokumentu potwierdzającego średnią ocen uzyskaną w trakcie studiów, bo nikt nie pomyślał, że może im się przydać. Młodzi lekarze obawiali się, że nie będą mogli rozpocząć specjalizacji w wybranej przez siebie jednostce z powodu usterek w działaniu SMK. Kolokwialnie mówiąc: młodzi mieli pod górę, co mniej kolokwialnie zgłosiłem odpowiadającym za to władzom. Parę dni potem, 12 września, na stronie CEM pojawił się komunikat, że są już wyniki LEK, do którego przystąpiło 1275 osób, a na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia pojawił się „Podręcznik użytkownika systemu monitorowania kształcenia pracowników medycznych – wnioskowanie o rozpoczęcie szkolenia specjalizacyjnego”. Jakis pożar na chwilę ugaszono, ale jestem pewien, że jeszcze nie raz w najbliższym czasie przyjdzie nam bawić się w strażaków.

W ostatnim numerze „Gazety Lekarskiej” wspominałem o dwóch lekarzach, którzy zmarli w miejscach swojej pracy. Nie wiedziałem wówczas, że przyjdzie się zmierzyć z kolejnym tragicznym zdarzeniem. Kolega chirurg miał zawał pomiędzy jednym a drugim dyżurem. Tym razem czas był już powakacyjny, więc media odżyły z pytaniami o przepracowanie, stres, warunki pracy w Polsce, emigrację, ale także o zachłanność naszego środowiska. Na ile jesteśmy przymuszani do dyżurowania i ratujemy tak naprawdę służbę zdrowia po godzinach, a na ile sami chcemy mieć więcej w kieszeni.

Ja jestem przekonany, że to właśnie ratowanie służby zdrowia jest przyczyną wypalenia zawodowego, rozpadu rodzin i skróconego czasu życia lekarzy. A przypadki, o których słyszemy, to wierzchołek góry lodowej. Jeden z dyrektorów szpitali napisał do mnie: „ubolewam, że przyczynkiem troski o warunki pracy lekarzy jest zdarzenie ekstremalne, a nie analizy rynku pracy tej grupy zawodowej”. Panie Dyrektorko, ubolewam wraz z Panem. Zaznaczam jednak, że rzeczowa dyskusja na temat norm czasu pracy będzie musiała opierać się

o szpitalne podwórka, gdzie – póki co – nie dostrzega się znaczenia faktu, czy lekarz jest pracownikiem zatrudnionym etatowo, czy wykonującym pracę w ramach własnej działalności gospodarczej i gdzie – w wielu przypadkach – utrzymywana jest klauzula opt-out. Ja żądam tej dyskusji od Ministra Zdrowia, bo uważam, że „lepszemu żywy lekarz niż martwy”, a nie jak mówi Pan Minister „lepszemu przemęczonemu lekarzowi niż żaden”.

Skoro przywołałem niezgodę ze zdaniem ministra, to i przywołałem zgodę w jednym z tematów, jakie omawiano na konferencji „Prawo w obliczu zmian” współorganizowanej przez NIL. Pojawiło się światło w tunelu w zakresie tajemnicy lekarskiej. Konstanty Radziwiłł powiedział, co i samorząd lekarski podkreśla od momentu wejścia przepisów, że prawo jest złe i nie może być tak, aby lekarz mógł ujawniać osobom bliskim tajemnicę lekarską po śmierci chorego – bez względu na to, czy chory życzył sobie tego za życia czy nie. Pan minister dokładnie powiedział tak: „przepisy idą za daleko, jestem gotów wesprzeć zmianę”. Nareszcie!

Jadąc autostradą, w okolicach Piotrkowa Trybunalskiego oniemiałem. Na jednym z billboardów zobaczyłem zdjęcie płaczącego dziecka, nad nim ogromna dłoń w niebieskiej rękawicy, trzymająca strzykawkę, otoczona napisami grypa, polio, WZW B, MMR II i parę innych. Obok wypisane wielkimi zakrwawionymi literami hasło: „Szczepienia czy ludobójstwo?”. Pomyślałem: w chorym kraju żyjemy, skoro ktoś może bezkarnie takie plakaty rozwieszać przy publicznej drodze. Jeszcze bardziej oniemiałem parę dni później, kiedy ogłoszono organizację konferencji antyszczepionkowej w Sejmie RP. W polskim Sejmie?! Na pewno?! Wrażenie po billboardach to było nic wobec takiego newsa. Po szybko toczącej się burzy medialnej zrezygnowano z tego pomysłu. Powód: konferencja była komercyjna i trzeba było zapłacić za udział. Wrażenie po informacji o organizacji to było nic wobec takiego wytłumaczenia.

Jak w każdym numerze – apeluję o 6% PKB na zdrowie. ☺

Salus aegroti...

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zaapelowało do lekarzy i lekarzy dentyków, aby o naciskach na stosowanie zasad postępowania służących zmniejszeniu obciążenia finansowego szpitala kosztem jakości i bezpieczeństwa leczenia informowali rzeczników praw lekarza powołanych przy okręgowych izbach lekarskich oraz Rzecznika Praw Lekarza powołanego w Naczelnej Izbie Lekarskiej. Chodzi o próby nacisku na lekarzy, zmierzające do dzielenia pacjentów na etapie przyjęcia do szpitala na pożądanych i niepożądanych z punktu widzenia rachunku ekonomicznego szpitala oraz dobierania ich

do leczenia pod kątem opłacalności dla szpitala. Lekarze poddani takim naciskom powinni, zdaniem Prezydium NRL, postępować zgodnie z naczelną zasadą wykonywania zawodu „salus aegroti suprema lex” oraz obowiązującymi przepisami prawa. „Już obecnie połowa lekarzy i lekarzy dentyków stwierdza, że wymagania płatników powodują konflikt z zasadami etyki zawodowej. Nowe zasady finansowania połączone z pogłębiającym się niedostatkiem środków w ochronie zdrowia mogą te niekorzystne zjawiska spotęgować” – czytamy w stanowisku. Więcej na stronie www.nil.org.pl.



Katarzyna Strzałkowska

Rzecznik prasowy
Naczelnej Izby
Lekarskiej

KZL — mandaty

Naczelna Rada Lekarska ustaliła liczbę mandatów dla delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy na okres VIII kadencji 2018-2022 na 466, w tym 362 mandaty dla lekarzy i 104 mandaty dla lekarzy dentyków. Najbliższy Krajowy Zjazd Lekarzy, na którym zbiorą się delegaci, odbędzie się 25-26 maja 2018 r. i będzie zjazdem sprawozdawczo-wyborczym.

Dali przykład

15 września br. lekarze i lekarze dentyści – zgodnie z wcześniejszymi zapowiedziami – dali przykład i zaszczepili się przeciwko grypie.

Według Programu Szczepień Ochronnych szczepienie przeciwko grypie rekomendowane jest ze wskazań klinicznych i indywidualnych: osobom po transplantacji narządów; przewlekle chorym dzieciom (od ukończenia 6. miesiąca życia) i dorosłym; osobom w stanach obniżonej odporności; dzieciom z grup ryzyka od ukończenia 6. miesiąca życia do 18. roku życia, dzieciom z wadami wrodzonymi serca; kobietom w ciąży lub planującym ciążę. Ze wskazań epidemiologicznych szczepienie przeciwko grypie rekomendowane jest wszystkim osobom od ukończenia 6. miesiąca życia, a w szczególności m.in. pracownikom ochrony zdrowia.

Jak podawała zaproszona na posiedzenie NRL doc. Aneta Nitsch-Osuch z Ogólnopolskiego Programu Zwalczania Grypy, jedna czwarta pracowników ochrony zdrowia ma corocznie kontakt z wirusem grypy. Dlatego też – jej zdaniem – przedstawiciele personelu medycznego oraz pionu administracyjnego mającego kontakt z chorymi

Dobry przykład liderów



Wzajemnie się zaszczepili, gdyż, to jest nie przesadzając – mówi kierownik Szpitala Wojciech Ziemba, który właśnie bierze udział w szczepieniu przeciwko grypie. Jak powiedział lekarz jest wielu.

Szczepienia – lekarze dają przykład (foto)



powinni szczególnie poddawać się szczepieniom ochronnym. Podkreśliła, że szczepienia to obowiązek moralny i etyczny lekarza względem pacjentów. Pogratulowała samorządowi lekarskiemu pomysłu zorganizowania akcji „Lekarze dają przykład” i zaznaczyła, że to najlepszy sposób prozdrowotnego przemawiania do społeczeństwa. W jej prezentacji pojawił się slajd z ubiegłorocznego szczepienia w NIL, gdzie lekarze i lekarze dentyści zaszczepili się przeciwko pneumokokom.





Wiek emerytalny

Od 1 października 2017 r. wchodzi w życie ustawa określająca minimalny wiek emerytalny – dla kobiet: 60 lat, dla mężczyzn: 65 lat. Według Centralnego Rejestru Lekarzy (stan danych na 31.08.2017) w dniu 1 października 2017 r. liczba ogólna lekarzy wyniesie: kobiety, które ukończyły 60 lat – 26 848; mężczyźni, którzy ukończyli 65 lat – 12 222, w tym wykonujący zawód: kobiety, które ukończyły 60 lat – 19 914; mężczyźni, którzy ukończyli 65 lat – 9 238. Liczba ogólna

lekarzy dentystów wyniesie: kobiety, które ukończyły 60 lat – 9 767; mężczyźni, którzy ukończyli 65 lat – 1 145, w tym wykonujący zawód: kobiety, które ukończyły 60 lat – 5 722; mężczyźni, którzy ukończyli 65 lat – 741. Liczba ogólna lekarzy z podwójnym prawem lekarz/lekarz dentysta: kobiety, które ukończyły 60 lat – 73; mężczyźni, którzy ukończyli 65 lat – 56, w tym wykonujący zawód kobiety, które ukończyły 60 lat – 55; mężczyźni, którzy ukończyli 65 lat – 46. ○

Błędy w SMK

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Maciej Hamankiewicz wystąpił do Ministra Zdrowia z prośbą o pilną interwencję w sprawie błędów, jakie pojawiły się w Systemie Monitorowania Kształcenia. Błędy te zostały zgłoszone przez młodych lekarzy składających wnioski o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego – w tym roku obowiązkowo poprzez system elektroniczny.

Lekarze sygnalizowali utrudnienia takie jak: brak instrukcji obsługi systemu; przedkładanie skanu potwierdzonego za zgodność z oryginałem przez notariusza bądź urząd wojewódzki (samo określenie „skan potwierdzony za zgodność z oryginałem” ich zdaniem wprowadzało w błąd, bo chodzi w istocie o skan dokumentu potwierdzonego za zgodność z oryginałem); nierealnymi terminami uzupełnianie wniosku o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego o skan świadectwa złożenia LEK (23 września 2017 r. nie mogli uzupełnić wniosku o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego o skan świadectwa złożenia LEK, ponieważ świadectwo egzaminu otrzymają dopiero 21 dni od dnia złożenia egzaminu, czyli dopiero około 16 października); brak informacji o sposobie złożenia dokumentów dodatkowych np. zaświadczenia lekarskiego o przeciwwskazaniach do kontynuowania dotychczasowej specjalizacji. Więcej na str. 56. ○

Finansowanie zdrowia



Warsztaty w ramach projektu „Razem dla Zdrowia”

11 września br. odbyły się warsztaty „System ochrony zdrowia, z którego zadowoleni są pacjenci – finansowanie systemu i świadczeń” organizowane w ramach projektu „Razem dla Zdrowia”. Naczelna Izba Lekarska razem z Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych oraz Naczelną Izbą Aptekarską jest partnerem Fundacji My Pacjenci. Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój.

Ze strony NIL czynnie uczestniczyli: wiceprezysi NRL prof. Romuald Krajewski, który wraz z prezesem Fundacji My Pacjenci Ewą Borek poprowadzili to spotkanie, oraz dr Leszek Dudziński, który m.in. zaapelował o adekwatność „koszyka świadczeń gwarantowanych”

do wielkości środków publicznych przeznaczanych na ochronę zdrowia. O finansowanie ochrony zdrowia zapytano przedstawicieli ministerstw. Wiceminister zdrowia Katarzyna Głowala mówiła o dodatkowych 281 mln zł m.in. na sprzęt dla ośrodków onkologicznych i neonatologicznych czy dentobusy. Wiceminister rozwoju Paweł Choraży wspominał o dużych kosztach wykształcenia lekarza i pomyśle odpracowywania przez lekarza przynajmniej jakiejś części nakładów poniesionych przez państwo z tytułu zdobycia dyplomu. Uczestnicy warsztatów zgodzili się co do tego, że udział publicznych środków przeznaczanych na zdrowie jest w naszym kraju niewystarczający. ○



Więcej na
www.gazetalekarska.pl


Sławomir Badurek

Diabetolog, publicysta medyczny

Zanim nadejdzie jesień

Właśnie dostałem pismo informujące o wysokości przyszłej emerytury. Jeśli będę pracował do 67. roku życia, płacąc składki średnio w tej samej wysokości co dotychczas, moja emerytura wyniesie niespełna 1200 zł brutto.

Gdybym przez ostatnich kilkanaście lat był zatrudniony na etacie, a nie kontrakcie, byłaby to kwota o kilkaset złotych wyższa, ale i tak niższa od minimalnego wynagrodzenia z bieżącego roku, wynoszącego 2000 zł brutto.

Takie są perspektywy dla lekarzy, którym do przejścia na emeryturę pozostało 15-20 lat. Perspektywy, należy mocno podkreślić, mgliście zarysowane i opierające się na założeniach, że nic się nie zmieni. Ergo: nas ani naszych najważniejszych partnerów gospodarczych nie dotknie w tym czasie poważny kryzys, budżet nadal będzie pompował pieniądze w Fundusz Ubezpieczeń Społecznych, liczba płacących składki pokryje się z prognozami, a wiek emerytalny będzie wynosił 65 i 67 lat (w mojej ocenie nie ma na dłuższą metę szans na utrzymanie ponownie wprowadzonych niższych limitów wiekowych). Jedno jest pewne: jeśli szczęśliwie doczekamy wieku emerytalnego, będziemy mogli liczyć na skromny zasiłek, który być może wystarczy na koszty utrzymania mieszkania lub domu. I raczej na nic poza tym, choć gdy rząd premiera Buzka wprowadzał reformę emerytalną, obiecywano przyszłym emerytom wczasy pod palmami. Nie wiem, czy na te palmy ktoś dał się wtedy nabrać, ale emerycki wypoczynek pod gruszą wydawał się całkiem realny.

Mimo że kolejni rządzący mają nas bajeczkami o korzyściach oszczędzania w ZUS-ie, szukając kolejnych forteli, jak tu jeszcze mocniej połączyć nasze kieszenie z tą czarną dziurą, stopa zastąpienia, czyli wysokość emerytury w stosunku do ostatniej pensji, systematycznie maleje. Dziś wynosi około 50 proc., a w perspektywie kilkunastu, a być może nawet kilku lat, spadnie do 30-35 proc. Oznacza to, że dryfujemy w kierunku systemu emerytur socjalnych. Nie jest to złe rozwiązanie, pod warunkiem dobrej organizacji i jasno określonych reguł. Modelowy przykład to Nowa Zelandia. By otrzymać gwarantowane przez państwo świadczenie, należy zamieszkiwać na

obszarze Nowej Zelandii przez co najmniej 10 lat po 20. roku życia, w tym przynajmniej 5 lat po 50. roku życia. Gwarantowana przez państwo emerytura nie jest wysoka, dlatego 80 proc. aktywnych zawodowo Nowozelandczyków dobrowolnie oszczędza na przyszłą emeryturę w ramach państwowego programu KiwiSaver. U nas na podobnych zasadach funkcjonują PPE, IKE i IKZE, ale wszystkie z nich były w stanie przyciągnąć ledwie 6 proc. pracujących.

Niezależnie, o jakim systemie byśmy nie mówili, powinniśmy na emeryturę oszczędzać. Samodzielnie, systematycznie, długookresowo i w sposób zdywersyfikowany. Jeśli nie należy się do jednej z kilku, obdarzonych specjalnymi emerytalnymi przywilejami, nadzwyczajnych kast ludzi, takich jak sędziowie, prokuratorzy, żołnierze, policjanci albo górnicy, oszczędzanie jest absolutną koniecznością, bo alternatywą jest bieda i liczenie na łaskę pomocy społecznej po zakończeniu aktywności zawodowej. Nie ma co zakładać, że „jestem lekarzem i na pewno sobie jakoś dorobię”. Jest to w mojej ocenie tak samo niedorzeczne jak założenie, że „emerytury na pewno nie dożyję”. Dwie trzecie z nas dożyje, większość będzie w stanie podjąć pracę, ale w ograniczonym wymiarze i przez kilka lat. Tak mówi statystyka. Podpowiada ona również, że w Polsce mężczyzna, który osiągnie 67. rok życia, będzie żył jeszcze 15, a kobieta prawie 20 lat. I na mniej więcej tyle trzeba się przygotować finansowo. Truizmem jest stwierdzenie, że najlepiej byłoby mieć tyle pieniędzy, ile podczas pracy na dwa etaty, i jednocześnie cieszyć się całorocznym urlopem. Lepiej zejść na ziemię i na przykład założyć, że zadowolili nas średnia krajowa (obecnie to 4,5 tys. zł brutto). Biorąc pod uwagę prognozowaną wysokość proponowanego przez ZUS świadczenia, oznacza to odkładanie po około 3 tys. zł miesięcznie przez przynajmniej 15-20 lat. To sporo, ale takie są realia i lepiej mieć ich świadomość. Także podczas stawiania postulatów płacowych, tudzież w kontrze do wypominających nam rzekomo duże zarobki. ○

Kij w POZ



**Mariusz
Tomczak**

Dziennikarz
„Gazety Lekarskiej”

Resort zdrowia włożył przysłowiowy kij w mrowisko. Opinie o planowanych zmianach w POZ są mocno podzielone, bo po wejściu w życie ustawy część lekarzy zyska, a część straci. Jedni i drudzy mają swoje racje. Powody do niepokoju mają na pewno pediatrzy.



To kolejny element zmian systemowych, które wprowadza minister Konstanty Radziwiłł. Po sieci szpitali teraz wprowadzamy zmiany w podstawowej opiece zdrowotnej – powiedziała premier Beata Szydło na konferencji prasowej po tym, jak rząd przyjął przygotowany przez resort zdrowia projekt ustawy o POZ. Dodała, że jednym z celów regulacji jest likwidacja nadmiernych kolejek.

– Więcej pacjentów powinno leczyć się u lekarzy rodzinnych. Chcemy zachęcać lekarzy POZ do brania odpowiedzialności za swoich pacjentów i przekonywania chorych, że można im powierzyć swoje zdrowie – deklaruje minister zdrowia Konstanty Radziwiłł, notabene specjalista medycyny rodzinnej. O potrzebie dużych zmian w POZ czytamy w dołączonym do projektu ustawy uzasadnieniu. Z europejskich badań porównawczych wynika, że pod względem

ładu organizacyjnego w POZ wypadamy gorzej niż inne państwa. Tymczasem to opieka podstawowa odgrywa kluczową rolę w systemie ochrony zdrowia, stanowiąc punkt wejścia pacjentów do systemu. Jej sprawność i skuteczność w ogromnym stopniu decyduje o efektywności całego systemu, co jest na wagę złota z uwagi choćby na szacowane podwojenie liczby seniorów w naszym kraju do 2060 r. i systematyczny wzrost populacji pacjentów chorujących przewlekłe.

^ **Opieka podstawowa odgrywa kluczową rolę w systemie ochrony zdrowia.**

W SKŁAD ZESPOŁU POZ, KTÓRY MA PRACOWAĆ W OPARCIU O ZASADĘ NIEZALEŻNOŚCI ZAWODOWEJ SWOICH CZŁONKÓW, WEJDĄ: LEKARZ POZ, PIELĘGNIARKA POZ I POŁOŻNA POZ.

Główne założenia ustawy o POZ znane są od wielu miesięcy. Prace nad nią trwały od dawna. Do konsultacji publicznych projekt trafił na przełomie grudnia i stycznia, ale przez kilka kolejnych miesięcy priorytetem Ministerstwa Zdrowia była sieć szpitali. W skład zespołu POZ, który ma pracować w oparciu o zasadę niezależności zawodowej swoich członków, wejdą: lekarz POZ, pielęgniarka POZ i położna POZ. Ten pierwszy, jako koordynator zespołu, ma decydować o postępowaniu terapeutycznym pacjenta, będąc (jak wyjaśnia resort) „przewodnikiem pacjenta w systemie”, zapewniając „ciągłość i kompleksowość opieki nad nim”. Ustawa wprowadzi model opieki koordynowanej nad pacjentem. Jak czytamy w uzasadnieniu projektu ustawy, należy go postrzegać jako „strategię zmierzającą do stworzenia systemu ukierunkowanego na pacjenta, w którym kładzie się większy nacisk na działania zapobiegawcze”. Świadczeniodawcy zostaną zobowiązani m.in. do zapewnienia profilaktycznej opieki zdrowotnej adekwatnej do wieku i płci pacjenta, badań diagnostycznych i konsultacji specjalistycznych zgodnie z indywidualnym planem diagnostyki, leczenia i opieki. Przepisy wprowadzą także wymóg wyznaczenia tzw. koordynatora administracyjnego. To w jego gestii spocznie organizacja procesu leczenia (np. udzielanie pacjentowi informacji). Nadal będzie można prowadzić działalność w ramach: różnych podmiotów leczniczych (przedsiębiorcy: osoby fizyczne lub prawne, organizacje pozarządowe, samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej), praktyk zawodowych (indywidualne i grupowe; lekarskie, pielęgniarskie lub położnych). Ustawa, z pewnymi wyjątkami, ma wejść w życie z dniem 1 grudnia br.

ROLA MEDYCyny RODZINNEJ

– Założenia ustawy może i są przyszłościowo dobre, ale ani w tej chwili, ani w najbliższym czasie, nie są możliwe do realizacji, a szczególnie w naszych realiach – uważa Bożena Janicka, prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia. W jej opinii reforma POZ nie uda się bez przeprowadzenia kampanii informacyjnej wśród pacjentów, zwiększenia zatrudnienia kadry lekarskiej i pielęgniarskiej, zapewnienia większych nakładów finansowych oraz

radikalnej zmiany w kształceniu przed- i podyplomowym. – Jeśli reforma ma spełniać swoje zadania, to potrzebujemy młodych lekarzy, i to już – mówi dr Janicka, dodając, że w niektórych placówkach na jednego lekarza „przypada” nawet 4 tys. pacjentów. W stanowisku zarządu krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy czytamy, że próba skłonienia części pacjentów aktualnie korzystających z ambulatoryjnej opieki specjalistycznej do leczenia w POZ wydaje się „słuszną i merytorycznie uzasadnioną”, ale realizacja tego celu przedstawiona w projekcie ustawy jest błędna. W ocenie OZZL przede wszystkim należy „zmotywować finansowo” pacjentów do „bardziej racjonalnego korzystania” z porad lekarskich. Zarząd główny Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej wytyka, że projekt ustawy nie opisuje docelowej sytuacji w regulowanym sektorze, a bez zapoznania się z rozporządzeniami precyzującymi planowane zmiany nie jest możliwa rzetelna ocena dokumentu. „Konieczne jest skierowanie do konsultacji społecznych całego pakietu tych regulacji, wraz ze stosownymi rozporządzeniami, do których odnoszą się zapisy ustawy” – napisali prof. Jarosław Drobnik i prof. Agnieszka Mastalerz-Migas, prezes i wiceprezes PTMR, w piśmie skierowanym do ministra zdrowia. Cieszą się jednak, że wiodącą rolę przyznano lekarzowi rodzinemu. Przedstawiciele towarzystwa podkreślają, że specjalista medycyny rodzinnej powinien być podstawą funkcjonowania POZ, a docelowo wszyscy lekarze POZ powinni posiadać taką specjalizację, gdyż w ich opinii daje ona najszerze kompetencje do zajmowania się pacjentem w tej części systemu opieki zdrowotnej.

DEFINICJA LEKARZA POZ

Z wytyczenia kierunku zmian w POZ opartego o medycynę rodzinną cieszy się również Agnieszka Jankowska-Zduńczyk, konsultant krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej. – Jako lekarze specjaliści

NA OBOWIĄZUJĄCYM SYSTEMIE FINANSOWANIA POZ RESORT NIE POZOSTAWIA SUCHEJ NITKI, WSKAZUJĄC, ŻE NIE ZACHĘCA DO „PROAKTYWNEJ POSTAWY”

reprezentujący część medycyny poświęconej wyłącznie POZ, mówiliśmy od dawna, że istnieje potrzeba postawienia problemów pacjenta w jej centrum, tak by to wokół niego wytyczyć organizację opieki zdrowotnej na podstawowym poziomie – mówi dr Jankowska-Zduńczyk. W jej ocenie dzięki tej ustawie miejsca specjalizacyjne mogą zacząć wypełniać się lekarzami zdecydowanymi pracować w POZ. Mimo że projekt ustawy ocenia pozytywnie, rozumie zaniepokojenie części środowiska. – Moim zdaniem zastrzeżenia zgłaszają głównie ci, którzy lekarzy w POZ zatrudniają. Będąc pracodawcą, również chciałabym, by w ustawie pojawiły się konkretne zapisy (m.in. w zakresie finansowania) dające większe poczucie bezpieczeństwa wszystkim lekarzom wykonującym zawód w POZ – dodaje.

Jeśli omawiany projekt ustawy wejdzie w życie, docelowo lekarzem POZ stanie się lekarz posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej lub odbywający szkolenie specjalizacyjne w tej dziedzinie albo posiadający specjalizację II stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej bądź specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę na udzielanie świadczeń POZ albo który wykonuje zawód w mającym ją podmiocie. Lekarzem POZ będzie również posiadacz specjalizacji I stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej oraz specjalizacji I lub II stopnia lub tytułu specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych, udzielający świadczeń z zakresu POZ do 31 grudnia 2024 r. W projekcie ustawy w wersji przyjętej przez rząd uwzględniono prawa nabyte, zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (na co zwracała uwagę Naczelna Rada Lekarska w stanowisku podjętym w styczniu).

PEDIATRY NA BOCZNY TOR?

Zgodnie z projektem ustawy przyjętym przez rząd w sierpniu, lekarze pediatrii mieszczą się w definicji lekarza POZ, mimo że w wersji projektu, która trafiła do konsultacji publicznych na początku br., nie było ich w ogóle. – Można to potraktować jako pozytywny efekt rozmów, w których uczestniczyliśmy w ostatnich miesiącach – mówi prof. Jarosław Peregud-Pogorzelski, prezes Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego. W obecnym projekcie znalazły się jednak zapisy, z których wynika, że tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii uprawniałby do sprawowania opieki nad dzieckiem do ukończenia 7. roku życia, a tylko do końca 2024 r. pediatra mógłby leczyć pacjentów do ukończenia 18. roku życia. W ocenie szefa PTP to nie do przyjęcia. – Czy 8- albo 9-latek nie jest już dzieckiem? – pyta retorycznie. W tej sprawie w najbliższym czasie zarząd towarzystwa zamierza wystosować list otwarty do szefowej rządu, prezydenta Andrzeja Dudy i przewodniczącego sejmowej Komisji Zdrowia Bartosza Arłukowicza. – Nawet jeśli ustawa zostanie uchwalona przez Sejm, to liczymy na uwzględnienie naszych postulatów przez prezydenta. Stanowisko Narodowej Rady Ochrony Zdrowia, będącej jego ciałem doradczym, jest jednoznaczne: dziećmi w POZ mają zajmować się pediatrzy – dodaje prof. Peregud-Pogorzelski.

W tym miejscu warto dodać, że w ramach AOS planuje się utworzenie konsultacyjnych poradni pediatrycznych (ma to nastąpić nie w ramach omawianej ustawy, lecz na mocy rozporządzenia ministra zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu AOS). Projekt ustawy wprowadza ponadto obowiązek monitorowania jakości udzielanych świadczeń z zakresu POZ (m.in. ich dostępności oraz zarządzania i organizacji procesu ich udzielania). Szczegóły na razie nie są znane, a ustawa stanowi, że może je określić minister właściwy do spraw

zdrowia w drodze rozporządzenia. Resort zapowiada, że nowe regulacje pośrednio będą promować rozwijanie wewnętrznych systemów poprawy jakości. Prof. Marcin Gruchała, rektor Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, uważa, że ustalanie kryteriów jakości opieki podlegających monitorowaniu powinno odbywać się we współpracy z uczelniami medycznymi na bazie rzetelnej metodologii i systematycznych badań naukowych.

OPIEKA KOORDYNOWANA

Kość niezgody stanowi również wprowadzenie modelu opieki koordynowanej poprzedzone programem pilotażowym pn. POZ Plus, który ruszy już w styczniu. To, że pilotaż ujęty jest w formie prawnej, popiera m.in. konsultant krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej, ale w toku konsultacji pojawiły się wcale nie tak odosobnione głosy krytykujące krótki czas jego trwania (zgodnie z założeniami potrwa równo dwa lata), a nawet postulujące całkowite odstąpienie od obowiązkowego wprowadzenia opieki koordynowanej. Trudno nie przyznać racji poglądom, że czas pomiędzy zrealizowaniem pilotażu a obligatoryjnym wprowadzeniem opieki koordynowanej w życie na terenie całego kraju jest bardzo krótki. – Termin wprowadzenia opieki koordynowanej powinien być ujęty w ustawie „międko”. Zamiast sztywnej daty, proponowalibyśmy określenie „po przeanalizowaniu wyników pilotażu”, co pozwoliłoby na lepsze przygotowanie konkretnych rozwiązań – uważa Jacek Krajewski, prezes Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”.

OZZL obawia się, że realizacja opieki koordynowanej sprowadzi się do przerzucenia na lekarzy POZ odpowiedzialności za ograniczenie dostępu do opieki specjalistycznej, co pogorszy relacje między pacjentami a białym personelem oraz pogłębi ich nieufność wobec lekarzy. W ocenie resortu odstąpienie od obligatoryjności opieki koordynowanej na rzecz „zachęt oraz pozostawienia dowolności lekarzom i pacjentom”,

2024

– zgodnie z projektem ustawy do końca tego roku pediatra mógłby leczyć pacjentów do ukończenia 18. roku życia.

co proponowały niektóre podmioty uczestniczące w konsultacjach, naruszałoby konstytucyjną zasadę równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zresztą nie tylko z tego powodu wydaje się wątpliwe, by te postulaty trafiły na podatny grunt wśród obecnego kierownictwa resortu.

Planowane zmiany poprzedziły bowiem badania opinii publicznej, dając rządzącym do ręki dość silny argument. Jak wynika ze słów Katarzyny Wiktorzak, naczelnik Wydziału ds. Strategii i Projektów Rozwojowych NFZ, polscy pacjenci mają pozytywne nastawienie do idei wprowadzenia w życie opieki koordynowanej, a ponad 60 proc. ankietowanych byłoby skłonnych nawet zmienić świadczeniodawcę na takiego, który ją oferuje. – Dzięki temu modelowi chcielibyśmy jak najwięcej pacjentów zatrzymać na

poziomie POZ, aby tylko najcięższe przypadki trafiały do szpitali – mówi przedstawicielka publicznego płatnika. Jest to zgodne z wizją pracy lekarza rodzinnego, jaką w wystąpieniach publicznych wielokrotnie prezentował dr Radziwiłł, nawet zanim stanął na czele ministerstwa.

FINANSE I MOTYWACJA

Źródłem finansowania POZ będą środki ujęte w planie finansowym NFZ. Podstawą finansowania ma być stawka kapitacyjna, a obok niej pojawiają się: budżet powierzony (środki przeznaczone na zapewnienie opieki koordynowanej), opłata zadaniowa (dodatkowe środki przeznaczone na zapewnienie profilaktycznej opieki zdrowotnej), dodatek motywacyjny za wynik leczenia i jakość opieki. Na obowiązującym systemie finansowania POZ resort nie pozostawia suchej nitki, wskazując, że nie zachęca

do przyjmowania „proaktywnej postawy”. W opinii dr. Adama Kozierkiewicza, eksperta ochrony zdrowia, wprowadzenie budżetu powierzonego powinno doprowadzić do ściślejszej współpracy pomiędzy lekarzami POZ i specjalistami, na co wskazują doświadczenia innych krajów (głównie anglosaskich). – Rezultatem wprowadzenia budżetu powierzonego ma być większa dostępność lekarzy specjalistów. Będą mniej obciążeni częściej występującymi przypadkami, nad którymi opiekę z powodzeniem może sprawować lekarz POZ – przewiduje dr Kozierkiewicz. W środowisku lekarskim nie brak co do tego głosów sceptycznych przypominających o niedofinansowaniu funkcjonowania przychodni. – Wielokrotnie zgłaszane były postulaty o przeznaczenie 20 proc. budżetu na POZ. Jak dotąd, bez skutku – podkreśla dr Jankowska-Zduńczyk. 

1.12

– to planowany termin wejścia w życie ustawy o POZ (z pewnymi wyjątkami).

To nie jest jakieś gadanie przy herbatce

GL

ROZMOWA

Z księdzem **Adamem Bonieckim**

rozmawiają **Ryszard Golański i Marta Jakubiak.**

GL Lekarz i kapłan – są jakieś podobieństwa? To zawód czy misja i powołanie?

Zarówno do księdza, jak i do lekarza ludzie przychodzą po pomoc. Dopuszczają do takich sfer, których nie otwiera się przed byle kim. Ponieważ lekarz ratuje chorego, a ksiądz pomaga w wewnętrznych cierpieniach, często mówi się o powołaniu. Ale to pojęcie nie jest teologicznie dokładnie sprecyzowane. Ja bym powołania w te sprawy nie mieszał. Bez wątpienia obaj, lekarz i ksiądz, wykonują zawody, które są obdarzone zaufaniem, jak żadne inne.

Widzę też pewną koincydencję akcydentalną. Dla księży mamy jurysdykcję biskupa, dla lekarzy prawo wykonywania zawodu. Na przestrzeni historii jedno i drugie zostało wypracowane przez struktury kontroli i nadzoru. Kościół czuwa nad tym, by nikt do tego nieupoważniony, niekompetentny nie występował jako jego przedstawiciel. Podobnie może działać samorząd lekarski.

GL A różnice?

Weryfikacja skuteczności działania lekarza jest dużo łatwiejsza. Tu sukces i klęska są mierzalne. Ksiądz boryka się z dużo subtelniejszymi sukcesami, które są przede wszystkim nie jego.

GL Dla części lekarzy, zwłaszcza młodych, mówienie o zawodzie lekarza „powołanie” może oznaczać, że nietaktem będzie domaganie się wynagrodzenia za pracę.

Nie wiem, jak to jest w przypadku lekarzy, ale wiem, jak jest w przypadku księży. Pobierają wynagrodzenie, nawet czasem mają cenniki, niekiedy tracą poczucie umiaru, jakby oderwani od rzeczywistości, z czym walczy papież Franciszek. Odwołują się do starotestamentalnego powiedzenia z Księgi Mądrości: „młóćącemu wołu nie zawiązuj pyska”, a nieraz po prostu realizują prawo rosnących potrzeb, które mówi, że kiedy człowiek zaczyna dobrze żyć, to chce żyć jeszcze lepiej. Na pustyni napiłby się wody, a jak już się tej wody napije, to myśli, że coś by zjadł. Jak się naje, to pomyśli, że przecież nie będzie spał na piasku i musi mieć łóżko, jak łóżko, to dom itd.

Oczywiste jest, że nawet człowiek powołany musi z czegoś żyć, ale chodzi o porządek wartości. Byli lekarze społecznicy, którzy ubogich i biednych leczyli za darmo. Tacy są i dziś. Gdy chodziłem po kołędzie, spotkałem kobietę, która nie miała ani jednego zęba. Powiedziałem jej, że tak nie może być, że wygląda jak czarownica i że zafunduję jej szczękę. Do naszej redakcji [„Tygodnika Powszechnego” – przyp. red.] przychodził wówczas zaprzyjaźniony lekarz dentysta. Zapytałem go, ile może taka szczeka kosztować. Odpowiedział: niech ksiądz ją do mnie przyśle, ja jej to zrobię, tylko niech ksiądz nikomu nie mówi, że leczę za darmo, żeby się nie rozniosło. Znam wielu księży, którzy wiedzą, że ich misją jest służyć ludziom, być świadkami ubogiego Chrystusa. Lekarze nie muszą nimi być.

GL Lekarze i leczenie to służba zdrowia czy ochrona zdrowia? W środowisku zdania są podzielone.

Skoro lekarze się spierają, nie chcą być jak Piłat w Credo. Z perspektywy pacjenta wydaje mi się jednak, że jest to raczej służba. Ochrona zdrowia owszem dotyczy ich działania, ale znajduje się w sferze polityki – jest zadaniem rządu i parlamentu.

Spzeciwi lekarzy wobec określenia „służba” może być spowodowany zmianą mentalności, która zaszła na przestrzeni ostatnich lat. Kiedy byliśmy młodszy, sprzedawca pytał: „czym mogę służyć?”, a dzisiaj pyta: „w czym mogę pomóc?”. Ktoś, kto ma mi pomóc, stoi wyżej ode mnie. W domach nie ma już służących, teraz jest pomoc domowa.

GL Jakie ksiądz widzi zagrożenia dla lekarzy?

Lekarze w Polsce, zwłaszcza ci młodzi, zarabiają za mało i wyjeżdżają. Nie wystarczy mówić, że lekarz to powołanie, najwyższa misja, podczas gdy zarabia on dwa tysiące miesięcznie i musi brać kolejne dyżury nocne, żeby zwinąć koniec z końcem.

GL Czasami jest to konieczność organizacyjna, bo jest ich tak mało, że obciążenia są wymuszane.

A dlaczego jest za mało? Ponieważ lekarze mają łatwy dostęp do lepszej sytuacji życiowej i wyjeżdżają. Ale czy to



jest grzech, że ktoś może dobrze urządzić swoją rodzinę, żyć spokojnie i pracować w dobrym szpitalu? Czy to oznacza zbyt mało patriotyzmu? Myślę, że nie.

GL Czym jest sumienie, czy jest jakaś uniwersalna definicja sumienia?

Sumienie człowieka, który – jak wierzymy – wyszedł z ręki Boga, to głębokie przekonanie, że dobro należy czynić, a zła unikać.

GL Czym zatem jest dobro, a czym zło? Przecież dla każdego może oznaczać coś zupełnie innego.

Przekonują mnie ci, którzy twierdzą, że granice dobra i zła wyznacza ewolucja świadomości kulturowej. Słuchałem kiedyś w Neapolu młodego człowieka, który się nawrócił. Na spotkaniu z Janem Pawłem II powiedział, że wcześniej był profesjonalnym złodziejem. Od dziecka uczono go, że ukraść i nie dać się złapać to coś dobrego. Chwalono go za to, a on był z siebie dumny. Przez myśl mu nie przeszło, że czyni zło. Dopiero spotkanie z chrześcijaństwem, ze zrozumieniem empatii i drugiego człowieka zmieniło jego postrzeganie dobra i zła. Ten chłopak z punktu widzenia etyki chrześcijańskiej nie grzeszył, bo działał w zgodzie z własnym sumieniem.

GL Można zatem mówić o różnych sumieniach, jak sumienie aptekarza, lekarza, urzędnika?

Sumienie księdza, lekarza czy aptekarza odnosi się do materii, którą każdy z nich pogłębia, do porządku oceny wartości rzeczy, na które codziennie natrafia. Lekarze często poruszają się w sferze, w której dylematy są dramatyczne. Kiedyś pewien dyrektor dziecięcego szpitala w Kamerunie, lekarz i ksiądz, opowiadał mi, że gdy wybuchła epidemia, miał za mało lekarstw, żeby podać je wszystkim. Jeśli by je rozdzielił i dał każdemu

▲ **Ksiądz Adam Boniecki:**
– **Uważam, że są tematy, w których laicy tacy jak ja powinni być bardzo wstrzemięźliwi w mówieniu.**

dziecku, to nie pomógłby żadnemu. Wybrał więc te dzieci, które rokowały najlepiej. Słabsze skazał na śmierć. To są dramatyczne wybory, wobec których człowiek jest potwornie samotny, choćby nie wiem, ilu miał doradców. Nie można go osądzać.

W konkretnych sytuacjach życiowych wybory nie są tak oczywiste. Pamiętam, gdy w pobożnym środowisku krakowskim rozszła się plotka, że jakoby nie jestem przeciwko przerywaniu ciąży, przyszła do mnie grupka bardzo sympatycznych ludzi, żeby mnie nawrócić. Spotkalismy się, rozmawialiśmy. Zapytałem wtedy jedną z lekarek, co robi, gdy widzi, że ciąża zagraża obojgu i prawdopodobnie obojga nie uratuje. Popatrzyła na mnie i odpowiedziała: staram się ratować oboje, choć wiem, że niemal na pewno z tego ratowania dziecko nie wyjdzie z życia, ale go nie zabijam. Uważam, że są tematy, w których laicy tacy jak ja powinni być bardzo wstrzemięźliwi w mówieniu. To są wielkie dylematy, a ich rozstrzyganie nie jest czarno-białe. Dyskusja jest potrzebna, ale wśród ludzi, którzy doświadczają ich na co dzień. Poglądy tych, którzy wiedzę czerpią z internetu, należy traktować z dużym dystansem.

Prawdziwe wybory sumienia bywają bardzo trudne, dlatego człowiek prymitywny ucieka się do doktryny. Chrześcijanin chce zrozumieć Chrystusa, który powiedział: „niech weźmie swój krzyż i niech idzie za mną”, a jednocześnie jest miłosierdziem. Tak robi Franciszek – zmienia mentalność katolików. Choć np. łatwo można ludzi posegregować: ma ślub kościelny, to rozgrzeszam, nie ma ślubu kościelnego, nie ma rozgrzeszenia, Franciszek mówi: chwileczkę, może są ludzie, którzy nie mają ślubu kościelnego, lecz mają rodzinę, są w sytuacji, po ludzku biorąc, bez dobrego wyjścia. Czy na pewno zawsze żyją w stanie grzechu ciężkiego? Każdy przypadek – powiada Franciszek – trzeba obejrzeć z osobna. Chrystus nie odrzuca nikogo. Niektórzy ludzie Kościoła są przerażeni, że Franciszek kwestionuje nierozzerwalność małżeństwa. Nie kwestionuje. Tylko stawia pytanie, co znaczy, że hermeneutyka Ewangelii zawsze jest hermeneutyką miłosierdzia.

GL Wiele kontrowersji budzi klauzula sumienia. Na pewno ksiądz słyszał.

Bez wątpienia lekarz nie może brać udziału w zabijaniu niewinnego człowieka. Może to wyglądać na doktrynerstwo, ale jeżeli zakwestionuje się tę zasadę i uzna, że skoro człowiek jest niedorozwinięty, nie ma mózgu, jest dotknięty zespołem Downa, można zdecydować o jego śmierci, to wchodzi się na bardzo niebezpieczną ścieżkę eugeniki, która przed II wojną światową całkiem nieźle się rozwijała. Był taki czas, kiedy w Polsce bardzo łatwo przychodziło przerywanie ciąży, a w Rosji było jak wyrwanie zęba. Taka banalizacja to wielkie nieszczęście. Jeszcze teraz spowiadam stare kobiety, które umierając, nie mogą pogodzić się, że zabiły własne dziecko. Trzeba uszanować to, że są lekarze, którzy nie chcą wykonywać aborcji. Mają do tego prawo. A nakładanie na nich obowiązku podawania innego adresu jest humorystycznym kompromisem: ja nie mogę zabić twojego dziecka, ale kolega po drugiej stronie ulicy chętnie to zrobi. Gdyby informacja wisiała w rejestracji, pacjent mógłby wybierać według swoich przekonań.

**PRAWDZIWE WYBORY SUMIENIA BYWAJĄ
BARDZO TRUDNE, DLATEGO CZŁOWIEK
PRYMITYWNY UCIEKA SIĘ DO DOKTRYNY.**

GL To dylematy, które niełatwo rozstrzygnąć.

Wiem. Są sytuacje, kiedy ludzie nie chcą mieć dzieci, i podejmują cyniczne decyzje. Są jednak też te dramatyczne, kiedy ratuje się życie matki. Dylematy sumienia to nie jest takie gadanie przy herbatce. Zresztą, jak powtarza papież Franciszek, sprawa przerywania ciąży nie jest problemem religijnym, lecz naturalnym, ludzkim i w tym obszarze powinna toczyć się debata – w obszarze medycyny i praw człowieka. Czasem w debatach publicznych popełniamy błąd, bo odwołujemy się do wiary. A tę dyskusję należy prowadzić tak, by mówiono do siebie tym samym językiem. Jeśli chrześcijanin będzie mówił: Pan Bóg powiedział „nie zabijaj”, to ateista mu odpowie, że to jest jakiś stary żydowski mit. Nie dogadają się nigdy.

GL Prawo jest ponad etyką czy etyka ponad prawem?

Najpierw pije się zdrowie sumienia, a potem zdrowie papieża. Jeżeli papież coś mi nakaze, wbrew mojemu sumieniu, to odpowiem: przepraszam, Ojciec Święty, ale ja tego nie zrobię. Oczywiście za coś takiego się płaci. Więc jeżeli lekarz podpisze kontrakt, że będzie spełniał wszystkie przepisy obowiązujące w danym szpitalu, a wykonuje się w nim przerywanie ciąży, to potem nie może się dziwić, że go z tego szpitala wyrzucą, gdy odmówi wykonania aborcji. Ale ma wybór.

GL Czy nie uważa ksiądz, że w tych dyskusjach jest zbyt dużo agresji?

Agresja pojawia się wtedy, gdy ludzie nie są pewni swego i boją się argumentów drugiej strony. Kiedy czują, że zabraknie im własnych racji, krzyczą, że inni są mordercami. Ta dyskusja jest bardzo trudna, dlatego należy wystrzegać się emocji. Kiedy w Belgii wprowadzano liberalizację przerywania ciąży, kardynał Danneels powiedział: to nie jest nakaz, wszystko zależy od was, matek, to wy decydujecie i wasze sumienie.

GL Łatwiej jest zabronić niż przekonać.

Oczywiście. Racje po obu stronach są bardzo poważne. Nie wolno osądzać ludzi, którzy nie podpisują deklaracji sumienia. Oni wiedzą, że są sytuacje, w których – z ich profesjonalnego punktu widzenia – wykonanie aborcji jest konieczne. Odmawianie im pogrzebu katolickiego to osądzanie człowieka. Bardzo daleko idące.

GL Ma ksiądz na myśli pogrzeb prof. Wacława Deca?

Tak. Nie znałem tego człowieka, ale słyszałem, że był wspaniałym lekarzem. Wiem, że przerywał ciążę, ale wiem też, że pomógł bardzo wielu kobietom, uratował im życie. Zamknięto przed nim drzwi kościoła. To bardzo bolesne. Tak nie powinno być.

Niektórzy powołują się na Pana Jezusa: „niech mowa wasza będzie tak, tak; nie, nie”, źle interpretując jego słowa. Nie rozumiem, dlaczego przypisuje się Panu Jezusowi jakiś prymitywizm umysłowy w obronie Pana Jezusa. Przecież Jemu nie chodziło o to, że świat się dzieli na tak, tak; nie, nie. Słowa te odnosiły się do Żydów, którzy im bardziej kłamali, tym bardziej przysięgali. Jezus mówił im: zamiast przysięgać, bądźcie

ludźmi, którym można wierzyć: kiedy mówicie „jest tak”, to znaczy, że tak jest. Zamiast przysięgać, bądźcie wiarygodni.

GL Księży obowiązuje tajemnica spowiedzi. Do niedawna tajemnica obowiązywała też lekarzy. Obecnie może być ujawniona po śmierci pacjenta. Czy to dobrze? Może również księży można byłoby zwolnić z tajemnicy spowiedzi?

W kościele przez tysiąc lat nie było spowiedzi wielokrotnej, do XI w. można było spowiadać się tylko raz w życiu. W Wielkim Tygodniu odprawiane były nabożeństwa pokutne, do których ludzie przygotowywali się długo. Sugerowano też, by nie brali w nich udziału zbyt młodzi, bo mogą jeszcze w życiu nagrzeszyć. Osoby, które otrzymały rozgrzeszenie, nie mogły wykonywać zawodów, które mogłyby ich narażać na popełnienie grzechu ciężkiego, m.in. zawodu lekarza. Po wielu latach doświadczeń i przemyśleń, gdy Kościół lepiej zrozumiał istotę tego sakramentu, wprowadzono spowiedź wielokrotną, a co za tym idzie – tajemnicę spowiedzi. Teraz tajemnica jest święta. Na niej zbudowane jest zaufanie do sakramentu. Myślę, że nałożenie na lekarza obowiązku ujawnienia tajemnicy lekarskiej to podkopywanie zaufania do lekarzy.

GL Co jest istotą posługi kapłańskiej na terenie szpitali?

Rola księdza w szpitalu jest szalenie ważna, a szpital to miejsce szczególne. Inaczej patrzy się na świat, myśląc, że za chwilę mogą wyglądać jak ci panowie, którzy leżą tam obok. W szpitalu potrzebny jest bardzo mądry ksiądz, który ma mądrość człowieka kochającego ludzi, zwłaszcza tych w potrzebie. Ksiądz Kaczkowski był takim właśnie kapłanem.

A jeżeli posługę w szpitalu pełni ksiądz przypadkowi, to potrzebna jest Opatrzność. Mam takiego niezbyt mądrego przyjaciela współbrata, o którym opowiadała mi kiedyś parafranka. Spotkali się, kiedy leżała w szpitalu. Wyglądało to tak. Przychodzi ksiądz, a ona zapłakana mówi: proszę księdza, mają mi obciąć dzisiaj nogę. Na co on do niej powiada: czemu ryczysz, głupia krowo, Pan Jezus za ciebie na krzyżu umarł, a ty mu nie możesz nogi oddać? Opowiadała to z zachwytem i wdzięcznością: on mnie postawił na nogi, odżyłam. I to jest właśnie ta Opatrzność.

GL Co znaczy być dobrym księdzem, a co znaczy być dobrym lekarzem?

Trzeba kochać ludzi. Lubić ich. I ciągle się doksztalcać, formować, żeby nie wpaść w koleiny rutyny. Przykładem lekarza, który kochał ludzi, jest według mnie prof. Szczeklik. Z wielką życzliwością podchodził do każdego pacjenta. To był piękny człowiek.

GL Co w lekarzach ceni ksiądz najbardziej?

To przejście się innymi ludźmi i ich kompetencje. Tę życzliwość dla drugiego człowieka. Mam wielu przyjaciół lekarzy i pozytywne doświadczenia. Podzielić się jednym z nich. Kiedyś pani doktor, po zjrzeniu do mojej głowy, powiedziała: ma pan wspaniały mózg, chciałabym mieć taki mózg jak ksiądz – i niestety dodała – w księdza wieku. (śmiech) ○



Anna Lella

Prezydent Europejskiej Regionalnej
Organizacji Światowej Federacji
Dentystycznej (ERO-FDI)

Światowy Parlament Stomatologiczny w Madrycie

Nie tak dawno – można by wręcz powiedzieć, że dopiero co – gościliśmy w Poznaniu stomatologów z całego świata uczestniczących w Światowym Kongresie Dentystycznym FDI oraz odbywającym się w jego ramach tzw. Światowym Parlamencie Stomatologicznym FDI.

Obejmowały one m. in. Zgromadzenie Ogólne FDI, spotkania Stałych Komitetów, sekcji i innych zespołów FDI, posiedzenia Zarządu FDI, Światowe Forum Kobiet Dentystów, panel dyskusyjny pod nazwą Światowe Forum Zdrowia Jamy Ustnej, posiedzenia Zarządów i sesje plenarne pięciu organizacji regionalnych z poszczególnych kontynentów.

Kolejny rok szybko jednak minął i mamy już za sobą tegoroczny Kongres, który ponownie został zorganizowany w Europie – w stolicy Hiszpanii.

Nas cieszy przede wszystkim fakt, iż członkiem Komitetu ds. Kształcenia FDI została wybrana prof. Marzena Dominiak, której kandydaturę zgłosił prezes NRL w imieniu Polskiego Komitetu Krajowego tworzonego przez Naczelną Izbę Lekarską i Polskie Towarzystwo Stomatologiczne. Jest to drugi przypadek członkostwa polskiego lekarza stomatologa w stałym Komitecie FDI – w przeszłości członkiem tego samego komitetu był prof. Eugeniusz Spiechowicz.

Ponadto delegaci przyjęli sześć nowych stanowisk FDI (FDI policy statements) w sprawie:

- reklamy w stomatologii – krajowe przepisy określające zasady ogłaszania się lekarzy dentystów powinny mieć na względzie interes publiczny i zapewniać, aby tego rodzaju ogłoszenia nie naruszały godności zawodu;
- technologii CAD/CAM w stomatologii – FDI popiera rozwój i stosowanie technologii CAD/CAM w stomatologii jako przyczyniającej się do poprawy jakości świadczeń i obniżania ich kosztów – stosowanie tych technik powinno być uwzględnione w programach kształcenia stomatologów;
- zdrowia jamy ustnej przez całe życie człowieka

– dostrzegając, że rośnie przeciętna długość ludzkiego życia, FDI podkreśla, że zdrowie jamy ustnej musi być traktowane jako istotny element ogólnego zdrowia człowieka na każdym etapie jego życia;

– postępowania z bólem zębopochodnym – ból niesie za sobą poważne implikacje społeczne – należy w odpowiedni sposób przeciwdziałać bólowi zębopochodnemu, który występuje tak często, iż stanowi jeden z istotniejszych problemów zdrowotnych na świecie;

– jakości w stomatologii – jakość opieki zdrowotnej nieodróżnialnie wiąże się z bezpieczeństwem pacjenta, poprawa jakości w stomatologii powinna być uniwersalnym dążeniem wszystkich lekarzy dentystów;

– tzw. zrównoważonego rozwoju w stomatologii – doktryna zrównoważonego rozwoju głosząca, iż potrzeby obecnego pokolenia należy zaspokajać w taki sposób, aby nie zmniejszać szans przyszłych pokoleń na zaspokojenie ich potrzeb, powinna mieć także zastosowanie w stomatologii.

Wprowadzono ponadto zmiany do 3 stanowisk z lat poprzednich, aktualizując ich zawartość, m.in. do stanowiska w sprawie ustawicznego doskonalenia zawodowego.

Zachęcam do zapoznania się ze stanowiskami przyjmowanymi przez FDI, bieżącymi i z poprzednich lat, stanowiącymi często rezultat wieloletnich dyskusji i prac szeregu ekspertów z całego świata. Z jednej strony stanowiska te mogą nam, środowisku stomatologicznemu, być pomocne jako rzetelne argumenty w krajowych dyskusjach dotyczących różnego rodzaju rozwiązań prawno-organizacyjnych w stomatologii, zaś z drugiej strony, z punktu widzenia indywidualnego, mogą być podstawą dla każdego stomatologa do własnych refleksji na temat swego zawodu. ○

Drzwi szeroko otwarte



Lidia
Sulikowska

Dziennikarz
„Gazety Lekarskiej”

GL
WYWIAD

W Luksemburgu od dawna realizuje się opiekę psychiatryczną w oparciu o system otwartych drzwi. Na jaką pomoc mogą liczyć pacjenci? Z **Mirą Knytel**, psychiatrą, koordynatorką do spraw medycznych jednego z ośrodków zajmujących się osobami chorymi psychicznie, rozmawia **Lidia Sulikowska**.

GL Pracuje pani w jednym z trzech ośrodków w kraju, które oferują opiekę psychiatryczną dla ludzi o niskich dochodach, wykluczonych poza margines społeczny. Czy w tak bogatym kraju taka placówka ma rację bytu?

To bogate państwo, ale także tutaj są osoby, które nie dysponują odpowiednimi środkami finansowymi. Chętnych nie brakuje. Luksemburczyk, aby skorzystać ze świadczeń zdrowotnych, musi najpierw za nie zapłacić, dopiero później może ubiegać się o zwrot części kosztów. Jednak potrzebujące opieki psychiatrycznej osoby biedne, renciści, bezrobotni, często bezdomni, których nie stać na pokrycie kosztów leczenia, nie zostają bez pomocy. Mogą zgłosić się do nas. Nie pobieramy opłat.

GL Jak w Luksemburgu pomaga się osobom chorym psychicznie?

Nasz ośrodek istnieje około 30 lat, początkowo w formie mieszkań dla psychicznie chorych, a od 2007 r. wzbogacony o centrum konsultacyjno-terapeutyczne oraz centrum spotkań. Chory psychicznie nie jest izolowany od społeczeństwa. Przeciwnie, na tyle, na ile to możliwe, socjalizuje się go z otoczeniem. Funkcjonujemy w środku miasta, wśród jego mieszkańców. Pacjenci kierowani są do nas po wypisie ze szpitala psychiatrycznego albo przez placówki socjalne.

Nasza instytucja pomaga im wrócić do życia społecznego. Pracujemy nad coraz większą autonomią naszych podopiecznych i podniesieniem standardu ich życia. Informacje o działalności naszego ośrodka są dostępne w szpitalach na izbach przyjęć, w placówkach socjalnych i w gminach – w formie wyłożonych tam ulotek. Finansuje nas Ministerstwo Zdrowia. W ciągu pięciu lat mojej pracy w tym ośrodku o pomoc zgłosiło się około 700 osób.

GL Jakiego rodzaju pomocy udzielacie?

Mamy ośrodek konsultacyjno-terapeutyczny, centrum spotkań, budynki mieszkalne oraz mieszkania treningowe dla psychicznie chorych osób. Najłatwiejszy dostęp chorzy mają do centrum spotkań. Tutaj może przyjść każdy, kto ma problemy psychiczne. Jest możliwość napięcia się kawy, zagrania w karty, poczytania gazety lub książki, poprzebywania z innymi ludźmi lub ugotowania wspólnie obiadu. Przycho-dzą, bo mają w nas wsparcie, wiedzą, że nie są pozostawieni sami sobie.

Z kolei ośrodek konsultacyjno-terapeutyczny działa w nieco bardziej sformalizowany sposób i nastawiony jest na konkretną pomoc terapeutyczną. Od kilku lat pracuję tu z zespołem psychologów, pracowników socjalnych, pielęgniarek / pielęgniarzy

JĘŚLI CHORY DOBRZE SOBIE RADZI, MOŻE BYĆ PRZENIESIONY
PO PEWNYM CZASIE DO TZW. MIESZKANIA TRENINGOWEGO.
TO KOLEJNY KROK NA DRODZE DO USAMODZIELNIENIA.

i edukatorów. Przeprowadzamy wywiady z chorymi i zlecamy odpowiednie zajęcia w ośrodku terapeutycznym, np. trening pamięci, trening koncentracji, trening socjalnych kompetencji. Podopieczni korzystają też z terapii zajęciowej i kreatywnej, mogą uczestniczyć w aktywnościach sportowych, jak nordic walking czy zajęcia na basenie. Organizujemy też wspólne czytanie i oglądanie filmów, zakończone dyskusją. Mamy także dogo- i hipoterapię. Organizujemy też zajęcia poza naszym ośrodkiem, np. wyjście do muzeum, kina czy na koncert lub 2-3 dniowe wyjazdy w celu poznania innych miejscowości. Staramy się także znaleźć pracę dla naszych podopiecznych. Bardziej sprawni pracują w naszym warsztacie terapeutycznym. Jest to praca bez wynagrodzenia i jeśli się sprawdzą, rekomendujemy ich dla przyszłego pracodawcy. Staramy się, aby nasi podopieczni mieli wypełniony dzień różnymi zajęciami. Prowadzimy też psychoedukację, pozwalającą chorym lepiej zrozumieć istotę ich zaburzeń oraz w sposób aktywny uczestniczyć w procesie terapeutycznym. Z terapii mogą też skorzystać bliscy chorego. Niektórzy z naszych podopiecznych wymagają wizyt w ich miejscu zamieszkania.

GL A trzecia część placówki, czyli ośrodki mieszkalne?

Ich zadaniem jest przystosowanie osób chorych psychicznie do codziennego życia. Mamy do dyspozycji pięć domów, położonych w okolicznych miejscowościach. W każdym mieszka 8-10 podopiecznych. Każdy ma swój pokój, dodatkowo jest kuchnia i wspólny pokój dzienny. Mieszkańcy mają zapewnioną całodzienną opiekę pielęgniarstwa i terapeutyczną, ale nocne dyżury personel pełni już tylko pod telefonem. Te mieszkania są przeznaczone dla osób, które zostały wypisane ze szpitala psychiatrycznego, ale nie potrafią samodzielnie funkcjonować. Za pobyt płaci kasa chorych. Zazwyczaj są tutaj kilka miesięcy, ale niektórzy mieszkają nawet kilka lat. Niestety chętnych jest sporo i na miejsce trzeba czekać nawet rok. Jeśli chory dobrze sobie radzi, może być przeniesiony po pewnym czasie do tzw. mieszkania treningowego. To kolejny krok na drodze do usamodzielnienia. Mamy kilka mieszkań treningowych, które są zlokalizowane w zwykłych budynkach mieszkalnych. Opłaty czynszowe pokrywane są częściowo z renty czy zapomogi socjalnej pacjenta. Dostają oni również kieszonkowe, aby mogli finansować swoje wydatki. Dwa do trzech razy w tygodniu odwiedzają ich terapeuci w celu sprawdzenia, czy radzą sobie z czynnościami życia codziennego.

GL Co, jeśli choroba się nasili?

Taki stan zawsze wymaga naszej interwencji w postaci intensyfikacji rozmów z pacjentami, zlecenia dodatkowych leków, a przy braku poprawy stanu psychicznego, skierowania na oddział psychiatryczny.



GL Z jakimi problemami macie najczęściej do czynienia?

Największą liczebnie grupę chorych stanowią osoby z psychozami schizofrenicznymi i chorobami afektywnymi, z przewagą depresji. Poza tym mamy osoby z zaburzeniami osobowości i uzależnieniami od narkotyków, leków i alkoholu. Przyjmujemy chorych od 18. roku życia. Rzadko przychodzą do nas osoby starsze, dla nich istnieją inne, wyspecjalizowane instytucje.

GL Co jest najtrudniejsze w tej pracy?

W naszej pracy jesteśmy często konfrontowani z przewlekłym, nawrotowym przebiegiem choroby. Nie znamy przyczyn wielu chorób i jedyne, co możemy robić, to leczyć je objawowo, tym samym umożliwiając lepsze funkcjonowanie pacjentów w życiu codziennym. Moja praca daje też satysfakcję, gdy towarzyszę choremu w okresie rehabilitacji i powrotu w miarę jego możliwości do życia w społeczeństwie. (C)

^ Mira Knytel:

– Chory psychicznie nie jest izolowany od społeczeństwa. Przeciwnie, na tyle, na ile to możliwe, socjalizuje się go z otoczeniem.

Meritus Pro Medicis 2005

W 2005 r. podjęto uchwałę przyznającą najważniejsze odznaczenie w samorządzie lekarskim – Meritus Pro Medicis – 10 osobom. Niestety trzy osoby z tego zacnego grona odeszły już na wieczny dyżur.

LIDIA SULIKOWSKA



Jan Adamus

(Dolnośląska Izba Lekarska we Wrocławiu)

Epidemiolog, specjalista organizacji ochrony zdrowia. Wieloletni pełnomocnik Delegatury DIL w Wałbrzychu (od 1991 r.), założyciel tamtejszego koła lekarzy seniorów. Działał w Prezydium ORL dolnośląskiej izby i w wielu tamtejszych komisjach. W III i IV kadencji także w NIL – jako członek różnych zespołów i komisji. W latach 2001-2005 przewodniczący Zespołu ds. Współpracy Międzynarodowej i Integracji Europejskiej NRL i członek Stałego Komitetu Lekarzy Europejskich w Brukseli. Uhonorowany Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski i innymi odznaczeniami. Inicjator kontaktów z Federalną Niemiecką Izbą Lekarską i Saksońską Izbą Lekarską, a także zawarcia umowy o współpracy z Austriacką Izbą Lekarską. Zmarł w kwietniu 2015 r. (za: „Medium”).



Kazimierz Bryndał

(Kujawsko-Pomorska Izba Lekarska w Toruniu)

Specjalista protetyki stomatologicznej. Przewodniczący ORL w Toruniu (1997-2001). W samorządzie szczególnie zaangażowany w sprawy międzynarodowe. Pracował przy traktacie akcesyjnym z UE w zakresie dotyczącym lekarzy dentystów. Jeden z założycieli Grupy Roboczej ds. wolnej praktyki lekarsko-dentystycznej w Europie ERO FDI. Obecnie jest w składzie Prezydium ORL w Toruniu, przewodniczy ukochanej od lat komisji współpracy z zagranicą kujawsko-pomorskiej izby, działa też w innych komisjach. Nadal pracuje w Komisji ds. Współpracy Międzynarodowej NIL. Przez wiele lat w kierownictwie PTS. Odznaczony m.in. Nagrodą im. Andrzeja Janusza Fortuny „Za zasługi dla polskiej stomatologii”, „Pro Gloria Medici” i medalem „Za zasługi dla Miasta Torunia”.



Leszek Dudziński

(Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska)

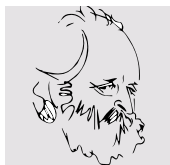
Specjalista chirurgii szczękowej. Wiceprezes NRL i przewodniczący Komisji Stomatologicznej NRL (od 2.09.2016) i Komisji Finansowo-Budżetowej NRL (od początku VII kadencji). Obecnie także Skarbnik ORL w Olsztynie, kanclerz Kapituły Odznaczenia „Zasłużony Lekarz Warmii i Mazur”. Działa też w okręgowych komisjach problemowych. W samorządzie od I kadencji. Trzykrotny przewodniczący ORL (II, IV, V kadencja). Członek Fundacji Lekarzy Lekarskich. Od lat zajmuje się sprawami stomatologów, a także ubezpieczeniami lekarzy i zdrowiem publicznym. Uhonorowany m.in. Złotym Krzyżem Zasługi, odznaczeniem „Zasłużony Lekarz Warmii Mazur” i Krzyżem Kawalerskim za zasługi dla wynalazczości przyznanym przez Komisję Królestwa Belgii.



Piotr Dylewicz

(Wielkopolska Izba Lekarska)

Specjalista chorób wewnętrznych. Nazywany jest „ojcem-założycielem” poznańskiej izby. Przez dwie pierwsze kadencje przewodniczył ORL w Poznaniu. Na jego brakach spoczywała m.in. integracja środowiska lekarskiego, organizacja wewnętrzna izby i delegatur, doprowadzenie do powstania siedziby izby. Istotne dla niego były sprawy związane z etyką zawodu. Później działał nadal w NRL. Od 1993 r. ze stopniem naukowym dr. hab. w zakresie kardiologii, od 2002 r. – z tytułem naukowym prof. n. med. Autor licznych publikacji naukowych z zakresu rehabilitacji kardiologicznej i farmakologii klinicznej. Aktywny w wielu towarzystwach naukowych. Odznaczony m.in. „Gloria Medicinæ” PTL, nagrodą naukową PTK i tytułem „Fellow of ESC”.



Włodzimierz Gajewski

(Świętokrzyska Izba Lekarska)

Specjalista psychiatrii. Jest członkiem prezydium ORL w Kielcach i pełnomocnikiem ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów w świętokrzyskiej izbie. Działa też w tamtejszej komisji bioetycznej i współtworzy pismo „Eskulap Świętokrzyski” (członek kolegium redakcyjnego). Od wielu lat (do dziś) kieruje zespołem zajmującym się etyką lekarską w swojej izbie. Przez pierwsze 2 kadencje był przewodniczącym ORL w Kielcach, w kolejnych 2 – wiceprzewodniczącym. Od 2000 r. prowadzi zajęcia z bioetyki stażystów. Od lat wspiera swoimi działaniami także NIL (członek NRL przez 4 kadencje), angażując się głównie w pracę na rzecz Komisji Etyki Lekarskiej NIL.



Maksymilian Mikee

(Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie)

Specjalista chirurgii ogólnej. Delegat na KZL i OZL. Gorący zwolennik idei samorządu lekarskiego. Zaangażowany przede wszystkim w swoim okręgu. Przewodniczący ORL w Szczecinie II i III kadencji, w kolejnej pełnił funkcję zastępcy przewodniczącego. Działał także w Naczelnej Izbie Lekarskiej (członek NRL, brał udział w pracach komisji finansowo-budżetowej). Najważniejsze dla niego było, aby izba lekarska była ciałem silnie opiniotwórczym, szanowanym przez władze państwowe. Aktywny w samorządzie lekarskim do końca IV kadencji, potem zrezygnował z tej działalności z powodu problemów osobistych. Honorowy członek OIL w Szczecinie.



Halina Piławska

(Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie)

Pediatra, specjalista higieny ogólnej. Walczyła w powstaniu warszawskim. Profesor nauk medycznych. Założycielka samorządu lekarskiego w Szczecinie, pierwszy prezes szczecińskiej izby. Przez lata przewodniczyła kołu seniorów. Była redaktorem naczelną „Vox Medici”. Członek Komisji ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów NRL (VI kadencja). Autorka ponad 100 publikacji naukowych. Odznaczona m.in. Krzyżem Kawalerskim OOP, Złotym Krzyżem Zasługi, Warszawskim Krzyżem Powstańcym, „Medicus Nobilis”, Kryształowym Sercem PCK. Honorowy Członek PTL i OIL w Szczecinie, Dama Medalu „Gloria Medicinae”. Zmarła w 2017 r.



Barbara Sarankiewicz-Konopka

(Okręgowa Izba Lekarska w Gdańsku)

Specjalista dermatologii i wenerologii. Aktywnie działa w swoim okręgu od 1993 r. Delegat na zjazdy okręgowe i krajowe. Od wielu lat zasiada w Prezydium ORL w Gdańsku. Prezes gdańskiej izby (III, IV kadencja, doprowadziła do otwarcia nowej siedziby izby w 2004 r.), potem zastępca przewodniczącego. Obecnie jest wiceprezesem swojej izby, przewodniczącą Rady Ośrodka Szkoleniowego OIL w Gdańsku, od lat kieruje też tamtejszą komisją ds. kształcenia medycznego. Działa również na rzecz Fundacji Pomocy Lekarzom Seniorom (członek Rady). W latach 2005-2009 aktywna także w Naczelnej Radzie Lekarskiej i OKW.



Zygfryd „Zyga” Wawrzynek

(Śląska Izba Lekarska)

Radiolog. W samorządzie lekarskim od jego odrodzenia po 1989 r. Delegat wszystkich dotychczasowych zjazdów krajowych i okręgowych. Pierwszy przewodniczący ORL w Katowicach. Obecnie jest mediatorem w postępowaniach z zakresu odpowiedzialności zawodowej lekarzy w swojej izbie, zasiada też w Radzie Ośrodka Dokumentacji Historycznej ŚIL. Uehonorowany m.in. Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, „Wawrzynem Lekarskim”, wyróżnieniem „Zasłużony Nauczyciel Lekarzy”, odznaką „Zasłużony dla Lekarzy Pro Medico”, a także Medalem im. Prof. Witolda Zawadowskiego. Członek honorowy Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego i Polskiego Towarzystwa Radiologicznego.



Zbigniew Żak

(Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie)

Specjalista protetyki stomatologicznej i organizacji ochrony zdrowia. Aktywnie uczestniczył w odbudowywaniu samorządu lekarskiego po jego reaktywacji w 1989 r. Członek Komitetu Organizacyjnego Izb Lekarskich i sekretarz ORL w Krakowie I kadencji, następnie szef komisji rewizyjnej krakowskiej izby i wiceprzewodniczący ORL. Wiceprezes NRL IV kadencji. Inicjator utworzenia pierwszego w Polsce Wydziału Higieny Stomatologicznej przy Medycznym Studium Zawodowym w Krakowie. Jeden z założycieli Teatru „STU”. Odszedł na wieczny dyżur w 2005 r. „16 lat pracy (...) oddałem samorządowi w wymiarze na jaki mnie było stać – i nie żałuję” – pisał w liście do uczestników jednego z okręgowych zjazdów lekarzy OIL w Krakowie.

Wiele dobrych inicjatyw



Leszek Dudziński

Wiceprezes NRL, przewodniczący Komisji Stomatologicznej NRL

Ostatnie tygodnie to szereg wydarzeń, w tym związanych z kształceniem. To liczne spotkania stomatologów i bardzo wiele ciekawych, ważnych i potrzebnych dyskusji.

Na uwagę zasługuje niewątpliwie spotkanie sekcji polskiej Akademii Pierre Faucharda (APF), o tyle nietypowe, że poświęcone między innymi wspomnieniom o trzech wspaniałych mistrzach i nauczycielach stomatologii: prof. Zofii Knychalskiej-Karwan, prof. Bogumile Płonce oraz prof. Zbigniewie Jańczuku, przedstawionym przez ich wychowanków, uczniów i współpracowników. Myślę, że każde spotkanie poświęcone bieżącym sprawom, wykładom, naszemu rozwojowi zawodowemu, powinno być poprzedzone wspomnieniami o tych, którym zawdzięczamy to, że swój zawód wykonujemy na tak wysokim poziomie.

Wydarzeniem, chyba najbardziej zauważonym w Polsce w tym roku, była Środkowoeuropejska Wystawa Produktów Stomatologicznych oraz I Kongres Unii Stomatologii Polskiej, które odbyły się w dniach 14-16 września w Poznaniu pod hasłem CEDE 2017. Można pogratulować organizatorom, że tak dobrze wykorzystali doświadczenia, jakie nabyli podczas ubiegłorocznego kongresu FDI. To buduje, że coraz lepiej potrafimy organizować tego typu spotkania, warsztaty i wykłady.

Na pewno szerokim echem odbiły się sesje, szczególnie te w nowej formule, która wśród uczestników i organizatorów uwzględniła udział licznych stowarzyszeń związanych z naszym zawodem. Po raz pierwszy współorganizatorem jednej z nich była Naczelna Izba Lekarska. Osiągnęliśmy sukces, jeśli chodzi o udział w niej znakomitych wykładowców i spore zainteresowanie uczestników, jedynie frekwencja była nieco niższa od oczekiwanej. I jak wspólnie zauważono, łączenie tego typu wydarzeń – dużej ekspozycji nowoczesnego sprzętu i wyrobów medycznych ze współlistniejącymi w tym samym czasie warsztatami i wykładami – trochę ze sobą koliduje. Przyszłoroczne spotkanie zostanie więc zaplanowane nieco inaczej, by można było wziąć udział we wszystkich wydarzeniach, bez konieczności rozstrzygania dylematów, które z nich pominąć.

Chylę czoła przez prof. Marzeną Dominiak za jej wielki wkład i zaangażowanie, dzięki którym tegoroczne spotkanie

stomatologów w Poznaniu było na wspaniałym, europejskim poziomie. I raz jeszcze składam gratulacje w związku z nominacją pani profesor na członka Komitetu ds. Edukacji Światowej Federacji Dentystycznej.

Pod koniec września odbyły się w Słoku VIII Stomatologiczne Spotkania organizowane przez dra Jacka Pypcia i kolegów z Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi. Z dużym zainteresowaniem słuchaliśmy prezentowanych tam wykładów. Na szczególne wyróżnienie zasługuje bardzo ciekawe i holistyczne przedstawienie problemów radiologicznych przygotowane przez prof. Ingrid Różyło-Kalinowską. Co roku jest wspaniała atmosfera, integrująca środowisko, a poziom wykładów bardzo wysoki.

Zarówno podczas tego pierwszego, jak i drugiego wydarzenia tematem wiodącym i niepokojącym była opieka stomatologiczna nad dziećmi. Podczas CEDE odbyła się debata „Czy polskie dzieci muszą być skazane na próchnicę?” zorganizowana pod kierunkiem prof. Doroty Olczak-Kowalczyk, konsultanta krajowego w dziedzinie stomatologii dziecięcej, pod patronatem Marka Michalaka, rzecznika praw dziecka. Odbyła się bardzo ciekawa dyskusja, padło wiele wniosków, a ten końcowy dotyczył konieczności opisanie problemów opieki stomatologicznej nad dziećmi, by zainteresować panią premier Beatę Szydło tematem, dlaczego władze publiczne nie mogą sobie z problemem próchnicy przez lata poradzić.

Z kolei w Słoku postulowano, by w szerszym zakresie zainteresować media publiczne zagadnieniami dotyczącymi opieki zdrowotnej w Polsce, żeby o problemach chorób jamy ustnej informować częściej i szerzej. Być może dzięki temu zainteresują się tym tematem politycy, którzy mieli uczestniczyć w debacie stomatologów, ale niestety nikogo z senatorów i posłów nie było.

11 września odbyły się kolejne warsztaty w ramach projektu „Razem dla Zdrowia”, współorganizowane przez Naczelną Izbę Lekarską i Fundację My Pacjenci, poświęcone tym razem finansowaniu systemu i świadczeń. Można powiedzieć, że jest światło w tunelu, szczególnie po wystąpieniu prof. Piotra Czauderny z Narodowej Rady Rozwoju. Wydaje się, że powrót do rozmów o podwyższeniu składki zdrowotnej jest chyba możliwy, co może być również pewną nadzieją dla stomatologów. ○

CEDE wydarzenie z potencjałem

Po roku przerwy związanej z organizacją ubiegłorocznego Kongresu FDI, Środkowoeuropejska Wystawa Produktów Stomatologicznych CEDE wróciła do Poznania w nowej formule.

✪ LUCYNA KRYSIAK

➤ Leszek Dudziński, Marzena Dominiak



To już 26. odsłona tej wystawy, która trwała od 14 do 16 września i zgromadziła 11 tys. uczestników. Oprócz zwiedzania wzięli oni udział w prezentacjach, warsztatach, panelach dyskusyjnych i w trwającym równolegle I Kongresie Unii Stomatologii Polskiej oraz sesji Naczelnej Izby Lekarskiej.

Inspiracją tych przeobrażeń jest zmieniający się rynek usług dentystycznych oraz potrzeby środowiska stomatologów oczekujących łączenia teorii z praktyką, wiedzy na temat nie tylko wyposażenia, ale prowadzenia praktyk stomatologicznych oraz rzetelnych informacji dotyczących zmian po biznesowych przejęciach i fuzjach firm.

– Środowisko stomatologów chce świadomie uczestniczyć w tym rynku i być na bieżąco, jeśli chodzi o najnowsze technologie oraz najważniejsze wydarzenia naukowe związane z ich zastosowaniem – powiedziała Ewa Mastalerz, przedstawicielka firmy Exactus, organizatora CEDE i dodała, że nie ma już powrotu do rzeczywistości sprzed ubiegłorocznego Kongresu FDI. Zapowiedziała jednocześnie, że choć priorytety pozostają te same, wystawa ma ogromne możliwości rozwijania się, naturalne jest więc, że będzie się zmieniać.

INTEGRACJA NAUKI I BIZNESU

Ten potencjał tkwi w łączeniu biznesu z nauką, biznesu z praktyką, integracji samej nauki, atrakcyjnych ofertach edukacyjnych opartych na doświadczeniu uznanych ekspertów oraz perfekcyjnej organizacji imprez odbywających się równolegle z wystawą. Najważniejszą z nich w tym roku był I Kongres Unii Stomatologii Polskiej, w którym wzięło udział 1200 osób. W ramach Kongresu odbyło się ponad 100 wykładów, warsztatów i kursów, które poprowadziło 123

ODBYŁO SIĘ PONAD 100 WYKŁADÓW, WARSZTATÓW I KURSÓW, KTÓRE POPROWADZIŁO 123 WYKŁADOWCÓW Z CAŁEGO ŚWIATA.

wykładowców z całego świata. Program powstał przy współpracy Naczelnej Izby Lekarskiej oraz stowarzyszeń naukowych: Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, Polskiego Towarzystwa Periodontologicznego, Polskiego Towarzystwa Stomatologii Dziecięcej, Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radiologicznego, Polskiego Towarzystwa Techników Ortodontycznych.

Kongres poprzedziło coroczne spotkanie Sekcji Polskiej Akademii Pierre Faucharda (APF) pod przewodnictwem prof. Elżbiety Mierzwińskiej-Nastalskiej. Uwagę zwracał wysoki poziom merytoryczny. Dużym zainteresowaniem cieszył się wykład dr. n. med. Bartosza Cerkaskiego dotyczący jednodniowego leczenia endo-protetycznego. Autor pokazał, jak technologia wpływa na współczesne możliwości biologicznego postępowania w endodoncją, umożliwiając przeprowadzenie kompletnego leczenia w ciągu jednego dnia, a nawet jednej wizyty. Dokładnie tyle samo słuchaczy zgromadziła sesja, podczas której wykład na temat jedno- i dwuetapowej implantacji przedstawili prof. Marzena Dominiak oraz dr Silvestros Spiridon. Prelegenci przekonywali, że technika dwuetapowa jako tradycyjna, mimo że wymaga więcej procedur chirurgiczno-protetycznych jest bardziej przewidywalna i mniej obciążająca. Umożliwia nie tylko właściwe pozycjonowanie implantu, ale zarządzanie tkanką miękką. Podejście jednoetapowe skraca proces leczenia implantologicznego, ale ma też swoje minusy, które trzeba uwzględnić, wybierając tę metodę implantowania.

Prof. Marek Ziętek w swoim wykładzie mówił o złożonej etiologii zakażeń grzybiczych, bakteryjnych i wirusowych. Zwrócił uwagę, że spotyka się wśród nich zakażenia charakterystyczne dla chorób przenoszonych drogą płciową. Zdaniem profesora mają więc one wpływ na powstawanie patologicznych zmian w jamie ustnej, a ich diagnostyka przysparza wiele trudności w gabinecie stomatologicznym.

– Pierwszą edycję Kongresu Unii Stomatologii Polskiej po-
czytuję za sukces, tym większy, że wzbudził zainteresowanie
prezentowanymi wykładami ponad tysięczną rzeszę stomato-
logów – podkreśliła prof. Marzena Dominiak, przewodnicząca
Rady Programowej KUSP. Za udaną uważa też próbę integracji
polskiego środowiska naukowego i jako argument podaje fakt,
że do wspólnego stołu rozmów o programie edukacyjnym usie-
dli przedstawiciele najbardziej liczących się towarzystw nauko-
wych oraz organizacji stomatologicznych, i co najważniejsze –
wszyscy odeszli od niego zadowoleni. – Jesteśmy już
po spotkaniu organizacyjnym dotyczącym II Kongresu Unii Sto-
matologii Polskiej i mogę zdradzić, że grono zainteresowanych
realizacją tego projektu jest dwukrotnie większe. Projekt, w ra-
mach którego, w jednym miejscu i czasie, kumulujemy ważne
tematy i wybitnych specjalistów w swoich dziedzinach ma po-
tencjał, który w przyszłości chcemy w pełni wykorzystać – pod-
sumowała prof. Dominiak.

NOWE INICJATYWY

Wydarzeniem towarzyszącym tegorocznej wystawie CEDE była sesja „Naukowy zawrót głowy – nowości w nauce”, której współ-
inicjatorem, obok prof. Marzeny Dominiak, był prof. Tomasz Ko-
nopka. Przedstawiono na niej najlepsze prace studenckie, dok-
torskie i habilitacyjne z zakresu stomatologii z ostatniego roku.



^ Jury wyłania laureatów.

Jury w składzie: prowadzący sesję prof. Tomasz Konopka, prof. Marek Ziętek, rektor UM we Wrocławiu i Anna Lella, prezydent ERO-FDI, wyłoniło laureatów, na których czekały cenne nagrody edukacyjne. Zwycięzcami części studenckiej i doktorskiej zostali: Bartosz Bienias, Bartosz Mielan, Krzysztof Pietryga za pracę „Badanie wytrzymałości mechanicznej tworzywa akrylowego zbrojonego włóknami szklanymi, węglowymi, aramidowymi” oraz dr n. med. Piotr Szymor za prezentację „Zastosowanie trójwymiarowych wydruków celulozowych dla potrzeb chirurgii szczękowej”.

W ramach sesji przedstawiono również najciekawsze prace habilitacyjne ze szczególnym podkreśleniem ich wpływu na praktykę kliniczną. Odkryły one nowości, jak na przykład ośrodkowe pochodzenie bruksizmu w pracy habilitacyjnej dr hab. Anety Wieczorek czy wzmocnienie immunopatogenezy zapaleń przyzębia i nieocenionej roli m.in. probiotyków, a nie antybiotyków w ich leczeniu w pracy dr hab. Natalii Lewkowicz. Nowością były też warsztaty odbywające się w podpoznamskim Przeźmierowie. Lekarze dentyści uczyli się tam rozmaitych procedur na kadawerach, które sprowadzono specjalnie z USA.

Kursy na kadawerach to powszechny na całym świecie sposób nauki, gwarantujący lepsze warunki zabiegowe niż fantomy czy nowoczesne symulatory.

W Polsce kadawery są niedostępne. Kurs na CEDE dawał więc niepowtarzalną okazję, by się na nich uczyć. – Żaden model bądź materiał zwierzęcy nie odda w pełni niepowtarzalności warunków anatomicznych człowieka. Dodatkowym plusem kursów na prawdziwych ludzkich głowach jest fakt, że wszystkie mają wykonane zdjęcia tomograficzne, dzięki czemu do kursu można było przygotować się jak do prawdziwego zabiegu, zaczynając od analizy warunków anatomicznych i planowania leczenia, uwzględniając wiele czynników, jak np. warunki zgryzowe, miejsce na odbudowę protetyczną czy stosunek do sąsiednich zębów – tłumaczy dr n. med. Maciej Michalak, wykładowca kursu implantologicznego.

CODZIENNOŚĆ TO PRÓCHNICA

CEDE to nie tylko nowe technologie, nauka na wysokim poziomie, jednym słowem wielki świat. To także inicjatywy, które mają pomóc w rozwiązywaniu codziennych i przyziemnych problemów związanych z higieną jamy ustnej. Takim problemem jest próchnica wśród dzieci, na temat której już pierwszego dnia wystawy zorganizowano debatę ekspercką.

Polscy lekarze dentyści od lat łączą się w walce z tą chorobą, tegoroczna debata była poprzedzona ankietą internetową. Wynika z niej, że 94 proc. ankietowanych lekarzy chce leczyć i leczyć dzieci. Nie robi tego jedynie 6 proc.

stomatologów. Jako powód wskazują na bariery związane z pozyskiwaniem środków publicznych oraz zbyt niskie wyceny świadczeń stomatologicznych dla najmłodszych. Dlaczego wobec tego jednoznacznego wyniku ankiety polskie dzieci są skazane na próchnicę?

Rzecznik Praw Dziecka, Marek Michalak, który objął honorowy patronat nad debatą, wystosował do jej uczestników specjalne wideo-przesłanie dotyczące tej sprawy. Powiedział też, że w trakcie debaty upomina się o prawa dzieci do zdrowia i życia bez próchnicy, ale mimo wielokrotnych apeli, nadal ze strony Ministerstwa Zdrowia nie ma konkretnych działań zmierzających do poprawy stanu zdrowia jamy ustnej u dzieci.

Debatujący zwrócili uwagę, że problemu próchnicy wśród dzieci nie rozwiążą nawet najliczniejsze i najlepiej wyposażone gabinety stomatologiczne, nie wystarczą też wysiłki stomatologów, jeśli nie włączą się rodzice. – Dopóki spożycie cukru w naszym kraju będzie wynosić 40 kg na osobę rocznie, dopóki nie będzie odpowiedniej edukacji, prowadzonej przez lekarzy, rodziców, szkoły, przedszkola, dietetyków oraz pediatrów, dopóty próchnica będzie chorobą społeczną – powiedział Leszek Dudziński, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej. Efektem debaty ma być stworzenie Białej Księgi Stomatologii Dziecięcej, która wkrótce zostanie opublikowana.

Także odbywająca się na CEDE sesja NIL była blisko codziennych spraw związanych z praktykami stomatologicznymi, podnoszeniem kwalifikacji zawodowych oraz aspektów prawnych choćby dotyczących ochrony danych osobowych, z którymi lekarz dentysta ma do czynienia codziennie. – Nasza aktywność w samorządzie lekarskim jest skierowana na te sprawy, jesteśmy po to, aby je rozwiązywać i będziemy to robić z pełnym zaangażowaniem – zapewnił prezes Dudziński. ○

1200

– tyle osób
wzięło udział
w I Kongresie
Unii Stomatologii
Polskiej.

WYJAŚNIENIE

W nawiązaniu do artykułu Lucyny Krysiak pt. „Dysfunkcje stawów skroniowo-żuchwowych” zamieszczonego w numerze 11 „Gazety Lekarskiej” z 2016 r., redakcja informuje, że został w nim zamieszczony fragment z tabeli pochodzącej z książki autorstwa prof. dr hab. Marii Kleinrok pt. „Przemieszczenie krążków stawowych stawów skroniowo-żuchwowych rozpoznawanie i leczenie” wydawnictwo Czelej sp. z o.o. wydanie I, Lublin 2013 r. Pani Profesor Maria Kleinrok poświęciła temu zagadnieniu bardzo wiele uwagi w swojej pracy naukowej i znacznie przyczyniła się do rozwoju wiedzy na ten temat.

Jesienne polepszacze humoru



Jolanta Małmyga

Wiceprezes ORL w Gorzowie Wlkp.

*By osiągnąć wspaniałe rzeczy,
musimy marzyć tak dobrze, jak działać.*

Anatole France

Po niezbyt udanym lecie nadeszła jesień. Mogłaby być taka piękna, polska i złota, bez stale padającego deszczu, zimna i przejmującego wiatru. Dla części ludzi to najbardziej depresyjna pora roku, dlatego niezbędne są poprawiacze humoru. Potrzeba trochę pozytywów, które pobudzą krążenie krwi i zmotywują do myślenia.

Czeka nas przecież wiele zmian zapowiadanych przez rządzących. Na pewno poprawi nam krążenie szumnie zapowiadane wprowadzenie w ciągu króciutkiego czasu informatyzacji we wszystkich dziedzinach życia. Jako kraj jesteśmy przecież w pełni przygotowani. Mamy wystarczającą liczbę przeszkolonych ludzi, nowoczesny sprzęt oraz łatwe w obsłudze programy komputerowe, które pozwolą na szybkie przesyłanie informacji. Po raz któryś jest ogłaszana cudowna reforma opieki zdrowotnej, która ma zlikwidować kolejki oraz zapewnić pełen dostęp do lekarzy i leczenia – jednak jest jedno „ale”, a jest nim niewystarczająca liczba pracujących obecnie lekarzy, w gronie których jest spora grupa emerytów, którym wprowadzenie nowoczesnych metod informatycznych znacznie ułatwi pracę. Tylko ta cała nowoczesność powinna być sprawna, bo jak na razie to nawet młodzi mają trudności z logowaniem się do ponoć wspaniałe opracowanego systemu monitorowania kształcenia, do którego nie można się wpisać z powodu licznych błędów i trzeba powtarzać całą procedurę od początku. Czas ucieka, a terminy rozpoczynania specjalizacji nie zostaną wydłużone. Możliwe, że takie było zamierzenie, aby w ten sposób zaoszczędzić pieniądze na rezydenturach. Miało być szybko i sprawnie, ale jest jak jest.

Dla rozwiązania problemu niedoborów kadrowych minister zdrowia zwiększył liczbę miejsc na studiach medycznych, jednak wątpię, aby prosto po studiach świeżo upieczeni medycy byli w stanie zapewnić w pełni specjalistyczne leczenie chorych. Stosownym gwarantem, wracającym jak bumerang, dla zapewnienia zwiększenia liczby medyków pracujących w Polsce, ma być wprowadzenie obowiązku odpracowania

rzekomo darmowej nauki medycyny, to na pewno pozwoli zrealizować obietnice wyborcze i skutecznie blokować wyjazdy z kraju młodych adeptów sztuki lekarskiej.

Następny polepszacz jesiennego humoru, moim zdaniem – hit sezonu – to obietnica powrotu do szkół lekarzy i lekarzy dentystów, dla zagwarantowania dzieciom i młodzieży pełnej opieki medycznej. Ostatnio przekazano nawet trochę dodatkowych pieniędzy na zdrowie, z części których zakupionych zostanie 16 dentobusów mających ułatwić dzieciom dostęp do leczenia stomatologicznego.

W szkołach będą zatrudnione pielęgniarki, a użebieniem młodego pokolenia – w kraju o jednym z największych wskaźników próchnicy na świecie – zaopiekują się ekipy dentobusów w liczbie 16 na cały kraj i pojadą do niektórych szkół raz na 10 lat. Dobrze i to.

Pozostaje jeszcze problem wyrażenia zgody opiekuna prawnego czy rodzica na leczenie, jednak znając mentalność niektórych rodziców, zapewne takiej zgody nie da się uzyskać. Twierdzą tak na podstawie własnego doświadczenia, kiedy spotykałam rodziców, którzy nie wyrażali zgody na darmowe zabiegi profilaktyczne w walce z próchnicą, gdyż uważali je za szkodliwe dla zdrowia dzieci. Podobna przecież sytuacja jest z obowiązkowymi szczepieniami. Ale nie ma tego złego, co by nie wyszło na dobre, gdyż wtedy lepszą szansę na częstsze wizyty dentobusów w szkołach będą miały dzieci, których rodzice takowe dokumenty dostarczają.

Świetne pomysły, w czasie gdy najważniejsza jest kariera i promocja własnych wizji przyszłości (zawsze należy zaistnieć i zwrócić na siebie uwagę), nawet jeśli powieła się rozwiązania sprzed wielu lat. A może my, lekarze, też byśmy zaczęli promować potrzebę zmian, wzorując się na animatorach łódzkiego magistratu – wręczając naszym parlamentarzystom rogi, jako symbole ilości pieniędzy z budżetu państwa przeznaczanych na opiekę medyczną? Myślę, że efekt byłby bardziej spektakularny.

Marzenia o potęgde niekiedy się spełniają, tyle tylko, że należy zadbać o ich realizację odpowiednio wcześniej. Na pewno ta jesień mimo chłodu i szybko zapadającego zmroku dostarczy rozgrzewających emocji. ○

Pod paragrafem

Żeby dobrze interpretować przepisy dotyczące wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty, nie wystarczy przeczytanie kilku ustaw. Wiedzą o tym uczestnicy konferencji „Prawo medyczne w obliczu zmian”, zorganizowanej 8 września przez Naczelną Izbę Lekarską oraz Wydział Prawa Uniwersytetu SWPS.

✎ **MARIUSZ TOMCZAK**

Zramienia samorządu lekarskiego gospodarzami spotkania byli: prezes NRL Maciej Hamankiewicz oraz Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Grzegorz Wrona.

Mimo że konferencja miała dotyczyć wielu zagadnień, z którymi w codziennej praktyce stykają się lekarze i w istocie tak też było, pierwszą jej część zdominowała dyskusja o klauzuli sumienia (szerzej na ten temat na str. 46), w której wzięli udział minister zdrowia Konstanty Radziwiłł, ks. prof. dr hab. Krzysztof Orzeszyna i prof. dr hab. Teresa Gardocka.

Wiele uwagi poświęcono również tajemnicy lekarskiej. Jak ocenił minister Radziwiłł, powinna być ona szczególnie chroniona przez prawo, gdyż nie tylko stanowi uprawnienie pacjenta do prywatności, ale jest także warunkiem skutecznego leczenia. – Przepisy dające bliskim zmarłego dostęp do dokumentacji medycznej, nawet jeśli za życia się temu sprzeciwili, są zbyt daleko idące. To budzi mój największy sprzeciw – podkreślił szef resortu zdrowia,

odnosząc się do wprowadzonych w ubiegłym roku zmian w prawie.

Od początku przeciwna takim zapisom była Naczelna Rada Lekarska, zwracając uwagę, że pacjent niejednokrotnie właśnie przed osobami najbliższymi chce zachować w tajemnicy informacje o swoim stanie zdrowia, w szczególności te o charakterze intymnym. – Z drugiej strony na pewno powinny istnieć przepisy, które w jakimś sensie ułatwiają również sytuację osób najbliższych, tych faktycznych opiekunów pacjenta. Oczywiście nie wbrew jego postanowieniom, ale dla jego dobra. Myślę, że jakieś kompromisowe rozwiązanie w tym zakresie jest możliwe – powiedział minister.

Jak przypomnieli prof. dr hab. Jacek Sobczak, tajemnica lekarska nigdy nie była bezwzględnym sekretem, a lekarz przy różnych okazjach był i w dalszym ciągu jest zobowiązany do informowania odpowiednich władz o tym, czego się dowiedział i co ustalił. Te sytuacje (np. kwestie natury psychicznej czy niektórych chorób zakaźnych) szeroko są opisywane w literaturze. – Tajemnica lekarska

obejmuje swoim zasięgiem samo badanie, jego wyniki, diagnozę, historię choroby, postępowanie terapeutyczne, zastosowane metody, postępy leczenia, współistniejące choroby, fakt hospitalizacji, przyjmowane leki. Tajemnicą są zarówno informacje przekazane lekarzowi przez pacjenta bądź przez jego rodzinę, jak i te, które lekarz ustalił, dokonując badań, stanowiąc diagnozę czy prowadząc terapię – powiedział prof. Sobczak i dodał w mocnych słowach, że w ostatnim czasie zmiana przepisów „całkowicie pogwałciła” tajemnicę lekarską. – Tajemnica jest naszym obowiązkiem – powiedział dr Wrona w dyskusji po wystąpieniu prof. Gardockiej i podkreślił, że lekarz nie ma obowiązku jej ujawnienia. – Ja mogę to zrobić, a decyzja, czy zrobię to, czy nie, obciąża moje sumienie – dodał.

KIEDY BIJĄ ALBO OBRAŻAJĄ

W obliczu agresji słownej i fizycznej kierowanej przez pacjentów i ich bliskich wobec lekarzy od dłuższego czasu pojawiają się opinie mówiące o konieczności przyznania lekarzom ochrony takiej, jaką mają funkcjonariusze publiczni. W ocenie szefa resortu zdrowia obecne przepisy są w tym zakresie wystarczające. – Wydaje się, że pójść tak daleko, by wszystkim lekarzom nadać status funkcjonariuszy publicznych wraz z wynikającymi tego

▲ Pierwszą część konferencji zdominowała dyskusja o klauzuli sumienia. Wiele uwagi poświęcono również tajemnicy lekarskiej.



**TAJEMNICA LEKARSKA NIGDY NIE BYŁA
BEZWZGLĘDNYM SEKRETEM. LEKARZ W DALSZYM
CIĄGU JEST ZOBOWIĄZANY DO INFORMOWANIA
WŁADZ O TYM, CZEGO SIĘ DOWIEDZIAŁ I CO USTALIŁ.**



konsekwencjami, byłoby przesadą. Nie wydaje mi się, by lekarze tylko z racji wykonywania zawodu mogli go otrzymać – stwierdził minister Radecki.

Zdaniem prof. dr. hab. Jędrzeja Skrzypczaka, który nawiązał do słów ministra, żeby korzystać z przysługującej funkcjonariuszowi publicznemu w niektórych sytuacjach ochrony, nie trzeba ubiegać się o nadanie statusu, bowiem już teraz na mocy odrębnych przepisów (np. ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry czy ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym) lekarz może z niej skorzystać.

Niemniej, omawiając postulaty Kongresu Prawników Wielkopolski dotyczące bezpieczeństwa prawnego lekarzy, profesor przypomniał o zaproponowanej zmianie przepisu art. 44 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry („podczas lub w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych lekarzowi przysługuje ochrona prawna należąca funkcjonariuszowi publicznemu” ewentualnie, że „lekarzowi, w sytuacjach związanych bezpośrednio lub pośrednio z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, przysługuje ochrona prawna należąca funkcjonariuszowi publicznemu”). – Nie skończyło się wyłącznie na debacie akademickiej, ale pojawiły się również postulaty de lege ferenda, gotowe rozwiązania – podkreślił prof. Skrzypczak.

Kongres Prawników Wielkopolski pod hasłem „Prawnicy dla pacjentów i lekarzy” odbył się w lutym, a poprzedziła go konferencja lekarzy i prawników zorganizowana przez Sąd Apelacyjny w Poznaniu oraz Wielkopolską Izbę Lekarską przy współpracy z poznańskim Uniwersytetem Medycznym oraz Wydziałem Prawa i Administracji Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza.

W polemikę z niektórymi poglądami ministra zdrowia, a zwłaszcza porównaniem samorządu zawodowego z terytorialnym, wszedł prof. dr. hab. Marek Chmaj. – Samorząd zawodowy jest przymusowy, a przynależność do niego nakłada obowiązki. Przede wszystkim trzeba podporządkować się przepisom wewnętrznym – podkreślił profesor. Przypomniał, że status zawodu zaufania publicznego można stracić, z czym mieliśmy do czynienia w połowie 2014 r. To wtedy w świetle ustawy deregulującej zawód urbanisty Krajową Izbę Urbanistów i okręgowe izby postawiono w stan likwidacji.

OGRANICZANIE CZASU PRACY

W konstytucji wolność pracy została zaliczona do kategorii wolności i praw socjalno-ekonomicznych, gwarantujących każdemu obywatelowi wybór zawodu lub zatrudnienia wolny od ingerencji państwa. Autonomia i godność jednostki stanowią podstawę

wolności pracy. – Zasada wolności pracy oznacza, że każdy człowiek ma swobodę dysponowania siłą swoich mięśni i swojego umysłu – powiedziała dr hab. Monika Lewandowicz-Machnikowska, zwracając uwagę na duże znaczenie aktywności zawodowej w życiu człowieka niezależnie od tego, w jaki sposób jest ona wykonywana. Praca nie tylko pozwala uzyskać środki finansowe na utrzymanie siebie i najbliższych, ale również sprzyja samorealizacji, daje możliwość wykorzystywania zdolności i poczucia wspólnoty, umożliwia rozwój umiejętności społecznych oraz odciąża od rutyny zajęć domowych.

W swoim wystąpieniu podkreśliła, że w dyskusji o uregulowaniu czasu pracy zawodów medycznych państwo jest stroną, w dodatku pozostającą w pewnym konflikcie z oczekiwaniami przynajmniej części białego personelu. Z jednej strony niektóre profesje są bowiem „bogate w pracę” i do nich bez wątpienia należy zawód lekarza, a z drugiej – jego wykonywanie wymaga szczególnej zdolności psychofizycznej, co sprawia, że zasada wolności pracy nie musi być traktowana w sposób absolutny. – Wyobrażam sobie całkowicie legalne klauzule umowne, w których pracodawca zatrudniający lekarza mówi do niego tak: płacę ci tyle, żebyś nigdzie indziej nie pracował, ponieważ wykonujesz zawód szczególny i chcę,



Więcej na
www.gazetalekarska.pl



^ **Maciej Hamankiewicz, Konstanty Radziwiłł, Paweł Kowalski, Grzegorz Wrona**

abyś realizował go w pełni w jednym miejscu – powiedziała dr hab. Lewandowicz-Machnikowska.

W jej opinii prawo ma duże znaczenie dla zachowania właściwych proporcji między aktywnością zawodową a życiem prywatnym, co nabiera dodatkowego znaczenia w kontekście dyskusji nad ograniczaniem dodatkowego zatrudniania osób wykonujących zawody medyczne. Zresztą są przecież profesje objęte ograniczeniami w zakresie zarabkowania poza stosunkiem pracy.

CO Z UPORCZYWĄ TERAPIĄ?

Zupełnie inną tematykę, chyba jeszcze bardziej kontrowersyjną, przybliżyła dr hab. Monika Urbaniak. Już na początku wystąpienia zwróciła uwagę, że na gruncie przepisów prawa niepodjęcie leczenia i odstąpienie od niego to dwie różne sytuacje. Jak czytamy

w Kodeksie Etyki Lekarskiej, lekarzowi wolno nie podjąć się lub odstąpić od leczenia chorego, ale tylko w szczególnie uzasadnionych wypadkach i z wyjątkiem przypadków niecierpiących zwłoki. Powinien jednak wskazać pacjentowi inną możliwość uzyskania pomocy lekarskiej. – Fakt skorzystania z prawa do odstąpienia od leczenia należy odnotować w dokumentacji medycznej – podkreśliła.

Ustawodawca rozróżnił „zwykłe” leczenie pacjenta od pozostawiania w stanie terminalnym, co znajduje się pod szczególną ochroną. Jej emanacją stanowi choćby art. 4 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta stanowiący, że w razie naruszenia prawa do umierania w spokoju i godności sąd może zasądzić odpowiednią sumę pieniężną na cel społeczny.

Choć w prawie powszechnym nie ma zdefiniowanych takich pojęć jak:

„uporczywa terapia” czy „stan terminalny”, do tych sytuacji odnosi się KEL: art. 31 zabrania lekarzowi stosowania eutanazji i pomagania choremu w popełnieniu samobójstwa, a art. 32 stanowi, że „w stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych”. – To przepis stricte regulujący możliwość zaniechania czynności medycznych w stanie nagłego zagrożenia życia. Kodeks stanowi wprost, że jest to decyzja wyłącznie lekarza – powiedziała dr hab. Urbaniak, dodając, że w tym kontekście pojawia się pytanie o granicę legalności czynności medycznych. Stanowi ją, jak zaznaczyła, wola pacjenta. Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej postulował o zastąpienie terminu „terapia uporczywa” określeniem „terapia daremna”.



– Można powiedzieć, że zaniechanie uporczywej terapii, która jest rozumiana jako nieskuteczna, przedłużająca cierpienie, potęgująca ból pacjenta, bez szans na wyleczenie, jest w polskim prawie dopuszczalne – powiedziała. Do słów prelegentki odniósł się w trakcie dyskusji m.in. dr Stanisław Wencelis. Podkreślił, że trzeba uszanować życzenie pacjenta, choć zastrzegł, żeby nie mylić tego z eutanazją, bo od jej akceptacji jest „równie odległy jak od bieguna południowego”. – Medycyna może wiele, jednakże nie zapewnia nieśmiertelności – dodała dr Teresa Korta, również zabierająca głos w dyskusji.

SZCZEPIENIA I SEKS-NADUŻYCIA

W dalszej części konferencji dr Agnieszka Fiutak mówiła o odpowiedzialności przedstawiciela ustawowego za niewykonanie szczepienia obowiązkowego, podkreślając, że na rodziców uchylających się od szczepienia obowiązkowego swego dziecka nawet parokrotnie może być nałożona kara grzywny.

Z kolei dr Paweł Kowalski przybliżył problematykę pozbawienia prawa wykonywania zawodu lekarza przez sądy karne i sądy lekarskie w oparciu o orzeczenia wydawane za granicą. Z przedstawionych przez niego statystyk wynika, że w Systemie Wymiany Informacji IMI znajduje się 27 osób z naszego kraju, z czego 6 zostało całkowicie wykreślonych. Zdaniem dr. Kowalskiego Brytyjczycy będą zainteresowani dalszym uznawaniem kwalifikacji zawodowych nawet po wyjściu z Unii Europejskiej.

Konferencję zamknęło wystąpienie Pauliny Tomaszewskiej poświęcone nadużyciom seksualnym i ich kwalifikacji w praktyce sądów lekarskich. Przypomniała, że zanim trafi tam jakakolwiek sprawa, w tym ta dotycząca nadużyć seksualnych, najpierw pojawia się na biurku rzecznika odpowiedzialności zawodowej. To on pełni funkcję oskarżyciela. – Działania rzecznika odpowiedzialności zawodowej rozpoczynają się od czynności sprawdzających, następnie

przechodzi on do postępowania wyjaśniającego – powiedziała. Wniosek do sądu lekarskiego o ukaranie za popełniony czyn mogący stanowić przewinienie zawodowe, rzecznik kieruje po przeprowadzeniu postępowania wyjaśniającego, ustaleniu obwinionego, zebraniu i zabezpieczeniu dowodów.

Z zaprezentowanych danych wynika, że spośród 1356 spraw rozpoznawanych przez Naczelny Sąd Lekarski w latach 2010–2016, tylko 11 dotyczyło nadużyć seksualnych. W sprawach dotyczących tej sfery Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej dwukrotnie skierował kasacje na niewspółmierność kary i dwukrotnie Sąd

Najwyższy przychylił się do argumentacji NROZ, kierując obie do ponownego rozpoznania.

Jak podkreśliła prelegentka, w KEL nie ma ani słowa bezpośrednio odnoszącego się do nadużyć seksualnych, ale członkowie izb lekarskich mogą być pociągnięci do odpowiedzialności za naruszenie zasad etyki i przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza. Powołała się na orzeczenia Sądu Najwyższego, który zwrócił uwagę, że KEL stanowi syntezę pewnych wartości, wskazując na minimum etyki w zawodzie, dlatego nie można oczekiwać, że będzie regulować każdą sytuację. 

Zaświadczenia bez badania

„Każde zaświadczenie lekarskie lub inny dokument medyczny powinien umożliwiać identyfikację lekarza, który go wystawił. Treść dokumentu powinna być zgodna z wiedzą i sumieniem lekarza. Nie może być ona formułowana przez lekarza pod presją lub w oczekiwaniu osobistych korzyści” [art. 41 KEL].

W lipcu 2014 r. zastępca prokuratora rejonowego przesłał kopię aktu oskarżenia w sprawie toczącej się przeciwko jednemu z lekarzy.

Okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej wszczął postępowanie, po czym je zawiesił ze względu na toczące się postępowanie w sądzie powszechnym. W 2015 r. otrzymał on prawomocny wyrok wydany przez wydział karny sądu rejonowego, orzekający o winie obwinionego z art. 228 § 3 kk. Na podstawie zgromadzonego materiału ustalono, że poza

okresem objętym tym wyrokiem obwiniony lekarz dopuścił się kolejnych przestępstw o charakterze korupcyjnym. W czerwcu 2016 r. OROZ złożył do okręgowego sądu lekarskiego wniosek o ukaranie lekarza, zarzucając mu nieetyczne postępowanie, polegające na przyjęciu 42 razy korzyści majątkowej w postaci pieniędzy w różnych kwotach w zamian za wydawanie zaświadczeń z zakresu medycyny pracy, bez przeprowadzania stosownych badań, co stanowiło naruszenie art. 41 Kodeksu Etyki Lekarskiej.

OSL po rozpatrzeniu sprawy postanowił uznać obwinionego lekarza

za winnego postawionego mu zarzutu i wymierzył mu karę ograniczenia zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza na okres 2 lat w zakresie wykonywania badań profilaktycznych.

Obwiniony lekarz odwołał się od powyższego orzeczenia OSL. Wskazał, że orzeczona przez OSL kara jest zbyt wysoka i niewspółmierna do stopnia zawinienia. Naczelny Sąd Lekarski uznał, że brak jest podstaw do zmiany zaskarżonego orzeczenia, jak i do jego uchylenia i utrzymał w mocy orzeczenie sądu pierwszej instancji. ○



Grzegorz Wrona

Naczelny Rzecznik
Odpowiedzialności
Zawodowej

KOMENTARZ

Kolejny już raz przedstawiona zostaje sprawa dotycząca orzekania wbrew zasadom i przepisom, w tym przypadku okraszona dowiedzionym podłożem korupcyjnym. Warto sobie zadać pytanie, czy orzeczona przez sąd I instancji kara była współmierna do narażenia nas, wszystkich lekarzy, na podejrzenia o łapówkarstwo, czy też przyjmowanie nienależnych korzyści. Bo przecież każdy taki występek pozostawia plamę na godności wykonywanego przez nas zawodu.

Odpowiadając na to pytanie, należy uznać, że skoro rzecznik odpowiedzialności zawodowej nie odwołał się od orzeczenia sądu I instancji, to uznał karę za współmierną. Lekarz oczywiście miał formalne prawo do takiego odwołania i trudno oceniać, czy szło za tym prawo moralne. Niemniej Naczelny Sąd Lekarski nie był uprawniony do podjęcia dyskusji w zakresie ewentualności poniesienia wymiaru kary, zachował zatem orzeczoną na maksymalnym poziomie.

Warto, oceniając to wydarzenie i dokonując własnego

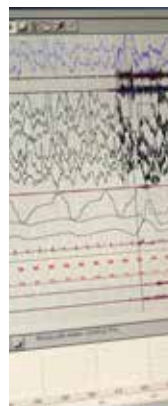
osądu, brać pod uwagę przyszłość. Po pierwsze, w rejestrze ukaranych lekarzy znajduje się wzmianka o tej karze i zostanie ona usunięta po 3 latach od dnia zakończenia jej wykonywania. Wzmianka o tej (wysokiej) karze jest także zamieszczona w Centralnym Rejestrze Lekarzy i Lekarzy Dentystów – rejestrze jawnym. Nie wolno też zapominać, że kara przypisana temu lekarzowi znalazła się także w IMI – rejestrze, do którego dostęp mają wszystkie europejskie (państw stowarzyszonych) organizacje wydające pozwolenia na wykonywanie zawodu lekarza na obszarze tych państw. Z tego rejestru wzmianka ta zostanie wykreślona we wspomnianym wyżej dniu.

Nie można zatem, przewidując ograniczenia i trudności w znalezieniu przez lekarza, satysfakcjonującego i zgodnego z dotychczasowym, zawodowym rozwojem zatrudnienia, tej kary bagatelizować. No, chyba że lekarz postanowi nie podporządkowywać się temu ograniczeniu. Ale o tym, ewentualnie, w kolejnych komentarzach. ○

Życie nocy

Jedni wyczekują go z upragnieniem, inni boją się jak najgorszego wroga. Sen. Czym jest i jaki ma wpływ na człowieka?

📍 MARTA JAKUBIAK, LIDIA SULIKOWSKA



Jedziemy do Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, gdzie działa Ośrodek Medycyny Snu. Tutaj po raz pierwszy w Polsce zaczęto wykonywać badania snu. W ośrodku pracuje czterech lekarzy, dwóch psychologów, trzech laborantów EEG i jeden technik. To właśnie tu diagnozuje się i leczy pacjentów z zaburzeniami snu i nadmierną sennością w ciągu dnia.

Prowadzone są też badania nad fizjologią snu i nowymi metodami diagnozowania oraz leczenia jego zaburzeń. – Funkcjonujemy w ramach dwóch poradni: zdrowia psychicznego i neurologicznej – informuje dr Wojciech Jernajczyk, specjalista psychiatry, neurofizjolog kliniczny, kierownik tej jednostki kliniczno-badawczej. Poczekalnia jest dziś pusta. Pytamy więc, dlaczego nie ma pacjentów. – Chętnych jest wielu, ale musimy bardzo limitować przyjęcia, bo nie mamy odrębnego kontraktu na naszą działalność. NFZ takich kontraktów nie udziela – wyjaśnia nasz rozmówca.

GDY NIE MOŻNA ZASNAĆ

Człowiek potrzebuje średnio siedmiu godzin snu dziennie. To odpowiednio dużo czasu, aby przejść przez wszystkie jego stadia, niezbędne do właściwej regeneracji organizmu. Śnimy w czasie snu REM (rapid eye movement sleep), czyli stadium snu z szybkimi ruchami gałek ocznych. Wówczas porządkuje się nasza pamięć i odnawiają zasoby neuroprzekazników. – Żeby nam się śniło, musimy być wyspani. Marzenia senne mają bardzo dobroczynny wpływ na organizm człowieka. Pomagają porządkować pamięć, oddzielać fakty od emocji, regulować je i aktywują te części mózgu, których nie używamy w okresie czuwania – tłumaczy kolejny z naszych rozmówców, dr Adam Wichniak, specjalista psychiatry, neurofizjolog kliniczny, adiunkt w III Klinice Psychiatrycznej i Ośrodku Medycyny Snu Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

Sen zajmuje w sumie jedną trzecią życia. Jednym troszkę więcej, innym nieco

mniej. Osoby o płytkim śnie powinny spać dłużej, a te o głębokim – trochę krócej. – Jeśli rano budzisz się wypoczęty, to znaczy, że realizujesz swoje zapotrzebowanie na sen dobrze. Jeśli nie możesz zasnąć, choć bardzo tego chcesz i wstajesz rano zmęczony lub wręcz rozdrażniony, to znak, że masz problem – podkreśla dr Jernajczyk.

Niestety coraz więcej osób nie jest w stanie zapewnić sobie potrzebnego czasu trwania snu. W Polsce na bezsenność cierpi 6-10 proc. populacji ogólnej i choć każdy może mieć krótkotrwałą bezsenność, co zdarza się z powodu stresu albo gdy jesteśmy czymś podekscytowani, to jeśli ten stan się przedłuża, trzeba poszukać przyczyny i pomocy.

DYŻURY WBREW NATURZE

Wszystkie ożywione organizmy, także ludzie, funkcjonują w rytmie dzień-noc, czuwanie-sen. Człowiek jest predestynowany, aby być aktywnym, gdy jest jasno, i spać po zapadnięciu zmroku. Tak zwane złote godziny snu, zsynchronizowane z jego zegarem biologicznym, to pierwsza połowa nocy. Gdy przestaje się żyć zgodnie z tym rytmem, pojawiają się problemy.

Dlatego, co udowodniono już w badaniach, bezsenność to duży problem wśród osób pracujących w trybie zmianowym, w tym personelu medycznego. – Taki styl pracy jest bardzo szkodliwy. Zbadano na przykład wpływ nocnych dyżurów na pielęgniarki. Okazało się, że praca w tym trybie może zwiększać ryzyko zachorowania na raka piersi. Będąc aktywnym w nocy, zadajemy gwałt temu, do czego jesteśmy genetycznie przystosowani – ostrzega dr Jernajczyk.

W innym z badań zbadano 3 tys. lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. – Wyniki pokazały, że blisko połowa z nich spała w ciągu doby zbyt krótko. 6 proc. znalazła się w grupie ryzyka i prawdopodobnie choruje na bezsenność. Myślę, że gdyby przebadano lekarzy innych specjalności, wyniki byłyby jeszcze bardziej niepokojące – mówi dr Wichniak.

Niedobór snu się akumuluje. Jedna godzina mniej każdej nocy to jedna nieprzespana noc w tygodniu. Taki niedobór snu powoduje stan, jakbyśmy mieli

▲ Zespół Ośrodka Medycyny Snu Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

10

– o tyle lat może być krótsze życie osoby, która bagatelizuje niedobory snu.

1 promil alkoholu we krwi – wyjaśnia dr Wichniak. Człowiek niewyspany sięga po posiłki wysokokaloryczne, pobudza się kofeiną i nikotyną, co w rezultacie dodatkowo utrudnia zasypianie. – Lekarze w USA nadużywają leków stymulujących, aby zwiększyć swoją koncentrację, a to w dłuższej perspektywie tylko pogarsza ich stan. Niestety, często bagatelizujemy problem niedoboru snu, który może prowadzić do poważniejszych konsekwencji, w tym zaburzeń psychicznych, metabolicznych i hormonalnych, a nawet otyłości i niepłodności. Taki sposób funkcjonowania skraca życie nawet o 10 lat – ostrzega i dodaje, że odsypianie w weekendy tylko częściowo pomaga, ponieważ organizm regularnie potrzebuje określonej długości snu w ciągu doby.

KTO PROSI O POMOC?

Do ośrodka przy Sobieskiego kiedyś przychodziły głównie osoby starsze, ale to już przeszłość. – Teraz zgłasza się do nas najwięcej osób w wieku 20-30 lat – mówi dr Wichniak. Dlaczego? – pytamy. – Jednym z czynników powodujących problemy ze snem jest nadmierna ekspozycja na sztuczne światło, zwłaszcza niebieskie, emitowane przez urządzenia cyfrowe, jak komputer, laptop, telewizor czy smartfon. Gdy robi się ciemno, wzrasta poziom melatoniny, która daje sygnał, że czas odpocząć. Światło, a światło niebieskie najsilniej, blokuje jej wydzielanie przez szyszynkę – tłumaczy dr Jernajczyk, a przecież młodzi ludzie nie rozstają się ze swoimi laptopami i smartfonami. – Wśród dzieci najbardziej niewyspani są nastolatki – dodaje dr Wichniak.

Bezsenność pojawia się oczywiście także u osób starszych, najczęściej gdy przechodzą na emeryturę. Przez lata organizm był przyzwyczajony do wysiłku, a potem dostaje za dużo wolnego czasu i nie ma jak się zmęczyć. W przypadku osób starszych często pojawia się także nadmierna senność w ciągu dnia, ale nie powinny one robić drzemek, ponieważ taki relaks przekłada się na wzmożoną aktywność w nocy, sięganie po tabletki nasenne, przez co wpada się w błędne koło.

Zaburzenia snu czasem wywoływane są przez inne choroby: psychiczne, somatyczne, neurologiczne. – Bezsenność często pojawia się u chorych na depresję, a także u osób z zespołami bólowymi, otyłych, cierpiących na nadciśnienie tętnicze i inne schorzenia układu krążenia, mających zaburzenia endokrynologiczne, metaboliczne, a nawet dermatologiczne – wyjaśnia dr Wichniak.

Częstą przyczyną występowania objawów bezsenności, już u co drugiego Polaka, jak wskazuje badanie epidemiologiczne NATPOL, jest też niewłaściwy tryb życia i brak higieny snu. – Żyjemy w niekorzystnym dla snu środowisku, a na dodatek sami sobie szkodzimy. Wiele osób uzależnionych od nikotyny nie wyobraża sobie zakończyć dnia bez wypalenia papierosa. Nikotyna przecież pobudza, a żeby usnąć, trzeba się wyciszyć. Inni przed snem piją alkohol, który tylko czasami ułatwia zasypianie. Jest jednak szybko metabolizowany, a metabolit (aldehid octowy) jest silnym środkiem pobudzającym i efekt jest taki, że po dwóch godzinach budzimy się i do rana nie możemy zasnąć – tłumaczy dr Jernajczyk. Wiadomo też, że kobiety są wrażliwsze na pogorszenie jakości snu, choć śpią lepiej od mężczyzn, ale jedynie do czasu istnienia ochrony hormonalnej.

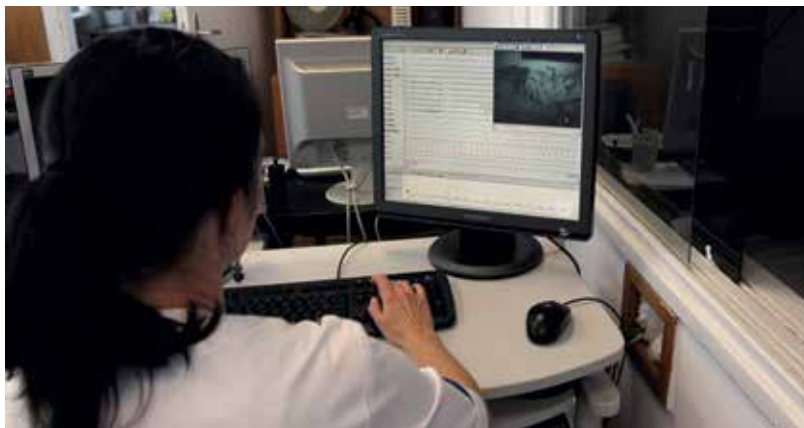
Jeśli bezsenność trwa powyżej trzech miesięcy, można już mówić o chorobie. Jak ją leczyć? – Najpierw musimy sprawdzić, czy zaburzenie nie jest wynikiem jakiejś innej choroby. Potem pytamy pacjenta o higienę snu, bo tu najczęściej tkwi problem, i w takich przypadkach najlepszą i w zasadzie podstawową formą leczenia jest zmiana stylu życia – wyjaśnia dr Wichniak. Chory musi nauczyć się, czego organizm od niego oczekuje. Najczęściej brakuje regularnego wysiłku fizycznego w ciągu dnia oraz wystarczająco długiego okresu na wyciszenie się wieczorem. Każdy pacjent dostaje dziennik snu do codziennego wypełniania, dzięki któremu może obserwować, jak funkcjonuje na co dzień. Jeśli nie jest w stanie sam zmienić swoich nawyków związanych ze snem, konieczne jest, by przeszedł przez terapię behawioralno-poznawczą.

– Uważam, że każdy cierpiący na bezsenność przewlekłą powinien poddać się tej terapii. Niestety w kraju brakuje specjalistów. Mamy tylko dwa certyfikowane przez Polskie Towarzystwo Badań nad Snem ośrodki, które oferują tego typu leczenie. W naszej placówce zajmuje się tym mgr psychologii Ewa Poradowska – opowiada dr Jernajczyk. Terapia nie jest skomplikowana dla pacjenta, ale wymaga samodyscypliny i rzeczywistej chęci do zmiany. Polega na znalezieniu takich problemów i zwyczajów, które powodują bezsenność, i wyeliminowaniu ich. – Rzadziej stosujemy wyłącznie leczenie farmakologiczne, chyba że krótkotrwale, raczej w celu złagodzenia objawów. Tabletką nie wyleczymy bezsenności – uważa dr Wichniak. Czy pacjenci nie protestują? Przecież łatwiej jest przyjąć tabletkę, niż zmienić styl życia. – Niektórzy są zdumieni, ale większość nie nalega na zaordynowanie leków. To osoby, które miały już wiele prób z leczeniem farmakologicznym, i wiedzą, że takie postępowanie w dłuższym okresie nie jest wystarczająco skuteczne – wyjaśnia.

Jak zgodnie twierdzą lekarze, z którymi rozmawiamy, w społeczeństwie nie ma świadomości, jak ważna jest higiena snu i co robić, aby wzmacniać własny sen. – Brakuje tej wiedzy także u lekarzy pierwszego kontaktu. Za mało edukacji, a za dużo farmakologii. Nie zdarzyło mi się, aby pacjent przyszedł do mnie z już wypełnionym dziennikiem snu – mówi dr Wichniak. Na szczęście lekarze rodzinni w celu złagodzenia objawów bezsenności coraz rzadziej stosują silne leki z grupy pochodnych benzodiazepiny, które są przeznaczone do krótkotrwałej terapii ciężkich stanów lękowych.

INNE ZABURZENIA

Bezsenność to najczęstszy typ zaburzeń snu, ale nie jedyny. Problem stanowi również nadmierna senność w ciągu dnia, zaburzenia oddychania w czasie snu, które mogą prowadzić do zawału serca i udaru mózgu, zaburzenia rytmu okołodobowego (śpimy, ale nie w nocy), zaburzenia ruchowe



w czasie snu, tzw. parasomnie (m.in. somnambulizm).

– Jednymi z ciekawszych zaburzeń są różne odmiany parasomnii – mówi lek. Aleksandra Wierzbicka, specjalista neurolog, neurofizjolog kliniczny, starszy asystent w Zakładzie Neurofizjologii Klinicznej i Ośrodku Medycyny Snu, z którą spotykamy się w pracowni badań EEG. – W czasie głębokiego snu pacjent może siadać na łóżku, skubać kołdrę, mamrotać, a nawet ubrać się i rozmawiać z innymi osobami. Jeśli go gwałtownie obudzimy, jest zdezorientowany, a nawet może być agresywny – tłumaczy. To somnambulizm, jedna z odmian parasomnii. Ataki pojawiają się w pierwszej połowie nocy i najczęściej dotyczą dzieci w wieku 4-8 lat (mogą wystąpić nawet u co trzeciego dziecka). Na somnambulizm cierpi poniżej 1 proc. dorosłych.

– Parasomnie pojawiające się w czasie snu NREM można leczyć, wydłużając sen i poprawiając jakość snu. Trudniej jest leczyć zaburzenia zachowania w czasie snu REM. Mamy skuteczny lek, klonazepam. Nie nadaje się on jednak do stałego podawania np. osobom starszym, ponieważ zaburza funkcje poznawcze, zwiększa ryzyko upadków i uzależnienia – tłumaczy doktor Wierzbicka. Co w takim przypadku? – Trzeba zabezpieczyć pacjenta przed urazem w czasie snu. Powinien mieć duże, niskie łóżko, usytuowane daleko od ścian i mebli – wyjaśnia.

POLISOMNOGRAFIA

Do zdiagnozowania wielu zaburzeń niezbędne jest badanie snu, czyli polisomnografia. Kto powinien się jej poddać? – Pacjenci z podejrzeniem narkolepsji, bezdechu sennego, a także osoby z zaburzeniami ruchowymi,

w przypadku których należy określić, czy jest to objaw padaczki czy parasomnii. Dzwoni do nas wielu pacjentów z problemem bezsenności, ale akurat w tym przypadku badanie polisomnograficzne najczęściej nie jest konieczne, ponieważ niewiele wniesie do diagnozowania przyczyny choroby – tłumaczy dr Wierzbicka. Należy je jednak zlecić, jeśli u pacjenta podejrzewa się zaburzenia oddychania w czasie snu.

Ośrodek wykonuje pełne badanie snu ze wzrokową i automatyczną analizą stadiów snu, parametrów układu krążenia i układu oddechowego, pozycji ciała i ruchów kończyn. Jako ludzie śpimy podobnie, aczkolwiek każdy człowiek ma w czasie snu swój unikatowy elektroencefalogram. Wyjątkiem są bliźniaki jednojajowe, w przypadku których jest duża szansa na identyczny zapis w EEG.

Do badania pacjent musi być odpowiednio przygotowany, nie może pić pobudzających napojów, musi mieć uregulowany rytm sen-czuwanie i być po lekkiej kolacji. – Przygotowania do badania, rozmieszczenie elektrod i czujników, trwają ok. 45 minut. W naszej pracowni możemy badać trzech pacjentów jednocześnie – informuje doktor Wierzbicka.

Czy pacjenci nie mają problemu, by zasnąć w szpitalu? – W naszym ośrodku badamy sen od 1974 r. W tym czasie tylko jedna osoba w ogóle nie usnęła w czasie badania – mówi Tomasz Jakubczyk, technik pracujący tu od wielu lat. Co jest takiego fascynującego we śnie? – Wszystko! – odpowiada doktor Wierzbicka. – Najbardziej lubię oglądać zapisy badań polisomnograficznych. Często mnie zaskakuja, np. zauważam zaburzenie, którego

▲ **Aleksandra Wierzbicka i Wojciech Jernajczyk w pracowni badań EEG.**

po zebranych wcześniej wywiadzie zupełnie się nie spodziewałam – tłumaczy. Bywa, że analiza jednego zapisu trwa kilka godzin.

DOSTĘPNOŚĆ OGRANICZONA

W Polsce możliwość leczenia zaburzeń snu jest znikoma. Jak zgodnie twierdzą nasi rozmówcy, brakuje ośrodków medycyny snu, a taka placówka – z psychiatrą, internistą, laryngologiem, pulmonologiem, neurologiem, psychologiem i edukatorem medycznym – powinna działać w każdym województwie. – Etiologia zaburzeń snu jest wieloczynnikowa, potrzeba współpracy wielu specjalistów. My działamy tutaj z osobistej pasji, system nas jednak nie widzi. Takie poradnie jak nasza formalnie nie istnieją. NFZ nie oferuje dla nas kontraktu, nie finansuje kompleksowego leczenia zaburzeń snu w obrębie jednego szpitala lub ośrodka. Każdy specjalista zajmuje się tylko swoją dziedziną – mówi dr Wichniak. – Ministerstwo Zdrowia i NFZ robią wszystko, aby nas zniechęcić, ale jakoś sobie radzimy, choć przyznam, że nie jest łatwo przetrwać – dodaje dr Jernajczyk.

To nowoczesna, kosztowna dziedzina medycyny, a wraz z postępem cywilizacji pacjentów przybywa. Diagnostyka ciągle się rozwija, rynek sprzętu medycznego oferuje aparaty aktygraficzne i poligraficzne, diagnostykę domową, oznaczenia markerów molekularnych i biochemicznych zaburzeń snu. Jeśli te koszty nie zostaną zauważone, w naszym kraju ta dziedzina medycyny będzie dostępna tylko dla nielicznych pacjentów w ośrodkach niepublicznych, poza systemem opieki zdrowotnej finansowanej przez NFZ. ○

7

– średnio tyłu godzin snu dziennie potrzebuje człowiek – to odpowiednio dużo czasu, aby przejść przez wszystkie jego stadia, niezbędne do właściwej regeneracji organizmu.

Samodzielna i w pełni niezależna

Z prof. **Piotrem Chłostą**, prezesem Polskiego Towarzystwa Urologicznego, rozmawia **Lucyna Krysiak**.



**Lucyna
Krysiak**

Dziennikarz
„Gazety Lekarskiej”

GL
WYWIAD

GL Polskie Towarzystwo Urologiczne to jedno z najstarszych urologicznych towarzystw lekarskich na świecie.

Historycznie najstarsze jest powstałe w 1896 r. w Paryżu Francuskie Towarzystwo Urologiczne, którego prezesem był prof. Feliks Guyon, szef pierwszej akademickiej kliniki urologicznej na świecie. Jednak – co należy podkreślić – wcześniej powstał pierwszy na świecie oddział urologiczny w Odessie, którego ordynatorem był Polak dr Teofil Wdowikowski. Później było Belgijskie Towarzystwo Urologiczne (1901 r.), a zaraz po nim (1902 r.) jedno z najsilniejszych w świecie Amerykańskie Towarzystwo Urologiczne. W tym samym czasie tego rodzaju towarzystwa powołano w Niemczech i we Włoszech. Polskie Towarzystwo Urologiczne założono w 1949 r., a jego pierwszym prezesem był dr Wacław Lilpop. Wszyscy ówcześni członkowie tych towarzystw byli chirurgami, urologia jako specjalizacja medyczna dopiero się kształtowała.

GL To znaczy, że urologia wyrosła z chirurgii?

Od początku była dyscypliną chirurgiczną, u podstaw której leży rozpoznawanie, leczenie i prowadzenie chorych z zaburzeniami układu moczowego obu płci i moczowo-płciowego mężczyzn do końca ich życia. Urologia wyodrębniła się więc z chirurgii ogólnej, z czasem uzyskując samodzielność i pełną niezależność. Ale w dalszym ciągu czerpie wiedzę z innych specjalności, np. z interny, która uczy urologów holistycznego podejścia do chorego, czy z geriatry, endokrynologii, kardiologii, andrologii. Urologia ceni sobie pracę w zespołach interdyscyplinarnych. Obszar tego działania zahacza o chirurgię przewodu pokarmowego, zaawansowaną chirurgię naczyniową, endokrynologiczną i transplantacyjną. Urolog XXI w. jest więc nie tylko specjalistą narządowym, ale wielodyscyplinarnym chirurgiem. Formalne początki urologii sięgają XIX stulecia, kiedy to w Dreźnie ginekolog Maksymilian Nitze użył po raz pierwszy nowoczesnego cystoskopu, aby zajrzeć do światła pęcherza moczowego. To był istotny przełom, gdyż od tej pory zaczął się dynamiczny rozwój metod endoskopowych w urologii. Obecnie powszechnie posługujemy się urządzeniami endoskopowymi i coraz bardziej wyrafinowanymi technologiami, np. robotami chirurgicznymi.

GL Co jest siłą napędową tego rozwoju?

Rosnąca liczba zachorowań na nowotwory układu

moczowego zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn. O skali problemu świadczy fakt, że ponad 26 proc. wszystkich nowotworów przypadków nowotworów w Polsce stanowią nowotwory układu moczowego. Biorąc pod uwagę postęp technologiczny, możliwość posługiwania się metodami endoskopowymi, klasyczną chirurgią, chemioterapią czy hormonoterapią, współczesny urolog w 80 proc. zajmuje się rozpoznawaniem i leczeniem chorych na raka – nerki, moczowodu, pęcherza moczowego czy jądra i gruczołu krokowego u mężczyzn. Można więc powiedzieć, że ciężar gantunkowy tego leczenia przenosi się na onkologiczny zakres urologii, a lekarz urolog staje się dla chorych na nowotwory złośliwe układu moczowego lekarzem pierwszego kontaktu, odpowiadającym za rozpoznanie, wdrożenie najwłaściwszego leczenia i długoterminową opiekę pooperacyjną.

GL Kiedy lekarz powinien kierować pacjenta do urologa?

W każdym przypadku, kiedy zachodzi nawet najmniejsze podejrzenie, że z układem moczowym dzieje się coś złego. Zwłaszcza w przypadku krwiomoczu, dodatniego wywiadu rodzinnego wskazującego na obecność chorych na nowotwór w prostej linii w rodzinie i zawsze, kiedy są wątpliwości co do postawienia diagnozy ze strony układu moczowego. To dlatego z lekarzami rodzinnymi i wielu innych specjalności organizujemy wspólne szkolenia. Należy pamiętać, że w nowotworach to czas decyduje o powodzeniu leczenia. Każdy po 40. roku życia profilaktycznie powinien więc być przebadany urologicznie.

GL Jakie problemy natury urologicznej mają kobiety, a jakie mężczyźni?

Na choroby onkologiczne układu moczowego zapadają jedni i drudzy, chociaż ryzyko wystąpienia raka pęcherza moczowego jest u mężczyzn czterokrotnie wyższe. Jeśli chodzi o raka nerki, zapadalność jest porównywalna, podobnie jak w przypadku kamicy moczowej. Rak gruczołu krokowego to przypadłość typowo męska, kobietą przypadłością jest natomiast nietrzymanie moczu, choć choroba ta nie ma potencjału onkologicznego. Mając na uwadze wydłużanie się średniej życia populacji europejskiej, a więc i Polaków, problemy natury urologicznej będą się nasilać. W urologii nie ma

łatwych przypadków, każdy chory wymaga indywidualnego podejścia. Jestem zwolennikiem medycyny spersonalizowanej, a więc takiej, która jest dostosowana do konkretnego pacjenta, a nie wyłącznie do problemu, który go dotyka. Jest ona kluczem do nowoczesnego leczenia, nowego pojmowania roli lekarza w procesie terapeutycznym. Jesteśmy w stanie wydłużyć życie człowieka o wiele lat, ale nam urologom chodzi też o jakość tego życia.

GL A co z profilaktyką, szczególnie u mężczyzn, u których wciąż zbyt późno wykrywa się raka prostaty?

Na stan układu moczowego niewątpliwie mają wpływ zachowania zdrowotne, szczególnie dotyczące kultury sanitarnej i w tym względzie sporo zmieniło się na lepsze. Przyczyniają się do tego różnego rodzaju akcje edukacyjne Polskiego Towarzystwa Urologicznego, prowadzone w kooperacji z Europejskim Towarzystwem Urologicznym i z organizacjami pacjentskimi, czego przykładem jest obchodzony co roku Międzynarodowy Tydzień Urologii. Także festiwal KultURO promujący profilaktykę chorób układu moczowego poprzez kulturę i sztukę łamie tematy tabu związane z urologią.

Profilaktyka to jednak przede wszystkim regularne badanie się pod względem urologicznym, unikanie palenia papierosów i zwracanie uwagi na symptomy wskazujące na toczący się proces chorobowy. W tym wypadku hasło „jeżeli zadbam, to wygram” nabiera szczególnego znaczenia.

GL Co jest największą zmurą urologii? Czy w Polsce choroby leczeni są zgodnie ze standardami światowymi?

Niedofinansowanie. Mamy świetnie wykształconych urologów. Spośród 1600 lekarzy tej specjalności, do 2017 r. 633 ma zdany Europejski Egzamin Specjalizacyjny, a 50 kolejnych już się do niego przygotowuje. Egzamin ten obowiązuje w Polsce od 20 lat i PTU wraz z Europejską Radą Urologii właśnie świętowały jubileusz jego wprowadzenia. Zaliczenie tego egzaminu oznacza nie tylko uzyskanie prestiżowego tytułu Fellow of European Board of Urology (FEBU), ale wysokich kwalifikacji. Zastąpienie polskiej jego wersji (PES) egzaminem specjalizacyjnym z urologii (EBU) było dla naszego towarzystwa znaczącym osiągnięciem. Ojcem tego sukcesu jest prof. Andrzej Borówka, prezes PTU w latach 2000-2008.

Mamy więc kim leczyć, ale z dostępnością do nowoczesnych świadczeń w placówkach urologicznych w Polsce jest różnie. Mimo osiągnięć, nie zawsze też możemy pacjentom zaoferować metody leczenia zgodne ze standardami światowymi. Refundowanie w Polsce technologii, którymi dysponuje świat, np. chirurgii robotycznej, jest na razie poza naszym zasięgiem. Dotyczy to także nowoczesnych leków. Są one tylko w rękach onkologów, mimo że urolodzy najlepiej znają swoich chorych, nie mogą nimi dysponować. Wybierając sposób leczenia, oczywiście opieramy się na zaleceniach i wytycznych światowych, ale ograniczenia finansowe bywają bardzo uciążliwe. Musimy pokonywać bariery sprzętowe i administracyjne. Urologia jest dla wielu szpitali nierentowna. Leczenie zgodne z najnowszymi trendami w praktyce oznacza wybór metody



^ Prof. Piotr Chłosta:
– Jestem zwolennikiem medycyny spersonalizowanej, która jest dostosowana do konkretnego pacjenta, a nie wyłącznie do problemu, który go dotyka.

najbardziej skutecznej, najmniej inwazyjnej, warunkującej najlepszy odległy wynik, a to jest kosztowne.

Współczesna urologia to przede wszystkim urotechnologia oparta na endoskopii, laparoskopii, na solidnych podstawach do badań naukowych, a to wymaga inwestycji. Menedżerowie szpitali wiedząc, że poza ośrodkami akademickimi, nigdy się one nie zwróć, niechętnie inwestują w urologię. Jesteśmy więc w czołówce najlepiej wykształconych urologów w Europie, a jeśli chodzi o dostęp do ustandaryzowanych na świecie technologii, nadal znajdujemy się w przedsionkach salonów i to należy niezwłocznie zmienić.

Jaki wpływ na kształcenie lekarzy tej specjalności oraz podnoszenie kwalifikacji ma PTU?

PTU różni się od innych towarzystw naukowych w naszym kraju. Przede wszystkim ma własną siedzibę przy ul. Łowickiej 19 w Warszawie, gdzie znajdują się profesjonalne biura – Biuro Kongresowe i Biuro Wydawnicze. Wydajemy regularnie książki i dwa czasopisma: jedno o charakterze naukowym – „Central European Journal of Urology”, drugie o charakterze środowiskowym – „Przegląd Urologiczny”. Mamy także system monitorowania i kontynuowania rozwoju zawodowego członków Stowarzyszenia (CME-CPD). Aktywność i dorobek naszego towarzystwa cieszą się uznaniem w środowisku medycznym w kraju i za granicą, która zalicza je do grona wiodących. Zarząd Główny PTU pragnie wykorzystać ten potencjał. Widząc potrzebę zmian w systemie ochrony zdrowia, jest gotów podjąć takie działania, a jest do nich przygotowany. Deklaruje wszelką współpracę na tym polu, jeśli miałyby się przyczynić do poprawy opieki urologicznej. 

Lekarzem jest się całe życie

☉ SŁAWOMIR GAWLIKOWSKI, LEKARZ STOMATOLOG

Z niepokojem czytałem w Waszej (naszej) „Gazecie Lekarskiej” wypowiedzi lekarzy emerytów o bardzo złym traktowaniu przez lekarzy i inny personel współcześnie działający. Aż do...

Jestem lekarzem stomatologiem, od 1 grudnia 2016 r. na całkowitej emeryturze. Zdrowym, jak mi się zdawało. Ciśnienie w miarę dobre, cukier ła-
ta niebadany.

W drugi dzień Świąt Wielkanocnych odczułem silne bóle podżuchwowe.

Nasilały się i po godzinie syn zadecydował o wezwaniu pogotowia. Pan doktor, po zmierzeniu ciśnienia i cukru, po wykonaniu EKG, natychmiast odwiózł mnie do Kliniki Serca w Tychach. Tam od razu trafiłem na koronografię i plastykę.

I teraz najważniejsze. Podczas zabiegu usłyszałem typowe „ucieka nam” i zaraz lekarz wykonujący zabieg rozpoczął ze mną rutynową rozmowę. Trzymał ze mną kontakt, między innymi pytał o mój status zawodowy. Powiedziałem – emeryt.

Dalej pytał o mój były zawód. Odpowiedziałam, że emerytowany lekarz dentysta. I wtedy PAN DOKTOR (celowo piszę z dużej litery) powiedział mi: „lekarzem nigdy nie przestaje być emeryt, lekarzem się jest całe życie”.

Ciśnienie wzrosło i tak młody wspomniały człowiek uratował mi życie.

Na OIOK-u przeleżałem kilka dni. Opieka pielęgniarska była wręcz doskonała. Jedynym kłopotem były wizyty rodzin. Ale to jako lekarze i pacjenci znamy. I nasz wpływ na to jest żaden. ☹

✉ LIST DO REDAKCJI

A co z placebo?

☉ LEON FERFECKI, LEK. MED. SPECJALISTA W DZIEDZINIE NIEZABIEGOWEJ

GL
LISTY

Od jakiegoś czasu nosiłem się z zamiarem poruszenia w „Liście do Redakcji” zagadnienia korzystania przez nas, lekarzy, w leczeniu chorych ludzi z dobrodziejstw efektu placebo. Jak się okazało, temat ten koresponduje ze znakomitą publikacją „Quo vadis medice” opublikowaną w „GL” nr 9/2017.

Autor pokrótce, a jednocześnie wnikliwie nakreślił pesymistyczny niestety

obraz „ochrony zdrowia” (określenie „służba zdrowia” się dewaluje) w naszym, ale też chyba w innych tzw. rozwiniętych krajach. Stwierdził m.in., że „lekarz stał się wysoce wykwalifikowanym, emocjonalnie neutralnym usługodawcą, pacjent – roszczeniowym usługobiorcą, a szpital – instytucją rozliczaną z wyników finansowych”.

I dalej, że lekarz mniej czasu poświęca „na badanie pacjentów i nawiązywanie z nimi korzystnych dla obu stron relacji”, a więcej na narzucone

mu czynności zupełnie nielekarskie. Autor „Quo vadis medice” jest w stanie łatwo sobie wyobrazić, że już wkrótce chory człowiek w placówce leczniczej będzie obsługiwany bezosobowo, będą się nim zajmować inteligentne urządzenia techniczne.

Nie jest chyba zaskakujące, że na temat kondycji lekarskiego powołania, fachu, zmieniających się warunków osobistej realizacji w tym zawodzie zabierają głos lekarze, którzy w ciągu wielu lat pracy wiele doświadczili.

Autor wspomnianego „Listu” rozpoczął studia medyczne w roku 1977, ja zaś w tymże roku je kończyłem. Na studiach przygotowywano nas do uprawiania sztuki lekarskiej, sztuki medycznej. Proszę zerknąć do tekstu doktora Macieja Hamankiewicza „Być lekarzem” na 6 stronie „GL” 9/2017 i w akapicie na temat Kodeksu Etyki Lekarskiej wyłowić: „Dla mnie, jak i dla wielu z nas od wielu lat uprawiających naszą sztukę medyczną (...). Nauczyciele akademicki, ucząc nas medycyny, podkreślali, że efekty leczenia zależą nie tylko od zawodowej medycznej biegłości, sprawności i techniki, lecz też w dużym stopniu od trudno uchwytnej i nieokreślonego związku i oddziaływania pomiędzy osobą leczącą a leczoną, pomiędzy lekarzem a pacjentem.

To – oczekiwane przez chorego – korzystne emocjonalne „działanie” lekarza, ale też całego zespołu leczącego czy operującego, wpływające także z atmosfery panującej w placówce leczniczej, jest nieswoistym *vehiculum therapiae*. Jest ono także zależne od rytuałów medycznych, od wiedzy, ale i mitów na temat efektów leczenia i skuteczności leków, od czasem nawet jednej tylko wypowiedzianej uwagi, jednego spojrzenia, zachowania (mowy ciała). Ma ono istotny wpływ na skuteczność leczenia i powracania do zdrowia po operacji i nazywane jest od wieków efektem placebo (łac. będę się podobał) – w szerokim, ogólnym znaczeniu, a nie jedynie w tym wąskim (coś udające lek i działające rzeczywiście jak ten lek).

Jest dla nas zapewne oczywiste, że celem stosowanego przez nas leczenia jest zdrowienie i wyzdrowienie chorego człowieka. Celem często nieosiągalnym, gdy nie zadziała efekt placebo. Jak wiemy, z efektu tego korzysta w szerokim zakresie tzw. medycyna niekonwencjonalna.

Siła placebo ma źródło w emocjach, w tym, co się ma „podobać” leczonemu człowiekowi. Wraz z postępowaniem medycyny w historii ludzkości zmieniają się „upodobania” ludzi chorujących oraz doświadczanych urazami fizycznymi i psychicznymi. Na ludzkie

emocje mocny wpływ wywierają ciągle doskonałe, nowoczesne badania ludzkiego organizmu, metody leczenia, techniki operacyjne (trzeba przyznać, że fantastyczne i zadziwiające). Jest w nich zawarty ogromny potencjał placebo. Jednak, aby sztuka medyczna była uprawiana w pełni efektywnie, nie powinniśmy zapominać, jak bardzo my sami, lekarze, jesteśmy nośnikami efektu placebo. Ten aksjomat nie ulega zmianie od tysięcy lat, podobnie jak ludzkie emocje.

I znów odsyłam do nr. 9/2017 „GL”, gdzie na stronie 16, w rozmowie z prof. Wojciechem Noszczykiem, „Chirurgia to moje życie”, czytamy: „Dobry lekarz oprócz rozległej wiedzy i umiejętności powinien lubić i szanować ludzi oraz umieć z nimi rozmawiać. (...) W młodości obserwując moich nauczycieli (...) przekonałem się, że uśmiech, przyjazny gest i życzliwe słowo mają bardzo duży, korzystny wpływ na przebieg i wynik leczenia”.

Warto pamiętać, że w naszych, szybko zmieniających się czasach, w których też wydłuża się ludzkie życie, w społeczeństwie żyje kilka pokoleń pacjentów i potencjalnych pacjentów, a także lekarzy; najliczniejsi i najbardziej absorbujący są seniorzy. Gołym okiem widoczne są pokoleniowe różnice w oddziaływaniu placebo. Na młodych potrafi korzystnie emocjonalnie wpływać informatyzacja, komputery, „doktor Google”, suplementy diety itp.; ale spotyka się też przedstawicieli młodego pokolenia sceptycznych, przykładem jest wpis internauty pod relacją z budowy, z rozmachem i z aplauzem miejscowych władz, kompleksu producenta suplementów diety: „Czy to nie ściema z tymi bardzo drogimi składnikami są w warzywach, owocach, ziarnach...”.

Starszym pacjentom, ale też i lekarzom ich leczącym, bardziej odpowiada i pomaga atmosfera kontaktu „jak dawniej”. Nie zapominajmy bowiem o emocjonalnej mocy nawyków, przyzwyczajeń i rytuałów. Na starszych, ale nie tylko, pacjentów terapeutycznie oddziałujemy w gabinecie lekarskim, tradycyjnie ich badając i kierując na nich troskliwą uwagę. Nie za bardzo

zaś, gdy skupiamy się na wpatrywaniu w ekran komputera i „wklepywaniu” oraz „klikaniu”. Pacjenci się skarżą: „doktor nawet na mnie nie spojrzał, cały czas patrzył w komputer”.

Wkrótce mamy stracić tradycyjną czynność lekarską, zawierającą pewien ładunek placebo, jaką jest odręczne wypisywanie recept z towarzyszącym rytuałem: pacjentowi to i owo się wyjaśnia, ustala, przypomina, powtarza. Pomyślmy o symbolicznym, terapeutycznym znaczeniu tego „aktu”, tej „procedury” – pacjent otrzymuje, jako efekt badania i diagnozowania, przepis na leczenie, własnoręcznie sporządzony przez lekarza-człowieka lub (chyba jeszcze lepiej) człowieka-lekacza, a nie przez „inteligentną” maszynę.

Dla młodszych pokoleń, gdy już obecnego starego nie będzie na tym padole, taki sposób kontaktu lekarz-pacjent będzie zamierzającą historią. Jednak wydaje się, iż byłoby korzystne, aby takie historyczne zmiany zachodziły ewolucyjnie, samoistnie (na przykład współistnienie recept tradycyjnych i e-recept do czasu samoistnego, w przeciągu niewielu już przyszłych lat, zaniku tych pierwszych). A nie, żeby były wprowadzane odgórnymi, biurokratycznymi zarządzeniami, w imię usprawniania „świadczenia usług zdrowotnych”, bo – przecież – nie w imię poprawy skuteczności leczenia przez „usługodawców” i lepszego zdrowienia „usługobiorców”, a nawet oszczędności w „sektorze usług zdrowotnych”.

Czyż nie jest uwłaczającym dla naszego stanu lekarskiego, że chorzy, cierpiący ludzie, pacjenci (łac. *patiens* – cierpiący) poszukują „ludzkich lekarzy”? Pacjenci dzielą się informacjami, jak trafić do „ludzkiego” – nie urzędnika, prawnika, bankowca – lekarza (!).

Starsi i młodszy (tak, młodzi też) pacjenci tłumnie korzystają z usług uzdrowicieli, homeopatów, nielekarskich mędrców paramedycznych, nawet egzorcystów, ze zbiorowych seansów uzdrawiających, nie w sztuce medycznej, lecz tam poszukując i korzystając z placebo. I (patrz z „wyrachowanego” punktu widzenia) tam kierują pożyteczne środki finansowe, nie bacząc na posiadane ubezpieczenie zdrowotne. ☹



➤ Artykuł ukazał się w nr. 9/2017 „Gazety Lekarskiej”.

Mała igła, wielki sukces



Zespół I Katedry i Kliniki Ginekologii i Położnictwa Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, kierowanej przez prof. Mirosława Wielgosia, przeprowadził pionierską w Polsce fetoskopową operację rozszczepu kręgosłupa u 25-tygodniowego płodu.

Technicznie operacja jest niezwykle trudna, bo igła, którą dokonuje się szycia, ma zaledwie 13 mm. – Fetoskopowe operacje rozszczepu kręgosłupa płodu stanowią alternatywę dla dotychczas przeprowadzanych tradycyjnych operacji przebiegających z otwarciem jamy macicy, podobnie jak w trakcie cięcia cesarskiego. Nowy typ operacji polega na tym, że w jamie macicy wykonuje się, podobnie jak w laparoskopii, trzy otwory i za pomocą tych otworów zakłada się trokary do jamy owodni – mówi dr Przemysław Kosiński, uczestnik zabiegu. – Taka metoda operacji nazywana jest w literaturze metodą dziurki od klucza lub metodą minimalnie inwazyjną. Jest ona rzeczywiście bardzo nowoczesna, przede wszystkim dlatego, że do jamy macicy wprowadza się dwutlenek węgla, jednocześnie odpompowując

▲ Taki typ operacji w literaturze określa się metodą dziurki od klucza.

płyn owodniowy, który jest naturalnym środowiskiem płodu. Dzięki temu, po pierwsze, uzyskuje się bardzo dobrą widoczność, a po drugie – umożliwia to również używanie elektrokoagulacji, czyli można wykonywać operację polegającą na wycięciu kawałka nieprawidłowej tkanki – dodaje dr Kosiński. Rozszczep kręgosłupa u dziecka to ubytek w ciągłości kręgosłupa, najczęściej w odcinku lędźwiowym lub krzyżowym. Konsekwencją tej wady są na ogół porażenia nóg i porażenie zwieraczy pęcherza moczowego i/lub odbytnicy. Operacje wewnątrzmaciczne z powodu rozszczepu kręgosłupa poprawiają rokowanie dla dzieci z rozpoznaną wadą, zmniejszają ryzyko powikłań po porodzie oraz dają większą szansę na prawidłową funkcję motoryczną kończyn dolnych oraz zwieraczy. Inicjatorem i pomysłodawcą wprowadzenia fetoskopowych operacji rozszczepu kręgosłupa w Uniwersyteckim Centrum Zdrowia Kobiety i Noworodka, a tym samym w Polsce, jest prof. Wielgoś. W zabiegu uczestniczył m.in. prof. Thomas Kohl, prekursor fetoskopowych operacji rozszczepu kręgosłupa płodu, pod którego okiem szkolili się polscy specjaliści. ○

Tabletka na jaskrę

Jest pierwszy doustny środek na jaskrę. Tabletki z cytykoliną mają wspierać standardową terapię leczenia tej niebezpiecznej choroby oczu. Wprowadza je na rynek jeden z amerykańskich koncernów farmaceutycznych.

Cytykolina była już znana neurologom wcześniej. Stosowano ją w zastrzykach domięśniowych lub wlewach dożylnych, w leczeniu udarów, w stanach zagrażających życiu. Nie w każdym przypadku przynosiła pacjentom korzyści, natomiast skuteczna okazała się podana doustnie w przypadkach jaskry. Nie wykazuje toksyczności ani działań ubocznych. – Tabletki są łatwe do stosowania dla osób starszych, a takie zwykle dotyka jaskra. To w Lublinie zrodziła się koncepcja, aby do leczenia jaskry zastosować cytykolinę doustnie w tabletkach. Tu zainicjowano badania nad jej skutecznością, zarówno doświadczalne, jak i kliniczne – mówi prof. Robert Rejdak, kierownik Kliniki Okulistyki Ogólnej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. W środowisku lubelskich okulistów i farmakologów od 20 lat prowadzono badania nad neuroprotekcją (tj. dziedzina farmakologii zajmująca się bezpośrednią ochroną komórek nerwowych przed degeneracją). – Wraz z zespołem prof. Jerzego Toczłowski, prof. Zbigniewa Stelmasiaka, prof. Konrada Rejdaka i dr. Marka Kamińskiego, badaliśmy pacjentów z jaskrą leczonych tabletkami z cytykoliną, różnymi metodami, zwłaszcza testami elektrofizjologicznymi. Jako neurofarmakolog i okulista, przyglądając się tej substancji, stwierdziłem, że bardzo pasuje do dynamiki i charakteru jaskry. Po raz pierwszy na świecie mój zespół zaproponował zastosowanie u pacjentów z jaskrą cytykolinę w postaci doustnych tabletek – wspomina prof. Rejdak. – Badania wykazały bardzo wysoką skuteczność cytykolinę jako środka, który chroni, a przede wszystkim hamuje śmierć komórek zwojowych siatkówki oka. Nasze wyniki potwierdzone zostały przez inne niezależne ośrodki naukowe – dodaje naukowiec, który jednak nie brał udziału w komercjalizacji pomysłu. Tabletki będą dostępne także w Polsce. Na świecie na jaskrę cierpi ok. 70 mln ludzi, a 6 mln jest niewidomych z jej powodu. W Polsce choruje ok. 200 tys. osób, a 600 tys. jest nią zagrożonych. ○



Najnowsze doniesienia ze świata nauki i medycyny na www.gazetalekarska.pl

Źródło: Serwis PAP Nauka w Polsce, WUM

Ostatnia możliwa terapia

GL
WYWIAD



Pod koniec czerwca w Centrum Onkologii – Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie otwarto pierwszy w Polsce kompleksowy Oddział Badań Wczesnych Faz dla terapii onkologicznych. Z prof. **Iwoną Ługowską**, kierownikiem oddziału, rozmawia **Lidia Sulikowska**.

GL Skąd wziął się pomysł na utworzenie tego ośrodka?

Koncepcja zrodziła się na skutek potrzeby klinicznej i realnej szansy dla chorych na nowotwory na dostęp do nowych, innowacyjnych terapii już na wczesnym etapie rozwoju leku. W praktyce klinicznej jest wielu pacjentów w stadium zaawansowanej choroby, którzy mimo dobrego stanu ogólnego, przestają odnosić korzyści z zastosowanego leczenia onkologicznego i dochodzi u nich do dalszej progresji choroby. Wówczas mamy ograniczone możliwości pomocy. W takiej sytuacji jedyną szansą na dalszą terapię jest udział w badaniach klinicznych.

W Polsce prowadzone są badania kliniczne, ale należą one głównie do grupy faz późnych (III/IV). Badania faz wczesnych to rzadkość, także z uwagi na duże ryzyko powikłań, nieznaną w pełni skuteczność, skomplikowane procedury i wyższe wymagania dotyczące infrastruktury jednostki i wykształcenia personelu. W Polsce do tej pory prowadzono je w nielicznych szpitalach, jednak nasz jest pierwszą taką jednostką w kraju specjalizującą się wyłącznie w tym zakresie na potrzeby onkologii. Mamy pełne zaplecze logistyczne i zespół doskonałych specjalistów, dzięki czemu możemy podjąć to wyzwanie.

GL Jak doszło do utworzenia tej jednostki?

Oddział powstał dzięki wsparciu Centrum Naukowo-Przemysłowego COI. Część sprzętu badawczego kupiono ze środków NCBR. Infrastruktura i organizacja oddziału została oparta na doświadczeniach własnych i na podstawie współpracy z innymi wiodącymi ośrodkami w Europie i USA.

GL Czym konkretnie się zajmujecie?

Prowadzimy badania kliniczne wczesnych faz, w tym faz I/II, badania typu „basket” oraz badania wymagające

ścisłego monitorowania farmakokinetyki/farmakodynamiki nowych leków. W przyszłości planujemy również prowadzić badania typu „proof-of-concept” czy badania z pierwszym podaniem leku badanego u człowieka (First in Human Studies). Naszym najważniejszym celem jest zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom, proponowanie im opcji terapeutycznych, dzięki którym mogą odnieść największą korzyść kliniczną, a także ważne jest poszerzenie wiedzy na temat nowej, badanej terapii.

GL Co jest najtrudniejsze w tej pracy?

Osobiście największym wyzwaniem jest rozmowa z chorym. Proponujemy badanie, w którym nie jesteśmy w stanie przewidzieć finalnych skutków.

GL Jakie badania już uruchomiliście?

Obecnie toczą się trzy badania I fazy, w kolejnych miesiącach będą uruchamiane kolejne. Najczęściej są to badania w różnych wskazaniach, ale rekrutacja zazwyczaj dotyczy zaledwie 30 - 50 chorych na całym świecie łącznie. Badania realizowane u nas sponsorowane są przez firmy farmaceutyczne, ale jesteśmy także otwarci na współpracę z ośrodkami akademickimi.

GL Kto może wziąć udział w badaniach?

Uczestnikiem może być osoba, która spełniła kryteria włączenia do badania, nie spełniła kryteriów wyłączenia i pisemnie wyraziła swoją zgodę na udział w badaniu. Obecnie większość badań w onkologii dotyczy leczenia immunologicznego w monoterapii lub w skojarzeniu z lekami ukierunkowanymi molekularnie. Zgłaszać się na konsultację mogą nie tylko pacjenci leczeni w COI. ○

Cierpliwość procentuje

GL
WYWIAD



Twórcy pierwszego w Polsce kompleksowego Oddziału Badań Wczesnych Faz dedykowanego onkologii, otwartego w Centrum Onkologii – Instytucie w Warszawie, wzorowali się na placówkach zagranicznych, m.in. Centrum Naukowo-Badawczym im. Sir Boby Robson'a przy Uniwersytecie w Newcastle w Wielkiej Brytanii. Z prof. **Ruth Plummer**, dyrektorem tej jednostki, rozmawia **Lidia Sulikowska**.

GL Badania wczesnych faz to najtrudniejsza część procesu tworzenia nowego leku?

Żaden z etapów rozwoju leków nie jest łatwy. Jeśli chodzi o badania wczesnych faz, to największym wyzwaniem jest zapewnienie bezpieczeństwa chorym. Łatwiej wykazuje się skutecznie działanie nowej cząsteczki w szalce Petriego (in vitro) niż u ludzi.

GL Czego konkretnie dotyczą te testy?

Objęmuje pierwsze podanie nowego związku człowiekowi, badamy też bezpieczeństwo podania dostępnych terapii w skojarzeniu, które wcześniej nie było zastosowane. Najważniejszym celem badań wczesnych faz jest określenie profilu bezpieczeństwa nowej terapii i zdefiniowanie bezpiecznych dawek.

GL Ile badanych leków udaje się zarejestrować do stosowania w praktyce klinicznej?

To zależy, z jakimi terapiami mamy do czynienia. W przypadku antybiotyków jedna na trzy molekuly zostaje zarejestrowana, natomiast w przypadku leków przeciwnowotworowych – jest mniej optymistycznie. Przed laty, było to średnio jeden na dziesięć leków, teraz jest tylko nieco lepiej.

GL Dlaczego?

Z antybiotykami jest łatwiej, bo służą do zabijania obcych komórek. Z kolei leki przeciwnowotworowe mają likwidować komórki człowieka, wprawdzie te nieprawidłowo działające, ale jednak nasze, ludzkie. To bywa najważniejszą przeszkodą.

GL Pacjenci chcą podejmować ryzyko udziału w badaniu?

To zaskakujące, ale tak. Mamy wielu chętnych, ale przed włączeniem chorego do badania i uzyskaniem od niego

świadomej zgody – konieczne są długie rozmowy i wyjaśnienie wątpliwości i zasad udziału. Tłumaczymy, że nie wiemy, jakie dawki powinno się podawać i jakie będą działania uboczne. Nasi pacjenci najczęściej wyczerpali już możliwości leczenia standardowego, dlatego decydują się na ten krok. Często słyszę też od nich, że nawet jak im ten lek nie pomoże, to może swoim udziałem przyczynić się do pomocy innym pacjentom.

GL Lekarze nie mają obaw przed podaniem leku, o którym niewiele wiadomo?

Pamiętam każdego pacjenta, u którego wystąpiły poważne działania niepożądane. Pacjenci co prawda mówią, że nie mają nic do stracenia, tymczasem my, lekarze, wiemy, że przez zastosowanie nowej cząsteczki możemy sprawić, że pogorszy się jakość ich życia w czasie, który im jeszcze pozostał.

GL Jak długo ośrodek, którym pani kieruje, zajmuje się badaniami wczesnych faz i ile w tym czasie testowanych molekuł przeciwnowotworowych doszło do momentu rejestracji?

Mamy ponad 20-letnie doświadczenie w tym zakresie. Doprowadziliśmy do rejestracji jednego leku, który opracowali nasi naukowcy w Newcastle, a także około 10-20 leków opracowanych w innych laboratoriach.

GL Ile placówek w Wielkiej Brytanii prowadzi badania wczesnych faz i jakie mają sukcesy?

Działa 18 takich jednostek. Wszystkie współpracują ze sponsorami komercyjnymi i równocześnie prowadzą swoje akademickie prace nad odkrywaniem nowych leków. Dotychczas jednak tylko nasz i jeszcze jeden ośrodek w UK ma własny lek przeciwnowotworowy, który zarejestrowano. ○

Ja się zaszczepiłem, a Ty?

Polska należy do krajów o jednym z najniższych wskaźników wyszczepialności przeciwko grypie [na poziomie 3,4 proc.]. Daleko nam do zalecanych 75 proc. czy choćby do kilkunastoprocentowej przyzwoitości.

✎ **MARIUSZ JANIKOWSKI**, PRZEWODNICZĄCY ZESPOŁU DS. POLITYKI LEKOWEJ I FARMAKOTERAPII NRL

Trudno zdefiniować przyczyny niskiej wyszczepialności wśród polskiego społeczeństwa, ale jeszcze trudniej racjonalnie wytłumaczyć jej niski poziom wśród pracowników ochrony zdrowia – w tym lekarzy.

Niewątpliwie na reakcję społeczeństwa ma wpływ działanie ruchów antyszczepionkowych i publiczne głoszenie informacji niezgodnych z wiedzą medyczną. Jednakże bez względu na to, jak umiejętnie ktoś stara się kształtować światopogląd społeczeństwa, my lekarze posiadamy wiedzę, że najskuteczniejszym sposobem walki z grypą jest jej zapobieganie w formie szczepień.

Wiemy, że zachorowalność na grypę maleje wraz z wiekiem, ale też z wiekiem narasta ciężkość przebiegu choroby. Dzieci chorują częściej, a przebieg ich choroby jest na ogół łagodny. Grypa po 65. r.ż. występuje rzadziej, ale jej objawy są bardziej nasilone. Szacuje się, że ponad 200 razy większe ryzyko powikłań i śmierci z powodu grypy mają osoby obciążone dwoma i więcej czynnikami ryzyka, np. wiek i choroba przewlekła, dlatego szczególną uwagę powinniśmy poświęcić pacjentom z grup ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego, układu oddechowego, cukrzycy, ciąży.

Wiemy, że grypa zwiększa 2-3-krotnie ryzyko wystąpienia zawału mięśnia sercowego. Wiemy też, że 93 proc.



osób hospitalizowanych z powodu grypy ma ostre objawy ze strony układu oddechowego. Wiemy, że osoby chore na cukrzycę są 6-krotnie częściej hospitalizowane niż osoby zdrowe, że 32 proc. ciężarnych wymaga hospitalizacji z powodu grypy. I wreszcie wiemy również, że szczepienie przeciwko grypie redukuje: w ok. 85 proc. ostre choroby układu oddechowego, w 67 proc. ryzyko zawału, w 56 proc. zgony w cukrzycy, a przy szczepieniu ciężarnych w 92 proc. redukuje hospitalizacje z powodu grypy u dzieci do 12. miesiąca życia.

DLATEGO WARTO SZCZEPIĆ!

W przeciwieństwie do innych szczepionek, dających odporność już po jednokrotnym szczepieniu, przeciw grypie szczepimy się co roku nową szczepionką produkowaną na dany

▲ **Mariusz Janikowski:**
– Ja się zaszczepiłem, zaszczep się i Ty!

sezon. Wynika to z intensywnej mutacji wirusa grypy.

Warto też pamiętać, że są dwie grupy podwyższonego ryzyka zachorowania na grypę. To dzieci oraz osoby powyżej 65. r.ż. Kraje wysoko rozwinięte, np. USA, już przed 30 laty położyły nacisk nad szczepienia tych grup, stopniowo rozszerzając przedziały wiekowe obowiązkowo podlegające szczepieniom, osiągając prawie 100 proc. wyszczepialności.

Wirus grypy rokrocznie jest przyczyną licznych zachorowań, a w ostatnim sezonie 2016/2017 szacuje się ich liczbę na ok. 4,8 mln. Liczbę hospitalizacji z tego powodu na ok. 17 tys. I najbardziej niepokojąca liczba: 25 zgonów z powodu grypy – choroby, której można zapobiec poprzez szczepienie. Posiadając tę wiedzę, my lekarze powinniśmy ją propagować wśród naszych pacjentów, informując ich, zachęcając i samemu się szczepiąc.

Ja się zaszczepiłem – zaszczep się i Ty! ○

PRZECIW GRYPIE SZCZEPIMY SIĘ CO ROKU NOWĄ SZCZEPIONKĄ PRODUKOWANĄ NA DANY SEZON. WYNIKA TO Z INTENSYWNEJ MUTACJI WIRUSA GRYPY.

W sieci sumienia

W czasie konferencji „Prawo w obliczu zmian”, która odbyła się z inicjatywy Naczelnej Izby Lekarskiej oraz Uniwersytetu Humanistycznospołecznego SWPS w Warszawie, doszło do ciekawej dyskusji ekspertów na temat lekarskiej klauzuli sumienia.

● LIDIA SULIKOWSKA



Ks. dr hab. Krzysztof Orzeszyński, prof. Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, tłumaczył, że wolność sumienia to jedna z podstawowych wartości, na których umocowane są europejskie porządki prawne. Sumienie jego zdaniem jest „wartością przyrodzoną, wyprzedzającą akty władzy ustawodawczej” zagwarantowaną w Konstytucji RP i normach międzynarodowych, przyjętych przez Polskę.

Prawo do wolności sumienia daje możliwość odmowy wykonania działań, która w przypadku lekarzy pozwala na niewykonanie świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego przekonaniami. Są ograniczenia w możliwości skorzystania z klauzuli sumienia. Mówi o nich ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

Minister Zdrowia Konstanty Radziwiłł podczas swojego wystąpienia

stwierdził, że obecna sytuacja prawna, również obejmująca postanowienie wyroku Trybunału Konstytucyjnego z 2015 r., w tym zakresie jest dobra i klarowna. Przypomniał, że TK w wyroku z 2015 r. stwierdził, że lekarz i lekarz dentysta, powołując się na klauzulę sumienia, ma prawo do odmowy wykonywania świadczeń i nie ma też obowiązku pomóc pacjentowi w ich uzyskaniu poprzez wskazanie innego lekarza/ośrodka, który procedurę medyczną zrealizuje, o ile nie mamy do czynienia ze stanem nagłym, zagrażającym zdrowiu i życiu. – Wydaje się, że ta wytyczna jest bardzo jasna i wystarczająca – powiedział minister.

▲ Konstanty Radziwiłł, Teresa Gardocka, ks. Krzysztof Orzeszyński.

Problemem pozostaje praktyczna realizacja świadczeń, które mogą być sprzeczne z sumieniem niektórych lekarzy. Z jednej strony lekarz ma prawo do odmówienia wykonania określonej procedury medycznej, z drugiej, skoro takie świadczenie jest legalne, pacjent ma prawo do jego wykonania i powinien móc je zrealizować.

LISTY

Zdaniem Konstantego Radziwiłła, Polska jest dużym krajem, gdzie można znaleźć placówki wykonujące świadczenia, które mogą być przedmiotem kontrowersji. Nie ma więc – w jego opinii – potrzeby tworzenia dodatkowych platform zawierających informacje o możliwości uzyskania świadczeń, których udzielenia odmawiają niektórzy lekarze z uwagi na klauzulę sumienia. Z kolei dr hab. Teresa Gardocka, prof. Uniwersytetu SWPS, podkreślała, że to państwo, zgodnie z konstytucją, musi zapewnić obywatelowi dostęp do świadczeń medycznych, które są legalne, i to jego rolą powinno być wskazanie miejsc, gdzie takie zabiegi są dostępne dla pacjenta. – Nie można umywać rąk, mówiąc że adresy placówek krążą w Internecie – powiedziała. Zaznaczyła ponadto, że nie może być też tak, że społeczeństwo ma w tym zakresie prawo formalne, ale nie ma prawa faktycznego. Prawo musi być stosowalne.

W opinii Konstantego Radziwiłła postulaty, aby stworzyć listy lekarzy, którzy chcą korzystać z klauzuli sumienia, lub tych, co mieliby zadeklarować, że nigdy by z takiej klauzuli nie skorzystali, są bezzasadne. – Sprzeciw sumienia ma charakter incydentalny. W określonej, konkretnej sytuacji mogą powiedzieć: ja tego nie zrobię. Dlatego nie może być mowy, aby były takie listy – tłumaczył. Zdaniem ministra, gdy dochodzi do konfrontacji prawa pierwotnego, którym, jak uważa,

Z JEDNEJ STRONY LEKARZ MA PRAWO DO ODMÓWIENIA WYKONANIA OKREŚLONEJ PROCEDURY MEDYCZNEJ, Z DRUGIEJ, SKORO TAKIE ŚWIADCZENIE JEST LEGALNE, PACJENT MA PRAWO DO JEGO WYKONANIA I POWINIEN MÓC JE ZREALIZOWAĆ.

jest wolność sumienia, z innymi prawami, to właśnie prawo pierwotne, jak sama nazwa wskazuje, ma prymat. – Skąd możemy wiedzieć, jakie jest prawo przyrodzone? Czy wszyscy wiedzą na ten temat to samo? Jest to kategoria w prawie niezdefiniowana – oponowała prof. Teresa Gardocka.

Igor Radziewicz-Winnicki, lekarz, były wiceminister zdrowia, obecnie dyrektor ds. medycznych jednego z warszawskich szpitali, także zwrócił uwagę, aby spojrzeć na klauzulę sumienia z perspektywy zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych populacji. – Ta fala wyłączenia się z udzielania określonych świadczeń budzi stosunkowo duże zagrożenie do zabezpieczenia potrzeb populacji. Istnieją w Polsce takie rejony, gdzie praktycznie niemożliwe jest realizowanie ustawowego uprawnienia pacjentki do przerwania ciąży. Mam na myśli województwo podkarpackie – mówił Radziewicz-Winnicki. Dodał, że zadaniem państwa jest dostarczenie takich mechanizmów, które umożliwią obywatelom realizację należnych im praw obywatelskich.

KTO MOŻE ZOSTAĆ GINEKOLOGIEM?

W toku dyskusji prof. Gardocka zaproponowała też alternatywne rozwiązanie. – Nie ma przymusu, aby zostać lekarzem. Sam zawód jest powołaniem, ale nie jest nim wybór tej specjalności, w której faktycznie mieści się cała problematyka klauzuli sumienia – stwierdziła. Dodała, że sprzeciw sumienia może dotyczyć sumienia lekarza, ale nie może dotyczyć tego, co jest immanentną treścią tej specjalności, którą lekarz wykonuje. Inaczej, zapewniając lekarzom komfort w postaci pełnej swobody wolności sumienia, odbieramy prawo korzystania ze świadczeń medycznych, na które innym sumieniem pozwala. – Jeśli byśmy powiedzieli, że określone specjalności są zastrzeżone tylko dla osób, które nie mają poglądów etycznych, to siłą rzeczy wykluczilibyśmy je z wykonywania tych zawodów. To mogłoby być uznane za dyskryminację w dostępie do zawodu

– uznała z kolei dr hab. Monika Lewandowicz-Machnikowska, prof. Uniwersytetu SWPS.

Z rozwiązaniem zaproponowanym przez prof. Gardocką nie zgodził się też ks. dr hab. Krzysztof Orzeszyński, którego zdaniem eliminowanie jakichkolwiek osób z jakichś konkretnych specjalizacji ze względu na sprzeciw sumienia to „straszna propozycja”. – Lekarz, który korzysta z klauzuli sumienia, ma do tego prawo. To nie jest tak, że taki lekarz jest bezużyteczny w danej specjalizacji. Sprzeciw sumienia dotyczy jedynie jakiegoś niewielkiego wycinka jego pracy – podkreślał Krzysztof Orzeszyński.

FARMACEUCI A NFZ

Klauzula sumienia nie dotyczy jedynie lekarzy. Powołują się na nią inne grupy zawodowe. Jeden z uczestników spotkania zwrócił uwagę na problem farmaceutów, którzy chcieliby odmówić sprzedaży środków antykoncepcyjnych. Katarzyna Piotrowska-Radziewicz, była pracownica Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji w Ministerstwie Zdrowia, zabrała głos, wyjaśniając że w ustawie Prawo farmaceutyczne i w ogólnych warunkach umów, które apteki zawierają z NFZ, znajdują się zapisy bezwzględnie nakazujące aptekom sprzedaż leków. – Podstawą działania apteki jest zapewnienie potrzeb ludności na terenie, gdzie prowadzi sprzedaż, w tym także potrzeb



◀ Katarzyna Piotrowska-Radziewicz, Igor Radziewicz-Winnicki.



zapewnienia środków antykoncepcyjnych – poinformowała i dodała też, że jeśli apteka odmawia, płaci kary.

Temat klauzuli sumienia budzi wiele emocji, jest złożony i może być analizowany na wielu płaszczyznach. Nie brakuje tu trudnych pytań, na które znalezienie odpowiedzi jest jeszcze trudniejsze. Wciąż w różnych środowiskach eksperckich wzbudza kontrowersje i wywołuje wątpliwości co do właściwego zastosowania klauzuli sumienia w praktyce. ○



Więcej na www.gazetalekarska.pl

Trybunał Konstytucyjny w wyroku z 7.10.2015 r. uznał, że leczenie zgodnie z sumieniem jest obowiązkiem lekarza. Wskazał jednak, że lekarz powinien powiadomić pracodawcę o woli niewykonywania świadczeń niezgodnych z jego sumieniem. Decyzja o niewykonaniu świadczenia ze względu na klauzulę sumienia musi być odnotowana w dokumentacji. Lekarz nie może skorzystać ze sprzeciwu sumienia w odniesieniu do świadczenia przy zagrożeniu życia i zdrowia pacjenta. Stwierdzono też, że obowiązek wskazania przez lekarza powołującego się na klauzulę sumienia realnych możliwości uzyskania takiego świadczenia u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym jest niezgodny z Konstytucją RP. W ustnych motywach uzasadnienia wyroku TK wskazał, że ani Ministerstwo Zdrowia, ani Narodowy Fundusz Zdrowia nie powinny narzucać podmiotowi leczniczemu obowiązku wykonywania świadczeń „drażliwych”, jeżeli nie dysponuje on kadrą gotową do ich wykonywania.

W sprawie suplementów diety

Krytyczny raport Najwyższej Izby Kontroli w sprawie suplementów diety sprowokował burzliwą dyskusję na temat przydatności terapeutycznej tego rodzaju produktów, a także mechanizmów kontroli ich jakości.

● LUCYNA KRYSIAK

NIK wskazał na często występującą niezgodność w składzie deklarowanym na opakowaniu, a rzeczywistą zawartością suplementów diety, na zanieczyszczenia, a nawet obecność w nich szkodliwych i niedozwolonych substancji, np. chorobotwórczych bakterii, stymulantów o działaniu zbliżonym do narkotyków czy zakazanych związków psychoaktywnych.

Wytknął też brak właściwej kontroli jakości i bezpieczeństwa w dopuszczaniu do obrotu suplementów diety, zwrócił uwagę na przestarzałe regulacje prawne i niską świadomość konsumentów, którzy kierując się agresywną reklamą, kupują je, co chętnie wykorzystują producenci. Na tej podstawie NIK wnioskuje o zmianę obowiązujących przepisów, które pozwolą zwiększyć kontrolę nad tymi produktami.

LEGISLACJA CZY SAMOREGULACJA

Rynek suplementów diety w Polsce jest ogromny i wciąż się rozszerza, ponieważ popyt na tego rodzaju produkty z roku na rok rośnie. Wartość tego rynku osiągnęła 3,5 mld zł. Z najnowszego raportu Instytutu Ochrony Zdrowia – „Suplementy diety. Pacjent, rynek, trendy, regulacje”, który

został przedstawiony na konferencji odbywającej się 30 sierpnia tego roku w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego w Warszawie, wynika, że suplementy zażywa blisko 72 proc. Polaków. Wielu nieświadomie, myśląc, że mają do czynienia z lekami, przypisując im właściwości lecznicze. Wielu uważa, sugerując się reklamami i przekonaniem, że suplementy są bezpieczne, bo trudno je przedawkować, iż można je bezkarnie przyjmować bez konsultacji z lekarzem. Jak podkreślił w czasie konferencji Witold Laskowski z Instytutu Ochrony Zdrowia, rynek suplementów diety to jedna z najdynamiczniej rozwijających się gałęzi w Polsce. W 2016 r. sprzedano 16 mln opakowań tych produktów za 3,5 mld zł. Prognozuje się, że w tym roku wartość sprzedaży osiągnie 4 mld zł, a za 3 lata – 5 mld zł.

Jak ten boom ma się do krytycznych opinii NIK? Czy tak dobrze prosperującemu rynkowi suplementów diety potrzebne są nowe rozwiązania legislacyjne, czy wystarczy samoregulacja, aby wyeliminować zagrożenia wskazane przez NIK? Wprawdzie uczestnicy konferencji nie byli w stanie rozstrzygnąć tych kwestii, ale zgodnie stwierdzili, że konieczne jest stworzenie mechanizmów potwierdzania jakości suplementów diety, które pozwoliłyby

4 mld zł

Prognozuje się, że w tym roku wartość sprzedaży suplementów osiągnie taką wartość, a za 3 lata będzie to już 5 mld zł.

rozróżnić produkty rzetelnie przebadane, których skład jest zgodny z informacją na opakowaniu i ulotce, od tych, które mijają się z prawdą. Ich zdaniem skład suplementu diety powinien być potwierdzony nie tylko przez producenta, ale ekspertów w tej dziedzinie. – Większość substancji zawartych w suplementach diety działa na zasadzie placebo, mimo to jest na nie ogromny popyt, problem jest więc złożony, ponieważ wymaga nie tylko regulacji prawnych, ale też działań podnoszących świadomość społeczeństwa – mówił prof. Mirosław Wysocki, dyrektor Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego-Państwowego Zakładu Higieny, i dodał, że sprawa jest otwarta, a wnioski wynikające z dyskusji na konferencji (kolejna poświęcona suplementom diety odbędzie się w październiku) posłużą do opracowania strategii rozwiązania tego problemu.

CO NA TO RESORT ZDROWIA

Ministerstwo Zdrowia, odnosząc się do raportu NIK, informuje, że zarówno w polskim, jak i w unijnym systemie prawnym nie funkcjonuje określenie „dopuszczania do obrotu suplementów diety”. W Polsce obowiązuje proces notyfikacji suplementów diety wprowadzanych do obrotu na terytorium

RYNEK SUPLEMENTÓW DIETY W POLSCE JEST OGROMNY I WCIAŻ SIĘ ROZSZERZA, PONIEWAŻ POPYT NA TEGO RODZAJU PRODUKTY Z ROKU NA ROK ROŚNIE.

kraju. – Wyjaśnialiśmy to wielokrotnie NIK podczas trwającej kilka miesięcy kontroli, jednak uwagi te nie zostały uwzględnione. Suplement diety to środek spożywczy, a nie produkt leczniczy, dlatego nie podlega dopuszczeniu, rejestracji i obligatoryjnym badaniom przed dopuszczeniem, jak to ma miejsce w przypadku produktów leczniczych – tłumaczy Milena Kruszevska, rzecznik prasowy Ministra Zdrowia, i dodaje, że odnosząc się do zarzutu NIK o braku prowadzenia badań suplementów diety, resort zdrowia wskazuje, iż produkty zgłaszane do Głównego Inspektoratu Sanitarnego są sprawdzane pod kątem zawartości substancji niebezpiecznych, stanowiących zagrożenie dla zdrowia i życia człowieka. W przypadku ich wykrycia są podejmowane działania, które mają na celu wyeliminowanie danego środka z obrotu, jeśli został on wprowadzony. Jednym słowem to przedsiębiorca ponosi pełną odpowiedzialność za produkt, który pozostaje pod jego nadzorem.

W świetle przepisów prawa firma, która wprowadza na rynek określony suplement diety, zapewnia jego zgodność z wymogami prawa żywnościowego i kontrolowanie przestrzegania tych wymogów. Kompetentne urzędy natomiast wprowadzają w życie prawo żywnościowe oraz monitorują i kontrolują przestrzeganie przez te firmy odpowiednich wymogów prawa żywnościowego na wszystkich etapach produkcji, przetwarzania i dystrybucji. Dostrzegając jednak problem, MZ w ramach realizacji rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 planuje działania informacyjne i edukacyjne dotyczące suplementów diety oraz badanie preferencji konsumentów dotyczących wyboru produktów spożywczych (w tym suplementów diety) w zakresie realizacji zadań zdrowego

żywienia. Widzi też konieczność doprecyzowania kwestii dotyczących nadzoru nad rynkiem suplementów diety, dlatego uchwałą nr 4/2017 Rady do spraw Zdrowia Publicznego z 24 stycznia 2017 r. powołał zespół roboczy do spraw suplementów diety, który ma zapewnić wsparcie merytoryczne i wypracowanie skuteczniejszych przepisów prawa regulujących rynek suplementów diety w Polsce.

KARAĆ PRODUCENTA?

Zgodnie z obowiązującym prawem, aby wprowadzić suplement diety na polski rynek, wystarczy zgłosić go do Głównego Inspektora Sanitarnego. Obecnie jego producent nie ma obowiązku przedstawiania żadnych badań. Jednym z postulatów w toczącej się dyskusji nad zmianami jest wprowadzenie – na wzór procedury obowiązującej w przypadku produktów leczniczych – wymogu przeprowadzania badania przez GIS każdego suplementu przed dopuszczeniem go na rynek. Takich badań się nie prowadzi, zakładając, że w świetle obowiązujących przepisów to producent jest w pełni odpowiedzialny za swoje wyroby i w razie nieprzestrzegania określonych standardów dotyczących ich produkcji i wprowadzenia na rynek, jeśli stanowią zagrożenie dla zdrowia i życia, powinien ponieść karę. Tylko jaką? To nie jest określone w żadnych przepisach.

– Nie jestem zwolennikiem karania, ale zapobiegania i w tym wypadku byłbym skłonny wprowadzić wysokie opłaty przy rejestracji suplementu diety w Głównym Inspektoracie Sanitarnym, która obecnie jest symboliczna – przekonuje prof. Wysocki. Uważa, że nie ma takiej możliwości, aby wszystkie rejestrowane substancje mogły być przebadane przez GIS, jednak powinny być wprowadzone na stałe rynekowe kontrole suplementów diety.

Takie próby już podejmuje Narodowy Instytut Leków, a w przyszłości będzie się tym zajmować również NIZP-PZH.

Kontrowersje wzbudza też wprowadzająca w błąd kwalifikacja suplementów diety, które są rejestrowane jako produkty spożywcze, a są sprzedawane w aptekach, co sugerowałoby, że mają coś wspólnego z lekami. To skutek reklamy, która sugeruje odbiorcom, że skoro suplement diety można kupić w aptece, to działa jak lek. Mylące są także postacie suplementów diety, które tak jak leki występują w postaci tabletek, kapsułek, saszetek. Prof. Wysocki zaproponował więc powołanie Rady składającej się z lekarzy i farmaceutów, która oceniałaby projekty reklam, aby te najbardziej agresywne, nakłaniające do zażywania suplementów nie trafiały do mediów. – Problem jest złożony, wymaga działań na wielu frontach, jednak dobrze, że został nagłośniony – podsumowuje prof. Wysocki. ☺

Na medycynę!

Co nowego w uczelniach kształcących przyszłych lekarzy i lekarzy dentystów? Czy liczba chcących studiować medycynę utrzymuje się na niezmiennym poziomie? Ile wynosi czesne w prywatnych placówkach? Jak będzie wyglądał VI rok studiów?

✎ MARIUSZ TOMCZAK



Pprzed rokiem na Uniwersytet Zielonogórski na jedno miejsce na kierunek lekarski zgłosiło się 30 kandydatów, w tym ponad dwa razy tyle. – W bieżącym roku zarejestrowało się co prawda mniej osób na studia stacjonarne, ale więcej na niestacjonarne – mówi Marcin Tomkiel z Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

Porównując dane z ostatnich pięciu lat, liczba osób zainteresowanych zdobyciem wykształcenia w murach Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach (ma największy limit przyjęć w kraju) jest podobna: o możliwość studiowania na kierunku lekarskim co roku stara się ok. 6 tys. kandydatów, a liczba chętnych na każde miejsce na lekarsko-dentystycznym przekracza 20 osób. Tegoroczne formularze rekrutacyjne na

kierunek lekarski na Gdański Uniwersytet Medyczny złożyło 3091 osób (co daje 11,7 osoby na miejsce wobec 13,1 w zeszłym roku), a na lekarsko-dentystyczny 1259 (26,8 osoby na miejsce w tym roku, a w ubiegłym 31,7). Mimo to niektóre uczelnie otwarcie przyznają się do bardzo wyraźnego spadku liczby kandydatów. Na Uniwersytecie Rzeszowskim liczba kandydatów na jedno miejsce wynosiła: 36 w 2015 r., 24 w 2016 r., 13 w 2017 r. – Z roku na rok wzrasta liczba miejsc na kierunku lekarskim. Licząc od 2015 r. tylko na studia stacjonarne zwiększono ją o blisko 1200 – w ten sposób przyczyni się zjawiska tłumaczy dr Maciej Ulita z Uniwersytetu Rzeszowskiego. Poza tym kandydaci zwykle składają dokumenty na więcej niż jedną uczelnię. Od ubiegłego roku przyszłych lekarzy kształci prywatna Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego. Czesne za jeden

semestr wynosi 20 tys. zł za studia w języku polskim i 6 tys. euro za naukę po angielsku. – Liczba kandydatów na studia na kierunku lekarskim jest nieco niższa niż w ubiegłym roku, ale i tak znacznie przekracza liczbę miejsc, którymi dysponujemy. Zwiększenie liczby miejsc na uczelniach publicznych i uruchomienie tego kierunku w kolejnej niepublicznej placówce mają zapewne wpływ na tę sytuację – tłumaczy Anna Cieślak, rzecznik prasowy Akademii.

NOWE WYDZIAŁY

W tym roku nauka na kierunku lekarskim po raz pierwszy rozpocznie się na niepublicznej Uczelni Łazarskiego w Warszawie (koszt: 26 tys. zł za semestr) oraz na Uniwersytecie Opolskim. Ten ostatni przygotował 60 miejsc na studiach dotowanych w ramach subwencji ministerialnej oraz 40 na studiach odpłatnych,

▲ W trakcie zajęć na Gdańskim Uniwersytecie Medycznym.



Więcej na
www.gazetalekarska.pl

wszyscy będą kształcić się w trybie stacjonarnym. – Nie wykluczamy starań o zwiększenie limitu przyjęć w przyszłości – mówi Maciej Kochański, asystent rektora. W kolejce do utworzenia wydziału medycznego ustawia się m.in. Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie. Wśród tegorocznych działań podjętych przez uczelnię warto wymienić: podpisanie umów z Wojskowym Instytutem Medycznym oraz resortem spraw wewnętrznych i administracji, które wyraziło wolę udostępnienia infrastruktury Centralnego Szpitala Klinicznego MSWiA wraz z bazą dydaktyczną i badawczą na potrzeby kształcenia, a także zawarcie listu intencyjnego z Narodowym Instytutem Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji. Przygotowywana jest umowa o współpracy z rzymską Polikliniką Gemelli (jej pacjentem był m.in. papież Jan Paweł II). – Ponadto odbywają się regularne spotkania i konsultacje z profesorami medycyny – informuje Katarzyna Dominiak, rzecznik uczelni. Otwarcie Wydziału Medycznego na UKSW ma nastąpić w 2019 r. Plany przewidują przyjęcie na I rok na kierunek lekarski 60-70 studentów. Od paru lat o zgodę na otwarcie kierunku lekarskiego stara się również niepubliczna Uczelnia Warszawska im. Marii Skłodowskiej-Curie. Dotychczasowe starania spaliły na panewce. Jeśli otrzyma zgodę resortu nauki i szkolnictwa wyższego, byłaby trzecią prywatną placówką kształcącą przyszłych lekarzy w naszym kraju.

BUDUJĄ Z ROZMACHEM

Niektóre uczelnie mocno stawiają na rozwój własnej bazy kliniczno-dydaktycznej, czego przykładem może być Warszawski Uniwersytet Medyczny. Do powstałych w ostatnich latach obiektów, takich jak Szpital Pediatriczny i Centrum Sportowo-Rehabilitacyjne, za niespełna dwa lata dołączy Uniwersyteckie Centrum Stomatologiczne. Na początku września podpisano kontrakt na budowę obiektu składającego się z pięciu kondygnacji

nadziemnych i dwóch podziemnych. Ma mieć 160 foteli dentystycznych. Praca wre na terenie budowy nowej siedziby Szpitala Uniwersyteckiego Kraków-Prokocim mającego pełnić m.in. funkcję dydaktyczną dla Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego. Szpital będzie składał się z kilku modułów, w tym łóżkowego (925 łóżek) i dydaktyczno-administracyjnego (m.in. aula dla 250 osób, dwie sale wykładowe dla 50 osób). O rozmachu inwestycji świadczy kilka liczb: do wykonania w budynkach szpitala potrzeba 840 km kabli i przewodów niskiego napięcia oraz 5 tys. drzwi. Aby przyciągnąć do siebie kandydatów, niektóre uczelnie prześcigają się w pomysłach. Studenci SUM mają do dyspozycji aplikację z bazą kilku tysięcy pytań (wciąż uzupełnianą o kolejne) z ponad 60 przedmiotów. Dzięki niej mogą sprawdzić swoją wiedzę, mając do dyspozycji tylko smartfon. Na e-learning oraz nauczanie w formie wykładów i seminariów interaktywnych coraz mocniej stawiają w stolicy Wielkopolski. – Wprowadzono dodatkowe zajęcia z komunikacji i szereg nowych zajęć fakultatywnych zgodnie z propozycjami studentów – mówi prof. dr hab. Maciej Wilczak z Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Natomiast Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu przygotowało nowatorską propozycję dla polskich studentów: powstanie grupa nauczana w języku angielskim, bez dodatkowych opłat (program zajęć dydaktycznych nie zmieni się).

STAŻ DLA WSZYSTKICH

Decyzja o likwidacji stażu podyplomowego dla lekarzy i lekarzy dentystów podjęta w 2011 r. przez ówczesną minister zdrowia Ewę Kopacz w praktyce nie weszła w życie. Pierwsi absolwenci bez stażu mieli opuścić uczelnie w przyszłym roku, ale w związku z nowelizacją przepisów przez Konstantego Radziwiłła, nie będzie ani jednego takiego rocznika. Jak przypomina prof. dr hab. Maria Dudziak, dziekan Wydziału Lekarskiego GUMed,

160

– tyle foteli dentystycznych ma mieć Uniwersyteckie Centrum Stomatologiczne, które powstanie w stolicy za dwa lata.

zmiany w programie nauczania wprowadzone w ostatnich latach wynikają głównie z rozporządzeń ministerialnych o reorganizacji zajęć mających obecnie charakter praktycznego nauczania klinicznego (odbywają się przede wszystkim w małych grupach i przy łóżku chorego). – Wymagało to dużego wysiłku organizacyjnego w celu skomasowania nauczania przedmiotów teoretycznych, podstawowych i przedklinicznych w czasie pierwszych pięciu lat i stworzenia w klinikach warunków umożliwiających jednorazową obecność większej liczby studentów tak, aby nie zakłóciło to realizacji celu nadrzędnego klinik, jakim jest leczenie pacjentów – mówi dziekan. Nowa sytuacja niesie za sobą konieczność zmiany organizacji zajęć klinicznych na ostatnich latach studiów. – To będzie trudny egzamin także dla lekarzy nauczycieli akademickich – przyznaje prof. dr hab. Małgorzata Sobieszczańska, dziekan Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. Studenci VI roku będą po raz pierwszy realizować 900 godzin kształcenia praktycznego w zakresie podstawowych specjalności lekarskich oraz dodatkowo 180 godzin samodzielnie wybranej specjalności. – Część zajęć zaplanowanych wcześniej do realizacji na roku IV i V będzie mogło odbywać się również na VI roku – tłumaczy dr Ulita. W jego ocenie korzyści odniosą zarówno studenci, jak i dydaktycy, bo skoncentrowanie dużej ilości przedmiotów w pierwszych pięciu latach sprawiło, że ci pierwsi mieli trudności z opanowaniem dużej ilości materiału, a decyzja ministra dotycząca stażu pozwoli na bardziej racjonalne rozplanowanie zajęć i egzaminów. Zmiana przepisów w zakresie praktycznej nauki zawodu nie powinna przysporzyć poważnych problemów także w innych uczelniach. – Utworzenie kolejnego Centrum Symulacji Medycznej na potrzeby m.in. kierunku lekarskiego pozwoli uczelni na modyfikację programu kształcenia tak, aby liczba zajęć praktycznych w warunkach symulowanych zwiększyła się do 5 proc. ogólnej liczby godzin – dodaje Agata Kalafarska-Winkler, rzecznik SUM. W tym przypadku połączenie symulacji medycznej ze stażem ma zaowocować jeszcze lepszym przygotowaniem do pracy z pacjentem. ○

PIERWSI ABSOLWENCI BEZ STAŻU MIELI OPUŚCIĆ UCZELNIE W PRZYSZŁYM ROKU, ALE W ZWIĄZKU Z NOWELIZACJĄ PRZEPISÓW PRZEZ KONSTANTEGO RADZIWIŁŁA, NIE BĘDZIE ANI JEDNEGO TAKIEGO ROCZNIKA.

Plan finansowy NFZ: optymizm dla wybranych



Wojciech
Marquardt

Przedstawiciel NRL
w Radzie NFZ

Projekt planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia został sporządzony w oparciu o prognozę przychodów i kosztów na lata 2018-2020 oraz projekty planów finansowych oddziałów wojewódzkich Funduszu na rok 2018 przekazane przez dyrektorów oddziałów.

Ujęte w projekcie planu finansowego przychody oraz odpowiadające im koszty zostały określone w oparciu o wskaźniki makroekonomiczne, zgodne z założeniami projektu budżetu państwa na rok 2018.

PRZYCHODY

Wartość planowanych na 2018 r. przychodów ogółem NFZ ustalono w wysokości 83,17 mld zł, tj. na poziomie 107,3% planowanej wartości przychodów w 2017 roku. Planowane przychody obejmują:

- przychody z tytułu składki należnej brutto w roku planowania równej przypisowi składki 79,13 mld zł przekazywanych do Funduszu przez ZUS i KRUS (dynamika przychodów ze składek przekazywanych za pośrednictwem ZUS wynosi 107,2%, co oznacza – w porównaniu do prognozy na rok 2017 – zwiększenie przychodów o 5 367,06 mln zł, a w porównaniu do 2017 r. KRUS przekazuje o 10,07 mln zł niższą składkę);
- przychody ze składek z lat ubiegłych zaplanowano w kwocie 150 mln zł, co łącznie stanowi 0,18% przychodów ogółem Funduszu na rok 2018;
- odpis na taryfikację świadczeń odpowiada wartościom przyjętym w 2016 r.

na lata 2017-2020 i na rok 2018 wynosi 26 148 tys. zł;

- przychody z dotacji z budżetu państwa 1 424 558 tys. zł;
- przychody wynikające z przepisów o koordynacji określono na poziomie 121,2% wartości wyznaczonej w planie finansowym NFZ na 2017 r., tj. w wysokości 241 860 tys. zł;
- przychody z dotacji z budżetu na realizację zadań zespołu ratownictwa medycznego wyznaczono w wysokości 1 890 210 tys. zł;
- pozostałe przychody finansowe na poziomie 373 639 tys. zł.

KOSZTY

Wartość planowanych na 2018 r. kosztów ogółem NFZ wyznaczono na 2018 r. w wysokości 83,179 mld zł. Ustalona w planie finansowym Funduszu na 2018 r. wartość kosztów ogółem objęła wartość planowanych kosztów:

- świadczeń opieki zdrowotnej Funduszu 78,582 mld zł (na poziomie 107,4% wartości określonej w planie finansowym NFZ na 2017 r.), w tym w oddziałach wojewódzkich na poziomie 77,509 mld zł;
- poboru i ewidencjonowania składek przez ZUS i KRUS – 154 550 tys. zł;
- z tytułu obowiązkowego odpisu na rezerwę ogólną – 791 372 tys. zł (w wysokości 1% planowanych należnych

przychodów z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne);

- realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego – 1 890 210 tys. zł;
- finansowania bezpłatnych leków dla osób powyżej 75 lat – 643 300 tys. zł;
- administracyjnych w wysokości 777 214 tys. zł (103,3% wartości określonej w planie finansowym Funduszu na rok 2017);
- pozostałych w wysokości 256 924 (109,0% określonej w ww. planie).

Planowane na 2018 rok nakłady na świadczenia opieki zdrowotnej Funduszu objęły koszty świadczeń opieki zdrowotnej w oddziałach wojewódzkich Funduszu w wysokości 77,509 mld zł.

ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

W Centrali NFZ zaplanowano środki na finansowanie świadczeń zdrowotnych w wysokości 1,073 mld zł. Środki te zostaną przeznaczone na realizację zadań:

- wynikających z przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w Unii Europejskiej,
- zwrotu kosztów za świadczenia opieki zdrowotnej zrealizowane na terenie innych państw UE na podstawie przepisów tzw. dyrektywy transgranicznej;
- koszty leczenia lub badań diagnostycznych wykonywanych poza granicami kraju, których nie przeprowadza

się w kraju oraz koszty transportu do miejsca udzielania świadczeń w państwie niebędącym państwem członkowskim Unii Europejskiej.

Plan kosztów na 2018 r. obejmuje także:

- realizację zawartych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej zasad kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej;
- finansowanie dotychczasowej struktury rodzajowej planowanych kosztów świadczeń zdrowotnych;
- realizację przepisów ustawy o refundacji leków w zakresie wyznaczenia całkowitego budżetu na refundację;
- rezerwę na świadczenia opieki zdrowotnej w ramach migracji ubezpieczonych.

Podział planowanych na 2018 r. środków przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej pomiędzy Centralę i poszczególne oddziały wojewódzkie Funduszu został dokonany zgodnie z uregulowaniami rozporządzenia Ministra Zdrowia.

PODZIAŁ ŚRODKÓW

NFZ planuje wydać na podstawową opiekę zdrowotną (POZ) 10,4 mld zł,

PLAN FINANSOWY NFZ NA 2018 R., JAK KAŻDY Z DOTYCHCZASOWYCH PLANÓW, BUDZI KONTROWERSJE. EKSPERCI MAJĄ WĄTPLIWOŚCI, CZY PRZYNIESIE REALNE KORZYŚCI PACJENTOM, PRACOWNICY OBAWIAJĄ SIĘ, CZY WYSTARCZY ŚRODKÓW NA OCZEKIWANE PODWYŻKI PŁAC.



Tabele przedstawiające zakresy świadczeń na www.gazetalekarska.pl

zaś na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną (AOS) 4,5 mld zł. Na leczenie szpitalne zapisano 39,9 mld zł, opiekę psychiatryczną 2,8 mld zł, rehabilitację 2,2 mld zł, leczenie stomatologiczne 1,9 mld zł. Plan finansowy NFZ przewiduje znaczący wzrost (o ponad 5,45 mld zł) nakładów na świadczenia zdrowotne. Będzie on najbardziej zauważalny w zakresie lecznictwa szpitalnego (4,86 mld zł).

Zwiększenie środków planowane jest także w: podstawowej opiece zdrowotnej 526 mln zł, opiece długoterminowej 179 mln zł, rehabilitacji 175 mln zł, opiece psychiatrycznej 103 mln zł, leczeniu stomatologicznym 58 mln zł. Mniej aż o 1,267 mld zł NFZ zaplanował na świadczenia realizowane w ramach

ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, związane z przekierowaniem środków do sieci, gdzie w ramach ryczału finansowane będą także świadczenia w AOS.

FINANSE W WOJEWÓDZTWACH

Podział środków między województwa według algorytmu pozostaje ten sam, czyli w uproszczeniu Mazowsze i Śląsk muszą dołożyć pieniędzy innym regionom. Po uruchomieniu sieci szpitali po raz pierwszy ustalone będzie ryczałtowe finansowanie placówek będących w sieci. Wysokość ryczału nie będzie liczona według środków, które posiadają oddziały NFZ, ale według tego, jakie były koszty leczenia w 2015 r. wraz z nadwykonaniami.

Nominalnie najwięcej pieniędzy trafi do dwóch województw – mazowieckiego (11,3 mld zł) i śląskiego (9,4 mld zł). Średnio poszczególne oddziały NFZ otrzymają 107,5% nakładów roku 2017. Najwyższą dynamikę wzrostu nakładów na świadczenia zaplanowano dla oddziału mazowieckiego (108,4%), najniższą dla opolskiego (106,2%).

5 lipca br. sejmowa Komisja Zdrowia pozytywnie zaopiniowała projekt planu finansowego NFZ na rok 2018. Posłowie pozytywnie przyjęli wzrost budżetu na kolejny rok, przyznając jednak, że w ich opinii może on opierać się na nadmiernie optymistycznych przesłankach makroekonomicznych.

Plan finansowy NFZ na 2018 r., jak każdy z dotychczasowych planów, budzi kontrowersje. Eksperti mają wątpliwości, czy przyniesie realne korzyści pacjentom, pracownicy obawiają się, czy wystarczy środków na oczekiwane podwyżki płac. ☹

KOSZTY ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ	PLAN 2017	PLAN 2018	PLAN 2018/ PLAN 2017	WYKONANIE 2015	WYKONANIE 2016
Dolnośląski	5402098	5826647	107,9%	5087593	5306011
Kujawsko-Pomorski	3869969	4143375	107,1%	3638911	3794172
Lubelski	4054902	4343519	107,1%	3813708	3985670
Lubuski	1845246	1978861	107,2%	1749524	1818961
Łódzki	4910201	5287979	107,7%	455037	4784140
Małopolski	6231763	6744465	108,2%	5680671	6062368
Mazowiecki	10495117	11381744	108,4%	9754809	10209269
Opolski	1750845	1862066	106,4%	1668049	1709202
Podkarpacki	3821696	4113563	107,6%	3542970	3728522
Podlaski	2172525	2322229	106,9%	2025202	2137228
Pomorski	4183517	4505427	107,7%	3895116	4086497
Śląski	8793351	9414330	107,1%	8233575	8632866
Świętokrzyski	2404777	2574942	107,1%	2259000	2363033
Warmińsko-Mazurski	2518324	2692333	106,9%	2405314	2491071
Wielkopolski	6468328	6959843	107,6%	6070282	6276959
Zachodniopomorski	3135618	3357942	107,1%	2973386	3065713
OW NFZ	72 058 277	77 509 265	107,6%	67350155	70451690
Centrala	1084410	1073389	99,0%	401046	511143
Razem NFZ	73 142 687	78 582 654	107,4%	67 751 201	70 962 833

Koszmar bezdechu

Bezdech senny może prowadzić nie tylko do chronicznego zmęczenia i dekoncentracji, ale wielu poważnych chorób, takich jak nadciśnienie tętnicze, cukrzyca typu II, otyłość czy zaburzenia sercowo-naczyniowe.

• LUCYNA KRYSIAK

Do niedawna bezdech senny uznawano za przypadłość, a nie chorobę. Problem nie ogranicza się jednak do kłopotów z oddychaniem i związanego z tym dyskomfortu, ale niesie ze sobą zagrożenia strictly medyczne.

Obecnie traktuje się go jako przewlekłe schorzenie, w którym upośledzona jest drożność dróg oddechowych na poziomie gardła. Problem dotyczy zarówno dorosłych, jak i dzieci.

SLEEP APNEA

– Nawet niewielka niedrożność nosa, gardła, głośni ma swoje implikacje ogólne – przekonuje prof. Andrzej Kukwa, kierownik Katedry i Kliniki Otolaryngologicznej w Uniwersytecie Warmińsko-Mazurskim w Olsztynie, dodając, że przy dłuższym się ich utrzymywaniu dochodzi do powstawania zmian w układzie sercowo-płucnym, zmian metabolicznych, a także zaburzeń emocjonalnych (rozkojarzenie, zdenerwowanie, pobudzenie), intelektualnych (gorsze przyswajanie wiedzy) i ruchowych (opóźniony refleks).

Problemem tym prof. Kukwa zajmuje się od 1976 r., kiedy był stypendystą Montefiore Hospital Medical Center w Nowym Yorku, a później California

Medical Center w Irvine, gdzie prowadzono pionierskie badania zjawiska bezdechu sennego. Uczestniczył więc w narodzinach nowej specjalności naukowej dotyczącej zaburzeń oddychania podczas snu. Obecnie tego rodzaju schorzenie nazywa się sleep apnea i z powodzeniem można je leczyć, również chirurgicznie. I takich operacji laryngologów przeprowadzają coraz więcej.

Objawami bezdechu sennego mogą być: chrapanie, chwilowe zatrzymanie oddechu, sapanie lub duszności, a także nadmierne pocenie się, a nawet osłabienie potencji. Dzieje się tak, ponieważ w czasie snu obniżone jest napięcie mięśniowe, przez co zbliżają się do siebie ściany górnych dróg oddechowych, następuje ich zamknięcie, czego następstwem jest zaburzenie funkcji oddychania. Najczęściej to właśnie chrapanie jest dla lekarza pierwszą wskazówką, że ma do czynienia z bezdechem sennym. Jednak wciąż

objaw ten jest lekceważony przez pacjentów, uważa się go za cechę osobniczą, a w niektórych środowiskach za oznakę głębokiego, zdrowego snu. Niestety, kiedy u chrapiącego dochodzi do bezdechu, niedotlenione są wszystkie narządy. Jeśli więc każdej nocy występuje kilkanaście lub więcej takich bezdechów, to w ciągu lat ta liczba jest niewyobrażalnie wielka. To oznacza, że przez te wszystkie lata organy były narażone na skutki niedotlenienia, co mogło skończyć się nawet udarem mózgu. Bezdech senny stanowi również zagrożenie dla kierowców, ponieważ źle wysypiają się w nocy, mają większą skłonność do zasypiania za kierownicą.

LECZYĆ PRZYCYNĘ

Wśród przyczyn bezdechu wymienia się nadwagę, opadające wydłużone podniebienie miękkie i języczek, pierwotnie wąskie drogi oddechowe, duży język, cofniętą żuchwę, skrzywioną

CPAP

– to aparat, za pomocą którego wytwarza się dodatnie ciśnienie w drogach oddechowych, co pozwala przywrócić ich drożność, prawidłowe utlenowanie krwi tętniczej, a w konsekwencji ograniczyć bezdech.

OBJAWAMI BEZDECHU SENNEGO MOGĄ BYĆ: CHRAPANIE, CHWILOWE ZATRZYMANIE ODDECHU, SAPANIE LUB DUSZNOŚCI, A TAKŻE NADMIERNE POCENIE SIĘ, A NAWET OSŁABIE NIE POTENCJI.



◀ Kiedy u chrapiącego dochodzi do bezdechu, niedotlenione są wszystkie narządy.

przegrodę nosową, przerośnięte migdałki, polipy lub przerośnięte małżowiny nosowe w obrębie przewodów nosowych, niedoczynność tarczycy.

– W chorobie takiej jak bezdech senny zawsze chodzi o przywrócenie drożności drogi oddechowej, leczymy więc przyczynę, a nie objawy tej choroby – tłumaczy prof. Andrzej Kukwa. Wybór metody zależy od rodzaju tej przyczyny. Uważa, że kluczowe dla tego leczenia jest właściwe postawienie diagnozy – skrupulatnie zebrany wywiad oraz badanie otolaryngologiczne. Jeżeli z badania przedmiotowego wynika, że mamy do czynienia z zaburzeniami oddychania, wówczas dla potwierdzenia tej diagnozy wykonuje się całonocne badania elektrofizjologiczne w celu rejestracji okresów bezdechu oraz ich analizy. Takim badaniem jest tzw. polisomnografia (PSG). Pomocniczym badaniem jest fiberoskopia pozwalająca ocenić rytm oddechowy i sprawdzić, czy nie dochodzi do zapadania się ścian gardła, oraz cefalometria polegająca na wykonaniu zdjęć rtg głowy i twarzoczaszki w celu oceny światła drogi oddechowej w obrębie nosa, jamy ustnej i gardła.

Istnieją skuteczne metody leczenia bezdechu. Stosuje się różne terapie,

całą gamę zabiegów chirurgicznych przywracających drożność górnych dróg oddechowych, np. wycinanie migdałków, usztywnianie chirurgiczne podniebienia miękkiego albo zaopatruje się pacjenta w specjalny aparat CPAP (z ang. continuous positive airway pressure), składający się z maski i maszyny wytwarzającej dodatkowe ciśnienie, które tłoczone do płuc sprawia, że nie blokują się górne drogi oddechowe. Wybór metody zależy od kwalifikacji pacjenta do leczenia przez specjalistów.

DOPASOWAĆ DO PACJENTA

Rozpoznanie bezdechu sennego zaczyna się jednak u lekarza POZ, który zna pacjenta najlepiej, postrzega jego problemy zdrowotne jako całość. Leczy go np. na nadciśnienie tętnicze, cukrzycę typu II i wspólnie z nim walczy z jego otyłością, która współistnieje z bezdechem sennym. Podobnie jak nadciśnienie tętnicze. Ocenia się, że 40 proc. pacjentów z bezdechem cierpi na nadciśnienie, a 30-40 proc. pacjentów z nadciśnieniem ma bezdech.

To od lekarza pierwszego kontaktu zależy, jak szybko pacjent trafi do specjalisty, w tym wypadku laryngologa, który włączy się w poszukiwanie usuwalnych przyczyn bezdechu.

Konsultacja z laryngologiem jest niezbędna w celu wykluczenia przyczyn anatomicznych tego schorzenia i ewentualnie chirurgicznej korekcji stwierdzonych nieprawidłowości. Są przypadki występowania bezdechu sennego, które po konsultacji z protetykiem można leczyć za pomocą indywidualnie dobieranych aparatów ortodontycznych, zmieniających położenie języka i żuchwy. Może więc pacjenta skierować do stomatologa. Można też pacjenta leczyć zachowawczo, stosując aparat CPAP, za pomocą którego wytwarza się dodatnie ciśnienie w drogach oddechowych, co pozwala przywrócić drożność dróg oddechowych, prawidłowe utlenowanie krwi tętniczej, a w konsekwencji ograniczyć bezdech. Protezę powietrza, jak NFZ nazywa CPAP, można otrzymać nieodpłatnie, jednak czeka się na nią miesiącami i jest ona ustandaryzowana. Prof. Kukwa uważa, że maska to ostateczność, ponieważ pacjent musi w niej spać do końca swojego życia, zaleca się ją, kiedy nie jest możliwa do usunięcia operacyjnie przyczyna bezdechu sennego. Powinna ona być dopasowana indywidualnie do potrzeb pacjenta. W opracowywaniu takich masek wykorzystuje się już technologie 3D. [O](#)

Przystaw pieczętkę na ekranie komputera



**Filip
Dąbrowski**

Przewodniczący
Komisji ds. Młodych
Lekarzy NIL

Przed wakacjami Ministerstwo Zdrowia z dumą uruchomiło System Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych [SMK], który w założeniu miał być uniwersalnym narzędziem pozwalającym usprawnić szkolenie nie tylko lekarzy, ale wszystkich zawodów medycznych.

Jesienna tura zapisów na LEK i LDEK była jego pierwszym testem. Nikt nie spodziewał się katastrofy, przecież zanotowanie, ile osób zamierza podejść do egzaminu w danym mieście, nie jest zbyt skomplikowanym zadaniem, szczególnie w porównaniu z takimi funkcjonalnościami zapowiadany w systemie jak organizacja opartej na makiawelistyczno-kabalistycznych zasadach rekrutacji na rezydentury.

Niestety, na przełomie sierpnia i września okazało się, że w medycynie wciąż obowiązują dwie stare zasady:

- 1) nawet najprostszy pacjent może mieć najgorsze powikłanie,
- 2) lepsze jest wrogiem dobrego.

Lekarze kończący właśnie staż zamiast spędzać czas w bibliotekach, nerwowo przeglądając notatki przed LEK-iem, tracą go, klikając „odśwież” w internetowym formularzu. Z relacji wielu osób wiemy, że nawet ci szczęśliwcy, którym udało się wysłać zgłoszenie, nie mogą spać spokojnie. Część osób otrzymała jako odpowiedź jedynie pustego maila. Wiele osób otrzymuje sprzeczne odpowiedzi od pracowników CEM/urzędów wojewódzkich/SMK

na temat dokumentów koniecznych do rejestracji. Zagadką godną problemu udźwigu kokosów przez jaskółkę europejską i afrykańską ze skeczu Monty Pythona jest pytanie: czy osoba zweryfikowana już wcześniej elektronicznie jako lekarz przez OIL, po to, żeby udowodnić, że nie jest „wielbłądem”, musi załączyć w systemie skan potwierdzony „za zgodność z oryginałem” albo skan kopii potwierdzonej notarialnie „za zgodność z oryginałem”. Odpowiedzi udzielane przez poszczególne urzędy wykazują się dużą kreatywnością, notariusze nie wiedzą, co powiedzieć, kasują więc 50 zł i potwierdzają. W sumie powinno cieszyć, że przynajmniej ktoś jest szczęśliwy z wprowadzenia niedziałającego systemu. Dobrze, że stażyści nie muszą stawiać pieczętki na ekranie swoich komputerów.

Niestety, na problemach z rejestracją nie koniec. Część osób zakwalifikowano do pisania egzaminu 200 km od domu, rzekomo z powodu braku miejsc na sali. Już 8 września, czyli cztery dni po ruszeniu zapisów, prezes Hamankiewicz musiał wystosować pismo do CEM z prośbą o wyprostowanie tego problemu. Jeżeli pracownicy CEM-u nie potrafią znaleźć wolnej auli

w mieście uniwersyteckim, chyba nie powinni dostawać tak odpowiedzialnych zadań jak organizacja egzaminu, od którego zależy czyjaś kariera. W końcu we wrześniu studenci mają jeszcze wakacje, a komisów chyba nie piszą tak gromadnie jak stażyści LEK.

Wkrótce, po ogłoszeniu wyników egzaminów (które, mam nadzieję, wszyscy zainteresowani lekarze i lekarze dentyści dadzą radę napisać), czeka nas kolejna przeprawa z rejestracją na rezydentury. Tych, przypomnę, znowu jest mniej niż w zeszłym roku – w wielu specjalizacjach powrócono do znanego systemu zerojedynkowego, z naciskiem na zero. Może to uratuje SMK przed kolejną kompromitacją, bo w końcu mniej niż zero to domena „zawodowych macherów od losu, specjalistów od losu i szans”, a nie pracowników poważnej rządowej instytucji. ☹

*Myślisz może, że więcej coś znaczysz
Bo masz rozum, dwie ręce i chęć
Twoje miejsce na Ziemi tłumaczy
Zaliczona matura na pięć
Są tacy – to nie żart,
dla których jesteś wart
Mniej niż zero...*

(tekst Andrzej Mogielnicki,
Lady Punk, 1983)

Wszyscy jesteśmy lekarzami



Daniel
Łuszczewski

Lekarz rezydent

Ochrona zdrowia – miejsce pracy dziesiątek tysięcy lekarzy.
Jednak czy na pewno to tylko nasze miejsce pracy?

Wykonyujemy specyficzny zawód. W szpitalu, przychodni, w karetce nie ma pracy od – do. Każdemu z nas zdarzyło się zostawać po godzinach bez żadnej perspektywy gratyfikacji. Po prostu wiemy, że nie mamy normalnej pracy. Nasza praca jest naszą pasją, naszym życiem, naszą drogą postępowania. Lubimy to, co robimy i to właśnie jest naszą siłą. Dla nas nie ma sformułowania, że „za późno”, „za długo”, „już nie teraz”. Z całych sił pomagamy naszym pacjentom, dla których – często nawet bez ich wiedzy – poświęcamy wiele.

Poświęcamy własny odpoczynek, własne rodziny, czas spędzony z własnymi dziećmi, opiekę nad chorą matką. Wszystko to dlatego, że przyświecają nam wspólne dla naszego zawodu idee, przekonania i wartości, które nie pozwalają odejść od łóżka pacjenta i zostawić chorego człowieka samemu sobie. My naprawdę stawiamy pacjenta na pierwszym miejscu. To on jest sensem naszej pracy.

Pracę tę chcemy wykonywać najlepiej, jak tylko możemy. Chcemy przyjąć pacjenta, dobrze go zdiagnozować i zaproponować mu najlepsze dla niego leczenie i w dobrym stanie wypisać, żeby mógł wrócić do swojej rodziny, znajomych, do swojego życia. Na każdym jednak kroku nasza chęć udzielenia najlepszej możliwej pomocy, zgodnej z naszą wiedzą i europejskimi standardami, uderza w ścianę niewydolnego systemu ochrony zdrowia.

Niewykonalne! Jest nas za mało! Przez liczbę lekarzy czynnych zawodowo oraz przez systemowe bariery nie możemy zająć się pacjentami tak, jak byśmy chcieli. Nie jest to nasza wina, nie jest to brak naszej chęci pomocy, nie jest to też brak naszej dobrej woli. Uderzamy w mur coraz częściej i od lat nie jesteśmy w stanie się przez ten mur przebić. W naszym kraju realia postępowania z pacjentem uwłaczają przede wszystkim pacjentowi, który jest chorym, zagubionym w systemie człowiekiem. Realia te uwłaczają również nam – lekarzom. Uwłacza nam świadomość, że wiemy, jak być powinno – jak powinien wyglądać lepszy system i lepsza rzeczywistość w ochronie zdrowia oraz jak powinien być traktowany pacjent. Świadomość tego, że mimo naszego wyobrażenia, wiedzy i przekonania co do lepszej rzeczywistości dla pacjenta (ale i dla nas, dla personelu) jesteśmy bezsilni.

Braki systemu i braki kadrowe pokrywamy sami, bo nie chcemy zostawić pacjentów samych. Stąd ogromne liczby dyżurów, stąd nieprzespane noce, stąd widzenie własnego dziecka trzy razy w tygodniu, pomiędzy dyżurami. Stąd dwa/trzy (i więcej) miejsca pracy. Stąd praca ponad siły. A to wszystko dzięki ideom, które nam przyświecają i wartościom, którym jesteśmy wierni.

Młodzi lekarze wyznają takie same ideały jak starsze pokolenie ich mistrzów. To coś, co łączy wszystkich medyków. Z racji młodego wieku i tak naprawdę wejścia dopiero w zawód – zderzenie

z rzeczywistością jest tym bardziej bolesne. „To przecież nie tak, jak być powinno!” – często słyszy się z ust młodego pokolenia. Młodość jest niedoświadczona, trochę naiwna, pełna ideałów i wyobrażeń. Jest ona jednak również siłą – siłą do działania, zmian, prób wpływania na rzeczywistość. Młodzi lekarze chcą leczyć tutaj, w Polsce. Chcą się zajmować swoimi sąsiadami, znajomymi, krewnymi. Chcą leczyć polskich pacjentów. Chcą to robić najlepiej, jak mogą i widząc braki systemu, mają siłę i chęć, by próbować tę sytuację zmienić. Do tego potrzebna jest jednak pomoc specjalistów, starszego pokolenia lekarzy. Potrzebujemy Waszego doświadczenia, Waszej wiedzy, Waszych rad. Jesteśmy ciekawi Waszego punktu widzenia. Cel mamy wspólny. Nie da się nie wychodzić ze szpitala przez tydzień. Nie da się pracować – w sposób bezpieczny przede wszystkim dla pacjentów, ale też dla siebie – w takim trybie i w takich warunkach.

Sami rezydenci rzeczywistości nie zmieniają. Potrzebujemy lekarzy specjalistów, naszych mistrzów, mentorów, naszych wzorów do naśladowania. Potrzebujemy Waszego doświadczenia, Waszej rozważności. Potrzebujemy Waszego zaangażowania oraz potrzebujemy konsolidacji środowiska. Tylko razem możemy coś zmienić, tylko razem możemy kształtować rzeczywistość polskiej ochrony zdrowia. Tylko mówiąc jednym głosem i wspierając się wzajemnie, możemy mieć realny wpływ na los pacjenta i na własną sytuację. Chodźcie z nami! (

Raport wymaga weryfikacji

Z prof. **Grzegorzem Wallnerem**, konsultantem krajowym w dziedzinie chirurgii ogólnej, rozmawia **Lucyna Krysiak**.

GL
W Y W I A D

GL Powikłania pooperacyjne są wciąż jedną z głównych przyczyn zgonów zarówno wewnątrzszpitalnych, jak i odległych, i obecnie znów jest wokół nich głośno. Badanie EuSOS (Rupert M Pearce, Rui P Moreno i współ. Mortality after surgery in Europe) wskazuje na Polskę jako kraj o jednym z najwyższych w Europie wskaźniku śmiertelności pooperacyjnej – 17,9 proc. To może niepokoić.

Sądzę, że podana wartość jest zawyżona i nie do końca reprezentatywna dla całości obrazu zgonów pooperacyjnych w Polsce. Nie zmienia to jednak faktu, że tak niepokojący wynik powinien być sygnałem do skrupulatnego przeanalizowania problemu pooperacyjnych zgonów szpitalnych, szybkiej identyfikacji tych wszystkich czynników, które zwiększają ich ryzyko w skali całego kraju. Dane z Polski były przekazywane przez reprezentantów krajowych Europejskiego Towarzystwa Intensywnej Opieki Medycznej i Europejskiego Towarzystwa Anestezjologicznego. Raport był oczywiście analizowany i komentowany szeroko w mediach. W mojej ocenie dane przedstawione w tym raporcie powinny być dokładnie zweryfikowane przez odpowiednie instytucje zajmujące się organizacją ochrony zdrowia, finansowaniem świadczenia usług zdrowotnych, ale też przez środowisko chirurgów.

GL Na tle Wielkiej Brytanii zgony po operacjach w Polsce występują 7-krotnie częściej, co plasuje nas na równi z Rumunią i Litwą. Może coś było nie tak z metodologią prowadzenia badań?

Nie mam uwag krytycznych odnośnie metodologii gromadzenia danych czy zastosowanych metod analiz statystycznych. Są one jasno sprecyzowane. Ale nie znam szczegółów, z jakich jednostek szpitalnych w Polsce te dane pochodzą, jaki był profil pacjentów odnośnie danych

epidemiologicznych, obciążeń, wskazań do operacji, rodzajów wykonanych procedur operacyjnych itp. – w związku z czym trudno mi się ustosunkować do tego, czy są wiarygodne, czy nie. Niemniej jednak wiedząc, które jednostki szpitalne, oddziały chirurgiczne brały udział w badaniu – problem zgonów pooperacyjnych przynajmniej w tych jednostkach powinien być bardzo szczegółowo przeanalizowany, by znaleźć odpowiedź na pytanie, dlaczego odsetek zgonów jest tam tak wysoki.

GL Kto się powinien tym zająć?

To szerszy problem. Z jednej strony chodzi o wiarygodne zweryfikowanie, czy dane z Polski sprawozdawane do raportu opublikowanego w „Lancecie” są prawdziwe. Z drugiej o rozstrzygnięcie kwestii organizacyjno-administracyjnych, czyli określenie kto i w jaki sposób formalnie powinien zająć się analizowaniem wyników leczenia, w tym oceną ryzyka zgonów pooperacyjnych. Teoretycznie obowiązują nas systematyczne wewnętrzne audyty oddziałowe i szpitalne, okresowe audyty zewnętrzne ustalone przez płatnika, towarzystwa naukowe, nadzór specjalistyczny, w jednostkach akredytowanych również okresowe audyty Centrum Monitorowania Jakości. Praktycznie największy dostęp do globalnych danych z całej Polski ma Narodowy Fundusz Zdrowia.

GL Czyli można do nich dotrzeć?

Tak, ale w rozmowach z przedstawicielami NFZ poinformowano nas jako reprezentantów Towarzystwa Chirurgów Polskich, że ze względów ograniczonych możliwości kadrowych problemy jakości świadczonych usług medycznych, w naszym kontekście jakości leczenia operacyjnego, praktycznie są bardzo ograniczone.

Od lat mówi się o konieczności oceny świadczeniodawców nie tylko pod kątem formalnej sprawozdawczości



➤ **Prof. Grzegorz Wallner:**
– Od lat mówi się o konieczności oceny świadczeń od dawców nie tylko pod kątem formalnej sprawozdawczości.

(liczby hospitalizacji, wykonywanych procedur diagnostyczno-terapeutycznych, poprawności dokumentacji medycznej), ale też pod względem jakości świadczonych usług medycznych, w tym powikłań i zgonów pooperacyjnych, przedłużonych i powtórnych hospitalizacji itp. Oczywiście w ramach działalności Towarzystwa Chirurgów Polskich, Polskiego Klubu Koloproktologii, nadzoru specjalistycznego w dziedzinie chirurgii ogólnej podejmowane są inicjatywy „projakościowe”. Między innymi przez wiele lat prowadziliśmy rejestr operacji kolorektalnych. Ostatnie inicjatywy to rejestr nieszczelności zespołów w operacjach przewodu pokarmowego czy polskie

DLA UZMYSŁOWIENIA SKALI PROBLEMU
– ROCZNIE W POLSCE W BLISKO SZĘŚCIUSET
KLINIKACH I ODDZIAŁACH CHIRURGII
WYKONUJE SIĘ OKOŁO 500-550 TYS. OPERACJI
Z ZAKRESU CHIRURGII OGÓLNEJ, TO OKOŁO
800 TYS. HOSPITALIZACJI CHIRURGICZNYCH.

konsylium interdyscyplinarne. Oczywiście nadal funkcjonują wąskie rejestry operacji bariatrycznych, nowotworów przełyku i żołądka, choroby refluksowej itp., ale nie zmienia to faktu, że w chirurgii ogólnej trudno jest wszystko monitorować.

GL Z badania wyłączono m.in. kardiochirurgię i neurochirurgię, a więc dziedziny najbardziej obciążone zgonami pooperacyjnymi.

Dla uzmysłowienia skali problemu – rocznie w Polsce w blisko sześciuset klinikach i oddziałach chirurgii wykonuje się około 500-550 tys. operacji z zakresu chirurgii ogólnej, to około 800 tys. hospitalizacji chirurgicznych. W związku z tym w porównaniu np. do kardiochirurgii, chirurgii naczyniowej czy neurochirurgii jest znacznie trudniej objąć nadzorem wszystkie elementy naszej działalności, biorąc pod uwagę liczbę i bardzo szeroki zakres procedur choćby tylko w zakresie chirurgii układu pokarmowego.

Jednak dane zawarte w raporcie dają bardzo dużo do myślenia. Już nawet z porównania do odsetka pacjentów trafiających w okresie pooperacyjnym na oddziały intensywnej opieki medycznej czy oddziały intensywnej terapii w Polsce wynika, że jest on istotnie niższy niż w innych krajach europejskich, co w zasadniczy sposób wpływa na nieakceptowalnie wysoki odsetek zgonów pooperacyjnych w naszym kraju. Absolutnie należałoby zweryfikować, czy przyczyna tkwi w złym leczeniu operacyjnym, niedostatecznym wyszkoleniu chirurgów czy też w złej organizacji opieki pooperacyjnej. Zwykle przełożenie informacji i wydawanie opinii, że w Polsce źle dzieje się z chirurgią w porównaniu do innych krajów Unii Europejskiej, jest mało obiektywne. W tym kontekście warto też zwrócić uwagę na strukturę kadrową oddziałów chirurgii (braki), ich wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną (braki), organizację i czas pracy chirurgów (wielokrotnie niezgodne z normą europejską czasu pracy, choć zgodne z prawem), poziom finansowania chirurgii w Polsce w porównaniu do krajów Europy Zachodniej. Wielokrotnie w corocznych raportach konsultanta krajowego zwracałem uwagę na te problemy. 

Od człowieka wszystko się zaczyna...

GL
L I S T Y

Jestem lekarzem dentystą na stażu podyplomowym. Prawdopodobnie, po przeczytaniu tego zdania, gros Czytelników przewróci kartkę i przejdzie do następnego artykułu.

📧 IMIĘ I NAZWISKO DO WIADOMOŚCI REDAKCJI

Jednak list mój nie będzie krzykiem o podwyżki czy oceną możliwości startu młodych adeptów, bo na to należałoby poświęcić nieco więcej kart, niżli dwie strony czasopisma. Z trwogą czytuję serię o lekarzach-pacjentach i listy do redakcji. Szczególne wrażenie zrobił na mnie ostatni list, który w sposób bezprecedensowy, ale i niezwykle subtelny i prawdziwy, rozprawia się ze służbą zdrowia.

W miarę czytania artykułu wcale nie otwierały mi się szerzej oczy. Ze smutkiem przytakiwałam głową. Należę do tej mniejszości (zdecydowanej) młodych medyków, którzy wybrali studia, bo „czuli to w kościach”. Moją motywacją nie były pobudki materialne czy prestiżowe – to tematy poboczne. Niestety, nie mogę tego powiedzieć o większości swoich Kolegów, z którymi przyszło mi dzielić akademickie ławy. I mówię to z pełną odpowiedzialnością. A od młodych to wszystko się zaczyna...

Chciałabym odnieść się do słów poprzednika, który twierdzi, że dzisiaj etyka to niemodne i wstydliwe zjawisko. I tu niestety... muszę się z nim zgodzić. Tendencje są smutne. Im bardziej wyzwolony jest lekarz, tym czuje się bardziej nowoczesny. Niestety, nie każdy pamięta tu o etyce i przyzwyczajeniach. Gdy przyszło mi przystępować

do egzaminu państwowego, przygotowania postanowiłam zacząć właśnie od etyki. Dlaczego? Z bardzo prostej przyczyny – o tym NIKT nie mówił na uczelni.

Sama nie narzekam na brak empatii, cechuję się bardzo wysokim poczuciem sprawiedliwości, jednak byłam jedyną znaną mi osobą, która przeczytała podręcznik prof. Brzezińskiego (pozycja obowiązkowa w spisie lektur). Chłonięłam tę wiedzę z wielką czcią. I tak, wychodząc z uczelni po całym dniu, żegnając się z Kolegami (niejednokrotnie jeszcze w fartuchach) stojącymi przy wejściu szpitala, którzy bezwstydnie dzierżyli w swych dłoniach i ustach papierosy, czułam, że to ja nie pasuję do dzisiejszej koncepcji. Stawiając się na miejscu czytelnika, widzę siebie jako nieśmiałą, zakompleksioną dziewczynę z prowincji, której oczy przysłania przydługa grzywka i za duże okulary. Czy tylko tak kojarzy nam się młody lekarz prezentujący wartości etyczne? Mi niestety tak. Na szczęście jestem na przeciwległej skali tegoż obrazu. Ci starsi stażem głównie widnieją na kartach książek z okresu międzywojennego, choć oddając szacunek żyjącym – są, w mniejszości.

Realia dzisiejszego świata akademickiego są tak smutne, że nie chciałabym zatruwać swego listu aż tak. To temat na odrębny artykuł. Jednak to, co przeraża najbardziej, to obraz moich

Kolegów. Gdy rozmawiałam z nimi, jako świeżymi studentami, byłam w szoku, jak często słyszałam, że ktoś studiuje medycynę czy stomatologię (pozwolę sobie w tym temacie potraktować je jako tożsame), aby wypełnić ambicje rodziców, często wbrew woli samego zainteresowanego. Lub z pobudek czysto finansowych czy z powodu do wartościowania się na tle rówieśników. I nie, to nie są moje domysły czy dogłębna analiza psychologiczna. Takie słowa można usłyszeć bezpośrednio z ust ludzi. Ludzi, którzy łądą moment dostępu do pacjenta, mając w swoich rękach ich zdrowie, a nawet życie. Ktoś mi powie, że mogą być dobrymi specjalistami. Owszem, mogą. Ale całe życie nam powtarzano, że najważniejsze są intencje – to zasiewa charakter całego czynu.

Motywując swą obecność w zawodzie powyższymi – trudno odnaleźć sympatię i empatię dla pacjenta. A nikt mi nie powie, że można być dobrym lekarzem, nie będąc najpierw człowiekiem. Na potwierdzenie tych słów przychodzi mi mnóstwo przykładów z życia, ale nie o tym mowa. Mowa o tych, którzy właśnie uczą się sztuki, którzy przystępują do pacjentów już jako rezydenci czy jeszcze jako stażyści. Mowa o tych, w rozmowach z którymi słyszę, że trzeba mieć nierówno pod sufitem i być skończoną ofertą, żeby wybrać internę, bo tu się



▲ Artykuł ukazał się w nr. 9/2017 „Gazety Lekarskiej”.

nie dorobi. Że ci, którzy walczą o rezydenckie podwyżki to ciamajdy, którzy nie potrafią sobie wybrać specjalizacji, która jest dochodowa. Zaradni sobie radzą. To nie są odosobnione głosy. To są słowa powielane.

Jestem zde gustowana i zawstydzona tym, co obserwuję – podziałami w naszym środowisku, brakiem szacunku, solidarności i w końcu odczłowieczeniem. Tym, jak traktowani są studenci, a potem młodzi lekarze. Tym, jak trzeba się czasem napracować, aby zapracować na zaufanie pacjenta „udowadniając niewinność” – tu wielka zasługa mediów, które głównie szkodzą naszemu środowisku. Tym, jak niewielu jest Kolegów, którzy z dumą prezentują wartości etyczne. Tym, jak wielkie osamotnienie czuję w zawodzie, gdzie wartością nadrzędną jest pieniądź. I na końcu tym, jaką rolę

pełnimy w całym mechanizmie tworzącym służbę zdrowia.

Jestem rok po studiach i z sentymentem wspominam niewielu profesorów czy asystentów. Ten etap w życiu traktuję jako szczęśliwie zakończony, nie mam w związku z nim żadnego rozrzewnienia. Jednak wspomnień noszę w sobie wiele, a za nimi idą wnioski, które prowadzą wszystkich do jednego – medycyna idzie w wątpliwym kierunku. Przestaje być piękną nauką, zaczyna – mniej lub bardziej dochodowym biznesem. Wszystko ma swój początek i koniec w ludziach, system choć niedomaga, dopełnia całości. To ludzie dają przyzwolenie lub dyktują normy, zachowania. To od człowieka się wszystko zaczyna. A patrząc na kandydatów i zaraz potem studentów i lekarzy, mam ogromną wątpliwość, czy jestem elementem służby zdrowia czy korporacji zdrowia.

Nie chcąc pozostawić Czytelnika w nostalgii, śmiem twierdzić, że nie wszystko stracone. Że może głos tak zwanych „etycznych” dotrze do tych wątpiących i nauczymy się wzajemnego szacunku – bez względu na wiek, tytuł, stanowisko, staż pracy czy wreszcie pozycję społeczną i zawodową. Mimo wszystko, mocno w to wierzę. 

WYJAŚNIENIE

W nr. 7-8 w wywiadzie pt. „Pigułka czy igła?” błędnie przypisano pracę dotyczące wykorzystania mikroskopii elektronowej – ich autorką jest prof. Helene Langevin, a nie prof. Hélène Langevin-Joliot. Mechanizm wyjaśniający działanie akupunktury opiera się m.in. o neurologię, anatomię i fizjologię oraz stanowi przyczynek do wyjaśniania dalszych teorii, także w zakresie meridianów.

Janusz Korczak i jego Warszawa

Janusz Korczak, właściwie Henryk Goldszmit, urodził się 22 lipca 1878 lub 1879 r. w Warszawie. Zginął prawdopodobnie 7 sierpnia 1942 r. w Treblince.

✪ **MARIA CIESIELSKA**, PRZEWODNICZĄCA SEKCJI HISTORYCZNEJ, OIL W WARSZAWIE

Ciekawe, że w życiu tak znanego powszechnie człowieka tak wiele pozostaje nadal zagadką. To, co wiemy na pewno, to fakt, że Henryk Goldszmit urodził się w Warszawie, mieście, o którym pisał po latach w „Pamiętniku”: „Kocham Wisłę warszawską i odczuwam żrącą tęsknotę. Warszawa jest moja i ja jestem jej. Powiem więcej: jestem nią”.

Jako chłopiec uczęszczał do szkoły początkowej Augustyna Szmurły przy ulicy Freta, potem do Gimnazjum Praskiego przy ulicy Brukowej. Uczył się przeciętnie – raz nawet powtarzał rok, ale lubił czytać. Być może był to jego sposób ucieczki przed kłopotami rodzinnymi – ojciec chorował psychicznie i zmarł, gdy syn miał osiemnaście lat. Aby wspomóc finansowo siostrę i matkę, zaczął udzielać korepetycji. Równocześnie pisał swoje pierwsze teksty. Jeszcze przed rozpoczęciem

studiów medycznych na Carskim Uniwersytecie Warszawskim napisał humoreskę „Węzeł gordyjski” opublikowaną w satyrycznym czasopiśmie „Kolce”. W okresie studiów pracował w czytelni dla dzieci, był zatrudniony jako wychowawca dzieci żydowskich w ośrodku wakacyjnym „Michałówka”, a także jako wychowawca podczas kolonii dla chłopców chrześcijańskich w „Wilhelmówce”. W tym czasie napisał swoją pierwszą powieść „Dzieci ulicy”. Pseudonimu Janusz Korczak użył po raz pierwszy w 1898 r., gdy wziął udział w konkursie na sztukę teatralną, ogłoszonym przez Ignacego Jana Paderewskiego na łamach czasopisma „Echo Muzyczne, Teatralne i Artystyczne”.

Po ukończeniu studiów pracował jako lekarz miejscowy w żydowskim Szpitalu dla Dzieci im. Bersohnów i Baumanów przy ulicy Śliskiej 51 w Warszawie, a w latach 1905-1906 był lekarzem wojskowym na froncie wojny rosyjsko-japońskiej. Dokształcał się za granicą: w Berlinie, Paryżu i Londynie.

Już wtedy interesowały go nie tylko wykłady z zakresu pediatrii, ale także pedagogiki. Odwiedzał szpitale dziecięce i zakłady zajmujące się terapią i edukacją najmłodszych.

W 1912 r. zrezygnował z pracy w szpitalu, obejmując funkcję dyrektora nowo otwartego żydowskiego Domu Sierot, gdzie rozpoczął wieloletnią współpracę ze Stefanią Wilczyńską, która pomagała mu wdrażać w życie jego autorskie koncepcje pedagogiczne. W 1914 r. został powołany do wojska, początkowo jako ordynator polowego szpitala dywizyjnego na Ukrainie, następnie został lekarzem pediatrą w przytułku dla dzieci ukraińskich pod Kijowem, gdzie poznał Marynę Rogowską-Falską. W 1918 r. powrócił do pracy w Domu Sierot.

W 1926 r. zainicjował wydawanie nowatorskiego tygodnika dzieci i młodzieży „Mały Przegląd” – jako dodatek do dziennika „Nasz Przegląd”. Było to pismo praktycznie całkowicie tworzone „przez dzieci i dla dzieci”. Janusz Korczak był jego redaktorem do 1930 r., później przekazał tę funkcję Igorowi Nowerlemu. Ostatni numer „Małego Przeglądu” ukazał się w piątek, 1 września 1939 r.

W połowie lat trzydziestych XX w. związał się z Polskim Radiem, gdzie pod pseudonimem „Stary Doktor”

1898

– w tym roku Henryk Goldszmit po raz pierwszy użył pseudonimu Janusz Korczak.

WYBUCH II WOJNY ŚWIATOWEJ POSTAWIŁ PRZED NIM OGROMNE WYZWANIE. BYŁO NIM ZAPEWNIENIE OPIEKI DZIECIOM Z DOMU SIEROT MIMO NARASTAJĄCYCH TRUDNOŚCI I ZGROZY ŻYCIA W GETCIE.



◀ Pomnik Janusza Korczaka w Warszawie.

muzealno-warsztatowe dla dzieci, młodzieży i studentów. Każdy, kto, będąc w Warszawie, chciałby odwiedzić miejsca związane z historią życia Janusza Korczaka, może skorzystać z darmowej aplikacji na smartfony z systemem iOS lub Android „My Warsaw – Warszawa jest moja”. To pierwsza w Polsce dwujęzyczna aplikacja na telefon, łącząca w sobie funkcje przewodnika, gry miejskiej i kompendium wiedzy. Aplikacja ukazuje nieistniejącą już Warszawę Janusza Korczaka poprzez zdjęcia, nagrania audio, quizy i cytaty. Po jej zainstalowaniu w telefonie na ekranie wyświetla się mapa Warszawy. Użytkownicy mają do wyboru dwie trasy, z których każda liczy około 12 km. Pierwsza „Moja droga przez życie” prowadzi po miejscach związanych z dzieciństwem Korczaka i jego działalnością pedagogiczną, druga ścieżka to „Doświadczenia wojenne”. Dzięki geolokalizacji po wybraniu jednej z tras system odnajduje użytkownika na mapie i kieruje do najbliższego punktu trasy. Każdy punkt został opisany przez historię, opatrzone cytatem z pism Korczaka oraz galerią obrazów, w których wykorzystano nową technologię „rozszerzonej rzeczywistości” („augmented reality”). Technologia ta polega na nakładaniu na siebie dwóch obrazów: aktualnego, widzianego przez kamerę w telefonie, i historycznego – wygenerowanego przez aplikację na podstawie zdjęć archiwalnych.

Trasy wycieczek zostały opracowane przez Jagnę Koftę oraz Agnieszkę Witkowską – doświadczone przewodniczki po Warszawie. Aplikacja została przygotowana m.in. przez Muzeum Historii Żydów Polskich i Dom Spotkań z Historią, pod patronatem Rzecznika Praw Dziecka. Aplikację można pobrać z GooglePlay (dawniej Android Market) i AppStore. Po instalacji jest dostępna offline (zajmuje 200 MB pamięci), bez konieczności dostępu do internetu. Aplikacja łączy się z serwisami Facebook, Twitter i Foursquare. ○

nagrywał audycje dla dzieci i młodzieży. Współpracował wówczas z wieloma czasopismami wydawanymi także w języku hebrajskim i żydowskim. Interesował się organizacją pracy pedagogicznej w Palestynie, gdzie dwukrotnie pojechał, aby zapoznać się z realiami życia w kibucach. Pomimo iż Janusz Korczak jest dziś pamiętany głównie jako pedagog i publicysta, to nigdy nie zapomniał, że „winien być dobrym lekarzem”. Pod tym tytułem w Muzeum Medycyny Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego otworzono w grudniu 2012 r. niezwykle interesującą wystawę czasową obrazującą życie lekarza – Janusza Korczaka.

Wybuch II wojny światowej postawił przed nim ogromne wyzwanie. Było nim zapewnienie opieki dzieciom z Domu Sierot mimo narastających trudności i zgrozy życia w getcie. Sam Korczak został aresztowany i uwięziony na Pawiaku, ponieważ odmówił zdjęcia oficerskiego munduru. Dzięki pomocy pracujących tam polskich lekarzy został zwolniony i mógł wrócić

do swoich dzieci. Dom Sierot przenoszono dwukrotnie w ciągu dwóch lat, przy czym każda kolejna placówka wymagała przystosowania do przebywania w niej dzieci. Ostatni okres istnienia Domu Sierot został ukazany w przejmujący sposób w filmie Andrzeja Wajdy „Korczak”. Tam też w poetycki sposób przedstawiono ostatnie chwile życia Starego Doktora. Badacze zagadnienia do dziś sprzecają się nie tylko co do prawdopodobnej trasy ostatniego przemarszu dzieci, ale także co do samej daty śmierci.

Życie i twórczość Janusza Korczaka badają od wielu lat dr Marta Ciesielska i mgr Agnieszka Witkowska-Krych z Ośrodka Dokumentacji i Badań „Korczakianum” mieszczącego się w budynku dawnego Domu Sierot przy ulicy Jaktorowskiej 6 w Warszawie. Tam też organizowane są lekcje

1. Wszelkie informacje biograficzne pochodzą ze strony <http://culture.pl/pl/tworca/janusz-korczak> (autor Agnieszka Witkowska-Krych).
2. „Winienem być dobrym lekarzem. Janusz Korczak-Henryk Goldszmit” Publikacja towarzysząca wystawie w Muzeum Medycyny Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (grudzień 2012 – czerwiec 2013).
3. Janusz Korczak, „Szkoła życia. Obrazki szpitalne. Artykuły pedagogiczne i medyczne (1900-1912)”. Warszawa 1998.
4. Janusz Korczak, „Pamiętnik i inne pisma z getta”, Warszawa 2012.



Joanna
Sokołowska

Lekarz pediatra

Dziadek Jacek — stażystom

Coraz częściej czuję się jak Dziadek Jacek, a to zaskakujące uczucie dla statystycznego pediatry.

Ten Dziadek – Jacek Maria Poszepczyński – bohater cyklu słuchowisk Macieja Zembatego i Jacka Janczarskiego, który „w niezapomnianym roku 1904” walczył w Mandżurii „po wszystkich stronach z jednakowym skutkiem” i opowiadał o tym niezależnie od tego, czy ktoś chciał słuchać czy nie.

Mam pewne podejrzenia, oparte zresztą na wynikach statystyk prowadzonych przez Naczelną Izbę Lekarską, że w swoich odczuciach mogę nie być osamotniona. Specjalizacyjne koleżanki i koledzy po fachu to przecież są w większości szpitalne i przychodniane wiarusy – tacy, co to już

niejedno widzieli i doskonale wiedzą, że „każdy kij ma co najmniej dwa końce”. W moim zaś przypadku, choć wiewkowo wciąż jeszcze gonię seniora rodu Poszepczyńskich, analogia tym bardziej wydaje się trafna, że piszę – niezależnie od tego, czy ktoś to chce czytać, czy nie... Stąd może to kombatanckie poczucie – moja „dziadkowata poszepczyńskość...”.

Parę dni temu znowu to poczułam – uczestniczyłam w spotkaniu z młodymi lekarzami, rozpoczynającymi staż podyplomowy w naszym szpitalu. Patrząc na nich, przypominałam sobie siebie w pierwszych dniach pracy. A ponieważ od tego czasu dowiedziałam się tego i owego o lekarskim życiu, postanowiłam uchylić przed tegorocznymi stażystami rąbka szpitalnej tajemnicy.

NAJBARDZIEJ DŻENTELMEŃSKIM
ROZWIĄZANIEM WYDAJE SIĘ WYRAŻENIE
OPINII, ŻE W MEDYCYNIE WSZYSTKO
JEST TAK CIEKAWÉ, ŻE AŻ TRUDNO SIĘ
ZDECYDOWAĆ.

Koleżanki i koledzy odbierający na wspomnianym spotkaniu prawo wykonywania zawodu – wszyscy piękni i nieco speszeni (ale tylko na tyle, na ile wypada) – proszeni byli o krótkie przedstawienie się i opowiedzenie o swoich zawodowych planach. Jak pewnie już przeczuwają, pytanie o wymarzoną specjalizację będzie dla nich w najbliższych miesiącach tym, czym pytanie o pogodę w innych kręgach towarzyskich i zawodowych. Na każdym oddziale, w każdej poradni, w trakcie każdego rodzinnego spotkania i na sobotnim melanżu, prędkiej czy później ktoś je zada. Ale uwaga! Z mojego doświadczenia i wieloletnich obserwacji wynika, że istnieje ryzyko, iż pytający wysłucha odpowiedzi, a co gorsza – wyciągnie wnioski. Za każdym razem trzeba więc odpowiedzieć w miarę dyplomatycznie. Cała sztuka polega zaś na tym, by nie wzbudzić niezdrowego zainteresowania zespołu lekarskiego, do którego się właśnie wkracza i jednocześnie nie wyjść na ignoranta.

Najbardziej dżentelmeńskim rozwiązaniem wydaje się wyrażenie opinii, że w medycynie wszystko jest tak ciekawe, że aż trudno się zdecydować. To wyjście eleganckie, ale pamiętajcie, że testowi poddano przed wami już wiele pokoleń stażystów i szpitalne wygi nie dadzą się zbyć nawet takim ładnym frazesem. W odwodzie warto więc jednak mieć przygotowany wariant, w którym marzenia konfrontujemy z zastyłą rzeczywistością. Szczerość jest zawsze wysoko punktowana.

Panowie, jak nietrudno zgadnąć, deklarować mogą chęć specjalizowania się w dziedzinach zabiegowych. To postępowanie usprawiedliwione, bo sprzężone z chromosomem Y. Oczywiście daje komfort stania się niewidzialnym na „niezabiegowych” oddziałach, ale przecież nie o to wam chodzi, prawda? A poza tym, jakie to banalne! Jestem pewna, że każdy pan stażysta, który zgłosi chęć specjalizowania się w pediatrii, wzbudzi zainteresowanie – ba, wręcz instynkt opiekuńczy(!) – wśród specjalistów chorób dziecięcych obojga płci. Dla osiągnięcia zaś maksymalnego efektu „ta!”

proponuję panom wybór neonatologii. Mam w tym oczywiście swój dziadowski interes, ale zwracam uwagę również na aspekt może mniej oczywisty. Silny mężczyzna, który zna się na dzieciach – czy istnieje bardziej interesujące połączenie?

Panie mają trudniej. Oczywiście idąc pod prąd utartym stereotypom, mogą próbować aplikować do zmaskulinizowanego świata zabiegowców. Tutaj jednak nie ma zdaje się mowy o jakimkolwiek parytecie, więc z deklaracjami należy zachować wielką ostrożność. Chyba, że ktoś lubi brylować w towarzystwie lub szuka tematu do branżowego stand-up’u – starsi koledzy delikatnie sprowokowani dostarczą wówczas całkiem pokaźnego zbioru anegdot i żartów na temat bytu zwanego „kobietą chirurgiem”.

Nie lekceważcie rządzeń losu i szczęśliwych przypadków – w dużej mierze wpłyną na Wasze lekarskie życie. Tak było jest i będzie, a ja jestem tego najlepszym przykładem.

W niezapomnianym roku 1994 przekroczyłam próg szpitala w nowej wówczas dla mnie roli stażysty. Jeszcze kilka tygodni wcześniej, pytana o dalsze plany zawodowe, odpowiadałam dość mętnie, tak jak teraz moi najmłodszy koledzy. Propozycja padła nieoczekiwanie w pierwszym dniu, a może nawet w pierwszej godzinie lekarskiego stażu.

Na rzucone przez ówczesną ordynator, Jadwigę Sławińską, luźne pytanie: „A może któraś z was, dziewczynki, przyjdzie do nas do pracy?” odpowiedziałam błyskawicznie. Podjęcie decyzji zajęło mi mniej czasu niż wypowiedzenie: „Ja, chętnie!” i zaskoczyło chyba najbardziej mnie samą – z natury jestem jednak przecież bardziej rozważna niż romantyczna. Muszę przyznać w dodatku, po tych wszystkich latach, że była to jedna z najlepszych decyzji, jakie podjęłam w swoim życiu...

Czas od pierwszego dyżuru do tego w ostatnią środę minął błyskawicznie i – nie wiedzieć kiedy – odkryłam w sobie Dziadka Jacka. Ale to fajny dziadek.

Życzę Wam, żebyście za parę lat mogli powiedzieć tak samo!

„Trzask-prask i po wszystkim!” ☺

Żart na miarę



Artur Andrus

Dziennikarz radiowej „Trójki”,
konferansjer i satyryk

Uczono mnie skrótu. Kiedy zaczynałem pisać teksty do gazet, doświadczony redaktor, nawet nie czytając tego, co przyniosłem, wydawał polecenie: „Skróć o połowę”.

Najpierw buntowałem się. Przecież tyle cennych myśli młodego dziennikarza mogło umknąć przez niepoważne traktowanie redaktora. Potem przyznawałem rację. Prawie wszystko da się napisać krócej. Ale może tak było kiedyś? Mam wrażenie, że dzisiaj zaczyna panować odwrotny trend. I nie dotyczy to tylko tekstów dziennikarskich. Proszę spojrzeć na tytuły „projektów”... To też moje ulubione słowo – dzisiaj wszystko jest „projektem”.

Teraz już nie można powiedzieć, że Zosia poszła do szkoły. Zosia uczestniczy w „Projekcie Przyszłość”. Pewnie w elementarzu (przepraszam – „Projekcie Czytam”) też już nie „Ala ma Asa”, tylko „Projekt Dziewczynka ma Projekt Zwierzę”. Na pewno „projektem” jest wszystko, na co pieniądze daje Unia Europejska. Wczoraj na ścianie pewnego budynku zobaczyłem tabliczkę z napisem: „Wydatki związane z inwestycją oraz zakupem wyposażenia dla projektu pt. NOWOCZESNY BLOK OPERACYJNY NA MIARĘ XXI WIEKU zostały współfinansowane...” itd. Nie chodzi o to, żeby doprowadzić do karykaturalnego skrócenia przekazu do zdania: „Kasę na stół do operacji dali głównie Niemcy”, ale kwiecistość nazw „projektów” unijnych bardzo mnie śmieszy. Zwłaszcza że na pewno wywoła reakcję. Jestem pewien, że ktoś, kto będzie ubiegał się o dofinansowanie następnego bloku operacyjnego w pobliskim mieście, postara się o jeszcze bardziej intrygujący tytuł: „SUPERNOWOCZESNY BLOK OPERACYJNY NA MIARĘ XXI WIEKU, ODPOWIADAJĄCY ŻYWOTNYM POTRZEBOM MIESZKAŃCÓW POWIATU ORAZ DOSTOSOWANY DO ROSNĄCYCH W NIEPRAWDOPODOBNYM TEMPIE UMIEJĘTNOŚCI ZAWODOWYCH KADRY MEDYCZNEJ NASZEGO SZPITALA”. To naturalne, że chcemy

być uważani za mądrzejszych, nazwać coś pięknie albo wzniośle. I dać temu wyraz na tabliczce przytwierdzonej do ściany.

Część wakacji spędziłem w małej turystycznej miejscowości. Tam z kolei zauważyłem oznaki sąsiedzkiego wyścigu na dowcip. Nie ustaliłem, kto zaczął, ale na furtkach prawie wszystkich domów wiszą tabliczki ostrzegające o obecności złego psa w zagrodzie. Tyle, że wywieszkę o prostej treści „Zły pies” znalazłem tylko jedną. A na pozostałych – wybuch fantazji i dobrego humoru (mam dokumentację, jeden wieczór poświęciłem na obejście i obfotografowanie, pisownia oryginalna): „Zły pies... A właściciel jeszcze gorszy”, „Zły pies i głodny”, „Są dwa psy: jeden dobry, drugi zły”, „Dobiegam do furtki w 5 sekund... A ty?”, „Uwaga zły pies! Kotu lepiej też nie ufać!”. Czy wieszając taką tabliczkę, ktoś się zastanawia nad tym, jak bardzo to osłabia oddziaływanie komunikatu? Przecież ktoś rozbaawiony takim tekstem, nie zastanawia się już nad tym, czy za ogrodzeniem rzeczywiście jest jakiś pies. A jak bardzo ośmiesza to samego psa! Przecież ktoś, przed kim ostrzeżę się tabliczką z napisem „Uwaga dobry pies ale ma słabe nerwy” nie może być traktowany poważnie przez ewentualnego intruza.

O ile jestem za tym, żeby żartować jak najczęściej i do życia podchodzić z humorem, to jednak apeluję również o zachowanie umiaru. No bo wyobraźmy sobie, że dowcipne wywieszki zaczną się masowo pojawiać na budynkach poważnych instytucji. Posterunek policji, drzwi do gabinetu komendanta i jego zastępcy: „Dwóch prowadzi komisariat. Jeden spoko, drugi wariat”. Albo blok operacyjny, ten „na miarę XXI wieku” – ostatni obrazek, jaki widzi pacjent przed operacją, to tabliczka zawieszona na szyi anestezjologa: „Operuje ordynator. Zgubił skalpel, ma sekator”. Brrr. ○

Garstka słów dla Wiktora

(fragmenty)



**Jarosław
Paśnik**

Laureat w Konkursie
Literackim „Przychodzi
wena do lekarza”

Śpi. Na materacu bez poduszki. Leży na boku, z ręką ułożoną obok policzka. Jego dłoń jest na wpół otwarta i przypomina nieco dziecięcą. Światło wpadające przez odchylone żaluzje uwydatnia zmarszczki na jego twarzy. Chrapie. To nie jest miejsce, o którym marzył. Sala chorych znajduje się na ostatnim piętrze ogromnego budynku szpitala, nieomal na brzegu nieba. Nie zamierzam go budzić. Przysiadam się na krześle obok łóżka i czekam. Znam Wiktora od zawsze. W dniu, kiedy zacząłem pracować, pojawił się w moim życiu i odtąd był w nim mniej lub bardziej intensywnie. Prawie nie mam wspomnień o czasie przed nim, żadnych wyobrażeń, jak mogłyby wyglądać moje początki w zawodzie bez niego.

Pierwszy raz zacząłem się martwić, kiedy zadzwonił do mnie i poprosił, abym zaopiekował się jego pacjentką.

– Jedź do niej. Od trzech dni gorączkuje, a teraz zaczyna kaszleć. U niej zapalenie płuc to szpital. Nie można do tego dopuścić, bo tam sobie z nią nie poradzą. Mieszka naprzeciwko tej chałupy, która spłonęła tydzień temu. Bardzo mi zależy – błagał.

– Będę tam wczesnym wieczorem – zapewniłem go. Miałem przeczucie, że nie jest to jedyny powód, dla którego zadzwonił.

– Wiem, że to nie jest na telefon, ale chciałbym cię prosić, żebyś doglądał paru moich pacjentów. Będę musiał na jakiś czas, kto wie na jak długo, przerwać wizyty.

– Coś się dzieje? – spytałem najbardziej niezręcznie, jak było można.

– Nie wiem. Starzeję się. Czuję, że w środku staję się szary, jak cement. Wybacz.

– Nie ma czego. Sam spytałem.

Do dzisiaj nie wiem, czy tamta rozmowa tak się zakończyła. Pamiętam tylko nagle tirlanie ptaka jak odpowiedź na ciszę, która zaległa w słuchawce.

To był lokalny koniec świata. Wieś otoczona z każdej strony lasem, pojedyncze chaty po obu stronach nieasfaltowanej drogi. W deszczowe dni, kiedy czarna glina namokła, droga stawiała się nieprzejezdna.

Marysia miała dwanaście lat, kręcone blond włosy i kuleczki płynnej, wciąż nieostygłej smoły zamiast oczu. Kaszłała nieprzerwanie. Wynurzyła twarzyczkę spod pokręconej czupryny, spojrzała na mnie i natychmiast zaniosła się głośnym płaczem. Zaczęła mocno pocierać i bić się po twarzy, klaskać i głośno zawodzić. Uspokoiła się dopiero wtedy, gdy jedna z jej dłoni prawie w całości wyśladowała w buzi.

– Nie jest pan jej wujkiem Wiktorem – stwierdziła sucho jej mama. – Gdyby mogła mówić, powiedziałaaby to pewnie bardziej dosadnie niż ja.

– Liczę się z tym, że może być ciężko. Wiem od doktora, że Marysia nie jest takim zwykłym pacjentem, że w przypadku infekcji należy działać szybko i intensywnie. Zapiszę jej antybiotyki i za dwa dni zobaczymy, czy się poprawia – powiedziałem, gdy już z pomocą mamy udało mi się ją zbadać.

– Wujek Wiktor mówił, że pan będzie teraz leczył Marysię. To, co on powie, jest święte. Zawsze go słuchamy, a pan musi jej pomóc. Doktor wiele razy uratował jej życie. Szkoda, że teraz zdezerterował.

– Nie może pani tak mówić. Jest chory – powiedziałem, próbując ratować sytuację. Wtedy nie miałem przekonania, czy to, co powiedziałem, było do końca prawdą.

Już przy drzwiach kobieta wspomniała o pożarze sąsiedniego domu i o Marysi biegającej po podwórku z węzem ogrodowym wyrwanym z kranu.

– To pewnie wtedy tak się przeziębila – westchnęła.

Wracałem przez cichą i zmęczoną wieś z głową pełną różnych myśli. Okna domów żółciły się od światła, a czasem niebiesciły od telewizorów. Miałem przed sobą obraz ognia wyrwanego z samego rudego wnętrza ziemi i trawiącego cegła po cegle stuletni dom. Unicestwiającego wszystko: ludzi, ich uczucia, myśli, życie i historie pokoleń zawarte w przedmiotach, meblach i sprzętach. Była w tym obrazie drobna i krucha dziewczynka, z węzem ogrodowym w dłoni, z twarzą wciśniętą pomiędzy sztachety płotu, niemogąca oderwać oczu od mundurów, strumienia wody i wściekle czerwonych wozów strażackich.

Do sali wchodzi pielęgniarka i przykłada termometr do skroni Wiktora. Słyszę sygnał kończący pomiar, ona odwraca się w moją stronę i szepcze:

– Zwykle po chemii dużo śpi. Dzisiaj od rana był nieswój. Nie miał sił, żeby rozmawiać. Zbieram się do domu, za niedługo przyjdzie koleżanka na zmianę. Będzie pan tutaj?

– Posiedzę jeszcze trochę. Może się obudzi, to pomogę mu coś zjeść – mówię i wstaję, żeby się rozprostować. Spoglądam na jego twarz, która staje się bardziej ziemista i nieruchoma. Jest to coś, czego wcześniej nie widziałem. Wiktor dużo się uśmiechał i dzięki temu jego twarz wydawała się zawsze promienista.

Zadzwoniłem do niego, aby zdać relację z wizyty u Marysi. Śmiał się wtedy ze mnie, że się przestraszyłem. [...]



Więcej na
www.gazetalekarska.pl

W ramionach



Agata
Morka

Historyk sztuki

Uściski bywają różne. Są te, którymi wita się przyjaciela, oplata kochankę czy tuli dziecko do snu. Ramiona to niezwykle wrażliwy instrument, pomiędzy nimi rozgrywają się uczucia najwyższej wagi. Goya jest niekwestionowanym malarskim mistrzem ramion. Pod jego pędzlem ożywają, mieszcząc w sobie ból, strach i miłość.

Goya zazwyczaj gra w swoich obrazach na najwyższych nutach i pomagają mu w tym gesty, które wybiera dla swoich postaci. Rozłożone szeroko ramiona madryckiego powstańca czy powykęcane ciała sennych potworów zaludniają jego płótna, wstrząsając widzem. Ale jest wśród nich także jego autoportret, gdzie gesty noszą w sobie mniej dramatyzmu: oto Goya w łóżku, lekko nieprzytomny w ciasnym uścisku, lecz nie kochanki, ale lekarza.

Scena rozgrywa się prawdopodobnie w jego sypialni. Ciało malarza jest słabe, wycieńczony artysta nie jest w stanie utrzymać prosto głowy, patrząc w kierunku widza. Od tyłu obejmuje go doktor, podając choremu szklankę wody. Lekarz unika kontaktu wzrokowego z widzem, skupiony na swoim zadaniu. Obraz namalował Goya w 1820 r.

Ponad siedemdziesięcioletni wtedy malarz zapadł na chorobę, której nie zdołali zwalczyć liczni lekarze. To dopiero doktor Arietta otoczył go opieką i pomógł ostatecznie wyzdrowieć.

Obraz to swego rodzaju *ex votum*, wyraz wdzięczności malarza dla człowieka, który uratował mu życie. To także jeden z najbardziej intymnych portretów relacji pacjent-lekarz. Na dole sceny Goya umieścił dziękczynną inskrypcję, w której nie nazywa Arietty po prostu lekarzem, ale przyjacielem. To specjalny rodzaj Goyowskiego uścisku: malarz poddaje się doktorowi Ariecie z całkowitym zaufaniem, on zaś podtrzymuje chorego z siłą i troską, wychodzącą daleko poza zimny lekarski profesjonalizm. ○

obraz A



obraz B



◀ Francisco Goya,
„Autoportret
z doktorem
Ariettą”, 1820.



Wskaż oryginał i znajdź cztery szczegóły różniące obrazy.

Odpowiedź prześlij na
bladmalarski@gazetalekarska.pl
do 18 października 2017

W temacie maila należy wpisać GL10.
Proszę nie zapomnieć o podaniu danych kontaktowych
(imię i nazwisko, adres, telefon).

UWAGA – jedna osoba może przesłać jedną odpowiedź.

★★★★
HOTEL PREZYDENT
MEDICAL SPA & WELLNESS
HOTEL PRZYJAZNY DOROSŁYM

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 (aromatyczny masaż częściowy, odmładzająca kąpiel, nawadniająco-odżywczy zabieg na twarz, Aquamassage)
- możliwość korzystania bez ograniczeń z basenu, jacuzzi, 3 rodzajów saun, siłowni

Rozwiązanie zagadki z „GL” 09/2017

OBRAZ ORYGINALNY: A

SZCZEGÓŁY RÓŻNIĄCE OBRAZY

1. Dodanie psa obok nóg wędrowca.

Samotni wędrowcy to typowy motyw romantyzmu. Czy to stojący nad szczytami gór, czy podziwiający bezkres oceanu, zazwyczaj w tym zamyśleniu pozostają sami, ani pies, ani współtowarzysz nie zakłóca ich cichej kontemplacji.

2. Odebranie laski wędrowcowi.

Samotny wędrowiec Friedricha wspiera się na lasce, stojąc na szczycie góry. Szczegół ten zawsze mnie zastanawiał, bo postawa młodzieńca nie wskazywałaby na słabość. Do tego sama laska wygląda na co najmniej mało stabilną, choć być może dodaje postaci szyku.

3. Dodanie ruin w oddali.

Ruiny pojawiają się w wielu obrazach Friedricha, ułamane ściany, rozpadające się kościoły, cienie dawnej świetności, wszystko to również jedne z ulubionych toposów romantyzmu.

4. Zmiana koloru nieba na lekko różowy.

Różowe niebo sugerowałoby zachód słońca i takie niebo spotkać można w niektórych obrazach Friedricha. Tutaj jednak zdecydował się na spokojne, białoszare, unikając tym samym być może otarcia się o kicz.

➤ Caspar David Friedrich,
„Wędrowiec nad morzem
mgły”, 1818.



NAGRODZONY Z „GL” 09/2017

Voucher do Hotelu Prezydent**** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju
otrzymuje **Anna Rewekant z Konina**. Gratulujemy!

Konkurs

Komisja Kultury ORL w Lublinie ogłasza II Ogólnopolski Konkurs Poetycko-Literacki „Lekarze dzieciom”. Termin nadsyłania prac upływa **31 października**. Wręczenie nagród: 9 grudnia. Patronat honorowy nad konkursem objęli prezes NRL i prezes Lubelskiej Izby Lekarskiej, a patronat medialny – „Gazeta Lekarska”, „Medicus” i Polskie Radio Lublin.

Wystawa

Galeria Zmienna Szpitala Śląskiego w Cieszynie **we wrześniu** prezentowała prace fotografa krajobrazowego Jakuba Połomskiego. Ekspozycja CieszynLove to w znacznej części fotografie wykonane z dronu. Galeria znajduje się w Zespole Poradni Specjalistycznych Pawilonu Diagnostyczno-Zabiegowego. Zainteresowanych wystawieniem swoich prac placówka prosi o kontakt (33) 854 92 18.



Więcej na
www.gazetalekarska.pl

FOTO: SHUTTERSTOCK.COM, ARCHIWUM PRYWATNE

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



Przeszczepianie nerek

Andrzej Grzegorz Barański

Autor opisuje, jak postępować w czasie pobierania, przygotowywania i przeszczepiania nerek. Monografia zawiera zdjęcia wykonane w czasie operacji oraz rysunki. Nie tylko dla początkujących chirurgów transplantacyjnych, ale też doświadczonych lekarzy, którzy chcą zapoznać się z nowymi technikami chirurgicznymi.



Atlas onkologii praktycznej

Piotr Plecka

Książka wypełniona obrazami zmian nowotworowych, dopełnionymi krótkimi danymi klinicznymi. Celem publikacji, jak pisze autor we Wstępie, było przedstawienie pacjentów onkologicznych, u których wstępne rozpoznanie kliniczne możliwe było na podstawie widocznych zmian nowotworowych. Dla lekarzy różnych specjalności i studentów.

Triathlon



26 sierpnia Ziemia Sandomierska po raz kolejny gościła najwszechstronniejszych sportowców spośród lekarzy. W IX Mistrzostwach Polski Lekarzy w Triathlonie na dystansie sprinterskim (750 m pływanie, 20 km rower i 5 km bieg) wzięło udział 26 koleżanek i kolegów z całego kraju. 



Więcej na
www.gazetalekarska.pl

Brydż sportowy

W warszawskim Centrum Sportów Umysłowych przy ul. Polinezyjskiej 10 w dniach **4-5 listopada** 2017 r. odbędą się XXII Mistrzostwa Polski Lekarzy w brydżu sportowym (przy współudziale WZBS w ramach Mistrzostw Mazowsza). Zawody zostały objęte patronatem NIL. Współorganizatorem imprezy są Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie oraz Kujawsko-Pomorska Izba Lekarska. Kontakt do organizatorów: Krzysztof Makuch (tel. 608 200 190, krzysztofmakuch@hipokrates.org) i Aleksander Skop (tel. 604 267 343, skalek@poczta.onet.pl). 

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



Po nitce do kłębka Halina Sułek-Kobiela

Lekarka pediatra z Bochni wydała kolejny, czwarty autorski tomik wierszy. Zajmuje się pisaniem od ponad 10 lat. Jakże wiersze tym razem przygotowała dla czytelników? Warto znaleźć w tym zabieganym świecie odrobinę czasu na refleksję i zapomnienie. Zapraszamy do tej, jakże przyjemnej i momentami zaskakującej lektury.



Gen, który złamał kod raka. Białko p53 Sue Armstrong

Opowieść o historii odkrywania znaczenia białka p53, określanego przez naukowców „strażnikiem genomu”. Mutacja genu tego białka odpowiada za rozwój wielu nowotworów, z kolei zdrowe p53 przeciwdziała powstawaniu raka. Czy lek na tę chorobę zostanie w końcu opracowany? Książka nominowana do Medical Book Awards.

XV Igrzyska Lekarskie

RYSZARD GOLAŃSKI



Jak co roku, od piętnastu lat, w drugi weekend września obiekty Centralnego Ośrodka Sportu w Zakopanem wypełniają lekarze z całej Polski i ich rodziny.

Ważnym elementem, decydującym o powodzeniu tego wydarzenia sportowego, jest pogoda. Wiele dyscyplin odbywa się na arenach i trasach otwartych. Dla kolarzy, zwłaszcza górskich, deszcz jest przeciwnikiem obniżającym bezpieczeństwo zawodów. Na zakopiańskich kortach tenisowych, z mączki ceglanej, deszcz uniemożliwia rywalizację. Dlatego deszczowa środa 6 września budziła niepokój wśród organizatorów i uczestników XV Jubileuszowych Igrzysk Lekarskich. Na szczęście aura okazała się być łaskawa i już po południu jazda na czas pod stromy podjazd w Ludźmierzu odbyła się bezpiecznie. Jak wiele kosztowała ta walka niektórych zawodników, mogą Państwo zobaczyć na zdjęciach, zamieszczonych w naszym portalu. Oczywiście są tam także zdjęcia z innych aren, z czterech dni rywalizacji ponad 600 lekarzy i lekarzy dentyków.

Pogoda w kolejne dni była słoneczna. W tym roku remontowany jest basen w COS-ie, dlatego nie mogli się odbyć zawody pływackie. Część „pływaków”, przywykłych do udziału w Igrzyskach, przyjechała i straciła w innych konkurencjach.

Tradycją tych spotkań pod Giewontem jest liczny udział lekarskiej dziatwy. Najmłodszy sportowiec nie ukończył jeszcze drugiego roku życia, ale dzielnie stratał w przeznaczonych dla nich konkurencjach, czyli biegu na 60 m, w skoku w dal i rzucie piłeczką palantową. Tym zmaganiom towarzyszy sympatyczna atmosfera i doping rodziców, dotyczący występu własnych dzieci, ale także ich konkurentów. Były wśród nas rodziny wielodzietne, ale rodzina Szymala nie miała konkurencji: Tata, Mama



i cztery śliczne córki! Zapraszam do obejrzenia zdjęcia. Najstarszym zawodnikiem był doktor Ryszard Król, który w tym roku kończy 87 lat! Jego startom w biegach na 100 m, 200 m i 400 m kibicowali wszyscy obecni na stadionie lekkoatletycznym.

W ciągu ostatnich lat funkcjonowania lekarskiego sportu utworzyły się grupy zawodników związanych z konkretnymi dyscyplinami. Jako pierwsi zorganizowali się w stowarzyszenie tenisiści, obecnie mamy grupę lekkoatletyczną, której działania i starty koordynuje Julian Pełka, a sekcją rzutów „kieruje” Konrad Bońda. Zorganizowani są także kolarze z Krzysztofem Matrasem na czele. Jak zawsze wiele emocji było związanych z grami zespołowymi. Mistrzem Igrzysk w piłce nożnej została drużyna Medyka Zabrze, po pokonaniu w finale Klubu STL, reprezentującego OIL w Łodzi. Mistrzami w rzucaniu do kosza zostali lekarze z Warszawy, po zwycięstwie nad Łodzią. Zacięty był turniej siatkówki. Stawka lekarzy uprawiających tę dyscyplinę jest bardzo wyrównana i trudno przewidzieć medalistów. Mistrzem została drużyna kolegów z Białorusi, z Mińska, tradycyjnie biorąca udział w rywalizacji polskich lekarzy, srebrny medal przypadł Szczecinowi.

W sumie rywalizowano w 16 dyscyplinach, także w takich jak golf i... hokej na lodzie! Nie byłoby Igrzysk Lekarskich i kolejne, organizowane już od 15 lat nie byłyby tak udane i tak chętnie odwiedzane przez lekarzy, gdyby nie dwoje ludzi: Maciej i Iza Jachymiakowie. W imieniu tysięcy lekarzy, którzy byli uczestnikami i kibicami Igrzysk przez te wszystkie lata, składam im serdeczne gratulacje za tak sprawne przeprowadzanie naprawdę trudnych zawodów, przede wszystkim zaś serdeczne podziękowania za trud włożony w organizację i tworzenie sympatycznej, rodzinnej atmosfery. ☺



Więcej na
www.gazetalekarska.pl

Piłka nożna

W dniach **25-26 listopada** odbędą się XXIII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Halo-wej Piłce Nożnej Mielec 2017. W zawodach może wziąć udział maksymalnie 16 zespo-łów. Decyduje data wpłacenia wpiso-wego na konto OIL Rzeszów. Formularz zgłoszenia oraz wpłaty można przysyłać do **31 października**. ☺



Więcej na
www.gazetalekarska.pl



Kolarstwo górskie

Mistrzostwa Polski Lekarzy w Kolarstwie Górskim w Istebnej to klasyk kolarstwa górskiego w wersji xco (cross country olympic). Po zakończeniu wyścigu głównego, na trawiastej pętli wokół stadionu, ścigały się dzieci. Organizatorzy zapraszają za rok na XXI edycję. ☺





) Ogłoszenia







Komunikaty

WYDZIAŁ LEKARSKI AKADEMII MEDYCZNEJ

WE WROCŁAWIU, ROCZNIK 1993

Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 25-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 8-10 czerwca 2018 r. (Vital & SPA Resort Szarotka). Program Zjazdu dostępny na stronie www.dilnet.wroc.pl w zakładce społeczność. Wpłaty prosimy dokonywać na konto 66 1090 2590 0000 0001 3393 3014 do 31 grudnia 2017 r. z dopiskiem „Zjazd 1993”. Do dyspozycji gości pokoje 2-3-osobowe – proszę o e-mailowe zgłaszanie nazwisk Kolegów i Koleżanek, z którymi chcą być Państwo zakwaterowani. Bliższych informacji udziela: Patrycja Malec, tel. 501 217 204, e-mail patka.malec@wp.pl

ZJAZD ABSOLWENTÓW AKADEMII MEDYCZNEJ

WE WROCŁAWIU, ROCZNIK 1968

Zapraszamy na uroczyste obchody z okazji 50-lecia uzyskania absolutorium, które odbędą się 16 czerwca 2018 r. we Wrocławiu. Program Zjazdu dostępny na stronie www.dilnet.wroc.pl w zakładce społeczność. Wpłaty prosimy dokonywać na konto 66 1090

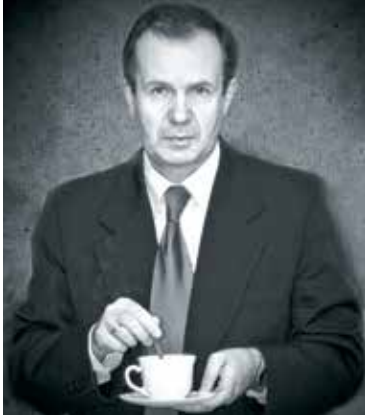
2590 0000 0001 3393 3014 do 31 grudnia 2017 r. z dopiskiem „Zjazd 1968”. Istnieje możliwość rezerwacji noclegu w Haston City Hotel po preferencyjnych cenach pod numerem telefonu (71) 322 55 00 (prosimy o podanie hasła „rocznik 68”). Bliższych informacji udziela: Patrycja Malec, 501 217 204, e-mail: patka.malec@wp.pl

WYDZIAŁ LEKARSKI AKADEMII MEDYCZNEJ

WE WROCŁAWIU, ROCZNIK 1978

Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 40-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 22-24 czerwca 2018 r. w Zieleńcu (Vital & SPA Resort Szarotka). Program Zjazdu dostępny na stronie www.dilnet.wroc.pl w zakładce społeczność. Wpłaty prosimy dokonywać na konto 66 1090 2590 0000 0001 3393 3014 do 31 grudnia 2017 r. z dopiskiem „Zjazd 1978”. Do dyspozycji gości pokoje 2-3-osobowe – proszę o e-mailowe zgłaszanie nazwisk Kolegów i Koleżanek, z którymi chcą być Państwo zakwaterowani. Bliższych informacji udzielają: Patrycja Malec, tel. 501 217 204, e-mail patka.malec@wp.pl, Ryszard Ściborski, tel. 601 713 154, e-mail sciborski@poczta.onet.pl

UWAGA! PROSIMY O NADSYŁANIE KOMUNIKATÓW NIE DŁUŻSZYCH NIŻ 800 ZNAKÓW (ZE SPACJAMI).


Jarosław Wanecki

Przewodniczący kolegium
redakcyjnego „Gazety Lekarskiej”

Słuchanie

Po raz pierwszy od wielu lat nie mogłem uczestniczyć w obradach Naczelnej Rady Lekarskiej. Czasami bywa, że kalendarz układa kilka spraw w jednym dniu i trzeba dokonać wyboru. W tym wypadku trud wybierania skutkował niemożnością spotkania z ministrem zdrowia na kilkanaście dni przed wprowadzeniem sztandaru z siecią w godle. Dlatego po raz pierwszy wysłuchałem dźwiękowego zapisu Konstantego Radziwiłła odpowiadającego na pytania koleżeńskie środowiska.

Kilkugodzinne nagranie towarzyszyło mi w drodze samochodem. Głos, który znam od lat. Radiowy! Pewność wypowiedzianych słów. Stanowczość stwierdzeń. Doskonały język. Intonacja. Tembr. Wyraz „nie” czasami użyty bez uzasadnienia. Gdybym tylko słuchał, a nie pracował i nie spotykał codziennie wielu nierozwiązanych problemów zawodów lekarskich, napisałbym z wykrzyknikiem: **dobra zamiana!**

Podczas wiosennego zjazdu lekarzy poprosiłem o podniesienie ręki delegatów, którzy uważają, że kolejna reforma służby zdrowia uda się w jednym tylko zakresie: skrócenia kolejek. Ani jedna osoba nie zagłosowała na tak! Nikt, nawet najbardziej wierzący w cudowne lekarstwa, nie miał na tyle bogatej wyobraźni. Chociaż, muszę przyznać, że gdyby wówczas odbyło się wysłuchanie projektowanych zmian w osobistym wykonaniu autora, wielu mogłoby warunkowo ręce podnieść. Trzeba jednak zrozumieć, że w dalekiej i niedalekiej przeszłości dawaliśmy już zgody, za które ciężko obrywaliśmy po łapach: od władzy, pacjentów i kolegów.

Przygotowując nagrania do projektów teatralnych, zmartwieniem współpracujących ze mną akustyków jest, praktycznie zawsze, szum tła. Czasem chcemy, aby był podkład muzyczny. Czasem źle zamknięta kabina przemycy sygnał karetki, huk pneumatycznego młota lub warkot autobusu na pobliskim przystanku i wprawne ucho nakazuje wówczas powtórkę. Tło wrześniowego nagrania z głosem ministra zdrowia to cisza. Praktycznie żadnego „ad vocem”, „o” ani „u”. Dech wszystkim po prostu zapało! Dziwić się nawet nie dziwię, bo liczba planowanych miliardów na wzrost płac, nowoczesny sprzęt, dodatkowe zadania, inne spojrzenia i spełnienia, zwala z nóg, zwłaszcza jak nie ma się pojęcia, ile na to wszystko pieniędzy potrzeba i jaki to procent PKB.

Budowanie tła zacząłem od kalkulatora. Przeliczyłem 370 mln zaoszczędzonych na lekach przez seniorów i wyszło

mi 12 zł miesięcznie, które zjadła właśnie inflacja. Potem zobaczyłem, że w prowadzonej przeze mnie podstawowej opiece zdrowotnej znów wydłużyła się kolejka. Zapytałem kolegów w specjalistycie, że pewnie u nich się skróciła albo w szpitalu chociaż czy na SOR-ze? Może w nocnej pomocy? U lekarza dentysty? Do sanatorium może można szybciej pojechać? Kontrolerzy jacyś mądrzejsi przyszli recepty sprawdzać? Procedury bardziej życiowe i papierów mniej? Menadżerowie ludzcy dla chorych i nie patrzą już na zysk? Informatyzacja zrobiła krok naprzód? Od jutra mogę pójść na rehabilitację odcinka szyjnego? Rezonans bezpłatnie i w ciągu dwóch tygodni dostanę bez telefonu do przyjaciela? Pacjenci przestali szturmować prywatne praktyki? Rezydenci nie zapychają dziur i narzekają, że ciągle muszą się uczyć u boku mistrzów? Wszędzie zaprzeczono. Wszyscy źli! Nikt nic nie wie. Najpierw czekali na sieć, teraz czekają na cud.

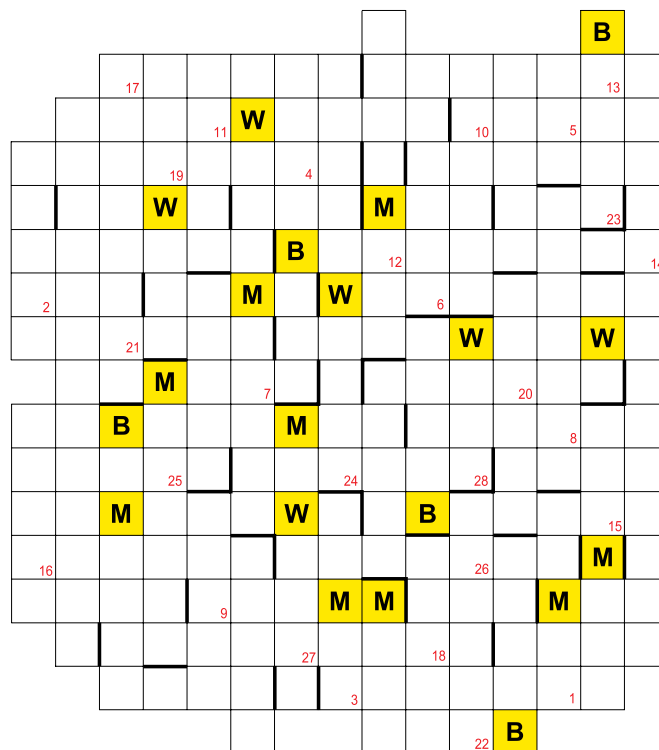
W 1999 r. facet z rowerem mówił, że lekarz rodzinny to samo zdrowie. Wtedy na niego patrzyłem. Teraz go wysłuchałem. Przejściowe błędy systemu poprawiano 18 lat. Wszystkie te lata poświęciliśmy w samorządzie lekarskim na nieustanne zgłaszanie uwag, poprawek, stanowisk, apeli. Cześć z nich obecnie uwzględniono. Wysłuchano! Niewiele osób to zauważa, raczej przechodzi nad tym do porządku dziennego. Świat przecież biegnie naprzód, a w tle słychać szum, który dla uszu władzy może stać się akustycznym urazem. Nowa fala wypalenia zawodowego łączy się z młodą generacją, która zupełnie inaczej pojmuje zasady zawodów lekarskich. Tło uważnie patrzy na rzeczywiste zmiany. Komentuje bez złudzeń i skrupułów. Tło jest elitą!

Zasłuchałem się. Zadzwoiłem telefon. System głośnomówiący automatycznie przerwał wypowiedź gościa Naczelnej Rady Lekarskiej. Młoda koleżanka zapytała, jaki mamy program w roku wyborczym? Naszym programem wciąż jest nadzieja. Jedzie na rowerze i dzwoni w uszach refrenem, że w zielone gramy. Jeszcze! ○



Objaśnienia 73 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: B, M i W.

Na ponumerowanych polach ukryto 28 liter hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest nim myśl Winstona Churchilla. Hasło należy przesłać na karcie pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres jolka@gazetalekarska.pl do 25 października 2017 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).



Rozwiązanie Jolki lekarskiej nr 226 („GL” nr 07-08/2017)

Im mniej nienawiści tym więcej zdrowia.

Nagrody otrzymują:

Tomasz Chomicz (Lublin),
Katarzyna Soroka (Niedaszków),
Maria Rybaczkowska (Żary).

Fundatorem nagród jest

Wydawnictwo Lekarskie PZWL,
www.pzwl.pl. Nagrody prześlemy pocztą.

* skorbut lub krzywica * dał nam przykład, jak zwyciężać * druga rzeka Płw. Iberyjskiego * najliczniejsi z chrześcijan * noblista z literatury (2016) * Cesar, szwajcarski król hotelarzy * synowie Uranosa i Gai * torby pod oczami * Neil, rockandrollowiec, śpiewał „Oh, Carol” * słynne uzdrowisko w Grynionii * zapoczątkował reformację * jurny na podwórku * izraelski kałasniznikow * rdzenny mieszkancie Nowej Gwinei * rezystor * chirurgiczne nacięcie płata mózgu * tworzenie się warstewki tlenku na powierzchni glinu * kraj z Wientian * bracia od okrutnych bajek * pomóćnik, kupałnik * mędrzec ze Wschodu * twórca Jaka * pierwsza kondygnacja * zmartwienie, kuratela * krewny po matce * imię Dymaszówny * siekierka Winnetou * tumak lub kamionka * lotnik balonowy * płynie przez Graz * obiekty krążące wokół Ziemi * zdjęty ze sznura * Wielki Chiński * pseudo Huberta Wagnera * element z 2 warstw metalu * zasada piramidynowa * praojec Izraelitów * Heinrich, twórca maszyny parowej ze stałym ciśnieniem pary * pramatka * siłacz * wyspy albo aligatory * syn Egigwy * płynie przez Bihać * objaw, symbol * przymiotnik dla końcowego odcinka okrężnicy * Sobieskiego z NIL * dolny bieg kenijskiej rzeki Athi * szubka * rzymska nimfa, opiekunka ciężarnych * srebrny odpowiednik dukata * wioska rybacka między Gdynią a Puckiem * pierwszy barwnik syntetyczny * przedrostek związany z wilgocią * Instytut Pielęgnacji Jamy Ustnej * w Asuanie lub Włocławku * reakcja wymiany wodoru na grupę acylową * tracheostomia * twórca * autor „Dżumy” * piłka zawadziła siatkę * z rodziny ropuszkowatych * kontener, zasobnik * od Lizbony po Szanghaj * nakrycie głowy, część stroju liturgicznego * kwitną liłiowo na halach * Saudyjszyk lub Libijczyk * Józef, nauczyciel Chopina * staropolska miara objętości ciał sypkich * przerywanie ciąży * dawna Shaba * błazen, śmieszek * Michaił, szachowy mistrz świata (1960-61) * nauka o paszożnictwie

Jerzy Badowski

Wydawca:



**Naczelna Rada
Lekarska**

Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład: 171 562 tegz.

Kolegium redakcyjne:

Jarosław Wanecki (przewodniczący)
Ryszard Golański
Marek Jodłowski
Jolanta Małmyga
Wojciech Marquardt
Katarzyna Strzałkowska

Redaktor naczelny:

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

Zastępca redaktora naczelnego:

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

Dziennikarze:

Lucyna Krysiak
Tel. 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 (Berlin)
Małgorzata Serwach (Łódź)
Joanna Sokołowska (Płock)

Redaktor portalu internetowego:

Mariusz Tomczak
m.tomczak@gazetalekarska.pl

Adres redakcji:

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

Opracowanie graficzne:

Teresa Urawska

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:

Quad/Graphics Europe Sp. z o.o.

Materiałów niezamówionych redakcja nie zwraca i zastrzega sobie prawo do skrótnów, 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).

