

Gazeta Lekarska

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



DEBATA
CZY
SPÓR?

REPORTAŻ

Ze strychu do skrzydła

Trzy kondygnacje, 1,8 tys. mkw. powierzchni, ponad 1000 hospitalizacji rocznie

PRAWO I MEDYCYNĄ

RODO w placówce medycznej

Od 25 maja będzie stosowane rozporządzenie UE o ochronie danych osobowych

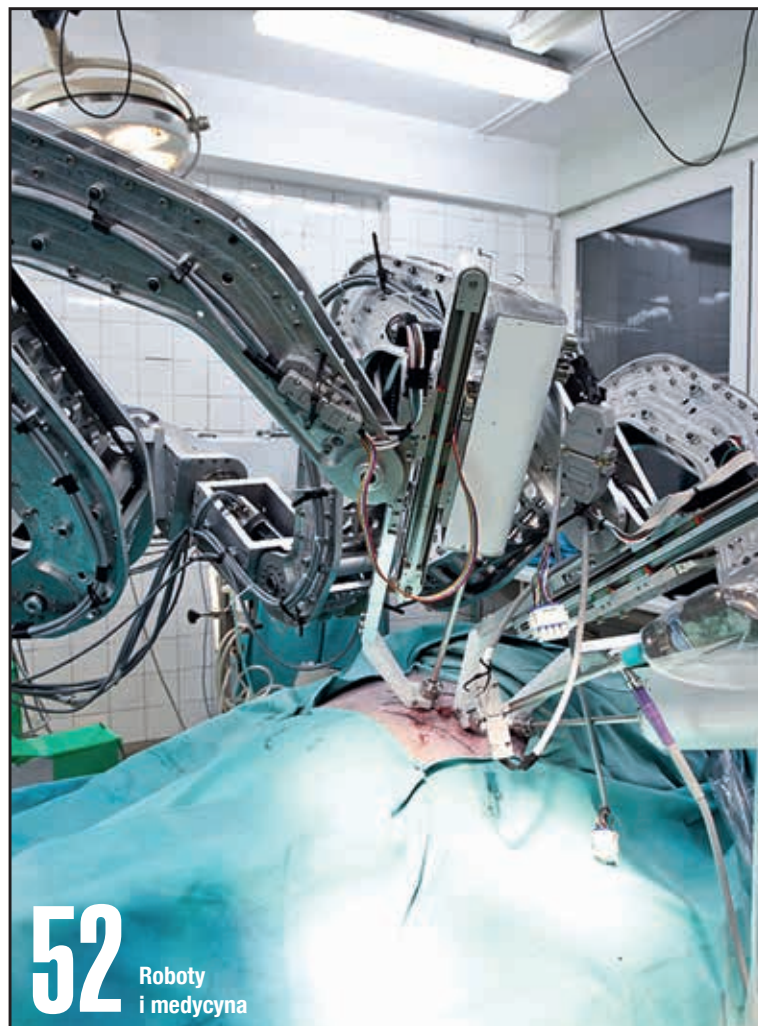
E-DOKTOR

E-recepta

Elektroniczne recepty mają być wystawiane w każdym gabinecie lekarskim już w 2020 r.

Spis treści

- 4 **Na wstępie** R. Golański: Ósma kadencja
- 6 **Pierwszym głosem** M. Hamankiewicz: Przeszłość i przyszłość
- 7 **Skrining**
- 9 **Obserwacje** S. Badurek: Wzmocnić najsłabsze ogniwa systemu
- 10 **Temat miesiąca** Debata czy spór?
- 14 **Rozmowa o zdrowiu** Doszliśmy do ściany
- 17 **Nasi w Europie** R. Krajewski: W Europie!
- 18 **Ze świata** Wyjść poza schemat
- 20 **Samorząd**
- 23 **Zgryz** L. Dudziński: Czy stomatolodzy zmierzają do przejęcia władzy w samorządzie?
- 24 **Stomatologia** Stomatolog to lekarz pierwszego kontaktu
- 26 Srebrne tsunami
- 28 Zdrowie jamy ustnej a ciąża
- 30 **Punkt widzenia** J. Małmyga: Czy potrafimy przebaczać?
- 32 **Lekarskie towarzystwa naukowe** Dziecko to nie mały dorosły
- 34 **Prawo i medycyna** RODO w placówce medycznej
- 36 **Kodeks Etyki Lekarskiej** Chelatacje
- 37 **Reportaż** Ze strychu do skrzydła
- 40 **Stukot białych tępów** Tak uczyłem się pokory
- 42 **Nauka w skrócie**
- 43 **Polskie innowacje** Pierwszy taki zabieg w Europie
- 44 **Praktyka lekarska** Ciąża a rak
- 46 Gdy serce nie bije miarowo
- 48 Są nadzieje. Będą konkrety?
- 50 Uleczyć, a nie zaleczyć
- 52 **Roboty i medycyna**
- 54 Lekarze w badaniach postaw i opinii 2017
- 56 **E-doktor** E-recepta
- 58 **Indeks korzyści** Obcy pasażer
- 60 **Ze sceny** A. Andrus: Czas na życie czy życie na czas?
- 61 **Kultura** Oko w oko z...
- 62 **Błąd malarski** W gorączce
- 64 **Kultura** Nasza czytelnia
- 65 **Sport**
- 66 **Ogłoszenia**
- 72 **Komunikaty**
- 73 **Epikryza (77)** J. Wanecki: „Taka pieśń jest nieśmiertelność!”
- 74 **Jolka lekarska**



52 Roboty i medycyna



28 Zdrowie jamy ustnej a ciąża



42 Gorący napój zabija?



WIĘCEJ NA WWW.GAZETALEKARSKA.PL

KONTROLE ZUS

Czy Zakład Ubezpieczeń Zdrowotnych może kontrolować dwukrotnie w czasie jednego zwolnienia? Jak często sprawdza się lekarzy, a kiedy pacjentów?

E-RECEPTY

Od połowy lutego trwa pilotaż w Siedlcach i Skierniewicach. Pierwsze recepty elektroniczne w tych miastach mają być wystawiane od maja. Co z resztą kraju?

Ósma kadencja



Ryszard Golański

Redaktor naczelny
„Gazety Lekarskiej”

W okręgowych izbach lekarskich odbywają się sprawozdawczo-wyborcze zjazdy, kończące siódmą i rozpoczynające ósmą kadencję samorządu lekarskiego. Ostatnie odbędą się 7 kwietnia. Wybrani zostaną prezesi okręgowych rad lekarskich, okręgowi rzecznicy odpowiedzialności zawodowej, członkowie okręgowego sądu lekarskiego i komisji rewizyjnej oraz delegaci na Krajowy Zjazd Lekarzy, który zaplanowano w Warszawie na 25-26 maja.

W wielu izbach będą nowi prezesi, bo dotychczasowi kończą drugą kadencję. Wyniki odbytych do tej pory zjazdów usadowiły w prezesowskich fotelach wyjątkowo liczną grupę lekarzy dentyistów.

Początek każdej kadencji to ustalanie najważniejszych zadań naszego samorządu. Zadania te są nieco odmienne na poziomie izby okręgowej i naczelnej. Jednym z głównych celów samorządu już teraz, bez czekania na wybór nowych władz, jest pilnowanie wykonania zapisów znajdujących się w porozumieniu z 8 lutego, zawartym przez Ministra Zdrowia i Porozumienie Rezydentów OZZL. Od chwili podpisania porozumienia minął ponad miesiąc i nic nie wiadomo o podjętych w ministerstwie działaniach. Realizacja porozumienia będzie wymagała zmian w kilkunastu aktach prawnych, w tym w ustawie o zawodzie lekarza i lekarza dentyisty. Problem ten był poruszany w dyskusji podczas kilku okręgowych zjazdów lekarzy. W wielu izbach doszło do znacznego odmłodzenia delegatów na zjazd, pochodną jest odmłodzenie rad okręgowych. Można oczekiwać podobnej zmiany podczas wyborów krajowych. Należy mieć nadzieję, że młodzi lekarze aktywnie włączą się w codzienną pracę samorządu. Podczas kilku zjazdów powtórzyła się sytuacja, że liczba chętnych do pracy

jako zastępca okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej i członek sądu lekarskiego była mniejsza niż liczebność tych gremiów, uchwalona przez zjazd. To sytuacja niekorzystna, opóźniająca rozpatrywanie spraw.

25 maja 2018 r. zacznie obowiązywać unijne rozporządzenie o ochronie danych osobowych, tak zwane RODO. Tej regulacji podlegają także placówki medyczne. Pisaliśmy o tym w „GL” 1/2018, a w tym numerze piszemy na str. 34. Ponieważ szybkimi krokami zbliża się czas wejścia w życie tego przepisu, na forum samorządu lekarskiego toczy się dyskusja o stopniu przygotowania koniecznych dokumentów. Jednym z podstawowych pytań jest to o sprecyzowanie określenia: „przetwarzanie danych osobowych na szeroką skalę”. Zapisy unijnego rozporządzenia stanowią, że powstać mają kodeksy branżowe. Ułatwić one mają stosowanie nowych przepisów w danej branży. Według posiadanych przez samorząd informacji, kodeks branżowy nie będzie miał charakteru dokumentu prawnego, co oznacza, że można postąpić w szczegółowych sprawach zgodnie z własną interpretacją RODO i innych obowiązujących przepisów. Z pewnością lekarze będą oczekiwać, że samorząd lekarski pomoże im w przygotowaniu się do wprowadzenia w małych placówkach medycznych – praktykach lekarskich – nowych przepisów. „Gazeta Lekarska” włączyła się w akcję informacyjną już dawno i będziemy ją kontynuować poprzez wydanie papierowe i portal www.gazetalekarska.pl. ☺

MIGAWKA

W imieniu Kolegium Redakcyjnego,
Redakcji oraz autorów i współpracowników „Gazety Lekarskiej”
życzymy zdrowych **Świąt Wielkanocnych.**

Ryszard Golański

Jarosław Wanecki



Postępowanie z odpadami

Od 24 listopada 2017 r. mamy nowe zasady postępowania z odpadami medycznymi. Reguluje je rozporządzenie Ministra Zdrowia z 5 października 2017 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi [Dz.U. 2017 r., poz. 1975]. Określa ono zasady postępowania z odpadami powstającymi przy udzielaniu świadczeń w miejscu wezwania, w miejscu ich powstawania w obiektach udzielania świadczeń oraz zasady transportu wewnętrznego odpadów w takich obiektach.

 **JAROSŁAW KLIMEK** Radca prawny OIL w Łodzi

Odpady medyczne muszą być gromadzone i wstępnie magazynowane z uwzględnieniem ich właściwości oraz sposobu unieszkodliwiania bądź odzysku. Jeśli świadczenie zdrowotne udzielane jest w miejscu wezwania, odpady muszą być zbierane do pojemników lub worków i umieszczane niezwłocznie w urządzeniach chłodniczych lub pomieszczeniach do tego przystosowanych. Nie zmieniają się zasady oznaczania kolorami pojemników i worków na odpady w miejscu ich powstania (czerwone – zakaźne, żółte – niebezpieczne inne niż zakaźne, innych niż żółte i czerwone – odpady niebędące niebezpiecznymi). Odpady o ostrych końcach lub krawędziach muszą być gromadzone w pojemnikach tak samo oznaczonych kolorami, przy czym muszą one pozwalać na jednoznaczne przeznaczenie pojemnika. Worki mogą być napełniane do 2/3 tak, by można było je bezpiecznie zamknąć, a raz zamkniętych nie wolno otwierać.

Worki muszą być umieszczane na stelażach lub w sztywnych pojemnikach (jednorazowych lub wielorazowych). Muszą one zapewniać uniknięcie zakażenia osób mających kontakt z pojemnikiem. Wymiana worków musi następować tak, jak pozwalają na to warunki przechowywania lub właściwości odpadów, ale nie rzadziej niż co 72 godziny, z wyjątkiem tych, w których przechowywane są wysoce zakaźne odpady medyczne, które w miejscu powstania mogą pozostawać maksymalnie 24 godziny.

Worki muszą być szczegółowo oznaczone poprzez podanie: kodu odpadów, nazwy wytwórcy z numerem REGON i numerem księgi rejestrowej w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą, datę i godzinę rozpoczęcia użytkowania oraz zamknięcia. Wprowadzono szczególne zasady zbierania w miejscu powstawania wysoce zakaźnych odpadów medycznych (poprzez odwołanie się do umowy międzynarodowej o przewoź-

drogowym towarów niebezpiecznych (ADR) – materiały zakaźne, z którymi kontakt może spowodować trwałe upośledzenie, zagrożenie życia lub chorobę śmiertelną pojawiającą się u zdrowych ludzi). Takie odpady muszą być zbierane w opakowaniu wewnętrznym (czerwonym worku) po zamknięciu umieszczanego w drugim worku lub sztywnym czerwonym pojemniku, jeśli mają ostre krawędzie lub końcówki. To wewnętrzne opakowanie musi zostać następnie umieszczone w kolejnym czerwonym pojemniku zewnętrznym, szczelnie zamykanym, który można dezynfekować i który musi być oznaczony dodatkowo znakiem ostrzegającym przed zagrożeniem biologicznym i napisem „Materiał zakaźny dla ludzi”.

Odpady mogą być wstępnie magazynowane w sposób selektywny (z zachowaniem podziału zgodnego z kolorami pojemników) w odpowiednim pomieszczeniu lub urządzeniu chłodniczym (stacjonarnym lub przenośnym, jeśli wytwarzane są w niewielkiej ilości). Pomieszczenia do wstępnego magazynowania odpadów muszą też spełnić kolejne wymagania techniczne – posiadać odpowiednią wentylację i zabezpieczenia przed rozprzestrzenianiem się odpadów (w tym gromadzeniem ewentualnych odcieków). Na odpowiednie dostosowanie pomieszczeń do tych wymogów termin ustalono na 18 miesięcy od wejścia rozporządzenia w życie. Przy takich pomieszczeniach lub stacjonarnych chłodniach muszą być zainstalowane urządzenia higieniczno-sanitarne określone w rozporządzeniu. Przy chłodni przenośnej musi być zapewniony dozownik środka do dezynfekcji rąk oraz podajnik na rękawiczki jednorazowe i pojemnik na rękawiczki zużyte. Musi być ona także wyposażona w termometr do pomiaru temperatury wewnętrznej.

Rozporządzenie określa też wymagania dla transportu wewnętrznego odpadów i pomieszczeń przechowywania środków do ich transportu, które muszą posiadać wentylację (z 18-miesięcznym okresem na ich dostosowanie do tych wymagań). 

Przeszłość i przyszłość



Maciej Hamankiewicz

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej

Czas wyborczy, a w takim właśnie jest samorząd lekarski, to zawsze czas, w którym mówi się o przyszłości w kontekście przeszłości.

To czas, kiedy mówimy o młodości, która choć mało doświadczona, dysponuje energią do działania, i o starszych kandydatach na prezesów i rzeczników, być może nie tak energicznych, ale bardzo doświadczonych i potrafiących poprowadzić lud lekarski do boju. Tytuły, jakie pojawiły się w ostatnim czasie w kontekście wyborów: „bo nie może być jak dawniej” czy „starzy prezesi izb lekarskich muszą odejść”, są niepotrzebne, bo po pierwsze – większość prezesów już była dwie kadencje i nie może być kandydatami na kolejną, a po drugie – i tak nie będzie jak dawniej, bo przecież przychodzi nowa rzeczywistość i nowe osoby. Tym osobom, które już wiedzą, że są prezesami okręgowych rad lekarskich i okręgowymi rzecznikami odpowiedzialności zawodowej – gratuluję. Tym, z którymi udało mi się przeprowadzić mijające kadencje – bardzo dziękuję.

Konferencja Prezesów Towarzystw Lekarskich zaapelowała o wzrost publicznych nakładów na ochronę zdrowia; stały rozwój zawodowy i satysfakcjonujące wynagradzanie pracy lekarzy i innych pracowników medycznych; tworzenie dobrych warunków do realizacji szkolenia specjalizacyjnego; wypracowanie zasad podziału miejsc realizacji szkolenia specjalizacyjnego zapewniających bardziej równomierny dostęp do wszystkich specjalności; szybkie usprawnienie działania SMK i przeprowadzenie szkoleń w zakresie jego stosowania; inicjowanie, wspieranie i prowadzenie stałego dialogu ze środowiskiem pacjentów, lekarzy, lekarzy dentystów i innych pracowników medycznych. Z treścią apelu trudno się nie zgodzić. Trzymam kciuki za wysłuchanie ludzi nauki przez organizatorów ochrony zdrowia.

Dziękuję wszystkim lekarzom i lekarzom dentystom, którzy w swojej pracy propagują szczepienia, sami się szczepią i na co dzień przekonują swoich pacjentów o tej najskuteczniejszej metodzie zapobiegania epidemiom i groźnym chorobom, jaką wymyśliła nauka. Między 20 marca a 29 czerwca 2018 r. Ministerstwo Zdrowia będzie realizowało program bezpłatnych i dobrowolnych szczepień przeciwko pneumokokom dla dzieci do 5. roku życia, które nie podlegają obowiązkowi tych szczepień i dotychczas nie zostały zaszczepione. Warunkiem jest zakwalifikowanie dziecka do szczepienia do

20 kwietnia 2018 r. Zachęcam Was, Koleżanki i Koledzy, abyście informowali rodziców i opiekunów swoich małych pacjentów o możliwości skorzystania z programu i poddania się takiemu szczepieniu. Zachęcam Was samych do szczepienia własnych dzieci i wnuków.

Wykonywanie procedur z zakresu medycyny estetycznej przez osoby niemające właściwych umiejętności i uprawnień budzić powinno w nas wszystkich przerażenie. Medycyna estetyczna powinna pozostawać w rękach lekarzy i lekarzy dentystów. Tymczasem zajmują się tym przyuczone osoby innych zawodów, które zupełnie nie zdają sobie sprawy ze szkody, jakie mogą wywołać, przerywając ciągłość skóry. Ministerstwo Zdrowia powinno zająć się wreszcie uregulowaniem prawnym zabiegów w gabinetach medycyny estetycznej tak, by były one świadczeniem zdrowotnym bezpiecznym dla pacjentów.

W marcu uczestniczyłem w uroczystościach upamiętniających krzywdę wyrzucanych 50 lat temu w nieznanie i wsiadających do wagonów osób żydowskiego pochodzenia, w tym lekarzy i lekarzy dentystów. Rok 1968, w którym władze w szaleństwie komunistycznego niszczenia inteligencji wymyśliły sobie wroga w postaci naszych współobywateli Żydów, odciął naszemu narodowi olbrzymią część lekarskiej tradycji i możliwości. Trauma po tej brutalnej operacji na zdrowej części naszego stanu lekarskiego, przeprowadzona bez znieczulenia, pozostaje do dziś. W Katowicach nie ma już nawet dziesięciu, by się modlić. Ja wiosną minionego roku otrzymałem od jednego z ostatnich Żydów z mojego regionu szofar – instrument muzyczny będący rogiem baranim pewnego gatunku żyjącego na wzgórzach Golan. Używano tego instrumentu tylko dwa razy do roku w największe żydowskie święta. Fakt, że mój pacjent, posiadając własnego syna, wybrał akurat mnie, Polaka wyznania rzymskokatolickiego, na obdarowanego czymś, co dla niego było najcenniejsze, stał się dla mnie jednym z najważniejszych momentów życia jako człowieka i lekarza.

Życzę Wszystkim Koleżankom i Kolegom spokojnych Świąt Zmartwychwstania Pańskiego. ☺

E-zdrowie

Zgodnie z ustawą o systemie informacji w ochronie zdrowia dokumentacja medyczna może być prowadzona w postaci papierowej do 31 grudnia 2018 r., skierowania mogą być wystawiane w postaci papierowej do 31 grudnia 2020 r., a papierowe recepty do 31 grudnia 2019 r.

E-recepta wymagać będzie użycia komputera i korzystania z aplikacji, i będzie obowiązywała nie tylko w przypadku wystawiania recept na leki refundowane, ale również na leki pełnopłatne. Oznacza to, że lekarz nie będzie mógł zdecydować o ograniczeniu swej aktywności zawodowej do wystawiania jedynie recept pełnopłatnych i uniknięcia w ten sposób konieczności przejścia na system e-recepty. Do 31 grudnia 2025 r.

będzie możliwe wystawianie recept papierowych - pro familiae i pro auctore – po tej dacie również te recepty będą musiały być wystawiane w postaci elektronicznej.

Tryb wprowadzania e-recept został oprotestowany przez Prezydium NRL, które uznało, że jest on niepotrzebnie szybki i nadzwyczajny. Prezydium wskazało też, że możliwość wystawiania recept pro familiae i pro auctore w postaci papierowej nie powinna być ograniczona czasowo. Uznało ponadto, że niezrozumiałe są regulacje, które dają Narodowemu Funduszowi Zdrowia prawo do kontroli wystawiania recept bez jego ograniczenia do recept zrealizowanych z wykorzystaniem środków publicznych. ○



Katarzyna Strzałkowska

Rzecznik prasowy
Naczelnej Izby
Lekarskiej

ZUS ZLA – interwencja

W związku z wprowadzonymi przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych limitami papierowych druków zaświadczeń o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby prezes NRL Maciej Hamankiewicz zwrócił się do prezesa ZUS-u z prośbą o pilne zniesienie limitów. Wyjaśnił, że ograniczenie w dostępności druków zaświadczeń zostało wprowadzone mimo braku zmiany regulacji ustawowej w zakresie wystawiania i do lipca tego roku wystawianie zaświadczeń w wersji papierowej jest w pełni dopuszczalne. Wskazał również, że wprowadzenie limitów utrudnia wykonywanie zawodu, zmusza bowiem lekarzy, którzy wystawiają w pracy znaczną liczbę tych zaświadczeń, do częstych wizyt w oddziale ZUS i jest szczególnie uciążliwe dla tych lekarzy, którzy wykonują zawód w miejscowości oddalonej od najbliższego oddziału ZUS o kilkadziesiąt kilometrów. Podkreślił też, że nie wszyscy lekarze mają w swoich gabinetach systemy informatyczne gotowe do sprawnego wystawiania e-zwolnień.

„Zupełnie nie do przyjęcia jest także to, że limity wprowadzono zimą, powszechnie wiadomo, że występuje wówczas zwiększona liczba przeziębień i zachorowań na grype. Lekarzowi, który wystawia znaczną liczbę zaświadczeń, limitowane druki ZUS wystarczają zaledwie na kilka dni pracy, ograniczenie liczby wydawanych przez ZUS druków zaświadczeń może się negatywnie odbić na pacjentach, których stan zdrowia wymaga przerwy w pracy.” – zaznaczył. ○

Zjazdy Sprawozdawczo-Wyborcze (cd.)

Trwają wybory w okręgowych izbach lekarskich do organów izb lekarskich VIII kadencji. Na Zjazdach Sprawozdawczo-Wyborczych wybierani są m.in. prezesi okręgowych rad lekarskich i okręgowi rzecznicy odpowiedzialności zawodowej.

2-3 marca odbył się zjazd Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie. Na prezesa okręgowej rady lekarskiej wybrano lekarza dentystę **Robertą Stępnia**, na stanowisko okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej – lekarza dentystę **Annę Kot**.

3 marca odbył się zjazd Okręgowej Izby Lekarskiej w Opolu. Na prezesa ORL wybrano lekarza dentystę **Jolanę Smerkowską-Mokrzycką**, na stanowisko ORZO – lekarza **Wojciecha Derkowskiego**.

10 marca odbył się zjazd Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej. Na prezesa ORL wybrano lekarza dentystę **Annę Lellę**, na stanowisko ORZO – lekarza **Mirosława Kozłowską**.

10 marca odbył się również zjazd Okręgowej Izby Lekarskiej w Rzeszowie. Na prezesa ORL wybrano lekarza **Wojciecha Domkę**, na stanowisko ORZO – lekarza **Włodzimierza Wnęka**.

10-11 marca odbył się zjazd Wielkopolskiej Izby Lekarskiej. Na prezesa ORL wybrano lekarza **Artura de Rosier**, na stanowisko ORZO – lekarza **Pawła Kopyrę**.

15-17 marca odbył się zjazd Wojewódzkiej Izby Lekarskiej. Na prezesa Wojewódzkiej Rady Lekarskiej wybrano lekarza **Artura Płachtę**, na stanowisko ORZO – lekarza **Jana Błaszczyka**.

17 marca odbyły się zjazdy Beskidzkiej Izby Lekarskiej, Okręgowej Izby Lekarskiej w Gdańsku, Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi i Okręgowej Izby Lekarskiej w Toruniu. W Bielsku-Białej na prezesa ORL wybrano lekarza **Klaudiusza Komora**, na ORZO – lekarza **Dorotę Orlicką**. W Gdańsku na prezesa ORL wybrano lekarza dentystę **Dariusza Kutellę**, na ORZO – lekarza **Macieja Dziurkowskiego**. W Łodzi na prezesa ORL wybrano lekarza **Pawła Czekalskiego**, na ORZO – lekarza **Januariusza Kaczmarka**. W Toruniu na prezesa ORL wybrano lekarza dentystę **Wojciecha Kaatza**, na ORZO – lekarza **Dorotę Kasztelowicz**.

Kolejne Zjazdy Sprawozdawczo-Wyborcze w okręgowych izbach lekarskich odbędą się w marcu i kwietniu (daty w poprzednich numerach „GL”). ○



Więcej na
www.nil.org.pl
i na str. 56





» Pożegnanie

Delegacja Naczelnej Izby Lekarskiej odprowadziła na wieczny dyżur doktora Andrzeja Podoleckiego – zastępcę Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, działacza samorządu lekarskiego od 1989 r., laureata najwyższego samorządowego odznaczenia *Meritus Pro Medicis*. ○

Z głębokim żalem żegnamy
Naszego Kolegę i Przyjaciela
Śp.

Dr. n. med. Andrzej Podoleckiego

wspaniałego Lekarza, dobrego i życzliwego Człowieka,
wyróżnionego najwyższym odznaczeniem samorządu
lekarskiego *Meritus Pro Medicis*,
wieloletniego Zastępcę Naczelnego Rzecznika
Odpowiedzialności Zawodowej Naczelnej Izby Lekarskiej.

Rodzinie i Bliskim Zmarłego wyrazy głębokiego współczucia
składają

**Prezes NRL Maciej Hamankiewicz
wraz z Naczelną Radą Lekarską**

**Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej
Grzegorz Wrona
wraz z zespołem Zastępców i pracownikami Biura**

**Przewodniczący Naczelnego Sądu Lekarskiego
Wojciech Łącki
wraz z Zespołem Sędziów i pracownikami Kancelarii NSL**



» Lekarz POZ — definicja

W związku z wątpliwościami dotyczącymi definicji lekarza POZ w świetle przepisów ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej, Zespół Radców Prawnych NIL przygotował informację, według której: lekarzem POZ jest w rozumieniu ustawy bezwarunkowo lekarz, który:

- 1) posiada tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej albo
- 2) odbywa szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny rodzinnej, albo
- 3) posiada specjalizację II stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej, albo
- 4) korzysta z tzw. praw nabytych tj. przed 29 września 2007 r.:
 - a) posiadał specjalizację I stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej lub
 - b) specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych lub
 - c) specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii,
 - d) lekarz inny niż wskazany w lit. a-c powyżej, który udzielał nieprzerwanie przed 29 września 2007 r., przez okres nie krótszy niż 10 lat, świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

Lekarzem POZ jest w rozumieniu ustawy warunkowo lekarz, który:

- 1) posiada specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii, pod warunkiem ukończenia kursu w dziedzinie medycyny rodzinnej albo
- 2) posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej, który będzie udzielał świadczeń opieki zdrowotnej przed 31 grudnia 2024 r. – pod warunkiem ukończenia kursu z medycyny rodzinnej albo
- 3) posiada specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych, który będzie udzielał świadczeń opieki zdrowotnej przed 31 grudnia 2024 r. – pod warunkiem ukończenia kursu z medycyny rodzinnej. ○


Sławomir Badurek

Diabetolog, publicysta medyczny

Wzmocnić najsłabsze ogniwa systemu

Kardiolodzy zabiegają, by minister Łukasz Szumowski przywrócił finansowanie procedur kardiologicznych do poziomu sprzed obniżek wprowadzonych za czasów Konstantego Radziwiłła. Głos środowisk kardiologicznych jest bardzo silny, a zarazem nośny społecznie i medialnie.

Ozawale i o tym, że jest on groźny dla życia, słyszał każdy. Powszechna jest też świadomość, że choroby układu krążenia są w Polsce główną przyczyną zgonów. Zakulisowo trwa mocny lobbing firm produkujących sprzęt i leki. A do tego nowy szef resortu, choćby nie wiem, jak się zaklinał, z pewnością ma świadomość, że kardiologiem się jest, a ministrem bywa.

Wszystko to wróży kardiologom sukces. Jestem za. Byłem w ostatnich kilkunastu latach świadkiem wręcz nieprawdopodobnego rozwoju polskiej kardiologii, który zaprowadził tę dziedzinę z pozycji outsidera do jednego z europejskich liderów w inwazyjnym leczeniu choroby wieńcowej. Dla pracującego w szpitalu klinicysty jest fenomenem, wyjętym wprost z innego, lepszego świata, że oddziały kardiologiczne jak żadne inne są otwarte na przyjmowanie chorych i bardzo rzadko zawieszają przyjęcia z powodu „braku łóżek” albo „sytuacji epidemiologicznej”. Tak powinno być wszędzie i naprawdę szkoda byłoby ten dorobek zaprzepaścić. Tym bardziej, że mimo robiących wrażenie sukcesów, jest w kardiologii jeszcze wiele do zrobienia, m.in. w opiece ambulatoryjnej nad dorosłymi i dziećmi, rehabilitacji, dostępności do nowoczesnego leczenia wad zastawkowych.

Źle by się jednak stało, gdyby profesor Szumowski dał się namówić na przeciąganie kołdry, godzące w najsłabsze ogniwa systemu. Czytam na medycznych portalach o katastrofalnej sytuacji w szpitalu dla nerwowo i psychicznie chorych w Rybniku. Jeden lekarz dyżurny ma pod opieką pół tysiąca pacjentów! Lekarze pracujący na oddziałach prowadzą nawet po dwudziestu chorych. Czy może dziwić prowadzone przez Prokuraturę Okręgową w Gliwicach śledztwo w sprawie zgonów trzech pacjentów z powodu nierozpoznanych na czas schorzeń somatycznych? Jak twierdzą lekarze, dyrektorka szpitala była od dawna informowana o pogarszającej się, dramatycznej sytuacji kadrowej w szpitalu. W opublikowanym 3 marca przez PAP komunikacie, dyrektor Andrzej Krawczyk wyjaśnia, że w szpitalu, którego średnie obłożenie wynosi

809 chorych, pełni codziennie dyżur trzech lekarzy, w tym przynajmniej jeden specjalista psychiatra, a „chwilowe braki w zatrudnieniu lekarzy wynikają z absencji chorobowych, macierzyńskich, rodzicielskich lub wychowawczych, na które szpital nie ma żadnego wpływu”.

Mowa jest jeszcze o pieniądzach. Ponad dwa tysiące za całodobowy dyżur to z pewnością dużo dla zarabiających najniższą krajową. Ale czy dużo, biorąc pod uwagę opiekę nad pół tysiącem czy też – jak twierdzi dyrektor – niespełna trzystoma chorymi? A jeśli dużo, to dlaczego nie ma chętnych do tej pracy? Pytania retoryczne. Szkoda, że o psychiatrii mówi się bardzo rzadko. Ostatnią okazją był obchodzony 23 lutego Ogólnopolski Dzień Walki z Depresją. W Polskę poszła informacja, że co roku w naszym kraju skutecznie odbiera sobie życie ponad pięć tysięcy osób, czyli zdecydowanie więcej niż ginie w wypadkach komunikacyjnych. Czy chorzy psychicznie w mniejszym stopniu zasługują na dobrą opiekę medyczną niż zawałowcy? Pytam, bo nie wystarczają mi puste deklaracje.

Dramatyczna sytuacja panuje w wielu oddziałach internistycznych szpitali powiatowych. Okrojone do minimum zespoły lekarskie z trudem radzą sobie z obsadą dyżurów. Niedoszacowane procedury są powodem likwidowania łóżek na tych kluczowych dla szpitali oddziałach, co uderza przede wszystkim w starszych, obciążonych wieloma schorzeniami chorych.

Poprzednicy ministra Szumowskiego zupełnie zapomnieli o przewlekłe chorych, wymagających pozaszpitalnej opieki długoterminowej. Dziesięć lat temu minister Religa chciał wprowadzić podatek na cele pielęgnacyjne i opiekuńcze. W ciągu tej zmarnowanej dekady średnia wieku pacjentów na oddziałach szpitalnych dla dorosłych zwiększyła się o kilka lat. Coraz częściej nie ma ich gdzie wypisać. Tu słychać już naprawdę ostatni dzwonek, by wprowadzić systemowe zmiany. Skromne ramy felietonu nie pozwalają wymienić wszystkich słabych ogniw systemu, ale zapomniany podatek Religi dotyka tego zdecydowanie najsłabszego: braku współdziałania ponad partyjnymi podziałami, przez co dobre pomysły trafiają na wiele lat do kosza lub w niebyt. ○

Debata czy spór?



Mariusz
Tomczak

Dziennikarz
„Gazety Lekarskiej”

60 sesji panelowych, ponad 300 prelegentów na czele z ministrem i wiceministrami zdrowia, ponad 3 tys. gości – tak można podsumować III Kongres Wyzwań Zdrowotnych, który od 8 do 10 marca odbywał się w Katowicach.

Kiedy świeżo powołany na urząd ministra zdrowia Łukasz Szumowski ogłosił zamiar rozpoczęcia poważnej dyskusji nad kształtem systemu opieki zdrowotnej w Polsce, nikt nie wiedział, co kryje się pod tą deklaracją. Tamte słowa padły w trakcie spotkania z Naczelną Radą Lekarską w styczniu, czwartego dnia urzędowania w gmachu przy ulicy Miodowej.

Dokładnie dwa miesiące później autor tej koncepcji uchylił rąbka tajemnicy w czasie III Kongresu Wyzwań Zdrowotnych. – Debata ze wszystkimi środowiskami jest zadaniem bardzo trudnym, ale nie karkołomnym – przyznał minister zdrowia, podkreślając, że powinny w niej uczestniczyć m.in. związki zawodowe, pracodawcy i organizacje pacjenckie. – W marcu ogłosimy skład komitetu organizacyjnego. Przedstawi on propozycje utworzenia rady programowej, a następnie w maju-czerwcu rozpoczniemy pierwszą z debat, które będą odbywać się z częstotliwością od jednego do dwóch miesięcy – powiedział Łukasz Szumowski. W konwencji ogólnonarodowej debatę nad kształtem

systemu ochrony zdrowia doskonale wpisała się sesja plenarna inaugurująca Kongres Wyzwań Zdrowotnych, zatytułowana „Okrągły stół wyzwań zdrowotnych”. Wbrew nazwie, osoby biorące udział w dyskusji siedziały w jednym rzędzie i być może dlatego ich opinie nie zawsze były podobne, co dobitnie pokazuje, że debata, której oczekuje minister zdrowia, łatwa nie będzie, bo na razie jest wiele kwestii spornych.

SIEĆ SZPITALI

O co tak się spierano w Katowicach? Na tapetę wzięto m.in. ocenę funkcjonowania sieci szpitali. Prawdą jest, że poważne wnioski będzie można wyciągać nawet nie tyle po sporządzeniu analiz po zakończeniu I kwartału br. (nie był reprezentatywny m.in. z powodu wypowiedzania klauzuli opt-out), co po pierwszym pełnym półrocznym okresie ryczałtowym. Najwięcej świadczeń w ramach sieci wykonano w Małopolskim i Wielkopolskim. – W tych województwach znacząco przekroczono planowany ryczałt i wielu świadczeniodawców otrzyma zwiększony ryczałt na następny okres – powiedział p.o. prezesa

Narodowego Funduszu Zdrowia Andrzeja Jacyna. W jego ocenie część dyrektorów szpitali nie do końca zrozumiała przepisy ustawy o sieci szpitali.

Wprawdzie – według wstępnych kalkulacji NFZ – ok. 40 proc. placówek zrealizowało ryczałt między 98 a 102 proc., to nie zabrakło i takich (34 jednostki), które zrealizowały go poniżej 90 proc. Te ostatnie mają powody do niepokoju, bo otrzymają niższe finansowanie za ostatnie miesiące. I w tym miejscu nasuwają się pytania: czy lepszym menedżerem jest dyrektor, który wykonał więcej świadczeń i przekroczył ryczałt, a jego placówka – zgodnie z zapowiedziami – ma dostać więcej środków w kolejnym okresie, czy też ten, który być może z ostrożności nie wykonał ryczałtu i w konsekwencji otrzyma mniejszą pulę pieniędzy? Zwrócił na to uwagę zastępca przewodniczącego sejmowej Komisji Zdrowia Andrzej Sośnierz, dodając, że zasady podziału środków w ramach ryczałtów są nieczytelne, co najlepsze odzwierciedlenie znajduje we wzorze na jego obliczanie dla świadczeniodawcy posiadającego umowę w ramach sieci.

SOR-Y, NOCNA OPIEKA

O przyszłości lecznic rozmawiano także w czasie innych sesji. – Na pewno będziemy chcieli zmienić pewne elementy sieci szpitali, nawet na poziomie zarządzeń prezesa – powiedział podsekretarz stanu w Ministerstwie

GL
PATRONAT

**NAJWIĘCEJ ŚWIADCZEŃ W RAMACH SIECI
WYKONANO W WOJEWÓDZTWACH:
MAŁOPOLSKIM I WIELKOPOLSKIM.**



Zdrowia Marek Tombarkiewicz, powołując się na zapowiedzi ministra Szumowskiego i dyskusję wewnątrz resortu. Przyznał, że część nadziei pokładanych w przepisach (np. rozładowanie kolejek w szpitalnych oddziałach ratunkowych) nie sprawdziła się, niemniej wstępne analizy wskazują, że liczba pacjentów w SOR-ach spadła o 10 proc. To są wyliczenia w makroskali, jednak w pewnych placówkach zaobserwowano sytuację zupełnie odwrotną. Zdaniem dyrektora ds. medycznych Centrum Zdrowia w Mikołowie Jacka Czapli od 1 stycznia br. obciążenie pracą w izbie przyjęć wzrosło, a pacjentów jest więcej o 10-15 proc.

W ocenie prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej Macieja Hamankiewicza przepisy o sieci nie tylko nie rozwiązały problemów w zakresie nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej, ale spowodowały nowe trudności w funkcjonowaniu reszty oddziałów szpitalnych. – W nocnej i świątecznej opiece zatrudnia się osoby z zewnątrz, niezazwyczaj z podstawowej opieki zdrowotnej. Stawki rosną, co przekłada się na problemy dyrektorów – powiedział prezes NRL. Dyrektor Górnośląskiego Centrum Medycznego w Katowicach Klaudia Rogowska przyznała, że wprowadzone przez ministra Konstantego Radziwiła przepisy ułatwiły zarządzanie środkami i dały możliwość alokowania kontraktu pomiędzy zakresami, a dyrektor Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu Piotr Pobrotyn podkreślał, że od kilku miesięcy placówka zyskała większą elastyczność w gospodarowaniu

▲ **Prezes NRL Maciej Hamankiewicz podczas debaty m.in. z wiceministrem zdrowia Piotrem Gryzą (trzeci od prawej) i p.o. prezesa NFZ Andrzejem Jacyną (piąty od lewej).**

10%

– o tyle, wedle wstępnych analiz, miała spaść liczba pacjentów w SOR-ach.

posiadanymi zasobami. Oboje dobrze ocenili wprowadzenie sieci szpitali, w przeciwieństwie do np. dyrektora naczelnego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Częstochowie Dariusza Kaczmarska.

KTO ZATRUDNIA REZYDENTÓW?

Punkt widzenia przedstawiceli różnych placówek unaocznia, że błędne jest przeświadczenie o możliwości stworzenia optymalnego sposobu finansowania dla każdego rodzaju szpitala. W ocenie byłego prezesa NFZ Marcina Pakulskiego, specyfika placówki klinicznej jest zupełnie inna od powiatowej, a wyzwania i problemy, z jakimi borykają się instytuty medyczne czy szpitale wojewódzkie, nie są takie same jak w placówce monoprofilowej. – Warto się zastanowić nad wprowadzeniem indywidualnego systemu finansowania dla poszczególnych typów szpitali – podkreślił, dodając, że porównanie kosztów zatrudnienia lekarzy w placówkach dużych i małych uwypukla te różnice. Do tego zjawiska odniósł się prezes NRL, wskazując, że dyrektorzy największych szpitali często starają się o pozyskanie jak największej liczby lekarzy w trakcie kształcenia specjalizacyjnego, bo koszty zatrudnienia rezydentów spoczywają w gestii ministerstwa i NFZ. – Trzeba podkreślić, że praca oddziału w oparciu o takie kadry staje się bardzo niepewna. Nie dość, że lekarz przebywa w oddziale niepełną część dnia, to po zakończeniu specjalizacji zwykle

szuka innego miejsca pracy – powiedział Maciej Hamankiewicz.

W jego ocenie ustawa o sieci szpitali nie zapewnia placówkom stabilizacji kadrowej i należy to zmienić. – Nie ma szpitala bez lekarzy i bez pielęgniarek – podkreślił prezes NRL. Zwrócił również uwagę na coraz silniejsze dysproporcje w wynagrodzeniach pozostające w rosnącym oderwaniu od doświadczenia i kompetencji. – Jako pracownik oddziału za jedną godzinę pracy na dyżurze otrzymuję znacznie mniej niż moja podopieczna, która właśnie skończyła staż podyplomowy. Ja pracuję 41. rok, ona pierwszy – powiedział Maciej Hamankiewicz. Zdaniem Andrzeja Sośnierza, koalicja rządząca musi na nowo przemyśleć wizję systemu opieki zdrowotnej. – Ustawa o sieci szpitali niczego nie rozwiązała. Potwierdziły się przypuszczenia, że szpitale mniej chętnie będą przyjmowały „drogich” pacjentów. Mamy sygnały, na szczęście nie powszechne, że pacjentów się odsyła – powiedział poseł, jednak prezes NFZ, powołując się na dane płatnika, protestował przeciwko takim opiniom. Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Piotr Gryza studiował krytykę i reformatorskie zapędy dyskusantów, wskazując, że sieci szpitali najbardziej potrzebna jest trwałość rozwiązań. Traf chciał, że kilka dni później stanowisko stracił zarówno on, jak również wiceminister Tombarkiewicz wraz z kilkunastoma innymi sekretarzami i podsekretarzami stanu (powód: chęć „odchudzenia” rządu przez premiera Mateusza Morawieckiego).

NOWY KOSZYK ŚWIADCZEŃ

W czasie kongresu sporo uwagi poświęcono wielu innym zagadnieniom. Zdaniem ministra zdrowia koszyk świadczeń gwarantowanych jest – jak sam ujął – „bardzo szeroki”. – Koszyk zrobił się koszem, a właściwie gigantycznym składowiskiem różnych rzeczy. Proces jego porządkowania już się zaczął – powiedział, dodając, że zmiany zostaną dokonane w oparciu o analizę m.in. zasadności i skuteczności procedur. – Musimy wykonać gigantyczną pracę w postaci taryfikacji poszczególnych świadczeń. Wiem z różnych źródeł, a także z audytów, że niektóre z dziedzin są wycenione zbyt nisko i nigdy nie mogą być rentowne, stąd niektóre szpitale popadają w kłopoty finansowe – mówił Łukasz Szumowski. Pierwszymi efektami analizy koszyka świadczeń i analizy taryfikacji ma być zmiana wycen świadczeń w psychiatrii, ze szczególnym uwzględnieniem psychiatrii dziecięcej. – Ten obszar był do tej pory zapomniany – dodał. Wnioski w zakresie zasadności wyceny wszystkich świadczeń ministerstwo ogłosi prawdopodobnie w I kwartale 2019 r. – Jestem przekonany, że to uporządkuje w znacznym stopniu system finansowania ochrony zdrowia – podkreślił szef resortu zdrowia.

OBCOKRAJOWCY NIEPOTRZEBNI

W związku z obecnością szefa resortu zdrowia, nie zabrakło pytań o kompromis zawarty z Porozumieniem Rzydentów Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy. – Jestem bardzo zbudowany postawą młodszych kolegów, bo jeżeli w trakcie negocjacji godzą się na pewne obniżki wynagrodzeń dla młodszych kolegów, którzy najmniej wiedzą i najwięcej się uczą, i w trudnej sytuacji kadrowej w Polsce zobowiązują się do pracy w kraju do pięciu lat, to świadczy tylko o ich odpowiedzialności. Nikt nie ma obowiązku przyjęcia tego, co ja proponuję. Może nie przyjmować kwot podwyżek, jakie zawarto w porozumieniu i nie podpisywać zobowiązań, że będzie dłużej pracował w Polsce – podsumował Łukasz Szumowski. Do sytuacji kadrowej nawiązywano w różnych częściach kongresu.



ZDANIEM MINISTRA ZDROWIA KOSZYK ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH STAŁ SIĘ „KOSZEM”, A WŁAŚCIWIE „GIGANTYCZNYM SKŁADOWISKIEM RÓŻNYCH RZECZY”.

Minister zdrowia Łukasz Szumowski.

– Po co nam lekarze obcokrajowcy? W Polsce są lekarze – w taki sposób przewodniczący OZZL Krzysztof Bukiel odpowiedział na pytanie, czy w większym stopniu należy otworzyć się na lekarzy z zagranicy. W jego opinii w Polsce nie tyle mamy do czynienia z niedoborem lekarzy i pielęgniarek czy kolejkami do świadczeń zdrowotnych, co z brakiem logiki w organizacji systemu opieki zdrowotnej. – Należy się zastanowić, co zrobić, żeby liczba lekarzy okazała się adekwatna do potrzeb. W naszym kraju wykonuje się zbyt dużo niepotrzebnych świadczeń – stwierdził. Według przewodniczącego OZZL ważne jest motywowanie finansowe pacjentów tak, aby niepotrzebnie nie korzystali ze świadczeń. – Każdy liczy pieniądze. Polskiej służbie zdrowia trzeba jeszcze bardziej racjonalnej ekonomizacji, również po stronie ubezpieczanych, a nie deekonomizacji – podkreślił Krzysztof Bukiel.

INNOWACJE POMAGAJĄ

Tak, jak wcześniej wspomniałem, w Kongresie Wyzwań Zdrowotnych uczestniczyło 300 prelegentów. Nic dziwnego, że w stosunkowo krótkiej relacji trudno dokładnie zrelacjonować większość dyskusji. Najogólniej ujmując, poruszona tematyka wpisała się w kilka głównych obszarów: polityka zdrowotna, finanse

i zarządzanie, terapie, nowe technologie, edukacja. Rozmawiano m.in. o programach lekowych, szczepieniach, opiece koordynowanej i dyrektywie transgranicznej. Dyskutowano też o personalizacji leczenia, leczeniu żywieniowym, zagrożeniach behawioralnych, telemedycynie. Tematy debat objęły kluczowe zagadnienia z kilkunastu dziedzin medycyny (chirurgii, diabetologii, fizjoterapii i medycyny sportowej, ginekologii i położnictwa, onkologii czy ortopedii).

Na szczególną uwagę zasługiwał panel z udziałem pacjentów i „ich” lekarzy, w czasie którego zwracano uwagę na znaczenie innowacyjnych wyrobów medycznych. To dzięki nim osoby w różnym wieku wróciły, jak sami podkreślali, do normalnego życia. Przykładowo: po wszczepieniu stymulatora mózgu jedna z pacjentek z osoby całkowicie uzależnionej od innych znowu stała się niezależną, a zastosowanie innowacyjnej protezy u dr. Andrzeja Nabzdyka, który po wypadku stracił nogę, sprawiło, że po 180 dniach wrócił do zawodu – ratowania życia ludzi. I nadal pracuje. Finałem kongresu był Śląski Dzień Zdrowia, podczas którego przez 7 godzin udzielano bezpłatnych badań i konsultacji oraz zachęcano mieszkańców regionu do profilaktyki.

GKS w dermatologii

Glikokortykosteroidy (GKS) stosowane miejscowo należą do najskuteczniejszych preparatów w leczeniu wielu zapalnych chorób skóry. Można powiedzieć, że obecnie glikokortykosteroidy to leki najczęściej stosowane w dermatologii, a jednocześnie najlepiej poznane pod względem działań niepożądanych oraz osiągniętych korzyści terapeutycznych.

Ze względu na dostępność na rynku farmaceutycznym wielu związków o zróżnicowanych stężeniach i sile działania miejscowego wybór właściwego preparatu jest trudny i wymaga prawidłowej diagnozy i często dużego doświadczenia lekarza. Leki te są podstawą leczenia wszystkich zapalnych chorób skóry, m.in. atopowego zapalenia skóry, wyprysku, łuszczycy. Mechanizm działania GKS jest coraz lepiej poznany. Wykorzystujemy działanie przeciwzapalne, antyproliferacyjne oraz immunosupresyjne preparatów mGKS. Działanie terapeutyczne mGKS zależy od: ich budowy chemicznej; rodzaju podłoża; obecności w preparacie dodatkowych substancji; sposobu aplikacji; powierzchni i okolicy ciała, na którą się je stosuje; charakteru zmian skórnych. Rodzaj zastosowanego podłoża warunkuje zdolność do pokonania bariery, jaką stanowi skóra lub błony śluzowe. Maści i podłoża bogate w składniki lipidowe zwiększają uwodnienie warstwy rogowej, a tym samym i penetrację, są stosowane na ogniska suche i łuszczące. Kremy i emulsje słabiej przechodzą przez skórę i są zalecane w przypadkach dużego rumienia z tendencją do sączenia. Lotiony i roztwory działają bardziej powierzchownie i wykorzystuje się je na zmiany sączące oraz na okolice owłosione. Należy jednocześnie podkreślić, że obecnie podłoża – vehiculum, w preparatach mGKS mają na celu odbudowę bariery lipidowej i wpływają korzystnie na absorpcję substancji czynnej zawartej w produkcie. Wiele z nich ma również dużo mniejszy potencjał drażniący i alergizujący.

Miejscowe preparaty glikokortykosteroidowe zawierające maślan hydrokortyzonu (Locoid®) występują w postaci kremu, lipokremu, emulsji Crelo oraz roztworu. Zgodnie z charakterystyką

produktu leczniczego, maślan hydrokortyzonu jest zarejestrowany do leczenia stanów zapalnych skóry odpowiadających na leczenie kortykosteroidami w przypadku, gdy leczenie miejscowe słabiej działającymi kortykosteroidami nie przynosi oczekiwanych wyników, a także jako kontynuacja leczenia lub leczenie podtrzymujące w przypadku, gdy wcześniejsze stosowanie silniej działających miejscowych kortykosteroidów dawało dobre wyniki. Locoid® może być stosowany bez ograniczeń wiekowych. Możliwość bezpiecznego stosowania tego preparatu w terapii przewlekłej chorób skóry ma szczególne znaczenie dla lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, który często kontynuuje terapię rozpoczętą przez dermatologa.

Maślan hydrokortyzonu znajduje szerokie zastosowanie w gabinecie dermatologa praktyka. Jest bezpiecznym i skutecznym preparatem do leczenia dzieci i dorosłych z atopowym zapaleniem skóry, jak również w terapii wyprysku, łuszczycy czy łojotokowego zapalenia skóry. Na zmiany suche najkorzystniejszą postacią farmaceutyczną jest lipokrem zawierający znacząco więcej składników lipidowych niż klasyczny krem, natomiast na zmiany sączące zalecany jest preparat w postaci emulsji (Crelo). Występowanie zmian chorobowych w obrębie skóry owłosionej głowy jest wskazaniem do aplikacji maślanu hydrokortyzonu w postaci Crelo bądź roztworu. Dostępność Locoid® w tak wielu podłożach jest niezwykle cenna w gabinecie lekarza praktyka, ponieważ pozwala na stosowanie skutecznego klinicznie mGKS o średniej sile działania, który jednocześnie charakteryzuje się mniejszym ryzykiem działań niepożądanych.

Dr hab., prof. nadzw. **ALEKSANDRA LESIAK**
Klinika Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej
UM w Łodzi

Doszliśmy do ściany

GL
ROZMOWA

Z prof. **Januszem Heitzmanem**, dyrektorem Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie oraz kierownikiem Kliniki Psychiatrii Sądowej w tym instytucji, rozmawiają **Ryszard Golański** i **Marta Jakubiak**.

GL Liczba młodzieży podejmującej próby samobójcze wzrasta. Zwiększa się także liczba dzieci i młodzieży wymagających pomocy psychiatrycznej. Dlaczego tak się dzieje?

Przyczyny są długotrwałe i narastające. Eskalacja psychologicznych zagrożeń nie idzie w parze z rozwojem profilaktyki zaburzeń i szybkiej, profesjonalnej interwencji. Psychiatria dzieci i młodzieży jest coraz bardziej obciążona. Jest nieprzygotowana do zwiększonych zadań: brakuje infrastruktury i ludzi, którzy mogliby się tym narastającym problemem zajmować. Podstawowa przyczyna to pozostawienie młodego człowieka w sytuacji dla niego bez wyjścia, czyli samotność i aż takie obciążenie psychiczne, którego samodzielnie nie potrafi pokonać.

GL Co się takiego stało?

Młodzi ludzie zderzają się ze ścianą. Nie mają tzw. bezpieczników ani w sobie, ani na zewnątrz. Brakuje im odporności psychicznej, nie potrafią rozwiązywać trudnych sytuacji. Dochodzi do powstawania zaburzeń psychicznych o charakterze depresyjnym, samouszkodzeń, uzależnień, agresji. To chyba także przyczyna upadku autorytetów albo w ogóle ich braku. Zapominamy, że przez całe stulecie „żywe” autorytety dawały młodym wsparcie, punkt odniesienia, wskazywały, jak sobie radzić. Komunikacja obowiązująca wśród młodych ludzi jeszcze bardziej pogłębia ich frustracje. To zjawisko ogólnoswiatowe, nie tylko polskie.

GL Czym jest ta ściana?

Poczuciem bezradności, niemożności rozwiązania konstruktywnie jakiegoś zadania czy problemu. Po dojściu do ściany człowiek podejmuje zachowania destrukcyjne, choćby takie jak samouszkodzenia, zaburzenia jedzenia, uzależnienie od komórek i łączności z innymi. Młodzi ludzie stają się ofiarami komunikatorów. Sięgają też częściej po wspomagacze dobrego samopoczucia: tzw. miękkie narkotyki i dopalacze.

GL Jak dorośli mogą im pomóc?

Wszystko zależy od tego, jak funkcjonuje szkoła i rodzina, a także zabezpieczenie systemowe. Obecnie pedagodzy i psychologowie szkolni służą dyrekcji do dziwnych

interwencji, nawet łatania dziur kadrowych, aktywność ich jest zadaniowa, doraźna, często spóźniona, niesystemowa. Nie rozwiązują problemów w rodzinie, poradnie psychologiczno-pedagogiczne głównie zajmują się wydawaniem orzeczeń, a nie terapią, psychiatria dziecięco-młodzieżowa praktycznie nie istnieje, bo psychiatrów tej specjalności jest zaledwie 400, z czego czynnie uprawiających zawód ok. 350. Są takie miejsca w Polsce, gdzie ich w ogóle nie ma.

Dodatkowo mamy kryzys rodziny, gdyż rodziców praktycznie nie ma w domu. To również emigracja zarobkowa, która sprawia, że rodzina staje się niepełna z wyboru.

W Polsce obciążenie pracą (również lekarzy) jest jednym z najwyższych w Europie. Kiedy wracają do domu, są tak zmęczeni, że nie mają już siły ani ochoty rozmawiać z dzieckiem. Poza tym dziecko też nie jest zainteresowane rozmową z nimi, bo jest pochłonięte własnym życiem w wirtualnym świecie. Złudnie myśli, że głównie tam, w sytuacji skrajnej, znajdzie dla siebie pomoc. Każda próba wyrwania go z tego świata kończy się awanturą i budzi agresję. To sprzyja tworzeniu się osobowości narcystycznej, infantrylnej, tzw. e-osobowości, wiąże się z brakiem kontroli impulsów. Dziecko nie ma wykształconej potrzeby nawiązywania kontaktów poza komunikatorem społecznościowym. Mamy efekty tego, że dzieci od najmłodszych lat dostają do zabawy telefony i tablety. Lepiej umieją klikać niż mówić.

GL Pierwszy kontakt dziecka z pomocą psychiatryczną to najczęściej izba przyjęć albo oddział szpitala.

Ani izba przyjęć, ani oddział szpitalny nie są remedium na samotność ani żaden inny problem psychologiczny. Do szpitala trafiają dzieci, które np. tną się albo przestają jeść, przestają chodzić do szkoły, grożą, że się zabiją. Oczekiwania rodziców są takie: fachowcy nam je naprawią i oddadzą uśmiechnięte. Szpital leczy dzieci, ale z zaburzeniami psychotycznymi, które wymagają farmakoterapii, bo głównie z powodu psychozy mogą zagrażać sobie i innym. Efekt jest taki, że na tych kilku istniejących w Polsce oddziałach dzieci i młodzieży praktycznie nie ma wolnych miejsc. W naszym instytucie obłożenie jest na poziomie 170 proc. – na 25 łóżek mieliśmy 45 osób, więc 13 pacjentów leżało na podłodze na materacach. System jest niewydolny. Dzisiaj dostałem notatkę służbową z izby przyjęć, dotyczącą

170%

– takie obłożenie jest na oddziale dzieci i młodzieży w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.



rezydentów, do którego dołączyli specjaliści. Różne agencje obliczają, ile zarabiają lekarze, ale nie wspominają już o tym, ile pracują, a pracują po 14-15 godzin dziennie, nie licząc dyżurów. Są przemęczeni i niewyspani. A kiedy lekarz jest niewyspany, to jest zdekoncentrowany, niezadowolony, często zły, bywa agresywny. Nie ma w sobie empatii niezbędnej do wykonywania tego zawodu, nie wczuwa się w pacjenta, zaczyna traktować go przedmiotowo: szybko zbadać, nie pomylić się, napisać e-receptę, nie zawiesić systemu... i następny proszę. Zamiast myśleć o chorobie i leczeniu, denerwuje się, czy wszystko dobrze zaraportował.

Lekarze to bardzo ambitni ludzie i dobija ich także wyścig szczurów, w którym uczestniczą. Chcą się kształcić, by podnosić kwalifikacje. W tym zawodzie nie wystarczy skończyć studia. Trzeba wiedzę uzupełniać na bieżąco. Lekarze nie mają czasu, więc nie dbają o własne zdrowie. Umierają na dyżurach.

GL Jakie objawy powinny zaniepokoić otoczenie?

Oznaki przemęczenia, błędy i pomyłki. Pracodawca powinien pamiętać, że musi wysłać pracownika na urlop. Musi też pamiętać o rygorystycznym przestrzeganiu czasu pracy.

GL Lekarza kontraktowego nie dotyczą normy czasu pracy...

I to jest problem. Coraz częściej lekarzy dotyka zespół wypalenia zawodowego. Są narażeni na agresję i wyzyska ze strony pacjentów, którzy pytają: dlaczego pan mnie nie chce przyjąć? To, że przyjął już sto osób, nie jest wytłumaczeniem dla pacjenta. Jeżeli lekarz wychodzi o 20:15 czy nawet godzinę po czasie pracy, to jest bez serca.

GL Jaka jest najczęstsza psychiatryczna przyczyna zawieszenia prawa wykonywania zawodu?

Przed wszystkim uzależnienia od leków i alkoholu. Komisje, które działają przy okręgowych izbach lekarskich, zgadzają się je przywrócić pod warunkiem, że lekarz przejdzie leczenie odwykowe. Zdarzają się też przypadki lekarzy z depresjami, z psychozami, u których np. rozwija się schizofrenia. Czy osoba taka może wykonywać zawód? Samorząd nie chce ich eliminować z zawodu, lecz stara się kierować do prac wymagających wiedzy medycznej, ale o charakterze bardziej administracyjnym, bez kontaktu z pacjentem. Czasem dostają zgodę na powrót do leczenia ludzi, ale środowisko jest bardzo ostrożne.

GL Czy lekarze mają opory, żeby zgłosić się do psychiatry?

Zdecydowanie tak. Najczęściej starają się leczyć sami. Biorą leki i myślą, że to rozwiąże ich problem. Być może sprawdzą się doraźnie w walce z zaburzeniami snu albo zmniejszy poziom lęku, a nawet uda się wyleczyć lekką depresję, ale później pojawia się problem – kiedy i jak zakończyć leczenie, stają się lekomanami. Często też nie udaje się zidentyfikować problemu powodującego chorobę, bo do tego potrzebna jest ocena obiektywna, z zewnątrz.

15-letniej dziewczyny z myślami samobójczymi przywiezionej do szpitala przez pogotowie. Została zabrana z domu, kiedy rodzice byli pod wpływem alkoholu. Lekarz zbadał ją i stwierdził, że nie ma podstaw do przyjęcia jej na oddział, na którym zresztą nie było wolnych miejsc. Sama nie może opuścić szpitala jako nieletnia. Poza tym przyjechała z miejscowości oddalonej od Warszawy o jakieś sto kilometrów. Nikt jej nie chce odwiedzić. Policja umywa ręce, bo nastolatka nie zrobiła nic złego. Policyjna izba dziecka? Ale gdzie? Kto ma ją tam przewieźć?

GL I co w takiej sytuacji?

Lekarz dzwoni i poświęca cztery godziny dyżuru w izbie przyjęć na wyjaśnienie, co zrobić z tą dziewczyną. Urukomiony zostaje dyżurny sędzia sądu rodzinnego, który mówi, że najlepiej, gdyby trafiła do izby dziecka. Pomoc społeczna sugeruje, żeby szpital wynajął karetkę i przewiózł nastolatkę, oczywiście pod opieką. To są codzienne problemy. Nie dziwię się, że lekarz jest sfrustrowany i ma dosyć takiej roboty.

GL Kondycja psychiczna polskich lekarzy nie jest najlepsza?

W Polsce nie mamy dużych badań analizujących ich stan zdrowia. Na pewno są przemęczeni i zdeterminowani do nagłaśniania swoich frustracji. Przykładem był protest

▲ **Prof. Janusz Heitzman:**
– Nie może być tak, że jeszcze nie zamknęły się drzwi, a już wchodzi kolejny pacjent.

GL Koledzy nie reagują, kiedy widzą, że coś dzieje się nie tak?

Nie zawsze reagują, bo bardzo często praca lekarza, choć mówi się, że powinna być zespołowa, jest pracą indywidualną. Operuje się w zespole, ale to jest tylko część tej grupy zawodowej. Często lekarz pracuje zamknięty w gabinecie sam na sam z pacjentem. W środowisku jest też konkurencja, są animozje, a relacje lekarz-lekarz nie zawsze są dobre. Nasze środowisko jest również zatimizowane i skonfliktowane.

GL Stres jest nieodłącznym elementem pracy lekarza. Jak sobie z nim radzić?

Przede wszystkim należy likwidować jego źródła, a to do końca nie jest możliwe, bo zawód lekarza jest zawodem wysokiego ryzyka, w którym pomyłka może być tragiczna. Jednak stres można zmniejszać, zwiększając swoje kompetencje i podnosząc pewność siebie. Jest to możliwe, kiedy lekarz będzie miał czas na zdobywanie wiedzy, dokształcanie się, a także będzie pracował w dobrych warunkach, będzie delegowany na kursy i konferencje, spotykał się z kolegami, dyskutował. Trzeba też dzielić się swoimi problemami z zespołem. Powinien być czas na codzienne odpoczynek, na podsumowanie dnia i mówienie o trudnościach. Najczęściej tego czasu nie ma. Każdy pędzi do drugiej pracy. Poza tym lekarze nie potrafią radzić sobie z faktem, że frustracja pacjenta przechodzi na lekarza. Pacjenci w 50 proc. przypadków będą obciążać lekarzy za swoją chorobę. Czasami bezradność pacjenta udziela się lekarzowi. Lekarze w większości są perfekcjonistami, chcą być bardzo dobrzy – nie zawsze się im to udaje. Szczególnie przeżywają swoje zawodowe porażki, mają poczucie winy.

GL Jak sobie z tym radzić?

Nie spieszyć się. Jeśli lekarz będzie miał czas dla pacjenta, zmniejszy to jego frustrację i sam uniknie stresu.

GL Pewna lekarka w poradni specjalistycznej zawarowała sobie, że chce mieć 20 minut na pacjenta. Przełożeni nie zgodzili się, stawiając warunek, że w ciągu godziny musi przyjąć co najmniej czterech pacjentów.

To już ma charakter mobbingu. Może odbić się negatywnie na zdrowiu tej lekarki i jej pacjentów. Nie jesteśmy maszynami, wykonujemy zawód wysokiego ryzyka. Musimy o tym pamiętać. Nie może być tak, że jeszcze nie zamknęły się drzwi, a już wchodzi kolejny pacjent.

GL Jakie są przyczyny wypalenia zawodowego lekarzy?

Około 10 proc. osób wykonujących ten zawód ma zespół wypalenia zawodowego. To zazwyczaj lekarze między 40. a 60. rokiem życia. Pracują bardzo intensywnie i mają poczucie braku satysfakcji na skutek przewlekłego zmęczenia. Nie widzą też możliwości rozwiązania tej sytuacji. Mam kilku pacjentów – lekarzy z zaburzeniami depresyjnymi, które wiążą się z zespołem wypalenia zawodowego.

GL Największe bolączki polskiej psychiatrii to...

Przede wszystkim niedoinwestowanie. W Polsce 3,5 proc. z ogólnej sumy na zdrowie przeznaczają się na psychiatrię, średnia europejska to 6 proc., w Szwajcarii 12 proc. Ponadto brakuje psychiatrów, zwłaszcza psychiatrów dziecięcych. Zaniedbana jest także infrastruktura. Problemem jest brak, a może inaczej – raczkowanie psychiatrii środowiskowej. Lekarze psychiatrzy mają świadomość, że ich pacjenci funkcjonują w obrotowych drzwiach szpitala – wyjdą i zaraz wrócą, bo poza nim nie uzyskają pomocy. Wypisują ich donikąd. Brakuje też pełnej dostępności do nowoczesnych leków, np. do leków stosowanych w terapii schizofrenii, a podawanych zaledwie cztery razy w roku. W Polsce mamy 90 psychiatrów na 1 mln mieszkańców i zajmujemy przedostatnie miejsce w UE, gorzej jest tylko w Bułgarii (76). Najwięcej psychiatrów na 1 mln mieszkańców przypada w Finlandii (236), Szwecji (232), Holandii (230), Francji (228), na Litwie (225), w Luksemburgu (225), Niemczech (223), Grecji (219). Nie dziwny się, że odnotowujemy dwa razy więcej samobójstw.

GL Jest pan kierownikiem Kliniki Psychiatrii Sądowej. Jacy pacjenci tu trafiają?

To specyficzne miejsce. Nie przychodzi się tu z wyboru, tylko z postanowienia sądu. To oddział o wzmocnionym poziomie zabezpieczenia. Jedyne taki obiekt, jaki powstał w psychiatrii od podstaw w ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat. Spełnia wszystkie standardy. Trafiają tu pacjenci, którzy z powodu choroby popełnili jakiś czyn zabroniony i zostali uznani za niebezpiecznych. Trzeba ich leczyć i zabezpieczać.

Pierwszych pacjentów przyjęliśmy tu w styczniu 2014 r. W całej Polsce jest ok. 2700 takich łóżek. My mamy 60: 15 dla kobiet, 45 dla mężczyzn. Rozpoznanie to w 70 proc. schizofrenia, kolejne to psychozy organiczne lub uzależnienia, które wywoływały stany psychotyczne. Mamy cały przekrój wiekowy chorych, ale najczęściej jest tych w średnim wieku, między 40. a 49. rokiem życia. Często są to chorzy, którzy wracają na tzw. detencję z powodu ponownego popełnienia czynów sprzecznych z prawem, bo nikt nie monitorował ich leczenia na wolności. Średni pobyt trwa około 3-4 lat. Często jest problem, jak wykonać postanowienie sądu o umieszczeniu chorego w jednym z takich miejsc, których permanentnie brakuje, zwłaszcza tych o podstawowym poziomie zabezpieczenia. Jeśli są jakieś wolne miejsca, to najczęściej w trzech zakładach o maksymalnym poziomie zabezpieczenia, ale tam trafiają sprawcy poważnych przestępstw lub tacy, którzy z uwagi na utrzymujące się stale zagrożenie dla siebie i innych (pacjentów czy personelu) nie są bezpieczni w innych zakładach.

GL Jakie widzi pan największe zagrożenia dla zawodu lekarza?

Lekarze nie mogą pracować pod stałą presją negatywnego osądu, ponad ludzkie siły. Musi zwiększyć się ich liczba w Polsce i muszą wzrosnąć nakłady na ochronę zdrowia, gdyż doszliśmy do ściany... 

90

– tylu psychiatrów w Polsce jest na 1 mln mieszkańców.


Romuald Krajewski

 Prezydent Europejskiej
Unii Lekarzy Specjalistów

W Europie!

W 2016 r. pisałem o pierwszych reakcjach na wyniki referendum w Wielkiej Brytanii. Wydawało się wówczas, że ewentualne konsekwencje są bardzo odległe i wiele spraw, w tym sprawy ochrony zdrowia, uda się jakoś ułożyć. Po upływie ponad roku widać, że decyzje polityczne raczej nie ulegną zmianie.

W międzyczasie British Medical Association bardzo aktywnie starało się mobilizować europejskich lekarzy do wywierania nacisku na instytucje UE i krajowych polityków, by sprawy ochrony zdrowia wyłączyć z ogólnego rozstania. Podobne inicjatywy podejmują także inne sektory.

UEMS i inne organizacje europejskich lekarzy parokrotnie apelowały do Komisarza Barniera i do innych osób o zapewnienie ciągłości opieki dla pacjentów oraz możliwości pracy i uznawania kwalifikacji lekarzy po wyjściu Wielkiej Brytanii z UE. Nie ma jeszcze konkretnych decyzji, ale wiemy, że znaczenie tej współpracy jest znane politykom UE.

W lutym gościliśmy w NIL prof. Andrew Rowlanda i Paula Lafina z BMA. Rozmawialiśmy o sprawach związanych z Brexitem, zarówno w odniesieniu do polskich lekarzy, jak i UEMS. Według danych GMC, w Wielkiej Brytanii pracuje obecnie ponad 1700 polskich lekarzy (z 30 000, którzy uzyskali podstawowe kwalifikacje w innym kraju UE i pracują na wyspach). „Twarda” wersja wyjścia z UE mogłaby oznaczać dla nich konieczność zmiany miejsca pracy, ale to niewielka część znacznie większego problemu, ponieważ 883 000 obywateli Polski mieszka w Wielkiej Brytanii, a 35 000 obywateli brytyjskich mieszka w Polsce. W brytyjskiej ochronie zdrowia pracuje także ponad 800 polskich stomatologów (stanowią największą grupę z krajów UE) i kilka tysięcy pielęgniarek.

Te liczby pokazują, jakie możliwości wszystkim Europejczykom otworzyła UE i jak wiele osób z nich skorzystało. Powiązania, zależności i potrzeby są ogromne. Szczególnie w przeciążonej ochronie zdrowia



ograniczenia mobilności zawodowej pracowników oraz opieki transgranicznej spowodowałyby bardzo liczne problemy dla pacjentów. Koledzy z BMA wskazują szczególnie na przykład Irlandii Północnej, w której przywrócenie granicy dla usług medycznych wydaje się praktycznie niemożliwe.

Przedstawiciele BMA ponowili bardzo zdecydowaną deklarację pozostania w strukturach organizacji lekarzy europejskich, niezależnie od nadchodzących zmian politycznych. To bardzo dobra wiadomość. Medycyna musi być międzynarodowa i ponad politycznymi podziałami. BMA unika wypowiedziania się w bieżących sprawach politycznych nie dotyczących bezpośrednio ochrony zdrowia, ale zna doskonale wartość i korzyści z międzynarodowej współpracy, wymiany wiedzy, doświadczeń i personelu. Te korzyści w medycynie dobrze widzimy i znamy od zawsze, ale dotyczą one również innych dziedzin. Będziemy więc starali się, by status BMA w UEMS nie uległ zmianie. ○

▲ Prof.
Andrew Rowland,
szef delegacji
BMA do UEMS,
podczas wizyty
w NIL.

Wyjść poza schemat

GL
WYWIAD

O trudnościach związanych z leczeniem nowotworów krwi, w tym o doświadczeniach w postępowaniu z tymi chorobami w Niemczech, z prof. **Haifą Kathrin Al-Ali**, hematologiem z Katedry Hematologii i Onkologii Medycznej w Szpitalu Uniwersyteckim w Halle, rozmawia **Lidia Sulikowska**.



**Lidia
Sulikowska**

Dziennikarz
„Gazety Lekarskiej”

**GL Nowotwory układu krwiotwórczego i chłonne-
go to duży problem epidemiologiczny?**

W Europie odnotowujemy około 10 zachorowań na 100 tys. mieszkańców rocznie, z czego większość stanowią choroby szpiku. Część z nich ma przebieg ostry, inne natomiast rozwijają się latami. Wszystkie są niebezpieczne i mogą prowadzić do śmierci, ale chyba jednym z największych wyzwań są te należące do grupy tzw. nowotworów mieloproliferacyjnych (MPN). Mam na myśli m.in. mielofibrozę, czerwienicę prawdziwą i nadpłytkowość samoistną. Bardzo trudno je diagnozować i leczyć.

GL To znaczy?

Lekarze mają problem z postawieniem właściwego rozpoznania, bo objawy są często niespecyficzne. Pacjent może np. wyglądać całkiem zdrowo i dobrze się czuć ogólnie, a skarżyć tylko na silny świąd skóry. Podstawowe testy krwi nie pokażą nic niepokojącego. Musi się zadziać coś poważnego, np. zator tętniczy czy zakrzepica żylna, żeby skierować diagnozę na prawidłowy tor. Wówczas wykonuje się dokładniejsze badania morfologiczne, które mogą wykazać czerwienicę prawdziwą lub nadpłytkowość samoistną. Niestety, poprzez trudności w postawieniu właściwej diagnozy, nie można choremu pomóc wcześniej, by nie doprowadzić lub chociaż opóźnić rozwój bardzo niebezpiecznych powikłań. Nowotwór rozwija się latami, obniża jakość życia, aż w końcu doprowadza do tragedii. Za to inna z chorób mieloproliferacyjnych, mielofibroza, również daje bardzo niespecyficzne objawy, a przy tym rozwija się znacznie szybciej, co czyni ją tym bardziej niebezpieczną.

GL Jak sobie radzić w tej sytuacji?

Oczywiście mamy europejskie standardy dotyczące diagnozowania zespołów mieloproliferacyjnych, ale żeby je

wdrożyć, lekarz musi najpierw pamiętać, że takie choroby istnieją. To jest problem. Lekarze często nie zdają sobie sprawy, że ich pacjenci mogą cierpieć na MPN. 80 proc. takich chorych odczuwa zmęczenie, ale kto nie skarży się z tego powodu? Skoro z morfologii krwi nie wynika anemia, to lekarz powie często, że się starzejemy, albo że to przez pogodę, a przecież zmęczenie może wynikać nie tylko z niedokrwistości, ale np. z nieprawidłowego wyrzutu cytokin, co jest alarmującym sygnałem, że w organizmie dzieje się coś złego. Jeśli nie znajdujemy oczywistych powodów zmęczenia, nie można po prostu stwierdzić, że wszystko jest w porządku. Trzeba szukać innych objawów. Często pacjenci z mielofibrozą mają powiększoną śledzionę. Gdy zaczniemy kompletować różne badania, w tym wyniki badań krwi czy obraz USG, wszystko zaczyna się składać w całość.

GL W Niemczech, gdzie pani praktykuje, lekarze mają problem z postawieniem właściwej diagnozy?

Problem ten u nas istnieje, podobnie jest jednak na całym świecie. Ponad 90 proc. pacjentów, którzy trafiają do mnie, to osoby już w zaawansowanym stadium choroby. Dlatego klinika, gdzie pracuję, będąca wiodącym ośrodkiem leczenia nowotworów krwi w całym regionie Lipsk-Halle, kładzie duży nacisk na szkolenia lekarzy różnych specjalności, którzy mogą zetknąć się z naszymi przyszłymi pacjentami. Jeśli do nich dotrę, będzie to ogromna korzyść dla chorego, bo ma on wówczas szansę szybszej diagnozy. Jako hematolog mam wiedzę o chorobach krwi, więc to naturalne, że trzeba się nią dzielić. Edukujemy lekarzy pierwszego kontaktu, dermatologów, angiologów, ale także gastroenterologów, bo jednym z objawów MPN może być zakrzepica żyły wrotnej i zespół Budda-Chiariego. Na uwagę mamy także psychiatrów, bo także do nich trafiają osoby z zespołami

80%

– tyle chorych na MPN odczuwa zmęczenie, ale kto nie skarży się z tego powodu?



OBSERWUJĄC, JAK DZIAŁA OPIEKA ZDROWOTNA W INNYCH KRAJACH, ZDAŁAM SOBIE SPRAWĘ, ŻE MAMY NAPRAWDĘ DOBRY SYSTEM OCHRONY ZDROWIA. W WIELKIEJ BRYTANII, BELGII CZY FRANCJI, CZYLI KRAJACH TAK SAMO WYSOKOROZWINIĘTYCH CO NIEMCY, A WIĘC DOSTATNICH, SYTUACJA NIE JEST TAK KORZYSTNA.

ich nie kwalifikujemy do tej procedury. Od kilku lat jest za to dostępna dla nich pierwsza terapia celowana, oparta na selektywnym inhibitorze kinaz JAK1 i JAK2, która poprawia komfort życia i wydłuża czas przeżycia.

GL Dlaczego tak trudno znaleźć skuteczną terapię dla nowotworów z grupy MPN?

Dzieje się tak, bo choroby te wywołuje szereg różnych mutacji, nie o wszystkich mamy wiedzę.

GL Na koniec dwa ogólne pytania na temat leczenia pacjentów onkologicznych w Niemczech. Jak wygląda tu opieka nad chorym na raka?

Szczerze mówiąc, nie mamy na co narzekać. Opieka jest świetnie zorganizowana i kompleksowa. Jeśli jakaś terapia lekowa jest zaakceptowana przez Unię Europejską, u nas automatycznie jest dostępna i refundowana. Oczywiście pacjenci i tak się skarżą. Narzekają, że muszą czekać 2-3 tygodnie na wydanie zgody na zastosowanie konkretnej terapii. Nie zdają sobie sprawy, jak szczęśliwymi ludźmi są, że mogą leczyć się w Niemczech. Wiele podróżuje. Obserwując, jak działa opieka zdrowotna w innych krajach, zdałam sobie sprawę, że mamy naprawdę dobry system ochrony zdrowia. W Wielkiej Brytanii, Belgii czy Francji, czyli krajach tak samo wysokorozwiniętych co Niemcy, a więc dostatnich, sytuacja nie jest tak korzystna. Tam nie wszystkie terapie są refundowane.

GL To dobrze, że nie ma żadnych limitów w tym zakresie?

Dla pacjentów to doskonała sytuacja. Oczywiście obecnie funkcjonujący system ubezpieczeń zdrowotnych pozwala na taki komfort, bo mamy silną gospodarkę. Płacimy wysokie składki zdrowotne, ale nas na to stać, bo dobrze zarabiamy. Ja płacę 700 euro miesięcznie ubezpieczenia. To zapewnia wysoki poziom finansowania opieki zdrowotnej. Oczywiście, gdy ktoś nie pracuje lub zarabia mniej, płaci stosownie niższe ubezpieczenie lub jest zwolniony z opłat. To sprawiedliwy, socjalny system. Mogłoby być jeszcze lepiej, gdyby towarzystwa ubezpieczeniowe nie wydawały tak dużo pieniędzy na swoje piękne siedziby, ale w mojej opinii pacjentom onkologicznym niczego nie brakuje. ○

mieloproliferacyjnymi. Kierują ich tam lekarze ogólni, bo ich zdaniem tym pacjentom nic fizycznie nie dolega, mimo że ciągle się na coś uskarżają.

GL Lekarze są chętni do współpracy? W końcu mówimy o schorzeniach rzadkich, więc szanse na zaskoczenie się z nią w praktyce są niewielkie.

Lekarze bardzo chętnie z nami współpracują. Nie do końca mogę zgodzić się z tezą, że skoro choroba występuje rzadko w populacji, to lekarz ma małą szansę spotkania się z nią. To zależy od specjalizacji. Na przykład połowa pacjentów z zespołem Budda-Chiariego i jedna trzecia z zakrzepicą żyły wrotnej ma mutację genu JAK2, która występuje w większości chorób mieloproliferacyjnych. Dlatego bardzo staramy się docierać do gastroenterologów i ta współpraca przynosi wymierne efekty. Obecnie do mojego ośrodka zgłasza się raz w miesiącu nowy pacjent z chorobą mieloproliferacyjną, którego skierował do nas gastroenterolog. Bardzo mnie to cieszy.

GL Jakie są możliwości leczenia MPN?

W przypadku wszystkich nowotworów krwi, w tym także zespołów mieloproliferacyjnych, najskuteczniejszym sposobem leczenia jest przeszczepienie szpiku. Niestety często nie możemy zastosować tej terapii u chorych na czerwonice prawdziwą i nadpłytkowość samoistną, bo niesie ona duże ryzyko śmiertelności. Trwają badania nad zastosowaniem interferonu, ale jak na razie pozostaje opcja leczenia paliatywnego, łagodzącego objawy towarzyszące chorobie, a tym samym znacznie poprawiającego jakość życia. Z kolei przeszczepienie szpiku u pacjentów z mielo-fibrozą mogłoby być skuteczne, ale tu barierą jest często wiek. Ta choroba najczęściej atakuje osoby starsze, więc

▲ Prof. Haifa Kathrin Al-Ali:
– Ponad 90 proc. pacjentów, którzy trafiają do mnie, to osoby już w zaawansowanym stadium choroby.



GL
PATRONAT

» RODO bez tajemnic

5 marca w Warszawie odbyła się Konferencja „Tajemnica Medyczna. Praktyczne Dylematy Ochrony Danych Pacjentów”. Wydarzenie zorganizowała Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie wspólnie z NIL, NI-PiP, OIPIP w Warszawie, OIPIP w Radomiu oraz Instytutem Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej.

W dyskusji udział wzięli m.in. sędzia Trybunału Konstytucyjnego prof. dr hab. Marek Zubik, wiceprezes NRL Romuald Krajewski, prezes ORL w Warszawie Andrzej Sawoni, Rzecznik Praw Obywatelskich Adam Bodnar, Generalny Inspektor Ochrony Danych Osobowych Edyta Bielak-Jomaa, Rzecznik Praw Pacjenta

Bartłomiej Chmielowiec, dr Krzysztof Światała z Katedry Prawa Informatycznego Wydziału Prawa i Administracji UKSW i Dorota Karkowska, prof. Uczelni Łazarskiego.

Rozmawiano o aktualnych problemach związanych z ochroną danych pacjentów w placówkach medycznych, a także, jak przygotować się do wdrożenia rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO), które zacznie być stosowane we wszystkich krajach unii Europejskiej, w tym w Polsce, już 25 maja (więcej na temat RODO w wywiadzie z Moniką Kasińską z Biura GODO, str. 34). [O](#)

» Lekarski Uniwersytet Trzeciego Wieku na Śląsku

15 marca odbyło się uroczyste otwarcie działalności Lekarskiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Śląskiej Izbie Lekarskiej w Katowicach. Pierwszy rok jego funkcjonowania zakończy się tylko jednym semestrem (letnim). Kolejny rok akademicki będzie się już składał z dwóch semestrów. W ramach uniwersytetu mają być prowadzone m.in. wykłady, kursy, szkolenia, seminaria, sekcje i koła zainteresowań, warsztaty artystyczne,

zajęcia ruchowe oraz rekreacyjne, imprezy kulturalne. Aby zostać słuchaczem, trzeba należeć do samorządu zawodowego ŚIL i mieć uprawnienia emerytalne lub rentowe.

LUTW w Śląskiej Izbie Lekarskiej powołano uchwałą ORL w Katowicach z dnia 24 czerwca 2015 r. W czerwcu 2017 r. izba podpisała ze Śląskim Uniwersytetem Medycznym porozumienie o wzajemnej współpracy związanej z tą inicjatywą. [O](#)

Źródło: strony internetowe i biuletyny okręgowych izb lekarskich, UMWW

»»» Lekarze sądowi poszukiwani

Sąd Okręgowy w Bielsku-Białej poszukuje do współpracy lekarzy w charakterze biegłych sądowych i lekarzy sądowych – informuje Beskidzka Izba Lekarska na swojej stronie internetowej. Najbardziej poszukiwani są specjaliści z zakresu chorób wewnętrznych, a także laryngolodzy, neurologi, kardiolog, chirurdzy naczyniowi, okuliści, diabetolodzy, endokrynolodzy, ginekolodzy, pulmonolodzy, reumatolodzy. Osoby chętne do podjęcia współpracy powinny skontaktować się w tej sprawie z prezesem sądu okręgowego. Informacje pod numerem telefonu: (33) 499 03 11.

Przypominamy, że lekarzem sądowym może zostać osoba posiadająca prawo wykonywania zawodu lekarza na terytorium Polski, która ma pełną zdolność do czynności prawnych i nieposzlakowaną opinię, nie była karana za przestępstwo lub przestępstwo skarbowe i uzyskała rekomendację okręgowej rady lekarskiej. Trzeba mieć tytuł specjalisty lub specjalizację I lub II stopnia. 

»»» Wielkopolski Lekarz z Sercem

Zakończyła się II edycja konkursu „Wielkopolski Lekarz z Sercem im. dr. Kazimierza Hołogi”. Statuetkę wręczono **Annie Tarajkowskiej**, stomatologowi z Poznania, wyróżnienia otrzymali: Alicja Bartkowska-Śniatkowska, Szczepan Cofta oraz Edmund Waszyński.

Anna Tarajkowska od lat aktywnie uczestniczy w pracach samorządu lekarskiego, związana jest także z Fundacją Pomocy Charytatywnej „Redemptoris Missio”. Wielokrotnie uczestniczyła w misjach medycznych do Indii, pomagając potrzebującym. Laureatka przekazała nagrodę, czek o wartości 10 tys. złotych, na rzecz sierocińca w indyjskim mieście Puri. Konkurs wspólnie organizują Samorząd Województwa Wielkopolskiego oraz Wielkopolska Izba Lekarska. Patronem konkursu jest dr Kazimierz Hołoga (1913-1958), lekarz, społecznik i filantrop z Nowego Tomyśla. 



REKLAMA

» O bioetyce w Bydgoszczy

Bydgoska Izba Lekarska i II Katedra Kardiologii Collegium Medicum UMK, we współpracy ze Studenckim Towarzystwem Naukowym oraz Fundacją na Rzecz Rozwoju Kardiologii i Fundacją WIATRAC, organizują konferencję „Wyzwania i zagrożenia bioetyczne XXI wieku”. Spotkanie odbędzie się **14 kwietnia** w sali audytoryjnej CM UMK w Bydgoszczy (wstęp wolny). Za uczestnictwo przysługują 4 punkty edukacyjne.

Zaplanowano wiele ciekawych wystąpień, m.in. na temat wyzwań związanych z etyką i moralnością w medycynie; zagrożeń bioetycznych, kulturowych i socjologicznych ideologii gender; klonowania człowieka i inżynierii genetycznej; poradni bioetycznej jako nowej formie wsparcia w trudnych dylematach etycznych. ☺

» Potrzebne wsparcie w przychodni

Kujawsko-Pomorska Okręgowa Izba Lekarska w Toruniu prosi, w imieniu Fundacji NEUCA dla Zdrowia, o pomoc w znalezieniu lekarza, który chciałby objąć pieczę nad studentami medycyny chcącymi nieść pomoc medyczną osobom biednym i wykluczonym społecznie w Przychodni Studenckiej „Otwarte Drzwi” w Toruniu. To już druga taka placówka w regionie – pierwsza działa już od dłuższego czasu w Bydgoszczy. Przychodnie powstają z inicjatywy Fundacji NEUCA dla Zdrowia i Międzynarodowego Stowarzyszenia Studentów Medycyny IFMSA. Jak tłumaczą realizatorzy tego przedsięwzięcia, studenci w ramach wolontariatu zapewniają opiekę medyczną, ale niezbędna jest im pomoc wykwalifikowanego lekarza (kilka godzin w miesiącu). ☺

» X Kongres Polonii Medycznej

Okręgowa Rada Lekarska w Gdańsku wyraziła wolę zorganizowania X Kongresu Polonii Medycznej – inicjatywy prowadzonej przez Federację Polonijnych Organizacji Medycznych. W tegorocznym budżecie Naczelnej Izby Lekarskiej zarezerwowano 100 tys. zł na potrzeby organizacji tego wydarzenia. Kongres ma odbyć się na przełomie maja i czerwca 2019 r. Miejscem spotkania będzie Polska Filharmonia Bałtycka w Gdańsku.

Temat wiodący nadchodzącej edycji kongresu to „Postępy

techniki w służbie medycyny”, przewodniczącym Komitetu Naukowego jest prof. Maria Siemionow, a Komitetu Organizacyjnego – Roman Budziński. Ze strony Naczelnej Rady Lekarskiej do prac w Komitecie Organizacyjnym wyznaczono Annę Lelę, a do prac w Komitecie Programowym – Romualda Krajewskiego. Kongres Polonii Medycznej odbywa się co 3 lata i jest okazją do wymiany myśli wśród polskich lekarzy praktykujących w różnych zakątkach świata. ☺

Szanowne Koleżanki, Szanowni Koledzy

Zapraszamy wszystkich Członków izb lekarskich do zgłaszania kandydatur osób, które w szczególny sposób zasłużyły się dla naszego samorządu i Waszym zdaniem zasługują na odznaczenie *Meritus Pro Medicis*.

Wnioski o nadanie odznaczenia mogą składać także organy izb lekarskich.

Zgodnie z regulaminem nadawania odznaczenia *Meritus Pro Medicis* może ono być przyznane w danym roku łącznie i maksymalnie 10 lekarzom i lekarzom denty stom lub innym osobom szczególnie zasłużonym dla samorządu lekarskiego.

Wzory dokumentów niezbędnych do złożenia wniosku o przyznanie odznaczenia *Meritus Pro Medicis* (Wniosek oraz List promocyjny) można pobrać na stronie Naczelnej Izby Lekarskiej poświęconej działalności Kapituły Odznaczenia *Meritus Pro Medicis*.

Wypełnione wnioski należy nadsyłać na adres: **Naczelna Izba Lekarska, ul. Sobieskiego 110, 00-764 Warszawa** z dopiskiem na kopercie **Meritus Pro Medicis** lub na adres poczty elektronicznej a.seweryniak@hipokrates.org w terminie **do 4 kwietnia 2018 r.**

Romuald Krajewski
Kancelarz Kapituły Odznaczenia Meritus Pro Medicis


Leszek Dudziński

 Wiceprezes NRL, przewodniczący
Komisji Stomatologicznej NRL

Czy stomatolodzy zmierzają do przejęcia władzy w samorządzie?

Jesteśmy w trakcie realizacji ordynacji wyborczej. To czas podejmowania decyzji na najbliższe cztery lata, najbardziej istotnych dla dalszego funkcjonowania naszego samorządu.

Wszyscy zastanawialiśmy się, jak będzie wyglądała przyszłość, jeśli chodzi o personalia – zarówno w kwestii wyboru prezesów, jak i członków okręgowych rad lekarskich, Prezydium NRL czy delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy.

Mamy połowę marca. Na zjazdach okręgowych, które już się odbyły, można było zauważyć dwie budujące rzeczy. Pierwsza to nowe twarze, które się pojawiły – zarówno na fali protestu rezydentów, jak i wzmożonego zainteresowania możliwościami działania w samorządzie lekarskim. To młodzi koledzy wcześniej aktywni w związku zawodowym albo w organizacjach lekarskich. Teraz chcą sprawdzić swoje możliwości zaistnienia w strukturach organizacyjnych samorządu, również na zjazdach – na podstawie tych, które znam z relacji lub tych, w których uczestniczyłem, mogę powiedzieć, że trend ten ma różne twarze.

Po pierwsze, młodzi podjęli próbę przejęcia władzy. Po drugie, nieśmiało angażują się w wybory, pytając, czy mogliby się do czegoś przydać. Zarówno pierwsza, jak i druga forma jest godna rozpatrzenia. Osoby, które w samorządzie działają od lat, nie chcą jednak tak łatwo z tej działalności zrezygnować. To koledzy, którzy niejednokrotnie aktywnie uczestniczyli w reaktywowaniu izb lekarskich i mają za sobą wieloletnie doświadczenie w działalności samorządowej.

Druga budująca rzecz jest taka, że środowisko stomatologów zdecydowało się asygnować na stanowiska prezesów swoich przedstawicieli. Do 19 marca, czyli w połowie miesiąca wyborczego, już w sześciu okręgowych izbach lekarskich mamy nowych prezesów lekarzy dentystów.

To Kielce, Kraków, Opole, Olsztyn, Toruń i Gdańsk. Spodziewaliśmy się, że w środowisku, które oczekiwało większej możliwości wpływu na decyzje dotyczące stomatologów, w poszczególnych izbach mogą zaistnieć takie fakty. W poprzednim felietonie pisałem zresztą, że sukcesem będzie, jeśli prezesami zostanie sześciu lekarzy dentyków. I tak się stało. Przed nami kolejne zjazdy i mam nadzieję, że będą kolejni.

Przy tak szerokiej reprezentacji stomatologów w gronie prezesów izb okręgowych, niewątpliwie będziemy mieć szansę, by zabierać znaczący głos w sprawach, które dotyczą zarówno lekarzy, jak i lekarzy dentyków. Mam nadzieję, że przełoży się to również na możliwości bardziej sprawczego artykułowania potrzeb naszego środowiska, a głos stomatologów będzie wyraźniej słyszany przez tych, którzy realizują politykę zdrowotną i odpowiadają za jej kształt.

Kiedy przeanalizuje się dotychczasowe wystąpienia nowych prezesów, na pierwszym miejscu daje się zauważyć – oprócz oczywiście deklaracji wypełniania zadań, które wynikają z ustawy – apele o działanie razem, we wspólnym interesie. Myślę, że to największy sukces, ponieważ to nawoływanie do współdziałania jest czymś więcej niż tylko apelem o unikanie konfliktów między środowiskiem lekarzy a lekarzy dentyków, lekarzy POZ z lekarzami ambulatoryjnymi, lecznictwa otwartego z lekarzami szpitalnymi, lekarzy młodych z lekarzami specjalistami. Przesłanie wiodące to: róbmy wszystko razem, gdyż działając w ten sposób, możemy osiągnąć w samorządzie wspólne cele z większą skutecznością.

Co roku 20 marca obchodzony jest Światowy Dzień Zdrowia Jamy Ustnej. Z tej okazji w siedzibie NIL odbyła się konferencja pod hasłem „Jama ustna jest zwierciadłem organizmu”. Więcej na str. 24.

Stomatolog to lekarz pierwszego kontaktu

Dlaczego jama ustna jest zwierciadłem całego organizmu? Jak nadmierne korzystanie z komputera szkodzi zębom? Czy senior jest w stanie uniknąć stomatopatii protetycznej? O tych i innych zagadnieniach stomatologicznych dyskutowano 19 marca, w przeddzień Światowego Dnia Zdrowia Jamy Ustnej, podczas konferencji zorganizowanej w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej.

✪ LIDIA SULIKOWSKA



Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej i przewodniczący Komisji Stomatologicznej NRL dr Leszek Dudziński podkreślał, że obchody ŚDZJU koncentrują się na holistycznym podejściu do zdrowia, w tym przede wszystkim na faktach, że kondycja jamy ustnej i zdrowie ogólne wzajemnie na siebie oddziałują. W tym roku Światowy Dzień Zdrowia Jamy Ustnej obchodzony jest pod hasłem „Jama ustna zwierciadłem organizmu”.

▲ Od lewej: Radosław Sierpiński, prof. Dorota Olczak-Kowalczyk, dr Anna Lella podczas konferencji w NIL.

W BLISKIEJ RELACJI

Jak należy rozumieć związek pomiędzy zdrowiem jamy ustnej a zdrowiem ogólnym? – Schorzenia ogólne i choroby jamy ustnej są ze sobą ściśle powiązane. Relacje są obustronne. Schorzenia ogólnoustrojowe mogą objawiać się w jamie ustnej i na odwrót, na kondycję całego organizmu wpływa stan zdrowia jamy ustnej. Stomatologia to nie tylko łatanie dziur w zębach. Stomatolog to lekarz pierwszego kontaktu, który jest w stanie

dostrzec szereg problemów zdrowotnych i w razie zaobserwowanych nieprawidłowości pokierować pacjenta do innych specjalistów – tłumaczyła dr Anna Lella, prezydent ERO-FDI, zastępca sekretarza NRL.

Cukrzyca zwiększa ryzyko chorób dziąseł, a choroby jamy ustnej łączą się m.in. z chorobami serca czy schorzeniami układu oddechowego. O jednym z aspektów tej ostatniej zależności mówiła w czasie swojego wystąpienia prof. Marzena Dominiak, prezydent Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego i członek Komitetu ds. Edukacji FDI. Ekspertka zwróciła uwagę, że lekarz dentysta może m.in. odegrać istotną rolę w diagnozowaniu i leczeniu zaburzeń oddychania związanych ze snem (SRBD). Stomatolog może np. wychwytać niedrożność dróg oddechowych na zdjęciach cefalometrycznych, wykonywanych przy okazji leczenia ortodontycznego, a nawet podjąć się leczenia takiej dysfunkcji. Prof. Marzena Dominiak podkreśliła także istnienie związku pomiędzy rozwojem periimplantitis a występowaniem bezdechu sennego i bruksizmu. Może tu pomóc stosowanie aparatów wewnątrzustnych, a także laseroterapia frakcyjna jako terapia wspomagająca.

KOMPUTER PSUJE ZĘBY

Z kolei prof. Dorota Olczak-Kowalczyk, konsultant krajowy w dziedzinie stomatologii dziecięcej, zwróciła uwagę na to, że palenie papierosów i nadmierne spędzanie czasu przed komputerem przez młodzież (powyżej 3 godzin dziennie w czasie pozalekcyjnym) zwiększa ryzyko innych zachowań antyzdrowotnych, przez co wpływa negatywnie również na stan zdrowia jamy ustnej. Osoby takie częściej zaniedbują higienę, nieregularnie odżywiają się, jedzą więcej przekąsek, częściej sięgają po napoje słodzone, rzadziej po surowe warzywa i owoce, a to wszystko przekłada się na powstawanie chorób. Co ciekawe, odwiedzają oni stomatologa dopiero wtedy, gdy pojawia się ból, stroniąc od regularnych wizyt kontrolnych. – Edukacja w tym zakresie powinna być stałym elementem zarówno edukacyjnych programów

LEKARZ DENTYSTA MOŻE M.IN. ODEGRAĆ ISTOTNĄ ROLĘ W DIAGNOZOWANIU I LECZENIU ZABURZEŃ ODDYCHANIA ZWIĄZANYCH ZE SNEM.

prozdrowotnych, jak również indywidualnej edukacji prowadzonej w gabinetach przez lekarzy dentystów – apelowała prof. Dorota Olczak-Kowalczyk.

JAMA USTNA SENIORA I PROBLEMY SYSTEMOWE

Kolejny z zaproszonych gości, prof. Teresa Sierpińska, konsultant krajowy w dziedzinie protetyki stomatologicznej, omówiła problemy związane z jamą ustną seniorów (65+). Niestety, aż 40 proc. osób starszych w Polsce jest całkowicie bezzębna i skazana na protezę zębową. Tu pojawia się inny problem – wiele osób w podeszłym wieku nie dba wystarczająco o higienę protez zębowych, przez co zwiększone zostaje ryzyko wystąpienia stomatopatii

protetycznej. Jakże są najczęściej popełniane błędy? – Brak codziennego szorowania protezy, samodzielne naprawy, nieregularne wymiany (powinno się zadbać o nową protezę nie rzadziej niż raz na 5 lat), zbyt rzadkie wizyty kontrolne u stomatologa – wymieniała prof. Sierpińska.

Konsultant krajowa w dziedzinie protetyki stomatologicznej wyraziła też opinię, że duży odsetek ludzi z całkowitą lub częściową bezzębnością wynika z ograniczonej dostępności do świadczeń stomatologicznych w ramach NFZ, a wielu seniorów nie stać na leczenie w systemie prywatnym. Na konferencji obecny był Radosław Sierpiński z gabinetu politycznego ministra zdrowia, nie mogło więc

zabraknąć pytań o przyszłość stomatologii w publicznym systemie ochrony zdrowia. – Niemal 80 proc. wydatków na świadczenia stomatologiczne jest pokrywanych z prywatnych kieszeni pacjentów. Można spodziewać się, że ta tendencja będzie rosła. Obecnie środki publiczne przeznaczone na opiekę stomatologiczną są na poziomie z 2008 r. – podkreślał wiceprezes NRL dr Leszek Dudziński. – Mam świadomość, że stomatologia, dotychczas traktowana po macoszemu, to ultraważna dziedzina medycyny. Już niedługo czeka nas narodowa debata o zdrowiu, gdzie na pewno głos lekarzy dentystów zostanie uwzględniony – zapewniał Radosław Sierpiński. ○

W ramach obchodów Światowego Dnia Zdrowia Jamy Ustnej na całym świecie organizowane są kampanie edukacyjne i prozdrowotne w zakresie zdrowia jamy ustnej. Ma ją także Polska. Pod hasłem „Polska mówi AAA” realizowana jest akcja edukacyjna wspierająca ten ważny dla stomatologów, ale i dla każdego człowieka, dzień. Zachęcamy, aby zapoznać się materiałami informacyjnymi (więcej na stronie www.polskamowiaaa.pl).



Więcej na
www.gazetalekarska.pl

REKLAMA

Srebrne tsunami

GL
WYWIAD

Z prof. **Agnieszka Mielczarek**, konsultantem krajowym w dziedzinie stomatologii zachowawczej, rozmawia **Lucyna Krysiak**.

WAŻNE

Warunkiem niezbędnym do osiągnięcia poprawy stanu zdrowia jamy ustnej seniorów jest wyszkolenie zarówno lekarza dentysty, technika dentystycznego i higienistki stomatologicznej, jak i pozostałej kadry medycznej, w tym personelu szpitali i domów opieki oraz osób sprawujących domową opiekę nad seniorami.

GL Czym jest gerostomatologia?

Gerostomatologia dotyczy problemów zdrowotnych układu stomatognatycznego, występujących w populacji osób starszych. Popularność tej stosunkowo młodej dziedziny stomatologii wiąże się ze wzrostem liczby seniorów. W perspektywie czeka nas nawet tzw. srebrne tsunami, zapotrzebowanie na usługi z zakresu gerostomatologii będzie więc rosnąć. Wkrótce odsetek osób starszych (60+) sięgnie 30 proc. populacji polskiej, a liczba osób po 80. roku życia przekroczy 2 mln. Jest to uwarunkowane m.in. rozwojem cywilizacji i postępowaniem wiedzy medycznej w aspekcie ratowania życia. Jednak jego przedłużanie nie jest celem samym w sobie, istotniejsza jest walka o jego komfort. Zapewnienie tego komfortu wiąże się z dbałością o stan zdrowia jamy ustnej, co przekłada się na zdrowie ogólne. Senior może być obciążony licznymi schorzeniami ogólnoustrojowymi, które modyfikują przebieg leczenia chorób jamy ustnej i wpływają na jego skuteczność. Sprawowanie opieki stomatologicznej nad osobą starszą wymaga zatem szerokiej wiedzy medycznej i umiejętności współpracy z lekarzami innych specjalności, a świadomość tego jest wciąż niedostateczna. Warunkiem niezbędnym do osiągnięcia poprawy stanu zdrowia jamy ustnej seniorów jest wyszkolenie zarówno lekarza dentysty, technika dentystycznego i higienistki stomatologicznej, jak i pozostałej kadry medycznej, w tym personelu szpitali i domów opieki oraz osób sprawujących domową opiekę nad seniorami.

GL Które z dolegliwości jamy ustnej towarzyszą starzeniu się?

Zmiany obserwowane w jamie ustnej są konsekwencją procesów zachodzących w całym organizmie, a więc w układzie krążenia, układzie immunologicznym, kostno-mięśniowym, pokarmowym, moczowym, nerwowym oraz w narządach wzroku i słuchu. Dolegliwości jamy ustnej towarzyszące starzeniu to zaburzenia wydzielania śliny, próchnica, w tym próchnica korzenia, przewlekłe zapalenia tkanek przyzębia, choroby nowotworowe, zespół palących ust (BMS), stomatopatie protetyczne i kandydoza jamy ustnej. Upośledzone wydzielanie śliny jest jednak częściej wynikiem farmakoterapii, chemioterapii, odwodnienia, stresu, anemii czy alergii, a nie samego procesu starzenia.

GL Jakie czynniki wpływają zatem na ten proces?

Starzenie jest czymś naturalnym, ale jego tempo i jakość warunkują czynniki biologiczne, społeczne, ekologiczne, psychiczne i genetyczne oraz całe nasze życie – to, gdzie mieszkamy, jak się odżywiamy, gdzie pracujemy, w jakiej kondycji psychicznej funkcjonujemy. Co ciekawe, czynniki genetyczne oddziałujące bezpośrednio na ten proces ujawniają się dopiero w drugiej połowie życia, choć mogą znacząco go modyfikować. Pojęcie pomyślnego starzenia się zakłada komfort w obszarze funkcjonowania społecznego, satysfakcji życiowej, zasobów psychicznych, aspektu biomedycznego oraz potocznie postrzeganego pomyślnego starzenia. Badania wykazują, że takie cechy obserwuje się tylko u 10-20 proc. populacji światowej.

GL Jakie znaczenie ma tutaj potencjał adaptacyjny?

Potencjał adaptacyjny to zdolność przystosowania się organizmu do zmian środowiskowych, a więc utrzymania homeostazy. Wraz z wiekiem ten potencjał się zmniejsza i rezerwa adaptacyjna wyczerpuje się. Na poziomie każdej komórki organizmu występuje tzw. starzenie komórkowe. Wynika ono z kumulowania uszkodzeń powstałych w organizmie na przestrzeni lat pod wpływem czynników środowiskowych przy współistniejącym zaburzeniu mechanizmów samonaprawczych. Teoria immunologiczna starzenia zakłada postępujące z wiekiem ograniczenie prawidłowego funkcjonowania układu odpornościowego. Rozwój chorób wieku starczego wiąże się więc z zaburzeniami regulacji reakcji odpornościowych i toczącym się przewlekłym stanem zapalnym.

GL A co na temat stanu zdrowia jamy ustnej seniorów mówią dane epidemiologiczne?

W 2009 r. odsetek osób bezzębnych wynosił ok. 44 proc. i był jednym z najwyższych w Europie, a polski senior miał średnio tylko sześć własnych zębów. To wynik m.in. braku finansowania przez NFZ leczenia endodontycznego zębów bocznych. Bariera ekonomiczna uniemożliwia też seniorom podjęcie leczenia kanałowego, decydują się oni na ekstrakcję, a zgodnie z aktualną wiedzą liczba usuniętych zębów zwiększa ryzyko wystąpienia chorób sercowo-naczyniowych, cukrzycy i innych zagrażających życiu. U seniorów

obserwuje się też nasilone występowanie chorób przyzębia. W roku 2013 tylko 5 proc. z nich miało zdrowe przyzębie, a tylko u 49 proc. stwierdzono obecność co najmniej 20 zębów naturalnych lub sztucznych pozostających w kontakcie funkcjonalnym. Oznacza to, że u ponad 50 proc. osób w wieku 65-74 lata występuje dysfunkcja układu stomatognatycznego. Stan zdrowia jamy ustnej seniorów w Polsce jest więc alarmująco zły, co powoduje zaostrzenie objawów chorobowych i ogranicza ich funkcjonowanie w życiu zawodowym, społecznym i kulturalnym. Potwierdzają to przeprowadzone w 2014 r. badania poziomu Wskaźnika Aktywnego Starzenia (AAI), których wyniki plasują Polskę na przedostatnim miejscu wśród 28 krajów europejskich.

GL Jaki związek z uzębieniem seniorów ma polipatologia i polipragmazja?

Polipatologia lub wielochorobowość modyfikuje przebieg i nasilenie chorób jamy ustnej. Osoba starsza przyjmuje jednocześnie średnio 5-8 leków dziennie ordynowanych przez lekarza, a dodatkowo zażywa ogólnodostępne witaminy, leki przeciwbólowe, środki poprawiające trawienie. Ich interakcja jest często nieprzewidywalna i może prowadzić do dodatkowego ograniczenia wydzielania śliny i nasilenia objawów suchości w jamie ustnej. Obniżenie sprawności manualnej osób starszych ogranicza też skuteczność zabiegów higienicznych wykonywanych w obrębie jamy ustnej, co przyczynia się u nich do zaostrzenia objawów występujących tam chorób. Zaniedbanie leczenia stomatologicznego powoduje konieczność usuwania zębów, a to – jak wspomniałam – zwiększa ryzyko wystąpienia chorób zagrażających życiu.

GL Gerostomatologia nie jest oddzielną specjalnością. Kto powinien zajmować się uzębieniem seniorów?

Dolegliwości ze strony układu stomatognatycznego występujące u osób starszych charakteryzują się złożoną etiologią, symptomatologią i obejmują wiele specjalności, dlatego wiedzę z zakresu gerostomatologii powinien posiadać każdy lekarz dentysta. Istnieje pilna konieczność wdrożenia kompleksowego i holistycznego postępowania uwzględniającego wielospecjalistyczne leczenie stomatologiczne i ogólnolekarskie. Przy współpracy lekarzy różnych specjalności należy stworzyć model właściwej terapii i umożliwić odpowiednią ordynację leków, ograniczającą efekty uboczne. Szczególną rolę w koordynowaniu leczenia stomatologicznego u seniorów powinien spełniać geriatra.

GL Jakie są główne cele opieki gerostomatologicznej?

Dotychczas głównym celem było odtworzenie funkcji narządu żucia poprzez zastosowanie uzupełnień protetycznych. Prawdopodobnie wykonanie uzupełnienia zapewniającego właściwe funkcjonowanie całego układu stomatognatycznego, a często bonusem jest poprawa estetyki uzębienia. Obecnie, w ramach świadczeń gwarantowanych przez NFZ, możliwe jest wykonanie u pacjenta tylko akrylowych



▲ **Prof. Agnieszka Mielczarek:**
– **U ponad 50 proc. osób w wieku 65-74 lata występuje dysfunkcja układu stomatognatycznego.**

ruchomych uzupełnień protetycznych, a to rozwiązanie nie jest zgodne ze standardami obowiązującymi w nowoczesnej protetyce. Współczesna gerostomatologia nie zajmuje się jednak jedynie zaopatrzeniem pacjenta w protezy zębowe. Oferuje całą gamę procedur profilaktycznych i terapeutycznych, w tym zabiegi z zakresu stomatologii estetycznej, endodoncji, periodontologii, implantologii czy ortodoncji. Większość z nich nie mieści się jednak w koszyku świadczeń gwarantowanych.

GL Jak lekarzy dentystów przygotować, aby byli też gerostomatologami?

Zgodnie z wytycznymi Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego program nauczania gerostomatologii w ramach szkolenia przeddyplomowego realizowany jest w wymiarze 45 godzin na piątym roku studiów kierunku lekarsko-dentystycznego. Zagadnienia dotyczące zmian w narządzie żucia związanych z wiekiem, chorób błon śluzowych, zaburzeń szlaków metabolicznych i dysfunkcji gruczołów ślinowych poruszane są również w ramach nauczania stomatologii zachowawczej, protetyki, periodontologii czy stomatologii zintegrowanej wieku dorosłego. Ważnym elementem szkolenia są zajęcia z komunikacji z pacjentem senioralnym. Osoba starsza jest obciążona wieloma schorzeniami ogólnoustrojowymi i przyszły lekarz dentysta musi mieć świadomość odmienności postępowania profilaktyczno-leczniczego w takich przypadkach. Wraz ze starzeniem się społeczeństwa istnieje potrzeba poszerzania wiedzy w tym zakresie, dlatego wraz z konsultantami wojewódzkimi w dziedzinie stomatologii zachowawczej z endodoncją dyskutujemy nad koniecznością modyfikacji programu szkolenia specjalizacyjnego, co zaowocowało propozycją wprowadzenia obowiązkowego kursu z gerostomatologii. (P)



**Dorota Olczak-
Kowalczyk**

Prezes Polskiego
Towarzystwa
Stomatologii
Dziecięcej



**Anna
Lella**

Specjalista
periodontolog

Zdrowie jamy ustnej a ciąża

Choroby jamy ustnej u kobiety ciężarnej, zwłaszcza zapalenia przyzębia i próchnica zębów, wpływają nie tylko na zdrowie i samopoczucie kobiety, ale także na przebieg ciąży i zdrowie dziecka.

Europejska Federacja Perio-
dontologiczna (EFP) przy-
gotowała program uświa-
damiający kobiety w ciąży lub
kobiety planujące ciążę o zna-
czeniu opieki stomatologicznej
(oralhealthandpregnancy.efp.org).

Właściwie zadbane jamy ustne kobiety ciężarnej pozwala w znacznym stopniu zapobiec groźbie wystąpienia powikłań zarówno matki, jak i jej płodu, a później także noworodka. Członkowie Polskiego Towarzystwa Periodontologicznego (PTP) mieli okazję usłyszeć więcej szczegółów o akcji podjętej przez EFP z ust samego prof. Mariano Sanaza, który przybył do Warszawy na doroczną konferencję PTP na zaproszenie prof. Renaty Górskiej.

Podwyższony poziom hormonów w ciąży może wpływać na sposób, w jaki organizm kobiety reaguje na płytkę nazębną, co niekiedy powoduje zapalenie dziąseł lub nawet znacznie poważniejsze schorzenie, jakim jest zapalenie przyzębia. Wykazano, że istnieje powiązanie chorób przyzębia z występowaniem powikłań ciążowych, dlatego dbanie o zdrowie zębów i dziąseł w czasie ciąży jest niezwykle ważne, tak dla matki, jak i jej nienarodzonego potomstwa.

Materiały informacyjne EFP powołują się na badania, które wykazują, że zapalenie przyzębia powiązane jest z występowaniem trzech rodzajów



powikłań ciążowych: niskiej wagi urodzeniowej, przedwczesnego rozwiązania oraz stanu przedrzucawkowego (rozumianego jako wysokie ciśnienie krwi matki i znaczący białkomocz lub obecność nadmiernej liczby białek w moczu), a także z wystąpieniem cukrzycy ciążowej.

STAN PRYZĘBIA A POWIKŁANIA CIĄŻOWE

Zaawansowane zapalenie przyzębia nawet wielokrotnie zwiększa ryzyko przedwczesnego porodu i niskiej masy urodzeniowej. Wysokie stężenie PGE2

w płynie łożyskowym matki, towarzyszące zapaleniom przyzębia, może być wręcz uważane za czynnik prognostyczny przedwczesnego porodu. Olfenbacher i współpracownicy zauważyli, że noworodki z masą urodzeniową poniżej 1000 g rodziły się wyłącznie w grupie kobiet z zapaleniem przyzębia. Obserwacje te zostały potwierdzone przez innych badaczy. Wykazano także, że leczenie zapalenia przyzębia zmniejsza ryzyko porodu przedwczesnego i niskiej masy urodzeniowej dziecka oraz wystąpienia innych powikłań w czasie ciąży.



Odwiedź strony:
oralhealthandpregnancy.efp.org,
perio.org.pl

Kobiety w ciąży powinny obserwować stan swojej jamy ustnej i sprawdzić, czy nie występują u nich niepokojące objawy chorobowe, w szczególności stan zapalny lub krwawienie dziąseł. Należy również zwrócić uwagę na obecność innych objawów, takich jak ból podczas żucia, nieprzyjemny zapach z ust (halitoza), obniżanie się dziąseł lub ruchomość zębów. W przypadku obecności jednego lub kilku z wymienionych objawów, należy zasięgnąć porady stomatologa.

Nawet przy braku jakichkolwiek objawów choroby, należy dbać o zdrowie zębów i dziąseł, tak aby uniknąć ewentualnych problemów w późniejszym czasie. Należy zasięgnąć rady stomatologa dotyczącej najskuteczniejszych metod profilaktyki chorób przyzębia. Stany zapalne dziąseł przy stosowaniu odpowiednich środków profilaktycznych zwykle szybko ustępują.

Choroby przyzębia (zapalenie dziąseł lub zapalenie przyzębia) można bezpiecznie leczyć w ciąży. Nieleczenie ich jest wręcz bardziej ryzykowne dla ciąży niż drobne urazy, które mogą powstać w trakcie leczenia.

Najdogodniejszym czasem na leczenie jest drugi i trzeci trymestr ciąży lub okres jeszcze przed poczęciem. Udowodniono, że działania podejmowane w ramach leczenia chorób przyzębia skutecznie przywracają zdrowie dziąseł u kobiet w ciąży i nie stanowią zagrożenia dla ich ogólnego stanu zdrowia. Kobiety w ciąży i kobiety starające się o dziecko powinny być świadome istnienia możliwego powiązania chorób przyzębia z powikłaniami ciążowymi. Z tego powodu konieczne jest leczenie chorób przyzębia, jeśli takie występują. Istnieją wspólne czynniki zwiększające ryzyko wystąpienia powikłań ciążowych jak i chorób przyzębia, takie jak palenie papierosów, dlatego kobiety muszą być świadome, jak ważne jest prowadzenie przez nie zdrowego stylu życia.

RYZYKO PRÓCHNICY

W ciąży obserwuje się wzrost ryzyka próchnicy zębów, spowodowany m.in. zmianami zachowań żywieniowych, często pojawiającymi się zaburzeniami dyspeptycznymi, a także

KOBIETY W CIĄŻY I STARAJĄCE SIĘ O DZIECKO POWINNY BYĆ ŚWIADOME ISTNIENIA MOŻLIWEGO POWIĄZANIA CHOROÓB PRZYŻĘBIA Z POWIKŁANIAM CIĄŻOWYMI, DLATEGO KONIECZNE JEST LECZENIE CHOROÓB PRZYŻĘBIA, JEŚLI TAKIE WYSTĘPUJĄ.

zmianami ilości wydzielanej śliny i jej właściwości. Zaniedbania profilaktyczne w tym okresie są przyczyną zwiększenia liczebności kolonii bakterii próchnicotwórczych w jamie ustnej kobiety i pojawiania się ognisk próchnicy. Matka jest głównym źródłem flory bakteryjnej kolonizującej jamę ustną dziecka. Im wyższy jest poziom tych bakterii w jamie ustnej matki i im wcześniej zostaną one przekazane dziecku, tym większe jest ryzyko rozwoju u niego zmian próchnicowych. Obecność aktywnych, nieleczonych ognisk próchnicowych u ciężarnej zwiększa więc zagrożenie wystąpienia choroby próchnicowej u dziecka. Udowodniono, że leczenie próchnicy zębów u matki prowadzi do zmniejszenia liczebności bakterii próchnicotwórczych w jej jamie ustnej i poziomu ryzyka próchnicy u dziecka. U kobiety zmniejsza także ryzyko powikłań infekcyjnych wymagających leczenia endodontycznego, a nawet ekstrakcji zęba.

Zmiany, jakie zachodzą w organizmie kobiety w ciąży, mogą zwiększać ryzyko chorób jamy ustnej, dlatego wymagają one wzmocnienia opieki stomatologicznej zarówno w zakresie interwencji leczniczych, jak i profilaktycznych. Kobietom w okresie ciąży i połogu w Polsce przysługuje większy zakres procedur leczniczych i profilaktycznych w ramach świadczeń ogólnostomatologicznych refundowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Pozwala na regularne, co 3 miesiące, badania kontrolne, wykonywanie niezbędnych zabiegów profilaktycznych i leczniczych oraz indywidualną edukację prozdrowotną. Konieczność intensywnej opieki stomatologicznej i znaczenie utrzymania zdrowia jamy ustnej podkreśla dodatkowo Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2010 r. (zastąpione następnie

rozporządzeniem z dnia 20 września 2012 r.), które wprowadziło „Standardy postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem w okresie ciąży i połogu”. Uwzględniają one propagowanie zdrowego stylu życia, w tym zdrowia jamy ustnej (do 10. tygodnia życia), kontrole stanu zdrowia jamy ustnej (w okresach 11-14, 21-26, 33-37 tydzień ciąży) w ramach świadczeń profilaktycznych udzielanych przez lekarza lub położną oraz kontrolne badanie stomatologiczne z uwzględnieniem oceny stanu zdrowia jamy ustnej, określeniem potrzeb profilaktyczno-leczniczych i ustaleniem planu leczenia do 10. tygodnia ciąży.

Badania ankietowe obejmujące ponad 3 tysiące kobiet przeprowadzone przez lekarzy ginekologów i lekarzy dentyków w 2017 r. ujawniły jednak, że tylko około 60 proc. kobiet zgłosiło się w czasie ciąży do stomatologa i tylko co piąta była skierowana przez lekarza ginekologa. Spośród kobiet, które zgłosiły się do gabinetu stomatologicznego, zaledwie 1/3 jako powód wizyty podała potrzebę profilaktyczną. Niestety tylko u 13,6 proc. wykonano skaling i zaledwie u 6,6 proc. lakierowanie zębów. Co czwarta kobieta zgłosiła się z powodu bólu zęba. Lekarze dentyści podejmowali leczenie próchnicy i jej powikłań. Analiza danych wykazała jednak znacznie większą częstość wykonywania ekstrakcji zębów i leczenia endodontycznego niż zębowych zdjęć radiologicznych.

Badania te ujawniły także konieczność edukacji prozdrowotnej przyszłych matek. Niestety około 20 proc. kobiet nie wie, czy leczenie stomatologiczne w czasie ciąży jest bezpieczne. ○

60%

Badania przeprowadzone w 2017 r. ujawniły, że około tylu kobiet zgłosiło się w czasie ciąży do stomatologa i tylko co piąta była skierowana przez lekarza ginekologa.

Czy potrafimy przebaczać?

Przebaczenie jest dwukierunkową drogą, bo ilekroć przebaczymy komuś, przebaczymy również samemu sobie.

Paulo Coelho



Jolanta Małmyga

Wiceprezes ORL w Gorzowie Wlkp.

Niby proste pytanie, ale odpowiedź wcale nie jest łatwa, gdyż żeby umieć przebaczyć, należy potrafić kochać, i to nie tylko innych ludzi, ale również siebie. Nie ma mowy o wybaczeniu, gdy nie lubi się samego siebie za własne myśli i postępowanie. Wielokrotnie nie chcemy i nie mamy odwagi takiego zachowania zmienić, bo tak jest lepiej i wygodniej. W taki sposób próbujemy tłumaczyć nasze zachowania, gdyż uważamy, że inaczej stracimy własną wiarygodność, ale czy na pewno?

Czy nie prościej jest przebaczyć i żyć dalej godnie, i pozostać sobą bez urazy i chęci odwetu, chociaż żal i złość za wyrządzone krzywdy nie pozwalają zapomnieć, a co dopiero wybaczyć. Często udajemy tak na pokaz, że było, minęło i nie wróci, gdyż zdaniem innych tak należy postąpić, ale tak naprawdę niechęć do wybaczenia tkwi w nas jak ostra zadra, która wyzwała poczucie żalu i gniewu. Złość i nienawiść to źli doradcy, nie zawsze też chcemy się pozbyć tych uczuć i nie potrafimy zapomnieć.

Wokół nas jest wiele ludzi o kamiennym sercu, którzy manipulują otoczeniem w przesadnym poczuciu własnej wartości, traktując to jako polisę ubezpieczeniową na swoje życie. Moje zdumienie i zdziwienie wywołało stwierdzenie z ust rządzących, że wcześniej nie było Polski, gdyż istnieje od niedawna. Pytam się więc, w jakim kraju na Ziemi się urodziłam, studiowałam i mieszkalam? Zawsze uważałam, że żyłam w Polsce, fakt że był inny ustrój polityczny, ale to był i jest mój kraj, a może to był mój wymysł, on, wirtualny świat niebytu, a mi się tylko wydawało, że to jest Polska?

Czy kiedy skończą się rządy jedynej i słusznej władzy, ponownie zaczną się twierdzić, że Polski nie było? Uchwala się nonsensowne przepisy wypaczające historię, a co niektórzy w swoich zapędach twierdzą, że tytuły i dyplomy

naukowe uzyskane w czasach „niebytu” są nieważne i należy je anulować, ba, nawet zastanawiają się, jak wykreślić pierwszego Polaka, który poleciał w Kosmos; sama degradacja stopnia wojskowego to za mało.

Byłam ciekawa, czy w szalonych zapędach braku umiejętności wybaczenia i przekreślania osiągnięć z „innych” czasów, również ogłosi się nieważność dyplomów lekarskich, gdyż jak skreślać wszystkich, to i również medyków. Jednak w każdym szaleństwie jest metoda i niekiedy odzywają się resztki zdrowego rozsądku, a może raczej wygodnictwa, bo kto zadbałby o zdrowie społeczeństwa w tej praworządnej krainie? We współczesnym świecie jest coraz więcej zachowań szowinistycznych i ksenofobicznych, takie idee głoszą ludzie niepotrafiący kochać nikogo i niczego, a przede wszystkim niedoceniający innych. Dziwi mnie to, że jest wśród nich wiele starszych osób, które przeżyły różne zawirowania historyczne, a teraz dają przyzwolenie dla takich zachowań, żyjąc w przeświadczeniu, że starsze pokolenie (tylko skąd się ono wzięło? z jakiego kraju przybyło?) jest znacznie lepsze i mądrzejsze od młodego. Czy taka powinna być puenta? Moim zdaniem akurat w okresie Wielkanocy warto przypomnieć sobie symbolikę świątecznego jajka, którego skorupka oznacza to, co stare, żółtko – co nowe, a wykluwający się kurczak przebija skorupę i niesie nadzieję nowego życia.

Wielkanoc to święta przebaczenia i zapominania wszelkich krzywd. Wiem, że najtrudniej jest wybaczyć samemu sobie, gdyż za tym stoi brak wiary w siebie, dlatego wybaczymy sobie i polubmy siebie, wtedy łatwiej potrafimy wybaczyć innym. ○

*Życzę pełnych wiosny i radości
Świąt Wielkanocnych!*

Dziecko to nie mały dorosły

GL
WYWIAD

Z prof. **Maciejem Bagłajem**, prezesem Polskiego Towarzystwa Chirurgów Dziecięcych, rozmawia **Lucyna Krysiak**.



Lucyna
Krysiak

Dziennikarz
„Gazety Lekarskiej”

GL Skąd wziął się podział na chirurgię i chirurgię dziecięcą?

W przeszłości panowało przekonanie, że dziecko to mały dorosły, ale choroby wieku dziecięcego dowiodły, że tak nie jest. Chirurgia dziecięca wymaga specjalnego podejścia do pacjenta, którym jest człowiek od narodzin po 18. rok życia. Spektrum chorób, z którymi chirurg dziecięcy ma kontakt w tak rozstrzelonym przedziale wiekowym – okres noworodkowy, niemowlęcy, wczesno- i późnodziecięcy, młodzieńczy – jest ogromne. Tak naprawdę jesteśmy więc zarówno pediatrami, ponieważ leczymy dzieci, jak i chirurgami. To balansowanie pomiędzy chirurgią a pediatrią dowodzi, że z jednej strony stosujemy wspólne dla chirurgii metody leczenia zabiegowego, z drugiej musimy mieć na względzie różne, w zależności od wieku, potrzeby dziecka. Generalnie chirurgia podzieliła się na szereg wąskich specjalności, np. neurochirurgię, kardiochirurgię, torakochirurgię, chirurgię onkologiczną, naczyniową. Chirurgia dziecięca pozostaje jedną, spójną całością, jest więc dziedziną unikalną i bardzo wymagającą.

GL Wśród dzieci, tak jak wśród dorosłych, wzrasta urazowość.

To prawda, jednak wiele urazów to banalne zranienia i mogłyby być zaopatrywane ambulatoryjnie w POZ, ale powszechną praktyką jest, że są one kierowane na ostry dyżur, mimo że tylko połowa wymaga interwencji chirurgicznej.

W ramach wiosennych spotkań z pediatrią miałem wykład na temat urazów wśród dzieci, który potraktowałem jako formę edukacji dla pediatrów, co mogą bezpiecznie zrobić w swoich gabinetach, aby odciążyć chirurgię dziecięcą. Nie chciałbym, aby to było odbierane w kategoriach obarczania obowiązkami kolegów lekarzy rodzinnych i pediatrów, ale takie rozwiązanie byłoby najlepsze. Jako chirurg dziecięcy pracuję w klinice uniwersyteckiej we Wrocławiu i mam raz w tygodniu dyżur w przyklinicznej poradni. Z doświadczenia wiem, że np. zmianę opatrunku czy zdjęcie szwów założonych na ostrym dyżurze równie dobrze można by wykonać w przychodni POZ. W Polsce mamy 400 chirurgów dziecięcych, to naprawdę nieliczna grupa specjalistów i głównie są oni skupieni w ośrodkach

akademickich. W mniejszych miejscowościach jest bardzo trudno o chirurga dziecięcego. Jeśli do poradni dziecko trafia z takim problemem, natychmiast jest odsyłane na ostry dyżur. To naprawdę wymaga przeorganizowania. Bardzo potrzebujemy współpracy lekarzy rodzinnych.

GL To logiczne i proste rozwiązanie, dlaczego tak trudno je wdrożyć?

Ponieważ dziecko to trudny pacjent – boi się bólu, kontaktu z lekarzem, z narzędziami, których używa. To także niełatwy kontakt z rodzicami, którzy o nie drżą. Wymaga więc od lekarza nie tylko umiejętności, ale empatii i cierpliwości. Lekarze nieprzygotowani do tej roli często nie są w stanie wykonać u dziecka prostych czynności, ponieważ nie wiedzą, jak zareaguje – płaczem, histerią, omdleniem. To dlatego większość zabiegów u dzieci jest przeprowadzana w sedacji albo w znieczuleniu ogólnym, wymaga udziału anestezjologii i pielęgniarki anestezjologicznej. To dlatego chirurdzy operujący dorosłych unikają kontaktu z dziećmi i nawet kiedy nie ma takiej potrzeby, odsyłają je do chirurgów dziecięcych.

GL Chirurgia dziecięca jest młodszą siostrą chirurgii. Kiedy nastąpił ten podział?

W Polsce początki sięgają XIX w., kiedy powstawały pierwsze szpitale dziecięce – Lwów, Kraków, Wilno, Warszawa. Amerykanie za moment narodzin chirurgii dziecięcej jako niezależnej dyscypliny klinicznej przyjęli 1917 r., kiedy w porcie Halifax doszło do katastrofy statków przewożących amunicję. To był największy wybuch nieatomowy w historii. Zginęło kilka tysięcy ludzi, a wśród tysięcy rannych było wiele dzieci. Na ratunek ruszyli lekarze z Bostonu, a z nimi William Ladd, pionier i twórca pierwszej kliniki chirurgii dziecięcej w tym mieście. Z czasem jego uczniowie zakładali kolejne takie oddziały w całym stanie. Dla chirurgów dziecięcych, nie tylko w USA, to postać kultowa. W Polsce jest nią prof. Jan Kossakowski, który poświęcił się leczeniu zabiegowemu dzieci w Warszawie. Także jego uczniowie rozjechali się i organizowali chirurgiczne oddziały dziecięce w Lublinie, Łodzi, Gdańsku i innych miastach.

400

– tylu chirurgów dziecięcych jest w Polsce.

Szkoła prof. Kossakowskiego stworzyła podwaliny współczesnej chirurgii dziecięcej i choć należę do pokolenia, które już nie czuje bezpośrednio tych wspólnych korzeni, zawsze o nich pamiętam.

GL A jak powstało Polskie Towarzystwo Chirurgów Dziecięcych?

Najpierw była sekcja chirurgów dziecięcych działających przy Towarzystwie Chirurgów Polskich. Dynamiczny rozwój spowodował, że już w 1965 r. została przekształcona w Polskie Towarzystwo Chirurgów Dziecięcych (PTChD). Jako samodzielna dyscyplina naukowa i kliniczna uzyskała tym samym nowe możliwości rozwoju i prawo do organizowania własnych kongresów. Wtedy było ogromne zainteresowanie lekarzy specjalizowaniem się w tej dziedzinie, które obecnie niestety spada. Chirurgia dziecięca stała się specjalnością podstawową i aby uzyskać specjalizację, trzeba przejść taką samą ścieżkę jak w innych specjalnościach: 6-letnia rezydentura w oddziale chirurgii dziecięcej zakończona Państwowym Egzaminem Specjalizacyjnym.

Jednak szkolenie specjalizacyjne obejmuje oprócz chirurgii wiele różnych dyscyplin – pediatrię, intensywną terapię, onkologię, dlatego w ciągu 6 lat trudno zyskać doświadczenie, dlatego nabywa się je stopniowo. Podkreślam, że mamy do czynienia z dziećmi, często naprawdę bardzo małymi. Szkolenie specjalizacyjne jest więc bardzo trudne i odbywa się w ośrodkach akademickich. Brak zainteresowania chirurgią dziecięcą wśród młodych lekarzy wynika też z faktu, że dyscyplina ta nie jest priorytetową, a to oznacza znacznie mniejsze pieniądze, jeśli chodzi o finansowanie. Dla dyrektorów szpitali jest nieopłacalna, zamykają więc nierentowne oddziały, co także zniechęca młodych.

PTChD jest przede wszystkim motorem napędowym rozwoju naukowego, ale musi także dbać o zachowanie standardów zbliżonych do światowych. W tym celu współpracuje z konsultantem krajowym ds. chirurgii dziecięcej, czego owocem jest m.in. inicjatywa powołania w Polsce centrów urazowych dla dzieci. Ich usytuowanie ma usprawnić dotarcie dziecka z urazem do takiego centrum w optymalnie najkrótszym czasie. Urazowość wśród dzieci wzrasta i jestem przekonany, że centra z nowoczesnym systemem logistyki i transportu to właściwe rozwiązanie.

GL Jaki jest obecnie stan chirurgii dziecięcej w Polsce?

Jest to dyscyplina dynamicznie rozwijająca się, ale niedofinansowana. Ratujemy życie dzieci i obok powinności, to nasza misja, mimo to jesteśmy niedoceniani przez płatnika. Chirurgia noworodka, chirurgia onkologiczna, chirurgia małoinwazyjna są w Polsce na bardzo wysokim poziomie i możemy pod tym

➤ Prof. Maciej Baglaj:
– Chirurgia dziecięca pozostaje jedną spójną całością, jest więc dziedzina unikalną i bardzo wymagającą.



względem stanąć w szranki z najlepszymi w Europie. Jednak postęp kosztuje, a my żyjemy w określonych realiach. Boleję nad tym, że tylko ośrodki akademickie są w stanie równać do tego poziomu. System szkoleniowy pozbawił lekarzy możliwości specjalizowania się w małych ośrodkach, co niekorzystnie odbiło się na ich kształceniu. Doszło do zapętlenia, ponieważ ci, którzy szkolą się w dużych ośrodkach, nie chcą jechać na prowincję. Dobrze wyszkoleni chirurdzy dziecięcy są skupieni w jednym miejscu, a małe szpitale są pozbawione młodych kadr. Zjawisko centralizacji staje się obecnie poważnym problemem, bo dzieci wymagające interwencji chirurgicznej często trzeba transportować do odległych ośrodków. Jest to uzasadnione w przypadku zabiegów złożonych, w przypadku prostych takich jak np. operacja wyrostka robaczkowego, dziecko można by operować na miejscu.

GL O co chodzi w nowoczesnej chirurgii dziecięcej?

Chodzi o to, by być na bieżąco zarówno w technikach operacyjnych, jak i dostępie do nowoczesnej diagnostyki i sprzętu. Jako członkowie PTChD uczestniczymy w międzynarodowych kongresach, zjazdach, sympozjach, a liderzy polskiej chirurgii dziecięcej często są tam prelegentami, co świadczy o naszej wysokiej pozycji w naukowych gremiach.

Co roku odbywa się Europejski Kongres Chirurgii Dziecięcej organizowany przez EUPSA i zawsze jest tam zaznaczony akcent polski. Dziś nie ma podziału na Wschód i Zachód. Jesteśmy jedną europejską rodziną chirurgów dziecięcych. Jeśli w czymś odbiegamy, to w badaniach naukowych, ponieważ to są ogromne pieniądze. My ich nie mamy, a wiadomo, że aby rozwijać się w swojej specjalności, trzeba też pracować naukowo. Chirurgia dziecięca to dyscyplina specyficzna, coraz bardziej interdyscyplinarna, kładzie się więc nacisk na współpracę z pediatrami, lekarzami rodzinnymi, chirurgami, urologami i przedstawicielami wielu innych dyscyplin klinicznych. Przyszłość widzę we wspólnie wytyczonych celach i zacieśnieniu kontaktów. ○

**URAZOWOŚĆ WŚRÓD DZIECI WZRASTA
I JESTEM PRZEKONANY, ŻE CENTRA
Z NOWOCZESNYM SYSTEMEM LOGISTYKI
I TRANSPORTU TO WŁAŚCIWE ROZWIĄZANIE.**

RODO w placówce medycznej

GL
W Y W I A D

25 maja zacznie być stosowane unijne rozporządzenie o ochronie danych osobowych¹. Jak do zmian powinny przygotować się placówki medyczne? Z **Moniką Krasieńską**, dyrektor Departamentu Orzecznictwa, Legislacji i Skarg Biura GODO, rozmawia **Lidia Sulikowska**.

GL Jesteśmy coraz bliżej wejścia w rzeczywistość według RODO. Czy jest się czego obawiać?

Odpowiedzialni administratorzy danych osobowych, którzy przestrzegają obecnie obowiązujących przepisów, nie mają się czego obawiać, bo wystarczy, że tylko zaktualizują i dostosują swoje procedury do wymagań unijnego rozporządzenia. Jeśli np. wdrożyli politykę bezpieczeństwa w zakresie przetwarzania danych i instrukcję zarządzania systemem informatycznym, stosując klauzule poufności, a nad danymi czuwa administrator bezpieczeństwa informacji (ABI), to są w dobrym punkcie wyjścia. W gorszej sytuacji są placówki, które do tej pory niefrasobliwie podchodziły do tych kwestii. Do Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych (GIODO) wciąż wpływają skargi o naruszeniach obecnych przepisów w zakresie ochrony danych osobowych przez podmioty lecznicze i braku zmian w stosowanych od lat nieprawidłowych praktykach. Brakuje przede wszystkim staranności w procesie przetwarzania danych i wiedzy wśród pracowników, jak chronić powierzane im informacje. Wiele pracy przed nami.

GL Czego najczęściej dotyczą nieprawidłowości?

W jednostkach ochrony zdrowia dochodzi do ujawniania danych pacjentów w obecności osób trzecich, np. poprzez niewłaściwie zorganizowaną pracę w rejestracji. Osoby postronne słyszą imię i nazwisko rejestrowanego, jego numer PESEL, informację, na jakie badanie jest kierowany. Inne przykłady naruszeń to m.in. wywieszanie list z danymi pacjentów na drzwiach gabinetów, wywoływanie na wizytę po nazwisku, skanowanie i kopiowanie dowodów osobistych (mimo braku podstaw prawnych), przeprowadzanie wywiadu z chorym na sali w obecności innych pacjentów, brak kontroli nad dokumentacją medyczną, utrata tej dokumentacji, ujawnienie danych medycznych w formie telefonicznej osobom nieuprawnionym czy wysyłka jednoznacznej korespondencji e-mailem do wielu pacjentów bez ukrycia adresów mailowych odbiorców. Problemem jest też korzystanie z usług informatycznych firm zewnętrznych bez zawierania z nimi umów powierzenia przetwarzania danych osobowych i klauzul gwarancyjnych, że te dane będą usuwane po zakończeniu współpracy. Chyba największe wyzwanie stoi przede wszystkim przed indywidualnymi

i grupowymi praktykami lekarskimi. Brakuje samej świadomości, że prawo do ochrony danych osobowych jest częścią prawa pacjenta do poszanowania jego godności i wpisuje się w poszanowanie tajemnic prawnie chronionych, np. tajemnicy lekarskiej.

GL Po 25 maja przepisy jeszcze się zaostrzą.

RODO powtarza wiele już istniejących wymagań płynących z Dyrektywy 95/46/WE, ale oczywiście są dodatkowe wymogi do spełnienia. Rozszerza się m.in. katalog danych wrażliwych o dane biometryczne, wzrośnie liczba nowych uprawnień osób fizycznych, takich jak m.in. prawo do bycia zapomnianym, prawo do przenoszenia danych do innego usługodawcy, prawo do niepodlegania decyzji opartej wyłącznie na automatycznym przetwarzaniu danych osobowych, w tym profilowaniu itd. Zmienia się zakres obowiązku informacyjnego, trzeba będzie np. poinformować pacjenta, przez jaki okres będą przechowywane jego dane, jakim odbiorcom będziemy je przekazywać i w jakim celu, a jeśli jego dane osobowe zostaną udostępnione niezgodnie z prawem, trzeba go niekiedy będzie o takim incydencie powiadomić. Należy też pamiętać, że zamiast zgłaszania zbiorów danych medycznych do rejestracji GIODO, administratorzy danych będą prowadzić rejestr czynności przetwarzania danych, w którym trzeba zdefiniować cele przetwarzania, odbiorców oraz przetwarzających. Konieczne będzie też udokumentowanie prowadzenia rejestru naruszeń. Jedną z najważniejszych zmian jest jednak samo podejście do procesu przetwarzania danych. Administrator będzie sam decydował, jakie mechanizmy i procedury wdroży, aby dane były chronione. Musi to zrobić w oparciu o analizę potencjalnych ryzyk, a w razie wystąpienia incydentu lub naruszenia będzie musiał wykazać, dlaczego zastosował akurat taką, a nie inną procedurę bezpieczeństwa. Rozporządzenie w tym zakresie czyni administratora danych niezwykle kreatywnym.

GL Zamiast administratora bezpieczeństwa informacji (ABI) będzie inspektor ochrony danych (IOD). Kto będzie musiał stworzyć takie stanowisko pracy?

Zgodnie z przepisami rozporządzenia, inspektor będzie musiał zostać powołany we wszystkich placówkach publicznych, a także w większości placówek prywatnych, ponieważ

2 LATA

– tyle czasu mieliśmy na przygotowanie się do wprowadzenia odpowiednich zmian.

W PRZYPADKU INDYWIDUALNEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ RACJONALNIE MOŻNA PRZYJAĆ, ŻE NIE MA TUTAJ MOWY O DZIAŁALNOŚCI NA DUŻĄ SKALĘ I TAKI LEKARZ NIE BĘDZIE MIAŁ OBOWIĄZKU ZATRUDNIAĆ INSPEKTORA OCHRONY DANYCH, CHOĆ SYTUACJA TA MOŻE SIĘ Z CZASEM ZMIEŃCIĆ.

RODO stanowi, że do wyznaczenia inspektora ochrony danych zobowiązane są m.in. te podmioty, których główna działalność polega na przetwarzaniu na dużą skalę szczególnie kategorii danych osobowych, a do takiej kategorii należą dane o stanie zdrowia. Grupa Robocza Artykułu 29 – organ doradczy Komisji Europejskiej w zakresie ochrony danych osobowych i prywatności – w grudniu 2016 r. wydała wytyczne dotyczące inspektorów ochrony danych. Zawierają one wskazówki, jak należy rozumieć „główną działalność” czy „dużą skalę”, a także wiele praktycznych, konkretnych przykładów sytuacji spełniających te kryteria. W przypadku indywidualnej praktyki lekarskiej racjonalnie można przyjąć, że nie ma tutaj mowy o działalności na dużą skalę i taki lekarz nie będzie miał obowiązku zatrudniać inspektora ochrony danych, choć trzeba pamiętać, że sytuacja ta może się z czasem zmienić, bo np. zwiększy się liczba pacjentów lub działalność lekarza się rozwinie.

GL Przygotowując się do wdrożenia RODO, na co zwrócić uwagę w pierwszej kolejności?

Najpierw należy oszacować poziom wiedzy personelu na temat ochrony danych osobowych, zidentyfikować podmioty, które uczestniczą w procesie ich przetwarzania i wszystkie obszary, gdzie dochodzi do przetwarzania danych. Należy też zadbać o upoważnienia pracowników do przetwarzania danych osobowych i klauzule poufności, zidentyfikować ryzyka związane z ochroną danych, przyjrzeć się organizacji pracy. Stworzyć, o ile jeszcze ich nie ma, procedury bezpieczeństwa, zgodnie z nowymi wytycznymi, właściwie je udokumentować i wdrożyć. Należy też przeanalizować, czy outsourcingujemy poszczególne usługi, a jeśli tak, to czy zadbałszy o zawarcie umowy powierzenia danych z firmami działającymi na nasze zlecenie (o ile zachodzi taka konieczność). Trzeba też przejrzeć wszystkie aktualne w placówce klauzule informacyjne i zbudować je na nowo, bo pamiętajmy, że rozszerza się zakres i forma realizacji obowiązku informacyjnego (przekaz ma być bardziej czytelny dla odbiorcy). Polecam też przyjrzeć się obecnie stosowanemu klauzulom zgód na przetwarzanie danych osobowych i zweryfikować, czy w ogóle są one potrzebne w konkretnych przypadkach. Przypominam, że taki formularz zgody stosujemy tylko wtedy, gdy z przepisów prawa nie wynika cel ich przetwarzania. Ponadto nie będzie można zbierać zgód blankietowych i zgód wymuszonych. Zwracajmy też uwagę na ryzyka związane z rozwojem technologicznym.

➤ **Monika Krasieńska:**
– **Żeby zapobiec wielu nieprawidłowościom, wystarczy przeorganizować pracę, zmienić sposób myślenia. Najłabszym ogniwem jest człowiek, co pokazują też doświadczenia z naszych kontroli.**



Pełna wersja wywiadu
na www.gazetalekarska.pl



Pamiętać należy, iż RODO zapewnia przetwarzaniu danych neutralność technologiczną, co oznacza, iż to nie urządzenie (nowa technologia) ma wyznaczać dopuszczalne standardy ochrony danych, ale administrator danych decydujący się na użycie przetestowanych pod kątem RODO rozwiązań techniczno-organizacyjnych.

GL RODO wprowadza możliwość nakładania ogromnych kar na administratorów łamiących prawo, tymczasem dostosowanie się do nowych wymogów kosztuje.

To nie jest tylko kwestia kosztów. Żeby zapobiec wielu nieprawidłowościom, wystarczy przeorganizować pracę, zmienić sposób myślenia. Najłabszym ogniwem jest człowiek, co pokazują też doświadczenia z naszych kontroli. RODO wzmacnia uprawnienia podmiotów danych i daje możliwość ukarania za naruszenia w zakresie ochrony danych osobowych, ale umożliwia też aktywną współpracę z naszym urzędem. Proszę nas nie kojarzyć jedynie z organem, który po 25 maja będzie tylko nakładał kary. Warto mieć na uwadze, że doskonałym narzędziem dla ograniczenia ryzyka nakładania kar będzie stosowanie przez jednostki ochrony zdrowia kodeksu postępowania czy też uwzględnianie w swojej działalności mechanizmów certyfikacji.

GL Pozostało niewiele czasu na dostosowanie się do nowych przepisów.

RODO będzie w tym samym terminie obecne w codziennej praktyce we wszystkich krajach Unii Europejskiej i tego już nie zmienimy. Rozporządzenie weszło w życie w połowie 2016 r., mieliśmy dwa lata okresu przejściowego na przygotowanie się do wprowadzenia odpowiednich zmian. ○

¹ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (tzw. RODO).

Chelatacje

„Lekarzowi nie wolno posługiwać się metodami uznanymi przez naukę za szkodliwe, bezwartościowe lub nie zweryfikowanymi naukowo. Nie wolno mu także współdziałać z osobami zajmującymi się leczeniem, a nie posiadającymi do tego uprawnień” [art. 57 ust. 1 KEL].

Do okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej wpłynęło pismo z komisariatu policji informujące o tym, że prowadzone jest postępowanie przygotowawcze dotyczące stosowania przez jednego z lekarzy (w ramach prowadzonej przez niego indywidualnej praktyki lekarskiej) płynu infuzyjnego jako produktu leczniczego niespełniającego wymogów określonych w ustawie z 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne.

W prokuraturze rejonowej dochodzenie to zostało wszczęte po złożeniu zawiadomienia przez Głównego Inspektora Farmaceutycznego. Postępowanie karne zostało jednak umorzone.

Obwiniony lekarz od 2006 r. do 2014 r. stosował terapię z użyciem preparatu chelatowego, który podawał pacjentom dożylnie, w leczeniu zmian

miażdżycowych oraz w celu usuwania metali ciężkich z organizmu. Terapię tę zastosował u około 500 osób. OROZ podjął decyzję o wszczęciu postępowania wyjaśniającego, w efekcie którego sporządził wniosek o ukaranie lekarza, zarzucając mu naruszenie art. 57 ust. 1 KEL w związku z art. 4 ustawy o zawo- dzie lekarza i lekarza dentysty. Po rozpatrzeniu sprawy okręgowy sąd lekarski uniewinnił obwinionego lekarza. W uzasadnieniu podał, że stosowaną przez obwinionego metodę chelatową można uznać za zweryfikowaną naukowo. OROZ odwołał się od tego orzeczenia do Naczelnego Sądu Lekarskiego. NSL uchylił orzeczenie OSL i przekazał sprawę do ponownego rozpoznania przez sąd pierwszej instancji.

Poproszono o opinię biegłych. W swojej opinii biegły farmakolog kliniczny wskazał, że nie ma dowodów na uznanie terapii chelatowej za skuteczną, co

więcej – może ona powodować pewne działania niepożądane. Z kolei opinia biegłych z Narodowego Instytutu Leków także jednoznacznie wskazała, że nie ma żadnych naukowych dowodów na skuteczność tzw. terapii chelatowej. Biegły z zakładu toksykologii klinicznej i sądowej stwierdził, że jest to metoda o nieudowodnionej efektywności klinicznej, za to z opisanymi w piśmiennictwie działaniami niepożądanymi. Także Naczelna Rada Lekarska w stanowisku z 2009 r. w sposób jednoznaczny stwierdza, że używanie chelatacji i jej popularyzowanie w wyżej wymienionych przypadkach jest niezgodne z art. 57 KEL.

Po ponownym przeanalizowaniu sprawy i dopuszczeniu opinii biegłych OSL uznał lekarza winnym i orzekł w stosunku do niego karę nagany. Obwiniony lekarz odwołał się do NSL. Ten utrzymał w mocy zaskarżone orzeczenie sądu pierwszej instancji.



Grzegorz Wrona

Naczelny Rzecznik
Odpowiedzialności
Zawodowej

KOMENTARZ

Mimo że orzeczenie NSL zostało znakomicie uzasadnione, obrońca lekarza, wykazując dużą aktywność i zaangażowanie, wystąpił do Sądu Najwyższego z wnioskiem kasacyjnym. Nie będę przytaczał argumentów podniesionych w kasacji, znajdziecie państwo te argumenty w uzasadnieniu SN publikowanym pod sygnaturą SDI 114/17. Kasacja została oddalona, co skutkowało sporządzeniem przez SN pisemnego uzasadnienia. Sąd, tak w ustnym, jak w pisemnym uzasadnieniu, podniósł istotność dla rozstrzygnięcia sprawy stanowiska Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 6 listopada 2009 r. w sprawie stosowania chelatonów przez lekarzy, traktując to stanowisko co najmniej na równi ze sporządzonymi opiniami biegłych. Należy tu przypomnieć przepis art. 8 pkt 3 ustawy o izbach lekarskich. Pamiętać również należy, że NRL podejmując tego rodzaju stanowiska (np. o szkodliwości, wartości metod

lecniczych), korzysta ze specjalistycznej wiedzy ekspertów, wiedzy specjalnej powołanych do przygotowania stanowiska członków właściwej komisji. Ignorowanie stanowiska NRL, także próba jego dyskredytacji, nie znalazły uznania w oczach sądu.

Postanowienie Sądu Najwyższego jest wiążące dla ukaranego lekarza i powinno stanowić jasną wskazówkę dla wszystkich innych lekarzy stosujących opisaną procedurę.

Przywołane stanowisko NRL nie straci swojej aktualności do czasu jego uchylenia. Zatem świadomość, że istotne dla lekarzy postanowienia sądów powszechnych mogą być i są oparte o obowiązujące wszystkich lekarzy stanowiska NRL, ciążyć powinna na Radzie i zobowiązywać tę Radę do okresowego przeglądu tych stanowisk.

Stanowiska NRL, a także stanowiska rad okręgowych, są najczęściej reakcją na aktualne wydarzenia. Stanowiska te są również wytycznymi dla ocen dokonywanych przez rzeczników, gdyż tak stanowi wspomniany art. 8 ustawy, o czym nie powinniśmy zapominać. (O)

Ze strychu do skrzydła



1



2

Trzy kondygnacje, 1,8 tys. metrów kwadratowych powierzchni: ambulatorium, część diagnostyczna, oddział, poradnia w systemie rooming-in [pierwsza w Polsce], kilka pokoi hotelowych i pomieszczenie socjalne dla rodziców chorych dzieci. Ponad 1000 hospitalizacji rocznie.

📍 MARTA JAKUBIAK, LIDIA SULIKOWSKA

Kiedy stajemy przed lewym skrzydłem Szpitala Dziecięcego w Dziekanowie Leśnym, od razu dostrzegamy duży napis: **Centrum Leczenia Mukowiscydozy**. Ośrodek powstał dzięki współpracy Samorządu Województwa Mazowieckiego, szpitala w Dziekanowie Leśnym, Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie i Polskiego Towarzystwa Walki z Mukowiscydozą, a tak właściwie dzięki ludziom, którzy postanowili zrobić coś dla innych i uwierzyli, że im się uda.

POCZĄTKI

Mukowiscydoza to jedna z najczęstszych chorób genetycznych, dziedziczonych w sposób autosomalny recesywny.

Powoduje ją wadliwy gen kodujący białko CFTR. Przyczyną błędu może być aż ponad 2000 mutacji. W Polsce wciąż nie ma jednoznacznych wytycznych, jak powinien wyglądać ośrodek dedykowany chorym na tę chorobę. Zajmują się tym tematem pasjonaci. Co się uda zorganizować, to jest. W szpitalu w Dziekanowie Leśnym powstała placówka, którą zachwyca się świat. Przyjeżdżają tu lekarze np. z Anglii, Holandii, Niemiec, Kanady czy Francji, a także z wschodniej granicy, np. z Ukrainy. Nie brakuje też lekarzy z całej Polski. Leczeniem pacjentów zajmuje się tu doświadczony zespół Kliniki Mukowiscydozy Instytutu Matki i Dziecka pracujący na bazie Oddziału Chorób Płuc w Dziekanowie Leśnym,

▲ 1. Doktor Łukasz Woźniacki i jego pacjenci
2. Prof. Dorota Sands

którym kieruje prof. Dorota Sands.

W naszym kraju wiedzę o mukowiscydozie zaczęła szerzyć w latach 70. prof. Krystyna Bożkowska, a jej dzieło kontynuowała dr Anna Nowakowska. To właśnie wtedy utworzono pionierską, jak na tamte czasy, placówkę leczenia mukowiscydozy w warszawskim Instytucie Matki i Dziecka z Oddziałem Terenowym w Rabce. Często przyjmować pierwszych chorych i promować testy potowe jako metodę diagnostyczną. Niestety, jeszcze na początku lat 90. możliwości terapeutyczne były niewielkie, dlatego aż 85 proc. pacjentów z mukowiscydozą umierało przed 18. r.ż. – Zaczęłam wtedy pracę w klinice. Odbylałam też staż w Londynie, gdzie nauczyłam się, że dzięki terapii opartej o zespół multidyscyplinarny można chorym wydłużyć życie i polepszyć jego jakość – wspomina prof. Sands. Taki model opieki starała się wdrożyć w instytucie. Udało się pozyskać znakomitą kadrę lekarzy, dietetyków, psychologów, ale pozostawał ogromny problem przestrzeni. – W opiece nad pacjentami z mukowiscydozą niezwykle istotne są odpowiednie warunki

lokalowe, dzięki którym można zapobiegać zakażeniom krzyżowym. Chorych trzeba izolować od siebie. W Warszawie nie było takich możliwości. Dostaliśmy do zaadaptowania i remontu jedynie niewielki strych. Kiedy w 2015 r. spotkałam się przypadkiem z dr. Andrzejem Krupą, zastępcą dyrektora do spraw medycznych szpitala w Dziekanowie Leśnym, zobaczyłam światło w tunelu. Zaproponował wówczas, że możliwe będzie utworzenie Centrum Leczenia Mukowiscydozy w oddzielnym całym skrzydle budynku szpitala w Dziekanowie Leśnym. To był cud – opowiada prof. Sands. W dwa lata udało się znaleźć środki finansowe i zrobić remont.

Z Instytutu Matki i Dziecka przeszedł do szpitala w Dziekanowie Leśnym cały wyszkolony zespół, a środki finansowe na utworzenie Centrum Leczenia Mukowiscydozy przekazał Samorząd Województwa Mazowieckiego. Nie sposób nie docenić zarówno wkładu finansowego, jak i pomocy organizacyjnej stowarzyszenia rodziców pacjentów, tj. Polskiego Towarzystwa Walki z Mukowiscydozą.

– Nie powiem, że było to łatwe zadanie, ale udało się. Mamy świetne warunki, a do tego znakomity multidyscyplinarny zespół: 6 lekarzy, 3 dietetyków, kilkanaście pielęgniarek, 3 fizjoterapeutów, psychologa – wylicza prof. Sands.

Obecnie leczy się tu około 400 pacjentów z całej Polski. Przyjmowane są tylko osoby do 18. roku życia. W sumie na mukowiscydozę w kraju choruje 2700-3000 osób.

Obecnie największym wyzwaniem jest zorganizowanie dalszej opieki nad dorosłymi. Gdy pacjenci osiągną pełnoletność, trafiają zazwyczaj do zatłoczonych poczekalni SOR-u i na oddziały pulmonologiczne, bez szans na opiekę zespołu interdyscyplinarnego i na izolowany pobyt. To bardzo pilna sprawa do naprawienia w systemie. – Chciałabym, by było znacznie więcej miejsc dla chorych dorosłych, gdyż Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie, gdzie obecnie są leczeni nasi wychowankowie, zaczyna pękać w szwach – dodaje nasza rozmówczyni.

Problem z zachowaniem wymogów izolacyjnych występuje też w bogatszych od naszego kraju, ale ich pacjenci mają za to dostęp do nowych leków i zagwarantowaną systemowo opiekę zespołu interdyscyplinarnego. Najdłuższe

przeżycie chorego na mukowiscydozę odnotowano w Kanadzie, wynosi około 50 lat. W Polsce wciąż umierają 20-latkowie, nie ma refundacji wszystkich antybiotyków wziewnych, nie ma też programu lekowego terapii przyczynowej, a o opiece interdyscyplinarnej jak w szpitalu w Dziekanowie Leśnym można jedynie pomarzyć.

Czy jest problem z rozpoznawaniem mukowiscydozy? – Już od dłuższego czasu wykonywane są badania przesiewowe noworodków, więc klasyczne postaci tej choroby rozpoznawane są już we wczesnym okresie niemowlęcym. Niestety pojawia się coraz więcej postaci atypowych. Choć lekarze wiedzą już coraz więcej o tej chorobie, wciąż uwrażliwiam, by zlecali nieinwazyjne, tanie badanie chlorków w pocie, jeśli mają jakiegokolwiek podejrzenie – apeluje prof. Sands.

NA KONSULTACJI

Organizacja systemu konsultacyjnego tutaj jest unikatowa na skalę europejską, działa bowiem w systemie rooming-in. Chorzy po przyjęciu do poradni od razu są umieszczani w osobnych salach z węzłem sanitarnym, w których odbywają konsultacje specjalistyczne. Zastosowanie takiego rozwiązania pozwala zminimalizować kontakt z innymi pacjentami i uniknąć ryzyka zakażenia krzyżowego. Gdy trzeba wykonać badania, po pacjenta przychodzi pielęgniarka. Chory po korytarzu porusza się w masce. Co więcej, sale są zorganizowane tak, aby w razie potrzeby można je było wykorzystać do przedłużenia hospitalizacji. Po każdym chorym sala jest dokładnie odkażana.

W jednej z sal siedzi 10-letni chłopiec z mamą. Czekają na doktora Łukasza Woźniackiego. – W poprzedniej placówce wizyty wiązały się ze stresem, że



▲ Dyrektor medyczny dr Andrzej Krupa

złapiemy jakąś bakterię, przez którą stan syna się zaostrzy, a tu nie jesteśmy na to narażeni – mówi mama Miłosa. Żegnamy się i idziemy zobaczyć oddział.

IZOLOWANE HOSPITALIZACJE

Na oddziale jest 12 sal. Ze względu na problem przewlekłego zakażenia florą patogeną układu oddechowego, każdy z chorych jest hospitalizowany osobno. Najgroźniejsze są bakterie przekazane od innego pacjenta z mukowiscydozą, bo są to szczepy wielolekooporne. Dziś jest pełne obłożenie.

– Okresowo w ciągu roku hospitalizujemy naszych podopiecznych, by wykonać badania czynnościowe układu oddechowego, badania biochemiczne, przesiewowe, np. w kierunku cukrzycy, a także uczymy dobrych nawyków żywieniowych, technik fizjoterapii, oceniamy stan psychiczny pacjentów. Inne hospitalizacje to przyjęcia z powodu zakażeń. Stosujemy wówczas antybiotykoterapię. Chcielibyśmy, by przynajmniej u części naszych pacjentów takie stany były leczone w domu, ale według obowiązujących przepisów musi prowadzić

- ▼ 1. Zespół dietetyczno-psychologiczny
- 2. Zespół fizjoterapeutów i techników medycznych





ją – ze względu na dożylną formę terapii – pielęgniarka, więc w praktyce poza szpitalem takie leczenie nie istnieje – zauważa prof. Sands.

Jednym z pacjentów jest Paweł, uczeń II klasy gimnazjum. – Wychodzę stąd mocniejszy. W domu robię wszystko – chwali się chłopak. – Hamujemy jego aktywność, bo chory na mukowiscydozę musi jednak uważać, by uniknąć groźnych infekcji – komentuje doktor Katarzyna Walicka-Serzysko. – Wiadomo, że zalecenia trudno jest spełnić w stu procentach, bo pomiędzy codziennymi kilkugodzinnymi inhalacjami, a antybiotykoterapią w szpitalu, trzeba mieć jeszcze normalne życie – dodaje. – To jest do dogadania – wtóruje jej podopieczny. Jego marzeniem jest agrobiznes, ale ten pomysł niezbyt podoba się pani doktor, gdyż naraża chłopca na kontakt z zarodnikami *Aspergillus*. Czy to znaczy, że jeszcze przemyślisz swoją decyzję? – Nie, agrobiznes. Liczy się moje szczęście – odpowiada stanowczo. Niestety to poważny problem z dziećmi wchodzącymi w dorosłe życie, chcących „żyć pełnią życia”, a ograniczeniami wynikającymi z choroby.

Opuszczając oddział, spotykamy jedną z fizjoterapeutek, Aleksandrę Cichocką. – Zajmujemy się terapią oddechową i prowadzimy zindywidualizowane treningi sportowe – wyjaśnia. Czym jeszcze zajmują się fizjoterapeuci? – W uzgodnieniu z lekarzami monitorujemy czynność płuc poprzez wysiłek na specjalnej bieżni. To dużo bardziej miarodajna metoda niż tradycyjny 6-minutowy test marszowy – wyjaśnia Michał Witkowski. Wykonuje się tu także badania MBNW, czyli metodą wypłukiwania

azotu z użyciem testu wielokrotnego oddechu. Zajmuje się tym Magdalena Postek. To badanie dużo dokładniejsze niż spirometria, a dodatkowo można je robić już u trzylatków.

WAŻNE ŻYWIENIE

Wracając z oddziału, zaglądamy jeszcze do zespołu dietetyczek, które opracowują schematy żywienia pacjentów. To jedna z najbardziej kluczowych ról w objawowym leczeniu mukowiscydozy, bo pacjent dobrze odżywiony zachowuje lepszą czynność płuc. – Obowiązuje duży reżim żywieniowy, choć oparty na diecie wysokobiałkowej, wielkości 150 proc. normy dopasowanej do wieku – mówi Małgorzata Surowiecka. – Widzimy się z chorymi kilka razy w roku. Z dietą trzeba się dopasować do pacjenta, trzeba wybierać takie produkty, które pacjent lubi. Nie ograniczamy soli. Włączamy witaminy. W przypadku chorych z niewydolnością trzustki ustalamy dawki suplementacji enzymatycznej – wyjaśnia. – Układamy też dietę dla mam karmiących piersią maluszka, który ma mukowiscydozę – dodaje Monika Mielus.

Niezwykle ważna jest także opieka psychologiczna. – Kontrolnie spotykamy się z pacjentem raz w roku, ale jeśli jest taka potrzeba, to oczywiście częściej. Co roku wykonujemy badania przesiewowe w zakresie depresji i lęku zarówno u chorych, jak i ich opiekunów. Zdarza się, że dzieci lepiej sobie radzą niż ich rodzice – opowiada psycholog Urszula Borawska-Kowalczyk. – Mamy naprawdę fajny zespół i dobrą atmosferę pracy, a pacjenci zapewnioną bardzo dobrą opiekę. To nie jest przypadek, to zasługa całego zespołu. Jak się chce, to można – mówi doktor

^ **Doktor Katarzyna Walicka-Serzysko, prof. Dorota Sands i dzielny Paweł**

Łukasz Woźniacki, którego spotykamy, wychodząc z gabinetu.

– Aby zbudować taki zespół, trzeba poświęcić dużo energii na rekrutację i stworzyć każdemu rozsądną ścieżkę kariery – mówi pani profesor i widać, że jest dumna ze swoich współpracowników. Nawet personel sprząający pełni tu szczególną rolę. Każdy wie, że od jego pracy zależeć będzie, czy wystąpią zakażenia, czuje się ważny i potrzebny.

ENTUZJAŚCI

Na koniec spotykamy się jeszcze z doktorem Andrzejem Krupą, zastępcą dyrektora ds. medycznych szpitala. – Zapraszam za rok, będzie jeszcze lepiej – mówi z uśmiechem. Dlaczego postawił na mukowiscydozę? – Stworzenie komuś szansy na wydłużenie życia to chyba najpiękniejszy dar. Poza tym, jeśli coś tworzymy, musimy się wzajemnie rozumieć. Po pierwszym spotkaniu z prof. Sands wiedziałem już, że taki ośrodek tu powstanie. Siedzieliśmy z panią profesor i całym zespołem przygotowującym utworzenie Centrum Leczenia Mukowiscydozy wiele tygodni i uzgadnialiśmy wszystko wspólnie – od projektów architektonicznych, ścieżek komunikacyjnych personelu, po wybór koloru ścian. Ten ośrodek tworzą ludzie, którzy się świetnie rozumieją i potrafią współdziałać – dodaje.

Szpital w Dziekanowie miał być zamknięty. Teraz szpital ma dodatni wynik finansowy. Pytamy, od czego zależy sukces. – Od ludzi. Nie tylko od lekarzy, ale od całego personelu. Działamy w ramach takich zasad finansowania świadczeń przez NFZ co inni. Prowadzenie procesu restrukturyzacji wymaga dużego poświęcenia, zaangażowania i czasu. Podobnie było przy tworzeniu Centrum Leczenia Mukowiscydozy – wyjaśnia dyrektor Krupa. I dodaje, że do ośrodka zgłaszają się też pacjenci z zagranicy, m.in. z Norwegii, Ukrainy, którzy chcą przyjechać tu na płatny pobyt diagnostyczno-leczniczy i szkoleniowy. Niestety na razie szpital nie ma formalnych możliwości, by ich przyjmując.

Patrząc na ludzi, którzy stworzyli to miejsce, człowiek zaraża się ich pozytywną energią – Dzięki tej pracy nauczyłam się cieszyć z każdej chwili i nie robić problemów tam, gdzie ich nie ma. Ta praca nauczyła mnie mądrzej żyć – uśmiecha się prof. Sands. ○

Tak uczyłem się pokory



Marta
Jakubiak

Zastępca redaktora
naczelnego
„Gazety Lekarskiej”

Poznał życie poczekalni. Nie czuł się w żaden sposób wyróżniony, że jest lekarzem. Stał się zwykłym pacjentem i odkrywał, jak funkcjonuje system.

Doktor Michał, kardiolog, przez niemal pięćdziesiąt lat leczył innych ludzi. Przyszedł dzień, gdy to on musiał zdobyć numerki i stanąć przed drzwiami gabinetu lekarskiego. – Moje kłopoty zdrowotne zaczęły się w momencie, kiedy przeszedłem na emeryturę. Emerytura to czynnik, który wyzwala różnego rodzaju stany chorobowe – zauważa z uśmiechem.

Najpierw była choroba onkologiczna przewodu pokarmowego, na szczęście dość szybko zdiagnozowana. Potem interwencja chirurgiczna zakończona sukcesem. Chwila spokoju, ale nie na długo. Pojawiły się nowe dolegliwości. I konieczność wykonania kolejnych zabiegów operacyjnych (w sumie trzech), tym razem urologicznych. – Nadal jestem chory i czekają mnie zapewne jakieś kolejne operacje. Jestem już po chemioterapii. Jakoś to znoszę. Staram się pozytywnie i pogodnie podchodzić do wszystkiego – opowiada doktor Michał.

DIAGNOZA

Dowiedział się, że ma raka, zanim jeszcze przyszły wyniki z zakładu patomorfologii. Te miały tylko potwierdzić wstępne rozpoznanie lekarza. – Czekanie na wynik badania histopatologicznego to niepewność i ogromne napięcie. Zawsze jest trochę nadziei, że może nic nie będzie, ale jest też dużo strachu, że jednak znaleźli komórki nowotworowe. Takie wyniki powinno się otrzymywać zdecydowanie szybciej. Zwłaszcza że w tej chorobie czas jest tak ważny – zauważa doktor Michał.

Co poczuł, kiedy usłyszał diagnozę? – Pierwszy moment był szokiem. Potem zdałem sobie sprawę, że czeka mnie poważne chorowanie, że to będzie proces



▲ **Poczekalnia żyje. Słychać narzekania, pretensje, ale też pochwały.**

długotrwały – wyznaje. Z pełną świadomością i ufnością konsekwentnie podporządkowywał się wszystkim zaleceniom. Pogodził się z chorobą. Zdał sobie sprawę, że został pacjentem onkologicznym i musi w miarę możliwości szybko działać. – Kiedy przychodzi choroba, przestaje się być lekarzem, a zaczyna się być pacjentem. Oddała się od siebie pełną świadomość choroby, a własna wiedza medyczna schodzi na plan dalszy. Słucha się wtedy innych lekarzy i to im się zawiera. Wierzy się w to, co mówią. Na szczęście do tej pory nie zawiodłem się na nich. Pomogli mi zmierzyć się z tą trudną chorobą i wspierali mnie w dochodzeniu do zdrowia – wspomina.

WĘDRÓWKA ADMINISTRACYJNA

Problemy zaczęły się, kiedy musiał korzystać z przychodni specjalistycznych i przejść wymagane w systemie ścieżki: lekarz rodzinny, skierowanie do specjalisty, skierowanie na badania, potem opinia specjalisty, a potem znowu wyczekiwanie. – Kiedyś pobiłem rekord, czekając

sześć i pół godziny przed gabinetem w jednej z przychodni specjalistycznych – mówi. Co się myśli, siedząc przez ponad sześć godzin w oczekiwaniu na wejście do gabinetu? – Czuje się na pewno zniecierpliwienie. Pojawia się pytanie, dlaczego muszę czekać tak długo. Ponieważ z natury jestem człowiekiem spokojnym, starałem się czymś zająć, żeby nie myśleć o czekaniu. Poza tym patrzyłem na ludzi w poczekalni i myślałem, że są tak samo chorzy jak ja i też czekają – opowiada.

– Nie czułem się w żaden sposób wyróżniony, że jestem lekarzem. Byłem zwykłym pacjentem. Pomyślałem wtedy przez chwilę, że przecież między lekarzami powinno być coś, co pozwoliłoby oszczędzić chorym kolegom lekarzom tych wszystkich przykrych momentów administracyjnych. Czułem się wtedy trochę pokrzywdzony, że nie jestem wyróżniony. Ale to minęło. Pogodziłem się, że tak nie jest i teraz przyjmuję wszystko z pokorą, podporządkowuję się temu, co narzuca system – wyjaśnia.

W CZASIE CHOROBY POZNAŁ RÓŻNYCH LEKARZY. CZĘSTO SPOTYKAŁ SIĘ Z ŻYCZLIWOŚCIĄ. BYŁY NIESTETY TEŻ BARDZIEJ CHŁODNE RELACJE I PRZYPADKI BRAKU EMPATII.

Poczekalnia żyje. Słysząc narzekania, pretensje, ale też pochwały. Poznał jej życie, słyszał wiele opowieści pacjentów. – Niechętnie wdaję się w rozmowę, ale bywało, że dawałem się w nią wciągnąć – mówi z uśmiechem. I jak sam przyznaje, ścieżki, które pacjent musi pokonać, są koszmarnie. – Dzisiaj każdy oddział szpitalny chce mieć pacjenta z gotowym kompletem badań. To wynika z oszczędności. Przyjęcie chorego na dzień lub dwa przed zabiegiem i wykonanie wszystkich badań w szpitalu ułatwiłoby, w końcu choremu człowiekowi, wędrowanie po tych wszystkich szczeblach administracyjnych – podkreśla.

CIĘKAWY PRZYPADK JEST BARDZIEJ LUDZKI

W czasie choroby poznał różnych lekarzy. Często spotykał się z życzliwością. Były niestety też bardziej chłodne relacje i przypadki braku empatii. W czym brak empatii się przejawia? – Często charakteryzuje on młodych medyków. Patrzą w komputer, biorą do ręki wyniki badań, mówią, co jest, co trzeba zrobić i do widzenia. Nie mają kontaktu z chorym, nie widzą pacjenta jako człowieka – mówi doktor Michał. Taki lekarz nie jest zainteresowany człowiekiem. Interesuje go przypadek medyczny, procedura i ustalenie planu działania.

– Pacjent oczekuje zrozumienia, takiego ludzkiego kontaktu z lekarzem, świadomości, że jest dobrze rozumiany i obu stronom zależy, żeby pokonać chorobę. Chory chce także klarownego przedstawienia perspektyw. Jeśli jasno i spokojnie wytłumaczy się mu, jak będzie przebiegała dalsza ścieżka leczenia i da się mu odczuć: jestem z panem i dołożę wszelkich starań, żeby panu pomóc, to wtedy zdecydowanie łatwiej jest walczyć z chorobą, bardziej wierzy się, że można z nią wygrać – zauważa doktor Michał.

Dlaczego młodzi podchodzą do pacjenta bez empatii? – Nie potrafię powiedzieć. My byliśmy chyba jakoś inaczej kształceni. Chory był dla nas ważny, interesowaliśmy się nim także jako człowiekiem. Moi pacjenci bardzo mnie lubili i nie raz, nie dwa wysłuchiwałem najrozmaitszych opowieści o ich chorobach innych niż związane z moją specjalizacją. Potrafiłem jakoś zaprzyjaźnić się z pacjentem. Pacjent wiedział, że może przyjść do mnie i porozmawiać, tak po ludzku, ze swoim lekarzem – opowiada. Czasem był zniecierpliwiony, bo w poczekalni piętrzyła się kolejka, ale nigdy nie zdarzyło mu się, żeby nie wysłuchał do końca chorego. – Dzisiaj lekarze nie widzą nic złego w takiej odhumanizowanej komunikacji. Jest pewien automat: ma wyniki – analizujemy, wyznaczamy plan działania, nie ma wyników – zlecamy badania, kolejna wizyta za pół roku lub rok – zauważa.

Przez własną chorobę doświadczył, że pacjent przestał być człowiekiem, a stał się przypadkiem medycznym. – Czasami może być interesującym przypadkiem, wtedy jest szansa, że zauważy się w nim człowieka – mówi. I przyznaje, że brak empatii nie dotknął go jakoś szczególnie głęboko, choć miał pewien nieprzyjemny incydent. – Zostawmy to. Wolę myśleć, że go nie było – ucina szybko.

Mimo choroby i niełatwej wędrówki po systemie, doktor Michał nie daje się zbyttno we znaki rodzinie ani też lekarzom. – Nie jestem pacjentem roszczeniowym, chyba też nie jestem pacjentem trudnym. I tak sobie myślę, że w sytuacjach, gdy jeden z kolegów podupadnie na zdrowiu, lekarze powinni się wspierać. Przecież każdy z nas sam kiedyś stanie się pacjentem... – dodaje na koniec naszej rozmowy. ☺

Gorący napój zabija?



Czy przewlekłe choroby zwiększają ryzyko chorób nowotworowych, a spożywanie gorącej herbaty może potęgować ryzyko zachorowania na raka przełyku?

W prospektywnym badaniu opublikowanym w „British Medical Journal” przeanalizowano ponad 400 tys. osób pod kątem najczęstszych przewlekłych chorób internistycznych (sercowo-naczyniowych, płuc, przewlekłej choroby nerek, cukrzycy, dny moczanowej) oraz ich wpływu na występowanie chorób nowotworowych. Średni czas obserwacji wynosił 8,7 lat. Wykazano, że – poza nadciśnieniem tętniczym i chorobami płuc – pozostałe choroby wiązały się z istotnie większym ryzykiem zachorowania na nowotwór. U osób z przewlekłą chorobą stwierdzono średnio o 20 proc. większe ryzyko zachorowania na nowotwór w porównaniu do populacji ogólnej. Dodatkowo w badaniu przeanalizowano wpływ wysiłku fizycznego na prawdopodobieństwo wystąpienia choroby nowotworowej. Wykazano, że regularny wysiłek fizyczny u osób z przewlekłymi schorzeniami internistycznymi obniżał ryzyko rozwoju

▲ U osób spożywających codziennie gorącą herbatę oraz ponad 15 g alkoholu występuje 5-krotnie zwiększone ryzyko zachorowania na raka przełyku.

nowotworu o ponad 40 proc. w porównaniu do niećwiczących osób obciążonych internistycznie. W innym z badań chińscy naukowcy postanowili odpowiedzieć na pytanie, czy codzienne picie bardzo gorącej herbaty zwiększa ryzyko zachorowania na raka przełyku u osób spożywających alkohol oraz palących papierosy. W kohortowym badaniu populacyjnym 9-letniej obserwacji poddano blisko 0,5 mln osób. Okazało się, że u osób spożywających codziennie gorącą herbatę oraz ponad 15 g alkoholu występuje 5-krotnie zwiększone ryzyko zachorowania na raka przełyku w porównaniu do osób spożywających mniej alkoholu i pijących herbatę rzadziej niż raz w tygodniu. Podobną tendencję zaobserwowano wśród palaczy: codzienne spożywanie przez nich gorącej herbaty zwiększało 2-krotnie ryzyko zachorowania na raka. W badaniu nie odnotowano zwiększonego ryzyka rozwoju raka z powodu samego spożywania gorącej herbaty. Międzynarodowa Agencja Badań nad Rakiem uznała spożywanie płynów o temperaturze powyżej 65 st. C za czynnik potencjalnie zwiększający ryzyko rozwoju nowotworów. ☹

Tylko lub aż 10 proc.

Zaledwie 10 na 100 dzieci biorących udział w badaniu fazy I w onkologii uzyskała korzyść, jeśli chodzi o poprawę stanu zdrowia – sugeruje metaanaliza wyników badań na ten temat, opublikowana przez polskich i amerykańskich specjalistów.

Informują o tym na łamach „PLOS Medicine” twórcy artykułu „Risk and Surrogate Benefit for Pediatric Phase I Trials in Oncology: A Systematic Review with Meta-analysis”. Autorzy zestawili informacje pochodzące ze wszystkich opublikowanych badań klinicznych fazy I, prowadzonych w pediatrii onkologicznej w latach 2004-2015. – Podaliśmy w nim analizie wyniki 170 badań z udziałem 4604 pacjentów, a następnie zestawiliśmy nasze wyniki z podobnymi szacunkami dotyczącymi tych z udziałem dorosłych – wyjaśnia dr hab. Marcin Waligóra z Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego. Z analiz tych wynika, twierdzi polski specjalista, że mimo regulacji i specjalnego projektowania takich badań, bezpośrednia korzyść i ryzyko udziału w badaniu fazy I w onkologii pediatricznej pozostaje na tym samym poziomie, co w tych z udziałem dorosłych. – Średnio 10 na 100 dzieci biorących udział w badaniu uzyskała korzyść, rozumianą jako odpowiedź organizmu na lek, np. w postaci zmniejszenia guza nowotworowego, w tym – w przypadku guzów litych – średnio zaledwie 3 na 100 dzieci włączonych do badania fazy I, natomiast w przypadku białaczek niemal 30 dzieci na 100 włączonych do badania – podkreśla dr hab. Waligóra. Specjalista dodaje, że przeciętnie każdy uczestnik badania doświadczył przynajmniej jednego poważnego lub zagrażającego życiu efektu ubocznego (trzeciego i czwartego stopnia) związanego z testowanym lekiem. Efekty uboczne związane z toksycznością testowanych leków (piątego stopnia) przyczyniły się przeciętnie do jednego zgonu na 50 uczestników. Jedną z głównych zasad badań klinicznych z udziałem dzieci jest to, że prowadzone są dopiero po testach na dorosłych. Muszą to być badania co najmniej fazy I, tj. takie, które prowadzone są na małej grupie osób w celu sprawdzenia bezpieczeństwa stosowania danego leku. ☹



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

Źródło: Serwis PAP Nauka w Polsce www.naukawpolsce.pap.pl, www.annals.org, www.bmj.com

Pierwszy taki zabieg w Europie



Lekarze z Kliniki Chirurgii Urazowej i Chirurgii Ręki Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu po raz pierwszy w Europie zrekonstruowali pacjentowi uszkodzony nerw kulszowy z użyciem nerwów pobranych od zmarłego dawcy. Z prof. **Jerzym Goskiem**, szefem zespołu, który podjął się tego zadania, rozmawia **Lidia Sulikowska**.

GL Pierwszego przeszczepienia nerwu kulszowego dokonała doktor Susan E. Mackinnon w 1988 r. w USA. Dotychczas wykonano zaledwie kilkanaście takich zabiegów, z czego żaden nie był przeprowadzony w Europie. Dlaczego zdecydowaliście się na tę metodę?

Do rekonstrukcji nerwu kulszowego można zazwyczaj wykorzystać wszczepy nerwu łydkowego od samego pacjenta, o ile jednak uszkodzenie jest niewielkie. W przypadku naszego pacjenta mieliśmy do czynienia z ubytkiem wynoszącym aż 10 cm, dlatego zapadła decyzja o transplantacji nerwu od zmarłego dawcy. To była jedyna sensowna alternatywa. Zналиśmy tę metodę z publikacji amerykańskiej literatury medycznej. Jest ona bardzo szczegółowo opisana. Od ponad 30 lat nasz ośrodek zajmuje się rekonstrukcjami nerwów obwodowych, więc nie baliśmy się podjąć tego wyzwania.

GL Jak wyglądały przygotowania do operacji i sama rekonstrukcja?

Najpierw oczywiście trzeba było znaleźć odpowiedniego dawcę. Następnie pobraliśmy przeszczep. Transplantat wymagał odpowiedniej preparacji w płynie, która trwała 7 dni. Na 3 dni przed operacją zaczęliśmy podawać choremu leki immunosupresyjne. Sam zabieg trwał ponad 5 godzin. Niestety doszło do silnego zwłóknienia tkanek, bo nerw uległ uszkodzeniu kilka tygodni wcześniej, przez co bardzo długo trwała sama preparacja i wydobywanie go z blizny. Konieczna była również resekcja części pęczelowej nerwu kulszowego z uwagi na wytworzenie się nerwiaków w poszczególnych pęczkach nerwowych.

GL Operowany był policjant, który został ranny podczas strzelaniny. O sprawie mówiła cała Polska. Jak pacjent czuje się teraz?

Zabieg wykonaliśmy 8 lutego, po 7 dniach pacjent wyszedł ze szpitala. Niemal od razu zaczęliśmy go rehabilitować. Szacujemy, że regeneracja nerwu kulszowego potrwa około 2 lat.

GL Czy istnieje ryzyko odrzucenia przeszczepu?

W przypadku każdej transplantacji nigdy nie mamy pewności, czy przeszczep zostanie przyjęty. Przy transplantacji nerwu kulszowego jest jeszcze jeden kłopot. Trudno zaobserwować wczesne objawy świadczące o tym, że dzieje się coś złego, więc trzeba na bieżąco modyfikować immunoterapię. Schemat właściwego postępowania ustalany jest przez dr hab. Dorotę Kamińską. Warto jednak dodać, że akurat jeśli chodzi o tego chorego, to przymus podawania immunosupresji jest jednocześnie zaletą, bo wpływa pozytywnie na proces regeneracji nerwów. Co istotne, terapia immunosupresyjna ma tutaj charakter czasowy. Liczymy, że potrwa do 6 miesięcy po zakończeniu procesu regeneracji nerwowej.

GL Jak może poprawić się sprawność tego pacjenta?

Bez rekonstrukcji nerwu kulszowego doszłoby do zaniku mięśni, braku czucia, pojawiłyby się przykurcze stawowe, nasiliłyby się dolegliwości bólowe, zwiększyłyby się podatność na urazy i infekcje, postępowałyby demineralizacja kości, co w konsekwencji doprowadziłoby do poważnego kalectwa. Teraz nasz podopieczny ma szansę na odzyskanie sprawności, choć szacunki są ostrożne. Ubytek nerwu był duży i uszkodzenie miało wysoki charakter, ale to młody mężczyzna, bardzo sprawny przed wypadkiem, więc liczymy na udaną regenerację. 

GL
W Y W I A D

Ciąża a rak

Jesteśmy świadkami przełomu w medycynie na pograniczu ginekologii i onkologii. Większość chorób nowotworowych rozpoznanych u ciężarnych można skutecznie leczyć, a kobiety te mają szansę na urodzenie zupełnie zdrowych dzieci. Problemy wynikają raczej z wcześniactwa niż z leczenia przeciwnowotworowego.

MARIUSZ TOMCZAK



1 na 1000 ciąż jest obarczona ryzykiem choroby nowotworowej. Wobec tego, że kobiety decydują się na posiadanie potomstwa coraz później, a zachorowalność na nowotwory rośnie wraz z wiekiem, należy się spodziewać, że w najbliższych latach liczba przypadków diagnozowania raka u kobiet w ciąży będzie stale rosła.

– W grupie kobiet w wieku powyżej 40 lat ryzyko rozwoju choroby nowotworowej rośnie ponad 10-krotnie w porównaniu z kobietami do 25. roku życia – mówi prof. Wojciech

Rokita, wiceprezes Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników.

Rak piersi to najczęściej wykrywany rodzaj nowotworu w czasie ciąży. Ekspertci zwracają uwagę na niedostateczne rozpoznawanie raka jajnika i raka przewodu pokarmowego we wczesnych stadiach, bo towarzyszące im objawy często uznawane są za typowe dolegliwości występujące w ciąży. Tymczasem choroba nowotworowa u kobiet ciężarnych może rozwijać się dynamicznie (m.in. z uwagi na wiek pacjentki, ze względu na czynniki hormonalne czy z powodu obecności łożyska).

25

– tylu ekspertów pracowało nad „Standardami postępowania w przypadkach choroby nowotworowej u kobiety w ciąży”.

STANDARDY POSTĘPOWANIA

W upowszechnieniu wiedzy o prowadzeniu ciąży z równoległym leczeniem onkologicznym oraz zwróceniu uwagi na uśpioną czujność onkologiczną w przypadku ciężarnych mają pomóc „Standardy postępowania w przypadkach choroby nowotworowej u kobiety w ciąży”. Pracowało nad nimi 25 ekspertów w dziedzinie ginekologii onkologicznej, onkologii klinicznej, ginekologii i położnictwa oraz perinatologii pod przewodnictwem prof. Mirosława Wielgosia, konsultanta krajowego w dziedzinie perinatologii, i prof.

EKSPERCI ZWRACAJĄ UWAGĘ NA NIEDOSTATECZNE ROZPOZNAWANIE RAKA JAJNIKA I RAKA PRZEWODU POKARMOWEGO WE WCZESNYCH STADIACH, BO OBJAWY CZĘSTO UZNAWANE SĄ ZA TYPOWE DOLEGLIWOŚCI WYSTĘPUJĄCE W CIĄŻY.

Macieja Krzakowskiego, konsultanta krajowego w dziedzinie onkologii.

Polskie standardy są zgodne w rekomendacjami Międzynarodowej Grupy Badawczej Rak, Płodność i Ciąża (International Network on Cancer, Infertility and Pregnancy). Eksperti INCIP, w czasie styczniowej konferencji w Warszawie, przypomnieli wyniki badań w zakresie opieki nad dziećmi poddanymi ekspozycji na chemioterapię. Okazuje się, że odpowiednio dobrana terapia nie stanowi ryzyka dla płodu oraz dalszego rozwoju dziecka, nie traci również swej skuteczności. Nie każdy lek stosowany w ramach chemioterapii przechodzi przez łożysko, niemniej zauważalne są różnice między poszczególnymi lekami.

WIELODYSCIPLINARNOŚĆ

– Dla dziecka znacznie groźniejsze są np. skutki wcześniactwa niż prenatalnej ekspozycji na chemioterapię – podsumowuje prof. Frédéric Amant z Katolickiego Uniwersytetu w Leuven. Jak mówi prof. Rokita, zaledwie 1-2 proc. dzieci z masą urodzeniową 500 g przeżyje, a praktycznie żadne dziecko z masą urodzeniową 700 g nie ma szans na pełną sprawność fizyczną i intelektualną. – Każdy tydzień kontynuowania ciąży zwiększa o kilka procent szanse na normalne życie dzieci ciężarnych z chorobą nowotworową. Rozpoznanie choroby nowotworowej nie jest równoznaczne z koniecznością terminacji ciąży czy też wcześniejszego jej ukończenia – podkreśla.

Wyniki badań dowodzą, że dzieci matek leczonych onkologicznie w czasie ciąży rozwijają się normalnie i nie różnią się od rówieśników urodzonych przez zdrowe matki. – Nie wykazano znaczących różnic w ich rozwoju poznawczym. Pomiary czynności serca, wyniki neuropsychologiczne i behawioralne były w normie – podkreśla Tineke Vanderbroucke, psycholog z KU Leuven.

– Można bezpiecznie leczyć pacjentkę z chorobą nowotworową w czasie ciąży, jednak musi to się odbywać w wyspecjalizowanym ośrodku mającym doświadczenie w prowadzeniu takich pacjentek, a opiekę nad ciężarną powinien sprawować wielodyscyplinarny zespół lekarzy – zastrzega Elżbieta Lampka z Centrum Onkologii – Instytutu w Warszawie. Pacjentki muszą być prowadzone przez ośrodki o III stopniu referencyjności, a w zespole powinien być obecny nie tylko ginekolog-położnik i ginekolog-onkolog, ale również onkolog kliniczny, perinatolog i neonatolog. 

Gdy serce nie bije miarowo

Arytmie stają się obecnie chorobą cywilizacyjną, zwłaszcza jedna z jej postaci, jaką jest migotanie przedsionków.

✪ LUCYNA KRYSIAK



Zaburzenia rytmu serca to problem, z którym kardiolodzy mają obecnie coraz częstszy kontakt, zwłaszcza z migotaniem przedsionków. Liczba osób, której dotyczy ta dolegliwość, waha się w Polsce od 400 tys. do 600 tys. Jest to arytmia, która najczęściej dotyka osób w wieku starszym, a że społeczeństwo się starzeje, liczba chorych z tą postacią arytmii będzie wzrastać. Prognozuje się, że w 2050 r. osiągnie 2 mln.

Poza migotaniem przedsionków jest szereg innych arytmii, np. częstoskórcze związane z zespołem Wolffa-Parinsona-White'a (WPW), częstoskurcz węzłowy, trzepotanie przedsionków czy

komorowe zaburzenia rytmu. Wszystkie zgodnie z europejskimi i polskimi wytycznymi można leczyć zabiegiem ablacji. Ta inwazyjna metoda leczenia zaburzeń rytmu serca okazuje się być najbardziej skuteczna. Pracownie elektrofizjologii w klinikach i oddziałach kardiologii, gdzie się przeprowadza tego rodzaju zabiegi, przeżywają obłędzenie.

SZANSĄ JEST ABLACJA

Leczenie farmakologiczne migotania przedsionków nie pomaga u 20-40 proc. leczonych. Dla pozostałych szansą jest ablacja, która przynosi poprawę u 70-80 proc. chorych. Niestety, w Polsce wciąż jest wykonywana zbyt rzadko.

Prof. Maciej Sterliński, kierownik Pracowni Elektrofizjologii Kliniki Zaburzeń

▲ W 2017 r. wykonano w Polsce ok. 10 tys. ablacji i co roku ich liczba wzrasta.

Rytmu Serca Instytutu Kardiologii w Warszawie i przewodniczący Sekcji Rytmu Serca Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, tłumaczy, że u większości ludzi, niezależnie od wieku stwierdza się różne formy arytmii, ale są to zaburzenia na granicy stanu fizjologicznego, nie ma więc powodu do obaw. – Nasze działania koncentrują się na migotaniu przedsionków, czyli na arytmii nadkomorowej, która staje się problemem społecznym, zwłaszcza w populacji 60-80-latków – podkreśla profesor i dodaje, że migotanie przedsionków często towarzyszy niewydolności serca. U większości chorych – jeśli to tylko możliwe – zabieg ablacji powinno się przeprowadzić możliwie szybko, jeszcze w napadowej postaci arytmii, zanim dojdzie do nieodwracalnych zmian w strukturze przedsionków.

Polskie standardy leczenia m.in. migotania przedsionków opierają się na wytycznych europejskich. Od wielu lat standardem jest ablacja prądem o częstotliwości radiowej i ostatnio krioablacja, czyli po prostu oziębianie tkanek. Obie metody są inwazyjne, ale nie wymagają znieczulenia ogólnego ani otwarcia klatki piersiowej. Pacjent jest przytomny przez cały czas trwania zabiegu, który wykonuje się pod kontrolą aparatu rentgenowskiego do obrazowania naczyń i urządzenia do rejestracji potencjałów elektrycznych serca. Poprzez nakłucia żył udowych wsuwane są cienkie rurki, zwane koszulkami naczyniowymi, przez które do określonych miejsc w sercu wprowadza się elektrody. Są one połączone z komputerem, który ocenia czynność elektryczną serca, co pozwala zlokalizować miejsca wywołujące arytmie. Do zniszczenia podłoża arytmii wykorzystuje się prąd zmienny o częstotliwości radiowej (jest to tzw. ablacja RF). Powoduje on rozgrzanie „wadiwej” tkanki mięśnia sercowego do temperatury 48-55 stopni i jej zniszczenie. Pozostaje po tym niewielka blizna, która w tym przypadku jest korzystna, ponieważ traci swoje właściwości elektryczne i przestaje być źródłem zaburzeń rytmu serca. W krioablacji zamiast prądem, działa się niskimi temperaturami.

O TYM, JAK SZYBKO PACJENT Z MIGOTANIEM PRZEDSIONKÓW TRAFI DO LECZENIA INWAZYJNEGO, DECYDUJE LEKARZ POZ WSPÓLNIE Z KARDIOLOGIEM, KIEDY MOŻLIWOŚCI FARMAKOLOGICZNEGO LECZENIA MIGOTANIA PRZEDSIONKÓW SIĘ WYCZERPAŁY.

TRZEBA SIĘ SZKOLIĆ

W 2017 r. wykonano w Polsce około 10 tys. ablacji i co roku ich liczba wzrasta. Potrzeby są jednak większe. W migotaniu przedsionków przypada jedynie 30 takich zabiegów na 1 mln mieszkańców, podczas gdy na Węgrzech – 95, we Francji – 108, a w Czechach – aż 200. Zdaniem prof. Oskara Kowalskiego, kierującego Pracownią Elektrofizjologii w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrzu, to skutek nie tylko niedofinansowania pracowni przeprowadzających tego rodzaju zabiegi, ale też braku odpowiednio wyszkolonych kadr. – Aby znacząco zwiększyć liczbę zabiegów ablacji i wszczepiania urządzeń stymulujących pracę serca, musimy mieć więcej operatorów, a ich wyszkolenie trwa dłużej niż lekarzy specjalizujących się np. w angioplastyce – przekonuje profesor i zaznacza, że w Polsce nie ma tak dużego ośrodka akademickiego, który przeprowadzałby tyle ablacji, aby lekarze mogli się tam szkolić.

Staraniem Sekcji Rytmu Serca PTK przy współpracy miasta Zabrza i Fundacji Śląskiego Centrum Chorób Serca, Fundacji Rozwoju Kardiochirurgii powstał ośrodek szkoleniowy Kardio-med-Silesia, gdzie stworzono nowatorski system edukacyjny dla lekarzy pragnących szkolić się elektrofizjologii. Część teoretyczną przygotowują autorzy w tej dziedzinie, zajęcia praktyczne polegające na obserwacji zabiegów są prowadzone w referencyjnych pracowniach elektrofizjologii w Polsce (m.in. w Zabrzu, Warszawie, Łodzi, Poznaniu). Ostatnim, ale jakże istotnym elementem szkolenia jest przeprowadzanie zabiegów na modelu zwierzęcym, przy wykorzystaniu najnowocześniejszych technik operacyjnych oraz narzędzi. – Jeśli jesteśmy w stanie nauczyć lekarza skutecznego, ale i bezpiecznego przeprowadzenia zabiegu

na modelu zwierzęcym, to ten lekarz nie musi się uczyć na sercu człowieka – mówi prof. Kowalski i zastrzega, że z punktu widzenia zabiegowego nie ma lepszej formy edukacji. W Polsce nie ma specjalizacji w elektrofizjologii czy elektroterapii serca. To umiejętność. Sekcja Rytmu Serca PTK wydaje lekarzom certyfikaty, którzy nabyli tego rodzaju umiejętności. Są one potwierdzeniem przygotowania kardiologa do wykonywania tego rodzaju procedur. SRS PTK chce, aby certyfikaty zyskały umocowanie prawne i stały się wymogiem koniecznym do przeprowadzania ablacji. Dotychczas wydano ich kilkaset. Prof. Kowalski twierdzi, że zainteresowanie elektrofizjologią jest bardzo duże, o czym świadczy zarówno frekwencja na konferencjach poświęconych arytmologii, jak i liczba uczestniczących w warsztatach. – Program szkoleniowy jest unikalny, pozwala podejmować ryzyko, którego nigdy lekarz nie mógłby podjąć, prowadząc ablację u pacjenta. Taka nauka jest niezwykle cenna, pozwala doświadczyć, co nieodwracalnego może się stać po przekroczeniu pewnych zasad – konkluduje prof. Kowalski.

MOGĄ ŻYĆ DŁUŻEJ

Najnowsze badania wskazują, że ablacja nie tylko poprawia komfort życia, ale je przedłuża i obecnie dąży się do tego celu. O tym, jak szybko pacjent z migotaniem przedsionków trafi do leczenia inwazyjnego, decyduje lekarz POZ wspólnie z kardiologiem, kiedy możliwości farmakologicznego leczenia migotania przedsionków się wyczerpały. – Częstość występowania migotania przedsionków wzrasta z wiekiem, ale to zaburzenie rytmu występuje także u ludzi młodszych, nie wiązałbym jednak nasilenia tego zjawiska z jakimiś czynnikami zewnętrznymi, ale z lepszą diagnostyką,

wykrywalnością i możliwościami leczenia – podkreśla prof. Jarosław Kaźmierczak, kierownik Pracowni Elektrofizjologii Klinicznej PUM w Szczecinie oraz krajowy konsultant w dziedzinie kardiologii, zaznaczając, że jeszcze 20 lat temu migotania przedsionków w ogóle nie leczono zabiegowo, obecnie to standard. Nie prowadzono też profilaktyki udarowej, a udar jest najczęstszym i najpoważniejszym powikłaniem migotania przedsionków. Profesor uważa, że to ogromny postęp zarówno w świadomości pacjentów, jak i lekarzy. Realia są jednak mniej optymistyczne.

Pacjenci czekają w kolejce na ablację średnio ponad rok, miesiącami na badanie metodą Holtera czy usg. serca, szczególnie jeśli mają skierowanie z przychodni POZ, a leki przeciwzakrzepowe nowej generacji są pełnopłatne i starszych ludzi nie stać na ich wykupienie. – Migotanie przedsionków to choroba przewlekła, ci pacjenci najczęściej chorują latami, nie wymagają więc pilnej interwencji, choć zgadzam się, że terminy oczekiwania zarówno na badania diagnostyczne, jak i ablację mogłyby być krótsze, a wykonywanych zabiegów więcej. Ideałem byłoby skrócenie czasu oczekiwania do 6 miesięcy, co jest uzasadnione z medycznego punktu widzenia i akceptowalne społecznie – przekonuje prof. Kaźmierczak. Czy to znaczy, że w związku ze wzrostem liczby chorych z migotaniem przedsionków i zapotrzebowaniem na ablacje, zajdzie konieczność otwierania nowych pracowni elektrofizjologii? – W Polsce mamy ponad 80 takich pracowni, to w zupełności wystarczy, aby jednak sprostać nowym wyzwaniom, trzeba będzie zainwestować w tę dziedzinę zarówno jeśli chodzi o sprzęt, jak i kształcenie kadr – podsumowuje prof. Jarosław Kaźmierczak. (O)

30

– jedynie tyle ablacji przypada w Polsce na 1 mln mieszkańców, podczas gdy na Węgrzech – 95, we Francji – 108, a w Czechach – aż 200.

Są nadzieje. Będą konkrety?

Prawie 13 proc. – o tyle w 2025 r. ma wzrosnąć liczba pacjentów z co najmniej jedną dolegliwością kardiologiczną.

W najbliższej dekadzie najszybciej zwiększać się będzie liczba zachorowań na niewydolność serca, wysoka zachorowalność wystąpi także w przypadku tętniaka aorty oraz migotania i trzepotania przedsionków. Nie powinno to dziwić, bo choroby kardiologiczne najczęściej występują u osób starszych, a nasze społeczeństwo się starzeje. W 2013 r. w Polsce zdiagnozowano prawie 746 tys. nowych przypadków chorób kardiologicznych u ponad 367 tys. pacjentów, co daje (średnio) ponad dwie choroby kardiologiczne na pacjenta.

WSZYSCY MAMY PROBLEM

Tych kilka danych, cytowanych za „Mapą potrzeb zdrowotnych w zakresie kardiologii dla Polski”, ukazuje wyzwania, z jakimi przyjdzie się zmierzyć w naszym kraju nie tylko decydom i osobom ze schorzeniami kardiologicznymi, ale wszystkim obywatelom, bo „zalew” tej ostatniej grupy pacjentów pociągnie za sobą spore wydatki, które mogłyby być przeznaczone na leczenie innych chorób. Rozmawiano o tym w czasie Konferencji Przeczwinkowego Leczenia Chorób Serca – THT Poland, która na początku marca odbyła się w Warszawie (to jedna z najbardziej prestiżowych konferencji o tematyce dotyczącej wad strukturalnych serca na terenie Europy Środkowo-Wschodniej).

Maciej Miłkowski, wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia ds.

Choroby układu sercowo-naczyniowego są główną przyczyną zgonów wśród Polaków. W jaki sposób zatrzymać falę ludzkich dramatów spowodowanych problemami natury kardiologicznej w obliczu zbyt krótkiej koldry finansów?

MARIUSZ TOMCZAK



finansowych, przyznał, że prognozy demograficzne zestawione z szacowaną liczbą świadczeń, wymuszają nie tylko zwiększenie nakładów finansowych na kardiologię, ale również poszukiwanie nowych metod leczenia pacjentów. Wprawdzie, jak podkreślono w raporcie Najwyższej Izby Kontroli sprzed ponad 1,5 roku, w ciągu 10 lat wydatki NFZ na kardiologię wzrosły trzykrotnie (z 1 do 3 mld zł), jednak sytuacja tej dziedziny medycyny wymaga szczególnej troski z uwagi m.in. na dane epidemiologiczne, zmianę wycen procedur wprowadzoną za czasów ministra Konstantego Radziwiłła, wyzwania wynikające z postępu technologicznego czy ambicje środowiska kardiologów

i kardiochirurgów z Polski, aby nie dać się wyprzedzić przez inne kraje i jak najskuteczniej leczyć pacjentów.

CENTRA DOSKONAŁOŚCI

Nadzieje środowiska rozbudziła zapowiedź powstania Narodowego Programu Zdrowia Kardiologicznego zawarta w exposé premiera Mateusza Morawieckiego. W czasie konferencji podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Marek Tombarkiewicz zapewnił, że kardiologia jest jednym z priorytetów obecnego rządu. – Upatruję dużą szansę w programie, który właśnie jest tworzony dla kardiologii. Tam można spodziewać się takich rozwiązań jak tworzenie Centres of Excellence

^ Od lewej: Maciej Miłkowski, Marek Tombarkiewicz, prof. Piotr Ponikowski.



– zapowiedział wiceminister. Pod tą angielską nazwą kryją się Centra Doskonałości. O idei ich powołania, i to już w ciągu najbliższych miesięcy, przedstawiciele Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego rozmawiali z ministrem zdrowia Łukaszem Szumowskim w lutym. W takich ośrodkach m.in. testowano by pod kątem skuteczności drogie leki i innowacyjne technologie, zanim trafią do refundacji, bowiem – nie tylko zdaniem wielu kardiologów – warunki prowadzenia i możliwości finansowania niekomercyjnych badań naukowych ze strony Narodowego Centrum Nauki oraz Narodowego Centrum Badań i Rozwoju są niewystarczające.

– Moja wizja Centrów Doskonałości to: wprowadzanie tego, co wymyślili inni, polskie innowacje, szeroka medycyna translacyjna, biobankowanie, epidemiologia. Mówimy o jednocyfrowej liczbie takich ośrodków, może czterech, a może sześciu. Muszą otrzymać osobny strumień finansowania – podkreślił prof. Piotr Ponikowski, prezes PTK. Centra Doskonałości miałyby pomóc w utrzymaniu leczenia chorób serca na wysokim poziomie, na co zwraca się uwagę od lat, nie tylko w naszym kraju. – Na sukces polskiej kardiologii złożyło się wiele aspektów, w tym zwiększenie liczby kardiologów w ostatnich dwóch dekadach – podkreślił dr Jerzy Gryglewicz, ekspert Uczelni Łazarskiego w Warszawie. O to, aby przy wprowadzaniu bardzo drogich terapii poważnie wydawać środki publiczne, wielokrotnie apelował prof. Marian Zembala, dyrektor Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu. – Zanim odkryjesz Amerykę, upewnij się, czy nie została odkryta. Zanim wprowadzisz nowy lek za 600 czy 800 tys. zł, sprawdź, w jaki sposób ten problem jest rozwiązywany w sześciu bogatszych krajach i Republice Czeskiej. Ta lekcja pokory w Polsce jest ciągle niezrozumiała – podkreślił. W opinii prof. Zembali, w debacie publicznej nad poprawą

sytuacji pacjentów trzeba ograniczyć lament i lobbying, a znacznie częściej kierować się twardymi danymi i pragmatyką.

METODA TAVI

Przecewnikowe wszczepianie zastawki aortalnej (w skrócie nazywane TAVI, od angielskiego transcatheter aortic valve implantation) często określa się mianem jednego z najważniejszych osiągnięć współczesnej kardiologii. W ramach metody TAVI, w miejsce zwężonej zastawki pacjenta, wszczepia się protezę zastawki aortalnej bez konieczności otwierania klatki piersiowej. Obrazowo mówi się o wszczepianiu zastawki „przez dziurkę od klucza” albo o leczeniu za pomocą rurki wprowadzanej przez tętnicę do serca. Celem jest uniknięcie sternotomii (przecięcie mostka) i krążenia pozaustrojowego, szczególnie niebezpiecznego u osób starszych. Taka operacja trwa trzy godziny, czasami nawet krócej. Na świecie wykonano już ponad 400 tys. zabiegów TAVI. – W Polsce magiczną liczbę 1 tys. zabiegów przekroczyliśmy w zeszłym roku. Potrzeby w naszym kraju szacuje się na 2 tys. rocznie – mówił prof. Adam Witkowski, prezes elekt PTK.

Zeszły rok był kolejnym, w którym zanotowano ponad 20-procentowy wzrost liczby tych procedur. – Dążymy do przynajmniej dwukrotnego zwiększenia tej liczby TAVI – dodał prof. Ponikowski. Do zwiększenia ilości zabiegów TAVI z pewnością przyczyniła się kampania społeczna „Stawka to Życie. Zastawka to Życie” realizowana m.in. przez PTK. Twarzą i ambasadorem pierwszej edycji był Emil Karewicz, aktor znany z serialu „Stawka większa niż życie”, do którego zresztą świadomie nawiązuje nazwa kampanii. Na to, że 25 proc. wszystkich zabiegów wymiany zastawki aortalnej w naszym kraju jest wykonywanych metodą TAVI, zwrócił uwagę prof. Zembala. – To lepiej niż w Belgii, która nie należy do

najbiedniejszych krajów – powiedział, dodając że zabiegi wykonywane małoinwazyjną techniką przezcewnikową są obecnie nierentowne. – Na TAVI nie zarabiamy, ale tracimy w budżetach – podkreślił dyrektor SCCS. Zastrzegł, że jest jednak entuzjastą zabiegów z wykorzystaniem nowych technologii, w tym takich jak TAVI.

REJESTRY MEDYCZNE

Wielu uczestników konferencji zwracało uwagę na konieczność uregulowania zasad funkcjonowania rejestrów medycznych m.in. w oparciu o stabilne finansowanie. – Bez rejestrów nie ma rzetelnej informacji o stanie zdrowia Polaków, a nam chodzi o skuteczność. Jest niezwykle ważne, by płatnik i ministerstwo wiedziały, na co wydają pieniądze – podkreślił wiceminister Tombarkiewicz. Z deklaracji wiceszefa resortu o potrzebie unifikacji danych w rejestrach ucieślił się prof. Witkowski, zwracając uwagę, że wypełnianie dziesiątek stron przez sekretarki czasami może budzić wątpliwości. – Szczegółowe dane dotyczące przeprowadzanych w Polsce procedur medycznych pozwolą lepiej planować wydatki związane z ochroną zdrowia w Polsce oraz wpłyną na lepszą ocenę ich efektywności – dodał dr Roman Topór-Mądry, prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Argumenty wymieniane przez kardiologów i kardiochirurgów podzieliła uczestnicząca w dyskusji Ewa Borek, prezes Fundacji My Pacjenci. Z punktu widzenia pacjentów dobrze prowadzone rejestry mogą stanowić doskonałe źródło wiedzy o skuteczności i bezpieczeństwie leczenia w poszczególnych ośrodkach w kraju, co pozwala chorym na wybór placówki pod kątem osiągnięcia najlepszych przez nie wyników. – Rejestry potrzebują stałego, publicznego finansowania. Bez nich nie będzie zarządzania opartego o dane – podkreśliła prezes Borek. ○

▲ dr Jerzy Gryglewicz, dr Roman Topór-Mądry, Ewa Borek, prof. Marian Zembala, prof. Adam Witkowski.

GL
PATRONAT

Uleczyć, a nie zaleczyć

Medycyna personalizowana polega na dopasowaniu leku do pacjenta, a nie do danej choroby. Tego rodzaju postępowanie coraz śmielej wkracza do leczenia.

● LUCYNA KRYSIAK

Standardowe podejście do leczenia oznacza jeden lek dla wszystkich chorych na daną jednostkę chorobową. Medycyna personalizowana preferuje właściwe leczenie, właściwego pacjenta, we właściwym czasie.

Tego rodzaju podejście do terapii wiąże się z precyzją, wykorzystaniem nowoczesnych narzędzi diagnostycznych służących do identyfikacji chorób i określenia terapii specjalnie dobranej do potrzeb konkretnego chorego. Pozwala to podjąć zindywidualizowane decyzje o leczeniu bardziej skutecznym, opłacalnym, a jednocześnie minimalizującym działania niepożądane.

TEN PACJENT, TE LEKI

Podczas odbywającego się w marcu w Warszawie III Międzynarodowego Forum Medycyny Personalizowanej spotkali się przedstawiciele różnych specjalności medycznych, administracji oraz płatnika (NFZ) i organizacji pacjentów. Wobec coraz powszechniej wkraczającej do leczenia medycyny personalizowanej zastanawiali się, w jakim kierunku ta dziedzina powinna się rozwijać i jakie miejsce zająć w polskim systemie ochrony zdrowia, z zaznaczeniem wiodącej roli genetyki. Badania genetyczne pozwalają bowiem ustalić przyczynę choroby u konkretnego pacjenta i dopasować do niego odpowiednie leczenie.

Uczestniczący w forum minister zdrowia Łukasz Szumowski powiedział, że wiedza o przyczynach i możliwych skutkach mutacji czy sekwencji genetycznych się rozszerza, co stwarza nowe możliwości stosowania terapii



▲ **Medycyna personalizowana sprzyja realizacji koncepcji „value based Health-care”.**

celowanych, ale nie zawsze można ją wdrożyć, ponieważ nie ma określonych ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych czy odpowiednich programów, potrzeba więc konkretnych wskazań, co z tą wiedzą zrobić. Dodał, że medycyna personalizowana to nie tylko onkologia, jak się powszechnie uważa. Jako sztandarowy przykład podał wszczepienie kardiowertera defibrylatora w prewencji nagłego zgonu sercowego. – Tylko 1 pacjent na 10, u których przeprowadza się ten skomplikowany, ryzykowny i drogi zabieg, wykorzystuje to urządzenie. Problem w tym, że nie wiadomo który i medycyna personalizowana mogłaby na to pytanie odpowiedzieć – zaznaczył minister. Podobnie jak na wiele innych pytań związanych np. z reumatologią, neurofizjologią czy diabetologią.

Odpowiedzi można szukać w kształtowaniu się rynku leków stosowanych w terapiach celowanych, który coraz bardziej się rozszerza. Już ponad

jedna czwarta wszystkich nowych leków zatwierdzonych przez amerykańską Agencję Żywności i Leków (US Food and Drug Administration – FDA) to leki medycyny personalizowanej, a w ciągu najbliższych pięciu lat ich liczba może wzrosnąć o 69 proc. (40 proc. leków będących dopiero w opracowaniu to także leki medycyny personalizowanej). Do końca 2016 r. na rynku dostępnych było już 137 leków o charakterze personalizowanym, a w 2017 r. zarejestrowano pierwsze trzy terapie genowe.

BADANIA GENETYCZNE

Podstawą terapii celowanej są badania genetyczne. W Polsce dostęp do tych badań wciąż jest ograniczony ze względu na koszty. Prof. Zbigniew Gaciong, prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Personalizowanej, wierzy, że wprowadzone ostatnio możliwości finansowania badań genetycznych przez NFZ poprawią sytuację i wpłyną na rozwój medycyny personalizowanej.

Bez ścisłego współdziałania diagnostyki i terapii dziedzina ta nie mogłaby istnieć, ponieważ to właśnie precyzyjne metody diagnostyczne pomagają ustalić różnice między pacjentami chorującymi na tę samą chorobę i pozwalają dopasować leczenie do konkretnych grup pacjentów.

Diagnozowanie choroby na poziomie molekularnym pozwala też na tworzenie leków bezpieczniejszych i w długim okresie bardziej opłacalnych. Takim przykładem jest oznaczanie receptora HER2 u pacjentek z rakiem piersi. Nadmiar tego receptora na powierzchni guza świadczy o szczególnie złośliwej postaci choroby i dotyczy około 20-30 proc. pacjentek. Od kilku lat możliwe jest skuteczne jego blokowanie, poprzez podanie choremu leku (Herceptyna) przedłużającego życie oraz zmniejszającego ryzyko nawrotów i przerzutów.

Dr n. med. Beata Jagielska, prezes Polskiej Koalicji Medycyny Personalizowanej, podkreśla, że na każdym forum medycyny personalizowanej jest tworzona lista celów (deklaracje) do zrealizowania i jednym z nich jest jakość badań genetycznych, którymi lekarze posługują się w planowaniu terapii celowanej. Jej zdaniem finansowanie badań przez NFZ nie wystarczy, aby tę jakość zapewnić. To stawia ogromne wyzwania przed patomorfologią, ale też – jak zaznaczył prof. Jan Walewski, dyrektor Centrum Onkologii Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie – przed zarządzającymi opieką zdrowotną. Wiąże się to bowiem z gromadzeniem i porządkowaniem danych związanych z diagnostyką molekularną, stworzeniem systemu ich raportowania i interpretowania oraz weryfikowania pod względem jakości.

Wiele groźnych chorób występuje w genetycznie odmiennych podtypach różniących się pod względem przebiegu klinicznego oraz rokowań. Dzięki odpowiednim testom genetycznym można dzisiaj zapobiec rozwojowi raka piersi i jajnika u nosicieli mutacji BRCA, skutecznie leczyć agresywne nowotwory piersi z nadekspresją czynnika HER2, zmienić perspektywę pacjentów chorych na raka płuca

DO KOŃCA 2016 R. NA RYNKU DOSTĘPNYCH BYŁO JUŻ 137 LEKÓW O CHARAKTERZE PERSONALIZOWANYM, A W 2017 R. ZAREJESTROWANO PIERWSZE TRZY TERAPIE GENOWE.

z mutacją w genie EGFR czy ALK, zapobiec skutkom dziedzicznej hipercholesterolemii u nosicieli mutacji w genie receptora LDL czy też określić, która pacjentka dobrze odpowie na chemioterapię, a który pacjent metabolizuje leki w sposób powodujący niepożądane efekty uboczne.

EFEKTYWNE LECZENIE

Medycyna personalizowana sprzyja realizacji koncepcji „value based Healthcare”, czyli efektywnej opieki, zarówno na poziomie skuteczności klinicznej, jak i efektywności kosztowej, przy zapewnieniu wysokiej jakości świadczeń. Celem jest uleczyć, a nie zaleczyć chorobę. Jak stwierdził Denis Horgan, dyrektor zarządzający Europejskiej Koalicji Medycyny Personalizowanej, z tych i innych powodów terapie celowane wkrótce staną się globalnym standardem systemów opieki zdrowotnej. Oprócz aspektu skuteczności, bezpieczeństwa i opłacalności finansowej są nowatorskie, niosą więc ze sobą postęp.

Powstaje pytanie, jak połączyć te obszary w jeden europejski system uwzględniający również stronę informatyczną i cenową. – Potrzebna jest ścisła współpraca, ale wciąż nie wiemy, jak język polityczno-strategiczny przełożyć na konkretne działania – powiedział dyrektor Horgan i dodał, że w medycynie personalizowanej, jeśli odpowiednio wcześniej zostanie zidentyfikowany gen odpowiedzialny za chorobę, obciążenie dla systemu będzie mniejsze, a skuteczność leczenia większa. Europa in minus odbiega pod tym względem od USA i Europejska Koalicja Medycyny Personalizowanej chce to zmienić. Medycyna personalizowana uwzględnia w swoim podejściu najbardziej aktualną wiedzę z zakresu mechanizmów komórkowych i molekularnych, różnicujących przyczyny i przebieg danej choroby

oraz indywidualną, pogłębioną charakterystykę pacjentów. Brakuje jednak przełożenia tej wiedzy na praktykę kliniczną, aby stało się to możliwe, EKMP sugeruje, by wyjść z własnych poolek i połączyć siły.

OCZAMI PACJENTÓW

Zdaniem dr Jagielskiej, forum jest wielowymiarową przestrzenią, w której krzyżują się punkty widzenia i racje lekarzy, instytucji rządowych i administracji publicznej, a także pacjentów. Indywidualne podejście do pacjenta wzbudza jego zaufanie i przyspiesza proces leczenia. O tym, jak ważnym ogniwem w medycynie personalizowanej jest osoba chorego, mówili przedstawiciele organizacji pacjentów. Ubolewali, że w Polsce wciąż mamy do czynienia z trudnościami w dostępie zarówno do diagnostyki molekularnej, jak i późniejszego leczenia celowanego, co – w ich opinii – wynika nie tylko z ograniczeń finansowych, ale także braku odpowiednio przeszkolonych kadr w tym zakresie i akredytowanych ośrodków, gdzie takie badania można przeprowadzić.

Szymon Chrostowski, prezes Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych, podkreślił, że onkologia to problem interdyscyplinarny, ponieważ dotyczy nie tylko kosztów podstawowych obszarów terapeutycznych, ale także procedur pośrednich i bezpośrednich, a te, niestety, przerastają możliwości systemu ochrony zdrowia. – Wyzwania, jakie stoją przed organizacjami pacjentów, to uzyskanie odpowiedzi na pytanie, co może zrobić Komisja Europejska oraz odpowiedzialni za funkcjonowanie leczenia w kraju w tym zakresie – mówił prezes Chrostowski. Uważa on, że państwa członkowskie powinny promować innowacyjną diagnostykę molekularną, faworyzować refundację terapii celowanych i edukować pacjentów, że takie terapie istnieją i można z nich skorzystać. ○

20-30%

– tylko pacjentek z rakiem piersi dotyczy nadmiar receptora HER2 na powierzchni guza, co świadczy o szczególnie złośliwej postaci choroby.

Roboty i medycyna

Lekarze mają do dyspozycji coraz nowsze technologie, dzięki którym ich codzienna praca będzie łatwiejsza, a leczenie bardziej skuteczne. Coraz mocniejszą pozycję zdobywa robotyka medyczna, która fascynuje także polski świat medyczny.

● LIDIA SULIKOWSKA

Współczesna ochrona zdrowia naszpikowana jest techniką – zarówno w profilaktyce, diagnostyce, jak i w leczeniu. Naukowcy na całym świecie prześcigają się w opracowywaniu lepszych metod obrazowania czy nowych opcji terapeutycznych.

KONSOLA ZAMIAST SKALPELA

O swoje miejsce walczą także roboty medyczne, które wykorzystuje się m.in. w medycynie zabiegowej. – Pierwsze tego typu maszyny wykorzystywano w ortopedii i neurochirurgii. Tej technologii zaczęto też używać w onkologii, choćby w zakresie precyzyjnej radioterapii. Prawdziwą rewolucją okazały się konstrukcje amerykańskie, powstałe pod koniec XX w. przy użyciu technologii NASA i Pentagonu, czyli Zeus, a niedługo potem robot da Vinci, który miał służyć operacjom na sercu, ale z czasem zyskał dużo większą popularność w urologii i ginekologii – mówił dr hab. Zbigniew Nawrat, prezydent Międzynarodowego Stowarzyszenia na Rzecz Robotyki Medycznej podczas konferencji na temat robotyki medycznej i technik 3D zorganizowanej pod koniec lutego na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym.

Urządzenia te odsuwają chirurga bezpośrednio od stołu operacyjnego.

Co dają w zamian? – Dzięki nim mamy możliwość operowania z dużo większą precyzją, przy mniej liczonym zespole. Pozwalają na zastosowanie techniki małoinwazyjnej przy znakomitej widoczności i komforcie pracy, pozwalają na usunięcie drżenia dłoni i przeskalowanie ruchu, szczególnie w trudno dostępnych miejscach, minimalizują utratę krwi i uraz pooperacyjny, dzięki czemu pacjent szybciej dochodzi do zdrowia. Można za ich pomocą wykonywać operacje na odległość – informuje Zbigniew Nawrat.

Niestety, to drogie sprzęty – cena robota da Vinci to 1,5-2 mln euro, do tego dochodzą koszty zużywanych narzędzi i serwisu, przez co nie brakuje głosów krytycznych, mówiących, że taki wydatek nie jest uzasadniony w stosunku do potencjalnych korzyści medycznych, jakie można osiągnąć. Bogatsze kraje przekonują się jednak coraz bardziej do tej technologii. Według wyliczeń „The Economist”, w 2016 r. w roboty chirurgiczne wyposażonych było 4 tys. szpitali (w 64 krajach), gdzie przeprowadzono w sumie ponad 750 tys. zabiegów (z czego zdecydowana większość za pomocą da Vinci). W USA jest ponad 1000 tego typu urządzeń, w Niemczech czy Francji – po kilkadziesiąt. U nas to ciągle rzadkość – robotem da Vinci może

pochwalić się raptem kilka ośrodków, choć np. w Rumunii czy Czechach jest ich dwa razy więcej niż w naszym kraju.

ROBOT CHIRURGIEM?

Robotyzacja operacji chirurgicznych nie zatrzymuje się jednak w tym miejscu. Brytyjczycy w połowie ubiegłego roku informowali, że opracowali prototyp najmniejszego robota chirurgicznego na świecie (Versius), który jest bardziej poręczny i na dodatek ma być sporo tańszy. Z kolei w 2016 r. naukowcy z Children's National Medical Center w Waszyngtonie i Johns Hopkins University (Baltimore) poszli o krok dalej. Skonstruowali robota do wykonywania samodzielnych zabiegów w obrębie chirurgii tkanek miękkich – STAR zespilił, jak na razie, jelito świni. Potencjał robotyki medycznej dostrzega też Google i Johnson & Johnson. Firmy te już dwa lata temu informowały, że zamierzają stworzyć innowacyjną, robotyczną platformę chirurgiczną, wyposażoną w sztuczną inteligencję. Z kolei naukowcy z Tokyo Institute of Technology obiecują, że ich robot przebieje możliwości da Vinci i do tego będzie nawet 90 proc. tańszy. Co wyjdzie z tych zapowiedzi i czy rzeczywiście pojawi się na rynku realna konkurencja, czas pokaże. Nad swoim robotem chirurgicznym



64

– w tylu krajach działają roboty chirurgiczne da Vinci.



od lat pracuje też Polska. Zbigniew Nawrat, który jest pomysłodawcą i konstruktorem pierwszego polskiego i europejskiego robota (Robin Heart), powstającego w Pracowni Biocybernetyki Fundacji Rozwoju Kardiologii, informuje, że prawdopodobnie za kilka miesięcy będzie pierwsze wdrożenie kliniczne naszej rodzimej maszyny. Będzie to robot toru wizyjnego Robin Heart PortVisionAble – Problemem pozostają pieniądze, które dają możliwość utrzymania i powiększenia zespołu konstruktorów oraz budowę i testy prototypów, a następnie ich wdrażanie – martwi się jednak Zbigniew Nawrat. Dotychczas stworzono kilkanaście oryginalnych prototypów Robin Heart, od robota najlżejszego (Pelikan) po największy – pracujący za 3 osoby przy stole operacyjnym (Robin Heart mc2). Prowadzone są prace nad ergonomiczną konsolą, wprowadzeniem narzędzi o zmiennej sztywności i geometrii (inspirowanych ośmiornicą), a ostatnio wspólnie z zespołem fizyków i inżynierów z Węgierskiej Akademii Nauk

opracowywano system sterowania z zastosowaniem specjalnych mikroczujników 3D do sprzężenia siłowego robota, dzięki którym operator będzie miał subiektywne odczucie kontaktu instrumentu chirurgicznego z operowanymi tkankami.

REHABILITACJA I ROBOPIELĘGNIARKA

Wyścig trwa i chyba nie ma co łudzić się, że roboty wyjdą z sali operacyjnej, co więcej, ich koledzy chcą zadomowić się także w innych częściach szpitala. Robotyka medyczna nie kończy się na chirurgii. Inżynierowie z całego świata opracowują systemy zrobotyzowane do celów rehabilitacyjnych, stosowane jako terapia uzupełniająca w zaburzeniach funkcji chodu, usprawniające kończyny górne i dolne, czy neurorehabilitacji, z egzoskieletami i lokomatami na czele. Urządzenia wspierające mobilność powstają też w polskich ośrodkach badawczych, m.in. Przemysłowym Instytucie Automatyki i Pomiarów w Warszawie, Politechnice Warszawskiej, Wrocławskiej

▲ **Polski robot chirurgiczny Robin Heart mc2 podczas testów na zwierzętach.**

i Śląskiej czy Akademii Górniczo-Hutniczej w Krakowie. Firma Egzotech z Gliwic stworzyła Lunę, robota prowadzącego automatyczną rehabilitację ruchową pacjenta przy wykorzystaniu elektromiografii, a Grzegorz Piątek skonstruował Prodrobota, zautomatyzowanego trenera chodu służącego do rehabilitacji kończyn dolnych dzieci m.in. z porażeniem mózgowym, rozszczepem kręgosłupa czy uszkodzeniami mózgu. Roboty rehabilitacyjne to urządzenia, które już są wykorzystywane w codziennej praktyce, coraz częściej także w Polsce, choć ze względu na cenę na zakup najlepszych z nich rzadko mogą sobie pozwolić placówki finansowane ze środków publicznych.

Na tym oczywiście nie koniec. Naukowcy z University of Southern California proponują Bandita – robota wielkości dziecka do terapii osób chorych na autyzm, Japończycy – zrobotyzowanego pacjenta potrafiącego symulować wiele chorób, a także robota dla studentów stomatologii, umiającego naśladować ruchy i mimikę pacjentów, który na koniec wystawi ocenę zadowolenia z wizyty. Chińczycy poszli jeszcze dalej – stworzyli robota, który w ramach testów wykonał już zabieg wszczepienia dwóch implantów prawdziwej pacjentce. Co jakiś czas pojawiają się informacje o nowych zrobotyzowanych urządzeniach potrafiących rozwozić leki czy transportować próbki biologiczne w całym szpitalu, a nawet robo-pielęgniarkach, które pokierują pacjenta do właściwej sali, wykonają pomiary ciśnienia i spirometrię czy proste prace pielęgnacyjne.

Jak nietrudno się domyślić, w zdecydowanej większości to prototypy lub dopiero testowane maszyny, pozostające jak na razie nowinką, a nie standardowym wyposażeniem palców medycznych. To się może w przyszłości zmienić, bo – jak to z nowymi technologiami bywa, czas zweryfikuje ich rzeczywistą przydatność i skuteczność, a coraz większa powszechność udanych konstrukcji wpłynie na znaczące obniżenie kosztów produkcji. Kto wie, może kiedyś polskiemu pacjentowi zmierzy ciśnienie sympatyczna robo-pielęgniarka? ○

WYŚCIG TRWA I CHYBA NIE MA CO ŁUDZIĆ SIĘ, ŻE ROBOTY WYJDĄ Z SALI OPERACYJNEJ. ICH KOLEDZY CHCĄ ZADOMOWIĆ SIĘ TAKŻE W INNYCH CZĘŚCIACH SZPITALA.

Lekarze w badaniach postaw i opinii 2017



**Agnieszka
Kilijanek-Cieślak**

Badacz opinii,
współpracownik
OSAI NIL

W środowisku badaczy i analityków mówi się, że lekarze są najlepiej przebadaną grupą zawodową w Polsce. Nie dotyczy to jednak badań o charakterze społecznym, bo robi się ich niewiele w porównaniu do badań komercyjnych.

Opinia społeczna staje często przeciwko środowisku lekarzy, opierając się na pojedynczych przypadkach zachowań czy postaw lekarzy, które są nagłaśniane w mediach. Wystarczy kilka publikacji opisujących przypadki podobne do siebie nawzajem, a pacjenci już są gotowi kształtować swoją opinię o polskich lekarzach.

A przecież to wyniki rzetelnych badań realizowanych na dużej ogólnopolskiej próbie powinny być przede wszystkim źródłem wiedzy o ich opiniach, postawach i zachowaniach. W dalszej części przedstawię i skomentuję kilka z ciekawszych danych z 2017 r., dotyczących polskich lekarzy.

Badanie zrealizowane przez Ośrodek Studiów, Analiz i Informacji Naczelnej Izby Lekarskiej w 2017 r. wykazało, że lekarze nie obawiają się ocen porównawczych pomiędzy szpitalami w zakresie jakości i bezpieczeństwa leczenia. Zdecydowana większość badanych lekarzy (81%) zgadza się ze stwierdzeniem, że powinien powstać ogólnopolski, dostępny publicznie ranking szpitali uwzględniający informacje o skuteczności, bezpieczeństwie i jakości leczenia w każdym szpitalu¹.

I zapewne chodzi tu nie tylko o potrzebę zdrowej konkurencji

81%

– tylu badanych lekarzy zgadza się ze stwierdzeniem, że powinien powstać ogólnopolski, dostępny publicznie ranking szpitali uwzględniający informacje o skuteczności, bezpieczeństwie i jakości leczenia w każdym szpitalu.

pomiędzy placówkami, dowartościowania lekarzy w placówkach, gdzie poziom opieki jest wysoki, ale również o dostęp pacjentów do informacji o najlepszych szpitalach. Zdaniem 88% respondentów w tym samym badaniu pacjenci powinni mieć dostęp do informacji, w których szpitalach skutecznie leczy się daną chorobę.

Co więcej, lekarze widzą w idei rankingu szpitali nie tylko sposób na rzetelną weryfikację skuteczności, jakości i bezpieczeństwa leczenia, ale również możliwość podniesienia poziomu usług medycznych. Aż 95% lekarzy wyraża przekonanie o tym, że placówki, które uzyskały wyniki niezadowolające, powinny mieć obowiązek pilnego poprawienia wskaźników.

Pacjent jest ważny dla lekarzy – lekarze liczą się z opiniami pacjentów o jakości opieki w placówkach medycznych. 82% potwierdza, że pacjenci powinni mieć możliwość takiej oceny poprzez ogólnodostępne ankiety.

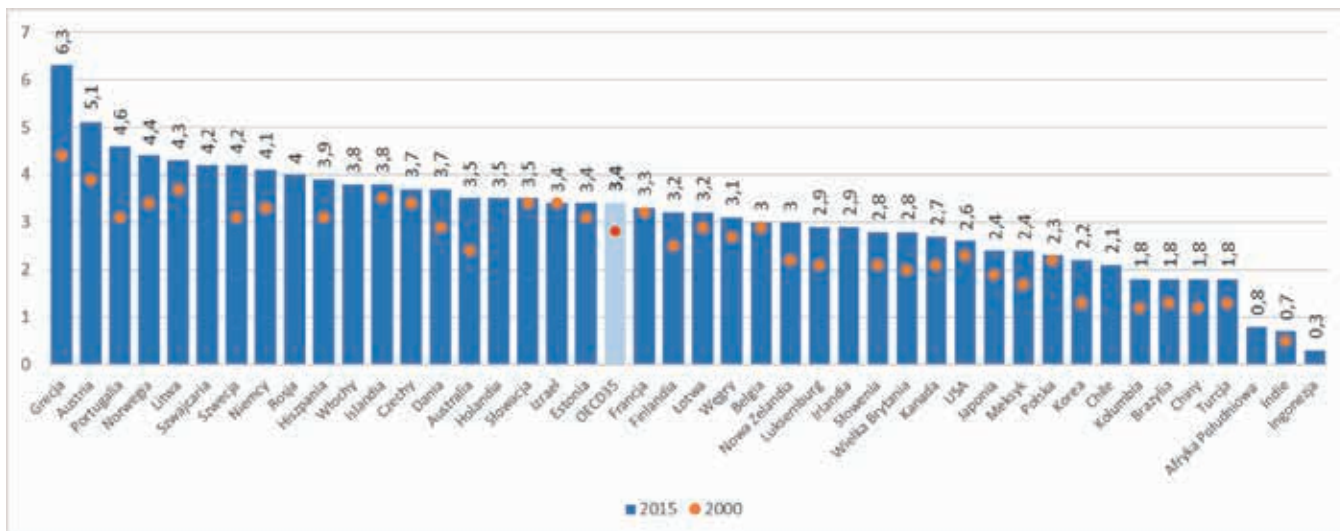
Co więcej, lekarze identyfikują się z pacjentami, szczególnie tymi, którzy doznali uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku medycznego.

Według 94% badanych lekarzy tacy pacjenci powinni otrzymać szybko i bezpłatnie specjalistyczną pomoc medyczną w kraju albo

za granicą, niezbędną do przywrócenia im zdrowia. 88% uważa, że w tej sytuacji powinni mieć pierwszeństwo w dostępie do tych świadczeń zdrowotnych.

Pomimo trudnych warunków wykonywania zawodu lekarza w Polsce, o czym wiadomo chociażby z badań realizowanych przez OSAI NIL w ostatnich latach, zdecydowana większość lekarzy w Polsce, bo 81%, deklaruje radość z wykonywania swojej pracy – zgodnie z wynikami badań porównawczych, realizowanych w sześciu krajach, w których obecne są platformy DocPlanner². Co więcej, 60% badanych poleciłoby swoim dzieciom, aby poświęcili się medycynie lub jakimkolwiek innemu zawodowi związanemu ze zdrowiem. W skali globalnej najszczęśliwsi lekarze są w Meksyku (z notą 4,9 na 5), Brazylii (4,6) oraz w Hiszpanii (4,5). Natomiast Włosi (4,2) i Polacy (3,9) są nieco mniej zadowoleni ze swojego zawodu.

Pacjent w największym stopniu wpływa na poczucie zadowolenia lekarza z wykonywanej pracy – polecenie przez innych pacjentów (71%) oraz wierni i zadowoleni pacjenci (71%) stanowią czynniki o najwyższym odsetku wskazań. W podobnym stopniu ważny dla badanych jest aspekt pomocy innym (pacjentom, którzy tego potrzebują) – 66% wskazań.



Źródło: OECD Health Statistic 2017.

LEKARZE IDENTYFIKUJĄ SIĘ Z PACJENTAMI, SZCZEGÓLNIE TYMI, KTÓRZY DOZNALI USZCZERBKU NA ZDROWIU W WYNIKU WYPADKU MEDYCZNEGO.

Lekarze ponoszą jednak poważne konsekwencje napięć i przeciążenia w pracy, o czym względnie rzadko mówi się i pisze. Z powodu deficytów kadrowych i niedoborów finansowych wielu lekarzy pracuje bez odpoczynku nawet po kilka dób z rzędu (potwierdzają to wyniki kontroli ponad 60 tys. pracowników szpitali przeprowadzonej przez Państwowy Inspektorat Pracy [PIP, 2017]), co odbija się na ich zdrowiu³.

Badanie to wykazało również, że 34% badanych lekarzy czuje się wypalonych w pracy. W 2012 r. w badaniu OSAI NIL objawy wypalenia zawodowego u siebie zgłaszało ok. 40% lekarzy i dostrzegało je u ok. 40% współpracowników. Pod tym względem Polska jest niechlubnym liderem. Jako powody takiego

stanu ankietowani wskazują przede wszystkim biurokrację (60%), nadgodziny (53%) oraz niskie wynagrodzenie (45%).

Według autora artykułu pt. „Lekarze na antydepresantach i psychotropach, co dziesiąty ma problemy psychiczne”⁴ depresja i inne zaburzenia zdrowia psychicznego, występujące wśród lekarzy, powodują, że popełniają oni samobójstwa dwa razy częściej niż reszta populacji.

Natomiast dr Bohdan Woronowicz, psychiatra i pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie, twierdzi, że choroba alkoholowa może dotyczyć nawet 15% lekarzy⁵.

Aktualne dane wyraźnie wskazują na niedobór personelu medycznego (dotyczy to głównie lekarzy

i pielęgniarek). W Polsce na 1000 mieszkańców przypada 25 pracowników służby zdrowia, mniej jest w Chile (22 osoby) i w Meksyku (13 osób), w tym – zgodnie z danymi OECD przedstawionymi na wykresie – zaledwie 2,3 lekarza na 1000 mieszkańców. To jeden z najniższych wskaźników (średnia dla 35 krajów OECD wynosi 3,4 lekarza na 1000 osób). W gorszej sytuacji pod względem liczby lekarzy przypadającej na 1000 mieszkańców są tylko Korea, Chile, Kolumbia, Brazylia, Chiny, Turcja, Południowa Afryka, Indie i Indonezja (wskaźnik między 2,2 a 0,3).

Pomimo trudnych warunków pracy i braku rozwiązań systemowych, które istotnie poprawiłyby sytuację zawodową lekarzy, miejmy nadzieję, że radość z wykonywanej pracy będzie nadal udziałem polskich lekarzy, a ich wizerunek kreowany przez media będzie oparty na wynikach rzetelnych badań, realizowanych zarówno wśród lekarzy, jak i pacjentów. ○

▲ Wykres 1. Liczba lekarzy wykonujących zawód na 1000 mieszkańców.

¹ Badanie realizowane przez OSAI NIL w ramach projektu Razem dla Zdrowia prowadzonego przez Fundację MY Pacjenci w partnerstwie z Naczelną Izbą Lekarską, Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych oraz Naczelną Izbą Aptekarską; CAWI, N=373, ogólnopolska próba lekarzy i lekarzy dentyistów.

² ZnanyLekarz.pl. 2017. Czy lekarze w Polsce są szczęśliwi? Wyniki międzynarodowego raportu „Szczęśliwy Lekarz 2017”, dostępny na: <https://znanylekarz.prowly.com/14099-czy-lekarze-w-polsce-sa-szczesliwi-wyniki-międzynarodowego-raportu-szczesliwy-lekarz-2017> (2.11.2017).

³ PIP, 2017. Czas pracy a bezpieczeństwo publiczne, dostępne na: <https://www.pip.gov.pl/pl/wiadomosci/82795,czas-pracy-a-bezpieczenstwo-publiczne.html> (2.11.2017).

⁴ Lurka, Krystian. 2017. Lekarze na antydepresantach i psychotropach. Co dziesiąty ma problemy psychiczne, w: Duży Format - Gazeta Wyborcza, dostępne na: <http://wyborcza.pl/duzyformat/7,127290,21541355,lekarze-na-antydepresantach-i-psychotropach-co-dziesiaty-ma.html> (2.11.2017).

⁵ MW. 2017. Dużym na podwójnym gazie. Nawet 15 proc. lekarzy w Polsce może być uzależnionych od alkoholu, w: Newsweek, dostępne na: <http://www.newsweek.pl/polska/spoleczenstwo/15-proc-lekarzy-w-polsce-moze-byc-uzalezniionych-od-alkoholu,artykuly,412343,1.html> (5.11.2017).

E-recepta

1 marca Sejm RP uchwalił ustawę o zmianie niektórych ustaw w związku z wprowadzeniem e-recepty. 5 marca bez poprawek przyjęła ją senacka Komisja Zdrowia. Elektroniczne recepty mają być wystawiane w każdym gabinecie lekarskim już w 2020 r. O zaletach tego rozwiązania, ale też obawach środowiska, rozmawiano podczas debaty, która niedawno odbyła się w Warszawie.

✎ MARTA JAKUBIAK



Janusz Cieszyński, wiceminister zdrowia odpowiedzialny za informatyzację: Według szacunków, w Polsce rocznie wystawia się 250 mln recept, w tym 156 mln to recepty refundowane. Dlatego prace w ramach tzw. drugiej fazy Projektu P1 rozpoczęliśmy właśnie od e-recepty.

E-recepta nie zgubi się i nie zniszczy. Ponadto każdą z nich można podzielić na mikrorecepty i realizować w różnych aptekach. Elektroniczne recepty pozwolą też na wprowadzanie standaryzacji, eliminowanie błędów, co przełoży się na kilka milionów wizyt mniej u farmaceutów. Będziemy też mogli zastosować narzędzia, które za zgodą i wiedzą pacjenta, będą wspierały monitorowanie chorób przewlekłych. Dodatkowo, dzięki internetowemu kontu pacjenta powstanie historia wystawianych recept. Opiekun osoby starszej będzie mógł sam zrealizować receptę, jeśli został do tego upoważniony. Pilotaż e-recepty ruszył 15 lutego w Siedlcach i Skierniewicach. Testy

na oprogramowaniu gabinetowym i w aptekach przeprowadzane będą do końca kwietnia. 1 maja br. ustawa powinna wejść w życie i od tego dnia planujemy rozpocząć testy z udziałem pacjentów. Chcemy, by od 1 stycznia 2020 r. e-recepta była wdrożona we wszystkich aptekach na terenie kraju. Przez kolejny rok będziemy wspierać środowisko lekarskie, by każda placówka została wyposażona w system umożliwiający wystawianie e-recept tak, aby już od 1 stycznia 2020 r. każdy lekarz mógł je wystawiać.

Marcin Węgrzyniak, dyrektor Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia: E-recepta wystawiona przez lekarza zapisze się w internetowym koncie pacjenta. Zaprojektowaliśmy dwa kanały dostępu do takiej recepty. Pacjent może otrzymać wydruk informacyjny z kodem kreskowym, który umożliwi farmaceucie dostęp do recepty w systemie. Pacjenci, którzy nie będą chcieli od lekarza wydruku informacyjnego,

otrzymają kod recepty na e-mail lub telefon komórkowy. Mogą też podać w aptece swój numer PESEL i czterocyfrowy kod PIN, który otrzymają esemesem. Na tej podstawie farmaceuta odnajdzie receptę w systemie.

Marcin Grabowski, p.o. dyrektora Departamentu Informatyki w Centrum NFZ: Współpracujemy z CSIOZ oraz z Ministerstwem Zdrowia, by integrować się z Platformą P1 i na bieżąco otrzymywać informacje o wystawionych receptach i ich realizacji. Zgodnie z harmonogramem, 1 maja do Funduszu powinny spłynąć pierwsze e-recepty. Aktualnie informacje otrzymujemy z opóźnieniem. Po całkowitym zintegrowaniu z P1 będziemy je mieć praktycznie w trybie dziennym. Zyskamy lepszą możliwość monitorowania całego rynku recept refundowanych. Znacznie uprości się też proces kontroli, kierownik apteki nie będzie już musiał przygotowywać kopii dokumentów potrzebnych do kontroli.

▲ Od lewej: Janusz Cieszyński, Marcin Węgrzyniak, Marcin Grabowski, Elżbieta Piotrowska-Rutkowska, Romuald Krajewski, Tomasz Zieliński, Grzegorz Siwiec, Dagmara Samselska

Elżbieta Piotrowska-Rutkowska, prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej:

Z punktu widzenia farmaceutów założenia projektu oceniamy pozytywnie. Recepty wystawiane w formie tradycyjnej często zawierają błędy, które uniemożliwiają realizację recept, co powoduje dyskomfort po stronie pacjenta. Wdrożenie e-recepty w dużej mierze wyeliminuje błędnie wystawiane dokumenty oraz uszczelni cały system. Realnym zagrożeniem, jakie należy brać pod uwagę, jest brak internetu lub ograniczony dostęp do niego, jak również przerwy w dostawie prądu, dotkliwe szczególnie w obszarach mniej zurbanizowanych. Trzeba znaleźć rozwiązania, które pozwolą wydać pacjentowi leki w takich sytuacjach.

Romuald Krajewski, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej:

W przeciwieństwie do aptek, nie wszystkie gabinety lekarskie są z informatyzowane, nie wszystkie mają podpisane umowy z NFZ i raportują świadczenia. Wśród 150 tys. lekarzy wykonujących zawód, 25 proc. to lekarze w wieku emerytalnym. Oni nie muszą chcieć przejść na system elektroniczny lub mogą mieć z tym trudności. Gdyby zostali do tego zmuszeni, mogą wybrać emeryturę albo taką formę funkcjonowania zawodowego, gdzie recept nie będą wystawiać. System elektroniczny należy wprowadzać, ale nie można wykluczyć ludzi, którzy do świata cyfrowego nie chcą się już zapisywać, a nadal są bardzo aktywni zawodowo. I oby byli jak najdłużej, bo w sytuacji demograficznej środowiska lekarskiego każde ręce do pracy są bezcenne.

Tomasz Zieliński, ekspert Federacji Porozumienie Zielonogórskie:

Docelowo e-recepta ułatwi nam pracę. Obawiamy się jednak tego pierwszego etapu, kiedy będzie dużo zamieszania, a lekarz będzie potrzebował więcej czasu na wystawienie takiej elektronicznej recepty. Poza tym pacjenci z pewnością będą mieli wiele pytań co do nowej formy wystawiania recept, a my będziemy musieli im tłumaczyć, jak to działa. To będzie czasochłonne.

Zgadzam się z prof. Krajewskim, że nie możemy pozwolić sobie na strać choćby jednego lekarza. W POZ co najmniej połowa lekarzy nie wystawia recept, korzystając z komputera. Trzeba im pomóc, czy to poprzez wprowadzenie asystenta, czy sekretarki medycznej, ale na to potrzebne są dodatkowe środki.

Obawiamy się też o szybkość do-tarcia e-recepty do apteki w terenie wiejskim. Koledzy zgłaszają, zwłaszcza w górach, że trudno im zdobyć jakiegokolwiek zasięg w ich rejonie. To są wyjątki, ale musimy umieć je obsługiwać. Nie może być tak, że tam, gdzie lekarz nie ma dostępu do sieci, pacjent nie będzie miał recept. Pożytek musi być dla tych, którzy sobie poradzą, ale nie możemy stracić tych, którzy mogą mieć problemy. Trzeba dać im dualizm lub sekretarkę medyczną.

Janusz Cieszyński: Wprowadzenie sekretarek lub asystentów medycznych jest jednym z fundamentów programu ministra Szumowskiego. W Szwecji 90 proc. lekarzy było zadowolonych z elektronicznych recept, dzięki nim w ciągu dnia lekarz oszczędzał około pół godziny. Chcielibyśmy osiągnąć podobne lub jeszcze lepsze wskaźniki. Zgadzam się, że nie stać nas, żeby z powodu wdrażania pewnych operacji informatycznych, choćby jeden lekarz zrezygnował z wykonywania zawodu.

Dagmara Samselska, przewodnicząca Unii Stowarzyszeń Chorych na Łuszczycę i ŁZS:

Zgadzam się, że lekarze, którzy nie radzą sobie z systemem informatycznym, powinni mieć asystenta, który pomoże im w tym systemie funkcjonować. Dobrze byłoby też zsynchronizować dokumentację medyczną z e-receptą, dołożyć funkcjonalność, która pozwalałaby ocenić interakcję międzylekową, wychwycić leki, które wykluczają się wzajemnie, znosząc swoje działanie.

Tomasz Zieliński: Trzeba też cofnąć się do zapisów prawa i zmienić je tak, by każdy lekarz mógł wystawiać recepty „S”. Zakładam, że jeżeli zacznie działać Platforma P1, to obowiązek

wyłącznie lekarzy POZ na recepty „S” przestanie obowiązywać.

Janusz Cieszyński: Nie mogę tu i teraz deklarować konkretnych zmian legislacyjnych. Na pewno będziemy chcieli, żeby wraz z informatyzacją malała biurokracja. Kolejna rzecz to kwestia odpowiedzialności lekarza za wpisywanie na receptę poziomu refundacji – chcemy, żeby była ona wyliczana automatycznie podczas wypisywania recepty w systemie.

Grzegorz Siwiec, przedstawiciel Stowarzyszenia Twórców Oprogramowania Rynku Medycznego:

Podobna rewolucja jak w przypadku wprowadzenia e-recepty dokonywała się przed laty w bankowości, gdy ktoś komuś dawał pieniądze, wypisując czek, potem zastąpił go przelew i karta płatnicza. Przy tego typu przedsięwzięciach niezbędna jest jakość.

Dagmara Samselska: W tej chwili dane osobowe pacjentów są bardziej narażone na wyciek, dostęp do dokumentacji medycznej mają różne osoby, często leży ona na biurkach lekarzy. Myślę, że w systemie komputerowym dane wrażliwe będą lepiej zabezpieczone.

Tomasz Zieliński: Będziemy bardzo pilnować, żeby bezpieczeństwo danych pacjenta było na najwyższym poziomie.

Romuald Krajewski: Wprowadzając coś nowego, musimy mieć na to środki. Jeżeli mówimy o nowych osobach w systemie, jak asystentki medyczne, to musimy mieć świadomość, że są potrzebne pieniądze na ich zatrudnienie. W debacie tej często odwołujemy się do przykładu banku, ale jest znacząca różnica w tych dwóch systemach: banki nie wprowadzały elektronicznych kont i przelewów jako obowiązku. Klienci dostali taką możliwość, a ta okazała się dobra i już prawie nikt nie chce stać w kolejce do okienka. Jeśli bankom się udało, to w ochronie zdrowia też to jest możliwe, jednak pod warunkiem, że wprowadzi się dobre rozwiązania. ○

250 mln

– tyle w Polsce rocznie wystawia się recept, w tym 156 mln to recepty refundowane.

Obcy pasażer



Joanna
Sokołowska

Lekarz pediatra

Odkąd Pandora namówiła Epimeteusza do otwarcia swej posażnej skrzyni, wszelakie zło i chorobiska rozpełzły się po świecie, a ci, którzy żyją z ludzkiej biedy, mają ręce pełne roboty. Wbrew bowiem powszechnemu przekonaniu są i tacy, którzy na niefrasobliwym postępku bratowej Prometeusza skorzystali. To lekarze, rzecz jasna (to także prawnicy i dziennikarze, ale o nich innym razem).

Bogactwo nieszczęść uwolnionych przez Pandorę, a opisanych w podręcznikach medycznych, daje tak szeroki wybór, że dosłownie dla każdego – lekarza i pacjenta – znajdzie się coś niemiłego.

Pracy medykowi raczej więc nie zabraknie, nawet jeśli osiągniemy sześcioprocentowy udział PKB w nakładach na zdrowie i europejski wskaźnik łapiducha na tysiąc potencjalnie schorowanych obywateli. Wachlarz możliwości, opisanych na stronach podręczników medycyny opartej na faktach, z pewnością jest w stanie wypełnić sensem niejedno lekarskie istnienie, więc moje nieodmienne zdziwienie budzi fakt, że są wśród nas wciąż tacy, którzy leczą choroby, których nie ma...

To sztuka wyjątkowo finezyjna, bo potencjalnego chorego trzeba przecież przekonać do czegoś, o czym nie słyszał dotychczas w żadnej z

znanych sobie lekarskich poczekalni. A współczesny pacjent to już przecież nie swojska „Baba, która przyszła do Lekarza”. To Baba 2.0! Przygotowana do rozmowy na temat swoich dolegliwości, wkraczająca do gabinetu z plikiem komputerowych wydruków, znająca możliwości diagnostyczne i terapeutyczne, świadoma swoich praw. Taką Babę – by dała się leczyć i wyleczyć z choroby, której nie ma – trzeba więc trochę (byłe nie za bardzo) przestraszyć. A Baba nie boi się przecież byle jakich bakterii!

Strzałem w dziesiątkę, prawie zawsze, jest powołanie się na destrukcyjną rolę stworzeń bytujących w naszym organizmie. Jeśli ktoś choć raz oglądał „Obcego – ósmego pasażera Nostromo”, źródeł lęku przed obcym wewnątrz nas nie trzeba mu wyjaśniać. Taki obcy może przecież tkwić w dowolnym zakamarku naszego udręczonego ciała – uśpio-ny, podstępnie czerpiący z naszych

zasobów energetycznych i sił witalnych – dający objawy choroby na tyle niecharakterystyczne, by każdy mógł przyznać: „tak, ja też to mam!”. I może w końcu zabić, choć może nie tak spektakularnie, jak w kinowym hicie Ridleya Scotta.

Palnę pierwszeństwa wśród takich parazytów dźwierz niezbyt pocziwy, ale za to powszechnie znany, krętek *Borrelia*. Jego siła tkwi w tym, że istnieje naprawdę, a choroby zwanej boreliozą nie zaneguje nawet najbardziej zatwardziały medyczny racjonalista. Gdyby próbował wątpić, szkiełko i oko laboranta pokażą mu ślad obecności mikroba czarno na białym. *Borrelia* obdarowana została zdolnością magicznego wywoływania swą obecnością dowolnych dolegliwości somy i psyche, i to nawet wówczas, gdy do spotkania z nią doszło w odległej przeszłości życia pacjenta. Rzesze odczuwających wszelakie skutki rzekomej choroby, pod dyktando charyzmatycznych uzdrowicieli, poddają się wielomiesięcznym kuracjom – kosztownym, choć kompletnie nieuzasadnionym.

Prawdziwą, nomen omen, skarbnicą bytów częściowo obcych, choć przecież możliwie najbliższych

▲ Moim osobistym faworytem wśród zwierzątek mieszkających na ludzkim ciele jest nużeniec, bytujący sobie cichutko w naszych mieszkach włosowych.

**TAKĄ BABĘ – BY DAŁA SIĘ LECZYĆ I WYLECZYĆ
Z CHOROBY, KTÓREJ NIE MA – TRZEBA WIĘC
TROCHĘ (BYŁE NIE ZA BARDZO) PRZESTRASZYĆ.
A BABA NIE BOI SIĘ PRZECIEŻ BYLE JAKICH BAKTERII!**



człowiekowi, jest jego przewód pokarmowy. To miejsce prawdziwej walki dobra ze złem, której wiadome skutki przedstawiają na srebrnym ekranie setki reklam „leków” na wzdęcia, zaparcia i uczucie ciężkości w wiadomych rewirach. Nie dziwcie się więc, proszę, że pacjent poinformowany o bogactwie życia wewnętrznego flory własnego jelita, zaczyna dostrzegać Armagedon, jaki może spotkać jego własne, otrzymane od matki i hodowane troskliwie latami *Lactobacillusy* w konfrontacji z armią grzybów i pleśni oraz złem, jakie niesie konwencjonalna medycyna i przemysł spożywczy. Tu zakres diagnoz i terapii jest ograniczony jedynie zasobnością portfela pacjenta i fantazją uzdrowiciela. Antybiotyki, probiotyki, diety eliminacyjne i substytucyjne, skomplikowane protokoły terapeutyczne – można leczyć i leczyć się dosłownie ad mortem defaecatam...

Moim osobistym faworytem wśród zwierzątek mieszkających na ludzkim ciele jest nużeniec, bytujący sobie cichutko w naszych mieszkach włosowych. W dobie fotografii elektronowej, jego wizerunek – kluskowatego obcego pasącego się na skraju gruczołu łojowego, połączony z informacją o intensywnym życiu płciowym, jakie prowadzi w jego zaciszu – działa na moją wyobraźnię. Brr!... Jeśli każdy to ma, to ja pewnie też i sama nie wiem, co powstrzymuje mnie przed chęcią pozbycia się tego czegoś. Ze ściśniętym gardłem przyznaję więc, coraz liczniej poinformowanym o nużeniu pacjentom, że tego się nie leczy...

O ile „kuracje” chorób nieistniejących nie wyrządzają szczególnej szkody pacjentowi, który – nie zapominajmy o tym – jeśli ma dolegliwości, to po prostu nie został dokładnie zdiagnozowany – pomijamy je wstydliwym milczeniem. Wątpięcym w ich sens zawsze można zarzucić braki w wykształceniu – a tego nie chcemy, prawda? Może jednak należałoby, choćby nawet narażając się na ryzyko oskarżeń o ignorancję, powiedzieć głośno o tym, że takie postępowanie jest zwyczajnym oszustwem niezgodnym z lekarską etyką. ()

Satyryk

Byłem u okulisty. Poinstruował mnie, jak mam zakraplać oczy. Rano, po wstaniu, po kropli do każdego oka, przymknąć powieki, poobracać gałkami, odczekać minutę. To samo wieczorem.

Dygresja – jest coś przedziwnego w wyobrażeniach filmowców o świecie medycyny. W co drugim filmie kryminalnym, w którym jest pokazana scena sekcji zwłok, lekarz medycyny sądowej, na sali sekcyjnej albo tuż obok... je! Pije herbatę, je kanapkę i rozmawia z policjantem czy prokuratorem. Nie mówię tu o komediach, których akcja rozgrywa się w szpitalu i pełna jest gagów z pielęgniarkami wywracającymi się na deskorolkach w izbach przyjęć. Chodzi o takie normalne, wydawałoby się poważne filmy. Jak sekcja zwłok, to co drugi przeprowadzający ją, musi jeść. Czy twórcy scenariuszy filmowych doszli do wniosku, że to takie zabawne? Może za pierwszym razem było. Ale kiedy oglądam czterdziestą scenę, w której lekarz omawiający przyczyny nagłego zgonu leżącej na stole ofiary przestępstwa, zagryza tę opowieść kanapką z serem, już mnie to nie bawi. Przecież w tego

Wiem, że takie informacje są objęte tajemnicą lekarską, ale nie jestem lekarzem, więc mnie nie obowiązuje. A czasem się państwu zwierzam. Byłem u lekarza medycyny pracy. Pani doktor dokładnie przejrzała wyniki badań, zważyła, zmierzyła (między innymi ciśnienie) i w dokumentację wpisała: „wada wzroku i nadwaga”. Ileż trzeba mieć odwagi, żeby mi wpisać nadwagę! I nie powiedzieć, co jest czego przyczyną? Może ja przez swoją wadę wzroku doprowadziłem do nadwagi? Może ja po prostu nie widzę, ile jem? Poszedłem do dietetyka. Powiedział, że posiłek powinien trwać nie krócej niż 30 minut. 

Oko w oko z...

📌 **KATARZYNA LEWICKA** LAUREATKA KONKURSU „PRZYCHODZI WENA DO LEKARZA” (2017)

Na początek trochę wstępu

Oko w oko z...

No właśnie kto z kim spotyka się oko w oko w poradni?

Lekarz – Pacjent

Pacjent – Lekarz

Pacjent – Pacjent

Lekarz – Lekarz

A co jeżeli to lekarz zostaje pacjentem? Czyżby nieoczekiwana zamiana miejsc? Zawsze jest to spotkanie...

...Człowiek – Człowiek

#

Kiedy rozmawiamy, patrzymy najczęściej na twarz. Jednak na twarzy najważniejszą częścią są oczy (nie tylko zawodowo). Dlaczego? Uśmiech jest wtedy „pełny” kiedy śmieją się również oczy. Bez oczu uśmiech wydaje się sztuczny. Czy (te) oczy mogą kłamać?

[...]

PACJENT

Wśród opisanych typów jest zwykły, chory człowiek.

Może się ukrywać za maską tuby, rentownika, lub kilkoma na raz. Trzeba do niego dotrzeć. Każda relacja lekarz – pacjent jest inna, jedyna, niezwykła. Bywa jednorazowa lub wieloletnia, spontaniczna lub regularna, ostrożna lub pełna zaufania, bliska lub luźna, zmienna lub trwała. Zawsze jest to

spotkanie dwojga ludzi. A tam gdzie są ludzie, tam są uczucia, emocje, ludzkie odruchy.

A na koniec...

Problem aktualny w każdym ludzkim wieku

Zobaczyć, znaleźć, zatrzymać

Człowieka w człowieku...



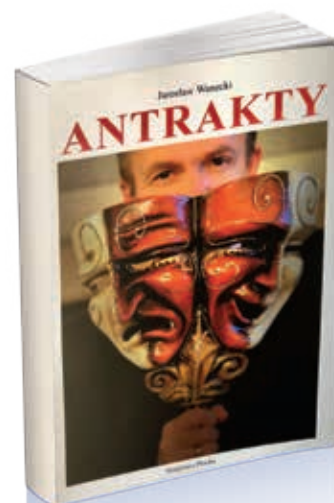
Więcej na
www.gazetalekarska.pl

ANTRAKTY

📌 **RYSZARD GOLAŃSKI**

Przedstawianie Jarosława Waneckiego czytelnikom „GL” byłoby nietaktem. Od ośmiu lat jego „Epikryza” zamyka każdy kolejny numer gazety.

Znany jest również jako przewodniczący Komisji Kultury Naczelnej Rady Lekarskiej. Mniejszemu gronu znane jest zamiłowanie prezesa płockiej izby lekarskiej do teatru. Zamiłowanie to za mało powiedziane, teatr jest jego pasją. Udowadnia to w wydanej ostatnio książce, której tytuł jest znaczący. Na 260 stronach możemy przeczytać felietony publikowane w płockim dodatku „Gazety Wyborczej” i w „Gazecie Lekarskiej”. Znajdziemy tam także wiersze autora i plakaty teatralne, realizowane według jego pomysłu. Bardzo interesującą lekturą były dla mnie felietony teatralne. Książka rozpoczyna się mocnym akcentem – felietonem zatytułowanym „Skala”, opisującym starania autora i innych miłośników teatru, mające doprowadzić do obejrzenia wymarzonego spektaklu lub teatru. Tylko mając takiego prezesa, izba lekarska mogła zorganizować „Wieczory szekspirowskie”. 📌



W gorączce



Agata
Morka

Historyk sztuki

Marzy mi się czasem, jak by to było być wielkim malarzem. Jak to jest leżeć na rusztowaniu pod sklepieniem Kaplicy Sykstyńskiej? Albo kłaść światło w kolczyk dziewczyny z perłą? Gdybym na chwilę doświadczyć mogła malarskiej gorączki, to nie przeniosłabym się jednak do renesansowego Rzymu ani do siedemnastowiecznych Niderlandów. Pojechałabym wprost na wschodni kraniec Long Island.

To tutaj, niedaleko od Nowego Jorku, gdzieś między wielkim domem a stodołą rozegrała się jedna z najważniejszych być może artystycznych przygód XX w. Tutaj wraz z żoną w 1946 r. przeprowadził się Jackson Pollock. I zaczął na poważnie chlapać.

Technika Pollocka, czasem zwana akcjonizmem, czasem drippingiem to tak

naprawdę bardzo ciężka, fizyczna praca. Malarz wylewa farby wprost na płótno, chlapie, rozpryskuje, bryzga, chodzi po obrazie, stając się jego częścią. Nie ma tu sztalugi, nie ma nawet tradycyjnych pędzli. Zamiast tego są patyki i bardzo ciekłe farby, wrażliwe na każdy gest ręki malarza. Do tego ogromne rozmiary: ta predylekcja została Pollockowi pewnie z wcześniejszych doświadczeń w malowaniu murali.

▼ Jackson Pollock, „Lato, numer 9 A”, 1948, Tate, Londyn

„Lato, numer 9 A” jest długie na ponad pięć metrów, wysokie na niecały jeden. Ten kinematograficzny format, połączony z rytmem grubych czarnych zawijasów, przetykanych żółcią i błękitem, ocieka słońcem. Jest w nim i upał letniego popołudnia, i żar jednej z bardziej niebezpiecznych, ale jakże ekscytujących chorób: malarskiej gorączki. ☺

obraz A



obraz B





Wskaż oryginał i znajdź cztery szczegóły różniące obrazy.

Odpowiedź prześlij na
bladmalarski@gazetalekarska.pl
do 9 kwietnia 2018 r.

W temacie maila należy wpisać GL04.
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 (Masaż dla dwojga, Ajurwedyjski masaż na „Talaxa Spa”, Złoty zabieg na ciało)
- możliwość korzystania bez ograniczeń z basenu, jacuzzi, 3 rodzajów saun, siłowni

Rozwiązanie zagadki z „GL” 03/2018

OBRAZ ORYGINALNY: B

SZCZEGÓŁY RÓŻNIĄCE OBRAZY

1. Dodanie laski lekarzowi po prawej stronie obrazu.

Laska to atrybut sławnego Doktora House’a, chyba najbardziej obecnie rozpoznawanego fikcyjnego lekarza serialowego.

2. Zamiana twarzy jednego z lekarzy na kobiecą.

Kobieta lekarz w Ameryce na początku XX w. była rzadkością, wiele szkół, z Uniwersytetem Harvarda włącznie, nie przyjmowało kobiet. Tak było z Helen B. Taussig, której Harvard odmówił przyznania dyplomu. Ukończyła Szkołę Medycyny na Uniwersytecie Johna Hopkinsa w 1927 r., gdzie później pracowała jako pediatra-kardiolog.

3. Dodanie godła Uniwersytetu Johna Hopkinsa na panelu ściennym po lewej stronie.

Czterech lekarzy przedstawieni na portrecie to: dr William H. Welch, dr William Osler, dr William S. Halsted i dr Howard A. Kelly. To ważne postacie Szkoły Medycyny na tym uniwersytecie, obecność godła szkoły w tle nie byłaby więc nieuzasadniona.

4. Zmiana koloru szalików lekarzy na niebieskie.

Żółty i niebieski to oficjalne kolory Szkoły Medycyny Uniwersytetu Hopkinsa, ubrania studentów medycyny utrzymane są obecnie w tych kolorach.



▲ John Singer Sargent, *Czterech doktorzy*, 1907.



NAGRODZONY Z „GL” 03/2018

Voucher do Hotelu Prezydent**** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje **Agnieszka Pardo z Torunia**. Gratulujemy!

Światowa Orkiestra Lekarzy w Polsce



Już wkrótce wyjątkowe wydarzenia muzyczne – odbędą się dwa koncerty symfoniczne w wykonaniu Światowej Orkiestry Lekarzy: **11 października** w Filharmonii Narodowej w Warszawie, a **12 października** w krakowskim Centrum Kongresowym ICE. Orkiestra wykona VIII symfonię Beethovena oraz po raz pierwszy zagra Uwerturę es-dur Ignacego Paderewskiego (na 100-lecie odzyskania niepodległości w Polsce). Występ uświetni solista Krzysztof Książek koncertem E-mol, op. 11 Fryderyka Chopina. The World Doctors Orchestra (WDO – Światowa Orkiestra Lekarzy) została założona w 2007 r. i łączy przyjemność płynącą z uprawiania dobrej muzyki z globalną odpowiedzialnością społeczną w zakresie nieograniczonego dostępu do świadczeń medycznych. Dwa do trzech razy

GL
PATRONAT

w roku stu lekarzy z prawie pięćdziesięciu krajów zamienia białe lekarskie fartuchy na wieczorowe stroje i wykonuje koncert na rzecz organizacji działającej w sektorze zdrowia oraz osób potrzebujących opieki zdrowotnej. Przychody z każdego koncertu trafiają do wybranych organizacji non-profit. W Polsce orkiestra koncertować będzie z okazji dziesięciolecia istnienia w naszym kraju Fundacji DKMS. – Podczas gdy nasza codzienna praca koncentruje się na leczeniu konkretnego pacjenta, jako orkiestra propagujemy przekonanie, że ani granice państw, ani interesy polityczne czy gospodarcze nie powinny ograniczać dostępu do podstawowej opieki zdrowotnej – mówi założyciel i dyrygent orkiestry, prof. Stefan Willich. 

FOTO: ARCHIWUM PRYWATNE

NASZA CZYTELNIJA • NASZA CZYTELNIJA • NASZA CZYTELNIJA • NASZA CZYTELNIJA • NASZA CZYTELNIJA • NASZA CZYTELNIJA • NASZA CZYTELNIJA • NASZA CZYTELNIJA • NASZA CZYTELNIJA • NASZA CZYTELNIJA •



„Almanach 3” Komisji ds. Kultury ORL w Katowicach

Opracowanie: Jan S. Kłopotowski

To już trzecie tego typu wydawnictwo w historii śląskiej izby. W książce przedstawiono sylwetki i fragmenty dorobku lekarzy łączących codzienną praktykę lekarską z różnymi formami twórczości, a także przyjaciół Komisji, wśród których są również zawodowi artyści, m.in. poetka Leonilla Teresa Łastowska z Wilna.



Słodziutki. Biografia cukru

Autorzy: Dariusz Kortko, Judyta Watola

Opowieść o tym, jak cukier skradł serca ludzkości, i dlaczego nadal skutecznie utrzymuje nas w swoim śmiertelnym uścisku. Co sprawia, że nawet gdy zaczęliśmy uświadamiać sobie, jak wiele zagrożeń zdrowotnych przynosi jego spożywanie, wielu z nas nie potrafi z niego zrezygnować? Czemu tak bardzo uzależniamy?

Triathlon



25 lutego Sandomierz gościł lekarzy z całej Polski. W szranki XI Zimowych Mistrzostw Polski Lekarzy w Triathlonie stanęły 3 kobiety i 8 mężczyzn. Padał śnieg, było ok. -10 st. C. ○



Więcej na
www.gazetalekarska.pl

Lekka atletyka

24 lutego w Hali Arena Toruń odbyły się 27. Halowe Mistrzostwa Polski Masters i 1. Halowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w Lekkiej Atletyce. W ramach MPL mężczyźni rywalizowali w 13 konkurencjach, a kobiety w 10. ○

Żagle

Działający od 2004 r. Klub Żeglarski „Szkwał” przy OIL w Łodzi zaprasza miłośników żeglarskiego na doroczny rajd żeglarski po Wielkich Jeziorach Mazurskich, który zaplanowano w dniach **18-20 maja**. ○



Tenis

OIL w Częstochowie organizuje XVII Ogólnopolski Turniej Tenisowy Lekarzy, który odbędzie się w dniach **11-13 maja** na obiekcie Częstochowskiego Klubu Tenisowego. Natomiast OIL w Zielonej Górze zaprasza na XXVIII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie, które odbędą się **od 31 maja do 3 czerwca** w Zielonej Górze. ○

Rajd konny

W dniach **8-10 czerwca** odbędzie się XII Ogólnopolski Rajd Konny Lekarzy im. Majora Hubala. Bazą wypadową dla uczestników będzie Ośrodek Jeździecki w Mikołajowie k. Koluszek. ○

Kolarstwo

Miłośnicy dwóch kółek spośród absolwentów medycyny już mogą zacierać ręce! W dniach **1-2 czerwca** w Bychawie odbędą się 15. Mistrzostwa Polski Lekarzy w Kolarstwie Szosowym na trasie takiej samej, jak w ubiegłym roku. ○

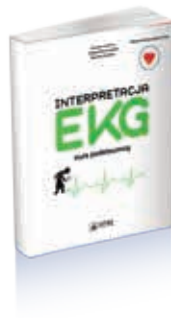
NASZA CZYTELNIJA • NASZA CZYTELNIJA • NASZA CZYTELNIJA • NASZA CZYTELNIJA • NASZA CZYTELNIJA • NASZA CZYTELNIJA • NASZA CZYTELNIJA • NASZA CZYTELNIJA • NASZA CZYTELNIJA •



Podstawowe zasady okluzji

Autor: Michael Racich

Problem okluzji łączy praktycznie wszystkie specjalizacje stomatologiczne, ale też problemy z zakresu zdrowia jamy ustnej i ogólnomedycznej. W publikacji czytelnik odnajdzie kompleksowe, innowacyjne, ale jednocześnie praktyczne podejście do tego zagadnienia. Książka wzbogacona jest o bogaty materiał graficzny, w tym liczne wykresy, diagramy, zdjęcia.



Interpretacja EKG. Kurs podstawowy

Redakcja naukowa: Małgorzata Kurpesa, Bartosz Szafran

Podręcznik na temat interpretacji EKG na poziomie podstawowym. Uwzględnia wszystkie zmiany w nomenclaturze elektrokardiograficznej, a także nowe zasady rozpoznawania chorób. Publikacja z rekomendacją Sekcji Elektrokardiologii Nieinwazyjnej i Telemedycyny Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego.













Komunikaty

ABSOLWENCI ROCZNIKA 1955/60 AM W GDAŃSKU WYDZIAŁU LEKARSKIEGO I WYDZIAŁU STOMATOLOGII ORAZ OSOBY TOWARZYSZĄCE

12 maja 2018 r. o godz. 14:00 odbędzie się spotkanie koleżeńskie w Sopocie, ul. Ks. Kordeckiego 4/6, Willa Eden, tel. (58) 551 15 03, na które zaprasza Komitet Organizacyjny. Koszt udziału 100 zł od osoby, zgłoszenia i wpłaty należy dokonać do 20 kwietnia 2018 r. osobiście lub przesłać na adres: Barbara Pętlak-Till, tel. (58) 301 17 42, Janina Borówko, tel. (58) 307 31 01, Teresa Bielecka, tel. 694 959 810.

WYDZIAŁ LEKARSKI W KATOWICACH I ZABRZU (LATA STUDIÓW 1975-81) ORAZ ODDZIAŁ STOMATOLOGICZNY (LATA STUDIÓW 1975-80) ŚLĄSKIEJ AKADEMII MEDYCZNEJ

Serdecznie zapraszam na Zjazd Koleżeński w dniach 8-10 czerwca 2018 r. Miejsce spotkania: Hotel Jawor w Jaworzu koło Bielska-Białej. Koszt uczestnictwa bez noclegów: 350 zł od osoby. Wpłata na konto Bank Śląski nr 77 1050 1214 1000 0090 6586 2386. Kontakt: Maciej Kajor, e-mail: maciej_kajor@poczta.onet.pl, tel. 502 272 110. Ze względu na rezerwację miejsc hotelowych proszę o szybką decyzję potwierdzoną wpłatą kosztów uczestnictwa.

ABSOLWENCI WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AM W LUBLINIE, ROCZNIK 1964-1970

Zapraszamy absolwentów z lat 1964-1970 na spotkanie, które odbędzie się w hotelu Renesans w Zamościu, ul. Grecka 4, w dniach 8-10 czerwca 2018 r. Koszt uczestnictwa: 180 zł od osoby oraz dodatkowo koszty zakwaterowania w hotelu. Prosimy o wpłaty na numery kont organizatorów do 20 maja 2018 r.: 66 1020 3176 0000 5102 0033 8376 – posiadacz rachunku: Liliana Szymańska-Mazur, tel. 605 589 587, e-mail: lilianamazur@gmail.com, 24 1240 2496 1111 0000 3761 2432 – posiadacz rachunku: Jolanta Żuber-Wieczorkiewicz, tel. 604 415 883, e-mail: jwieczorkiewicz@gazeta.pl. Rezerwacja noclegów: tel. (84) 677 59 30 hasło: „Zjazd Lekarzy”. Numer konta do wpłat za noclegi: Bank PKO SA I/O Zamość PL 66 1240 2816 1111 0000 4015 2345.

ABSOLWENCI AKADEMII MEDYCZNEJ W WARSZAWIE, ROCZNIK 1952-1958, KURS A I B

Spotkanie odbędzie się 15 czerwca 2018 r. o godz. 13.00 w Gmachu Muzeum Historii Medycyny Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego przy ul. Żwirki i Wigury 61. Koszt uczestnictwa: 140 zł. Wpłaty należy dokonać na Konto Stowarzyszenia Wychowanków Warszawskiej Medycyny i Farmacji, Bank Polski PKO SA nr 42 1020 1055 0000 9702 0015

8238 z dopiskiem Spotkanie Koleżeńskie. Warunkiem udziału w spotkaniu jest dokonanie wpłaty przed 30 kwietnia 2018 r. Kontakty: e-mail: mszostek@icloud.com, tel. 602 182 846, dr Krystyna Stankiewicz tel. 606 381 626, dr Zbigniew Miller tel. 601 354 581, dr Ewa Zienkiewicz tel. 602 251 619.

ABSOLWENCI POMORSKIEJ AKADEMII MEDYCZNEJ – WYDZIAŁ LEKARSKI ROCZNIK 1978, WYDZIAŁ STOMATOLOGII ROCZNIK 1977 I 1978

Zapraszamy na Jubileuszowe spotkanie koleżeńskie do hotelu Senator w Dźwirzynie w dniach 22-24 czerwca 2018 r. Wszelkie informacje otrzymacie Państwo drogą mailową lub telefoniczną. Zgłoszenia proszę kierować na adres: biuro@primus-szczecin.pl lub tel. 605 08 35 45 – Dorota i Józek Kładny.

ZJAZD ABSOLWENTÓW AKADEMII MEDYCZNEJ W LUBLINIE, ROCZNIK 1976

Serdecznie zapraszamy na kolejne spotkanie koleżeńskie, które odbędzie się w dniach 14-16 września 2018 r. w Kaziemierzu Dolnym w Domu Pracy Twórczej ul. Małachowskiego 17. Koszt uczestnictwa: 600 zł (obejmuje 2 noclegi, 2 śniadania, zdjęcia, uroczystą kolację, wycieczkę autokarową do Lublina, ognisko. Wpłaty na konto Bank PKO SA I Oddz. Puławy 07 1240 2412 1111 0000 3610 7559 z dopiskiem "ZJAZD 76" do 31 lipca 2018 r. Informacje zjazdowe: Elżbieta Wallas-Skrzat, tel. 603 933 118, e-mail: ela.skrzat@gmail.com.

ZJAZD ABSOLWENTÓW, ROCZNIK 1983

Z okazji 35. rocznicy ukończenia studiów organizujemy spotkanie koleżeńskie 27 października 2018 r. (sobota) w hotelu „AGIT” w Lublinie, ul. Wojciechowska 29. Koszt uczestnictwa w spotkaniu (bez noclegu) wynosi 300 zł od osoby. Wpłaty na konto: Bożena Kowal, Teresa Dobrzańska-Pielichowska 89 2490 0005 0000 4000 6545 tytułem – opłata zjazdowa. Rezerwacja hotelu we własnym zakresie – telefonicznie na hasło – „zjazd absolwentów” (tel. Hotel AGIT 721 103 300). Osoby do kontaktu: Bożena Kowal, e-mail: bozenakowal@autograf.pl, Teresa Dobrzańska-Pielichowska, e-mail: teresa.dobrzanska@gmail.com.

ZJAZD ABSOLWENTÓW AM W WARSZAWIE: ROCZNIKA 2008 WYDZIAŁU LEKARSKIEGO I I II ORAZ STOMATOLOGII ABSOLWENTÓW Z 2007 R.

Organizujemy spotkanie z tańcami i przekąskami w Warszawie. Każdy oczywiście z osobą towarzyszącą. Termin: listopad 2018 r. – bliższa data będzie podana pod koniec marca 2018 r. Poproszę podać imię i nazwisko i numer grupy na email: rocznik2008wum@gmail.com, Urszula Coupland.

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



Jarosław Wanecki

Przewodniczący kolegium
redakcyjnego „Gazety Lekarskiej”

„Taka pieśń jest nieśmiertelność!”

50 lat temu „Dziady” Adama Mickiewicza w reżyserii Kazimierza Dejmka ostatecznie spadły z afisza Teatru Narodowego. Oficjalnie arcydzieło polskiej literatury romantycznej zagrano jedenaście razy, ale dodatkowe trzy przedstawienia obejrzał specjalnie wyselekcjonowany aktyw partyjny. Ruszyła lawa: „Ten głos, który z pokoleń pójdzie w pokolenia...”

Dziesięć lat temu przeprowadziłem wywiad z doktorem Wojciechem Celińskim, lekarzem z Wyszogrodu, czynnym uczestnikiem „wydarzeń marcowych”, który spędził pół roku w areszcie śledczym przy Rakowieckiej „za organizowanie zebranych mających na celu przestępstwo i rozpowszechnianie wiadomości mogących wywołać niepokój społeczny”.

Zanim trafił do celi, uczestniczył w marszach, uciekał przed pałowaniami, wspólnie z kolegami przerwał zajęcia II roku Akademii Medycznej w Warszawie i dołączył do protestu studentów z Politechniki i Uniwersytetu. Zwolnienie z więzienia uzasadniono „znikomą szkodliwością zarzucanych czynów”. Potem była pomoc represjonowanym robotnikom z Radomia, KOR, Towarzystwo Kursów Naukowych i Solidarność.

W 1815 r. Adam Mickiewicz starał się o przyjęcie do Wileńskiego Instytutu Medycznego. Podanie z nieznanых powodów zostało odrzucone, stąd studia na Cesarskim Uniwersytecie, a po śmierci ojca w Seminarium Nauczycielskim, które w zamian za późniejszą pracę oferowało stypendium i bezpłatne mieszkanie. Łatwo nie było, więc w celach samokształcenia grono kolegów założyło Towarzystwo Filomatów, a później Filaretów, mimo że Uniwersytet zakazywał „nieprzyzwoitych układów i zmów”. Dopiero kiedy struktury posądzono o spisek, sformułowano program narodowy i liberalny. W 1823 r. zaczęło się śledztwo prowadzone w sprawie szerzącego się antyrosyjskiego ducha wileńskiej młodzieży, co zaprowadziło grupę przyjaciół do więziennych cel w dawnym klasztorze księży Bazylianów. Powstał „komitet obrony więzionych”. Prześladowania konsolidowały i w mieście wywieszono wiersze oraz odezwy patriotyczne.

I Sekretarz Komitetu Centralnego Polskiej Zjednoczonej Partii Robotniczej wyraził niezadowolenie z powodu antyradzieckich „Dziadów” w Teatrze Narodowym

i ogłosił podjęcie kroków administracyjnych. 30 stycznia 1968 r. odbyła się ostatnia publiczna inscenizacja. Tłum szturmował wejścia do teatru. Na widowni kilkusetosobowy „nadkomplet”, a po spektaklu ruszyła pod pomnik Adama Mickiewicza nocna demonstracja, zakończona aresztowaniami. Rano zbierane były podpisy pod petycją „przeciwko polityce odcinania się od postępowych tradycji narodu polskiego”, za którą relegowano z uczelni Adama Michnika i Henryka Szlajfera. Gomułka przekonywał podczas partyjnego zebrania, że „nie można pozwolić na to, aby w imię jakiejś abstrakcyjnej wolności i inscenizacyjnej dowolności, przekształcać antycarskie ostrze „Dziadów” w oręż antyradziecki”. Wydział Kultury KC PZPR zażądał ukarania wszystkich odpowiedzialnych. W lutym teatrolog Bohdan Korzeniewski na spotkaniu SPATiF-u ironicznie zwraca się do przedstawiciela partii, mówiąc „o sprawującym realnie władzę w Polsce rządzie, którego premierem jest Adam Mickiewicz” i żądając przywrócenia spektaklu na scenę. 8 marca wiec w obronie wyrzuczonych studentów został stłumiony przez ORMO. Ruszyła lawa czystek. W kwietniu Sejm PRL poświęca swoje obrady „antypolskiej nagonce”.

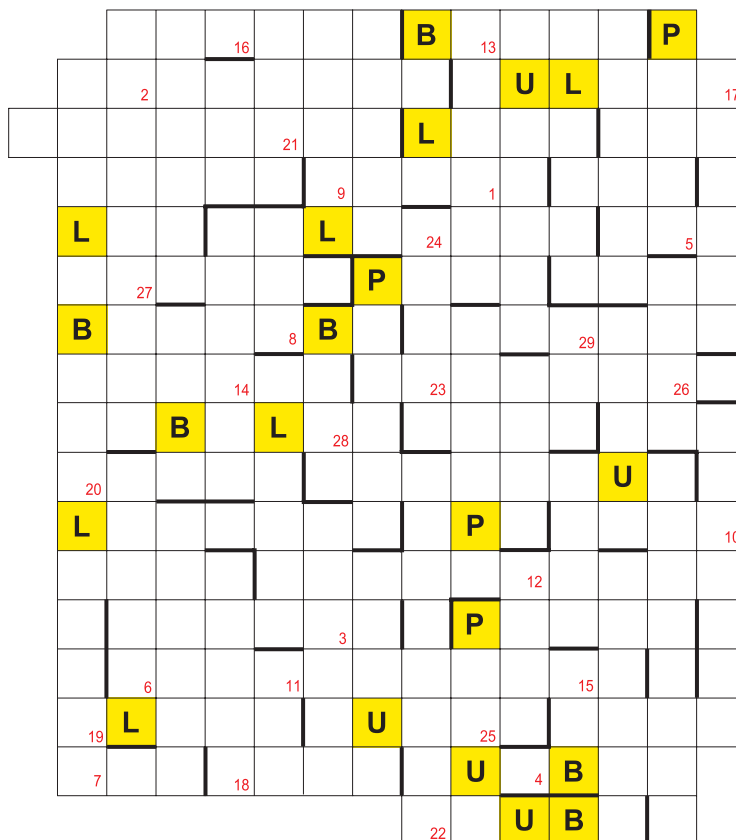
W 1832 r. ukazała się drukiem III część „Dziadów” dedykowana „narodowej sprawie męczennikom”. Te trzy słowa wzbudziły pierwszy aplauz publiczności zgromadzonej na Dejmkowej premierze 25 listopada 1967 r. w Teatrze Narodowym. „Wielka Improwizacja” po raz pierwszy w scenicznej historii nie została skrócona. Andrzej Żarnecki wspominał spektakl po latach: „Odbiór był dla artystów zaskoczeniem (...). Po ostatniej kurtynie długa, burzliwa owacja, chyba największa po wojnie. Aktorzy ukazywali się kolejno, grupami, wszyscy witani brawami, po grupach wychodzili soliści. Wielkie brawa dostał Mrożewski. Holoubka powitano huraganem oklasków i przeciągłym krzykiem, co powtórzyło się jeszcze ze dwa razy”.

„Czas przypomnieć ojców dzieje...”



Objaśnienia 80 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery B, L, P i U.

Na ponumerowanych polach ukryto 29 liter hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to myśł Leonarda da Vinci. Hasło należy przesłać na karcie pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres jolka@gazetalekarska.pl do 25 kwietnia 2018 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).



Rozwiązanie Jolki lekarskiej nr 231 („GL” nr 02/2018)

Prawda Cię wyzwoli, ale najpierw nieźle wkurzy.

Nagrody otrzymują:

Juliusz Dmowski (Kołobrzeg),
Dariusz Matusiak (Elbląg),
Katarzyna Sas-Baj (Puławy).

Fundatorem nagród jest
Wydawnictwo Lekarskie PZWL,
www.pzwl.pl.

Nagrody przesyłamy pocztą.

* autor metod nadal stosowanych w położnictwie * duża wiązanka wyzysk * rakazar * demeska * potyczka * bestseller Homera * śmiech (łac.) * góry z Orlcią i Zieleńcem * dawna pani * cicho (muz.) * kwas do galarety * pracę (łac.) * ostry wytwór naskórka * port rzeczny nad Witimem * cios * najważniejsza część telewizora * lekarskie usługi * matka Heleny, Kastora i Polluksa * bunt, powstanie * Kipchoge, kenijski mistrz olimpijski * album na znaczki * lewatywa * grecka nimfa górską * pas włosów * Aniza * zielonkawo opal lub chalcidon * brat córki * litewska nimfa wodna * kłusownicze pułapki * kraj z Górą Stołową * drewniany pręgierz * nerwoból * polski taniec ludowy * angielski pojazd konny *-Mare, gród w pn-zach Rumunii * opiekunka do dziecka * choroba Addisona * stan w Birmie ze stolicą Hakha * zawodnik gry mieszanej * uchodzi w Lizbonie * spięte włosy * Pulsatilla * Walińczyk wśród Królewskich * nocny motyl * 1/100 dolara * poeta z Nagłowic * przodek świni * wypoczynkowa dzielnica Władysławowa * dorszowaty z pn. Atlantyku * uraza, żal * niemiecka gorzała * panchromia * port morsko-rzeczny nad Jenisejem * resztki świecy * pies gończy * wyznaczenie mojeższowe * saliva * Państwo Islamskie * podgatunek kułana * teatr Tyma, Osieckiej i Młynarskiego * gołąb z mewek * związek organiczny, np. iperyt * kraj z Aszur i Niniwą * paprocie z Amazonii (łac.) * region z Funchal * premier Indii (1991–96) * amidy wewnątrzcząsteczkowe * wyspa z Oranjestad * Karenina * metalowa część paleniska * ecphyma * kraj z Bagdadem * badacz kraju Persów * cysticercosis * najliczniejsza osada wioślarska * kontynent zebr i zyraf *-szan z Pikiem Pobiedy * małpy Starego Świata * ugrupowanie Krzaklewskiego * chirurg z Kilonii, patron opaski uciskowej

Jerzy Badowski

Wydawca:



**Naczelna Rada
Lekarska**

Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład: 172 300 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)
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:
LSC Communications Poland 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).

