

Gazeta Lekarska

11
2014

PISMO IZB LEKARSKICH



Medyczny
Nobel

30

Stomatologia

Stara choroba
w nowej odsłonie

36

Praktyka lekarska

Specjalizacje
na nowych zasadach

46

Ochrona zdrowia na świecie

Opieka
u schyłku życia

Spis treści

11
2014



19



30



40



48

- 4 **Na wstępie / R. Golański:** Polski doktor w Europie
- 6 **Pierwszym głosem / M. Hamankiewicz:** Szkoda, że to wojna
- 8 **Skrining**
- 10 **Obserwacje / S. Badurek:** Składka szyta na miarę
- 11 **Temat miesiąca:** Medyczny Nobel
- 16 **Temat miesiąca:** Historia pędzłaka
- 18 **Nasi w Europie / R. Krajewski:**
Przyszłość kształcenia i szkolenia lekarzy?
- 19 **Rozmowa o zdrowiu:** Ta magia nie wygasa
- 22 **Samorząd:** Mała niebieska książeczka
- 24 **Samorząd:** Gdy odchodzą na wieczny dyżur
- 26 **Samorząd:** Ten problem można wspólnie rozwiązać
- 27 **Samorząd:** Twarda miłość i choroba zaprzeczenia
- 28 **Punkt widzenia / J. Małmyga:**
Zachowajmy dobre wspomnienia
- 30 **Stomatologia:** Stara choroba w nowej odsłonie
- 32 **Stomatologia:** Edukacja podyplomowa
- 34 **Prawo i medycyna:** Tajemnica lekarska
- 36 **Praktyka lekarska:** Specjalizacje na nowych zasadach
- 38 **Praktyka lekarska:** Czego Polak szuka w internecie?
- 40 **Praktyka lekarska:** Brakuje pieniędzy i autorytetów
- 42 **Praktyka lekarska:** Hipercholesterolemia rodzinna
- 44 **Praktyka lekarska:** Wszyscy gramy w jednej drużynie!
- 46 **Ochrona zdrowia na świecie:** Opieka u schyłku życia
- 48 **Indeks korzyści:** Harakiri (na forum)
- 50 **Z dwóch stron sceny / S. Pietras:**
O sztuce, Mitoraju i medycynie
- Recenzja:** Przejmujące opowieści ze świata
- 51 **Z dwóch stron sceny / A. Andrus:** Podłe jeść, dużo robić i...
mało się kochać
- 53 **List do redakcji:** W sprawie współpracy z przemysłem
- 54 **Błąd malarski:** Na zaliczenie
- 56 **Kultura:** Jak Cię uczynić szczęśliwym
- 57 **Kultura:** Przez wznięty aparat
- 58 **Sport**
- 60 **Ogłoszenia**
- 65 **Epikryza (46) / J. Wanecki:** Twarze, twarze
- 66 **Jolka lekarska**

Przypominamy!

Raz w miesiącu (do 15. dnia miesiąca następującego po rozpoznaniu choroby), do regionalnego rejestru onkologicznego należy przesłać kartę zgłoszenia nowotworu złośliwego (formularz MZ/N 1a).

Od 1.11

Zaczyna obowiązywać nowa lista leków refundowanych, szczegóły na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia.

Do 15.11

Można nadsyłać prace do IV Ogólnopolskiego Konkursu Fotograficznego Lekarzy i Studentów Medycyny. Wernisaż Konkursu odbędzie się 17 stycznia 2015 r. Organizatorem jest Komisja Kultury Lubelskiej Izby Lekarskiej oraz Międzynarodowe Stowarzyszenie Studentów Medycyny IFMSA-Poland. Patronat honorowy objął prezes NRL.

29.11

W Olsztynie odbędzie się II Ogólnopolski Festiwal Lekarskich Zespołów Rockowych i Bluesowych, organizatorem jest Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska.



**Ryszard
Golański**

Redaktor
naczelny „GL”

Polski doktor w Europie

Jeszcze kilkanaście lat temu nawet nam się nie śniło, że nasi przedstawiciele mogą zajmować tak ważne stanowiska.

W ostatnich tygodniach było bardzo głośno o Polakach obejmujących ważne funkcje w europejskich strukturach. Premier Donald Tusk został przewodniczącym Rady Europy, Elżbieta Bieńkowska jednym z ważniejszych komisarzy. Tymczasem dużo wcześniej ważne stanowiska w krajach Unii zajęli polscy lekarze. Większość z nich stanęła przy stołach operacyjnych i w gabinetach lekarskich w Wielkiej Brytanii, Niemczech, Francji, Hiszpanii, Skandynawii i innych krajach Europy. Znaleźli tam warunki pracy i płacy, których nie mogli, niestety, znaleźć tutaj. Mamy też godną reprezentację we władzach ważnych europejskich organizacji lekarskich. Anna Lella jest prezydentem elektem ERO-FDI – Europejskiej Regionalnej Organizacji Światowej Federacji Dentystycznej. Konstanty Radziwiłł był prezydentem Stałego Komitetu Lekarzy Europejskich i pozostaje jego członkiem. Romuald Krajewski jest prezydentem Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów – UEMS.

Podobnie jest z europejskimi naukowymi towarzyszami lekarskimi. Także w nich wiele naszych koleżanek i wielu kolegów sprawuje ważne funkcje. Mam świadomość, że na co dzień nie zdajemy sobie sprawy, jak ważne jest to dla prestiżu polskiego lekarza. Nie tylko te piastowane funkcje, ale przede wszystkim to, jak wysoko cenione są w Europie umiejętności i wiedza polskich medyków. Szkoda, że często mamy wrażenie, że tu, na miejscu, cenione są one dużo mniej. Jednym z wymiernych wskaź-

ników pozycji społecznej jest zamożność danej grupy zawodowej. Po odbytej kilkanaście lat temu rozmowie z kolegą, który pracował wiele lat w Niemczech jako chirurg, postanowiłem poczuć się europejskim doktorem. Kolega ów oznajmił mi bowiem, że po wielu latach ciężkiej pracy chirurga, ordynatora oddziału, odłożył dla siebie i rodziny milion marek (to dowód na to, jak dawno temu miała miejsce rozmowa), aby móc w spokoju i dostatku żyć na emeryturze. Bardzo mi trafiło do przekonania takie racjonalne podejście do życia i postanowiłem zrobić tak samo, oczywiście zamieniając walutę na nasze rodzime złotówki. Jako kardio-anestezjolog w łódzkim akademickim szpitalu klinicznym możliwości miałem co prawda nieco mniejsze i zamierzonego celu, przynajmniej na razie, nie osiągnąłem, ale mógłbym wśród Czytelników „Gazety Lekarskiej” ogłosić konkurs: jaką część z planowanej kwoty udało mi się zgromadzić?

Domyślam się, że wielu Czytelników naszego pisma miało już okazję obejrzeć film „Bogowie”. Chyba nigdy w historii polskiej kinematografii nie było filmu o lekarzach i medycynie, który uzyskałby taki rozgłos i otrzymał tak ważne nagrody. My, lekarze, inaczej patrzymy na ten film, niż osoby spoza branży. Moje rozmowy ze znajomymi jasno tego dowodzą. O leczeniu Polaków chorych na serce, o kardiochirurgii i transplantologii rozmawiamy z prof. Marianem Zembałą, jednym z bohaterów tego filmu. ■

Migawka



Naczelna Rada Lekarska
pogratulowała lekarzom,
którzy najlepiej zdali
LEK i LDEK: absolwentowi
WUM lekarzowi
Szymonowi Mielczarkowi
z OIL Warszawa
(184 punkty)
i absolwentce UM
im. Piastów Śląskich
we Wrocławiu, lekarzowi
dentyście Paulinie Kindze
Sieradzkiej z OIL Łódź
(175 punktów).



Wykorzystywanie rezydentów

Samorząd lekarski praktycznie stale podnosi, że niedofinansowanie służby zdrowia odbija się przede wszystkim na bezpieczeństwie pacjentów.

Szefowie szpitali stosują przeróżne sposoby obniżenia kosztów działalności ich placówek. Jednym z takich sposobów jest wykorzystywanie pracy lekarzy odbywających specjalizację w ramach rezydentury, od których oczekuje się pracy ponad umówiony zakres, a nawet przekraczającej ich kwalifikacje. Są to zwykle lekarze stojący u progu kariery zawodowej, zdeterminowani, by ukończyć szkolenie specjalizacyjne. Z tego powodu są oni zwykle podatni na naciski ze strony pracodawców.

Warto się wobec tego zastanowić nad zakresem uprawnień, jakie pracodawca ma wobec lekarza odbywającego rezydenturę i jakie prawa ma lekarz rezydent. Zgodnie z przepisami ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty rezydentura to forma odbywania szkolenia specjalizacyjnego na podstawie umowy o pracę zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie na czas określony w programie specjalizacji (art. 16h ust. 1 ustawy). Umowa taka zostaje zawarta w celu podnoszenia kwalifikacji zawodowych lekarza – służy zrealizowaniu, w podmiocie prowadzącym szkolenie, programu specjalizacji. Taki charakter umowy wyznacza zakres praw i obowiązków jej stron. Determinuje jej cel, czas, na jaki została zawarta i sposób wykonywania. Podmiot prowadzący szkolenie może żądać od rezydenta wyłącznie wykonywania obowiązków, które przewidziane zostały w programie specjalizacji. Program ten ma podstawowe i nadrzędne znaczenie przy określaniu zadań, jakie pracodawca może zlecać rezydentowi. Należy pamiętać, że obok umowy o pracę zawieranej z lekarzem odbywającym specjalizację, podmiot prowadzący to szkolenie zawiera umowę z Ministrem Zdrowia. Umowa ta zobowiązuje go do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego zgodnie z jego programem i planem. Wyłącznie na ten cel są przeznaczone środki z budżetu państwa znajdujące się w dyspozycji Ministra Zdrowia (art. 16j ust. 1 ustawy). Nie jest zatem dopuszczalne wydawanie rezydentom poleceń pracy na oddziałach szpitalnych, na których pracy nie przewiduje program szkolenia specjalizacyjnego, w określonym momencie jego trwania. Re-

zydenci mogą być zobowiązani do wykonywania wyłącznie takich czynności, które służą realizacji i są przewidziane w programie specjalizacji. Delegowanie rezydentów do innej pracy musi być traktowane zarówno jako naruszenie umowy o pracę, jak i umowy zawartej przez podmiot szkolący z Ministrem Zdrowia. Skutkować to powinno zwrotem środków przekazanych na wynagrodzenie lekarza skierowanego do odbywania specjalizacji.

Kolejnym problemem jest pełnienie przez lekarzy rezydentów dyżurów medycznych. Lekarz specjalizuje się w wymiarze czasu równym czasowi pracy lekarza zatrudnionego w podmiocie leczniczym, oraz pełni dyżury lub pracuje w systemie zmianowym lub równoważnym w maksymalnym czasie pracy dopuszczonym przepisami o działalności leczniczej (art. 16i ust. 1 ustawy). I w tym wypadku mowa o dyżurach przewidzianych programem specjalizacji. Pamiętać trzeba, że nawet za dyżury pełnione w ramach realizacji programu specjalizacji lekarzowi przysługuje wynagrodzenie na podstawie umowy o pełnienie dyżurów, zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne (art. 16i ust 3 ustawy). Pełnienie dyżurów ponad program specjalizacji jest dopuszczalne za zgodą lekarza (a nie na polecenie pracodawcy), z zachowaniem przepisów o czasie pracy i nie może utrudniać realizowania programu specjalizacji.

Odpowiedzi na pytanie, czy rezydent może samodzielnie udzielać poszczególnych świadczeń, należy poszukiwać w rozporządzeniach Ministra Zdrowia określających wykazy świadczeń gwarantowanych, a także w zarządzeniach Prezesa NFZ określających warunki zawierania i realizacji umów na poszczególne rodzaje świadczeń.

W takim stanie prawnym zarówno Ministerstwo Zdrowia, jak i NFZ, powinny być informowane o nieprawidłowościach występujących w trakcie szkolenia specjalizacyjnego. Odbijać się one mogą na bezpieczeństwie pacjentów, poziomie szkolenia specjalizacyjnego i rodzić odpowiedzialność lekarzy rezydentów.

mec.

**Jarosław
Klimek**

radca prawny
OIL w Łodzi

Inicjatorem serwisu
prawnego dla
lekarzy jest firma
Gedeon Richter.



**Maciej
Hamankiewicz**

Prezes
Naczelnej Rady
Lekarskiej

Problem w tym,
że w Polsce zupełnie
inaczej wygląda teoria,
a zupełnie inaczej
praktyka i to już na
etapie przywiezienia
chorego.

Szkoda, że to wojna

Otrzymujemy projekty rozporządzeń związane z tzw. pakietem kolejkowym. Naczelna Rada Lekarska zaopiniowała projekty dotyczące świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, POZ, leczenia szpitalnego. Żaden z nich nie został jeszcze uchwalony.

Uż przez zamknięciem numeru z Ministerstwa Zdrowia wpłynął do NRL projekt rozporządzenia w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego. Prośba o zgłaszanie ewentualnych uwag do dnia 5 listopada br. Zwracam uwagę Koleżanek i Kolegów na datę, bo znowu tak szalenie istotna kwestia jest uchwalana w ostatniej chwili, bo przecież to dopiero etap konsultacji społecznych, a zmiany mają być wprowadzone od 1 stycznia 2015 r. Zapowiadam, że ciężko będzie panu ministrowi z przekazaniem informacji tak, aby nasze środowisko mogło się spokojnie z nią zapoznać. Tymczasem lekarze POZ już dzisiaj zgłaszają, że otrzymują z Narodowego Funduszu Zdrowia aneks do umowy, oraz że proponuje im się udział w szkoleniach prowadzonych przez NFZ w soboty i niedziele, nie dotyczących merytorycznych spraw onkologicznych, a jedynie biurokratycznych spraw NFZ. Siłą rzeczy – w tym szkoleniu nie może być konkretów, bo ich formalnie jeszcze nie ma. Z informacji od nielicznych uczestników tych szkoleń wynika, że poziom jest kompromitujący dla organizatorów: ministra i NFZ. Dodam tylko, że najbardziej kompromitującą i przewrotną ideą są pomysły finansowania pakietu poprzez odbieranie pieniędzy POZ.

Jako jedyny – dla porównania Niemcy byli w składzie dziesięcioosobowym – reprezentowałem nasz kraj na posiedzeniu Zgromadzenia Ogólnego Światowego Stowarzyszenia Lekarzy (World Medical Association). Omówiono wiele istotnych kwestii związanych z ochroną zdrowia, m.in. dotyczących Eboli, migracji lekarzy, ochrony personelu medycznego, estetyki w medycynie czy zakazu sprzedaży ludzkiego materiału reprodukcyjnego. Skupię się na kwestii wirusa Ebola, zachęcając do zapoznania się ze wszystkimi stanowiskami opublikowanymi na stronie www.nil.org.pl. Otóż WMA podtrzymało intencję ujętą w Deklaracji Helsińskiej, która stanowi, że w trakcie leczenia pacjenta, w sytuacji gdy nie istnieją wypróbowane i skuteczne metody leczenia ani też znane próby leczenia nie przyniosły pożądanych skutków, po zasięgnięciu opinii specjalistów, za zgodą pacjenta, udzieloną świadomie, lub za zgodą jego przedstawiciela prawnego, lekarz może zastosować niesprawdzoną metodę leczenia pod warunkiem, że w jego ocenie metoda ta daje nadzieję na uratowanie życia, przywrócenie zdrowia lub złagodzenie cierpienia. Problem w tym, że w Polsce zupełnie inaczej wygląda teoria, a zupełnie inaczej praktyka, i to już na

etapie przywiezienia chorego. Ciężko namówić wojewodów, aby zajęli się przygotowaniem praktycznym podmiotów leczniczych do przyjęcia zakażonych wirusem. Ciężko też przyznać komukolwiek, że w niektórych podmiotach może się okazać, że kapsuła z chorym nie zmieści się przez drzwi albo że jedyną salą chorych wyodrębnioną dla zakażonego jest sala na ginekologii, bo tylko ona spełnia wymogi...

Zapytałem CSIOZ, czyli jednostkę odpowiedzialną za wdrożenie m.in. e-recepty, o funkcjonalności, na jakie mogą liczyć lekarze. W odpowiedzi otrzymałem szereg zapewnień, że: system ma udostępniać funkcjonalność potwierdzania prawa do świadczeń lub brak takich uprawnień na podstawie informacji dostarczonej przez NFZ, umożliwi wyszukanie leku po nazwie międzynarodowej, że będzie wspierał prace lekarza, udostępniając m.in. informacje o cenie detalicznej, limicie dofinansowania, zakresie wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją, poziomie odpłatności, wysokości dopłaty świadczeniobiorcy i będzie wspierał w zakresie udostępnienia informacji o warunkach odpłatności za wybrany lek. Zapewniono również, że system będzie umożliwiał weryfikację interakcji dla każdej kombinacji dwóch lub więcej leków wraz z prezentacją informacji o jej sile i będzie wspierał lekarzy w zakresie badania interakcji pomiędzy lekami, prezentując informację o sile interakcji pomiędzy lekami już przepisany pacjentowi, a aktualnie przepisywanymi. Wstępnie skomentuję krótko: to już coś, i szczegółową korespondencję będę kontynuował, bo tylko tak możemy dowiedzieć się o e-zdrowiu trochę więcej niż nam to dotychczas przekazywano.

Choć wyrok nie jest jeszcze prawomocny, już dzisiaj cieszę się z orzeczenia sądu na korzyść izby lekarskiej w Gdańsku w sprawie refundacji zadań przejętych przez samorząd od administracji państwowej za 2011 r. Przypomnę, że w styczniu tego roku prawomocnym wyrokiem zakończyła się sprawa zwrotu przez Ministra Zdrowia kosztów poniesionych przez izbę w Krakowie. Sprawa w Gdańsku toczyła się już po krakowskim wyroku, a jednak wiceminister Cezary Rzymek atakował samorząd, będąc dalekim od pokory. Sprawy wygrane na tym polu to sukcesy samorządu i odpowiedź dla wszystkich sceptyków, którzy nie wierzą, że samorząd potrafi zawałzyć. Tylko szkoda, że to wojna. ■



**Katarzyna
Strzałkowska**

Rzecznik
prasowy NIL

Kasy fiskalne

Prezydium NRL sprzeciwiło się planom Ministra Finansów zawartym w projekcie rozporządzenia w sprawie zwolnień z obowiązku prowadzenia ewidencji przy zastosowaniu kas rejestrujących. Prezydium w stanowisku podkreśliło, że lekarze i lekarze dentyści, którzy wykonują działalność w niewielkim zakresie (np. emeryci i renciści), nie powinni być obciążeni obowiązkiem posiadania kasy fiskalnej. Projekt przewiduje, że począwszy od 2015 r. niektóre rodzaje usług, w tym usługi lekarzy i lekarzy dentyistów, będą ewidencjonowane za pomocą kasy rejestrującej niezależnie od wysokości osiąganych z tego tytułu obrotów. Tym samym likwidacji miałoby ulec obecnie obowiązujące zwolnienie od obowiązku posiadania kasy fiskalnej przez lekarzy i lekarzy dentyistów, których obrót realizowany na rzecz osób fizycznych nieprzewodzących działalności gospodarczej nie przekroczył kwoty 20 tys. zł. Rozporządzenie nie zostało podpisane do chwili zamykania numeru „Gazety Lekarskiej”, więc informacja o ostatecznym kształcie zostanie zamieszczona na stronach www.nil.org.pl.

Polityka senioralna

Naczelna Rada Lekarska z niepokojem przyjęła informację odnośnie programowanej przez rząd polityki senioralnej. Szczególny sprzeciw wzbudziło zawarte w rządowych „Założeniach Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014-2020” stwierdzenie, że „przyjęcie przez Rząd tego dokumentu nie spowoduje dodatkowych kosztów dla sektora publicznego, a jego finansowanie będzie realizowane przez odpowiednią alokację środków finansowych będących w dyspozycji jednostek sektora finansów publicznych, przeorganizowanie dostępnych zasobów ludzkich oraz zadań stosownie do wyzwań związanych z postępującym procesem starzenia się populacji”. Jak uznała NRL, oczywistym jest, że bez określonych źródeł finansowania program nie będzie z sukcesem realizowany. Rada po raz kolejny zaapelowała o dialog rządu ze środowiskiem lekarskim w celu przygotowania rzetelnych, mających szansę na powodzenie zmian systemowych w opiece senioralnej.

PAN w sprawie homeopatii

Komisja ds. Etyki w Nauce Polskiej Akademii Nauk uznała wątpliwości Prezesa NRL dotyczące studiów z homeopatii na Śląskim Uniwersytecie Medycznym i wystąpiła do Ministra Zdrowia z sugestią przeprowadzenia kontroli w SUM przez Polską Komisję Akredytacyjną. Jak wskazywał Prezes NRL w liście do Rektora SUM w kwiet-

niu br. zaufanie do środowiska lekarskiego podważa stosowanie metod leczenia niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną lub nieznaną skuteczności. Tak samo, jak zaufanie do naukowego charakteru medycyny podważa, w ocenie Prezesa NRL, nauczanie leczenia takimi metodami na publicznych uczelniach medycznych.

E-zwolnienia

W projekcie ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa oraz niektórych innych ustaw uwzględniono uwagę Naczelnej Rady Lekarskiej dotyczącą przesunięcia terminu wprowadzenia obowiązku wystawiania zwolnień lekarskich wyłącznie w formie elektronicznej. Nowe zasady mają obowiązywać od 1 stycznia 2018 r., a nie jak przewidywano wcześniej, od 1 stycznia 2017 r. Ustawa jeszcze nie została uchwalona, ale według projektu od dnia wejścia w życie ustawy do 31 grudnia 2017 r. zwolnienia będą mogły być wystawiane zarówno w postaci papierowej, jak też elektronicznej. Oprócz przesunięcia terminu NRL od lat postuluje m.in. o wprowadzenie mechanizmów finansowych pozwalających zapłacić lekarzom za wystawianie zaświadczeń o niezdolności do pracy, ale ta uwaga została w projekcie pominięta.

Składki – pytania do Prezesa NRL

Marek Feldman z serwisu konsylium24 złożył w NIL cztery pytania do Prezesa NRL, zwane „petycją”, dotyczące podwyższenia składki członkowskiej wraz z listą imion, nazwisk i numerów PWZ kilkunastu tysięcy lekarzy. Wszystkim lekarzom i lekarzom dentyistom chętnym do zapoznania się z treścią pytań i odpowiedzi prześlemy korespondencję. Prośby o otrzymanie korespondencji prosimy kierować na e-maila: skladki@hipokrates.org (w ostatnim numerze do adresu e-mailowego wkradła się litera ł, za co przepraszam).

Zjazd OZZL

– Tyle przeplatania się związku z samorządem jeszcze nie było na żadnym zjeździe OZZL – powiedziała Halina Bobrowska, przewodnicząca XIII Krajowego Zjazdu Delegatów Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, który odbywał się w dniach 3-4 października. Podczas zjazdu wybrano przewodniczącego OZZL na kolejną kadencję. Kandydatami byli: dotychczasowy przewodniczący Krzysztof Bukiel oraz Julian Wróbel, wiceprezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie.

Zwyciężył Krzysztof Bukiel, na którego oddano 33 głosy, na Juliana Wróbla – 24. Pełna relacja ze zjazdu znajduje się na stronie www.gazetalekarska.pl.

Szkolenia dla młodych lekarzy

Trwają „Ogólnopolskie szkolenia z zakresu funkcjonowania systemu ochrony zdrowia oraz umiejętności komunikacji, współpracy i budowania relacji z pacjentem dla lekarzy rozpoczynających pracę”, współfinansowane ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki.

„Jeszcze raz dziękuję za stworzenie i umożliwienie mi uczestnictwa w całym szkoleniu, zwłaszcza to wyjazdowe było nieocenionym doświadczeniem, które już wielokrotnie przydało mi się w pracy zawodowej oraz życiu prywatnym” – napisała do organizatorów jedna z uczestniczek.

Szkolenia cieszą się dużym zainteresowaniem młodych lekarzy i wiele terminów jest już zajętych, ale opracowujemy harmonogram na rok 2015 i w następnym numerze „Gazety Lekarskiej” opublikujemy miejsca i terminy przyszłoroczne.

W tym roku zapraszamy jeszcze na szkolenie w dniach 15-20 grudnia w Warszawie, na które są ostatnie wolne miejsca.

Rejestracja na stronie www.mlodylekarz.org.

Przypominamy, że wszyscy uczestnicy projektu mają możliwość skorzystania z bezpłatnych konsultacji z ekspertem z zakresu funkcjonowania systemu ochrony zdrowia oraz kompetencji miękkich. ■





**Sławomir
Badurek**

Diabetolog,
publicysta
medyczny

Nawykły do
podpisywania
swoich wypowiedzi
imieniem
i nazwiskiem,
niezbyt sobie cenię
beziemiennych
komentatorów
i rzadko zaglądam
na przeznaczone
dla nich fora.
Więcej tam
bowiem wylewania
żółci i krytykanctwa
niż rozsądnych
propozycji.

Składka szyta na miarę

Nie neguję zasadności podwyższenia składki, ale gdyby to ode mnie zależało, zacząłbym od podliczenia kosztów tego, co ma się w niej dodatkowo znaleźć.

Decyzja NRL o podwyższeniu składki członkowskiej z 40 do 60 zł wywołała burzę. Nie tylko wśród krytyków samorządu. Kiedy piszę te słowa, z kolejnych okręgowych izb lekarskich napływają wezwania do uchylenia podjętej 5. września uchwały.

Ukrywające się za przyłbicą anonimowości konsylium24.pl nie tylko zmiażdżyło inicjatywę i inicjatorów, ale i ogłosiło ankietę oceniającą pracę izb. Ruch dobry, acz wyniki łatwe do przewidzenia i – mimo liczebności próby – mało wiarygodne. Nie tylko przez przeprowadzenie badania tuż po ogłoszeniu niepopularnej decyzji. Wspomniany portal kreuje się bowiem na bezpłatną alternatywę dla samorządu i przyciąga jego adwersarzy. Nawykły do podpisywania swoich wypowiedzi imieniem i nazwiskiem, niezbyt sobie cenię beziemiennych komentatorów i rzadko zaglądam na przeznaczone dla nich fora. Więcej tam bowiem wylewania żółci i krytykanctwa niż rozsądnych propozycji. Rzadko nie znaczy nigdy. Zachęcony przez znajomych, zabrałem się do wypełniania ankiety, choć przy pytaniu o zasadność podwyższenia składki miałem dość, bo poczułem, że „społeczność K24”, czyli bliżej nieokreśleni autorzy formularza, proponują mi udział nie w poważnym badaniu opinii, a w niewyszukanym happeningu, każąc zdecydować, czy wyższa składka jest: a. super, będzie więcej kasy na nowe konkursy nalewek i siedziby izb lekarskich; b. niepotrzebna; c. może być pod warunkiem, że izby lekarskie zaczną przedstawiać dokładne rachunki wpływów i rozchodowania.

Na którąś z odpowiedzi trzeba było się zdecydować, by przejść dalej. Niestety, w moim przypadku żadna z przedstawionych propozycji nie oddaje tego, co myślę. Bo to ani nalewki, degustowane we wnętrzach nowych siedzib (przypuszczam, że o taką składnię chodziło), ani uznanie podwyżki za niepotrzebną, ani też utajnione rzekomo „wpływy i rozchodowania”. Przyznaję, po sześciu la-

tach od ostatniej podwyżki spodziewałem się, że składka pójdzie w górę. Jeśli komuś wydaje się, że ta obowiązująca do końca roku jest wysoka, a znowelizowana to już czyste zdzierstwo, jest w błędzie. Około 40 zł płać na swoją izbę czynne zawodowo pielęgniarki (wysokość zależy od formy zatrudnienia), aptekarze – zależnie od stanowiska – od 20 do 75 zł miesięcznie. Radcowie prawni opłacają swój samorząd kwotą 100 zł na miesiąc. W przypadku adwokatów o wysokości składki decydują okręgowe rady adwokackie. Przeważnie są to kwoty około 200 zł. Tylko proszę nie mówić, że mecenasom powodzi się lepiej. Bo tak, jak w naszym środowisku wygląda to bardzo różnie, a podział na doskonale wynagradzane gwiazdy, więcej niż przyzwoicie zarabiających właścicieli znanych nazwisk i wyrobników, których płaca nie poraża wysokością, jest w obydwu grupach zawodowych bardzo podobny. Aż strach pomyśleć, co by się działo, gdyby tak u nas zdecydowano o dwustuzłotowej składce! A adwokaci płaczą i płacą. Jeśli ociągają się pół roku lub więcej – okręgowa rada adwokacka może ich zawiesić w czynnościach zawodowych.

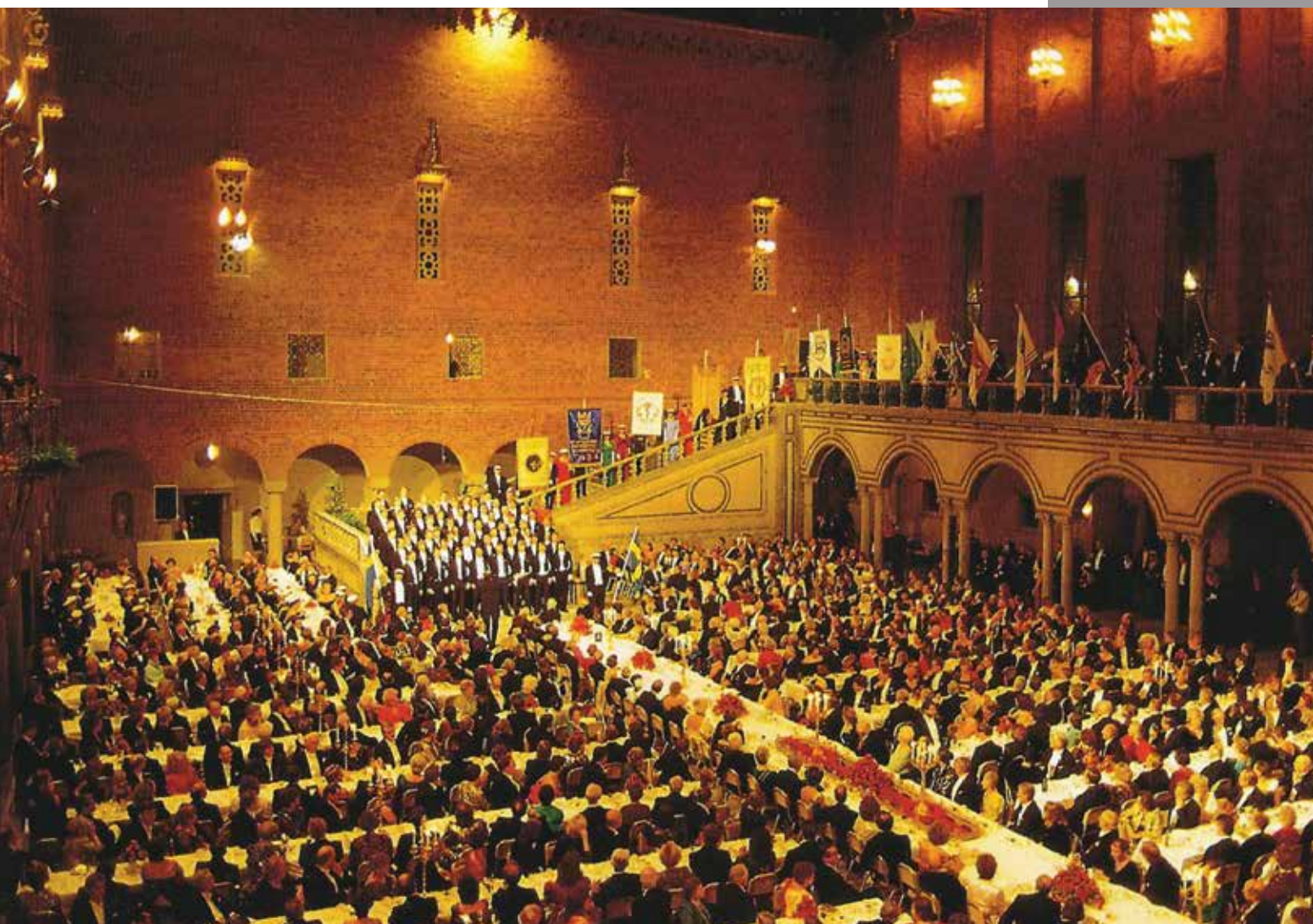
Wracam na nasze podwórko. Spodziewałem się podwyższenia składki już w lutym, na Krajowym Zjeździe Lekarzy. Bo gdzie jak nie na Zjeździe, który jest najwyższą samorządową władzą, mają być podejmowane najważniejsze decyzje, dotyczące wszystkich lekarzy?

W mojej ocenie pieniądze z podwyżki powinny zostać przeznaczone przede wszystkim na zapewnienie każdemu lekarzowi opieki prawnika w sprawach związanych z wykonywaniem zawodu oraz pokrycie obowiązkowego OC. Biorąc pod uwagę liczebność naszej grupy zawodowej, dałoby się wynegocjować korzystne warunki zakupu tego, co potrzebne i oczekiwane. Nie oznacza to wcale rezygnacji z realizacji takich celów, jak poszerzenie oferty szkoleń oraz wsparcie socjalne dla ubogich lekarzy. ■

Medyczny Nobel

Po raz sto piąty Zgromadzenie Noblowskie w szwedzkim Instytucie Medyczno-Chirurgicznym Karola wskazało laureatów najbardziej prestiżowego na świecie wyróżnienia z medycyny lub fizjologii. Nie wszyscy spośród ponad 200 naukowców, odznaczonych Medalem Alfreda Nobla, byli lekarzami, ale także nagrody z innych dziedzin miały niebagatelny wpływ na rozwój naszego zawodu i postęp medycyny w praktyce.

Jarosław
Wanecki



Alfred Nobel urodził się w Sztokholmie w 1833 r. Studiował inżynierię chemiczną. Aby wyeliminować problem wysokiej niestabilności nitrogliceryny jako materiału wybuchowego, połączył ją z ziemią okrzemkową i opatentował „dynamit”. Korzystając z koniunktury rynku,

szybko się wzbogacił i został nazwany „handlarzem śmiercią”. Jego testament miał, wbrew tym opiniom, zachować fundatora nagród w dziedzinie chemii, fizyki, fizjologii lub medycyny, literatury oraz pokoju, w dobrej pamięci kolejnych pokoleń. I tak też się stało.



Maria i Piotr Curie w pracowni w Paryżu.

Medal, dyplom, sława i pieniądze

Po raz pierwszy medycznego Nobla wręczono w 1901 r. 9 razy nagrody nie przyznano, głównie w latach I i II wojny światowej. 207 laureatów to w ogromnej większości Amerykanie, za nimi są Brytyjczycy i Niemcy. Przedstawiciele 18 innych nacji odebrali zaledwie 5 proc. z dotychczasowych wyróżnień. Tylko 11 kobiet wyjechało do Sztokholmu na uroczystą, grudniową galę w Filharmonii, podczas której królowie Szwecji wręczają złoty medal, dyplom i pokaźną sumę szwedzkich koron na dalsze badania, a czasem po prostu na godne życie. Statystyczny laureat dobiega wówczas sześćdziesiątki. Nagroda nie może być przyznana pośmiertnie, a od 1946 r. jest często dzielona pomiędzy dwóch, maksymalnie trzech odkrywców. Nominacje nie są ujawniane publicznie przez pół wieku, a termin ich zgłaszania mija 31 stycznia.

Dotychczas we wszystkich dziedzinach wyróżniono prawie 860 osób i 25 instytucji, w tym 47 kobiet. Tylko 4 osoby uhonorowano dwukrotnie. Aż 50 razy odstąpiono od przyznania nagrody. Spośród sześciu Polaków, którzy odebrali 7 nagród, nie ma lekarzy, ale polskie korzenie znajdziemy w 26 biogramach, w tym związanych z medycyną – u Tadeusza Reichsteina urodzonego we Włocławku (endokrynolog, Nobel 1950), Andrzeja Wiktora Schally pochodzącego z polskiej rodziny miesz-

kającej w Wilnie (endokrynolog, 1977), Erica Kandel (neurobiolog, 2000) i genetyka Jacka Szostaka, którego pradziadek wyemigrował do Stanów Zjednoczonych (2009).

W tym miejscu nie można zapomnieć o geniuszu Marii Skłodowskiej-Curie, która lekarzem nie była, ale jej odkrycia i kierunki badań stały się podstawą fizyki jądrowej i chemii radiacyjnej oraz punktem wyjścia do rozwoju i unowocześnienia wielu dyscyplin medycznych, a niektóre z nich wręcz zrewolucjonizowały. Nagrodzona w 1903 (razem z mężem Piotrem) i w 1911 r. za badania nad promieniotwórczością oraz odkrycie radu i polonu, jedyna kobieta w paryskim Panteonie, laureatka dwóch dziedzin: fizyki i chemii, tak pisała w swojej autobiografii: „Łatwo zrozumieć, jak bardzo cenne jest dla mnie przekonanie, że odkrycie nasze stało się dobrodziejstwem ludzkości nie tylko przez swoją wielkość naukową, ale także dlatego, że dzięki niemu można zmniejszyć cierpienie ludzkie i leczyć straszliwą chorobę. Jest to naprawdę wspaniała nagroda za lata ogromnego naszego wysiłku”. Pierwszymi laureatami Medalu Nobla zostali: Emil von Behring za fundamentalne odkrycie seroterapii wykorzystanej w walce z błonicą, i fizyk Wilhelm Conrad Roentgen za opisanie promieni X, który w dniu ich odkrycia miał powiedzieć: „Anno, zobaczyłem własną śmierć”.

Za co medyczny Nobel?

Gilbert Thompson w swojej książce „Nagrody Nobla, które zmieniły oblicze medycyny” wyróżnia sześć kategorii branych pod uwagę w czasie nominacji i wyboru laureatów. Należą do nich: rola czynników zakaźnych w rozwoju chorób; postępy w dziedzinie ludzkiej fizjologii i metabolizmu; mechanizmy odpornościowe i odporność; badania genetyczne; postępy technologiczne w diagnostyce i odkrycia w dziedzinie terapii.

Planując ścieżkę kariery z zamiarem grudniowej wycieczki do Szwecji na koszt zapraszającego, najlepiej rozpocząć studia i działalność naukową na Uniwersytecie Harvarda. Na liście prac nagrodzonych od 1901 r. znajdziemy tematy i teorie, bez których trudno wyobrazić sobie współczesną praktykę. Nie braknie tam także mniej znanych laureatów i zapomnianych po latach hipotez. Przypomnijmy sobie tylko wybrane nazwiska i daty wpisane na dyplomie, które nie są tożsame z datami odkryć (!) oraz wyróżnione w sentencji zagadnienia: Iwan Pawłow (1904, przysłowiowe już odruchy układu trawiennego), Robert Koch (1905, przełomowe badania nad gruźlicą), Wilhelm Einthoven (1923, zasada elektrokardiogramu), Charles Nicolle (1928, kiedy myślimy tyfus, nieodmiennie mówimy o współpracującym z noblistą Rudolfie Weiglu), Karl Landsteiner (1930, odkrycie ludzkich grup krwi, chociaż spodziewalibyśmy się w tym miejscu wzmianki o Ludwiku Hirszweldzie nominowanym do nagrody za pracę o konflikcie serologicznym matka-płód), Thomas Morgan i George Whipple (1933, chromosomowa teoria dziedziczności), Selman Waksman (1952, streptomycyna – pierwszy antybiotyk w skutecznej walce z gruźlicą), Hans Krebs (1953, cykl kwasu cytrynowego jego imienia część z nas pamięta nawet wiele lat po studiach), Marshal Nirenberg, Har Khorana, Robert Holley (1968, rozszyfrowanie kodu genetycznego), Roger Guillemin i Andrew Schally (1977, odkrycie produkcji hormonów peptydowych w mózgu), Allan Cormack i Godfrey Hounsfield (1979, era tomografii komputerowej), John Vane, Bengt Samuelsson i Sune Bergstrom (1982, poznajemy prostaglandyny), Michael Brown i Joseph Goldstein (1985, receptor LDL i jego rola w metabolizmie cholesterolu, teoria miażdżycy), Stanley Prusiner (1997, priony – nowe podłoże biologiczne infekcji), Robert Furchgott, Louis Ignarro i Ferid Murad (1998, tlenek azotu okazał się cząsteczką sygnałową w układzie krążenia i nieadekwatnym do wielkości odkrycia przyczynkiem do rozmowy o Viagrze), Paul Lauterbur i Peter Mansfield (2003, obrazowanie rezonansu magnetycznego), Barry Marshall i Robin Warren (2005, wykazanie roli *Helicobacter pylori* w zapaleniu błony śluzowej żołądka i czynnej chorobie wrzodowej), Harald zur Hausen (2008, wirus brodawczaka ludzkiego i początek szczepień chroniących przed rakiem szyjki macicy wywołanym przez HPV), Robert Edwards (2010, opracowanie metody in vitro).

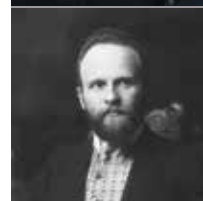
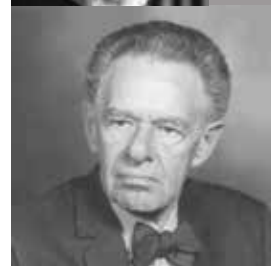
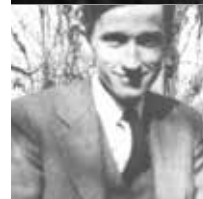
W kolejnych akapitach skupię się nieco dłużej na sześciu wybranych okryciach uznawanych nie tylko za przełomowe, ale mające długofalowy wpływ na diagnostykę i leczenie.

W 1923 r. Frederick Banting i John Macleod otrzymali nagrodę za odkrycie insuliny, co po dziś dzień stawowi źródło wielu kontrowersji. Biorąc pod uwagę dochodzenie do wyizolowania i zastosowania przeciwcukrzycowego hormonu trzustki, lista laureatów powinna być znacznie dłuższa. Insulinę po raz pierwszy podano 11 stycznia 1922 r., otrzymał ją 14-letni chłopiec, leczony głodówką. Po trzeciej próbie osiągnięto spektakularny wynik obniżenia glukozy we krwi oraz ustąpienie cukromoczu. Odkrycie, wprowadzane z niemałym trudem i obawami środowiska związanymi z bezpieczeństwem stosowania preparatu oraz problemami technologicznymi, zrewolucjonizowało leczenie cukrzycy, które stawia wciąż nowe wyzwania.

W 1934 r. George Whipple, George Minot i William Murphy odebrali nagrodę za skuteczną metodę leczenia niedokrwistości złośliwej. Odkrycie, że przyczyną choroby jest niedobór dietetyczny, doprowadziło ostatecznie w 1948 r. do wyizolowania witaminy B12, a 7 lat wcześniej – kwasu foliowego. Mimo błędnej przesłanki i dzięki cudownemu zbiegowi okoliczności, podawanie chorym z niedoborem czynnika wewnętrznego wątroby wołowej, spowodowało wchłanianie witaminy na drodze biernej dyfuzji i normalizację parametrów hematologicznych.

W 1945 r. nagrodę otrzymali Aleksander Fleming, Ernst Chain i Howard Florey za odkrycie penicyliny i jej leczniczego wpływu w różnych chorobach zakaźnych. Wprowadzenie pierwszego na świecie antybiotyku było najważniejszym wydarzeniem medycznym minionego stulecia. Wynalazek przypisuje się przypadkowemu stwierdzeniu w 1928 r., że pleśń *Penicillium notatum* wydziela substancję o właściwościach bakteriobójczych. Warto nadmienić, że podobne obserwacje prowadzono co najmniej od 1870 r., że nierozstrzygniętą kwestią jest rola stażysty Marlina Pryce’a, który podobno pierwszy pokazał Flemingowi szalkę z ciekawym zjawiskiem, że potencjał terapeutyczny wydzielin nie został na początku dostrzeżony przez środowiska medyczne. Dopiero działania Chaina, Haetley’a i Florey’a doprowadziły do triumfu. Penicylina stała się marką. Nie brakuje jednak problemów, których przysparza współczesna antybiotykoterapia: nabywanie odporności przez drobnoustroje i rażące nadużywanie, także w weterynarii, rolnictwie, przemyśle spożywczym i chemicznym, np. przy produkcji farb.

Latem 1929 r. 24-letni absolwent medycyny Werner Forssmann zszedł do sali operacyjnej, podwinął rękaw fartucha i wstrzyknął sobie w zgięcie łokciowe środek znieczulający. Potem wyłuskał żyłę łokciową i umieścił w niej końcówkę cewnika urologicznego. Przeszedł do pracowni rentgenowskiej, gdzie z pomocą aparatu fluoroskopowego, lustra i pielęgniarki wprowadził cewnik do prawego przedsionka serca, co udokumentował na kliszy rtg. Następnie cewnik





Aktualności



Nobel 2014

– z ostatniej chwili

Tegorocznymi laureatami zostali John O’Keefe i May-Britt Moser oraz Edvard I. Moser za wewnętrzny GPS człowieka, czyli system, który odpowiada za orientację w przestrzeni.

wyjął i nie zanotował żadnych praktycznie powikłań poza stanem zapalnym w miejscu jego wprowadzenia. Doniesienie naukowe spowodowało wyrzucenie eksperymentatora z pracy, wieloletnią tułaczkę, porzucenie myśli o kardiologii i... Nagrodę Nobla w 1956 r. za cewnikowanie serca. Powrót do badań nad metodą Cournanda i Richardsa (współlaureatów) nastąpił w czasie II wojny światowej i krok po kroku z jej użyciem odpowiadano na pytania związane z czynnością serca, krążeniem płucnym i ich zaburzeniami. Czy znamy ciąg dalszy tej historii? Niekoniecznie. Wszystko nadal przed nami...

Najślawniejszą medyczną Nagrodą Nobla jest wyróżnienie z 1962 r. przyznane Crickowi, Watsonowi i Wilkinsonowi za odkrycie molekularnej struktury kwasów nukleinowych i ich znaczenia dla przekazywania informacji w żywym materiale. Mówiąc prościej, badaczom udało się rozwikłać tajemnicę życia. Ich praca wyjaśniła procesy przechowywania, replikacji i przekazywania materiału genetycznego, poprzez stworzenie modelu DNA opartego na podwójnej helisie.

Konsekwencją odkrycia struktury DNA były następne prace nagradzane w Sztokholmie. W 1993 r. Michael Smith i Kary Mullis otrzymali nagrodę w dziedzinie chemii za wynalezienie reakcji łańcuchowej polimerazy (1983) oraz stosowanie mutagenyzy ukierunkowanej i jej wykorzystaniu w badaniach białek. Odkrycie ma dalekosiężne i rewolucyjne skutki kliniczne. Podstawową zaletą metod okazała się łatwość, z jaką można precyzyjnie zidentyfikować wadę genetyczną powodującą chorobę dziedziczną, poprzez mapowanie genów. PCR bezprecedensowo wykorzystujemy do diagnostyki próbek biologicznych, w badaniach prenatalnych i preimplantacyjnych oraz kryminalistyce, pod hasłem genetycznych odcisków palców.

Andrzej Szczeklik w swojej książce „Nieśmiertelność” pisze, że współczesny lekarz, stawiając rozpoznanie i rokowanie choroby, coraz częściej sięga do zapisu DNA. Kolejnym krokiem według tego wybitnego lekarza i humanisty, będzie synteza nowego życia. Pytanie jednak, czy w dalszym ciągu opisywać będziemy nasz rodowód i nasz początek?

Nobel nie tylko medyczny!

Coraz trudniej oddzielić wzajemny wpływ poszczególnych dziedzin nauki i odróżnić, które z nich decydują o postępach w medycynie. Dlatego warto przez chwilę spojrzeć na temat również z innej strony. Fakt, że quasi-medyczne Noble przyznawane są takim ludziom jak Frederic Sanger, który dwukrotnie (1958, 1980) sięgnął po sztokholmski laur z chemii za badania nad strukturą białek, w tym szczególnie insuliny oraz opracowanie metody sekwencjonowania DNA, uznajemy za naturalny. W taki sam sposób popatrzmy na Międzynarodowy Ruch Czerwonego Krzyża i Czerwonego Półksiężycza – organizacje, których misją jest zapobieganie i łagodzenie cierpienia ludzkiego oraz ochrona godności, zdrowia i życia człowieka. Ich trzykrotne wyróżnienie Pokojową Nagrodą Nobla (1917, 1944, 1963) wydaje się ze wszech

miar oczywiste. Dodajmy, że twórca Czerwonego Krzyża, kupiec i filantrop Jean Henri Dunant, był jednym z pierwszych pokojowych laureatów.

Do Oslo, gdzie wyjątkowo ogłasza się i wręcza najważniejsze wyróżnienie – za walkę o pokój na świecie, dwukrotnie pojechały delegacje medyków: w 1985 r. należących do organizacji „lekarze przeciw wojnie nuklearnej”, a w 1999 r. do „lekarzy bez granic”.

Pokojowego Nobla w 1953 r. wręczono Albertowi Schweitzerowi, urodzonemu w Alzacji, który w 1913 r. założył szpital – leprozorium Lambarene w Gabonie, wyrzekając się po ukończeniu studiów filozoficznych, teologicznych i medycznych, kariery naukowej i koncertowania (był również doskonałym organistą i znawcą Bacha), by jako lekarz nieść pomoc Afrykańczykom. Jego ideą etyczną było poszanowanie życia, zawarte w twierdzeniu: „Jestem życiem, które pragnie żyć, pośród życia, które pragnie żyć”.

Kontrowersje i ciekawostki

Jak zawsze wokół prestiżowego wydarzenia jest wiele niedomówień i skandali. Komitet Noblowski również nie ustrzegł się fali krytyki za część swoich decyzji. W medycynie zawrzało w 1949 r., kiedy do Sztokholmu zaproszono Egasa Moniza za badania nad leczniczymi efektami lobotomii, a liczne protesty nie przyniosły efektu w postaci odebrania dyplomu. W Polsce zabieg lobotomii jest obecnie zabroniony.

Krytykę rodzą również zasady, które zabraniają przyznania Złotego Medalu więcej niż trzem naukowcom, co często powoduje sytuację arbitralnego odrzucenia osób nie mniej zaangażowanych w odkrycie od nagrodzonych.

Wbrew zasadom zdarzyło się pośmiertne ogłoszenie werdyktu Instytutu Karolinska. 3 października 2011 r. w dniu publikacji komunikatu przyznającego nagrodę dla Ralpha Steinmana za odkrycie komórki dendrytycznej i jej roli w odporności nabytej, laureat od trzech dni nie żył, o czym nie poinformowano wcześniej Fundacji.

Sześciu laureatów odmówiło przyjęcia medalu, dyplomu i pieniędzy ze Sztokholmu, z czego cztery osoby uczyniły to w obawie przed represjami. W 1939 r. obywatel III Rzeszy Gerhard Domagk pod naciskiem władz niemieckich zrezygnował z nagrody przyznanej za odkrycie bakteriostatycznych właściwości prontosilu, które zapoczątkowały epokę sulfonamidów. Po zakończeniu II wojny światowej sprawiedliwości stało się jednak zadość.

Ostatnim akordem niech będą rodzinne wyjazdy do stolicy Szwecji. Maria i Piotr Curie nie mogli niestety podziwiać ratusza sztokholmskiego, który gości laureatów na tradycyjnym balu dopiero od 1923 r. W przypadku małżeństwa Gerty i Carla Cori, Amerykanów pochodzenia czeskiego, nagrodzonych za prace nad katalityczną przemianą glikogenu (1947), należy przypuszczać, że nie tylko zachwycili się szkieletowym wybrzeżem, śpiewami dziewcząt ubranych na biało z wiankami na głowie i płonącymi świecami ku czci św. Łucji, ale także salami zabaw i bankietów noblowskich w kolorach błękitu i złota. ■

Historia pędzla

Marta
Jakubiak

„To natura wyprodukowała penicylinę, ja ją tylko odkryłem” – tak mówił szkocki bakteriolog i lekarz, Alexander Fleming, który w 1945 r. otrzymał Nagrodę Nobla w dziedzinie medycyny za odkrycie pierwszego antybiotyku. Właśnie mija 75 lat od momentu, kiedy rozpoczęto produkować go na skalę przemysłową.

Czy Fleming
sam dokonał
odkrycia? Zdania
są podzielone.



W Muzeum Nagrody Nobla w Sztokholmie.

U jest rok 1928. Szpital Świętej Marii w Londynie. Ciemne i ciasne laboratorium. Fleming schodzi do niego, by zrobić porządek. Jego kolega Merlin Pryce, młody patolog stażysta, został przeniesiony z instytutu do innej pracowni przed ukończeniem badań. Trzeba powtórzyć niektóre z nich, by nie przepadły wyniki przeprowadzonych wcześniej przez Pryce'a doświadczeń. W laboratorium jest duży bałagan, część próbek otwarta i zanieczyszczona jakimiś „paskudztwami spadającymi z powie-

trza”, które dostały się przez otwarte okno. Podczas usuwania kultur bakterii Fleming zauważa, że na jednej z szalek Petriego urosła niebieska pleśń, która zabija znajdujące się tam bakterie. Pomiędzy żółtą kolonią gronkowca a grzybem *Penicillium notatum* zarysowała się mokra przestrzeń, w której prawdopodobnie bakterie uległy dezintegracji.

Czy Fleming sam dokonał odkrycia? Zdania są podzielone. Niektórzy badacze twierdzą, że było to odkrycie Pryce'a, który właśnie w dniu robienia

porządków odwiedził laboratorium i wyciągnął z kosza na śmieci płytkę z niebieską pleśnią i pokazał ją Flemingowi.

Bez wątpienia dalsze prace badawcze nad penicyliną kontynuował sam Fleming. Przeprowadził jeszcze wiele eksperymentów, zanim doszedł do wyekstrahowania substancji, którą nazwał penicyliną, nazywaną w Polsce pędzlakiem. Miała wyjątkowe właściwości: silne działanie bakterio-bójcze, przy jednoczesnym łagodnym działaniu dla człowieka.

Natura i geniusz

Fleming uważał penicylinę za naturalną substancję antyseptyczną, która oddziałuje przede wszystkim na drobnoustroje wywołujące posocznicę i zapalenie płuc. Jej niewątpliwą zaletą było to, że nie wpływała negatywnie na krwinki białe.

W latach 30. XX w. wykorzystał penicylinę jako miejscowy środek antyseptyczny. Sprawdził też jej zastosowanie jako odczynnika laboratoryjnego przy hodowli selektywnej. Od samego początku dostrzegał potencjał „wydzieliny” błękitnej pleśni, jednak ze względu na brak zrozumienia i wsparcia ze strony środowiska przerwał badania.

Pod koniec lat 30. Ernst Boris Chain (biochemik urodzony w Niemczech) i Howard Walter Florey (australijski farmakolog) rozpoczęli badania nad substancjami o właściwościach antybakteryjnych. Zadaniem Chaina było ustalenie, w jaki sposób lizozym (białko kationowe odkryte przez Fleminga w 1922 r.) powoduje rozpad bakterii. Dotarł on do publikacji z 1929 r. i odnalazł hodowlę Fleminga przechowywaną w Oksfordzie. Floreya właściwie nie interesowała penicylina, wiedział bowiem, że młody patolog Paine, który był współpracownikiem odkrywcy pędzłaka i od jakiegoś czasu wykorzystywał Penicillium do miejscowego leczenia oka, porzucił badania. Zrezygnował z nich również zespół Harolda Raistricka z Londyńskiej Szkoły Higieny. Mimo wycofania się z badań tych, którzy prowadzili je wcześniej, Florey i Chain postanowili przyrzeć się bliżej *Bacillus subtilis*, *Bacillus pyocyaneus* oraz *Penicillium notatum*. Naukowcom udało się uzyskać grant badawczy i dotacje. W 1939 r. powrócono więc do badań nad penicyliną, która dawała największe nadzieje na dokonanie przełomowego odkrycia.

Zaczęto produkować przesącz z pleśni i pracować nad oznaczaniem aktywnej penicyliny, a także oczyszczaniem jej. Rozpoczęto też badania na zwierzętach. Rok później zebrano wystarczająco dużo tej substancji, by sprawdzić jej lecznicze działanie. Zdecydowano się wreszcie na eksperyment kliniczny polegający na wszczepieniu ośmiu myszom paciorkowców, a następnie podaniu po godzinie połowie z nich antybiotyku. Przeżyły tylko cztery myszy – te, którym podano penicylinę. Kiedy w 1940 r. opublikowano wyniki tego eksperymentu, Fleming, który wcześniej porzucił prace nad penicyliną, spotkał się z Floreym, by dowiedzieć się więcej.

Czas na produkcję masową

Wojna nie sprzyjała nawiązywaniu współpracy z firmami farmaceutycznymi, które dwoiły się i troiły, by zaspokoić potrzeby frontu. Florey nie chciał czekać. Przekształcił swój zakład badawczy w małą fabrykę farmaceutyczną i przy wsparciu całego zespołu rozpoczął prace nad produkcją penicyliny. W ceramicznych basenach, skonstruowanych przez angielskiego biochemika Normana Heatleya, kilka pielęgniarek czuwało nad „uprawą” niebieskiej pleśni. Heatley zaprojektował też całą aparaturę, dzięki której można było ekstrahować antybiotyki i go oczyszczać. Kiedy zgromadzono wystarczającą ilość leczniczej substancji, w lutym 1942 r. po raz pierwszy podano penicylinę człowiekowi. Był nim 43-letni mężczyzna w stanie krytycznym, zakażony paciorkowco-gronkowcem. Stan pacjenta poprawił się znacząco, jednak kiedy zabrakło antybiotyku, co było równoznaczne z zaprzestaniem leczenia, pacjent zmarł. Florey i Heatley wyjechali do Stanów Zjednoczonych, by tam poszukać sojuszników w walce o możliwość produkowania antybiotyku na masową skalę. Nadszedł czas, kiedy pędzlakiem zaczęło interesować się coraz więcej osób.

Kontynuowano prace badawcze w Oksfordzie, a rząd brytyjski zaczął wyrażać chęć rozpoczęcia produkcji. Również najważniejsze ośrodki naukowe, firmy farmaceutyczne i władze Stanów Zjednoczonych były otwarte na prowadzenie badań i rozpoczęcie wytwarzania antybiotyku. Aktywność wykazał także Fleming, któremu udało się pozyskać wystarczającą ilość penicyliny, by podać ją choremu na posocznicę i zapalenie opon mózgowych. W przypadku tego pacjenta terapia okazała się również skuteczna.

I jak to nie raz w historii bywało, sukces zaczął mieć wielu ojców.

Nobel nie dla wszystkich

„Za odkrycie penicyliny i jej leczniczego działania w różnych chorobach zakaźnych” – tak w 1945 r. kapituła noblowska uzasadniała przyznanie Nobla w dziedzinie medycyny. Kto go otrzymał? W gronie wyróżnionych nie znalazł się Norman Heatley. Naukowiec ten nigdy nie otrzymał nawet nominacji do nagrody. Dlaczego? Nie wiadomo.

W 1944 r. po raz pierwszy zgłoszono nominację dla Fleminga oraz jedną dla trójki badaczy: Fleming, Florey i Chain. W 1945 r. Fleming miał już sześć nominacji indywidualnych, osiem przedłożono dla Fleminga i Floreya, zaś trzy dla trójki: Fleming, Florey i Richards (był to kierownik amerykańskiego zespołu badawczego). Po raz kolejny, tak jak rok wcześniej, nominowano też wcześniejszą trójkę: Fleming, Florey i Chain. I to właśnie tym trzem naukowcom ostatecznie przyznano nagrodę.

Odkrycie penicyliny uznano za najważniejsze medyczne wydarzenie XX w. Był to początek ery antybiotyków. ■



**Romuald
Krajewski**

Prezydent
Europejskiej
Unii Lekarzy
Specjalistów
(UEMS)

Bardzo ciekawym
aspektem tej
prezentacji był
fakt, że mieliśmy
po raz pierwszy
możliwość
spotkania
z lekarzem, który
leczył chorego na
gorączkę Ebola.

Przyszłość kształcenia i szkolenia lekarzy?

W dniach 17-18 października
odbyły się jesienne posiedzenia
rady, zarządu oraz sekcji
specjalistycznych UEMS.

Tym razem gospodarzem była Organización Médica Colegial (odpowiednik naszej NIL) i Colegio Oficial de Médicos de Granada (odpowiednik OIL). Hiszpańscy koledzy są niezwykle serdeczni i gościnni, a imponująca siedziba izby w Granadzie, dysponująca obszernymi, nowoczesnymi pomieszczeniami konferencyjnymi, była świetnym miejscem na obrady. Szkoda tylko, że trwały one od rana do wieczora i nie było szans na skorzystanie z przepięknie letniej pogody.

Dla koleżanek i kolegów zainteresowanych europejskimi programami szkolenia, które warto implementować w Polsce, Rada UEMS z wielkim zainteresowaniem wysłuchiwała profesorów Zacharowskiego (DE) i Chiche (FR), którzy przedstawili projekt programu szkolenia w intensywnej opiece medycznej. Jest to bardzo szybko rozwijająca się dziedzina, w niektórych krajach będąca już odrębną specjalnością, w innych umiejętnością, ale przede wszystkim bardzo interdyscyplinarna. Sposób pracy nad dokumentem przez Multidyscyplinarną Komisję UEMS może być wzorem współpracy różnych specjalności. Projekt został jednomyślnie przyjęty i jest do wykorzystania przez wszystkich zainteresowanych. Bardzo ciekawym aspektem tej prezentacji był fakt, że mieliśmy po raz pierwszy możliwość spotkania z lekarzem, który leczył chorego na gorączkę Ebola. Prof. Zacharowski mówił, jak bardzo jest to wyczerpujące i stresujące. Niestety, pewnie będziemy mieli takich okazji więcej.

Chcę też trochę napisać o sprawach organizacyjnych UEMS. Do członków obserwatorów dołączyły organizacje z Maroka (stowarzyszenie lekarzy specjalistów) i z Libanu (izba lekarska). Odbyły się też uzupełniające wybory na stanowisko wiceprezesa na 1. rok pozostający do planowych wyborów, które w 2015 r. odbędą się podczas posiedzenia w Warszawie. Zgłosiło się 5 kolegów i każdy z nich byłby doskonałym kandydatem na każde stanowisko w zarządzie (prezesa nie wyłączając). Po ekscytujących wyborach wiceprezesem został Profesor Papalois z Londynu, do tej pory prezes niezwykle dynamicznej Sekcji Chirurgii UEMS. To bardzo dobry znak dla organizacji, której celem są konkretne działania związane ze szkoleniem, egzaminami i doskonaleniem zawodowym. ■



Ta magia nie wygasta

Z **prof. dr hab. med. Marianem Zembalą**, dyrektorem Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu, rozmawiają **Ryszard Golański** i **Marta Jakubiak**.

Co dla pana, jako lekarza, jest najważniejsze, by dobrze wykonywać zawód?

Pokora wobec chorego oraz determinacja w zwalczaniu choroby i jej następstw, aby odnajdywać w sobie i współpracownikach nowe pokłady wiedzy, doświadczenia, potrzebnego w codziennej pracy z chorym. Trzeba odkrywać nie tylko rodzaj choroby, ale przewidywać jej konsekwencje, także te medyczno-ekonomiczne dla chorego i systemu ochrony zdrowia, starać się chorobę pokonać inteligentnie, ograniczając do maksimum skutki uboczne, a także analizując i dokumentując jakość leczenia oraz uzyskiwane wyniki.

Od dawna ma pan możliwość kontaktowania się z ośrodkami kardiologii i kardiochirurgii

w Polsce, a także na świecie. Jak ocenia pan poziom tych dwóch specjalności w poszczególnych regionach?

W chorobach serca i naczyń, które w krajowych i międzynarodowych statystykach były i nadal są głównym zabójcą nie tylko w Polsce, ale i na świecie, przy stosunkowo niewielkich nakładach w okresie minionych 10 lat uzyskaliśmy bardzo widoczny postęp w redukcji śmiertelności w przebiegu zawału serca i ostrych zespołów wieńcowych. To w dużej mierze rezultat reformy ochrony zdrowia zapoczątkowanej w 1990 r. i trwającej z różną intensywnością do dzisiaj. Stworzone w naszym kraju rozwiązania, dające dostępność 24-godzinną dla chorych z zawałem serca i kardiologicznymi stanami zagrożenia życia, stały się możliwe dzięki zaangażowaniu ludzkiemu i profesjonalizmowi, ►

Jak długo
transplantacja
będzie najlepszym
rozwiązaniem nie
tylko etycznym, ale
także medyczno-
ekonomicznym
wobec chorych
z udokumento-
wanym
i nieodwracalnym
uszkodzeniem
narządu, nie
wolno nam,
transplantologom,
ale
i odpowiedzialnym
za leczenie
w naszym kraju
się wahać. To
jest ważne jak
„Dekalog”.

dobrej organizacji i doświadczeniu kardiologów oraz kardiochirurgów. Na ten sukces złożyła się także praca internistów, których rola na szczęście systematycznie rośnie w naszym kraju, diabetologów, radiologów, lekarzy rodzinnych, specjalistów rehabilitacji kardiologicznej, anesteziologów, chirurgów naczyniowych, angiologów, geriatrów, pediatrów oraz lekarzy innych specjalności i dużej grupy pielęgniarek. Nie wolno nigdy o tym zapominać. To jest wspólny sukces leczonych, leczących i odpowiedzialnych za leczenie w naszym kraju. Szkoda, że dzisiaj pomniejszamy zupełnie bez uzasadnienia te role i wprowadzone wówczas nowatorskie rozwiązania.

Tylko wspólne działania zespołów, w których kardiochirurg działa we współpracy w ramach HEART TEAM z anesteziologiem i kardiologiem wspierany przez internistę, lekarza rodzinnego, radiologa, geriatrę, diabetologa, pediatrę, specjalistę rehabilitacji, dają takie wyniki.

Warto także pamiętać, że niewielka grupa około 270 polskich kardiochirurgów oraz 230 kardiopielęgniarek we współpracy z anesteziologami i kardiologami wykonała w 2013 r. dużą liczbę – 27 175 operacji serca, i ta liczba rośnie corocznie o około 800 operacji u dorosłych i dzieci. To wielki wysiłek, zważywszy, że obok rosnącej liczby dzieci do 1. roku życia wymagających złożonych operacji serca, rośnie – i to szybko – liczba chorych wymagających operacji w wieku podeszłym. W roku 2013 wykonano takich zabiegów 4600 u chorych starszych, powyżej 75. roku życia, trudnych, bo z wieloma współistniejącymi chorobami. To nowe wyzwania, którym działając wspólnie, musimy sprostać. Fakt, że w Polsce kolejki czekających na operacje kardiochirurgiczne są krótsze niż w zdecydowanej większości krajów rozwiniętych UE, a uzyskiwane wyniki leczenia porównywalne z najlepszymi krajami, nie może być powodem osłabiania wiodących ośrodków akademickich w kraju lub szczyrzenia demagogii o potrzebie powoływania kolejnych ośrodków w kraju. Byłem zdumiony kilka tygodni temu, kiedy mój gość w Zabrze, znakomity kardiochirurg amerykański dr V. Subramanian, członek zespołu ekspertów w USA, opowiadał mi, jak obiektywne i bardzo wymagające, wyłączenie medyczne i epidemiologiczne, a nie komercyjne kryteria decydują w stanie Nowy Jork o powstaniu nowych ośrodków kardiochirurgicznych, które mogą korzystać z publicznych ubezpieczeń, zawsze z troską, aby nie osłabiać obecnie dobrze funkcjonujących ośrodków i szpitali. W Polsce mamy w tej dziedzinie nadal zbyt wielką dowolność, która jest szczególnie odczuwalna przy jednym płatniku i jest źródłem wielu niepotrzebnych konfliktów, która wymaga uporządkowania wzorem sprawdzonych zagranicznych rozwiązań. Te rozwiązania znajdują się także w obszarze działania premiera rządu, pani Ewy Kopacz, i liderów Ministerstwa Zdrowia oraz NFZ, a także konsultantów krajowych i wojewódzkich.

Nigdy chyba tak wiele nie mówiło się w Polsce o pieniądzach w medycynie. Mając doświadczenie, nie tylko kierownika kliniki, ale dyrektora dużego szpitala, jakie wskazałby pan najważniejsze mankamenty finansowania tych dziedzin medycyny, które są panu najbliższe?

W każdym dobrze zorganizowanym kraju, pozbawionym korupcji, mówi się o pieniądzach w ochronie zdrowia. To naturalne i normalne. Oczywiście inaczej mówią o tym politycy, zwłaszcza opozycyjnych partii w przedwyborczych obietnicach. Przypomnijmy, że nawet w najbogatszym kraju świata reformy systemu ubezpieczeń w jakimś stopniu zadecydowały o wyborze prezydenta USA Baracka Obamy.

Liderzy odpowiedzialni za ochronę zdrowia powinni mówić i argumentować językiem pragmatycznym, wzmacnianym wynikami niezależnych krajowych rejestrów, ekspertyz, a nie lobby takiego czy innego. Jako przykład dobrej i potrzebnej debaty chciałbym przywołać spotkanie z ekspertami polskiej onkologii, które odbyło się w tym roku 7 października w Ministerstwie Zdrowia, gdzie wykład Barbary Więckowskiej, dyrektora Departamentu Analiz i Strategii, został nie tylko dobrze przyjęty przez liczne grono polskich onkologów oraz konsultantów krajowych, ale przeniósł debatę z powierzchownego medialnego forum na właściwy poziom profesjonalny. To, że ośrodki onkologiczne w Bydgoszczy i Gliwicach uznano za liderów nowoczesnych rozwiązań także organizacyjnych w polskiej onkologii, dodatkowo sprzyja praktycznym, ale i pragmatycznym rozwiązaniom, na które czeka nie tylko polski pacjent onkologiczny, ale i system.

Jak postrzega pan rolę samorządu zawodowego lekarzy?

Ważna, potrzebna, silna i dobrze zorganizowana reprezentacja środowiska lekarskiego. Podobnie pozytywne zdanie mam na temat samorządu pielęgniarskiego, wciąż za mało docenianego w naszym kraju.

Co cieszy, w działaniach obu tych samorządów dostrzegam pragmatyzm i wielokierunkowość działania obejmującego aspekty medyczne, szkoleniowe, prawne, organizacyjne, a także – co nie jest bez znaczenia – przywiązywanie należytej wagi do promocji kultury w naszym środowisku i poszanowania tradycji. Rośnie znaczenie tego typu działań także po to, aby etyczność naszych lekarskich postaw, opinii i zachowań nie ucierpiała wskutek działań nastawionych wyłącznie na komercję.

Taka rola autorytetu korporacyjnego, swoistego rozjemcy wobec wielości spraw trudnych i postępującego egocentryzmu postaw, jest bardzo naszemu lekarskiemu środowisku potrzebna. Także, aby zachować należne proporcje i szacunek dla całej medycyny – zarówno tej wysokospecjalistycznej akademickiej, jak i tej realizowanej na poziomie wsi, miast, powiatów, województw.

Czy przeszczepianie serca, tę najbardziej spektakularną operację, należy uważać za kwintesencję kardiochirurgii?

Transplantacja każda, bez podziału na poszczególne narządy, stanowi w jakimś stopniu kwintesencję nowoczesnej nauki i medycyny oraz jej możliwości. Dziś, kiedy w Zabrze w Śląskim Centrum Chorób Serca, akademickim ośrodku wysokospecjalistycznym afiliowanym ze Śląskim Uniwersytem Medycznym w Katowicach, wykonaliśmy ponad 1000 transplantacji serca u dorosłych i dzieci, ponad 120 transplantacji

pluc, kilkanaście transplantacji jednoczasowych serca i płuc, serca i nerek, a także imponującą liczbę ponad 35 000 operacji serca u dorosłych i dzieci, wciąż ta magia transplantacji nie przygasła, nie wyczerpała się. Może dlatego, że do śmierci naszych chorych nigdy nie zdołamy się przyzwyczaić, może też dlatego, że troska o donacje narządów zamiast wyraźnego rozwoju, jakoś tak środowiskowo przestaje być zauważana jako jeden z największych wskaźników nowoczesnej medycyny i jej wiarygodności. To prawda, że dzisiaj rzadko w naszych ośrodkach chory umiera, to prawda, że uzyskiwana śmiertelność w operacjach serca nawet u chorych starszych rzadko przekracza 2-3 proc., co jest europejskim sukcesem, ale także prawdą jest, że trochę gubimy priorytety moralne i staramy się transplantację przestawić na boczny tor, jako zajęcie tylko dla pasjonatów.

Jak długo transplantacja będzie najlepszym rozwiązaniem nie tylko etycznym, ale także medyczno-ekonomicznym wobec chorych z udokumentowanym i nieodwracalnym uszkodzeniem narządu, nie wolno nam, transplantologom, ale i odpowiedzialnym za leczenie w naszym kraju się wahać. To jest ważne jak „Dekalog”.

Jak długo czeka się w Polsce na serce?

W trybie pilnym ratującym życie nawet 2-3 miesiące, niestety dla pozostałych znacznie dłużej, za długo, wobec około 80 transplantacji serca rocznie w kraju, tymczasem nasz zabrzański ośrodek jest w stanie wykonać do 70-80 transplantacji serca i 20 transplantacji płuc rocznie, a pamiętamy, że są także ambitne ośrodki transplantacji serca w Warszawie-Aninie, Gdańsku, Krakowie i Poznaniu. Nie ma najmniejszej potrzeby uruchamiania kolejnych przy tej skąpej liczbie dawców. Trzeba mocno zintensyfikować wysiłek, aby pójść w zakresie donacji w ślady nie tylko Hiszpanii, co byłoby marzeniem, ale także Wielkiej Brytanii, Włoch, Holandii, Austrii czy Chorwacji. Nie wolno nam się cofać ani pozostawać w samozadowoleniu. Kluczem do sukcesu każdej transplantologii jest nie tylko wysiłek, i to duży, małego środowiska polskich transplantologów, ale przede wszystkim ambicji, możliwości talentu i doświadczenia polskich anestezjologów i specjalistów intensywnej terapii. To oni są współtwórcami sukcesu lub porażki polskiej transplantologii i dlatego ich aktywności oraz wsparcie jest najważniejsze.

Czy film „Bogowie”, który opowiada także o pana życiu, może zmienić podejście Polaków do transplantologii?

Cieszy nas, że ten ambitny obraz powstał i został tak wysoko wyróżniony na Festiwalu Polskich Filmów w Gdyni. Jest on ilustracją wysiłku zabrzańskich transplantologów, którzy pod kierunkiem prof. Zbigniewa Religi w roku 1985 podjęli wielki wysiłek, aby dać w naszym kraju szansę uratowania chorych z nieodwracalnym uszkodzeniem serca. Tak, była to praca zespołowa i dzisiaj, kiedy sięgam pamięcią do tych pierwszych sześciu miesięcy w Zabrze, zachowuję wielką wdzięczność dla odwagi, determinacji i charyzmy ówczesnego lidera prof. Religi, bez którego nie byłibyśmy w tym miejscu, gdzie obecnie jesteśmy.

Spędził z nami w Zabrze 14 bardzo pracowitych lat, ale z nim 4 lata (1985-1989) pracowali obecny prof. Andrzej Bochenek, rok później dołączył także prof. Stanisław Woś (liderzy kardiologii w Katowicach-Ochojcu) i dr Roman Cichoń, a także takie indywidualności w polskiej kardiologii jak prof. Michał Wojtalik (obecnie lider w Poznaniu), prof. Jacek Moll (lider Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi), prof. Janusz Skalski (lider kardiologii dziecięcej w Krakowie), dr Jacek Kaperczak (lider kardiologii w Opolu), dr Jacek Skiba (lider we Wrocławiu), doc. Ewa Kucewicz i dr Bronisław Czech – twórcy kardiologii w Białymstoku. Szczególnie jednak dziękuję tym kolegom, którzy tak jak dr Roman Przybylski, Jerzy Pacholewicz, Tomasz Hrapkowicz, Bogdan Ryfiński, Paweł Nadziakiewicz, Jacek Wojarski pracują ze mną przez prawie 30 lat w Zabrze.

Ten film jest dokumentem z wielowymiarowym przesłaniem, który nobilituje naszą pracę, każdego lekarza z najtrudniejszym chorym.

Jest pan nie tylko kardiologiem, a wiadomo, że jest to zajęcie bardzo absorbujące, ale pełni pan także wiele odpowiedzialnych funkcji naukowych i administracyjnych. Jak regeneruje pan siły do pracy? Jaki styl życia i wypoczynku poleca pan młodym chirurgom?

Dobrze zorganizowana praca i bardzo wyraźny rytm dni tygodnia. Niewiele czasu pozostaje dla rodziny, ale pozostaje, pamiętając, że sobota i niedziela jest także czasem intensywnej pracy.

Urlop najlepiej nad morzem, także zimą, a może zwłaszcza zimą. Wtedy jest cisza, spokój i wiatr, który jest dla mnie, obok słońca i wody, dodatkowym źródłem energii.

Czy jest coś, czego pan żałuje, patrząc na swoją pracę z perspektywy lat?

Marzyłem, aby zostać kompozytorem, ale niestety nie wyszło. Do tego trzeba mieć prawdziwy talent.

Jakie marzenie zawodowe ma Pan jeszcze do zrealizowania?

Mam jeszcze wiele marzeń. Najważniejsze, zakończyć rozbudowę szpitala w czerwcu 2015 r. w taki sposób, aby Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrze stało się ośrodkiem Serca, Płuc i Naczyń, stosownie do zadań, jakie już obecnie pełni wobec rozwoju tzw. medycyny zadaniowej i będzie jeszcze pełniej realizować w przyszłości. Ważnym elementem tych zawodowych marzeń jest uruchomienie, we współpracy z ambitnymi władzami Miasta Zabrze i Śląskim Uniwersytetem Medycznym, Śląskiego Centrum Wdrożeń i Nowych Technologii w Medycynie Sercowo-Naczyniowej Kardiomed Silesia. Wreszcie będziemy podobni w codziennej pracy badawczej do wiodących ośrodków badawczych i wdrożeniowych w medycynie.

Na koniec ostatnie marzenie, chociaż jest ich znacznie więcej, by zrealizować z grupą około 100 przyjaciół kardiologów i kardiologów polskich rejs do Londynu na Europejski Kongres Kardiologiczny w sierpniu 2015 r. ■

To jest wspólny sukces leczonych, leczących i odpowiedzialnych za leczenie w naszym kraju. Szkoda, że dzisiaj pomniejszamy zupełnie bez uzasadnienia te role i wprowadzone wówczas nowatorskie rozwiązania.

Jakie trzeba mieć cechy charakteru, by zmieniać bieg zdarzeń w medycynie? Jak możliwości realnego wpływu na system ochrony zdrowia daje funkcja przewodniczącego Rady Naukowej przy Ministrze Zdrowia? Jak zmieniły się warunki wykonywania zawodu lekarza i jakie przeobrażenia ostatnich lat niosą zagrożenia, a jakie dają szansę? Czytaj w „Gazecie Lekarskiej PREMIUM” na www.gazetalekarska.pl.

Premium



Mała niebieska książeczka

Z **Andrzejem Wojnarem**, przewodniczącym Komisji Etyki Lekarskiej Naczelnej Rady Lekarskiej, rozmawia **Lucyna Krysiak**.



Kodeks Etyki Lekarskiej to cienka książeczka wydana w niewielkim formacie. Czy lekarze znają jej treść?

Z tym bywa różnie, chociaż powinni ją znać na pamięć. Tym bardziej, że Kodeks Etyki Lekarskiej jest czymś więcej niż tylko pisanym zbiorem zasad, którymi każdy lekarz powinien się posługiwać, wykonując swój zawód. Nadaje temu zawodowi odpowiednią rangę, wskazuje na jego wymiar publiczny, stawia go na równi z misją. Ta niepozorność kodeksu, jeśli chodzi o objętość i format, jest więc myląca. W tej liczącej zaledwie 32 strony niebieskiej książeczce, każde zdanie, każde słowo ma swoje znaczenie, swoją wymowę. Nad doбором treści formułujących zasady etyki lekarskiej pracował sztab ludzi na trzech Krajowych Zjazdach Lekarzy. Na II zjeździe w 1991 r. Kodeks Etyki Lekarskiej uchwalono, a w 1991 r. na III zjeździe i w 2003 r. na VII zjeździe dokument ten był dwukrotnie nowelizowany. To dowód na to, że nie jest tworem martwym, wciąż ewoluuje, jest dostosowywany do realiów, w jakich lekarzom przychodzi żyć i pracować.

Czy to znaczy, że miejsce KEL jest w kieszeni lekarskiego kitla, by w razie potrzeby móc do niego sięgnąć?

Najlepiej, żeby treść kodeksu lekarz miał zawsze pod ręką, a jeszcze lepiej, w głowie. Traktował go jak deka-

log. W wielu sprawach izba jako reprezentant wszystkich lekarzy Rzeczypospolitej Polskiej musi zachować neutralność światopoglądową i polityczną. Nie może manifestować swoich poglądów jako czarnych, czerwonych, zielonych czy żółtych. Muszą być one nieskazitelnie białe, czyste jak nasze lekarskie fartuchy, a jednocześnie przejrzyste i transparentne, i ta mała niebieska książeczka, czyli Kodeks Etyki Lekarskiej, nas w tym łączy, jest wykładnią i podstawą wszystkich zawodowych działań.

Z czym obecnie musi się mierzyć lekarz, jakich wyborów dokonywać, aby postępować w zgodzie z Kodeksem Etyki Lekarskiej?

Sprawy są coraz bardziej skomplikowane, choćby z punktu widzenia przepisów prawa regulującego funkcjonowanie opieki zdrowotnej, nagonki mediów na lekarzy, nagłaśniania spraw spornych czy kontrowersyjnych, a także niewłaściwych zachowań niektórych kolegów. Być może więc nadchodzi czas kolejnej nowelizacji. Zaznaczam, że nie jest to kodeks wąskiej grupy ludzi, izbowych działaczy, ale całej społeczności lekarskiej. To my wszyscy tworzymy etykę tego zawodu, zgodną z naszym sumieniem oraz pojmowaniem dobra i zła, postawą w codziennej pracy, kontakcie z pacjentem, płatnikiem i decydentami. Na końcu tych działań jest nasze sądownictwo zawodowe, a po drodze Okręgowi Rzecznicy Odpowiedzialności Zawodowej, choć bywa, że Komisja Etyki Lekarskiej rozpatruje niektóre sprawy, zanim trafią one do rzecznika, czego jestem zwolennikiem.

Ostatnio koledzy nazwali mnie naczelnym etykiem lekarzy w państwie, ale uważam, że indywidualne poglądy czy opinie przewodniczącego Komisji Etyki Lekarskiej NRL nie powinny wywierać presji na innych członków komisji. Nie chciałbym, aby mówiono o spersonalizowanych ukierunkowaniach przewodniczącego. Swoją rolę widzę jako koordynatora prac komisji i reprezentanta wypracowanych przez komisję stanowisk na zewnątrz. To bardzo ważne, dlatego mam zwyczaj zapraszania na nasze posiedzenia przedstawicieli innych komisji NRL oraz prezesa NRL, wiceprezesów, Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, przewodniczącego Naczelnego Sądu Lekarskiego, Naczelnego Rzecznika Praw Lekarzy, Mediatora NRL oraz przewodniczących Komisji Etyki Lekarskiej wszystkich okręgowych izb łącznie z wojskową. Chodzi o szerokie gremium opiniotwórcze, ponieważ obecnie lekarz musi się mierzyć z dylematami etycznymi, nie zawsze tak oczywistymi jak zapisy w KEL, i wymagając one różnego spojrzenia.

W czerwcu tego roku Komisja Etyki Lekarskiej NRL podjęła stanowisko w sprawie prawa lekarzy do postępowania w zgodzie z sumieniem. Co było inspiracją tych działań?

Zamieszanie, jakie powstało wokół lekarzy podpisujących deklarację wiary. Komisja zapoznała się z aktualną sytuacją etyczną i praktyką w zakresie przestrzegania prawa lekarzy do postępowania w zgodzie z ich sumieniem. Stanowisko komisji przypomina o obowiązkach lekarzy wynikających z Kodeksu Etyki Lekarskiej, dotyczących udzielania pomocy każdemu obywatelowi bez względu na wiek, płeć, rasę, uwarunkowania genetyczne, narodowość, wyznanie, przynależność społeczną, sytuację materialną, poglądy polityczne i inne uwarunkowania. Mówi też o prawie lekarza do zachowania swobody działań zawodowych w zgodzie ze swoim sumieniem i współczesną wiedzą medyczną, oraz o stanowisku NRL w sprawie art. 39 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty nakazującej lekarzowi korzystającemu z klauzuli sumienia wskazania realnych możliwości wykonania świadczenia budzącego jego sprzeciw w innej placówce oraz złożeniu wniosku do Trybunału Konstytucyjnego o stwierdzenie niekonstytucjonalności tego zobowiązania. Komisja stała na stanowisku, że lekarze mają prawo odmówić wykonywania świadczeń niezgodnych z ich sumieniem i nie mogą być poddawani żadnym naciskom, dyskryminacji ani represjom z tego powodu.

Nie sposób w tym miejscu pominąć sprawy profesora Chazana...

Sprawa prof. Chazana i lekarzy ze szpitala, w którym pracował, nie była przedmiotem obrad Komisji Etyki Lekarskiej. Zajmuje się nią Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej.

Klauzulę sumienia omawiają wyczerpująco uregulowania międzynarodowe, np. art. 9 Europejskiej Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności oraz art. 10 Karty Praw Podstawowych Unii Europejskiej, Rezolucja Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy oraz nasze polskie: Konstytucja RP, a także ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentysty oraz art. 4 i 7 Kodeksu Etyki Lekarskiej. Niedopuszczalne są więc naciski względem lekarzy, którzy stosują klauzulę sumienia. Ważna jest też w naszych oświadczeniach równowaga pomiędzy prawami lekarzy i prawami pacjentów. Nie można zapominać o naszym principium „salus aegroti suprema lex esto”. Zgodnie z obowiązującym prawem, wyłączając przypadki niecierpiące zwłoki, lekarz może stosować klauzulę sumienia, wskazując pacjentowi możliwość uzyskania świadczenia gdzie indziej i odnotować to w dokumentacji.

Na czym obecnie skupia szczególną uwagę Komisja Etyki Lekarskiej NRL?

Na artykule 61 Kodeksu Etyki Lekarskiej w kontekście tak powszechnych obecnie nadwykonań w szpitalach, za które Narodowy Fundusz Zdrowia nie chce płacić, stawiając tym samym lekarzy w trudnej moralnie sytuacji. Z jednej strony są naciski płatnika i administracji szpitala, by trzymać się limitów przyjęć, z drugiej dobro pacjenta, który potrzebuje hospitalizacji i leczenia. W razie nieudzie-

lenia świadczenia i wynikającego z tego tytułu narażenia chorego na zagrożenie zdrowia lub życia, zawsze odpowiedzialność ponosi lekarz, a nie administrator. Artykuł 61 KEL mówi, że lekarz nie powinien spełniać poleceń pracodawcy, jeśli są sprzeczne z zasadami etyki i deontologii. Ma obowiązek leczyć zgodnie z aktualną wiedzą i dobrą praktyką lekarską.

Komisja chce także zająć się udziałem lekarzy w reklamach. Kilka takich spraw wpłynęło do okręgowych izb i po ich rozpatrzeniu okazało się, że rzeczywiście uczestniczą w nich lekarze, z imienia i nazwiska, a nie aktorzy, a KEL jednoznacznie tego zabrania. To samo dotyczy ogłaszania gabinetów, prześcigania się w zachwalaniu oferty i ceny. Uregulowania izbowe mówią wyraźnie, że w ogłoszeniu można podać jedynie nazwisko, imię, specjalizację, godziny przyjęć i kontakt. Liczymy na współpracę w tej i innych sprawach z mediatorem NRL oraz Mediatorami powołanymi w izbach okręgowych.

Komisja Etyki Lekarskiej NRL odbyła w tej kadencji jedno posiedzenie plenarne w czerwcu. Drugie odbędzie się w listopadzie. Główne tematy, którymi będzie się zajmowała to aktualizacja stanowiska dotyczącego klauzuli sumienia na bazie podjętego 17 października stanowiska NRL, które za punkt wyjścia przyjęła czerwcowe stanowisko Komisji Etyki NRL, dodając akapit o neutralności światopoglądowej i politycznej izby oraz o prawach pacjenta. Zajmiemy się także różnymi aspektami walki z bólem chorego. Chcemy także promować organizację dyskusji, konferencji o szeroko pojętej etyce zawodowej w okręgowych izbach lekarskich. Takie spotkania od lat z sukcesem organizuje Komisja Etyki Lekarskiej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej. Zajmujemy się także sprawami przekazywanymi przez komisje etyki okręgowych izb lekarskich i podmioty spoza samorządu.

Czy klauzula sumienia i Kodeks Etyki Lekarskiej są spójne?

Nie ma różnych moralności, nie ma różnych sumień. Profesor Jan Mikulicz-Radecki, na pytanie, czy jest Polakiem czy Niemcem, odpowiadał: jestem chirurgiem. Na zadane mi pytanie – czy w Komisji Etyki Lekarskiej będą mi bliższe sprawy dolnoślązaków, bo przecież przez dwie kadencje byłem prezesem Dolnośląskiej Izby Lekarskiej, czy, jako konsultant wojewódzki ds. patomorfologii pracujący od lat w Dolnośląskim Centrum Onkologii, będę forsował sprawy związane z tą specjalnością, zawsze odpowiadam, że do Naczelnej Rady Lekarskiej wybrali mnie delegaci Krajowego Zjazdu Lekarzy i jako lekarz Andrzej Wojnar będę przemierzał wytyczoną tam przez nich drogę. Kodeks Etyki Lekarskiej wyrósł z przysięgi Hipokratesa, nie jest więc naszym wymysłem, ma korzenie grecko-łacińskie. Obowiązuje lekarzy na całym świecie, tyle że w różnych formach. Obecnie, kiedy dominuje pogoń za pieniądzem, lekarz pracuje na kilku etatach, powinno się nieustannie nawiązywać do zapisów KEL, przypominać o wartościach, jakie niesie ze sobą wykonywanie wolnego zawodu lekarza. Zasady etyczne lekarz powinien mieć we krwi, powinny one wynikać z wychowania wyniesionego z domu, z kindersztuby, z szacunku dla relacji mistrz – uczeń i generalnie dla drugiego człowieka. Przecież nie jesteśmy urzędnikami, naszym powołaniem jest leczyć chorych i ten dekalog, jakim jest KEL, ma nam o tym przypominać. ■

Komisja chce także zająć się udziałem lekarzy w reklamach. Kilka takich spraw wpłynęło do okręgowych izb i po ich rozpatrzeniu okazało się, że rzeczywiście uczestniczą w nich lekarze, z imienia i nazwiska, a nie aktorzy, a KEL jednoznacznie tego zabrania.

Gdy odchodzą na wieczny dyżur

**Marta
Jakubiak**

Jest taki dzień w roku, kiedy bardzo intensywnie powracają wspomnienia tych, którzy odeszli – najbliższych członkach rodziny, kolegach i przyjaciółach, wspaniałych lekarzach, wybitnych naukowcach i nauczycielach.



Odrestaurowany dzięki akcji Ratujmy Płockie Powązki pomnik Stanisława Sienickiego

Pamięć o tych, którzy odeszli, żyje w tych, którzy pozostali. „Non omnis moriar”, jak pisał Horacy. „Odszedł na wieczny dyżur ceniony i oddany chorym lekarz, człowiek o wielkim sercu oraz wrażliwej na cierpienie i krzywdę ludzką duszy, pełny energii i życiowego optymizmu, którym potrafił zarażać innych” – wspominają swojego kolegę w słowach pożegnania współpracownicy jednego ze szpitali. „Specjalista chirurgii stomatologicznej. Pełniła liczne funkcje, wielkie i zaszczytne, ale dla nas to przede wszystkim serdeczna koleżanka i oddany sprawie społecznik. Gdy odeszła, większość z nas reagowała z niedowierzaniem, jakby Jej nie mogło się to przydarzyć. Taka niesprawiedliwość losu. Przecież była pełna życia...” – brzmią słowa wspomnień podczas jednego ze zjazdów samorządu lekarskiego. Zapada minuta ciszy. Pamięć o zmarłych lekarzach pielęgnowana jest wśród kolegów nie tylko w dniu Wszystkich Świętych i z okazji Zaduszek, ale przez cały rok.

Kujawsko-Pomorska Okręgowa Izba Lekarska zawsze uroczystie oddaje hołd pamięci zmarłych lekarzy podczas okręgowych zjazdów. Wygłaszane są wspomnienia, prezentowane fotografie. Dodatkowo w biuletynie „MERITUM” na stronach „Z żałobnej karty” zamieszczane są informacje o śmierci lekarza, a także publikowane są wspomnienia.

– W wypadku śmierci lekarza zawsze zamieszczamy nekrolog z krótką notką biograficzną w „Gazecie Wyborczej”, zwykle drugiego lub trzeciego dnia po śmierci – mówi prof. Jan Stasiewicz, redaktor Wydawnictw Izbowych w Białymstoku. W biuletynie okręgowym izby publikowane jest również jednostronne epitafium z życiorysem. Ze względu na cykl wydawniczy ukazuje się ono w kilka tygodni lub kilka miesięcy po śmierci. – Epitafia ułożone alfabetycznie znajdują się w archiwum redakcji biuletynu i często są wykorzystywane przez zainteresowanych. W wypadku lekarzy „słynnych” zamieszczamy w biuletynie szersze o nich wspomnienie lub jednostronicową refleksję „Pro Memoria” – dodaje prof. Stasiewicz. Znanym lekarzom, którzy zmarli nieco wcześniej, poświęcana jest w każdym piśmie strona tytułowa, czyli portret, oraz biogram lekarza. Publikacje te tworzą stale powiększającą się galerię w sali konferencyjnej OIL w Białymstoku. Obecnie liczy ona ponad 40 portretów. W redagowanych jako rocznik „Zeszytach Historycznych” periodycznie ukazują się całe tomiki poświęcone przypomnieniu zasłużonych lekarzy Podlasia. Na przykład w dwóch ostatnich numerach, liczących po około 100 stron, znalazły się sylwetki 45 lekarzy z Podlasia o korzeniach wileńskich.

„Wzruszenie i powaga rysowały się na twarzach zgromadzonych, gdy realizowano punkt programu „Pro memoria”. Tradycyjnie minutą ciszy uczczono pamięć lekarzy, którzy odeszli na wieczny dyżur” – czytamy w jednym ze sprawozdań ze zjazdu Dolnośląskiej Izby Lekarskiej. Podobnie jest też w Wojkowej Izbie Lekarskiej. Z kolei w łódzkiej OIL „minuta ciszy” na okręgowych zjazdach lekarzy połączona jest z projekcją tablicy z nazwiskami osób zmarłych w ostatnim roku. Izba stworzyła też na swojej stronie internetowej zakładkę „Z żałobnej karty”. Zamieszcza nekrologi i wspomnienia na łamach biuletynu „Panaecum”. Każdego roku w listopadzie organizowany jest koncert „Pro Memoria” dla uczczenia pamięci zmarłych kolegów i koleżanek. To doskonały moment, by wspominać w gronie lekarzy tych, którzy odeszli. Również na stronie plockiej izby znajduje się specjalna zakładka „Epitafium dla lekarzy”. Zamieszczane są tu pamiątkowe zdjęcia zmarłych i wspomnieniowe prezentacje ich sylwetek. Miłosierdziu Bożemu w modlitwie wypominkowej polecani są ci, „którzy jako lekarze pracujący w Płocku i jego bliższych i dalszych okolicach, nieśli schorowanym i okaleczonym ulgę w cierpieniu i nadzieję powrotu do zdrowia, a umierającym towarzyszyli w ostatnich godzinach ich ziemskiego życia”. – Co roku organizujemy wypominki lekarskie, wymieniając w nich wszystkich swoich członków, którzy zmarli, a także wszystkich tych lekarzy, którzy pracowali na tym terenie wcześniej, a ślad ich działalności można było odnaleźć w istniejących zapiskach – mówi prezes OIL, Jarosław Wanecki. Przed mszą świętą organizowaną przez Katolickie Stowarzyszenie Lekarzy Polskich wymienianych jest ponad 400 nazwisk. Msza odbywa się w trzecią niedzielę listopada. Po niej lekarze przechodzą do izby, by wziąć udział w zaduszkach, które najczęściej mają charakter artystyczny.

Coroczne msze święte w intencji zmarłych organizuje też Śląska Izba Lekarska. Odbywają się one w Bazylice św. Wojciecha w Mikołowie. Dla uczczenia pamięci koleżanek i kolegów lekarzy ŚIL zamieszcza w „Pro Medico” kilka słów wspomnień. Są to indywidualne nekrologi oraz sylwetki zmarłych publikowane w osobnej rubryce, specjalnie do tego przypisanej. Nekrologi izba zamieszcza również w prasie lokalnej, a także na swojej stronie internetowej. W śląskiej izbie, podobnie jak w innych OIL, pamięci zmarłych lekarzy i lekarzy dentyistów poświęcona jest minuta ciszy w czasie zjazdów, po niej przybliżane są sylwetki tych, którzy odeszli.

Na uroczystościach pogrzebowych zmarłych lekarzy, członków OIL w Gorzowie, zawsze pojawia się delegacja z izby. Tu również publikowane są kondolencje w gazecie lokalnej, a także karty pamięci w biuletynie OIL. Minutą ciszy czczona jest pamięć kolegów lekarzy podczas wszystkich okręgowych zjazdów.

W ostatniej drodze swoim koleżankom i kolegom towarzyszą też przedstawiciele innych izb okręgowych. Zawsze przedstawiciele samorządu deleguje z wieńcem okolicznościowym na pogrzeby wszystkich zmarłych członków Śląska Izba Lekarska. Każdego roku Komisja ds. Kultury ŚIL organizuje też koncert „Pro



Memoria” dla upamiętnienia osób zmarłych w czasie ostatnich dwunastu miesięcy. Bliscy zmarłego członka ŚIL mogą liczyć na wsparcie po jego śmierci, bowiem izba przyznaje zapomogi dla rodzin zmarłych. Nad grobami członków tej izby, którzy nie mieli rodziny ani bliskich, pieczę ma Komisja ds. Emerytów i Rencistów ŚIL. Kujawsko-Pomorska Okręgowa Izba Lekarska w Toruniu w sytuacji braku rodziny lekarza także otacza opieką groby zmarłych. Również ona w swoim budżecie ma przewidziane fundusze na zapomogi pośmiertnej dla rodzin po zmarłych lekarzach.

Okręgowa Izba Lekarska w Gdańsku także dba o miejsca pamięci. Na początku tego roku ORL podjęła uchwałę w sprawie nabycia prawa do grobu prof. K.L. na okres kolejnych 10 lat. – Profesor nie miała bliskiej rodziny, żyła samotnie, w ostatnich latach zdana na wyłączną opiekę asystentów. Umarła bezpotomnie, nie ma zatem osoby, która opłaciłaby prawo do grobu – informuje Joanna Dalek, dyrektor Biura OIL w Gdańsku. To inicjatywny zasługujący na prawdziwe słowa uznania. Pokazujące, że przynależność do grupy zawodowej lekarzy sprawia, że przestaje się być anonimowym, nic nieznającym człowiekiem. W „Pomorskim Magazynie Lekarskim” drukowane są karty pamięci, a na zjeździe ogłaszana minuta ciszy ku czci zmarłych kolegów.

O miejsca pamięci dbają również w Płocku. – OIL w Płocku przekazuje uchwałę, jeśli jest taka potrzeba, środki na utrzymanie i remontowanie pomników lekarzy. Ponadto członkowie izby co roku uczestniczą w kwestach Ratujmy Płockie Powązki. Dzięki zebranym w ten sposób pieniądzom udało się odrestaurować między innymi pomnik Stanisława Siennickiego. Z udziałem lekarzy jako kwestarzy i izby jako sponsora w ciągu 11 lat odnowiliśmy trzy pomniki lekarskie – informuje Jarosław Wanecki.

A jak pamięć o zmarłych lekarzach pielęgnowana jest w największej izbie? – W Święto Zmarłych na znanych nam lekarskich grobach zapalamy światełko opatrzone małą szarfą z napisem „Pamiętamy – Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie” – mówi Ładysław Niekanda-Trepka, zastępca sekretarza Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie. Na okręgowych zjazdach poza minutą ciszy przedstawiana jest prezentacja ukazująca sylwetki zmarłych lekarzy, którzy odeszli w czasie pomiędzy zjazdami. W biuletynie „Puls” umieszczane są wspomnienia o nich. Izba pracuje także nad stworzeniem internetowej kwerendy – archiwum, w którym znajdą się wszyscy lekarze i lekarze dentyści, którzy byli członkami OIL w Warszawie. Dzięki takiemu archiwum wielu z nich uda się ocalić od zapomnienia. ■

To inicjatywny zasługujący na prawdziwe słowa uznania. Pokazujące, że przynależność do grupy zawodowej lekarzy sprawia, że przestaje się być anonimowym, nic nieznającym człowiekiem.

Ten problem można wspólnie rozwiązać

Dorota Rzepniewska

Specjalista psychiatra, certyfikowany specjalista psychoterapii uzależnienia i współuzależnienia, pełnomocnik do spraw zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów przy ORL w Katowicach

Jako lekarze nie należymy do łatwych pacjentów, potrzeba czasu i zaangażowania, aby przekonać nas do proponowanego sposobu postępowania.

Komentarz do artykułu dra Bohdana Tadeusza Woronowicza „Gdy lekarz nie dostrzega swojej choroby”.

Na hasło w tytule artykułu dra Woronowicza „Gdy lekarz nie dostrzega swojej choroby” powinien być prosty odzew – ma z nim się spotkać i porozmawiać pełnomocnik ds. zdrowia, który ma wiedzę o tego typu chorobach, rozpoznać problem i pomóc podjąć decyzję o leczeniu. A potem lekarz jest już na wyznaczonej i przewidywalnej drodze do trzeźwienia. Brzmi bardzo jasno i niby wprost wynika z Uchwały NRL 7/07/V z dn. 13.04.2007 r. Jednak wprowadzenie w życie nawet najbardziej oczywistych postanowień napotyka po drodze trudności, proporcjonalnie duże do wątpliwości, które wynikają z tzw. szczegółów. A te szczegóły wciąż pozostają niedopracowane...

Moja działalność jako pełnomocnika na terenie Śląskiej Izby Lekarskiej rozpoczęła się z chwilą powołania mnie na to stanowisko przez Okręgową Radę Lekarską w 2007 r. Stanowisko pełnomocnika było wówczas po raz pierwszy ustanowione na podstawie postanowienia Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie organizacji pomocy lekarzom i lekarzom dentystom, których stan zdrowia ogranicza lub uniemożliwia wykonywanie zawodu.

Od początku mojej działalności na terenie izby napotykałam na trudności wynikające właśnie z niedookreślenia szczegółów. Choćby „zbieranie informacji o uzależnieniach w środowisku lekarskim”. Co to właściwie oznacza? Dla wielu kolegów lekarzy z mojego środowiska oznaczało to, że będę inwigilować środowisko i sprawdzać np. na spotkaniach naukowo-szkoleniowych, kto dużo pije. Gdy jeden z kolegów na konferencji zaczął mi się tłumaczyć, że „zwykle nie pije, ale...”, postanowiłam działać. W kolejnym numerze naszego regionalnego pisma branżowego „Pro Medico” pojawił się artykuł o mojej działalności z podkreśleniem, że działam na polecenie ORL i jej Prezesa, i że śledzić kolegów nie zamierzam. Na pewno jestem co do swego zdrowia, i że wizyta u mnie jako pełnomocnika podjęta samodzielnie jest objęta tajemnicą tak, jak każda wizyta u lekarza. I tyle mogłam napisać. Czy to rozwiało wątpliwości, do końca nie wiem, ale od tego czasu zaczęło się spontanicznie zgłaszać więcej osób z różnymi problemami zdrowia psychicznego. Tu sprawa była jednak stosunkowo prosta, bo już spotkania z udziałem pracodawcy, gdzie to przełożony zgłasza lekarza do pełnomocnika, nastroczały cały szereg wątpliwości etyczno-prawnych. No bo kogo mogę informować o stanie zdrowia i diagnozie lekarza z problemem? Jaki powinien być zakres tej

informacji? Co odpowiedzieć na pytania prawnika, który towarzyszy lekarzowi z problemem do diagnozy? A co zrobić z lekarzem, którego nietrzeźwość na stanowisku pracy jest szeroko opisywana w mediach, postępowanie przed OROZ jest w toku, ale na moje zaproszenie nie ma reakcji? Na terenie ŚIL w ciągu tych kilku lat opracowaliśmy swój sposób postępowania, gdzie na polecenie OROZ lekarz umawia się z pełnomocnikiem na spotkanie, jest informowany o jego roli w sprawie oraz o zakresie informacji, które zostaną przekazane OROZ. Wymóg OROZ dotyczący spotkania z pełnomocnikiem okazał się skuteczniejszy niż samo zaproszenie od pełnomocnika. Jednak na ile to postępowanie jest prawidłowe, zgodne z literą prawa? Przedstawiając ten sposób postępowania na dorocznym spotkaniu pełnomocników, spotkałam się z głosami krytyki i jednocześnie brakiem jasnych ustaleń czy nawet sugestii, jak należy postępować. Przyznam, że było to bardzo trudne i zniechęcające do dalszego działania. Każdorazowy przypadek interwencji wobec lekarza z problemem musi być obecnie rozpatrywany indywidualnie, za każdym razem trzeba uzgadniać tok postępowania, mierzyć się z wątpliwościami. To wyczerpujące i czasochłonne. A gdzie siły i energia na kontakt z lekarzem i motywowanie go do leczenia, o które tu przecież chodzi? Jako lekarze nie należymy do łatwych pacjentów, potrzeba czasu i zaangażowania, aby przekonać nas do proponowanego sposobu postępowania. Zwykle to przecież my jesteśmy w roli pomagających i doradzących, i bardzo trudno nam usiąść po tej drugiej stronie biurka. Tymczasem często jako pełnomocnik wypalam się, walcząc z inercją systemu, uprzedzeniami. Na ostatnim spotkaniu z kolegami z mojej rodzimej Komisji Etyki uzyskałam informacje, że lekarzom i przełożonym łatwiej byłoby zgłaszać problem, gdyby była pewność, że lekarz trafi na dobrą ścieżkę do leczenia. Co ważne – powinna to być taka sama ścieżka dla wszystkich uzależnionych lekarzy w naszym kraju (a nie zróżnicowana dla kolegów z poszczególnych izb). Zdejmuję to z osoby zgłaszającej problem uzależnionego kolegi odium donosiela. Łatwo poczuć się nie w porządku, gdy brak jasnych reguł i panuje mgła nieudomówień. Temat uzależnień jest trudny i nie przestanie być tematem tabu, dokąd uzależnienie ze wstydliwego skandalu nie zacznie być traktowane jak zwykły problem, który należy i można rozwiązać. Żeby rozwiązać zadanie, warto jednak znać kolejność działań. ■

Twarda miłość i choroba zaprzeczenia

Komentarz do artykułu dra Bohdana Tadeusza Woronowicza „Gdy lekarz nie dostrzega swojej choroby”.

Z dużą nadzieją przeczytałem artykuł jednego z największych autorytetów lekarskich w dziedzinie leczenia uzależnień, dra Bogdana Woronowicza z Warszawy. Stworzył on polski model leczenia uzależnień w paradygmacie minnesockim, czyli oparty na programie autopsychoterapii Anonimowych Alkoholików, który został stworzony w Akron w stanie Minnesota w USA. To był rok 1935, ale nie jest to historia tylko, ale i rzeczywistość w terapii osób uzależnionych od alkoholu i innych substancji zmieniających świadomość. W oparciu o ten model nadal leczy się w Stanach Zjednoczonych AP miliony ludzi zwykłych, celebrytów, polityków, naukowców i... lekarzy.

Bohdan Woronowicz w swoim artykule zwrócił uwagę na bardzo ważną wg mnie rzecz w leczeniu uzależnionych także lekarzy, nazywa się ona „twardą miłością”. Jest to termin doskonale znany wszystkim terapeutom uzależnień. Polega ona na szczerym, otwartym i konsekwentnym monitoringu uzależnionych od alkoholu lekarzy, którzy np. stają przed różnego rodzaju komisjami w ramach naszej korporacji lekarskiej. Nie wykazują się w poważny sposób dowodami na swe leczenie, profesjonalne i kontynuowane po poniesieniu konsekwencji prawnych czynów popełnianych pod wpływem alkoholu. Słusznie uważa dr Woronowicz, że powinno się wprowadzić monitoring dalszego trzeźwienia uzależnionego chemicznie lekarza, w Stanach Zjednoczonych trwa on kilka lat. Ponieważ powrót do trzeźwego życia i pracy trwa kilka lat, a powrót do picia kontrolowanego może być niemożliwy. Sam pracuję jako zastępca rzecznika odpowiedzialności zawodowej oraz współorzekam w Komisji Orzekającej w OIL w Krakowie. W wielu wypadkach lekarze, aby otrzymać prawo do wykonywania

zawodu, przedkładają nam zaświadczenia o ukończeniu leczenia, ale dokumentacji tego leczenia już nie. Pomijam już stopień krytycyzmu wobec swej choroby uzależnionego, badanego Kolegi, często jest on po prostu tylko werbalny, czyli deklaracyjny. Każdy „spec” od uzależnień wie, że uzależnienie jest chorobą zaprzeczania (disease of denial). Leczenie lekarzy uzależnionych jest więc traktowane po macoszemu, a więc jest niebezpieczne dla naszych pacjentów. A są oni przecież tak naprawdę najważniejszym elementem naszej pracy zawodowej.

Sytuacja w opisanym sprawie jest więc podobna pewnie w całym świecie, bo ludzie uzależnieni wszędzie są tacy sami, choć różni w pewnych wymiarach. Traktowanie uzależnienia od alkoholu czy innych środków uzależniających po macoszemu, a nie profesjonalnie, nie może dotyczyć człowieka chorego. Lekarze nie są tu wyjątkami, są przecież ludźmi z krwi i kości.

W pełni więc popieram zaangażowanie i pasję autora artykułu.

W Krakowie, wzorem Warszawy, być może uda nam się stworzyć grupę AA na terenie pięknej siedziby naszej izby, na ul. Krupniczej. Mam nadzieję przekonać do tego moich wspaniałych Kolegów z izby. Każdy z nas może stać się alkohikiem. Gdy już zdarzy się utrata kontroli picia, pomoc środowiska lekarskiego swoim kolegom musi być profesjonalna, a nie być grą pozorów. ■

Wojciech Oleksy

Specjalista psychiatra, specjalizujący się w terapii uzależnień, zastępca rzecznika odpowiedzialności zawodowej OIL w Krakowie





**Jolanta
Małmyga**

Wiceprezes ORL
w Gorzowie Wlkp.

„Nie bój się cieni.
One świadczą
o tym, że gdzieś
znajduje się
światło.”
Oscar Wilde

Zachowajmy dobre wspomnienia

O szyby deszcz dzwoni, deszcz dzwoni jesienny...

Leopold Staff

Słowa tego smutnego wiersza najlepiej oddają nastrój listopadowych dni. Patrząc przez okno, widzę mgłę i pozbawione liści drzewa, które pogłębiają tęsknotę za ciepłem lata i pozytywną energią słońca. Taki jest odwieczny cykl zjawisk zachodzących we wszechświecie – tworzenie, przemijanie i ponowne odradzanie się życia. Jesień, a szczególnie listopad, nastraja mnie nostalgicznie, wprowadza w zadumę i przywołuje wspomnienia.

Listopad to przede wszystkim miesiąc pamięci i wspomnień o tych, których droga życia na ziemi dobiegła końca. Każdy, udając się w ostatnią podróż, odchodzi z tego świata sam, ale to nie znaczy, że musi odchodzić samotnie. Ważne jest, aby w tej ostatniej drodze towarzyszyli mu przyjaciele i rodzina. Śmierć jest kolejnym etapem do przejścia dla nas wszystkich. We wszystkich religiach symbolika śmierci pomaga w rozwoju duchowym, podkreśla nieśmiertelność i przemijalność wszystkich zjawisk, także życia. Wierzącym, bez względu na wyznawaną religię, daje też nadzieję na ponowne spotkanie. Dla żyjących po stracie bliskiej osoby zawsze pozostaje smutek i żal. Stojąc nad grobami moich bliskich, zastanawiam się, jak żyłam. Zabiegana i zapracowana, zapominałam o przemijaniu i nie zawsze potrafiłam znaleźć czas na spędzenie kilku chwil, na porozmawianie i tak po prostu pobycie razem. Teraz tego straconego czasu już nie można nadrobić, bo nie ma ich w mojej teraźniejszości, a ja po prostu nie zdążyłam. Myślę, że płaczymy głównie nad sobą i swoim osamotnieniem. Jednak pocieszeniem powinna być świadomość, że ci, którzy odeszli, już nie cierpią i pewnie są szczęśliwi, czekając na odrodzenie.

Listopadowe dni są z reguły smętne, mgliste i krótkie, ale bywają też takie, kiedy słońce rozjaśnia świat i dodaje dobrej energii. Warto, stojąc nad grobami bliskich, warto poszukać tych pozytywnych chwil – kiedy było się razem, powspominać to, co ciągle rozgrzewa serce, co było dobre i miłe, co pielęgnuje pamięć i szacunek do zmarłych. Postarajmy się odtworzyć w pamięci radość ze wspólnego przebywania. Przypomnijmy sobie sytuacje, kiedy razem

śmialiśmy się i bawiliśmy. Zastanówmy się nad tym, czego nas nauczyli, co nam przekazali i jak bardzo jesteśmy do nich podobni, docerńmy, podziękujmy za to, co otrzymaliśmy, za to, kim jesteśmy. A czy my też potrafimy pozostawić po sobie dobre wspomnienia?

Czy umiemy żyć bez złości i nienawiści, być wyrozumiałymi dla ludzkich słabości? Czy potrafimy kochać tak zwyczajnie i wybaczać, nie oczekując nic w zamian? Dzisiaj tak łatwo i często zapomina się o wszystkich tradycjach i obyczajach, tak trudno przychodzi podziękować za dobro. To, że istniejemy i mieliśmy możliwość doświadczyć dobroci i wyjątkowego ciepła, jakie daje życie z kochanymi osobami, to cenny dar, jaki nam przekazali. Chociaż odeszli, żyją w nas i są z nami stale obecni, gdyż często świadomie lub nieświadomie powielamy ich słowa, gesty i zachowania. Podziękujmy w naszych myślach za to, że mogliśmy być z nimi i spędzić część naszej ziemskiej wędrówki w ich towarzystwie.

Pierwszego listopada zapalmy znicze na wszystkich grobach, również tych samotnych i zaniedbanych, o których już nikt nie pamięta albo nie ma już nikogo, kto może zapalić światełko pamięci. Niech to światełko rozjaśnia smutek ich odejścia i niesie wiadomość do wieczności o tym, że żyją w naszej pamięci zawsze. Tak jak oni przekazali nam magiczne, wyjątkowe ciepło, tak teraz my dziękujemy tym światełkiem za dobroć i przekazaną naukę. Stawiając kolorowe kwiaty, posyłamy im przesłanie, że nasze wspomnienia są ciągle żywe i kolorowe, jak te kwiaty. Postarajmy się sprawić aby to, czego nas nauczyli, nie przeminęło, a wiecznie żyło w pamięci. Takie wspomnienia powodują, że tęsknota staje się mniej dokuczliwa, ale i łatwiej pozwalają pogodzić się z tym, że śmierć nie jest kresem życia i smutkiem, lecz przejściem do nowego lepszego świata, jest dobrą nowiną, jest stałym elementem ludzkiego egzystowania. Wierzę, że kiedy się ponownie spotkamy, porozmawiamy o wszystkim, czego nie zdążyliśmy powiedzieć wcześniej. My mamy jeszcze czas na zmianę swoich zachowań, nie oglądajmy się wstecz i nie obawiamy się dobrych uczuć. ■

Stara choroba w nowej odsłonie

Z **prof. Honoratą Shaw**, wiceprezydentem Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, przewodniczącą Komisji Współpracy z Zagranicą PTS, rozmawia **Lucyna Krysiak**.



Świat od dawna walczy z próchnicą, ale skuteczność tych działań przez ostatnie 40 lat nie była w pełni satysfakcjonująca. Czy potrzebna jest zmiana podejścia do tej choroby?

Z prac profesorów: Edwiny Kidd i Ole Fejerskova, światowych autorytetów w dziedzinie próchnicy zębów, wynika, że mimo od lat prowadzonych działań podejmowanych w celu jej zapobiegania, choroba ta jest w dalszym ciągu schorzeniem dotyczącym całej populacji. Najnowsze badania dowodzą, że proces prowadzący do rozwoju próchnicy toczy się w jamie ustnej każdego człowieka permanentnie i jest dynamiczny. Polega na chemicznym rozpuszczaniu twardych tkanek zęba wywołanym metaboliczną aktywnością drobnoustrojów stanowiących główny składnik biofilmu pokrywającego powierzchnie zębów. Oznacza to, że nawet po najbardziej starannym ich wyczyszczeniu, dającym uczucie gładkości powierzchni, pozostaje cienka warstwa mucyny, naturalnego składnika śliny, do której przyklejają się wszechobecne w jamie ustnej bakterie. Zależnie od rodzaju spożywanych pokarmów, procesy metaboliczne toczące się w tym biofilmie, inaczej płycie bakteryjnej, mogą ulec zaburzeniom polegającym na nadprodukcji kwasów i utra-

cie równowagi istniejącej pomiędzy biofilmem a tkankami zęba. Z tkanek zęba zostają wtedy uwolnione minerały decydujące o ich twardości. Jeżeli utrata tych minerałów nie zostanie na czas zatrzymana, dochodzi do powstania ubytków. Podstawą jest więc uświadomienie sobie, że procesy biochemiczne zachodzące w biofilmie są czymś naturalnym i toczą się nieprzerwanie. Rzecz w tym, by utrzymać te procesy w stanie równowagi, kontrolować, aby nie doszło do nadmiernej utraty minerałów.

W walce z próchnicą rolę stomatologa było propagowanie zasad higieny jamy ustnej. Czy nowe spojrzenie na próchnicę zmieni ich zakres działania?

Nowym zadaniem lekarza dentysty będzie uświadomienie pacjentowi, że proces prowadzący do rozwoju próchnicy toczy się w jego jamie ustnej od pojawienia się pierwszych zębów do końca życia i że demineralizacja oraz remineralizacja zachodzą naprzemiennie na powierzchni zęba przez cały czas. Istota profilaktyki próchnicy to utrzymanie równowagi pomiędzy tymi procesami i będzie ona zależała od umiejętności ich kontrolowania. Dominujące w tej kontroli pozostanie regularne czyszczenie zębów, co powoduje mechaniczne usuwanie biofilmu, przy użyciu szczotki i pasty zawierającej fluor. Równie ważne jest utrzymanie odpowiedniej diety, ponieważ za nadmierny rozwój bakterii próchnicotwórczych odpowiada żywność bogata w cukier. Osoby jedzące między głównymi posiłkami słodcze, pijące słodzone napoje, są narażone na zmiany zachodzące w kwasowości biofilmu – na demineralizację i powstawanie ubytków twardych tkanek zęba, które z czasem są coraz większe. Stąd, poza instruktażem dotyczącym szczotkowania zębów, stomatolog powinien pacjenta edukować w zakresie diety. Nadmierne spożycie cukru, poza problemami z uzębieniem, jest przyczyną otyłości, alergii, cukrzycy, co lekarz może wykorzystać jako dodatkowy argument wzmacniający motywację pacjenta do zrezygnowania ze słodkich potraw i płynów. Poza tym cukier uzależnia – im więcej go spożywamy w różnych postaciach, tym większy mamy apetyt na słodcze i tym bardziej nakręca się spirala głodu. Uzależnienie od cukru jest porównywane do uzależnienia od alkoholu, papierosów i stanowi ogromny problem. Skuteczne motywowanie pacjenta przez stomatologa do rezygnacji lub przynajmniej ograniczenia słodkich potraw i napojów nie jest zadaniem prostym. Wiąże

się z sięganiem do wiedzy z zakresu psychologii oraz zasad prawidłowego komunikowania się z pacjentem. Od tego bowiem, jak skutecznie lekarz dentysta zmotywuje pacjenta do zachowań prozdrowotnych, zależy ich efekt.

Czy lekarz dentysta będzie w stanie temu sprostać, czy znajdzie czas, aby uczyć pacjenta zachowań prozdrowotnych?

Wiąże się z tym co najmniej kilka problemów. Pierwszym jest niedostateczna wiedza pacjentów, że to właściwie oni decydują o tym, czy w ich uzębieniu powstaną ubytki próchnicowe, czy też zachowają całe, zdrowe zęby. Głównym zadaniem stomatologa jest uświadomienie im tego. Oczywiście staranne przeprowadzenie wywiadu, badania jamy ustnej i wyjaśnienie pacjentowi tak istotnych kwestii, wymaga od lekarza czasu. Ten czas kosztuje, ale w moim przekonaniu jest wart swojej ceny. Często jednak zarówno pacjent, jak i instytucje refundujące koszty leczenia, tego nie rozumieją. Części profilaktycznej nie traktuje się jak wizyty lekarskiej. Tymczasem, dzięki podjętym w gabinecie działaniom, poddaje się pacjenta nieoperacyjnemu leczeniu próchnicy, dzięki czemu uniknie on przykrych konsekwencji tej choroby – leczenia ubytków czy utraty własnych zębów. Nieoperacyjne leczenie próchnicy zmienia zarówno podejście lekarzy do problemu, jak i świadomość pacjenta oraz decydentów. W tej kwestii potrzebna jest współpraca. Skuteczna mobilizacja pacjenta do prawidłowej higieny jamy ustnej i stosowanie odpowiedniej diety to właśnie nieoperacyjne leczenie próchnicy, bo w twardych tkankach zęba mogło już dojść do demineralizacji na poziomie mikroskopowym, czego jeszcze na powierzchni szkliwa nie widać. Wprowadzenie w tym momencie prawidłowej higieny jamy ustnej i diety eliminującej cukier pozwoli mechanizmom obronnym śliny na „zacerowanie” tych miniuszkoderń.

A jeśli mimo tych działań proces demineralizacji szkliwa będzie postępował?

Następną fazą destrukcji będą zmiany widoczne na powierzchni zęba – utrata połysku szkliwa i jego zmętnienie. Zmiany te każdy dobrze wykształcony stomatolog powinien umieć rozpoznać, pokazać pacjentowi i wyjaśnić, jak sam może je wyleczyć. Nowoczesne podejście do leczenia próchnicy zakłada również, że płytkie ubytki, które pacjent może dobrze oczyścić za pomocą szczotki do zębów, nie muszą być wypełniane. Jeżeli pacjent starannie czyści zęby pastą zawierającą fluor i w przerwach pomiędzy posiłkami nie spożywa słodczy, dochodzi do ponownej mineralizacji uszkodzonych tkanek zęba minerałami zawartymi w ślinie. Choć brzmi to obrazoburczo, istnieje na to dowody. Problemem może być ciemna barwa dna ubytku. Jeżeli taki ubytek jest widoczny podczas mimiki i stanowi problem, to należy go wypełnić materiałem zapewniającym efekt estetyczny. Ale z medycznego punktu widzenia będzie to zabieg kosmetyczny. Każda zabiegowa ingerencja, a więc usuwanie zdemineralizowanych i zakażonych tkanek twardych zęba przed założeniem wypełnienia powoduje osłabienie mechanicznej odporności zęba. Także zabieg opracowywania zęba nie jest przyjemny. Mimo znacznego postępu w produk-

cji materiałów stosowanych do wypełniania ubytków w zębach, żaden z nich nie jest tak trwały jak nasze własne tkanki i po pewnym czasie trzeba go będzie wymienić. Z każdą wymianą wypełnienia zmniejsza się mechaniczna odporność zęba, co z czasem może doprowadzić do zniszczenia całej korony. Ponadto materiał wypełniający jest ciałem obcym, mogącym wywoływać na przykład uczulenie.

Czyli najpierw usilnie należy zapobiegać próchnicy, stosując nieoperacyjne metody leczenia, i w ostateczności chwycić za wiertło?

W latach 70. ubiegłego stulecia nawoływał do tego fiński stomatolog, dr Heiki Tala. Przekonywał, że założenie w zębie wypełnienia jest prostą drogą do leczenia endodontycznego i do usunięcia zęba. Wywołało to wtedy zrozumiały szok i oburzenie. Obecnie po latach pracy i doświadczeń muszę przyznać, że jego opinia jest w pełni uzasadniona. Rzeczywiście taki rozwój wypadków po powstaniu ubytku ma często miejsce, szczególnie jeżeli jednocześnie nie uda nam się u pacjenta wdrożyć zasad profilaktyki. Tych wszystkich problemów można uniknąć, jeśli pacjent trafi do lekarza, który nauczy go, jak samemu zadbać o zdrowie uzębienie.

Nie obawia się pani, że w środowisku lekarzy dentystów będzie wrzało, zmiana podejścia do leczenia próchnicy jest przecież czymś nowym, i kto za to zapłaci?

Zmianę nastawienia do leczenia próchnicy musimy wprowadzić w nauczaniu przeddyplomowym. Nasi studenci są dobrze zaznajomieni z zasadami profilaktyki próchnicy i posiadają wiedzę o możliwości remineralizacji tkanek zęba. Nie są jednak świadomi zasad nieoperacyjnego leczenia próchnicy, ponieważ z chwilą rozpoczęcia zajęć klinicznych główny nacisk kładziony jest na prawidłowe wykrycie ubytków próchnicowych i ich wypełnienie, zgodnie ze specyfiką leczenia klinicznego. W programie nauczania dziedzin klinicznych należy wykonać określoną liczbę zabiegów, za których przeprowadzenie uzyskują „nagrodę” w postaci odpowiedniej liczby punktów lub oceny. Tak więc już podczas studiów wiedza o możliwości nieoperacyjnego leczenia próchnicy nie jest ugruntowywana poprzez punktowanie tej metody. Nie jesteśmy w tej kwestii odosobnieni. Jak wynika z opinii profesorów E. Kidd i O. Fejerskova, podobnie dzieje się w innych uczelniach na świecie. Walka z próchnicą nadal opiera się o leczenie zabiegowe, ponieważ z jednej strony istnieje luka w nauczaniu klinicznym, z drugiej za nieoperacyjne leczenie próchnicy nikt nie chce płacić. Kontrakty zawierane z lekarzami (ubezpieczenia państwowe czy prywatne) uwzględniają jedynie przeprowadzone zabiegi. Na badanie, diagnostykę, instruktaż higieny przeznaczają się w nich tak mało czasu, że lekarz nie może ich skutecznie przeprowadzać. Wszelkie próby przekonania decydentów o uwzględnieniu w finansowaniu nieoperacyjnego leczenia próchnicy, nie skutkują. Niewielkim pocieszeniem jest, że koledzy w krajach, gdzie przeznaczają się więcej środków na opiekę stomatologiczną swoich obywateli, mają podobne problemy. ■

Nowoczesne podejście do leczenia próchnicy zakłada również, że płytkie ubytki, które pacjent może dobrze oczyścić za pomocą szczotki do zębów, nie muszą być wypełniane. Jeżeli pacjent starannie czyści zęby pastą zawierającą fluor i przestrzega zaleceń dietetycznych, czyli w przerwach pomiędzy posiłkami nie spożywa słodczy, dochodzi do ponownej mineralizacji uszkodzonych tkanek zęba minerałami zawartymi w ślinie.



**Agnieszka
A. Pawlik**

Doktor nauk
medycznych,
specjalista
periodontolog

Stomatolodzy
zajmują się
dziedziną
medycyny, która
z założenia
promuje myślenie
przed działaniem
i wymaga
równoczesnego
udziału intelektu,
wzroku i gestu
w trakcie jej
wykonywania.
Inaczej mówiąc,
umysł i wiedza są
przewodnikiem
dla rąk.

Edukacja podyplomowa



Od wielu lat polscy stomatolodzy mają do czynienia z szeregiem drobnych kursów, wykładów, szkoleń i kongresów, które są skromnym dodatkiem do rozległych i potężnych targów stomatologicznych, w ciągu całego roku rozproszonych po całym kraju, lub są komercyjną promocją stomatologów-businessmanów-showmanów.

Decentralizacja podyplomowego kształcenia, stojącego dzisiaj w cieniu marketingu materiałów, sprzętu stomatologicznego lub lansowania prywatnych klinik stomatologicznych, spycha na ubocze prawdziwą edukację i sprawia, że coraz bardziej zmniejsza się komfort i chęć zdobywania wiedzy przez coraz większą liczbę polskich lekarzy dentystów. A wszystko kończy się „kolekcjonowaniem punktów edukacyjnych”.

12. Kongres Stomatologów Polskich, czyli przemyslenia o podyplomowej edukacji polskiego stomatologa

W połowie kwietnia odbył się w Krakowie 12. Kongres Stomatologów Polskich. Wydarzenie szczególne, bowiem organizowane raz na pięć lat przez Polskie Towarzystwo Stomatologiczne. Sesje wykładowe obejmowały absolutnie wszystkie działy stomatologii i dziedziny medycyny z nią bezpośrednio związane. Impreza została przygotowana bezwzględnie perfekcyjnie, w pełnym tego słowa znaczeniu, na międzynarodowym poziomie. Począwszy od sprawnie działającej strony internetowej, zapewniającej dostęp do najdrobniejszych szczegółów wydarzenia na długo przed nim, aż po dyskretne zachowanie firmy ochroniarskiej i cateringowej podczas trwania kongresu. Niestety, uczestniczyło w nim zaledwie 1000 stomatologów... przy liczbie 8000 członków PTS i ponad 18 000 wszystkich lekarzy dentystów w Polsce! Dlaczego?

Edukacyjny niezbędnik stomatologa

Spektakularna ewolucja wiedzy, różnorodność docierających informacji, mnogość nowych produktów i urządzeń wykorzystujących osiągnięcia najnowszej techniki, ale również presja oczekiwań ze strony pacjentów sprawiają, że obowiązek zdobywania wiedzy, narzucony przez ustawy polskiego parlamentu, staje się aktualnie dla każdego stomatologa absolutną koniecznością. Wszyscy zdajemy sobie sprawę z faktu, że otrzymanie dyplomu nie może być samo w sobie końcem edukacji. Nawet na krótki czas nie pozwala on w pracy opierać się tylko na podstawowej wiedzy zdobytej podczas studiów.

Stomatolodzy bowiem zajmują się dziedziną medycyny, która z założenia promuje myślenie przed działaniem i wymaga równoczesnego udziału intelektu, wzroku i gestu w trakcie jej wykonywania. Inaczej mówiąc, umysł i wiedza są przewodnikiem dla rąk.

Codzienna praca z pacjentem wymaga, by wymiar stomatologicznej inteligencji nie miał tylko jednego oblicza, lecz by zgromadzona wiedza, umiejętność wyciągania wniosków z otrzymanych informacji i zrozumienie problemu, pozwoliły „wyszkolić” i podporządkować umysłowi ręce. W pierwszym etapie teoria, następnie obserwacja pracy, zapamiętanie gestów, ruchów, z kolei wielokrotne ich powtarzanie i ćwiczenie, potrafią poprowadzić do prawidłowego i skutecznego przeprowadzenia wymaganego aktu terapeutycznego.

Stąd wiedza teoretyczna, demonstracja zabiegów i zalecenia praktyczne wydają się być wspólnie nierozdzielne w procesie edukacji, nie tylko tej przed, ale także (a może przede wszystkim) po dyplomie.

Nieliczni jednak tylko (zaledwie jednostki) stają się „wybrańcami”, którym dana jest możliwość specjalizacji. A wszyscy pozostali?

W cieniu targowiska...?

Cała reszta stomatologów gubi się w chaosie oferowanych kursów, wykładów, szkoleń i kongresów. Mnogość propozycji i brak ustalonych priorytetów edukacji sprawiają, że nauka tak młodego stażem stomatologa, stojącego przed wyborem konkretnej specjalności, którą chciałby się zająć, jak i stomatologa z wieloletnim doświadczeniem, pragnącego poznać jedynie najnowsze trendy interesujących go tematów, by zweryfikować je ze swoją dotychczasową wiedzą, ale także specjalisty, oczekującego konfrontacji swojej wiedzy z innym fachowcem, staje się przypadkowa, często weryfikowana okazjonalnie dysponowanym, wolnym czasem lub atrakcyjnością ceny czy ilością oferowanych punktów edukacyjnych. A wszystko to w cieniu stomatologów pragnących stać się liderami w określonej dziedzinie lub przy okazji promocji nowych produktów, nowoczesnego sprzętu czy materiałów, reklamowanych przez zazwyczaj zagranicznych producentów.

W roli komentatora

A jednak nie dziwi mnie tak skromna liczba uczestników 12. Kongresu Stomatologów Polskich – wydarzenia, które powinno przecież być wpisane w kalendarz wszystkich stomatologów. Organizowane bowiem było przez najstarszą w Polsce, bo założoną w 1951 r., organizację. Wydawać by się więc mogło, że towarzyszyć mu powinna tradycja, popularność i prestiż...

Jednak, uczestnicząc w wybranych wykładach kongresu, miałam wrażenie, że czas jakby się cofnął i znalazłam się na Sesji Studenckiego Towarzystwa Naukowego lub kiepskiej obronie czyjegoś doktoratu sprzed prawie dwudziestu lat... Bardzo ciekawe tematy, którymi zajmowali się młodzi prelegenci lub wieloletni pracownicy uniwersyteccy, okazywały się w przekazie, a tym samym w odbiorze, całkowitą klapą, wynikającą z braku doświadczenia wykładowczego lub nieposiadaniem czy raczej nierozwijaniem kompetencji medialnych. Nie każdy rodzi się z krasomówczym talentem, ale gdy ma się ambicje wykładowcy, konieczna jest w tym zakresie edukacja, trening i samodoskonalenie. Nie można jednak traktować wyjątkowego wydarzenia, jakim jest kongres odbywający się raz na pięć lat, jak pola do ćwiczeń lub pozwolić sobie na brak umiejętności przemawiania przed publicznością. Nie umniejszając posiadanej wiedzy merytorycznej prelegentom, kongres nie może być też miejscem skostniałej prezentacji przeprowadzonego badania naukowego, która niewiele, jeżeli nie nic, wnosi do codziennej praktyki stomatologa praktyka, a nie naukowca.

Nie chciałabym zostać posądzona o krytykanctwo. Doświadczyłam zdobywania wiedzy w trakcie dwustopniowej specjalizacji, przeprowadziłam też rozpra-

wę doktorską. Od dwudziestu lat uczestniczę czynnie w polskiej edukacji podyplomowej, będąc słuchaczem tak bezpłatnych kursów organizowanych przez izbę lekarską, jak i komercyjnych, wcale nie tanich warsztatów z udziałem zagranicznych gości. Równocześnie, przez cały ten okres, spędzałam po kilkadziesiąt godzin każdego roku na europejskich salach wykładowych. Stąd więc moja możliwość raczej porównania niż oceny tego, co oferuje stomatologom polska, podyplomowa edukacja.

Pora na zmiany?

Czy szanując swój czas, pieniądze, przede wszystkim jednak swój profesjonalizm zawodowy i oczekiwania pacjentów, polscy stomatolodzy nie przyjęliby z przyjemnością, ale także i ulgą, faktu, że sami nie ponoszą odpowiedzialności za wybór spośród zalewającej ich oferty szkoleniowej? Być może rozwiązaniem byłaby rutynowa, coroczna możliwość rezerwacji zaledwie kilku dni na jedno wydarzenie edukacyjne, które w zupełności zaspokajałoby podstawowe, coroczne podyplomowe szkolenie? A aktualnie proponowane stanowiłyby tylko uzupełnienie dla szczególnie dociekliwych, głodnych wiedzy? Jedną wiodącą, szanowaną przez zdecydowaną większość stomatologów Organizacja Zawodowa, jeden Komitet Naukowy, weryfikowany każdego roku, ale kompatybilny i autorytatywny dla wszystkich – tak dla środowiska akademickiego, jak i stomatologów praktyków – i wspólny cel: zadowolony pacjent wraz z usatysfakcjonowanym pracą stomatologiem.

Szeroki wachlarz form dydaktycznych zaplanowanych w jednym miejscu, o jednym czasie, we wszystkich dziedzinach stomatologii i wykwalifikowani, zawodowi wykładowcy, pozwoliliby zrealizować każdego roku w sposób łatwy, prosty i – co dzisiaj bardzo ważne – ekonomiczny, cel edukacyjny, z którego skorzystałaby duża liczba, jeżeli nie zdecydowana większość stomatologów. Może możliwość połączona każdego roku tak przygotowanej i opracowanej podstawowej kapsułki wiedzy stomatologicznej, od A do Z, zostałaby mile przyjęta przez środowisko? Perspektywa poświęcenia w całym roku tylko kilku (może dwóch, może trzech) dni trwania całej imprezy edukacyjnej, dająca szansę na zebranie faktycznie dobrej jakościowo wiedzy (firmowanej przez akceptowane w środowisku autorytety), w sposób łatwo przyswajalny, sprawiłaby, że problem z motywacją do regularnego, podyplomowego szkolenia przestałby istnieć? Stomatolodzy natomiast z przyjemnością uczestniczyliby w nim, nie mając presji „kolekcjonowania punktów edukacyjnych”, a raczej działając na korzyść swoją własną i pacjenta.

Zdaję sobie sprawę, że osiągnięcie tego wymagałoby czasu. Może jednak warto spróbować... Polskie Towarzystwo Stomatologiczne pokazało już podczas tegorocznego kongresu, że jest na takie przedsięwzięcie przygotowane organizacyjnie. Polscy stomatolodzy natomiast swoją absencją zmanifestowali, że nie są zainteresowani archaicznymi w przekazie, nic nie wnoszącymi do ich codziennej praktyki nudnymi, akademickimi wykładami... ■

Mnogość propozycji i brak ustalonych priorytetów edukacji sprawiają, że nauka tak młodego stażem stomatologa, stojącego przed wyborem konkretnej specjalności, którą chciałby się zająć, jak i stomatologa z wieloletnim doświadczeniem, pragnącego poznać jedynie najnowsze trendy interesujących go tematów, by zweryfikować je ze swoją dotychczasową wiedzą, ale także specjalisty, oczekującego konfrontacji swojej wiedzy z innym fachowcem, staje się przypadkowa, często weryfikowana okazjonalnie dysponowanym, wolnym czasem lub atrakcyjnością ceny czy ilością oferowanych punktów edukacyjnych.



**Małgorzata
Serwach**

Uniwersytet Łódzki

Tajemnica lekarska



Od czasu do czasu podawane są w mediach informacje o stanie zdrowia, zdarzeniach losowych, a nawet wypadkach odniesionych przez różne osoby, najczęściej z szeroko rozumianego życia publicznego: polityków, sportowców, aktorów czy artystów. Niekiedy informacje te dotyczą błędów medycznych i traktowane są jako forma obrony przed zarzutami pacjentów. Podane bezkrytycznie mogą jednak wkraczać w sferę życia prywatnego pacjenta.

Obowiązek zachowania tajemnicy jest jednym z podstawowych obowiązków lekarza, poza samym udzielaniem świadczeń zdrowotnych.

Przykładów można podać wiele: popularna aktorka umiera na raka trzustki, umiera jedno z bliźnięt znanego sportowca, syn znanego polityka z obrażeniami miednicy i kręgosłupa trafia do szpitala po wypadku na motocyklu, poparzeni górnicy w stanie ciężkim zostali przetransportowani do jednego ze śląskich szpitali... Z treści niektórych medialnych przekazów wyraźnie wynika, że lekarze pytani przez dziennikarzy o stan zdrowia takich osób, nie wiedzą, jakie informacje mogą być przez nich podane do publicznej wiadomości; gdzie znajduje się granica pomiędzy dostępem do informacji (na co nierzadko powołują się dziennikarze), a tajemnicą zawodową. Należy zatem przypomnieć podstawowe zasady odnoszące się do tajemnicy lekarskiej, szczególnie kwestie – odnoszące się do ustalenia, kiedy na lekarza nałożony został jednak obowiązek denuncjacji – zostaną omówione w kolejnym artykule.

Obowiązek zachowania tajemnicy jest jednym z podstawowych obowiązków lekarza, poza samym udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Znajduje on swoją podstawę w art. 40 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz art. 13 ustawy z 6 listo-

pada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2008, nr 52, poz. 417 z późn.zm.).

Zgodnie z art. 40 ust. lek., lekarz ma obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu. Analogicznie, art. 13 pr. pacj. przyjmuje, że pacjent ma prawo do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego. Z powołanych regulacji wynika, że prawo pacjenta znajduje swoje odzwierciedlenie w obowiązkach lekarza, przy czym ustawodawca wskazuje zakres przedmiotowy oraz podmiotowy tego obowiązku. Obejmuje on informacje przekazane przez samego pacjenta, jak i te dane, które lekarz uzyskał z innych źródeł, w tym otrzymane od osób trzecich lub członków rodziny pacjenta. Tajemnica dotyczy informacji dotyczących stanu zdrowia oraz udzielanych pacjentowi świadczeń, ale także innych informacji dotyczących jego życia prywatnego lub osobistego.

Należą do nich dane odnoszące się także do sytuacji rodzinnej lub majątkowej. Lekarz związany jest tajemnicą również po śmierci pacjenta. Ta ostatnia kwestia jest o tyle istotna, że przekazane informacje mogą naruszyć nie tylko prawa takiego pacjenta, ale przede wszystkim naruszyć dobra osobiste najbliższych członków rodziny, w szczególności podlegający ochronie tzw. kult pamięci zmarłego. Lekarz nie może też – bez wyraźnej zgody pacjenta – podać do publicznej wiadomości danych umożliwiających identyfikację pacjenta. Zakresem omawianych przepisów nie zostały jednak objęte informacje niezwiązane z wykonywaniem zawodu przez lekarza oraz dane dotyczące osób trzecich, które lekarz uzyskał od pacjenta w czasie procesu leczenia. W takiej sytuacji osoby te mogłyby jednak dochodzić swoich roszczeń w związku z naruszeniem ich dobra osobistego w postaci dobrego imienia, prawa do prywatności czy tajemnicy porozumiewania się lub tajemnicy korespondencji. Tytułem przykładu lekarz ujawnił, że osoba bliska pacjenta jest uzależniona od alkoholu i została poddana leczeniu lub obrażenia pacjenta są wynikiem pobicia przez konkubenta oraz przemocy w rodzinie. Podstawę roszczeń stanowiłyby wówczas przepisy kodeksu cywilnego (art. 448 k.c.), które pozwalają na żądanie odpowiedniej sumy pieniężnej tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę.

Wprowadzając obowiązek tajemnicy lekarskiej, ustawodawca przewidział także wyjątki od wprowadzonej przez siebie zasady. Dotyczą one trzech zasadniczych sytuacji: gdy pacjent wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy; ujawnienie tajemnicy uzasadnione jest dobrem tego pacjenta lub tajemnica lekarska nie musi być zachowana ze względu na interes osób trzecich (co ma szczególnie istotne znaczenie, gdy możliwe jest przeniesienie na nich określonego zakażenia) lub interes publiczny. Przepisu art. 40 ust. 1 ust. lek., nie stosuje się, gdy:

1) tak stanowią przepisy odrębnych ustaw; Przepis ten budzi najwięcej zastrzeżeń w praktyce, wymaga bowiem od lekarza szczegółowej wiedzy na temat obowiązującego prawa. Wśród wielu przepisów należy wymienić art. 50 ust. 2 ustawy z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, który zwalnia z obowiązku zachowania tajemnicy w stosunku do lekarza sprawującego pieczę nad osobami z zaburzeniami psychicznymi, w odniesieniu do właściwych organów administracji rządowej lub samorządowej co do okoliczności, których ujawnienie jest niezbędne do wykonywania zadań z zakresu pomocy społecznej, a także inne osoby współuczestniczące w wykonywaniu czynności w ramach pomocy społecznej. Ciekawe rozwiązania przewiduje też ustawa z 5 sierpnia 2008 r. o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Art. 26 ustawy zakłada bowiem, że lekarz, który podejrzewa lub rozpoznaje zakażenie lub chorobę zakaźną jest obowiązany pouczyć zakażonego lub chorego (jego przedstawiciela ustawowego lub

opiekuna faktycznego) o środkach służących zapobieganiu przeniesienia zakażenia na inne osoby. Z kolei dalsza część powołanego przepisu stanowi, że w przypadku rozpoznania zakażenia, które może się przenosić drogą kontaktów seksualnych, lekarz ma obowiązek poinformowania zakażonego o konieczności zgłoszenia się do lekarza partnera lub partnerów seksualnych zakażonego. Chociaż wskazany obowiązek informacji odnosi się wprost do pacjenta, Sąd Apelacyjny w Poznaniu w wyroku z 9 maja 2002 r. (I ACa 221/02) stwierdził, że szpital ma obowiązek szczegółowego powiadomienia pacjenta i członków jego najbliższej rodziny o konsekwencjach nosicielstwa wirusa choroby zakaźnej stwierdzonej u pacjenta. Zaniedbanie w tym zakresie stanowi czyn niedozwolony w rozumieniu art. 415 k.c. i prowadzi do odpowiedzialności szpitala za powstałą szkodę.

2) badanie lekarskie zostało przeprowadzone na żądanie uprawnionych, na podstawie odrębnych ustaw, organów i instytucji;

W takim przypadku lekarz jest obowiązany poinformować o stanie zdrowia pacjenta wyłącznie te organy i instytucje. Lekarz powinien ponadto poinformować o tym fakcie pacjenta jeszcze przed rozpoczęciem badania. Informacje, które nie są konieczne do przekazania, nadal objęte są jednak tajemnicą.

3) zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób;

4) pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy, po uprzednim poinformowaniu o niekorzystnych dla pacjenta skutkach jej ujawnienia;

Zakres zwolnienia lekarza z obowiązku zachowania tajemnicy jest uzależniony od woli pacjenta. Podmiot ten może wskazać dowolną osobę, której mogą być przekazywane wszystkie informacje, część z nich lub tylko dane ściśle określone. Nie ma znaczenia, czy osobami uprawnionymi są członkowie rodziny chorego, czy też inne jego osoby bliskie.

5) zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie lekarzowi sądowemu;

6) zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innemu lekarzowi lub uprawnionym osobom uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń.

W każdym z powołanych przypadków ujawnienie tajemnicy może nastąpić wyłącznie w niezbędnym zakresie. Naruszenie obowiązku zachowania tajemnicy może prowadzić do powstania odpowiedzialności zawodowej, cywilnej, a nawet odpowiedzialności karnej. ■

Lekarz związany jest tajemnicą również po śmierci pacjenta. Ta ostatnia kwestia jest o tyle istotna, że przekazane informacje mogą naruszyć nie tylko prawa takiego pacjenta, ale przede wszystkim naruszyć dobra osobiste najbliższych członków rodziny, w szczególności podlegający ochronie tzw. kult pamięci zmarłego.

Specjalizacje na nowych zasadach

**Lidia
Sulikowska**

Od tegorocznego, jesienno postępowania kwalifikacyjnego, dotyczącego rekrutacji na odbycie specjalizacji, lekarze i lekarze dentyści będą się kształcić w nowym, modułowym systemie. Wprowadzono inny podział specjalizacji, a także ułatwiono dostęp i skrócono ścieżkę szkoleń z węższych dziedzin medycyny. Czy zmiany pozytywnie wpłyną na przygotowanie zawodowe przyszłych kadr lekarskich?

O potrzebie wdrożenia nowych zasad w kształceniu specjalizacyjnym lekarzy mówiło się od dawna. Odpowiednie regulacje prawne zawarto w 2011 r. w nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, ale ich dopełnienie w postaci szczegółowego rozporządzenia Ministerstwo Zdrowia wydało dopiero w styczniu 2013 r. Nowy system nie mógł jednak wejść w życie, dopóki nie zostały opracowane programy specjalizacji, a te MZ zatwierdziło w czerwcu br. Dlatego dopiero od tegorocznej, jesiennej sesji rekrutacyjnej na miejsca specjalizacyjne, obowiązują nowe reguły.

Krótsza ścieżka, ułatwienia dla młodych

Nie ma już podziału na dziedziny podstawowe i szczegółowe, a do zdecydowanej większości specjalizacji można przystąpić zaraz po ukończeniu stażu podyplomowego, a po jego likwidacji – już po uzyskaniu dyplomu (wyjątek stanowią: perinatologia, endokrynologia ginekologiczna i rozrodczość, ginekologia onkologiczna, hipertensjologia, intensywna terapia, seksuologia, transplantologia kliniczna, urologia dziecięca). Szkolenie będzie się odbywać w trybie modułowym. Dla części specjalizacji wiąże się to z zaliczeniem odpowiedniego modułu podstawowego (jest ich pięć: chirurgia ogólna, choroby wewnętrzne, otorynolaryngologia, patomorfologia, pediatria) i następnie – specjalistycznego, a dla pozostałych specjalizacji przewidziano moduł jednolity. Dzięki tej zmianie, szczególnie w przypadku wąskich dziedzin medycyny, zdecydowanie skróci się czas odbywania specjalizacji. Krótszy czas szkoleń przewidziano też w przypadku wielu dziedzin podstawowych. Opinie, czy to dobrze, czy źle, są podzielone.

Obawa o jakość

– Pomysł wprowadzenia modułowego systemu kształcenia jest korzystny dla pewnej grupy lekarzy. Dotychczas, zwłaszcza niektóre specjalizacje trwały zbyt długo i o tym mówiło się od dawna. Zdecydowano się jednak na daleko idące zmiany i drastyczne skrócenie czasu trwania poszczególnych specjalizacji. Aby zostać alergologiem, trzeba było specjalizować się przez osiem lat, teraz ma wystarczyć pięć! Skrócenie szkolenia o rok, dwa, jest może do zaak-

ceptowania, ale o trzy lata to już poważny problem. Będzie on jeszcze większy, gdy o specjalizację zaczną ubiegać się lekarze z roczników, które obejmie już likwidacja stażu podyplomowego, czyli mniej doświadczonych – obawia się prof. Jerzy Kruszewski, przewodniczący Komisji Kształcenia Medycznego Naczelnej Rady Lekarskiej. – Resort zdrowia chce zwiększyć liczbę specjalistów, ale jakim kosztem? Obawiam się, że skrócenie czasu specjalizowania się może pogorszyć jakość kształcenia, zwłaszcza w kontekście nabywania doświadczenia i umiejętności. Chyba nie chodzi nam o takiego specjalistę, który umie realizować procedury, i nic ponad to. Tego można się nauczyć i w krótszym czasie. Ale przychodnia i szpital to nie fabryki, gdzie robotnik powtarza te same czynności – dodaje nasz rozmówca.

Słychać jednak też pozytywne głosy, choć nie bez cienia obawy. – Dobrze się stało, że wprowadzono szkolenia w trybie modułowym, bo lekarz, który chce się kształcić i pracować w dziedzinie szczegółowej, nie będzie musiał wcześniej spędzić długich lat na zdobyciu specjalizacji podstawowej. Dotychczas patologicznie trudno było zrobić specjalizację z wąskiej dziedziny, nawet pracując w oddziale referencyjnym. Czy to nie za krótko? Myślę, że wszystko tak naprawdę zależeć będzie od sposobu realizowania szkolenia. Jeśli będzie ono przeprowadzone rzetelnie, to tyle czasu wystarczy. Problem może jednak zaistnieć, ponieważ specjalizujący się często nie są dopuszczani do wykonywania procedur, gdyż NFZ nie płaci za procedurę zrealizowaną przez nie-specjalistę – ocenia dr Filip Dąbrowski, przewodniczący Komisji ds. Młodych Lekarzy NRL.

Wracamy do starych problemów

Skrócenie ścieżki kształcenia podyplomowego ma spowodować szybszy i zwiększony dopływ wysoko wykwalifikowanej kadry medycznej do systemu opieki zdrowotnej, ale czy takie działania rzeczywiście wystarczą? Podczas tegorocznej sesji rekrutacyjnej Ministerstwo Zdrowia przyznało 2500 miejsc rezydentkich, czyli niemal tyle samo, co rok temu, a przecież trzeba też było w ich podziale uwzględnić miejsce dla nowych specjalizacji. Środowiska lekarskie od lat alarmują, że to za mało, a wielu

Skrócenie ścieżki kształcenia podyplomowego ma spowodować szybszy i zwiększony dopływ wysoko wykwalifikowanej kadry medycznej do systemu opieki zdrowotnej, ale czy takie działania rzeczywiście wystarczą?

młodych lekarzy po ukończeniu studiów nie ma szans na dalszy rozwój. Miejmy nadzieję, że coś się w tej sprawie zmieni, tym bardziej że nowa premier rządu zapowiedziała podczas swojego expose, że dla absolwentów uczelni medycznych z lat 2012-2015 zostanie uruchomionych 3,5 tys. rezydentur. Resort zdrowia zapewnia, że na ten cel zaplanowane zostały w projekcie ustawy budżetowej na 2015 r. środki w wysokości ok. 60,7 mln zł. Może jednak będzie lepiej?

Więcej, więcej, więcej...

Krótsza ścieżka to nie jedyna zmiana w systemie kształcenia specjalizacyjnego. W wykazie znalazło się 77 specjalizacji lekarskich (było 68) oraz 9 lekarsko-dentystycznych (tak jak dotychczas). W jakich obszarach zwiększono wybór w specjalizowaniu się? Zamiast medycyny transportu utworzono dwie: medycynę lotniczą, a także medycynę morską i tropikalną. Na wniosek konsultanta krajowego w dziedzinie położnictwa i ginekologii utworzono też specjalizacje z perinatologii, jak również z endokrynologii ginekologicznej i rozrodczości. Powstała też – niezależnie od specjalizacji z anestezjologii i intensywnej terapii – sama intensywna terapia, przeznaczona dla lekarzy, którzy szkolili się w innych dziedzinach medycyny, a którzy mają na swoich oddziałach ciężko chorych pacjentów. Przybyło też, na wniosek konsultanta krajowego w dziedzinie pediatrii i Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, kilka specjalizacji pediatrycznych (choroby płuc dzieci, endokrynologia i diabetologia dziecięca, gastroenterologia dziecięca, nefrologia dziecięca, pediatria metaboliczna). Zdaniem MZ ma to poprawić skuteczność leczenia dzieci w naszym kraju. Pomysły dotyczące tworzenia nowych specjalizacji do tej pory wzbudzają kontrowersje, tym bardziej że Polska na tle innych krajów i tak wyróżniała się dużą ich liczbą.

– Uważam, że powołanie co najmniej kilku nowych specjalności nie było potrzebne, zwłaszcza w momencie wprowadzania nowego systemu. Poza tym, kilku nowych specjalizacji nie ma w wykazie specjalizacji objętych automatycznym uznawaniem pomiędzy poszczególnymi państwami Unii Europejskiej, więc lekarza, który poświęci czas, aby je zrobić, w UE nikt poza Polską za specjalistę nie uzna – ocenia prof. Jerzy Kruszewski.

Są i inne wątpliwości. W przypadku nowych specjalizacji pediatrycznych, jako że lekarze będą mogli je uzyskiwać po zrealizowaniu modułu podstawowego z pediatrii i odpowiednich specjalistycznych modułów pediatrycznych, pojawił się problem równoważności tak uzyskiwanego tytułu specjalisty z tytułem uzyskiwanym wg zasad dotychczasowych. Prezes NRL Maciej Hamankiewicz napisał w tej sprawie list do Ministra Zdrowia, pytając między innymi, „czy kompetencje i uprawnienia lekarzy, którzy obecnie są specjalistami w dziedzinie pediatrii i gastroenterologii (nefrologii, chorób płuc itp.) będą uznawane za identyczne jak lekarzy, którzy w nowym systemie zrealizują moduł podstawowy z pediatrii i moduł specjalistyczny, np. z gastroenterologii dziecięcej (nefrologii dziecięcej, chorób płuc dzieci itp.)”. ■

Na wniosek konsultanta krajowego w dziedzinie położnictwa i ginekologii utworzono też specjalizacje z perinatologii, jak również z endokrynologii ginekologicznej i rozrodczości. Powstała też – niezależnie od specjalizacji z anestezjologii i intensywnej terapii – sama intensywna terapia, przeznaczona dla lekarzy, którzy szkolili się w innych dziedzinach medycyny, a którzy mają na swoich oddziałach ciężko chorych pacjentów.

W „Gazecie Lekarskiej **PREMIUM**” zamieszczamy szczegółowe informacje, które specjalizacje trzeba odbywać w trybie jednolitym, a które poprzez moduł podstawowy i szczegółowy, oraz czas ich realizacji. Znajdą się tam również wyjaśnienia, co musi zrobić lekarz, który posiada specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty, i chce się dalej specjalizować.



Czego Polak szuka w internecie?

**Mariusz
Tomczak**

Internet to ważne źródło informacji i rozrywki. To tutaj robimy zakupy, szukamy sprawdzonych ekip remontowych, porównujemy oferty wakacyjnych wyjazdów oraz oglądamy filmy i słuchamy muzyki. Nie dziwi zatem też fakt, że Polacy poszukują w sieci lekarzy i palców medycznych.

Najbardziej popularną wyszukiwarką internetową zarówno na świecie, jak i w naszym kraju, jest Google*. Czego za jej pomocą szukamy? Od dekady systematycznie rośnie popularność hasła #lekarz. Taką frazę, nierzadko powiązaną z innymi wyrazami albo z jakimś nazwiskiem, najczęściej wyszukują mieszkańcy województw: mazowieckiego, dolnośląskiego i wielkopolskiego.

Oczywiście, że wysyłam e-maile i robię zakupy w sieci, ale nie jestem celebrytką, o której powinno być głośno. Moją najlepszą „reklamą” są zadowoleni pacjenci, dla których staram się być dobra w tym, co robię, i dla których zawsze znajduję uśmiech i życzliwe słowo – taką opinię usłyszałem od jednej z lekarek dentystek, kiedy zapytałem, dlaczego nie ma swojej strony internetowej. To nie jest odosobniona opinia. Tymczasem wykorzystywanie nowoczesnych technologii w pracy lekarza i lekarza dentystry wcale nie musi oznaczać czysto merkantylnego podejścia do wykonywania zawodu, w który jest przecież wpisana misja oraz szlachetna służba.

Dlaczego warto analizować, jakie zachowania w wyszukiwarkach internetowych są charakterystyczne dla Polaków? Dla kogoś, kto prowadzi indywidualną praktykę lekarską, zarządza dużym podmiotem leczniczym (np. szpitalem) lub odpowiada za politykę marketingową albo PR-ową niewielkiej placówki medycznej, stanowi to nieocenione i, co warto podkreślić, zupełnie darmowe źródło informacji o faktycznych zachowaniach pacjentów i ich bliskich, a także prognoz na najbliższą przyszłość. Dzięki temu trafniej można podejmować ważne decyzje. W branży medycznej od wielu lat rosną wydatki na kampanie reklamowe, content marketing i działania o charakterze public relations. Skuteczne wykorzystywanie internetu ułatwi nie tylko pozyskiwanie klientów, ale również pomoże w osiągnięciu przewagi konkurencyjnej.

Niezwykłe popularny ginekolog

Najbardziej popularną wyszukiwarką internetową zarówno na świecie, jak i w naszym kraju, jest Google*. Czego w niej szukamy? Od dekady systematycznie rośnie popularność hasła #lekarz. Taką frazę, nierzadko powiązaną z innymi wyrazami albo z jakimś nazwiskiem, najczęściej wyszukują mieszkańcy województw: mazowieckiego, dolnośląskiego i wielkopolskiego. Natomiast biorąc pod uwagę nie województwa, lecz miasta, na pierwszym miejscu znajduje się Warszawa, która wyprzedza Toruń i Wrocław, a także Poznań i Kraków. Co ciekawe, bardzo dużo wyszukiwań pochodzi z Legnicy, Sosnowca i Tarnowa. Osoby, które wyszukiwały słowo „lekarz”, najczęściej szukały również zestawień #znany lekarz i #lekarz medycyny pracy. W tym kontekście warto zwrócić uwagę, że rośnie

popularność takich fraz, jak: #dermatolog, #dobry lekarz, #internista, #lekarz medycyny pracy, #lekarz neurolog, #lekarz pediatra i #lekarz psychiatra.

Porównajmy kilka znanych lekarskich specjalności: onkolog, ginekolog, ortopeda, chirurg i pediatra. Spośród nich nasi rodacy zdecydowanie najczęściej szukają ginekologów (frazą #ginekolog). Biorąc pod uwagę miejscowości, są to głównie mieszkańcy Warszawy, którzy wyprzedzają internautów z Krakowa, Wrocławia i Poznania. Spoglądając na województwa, kolejność jest następująca: mazowieckie, pomorskie, dolnośląskie, małopolskie i wielkopolskie. W dalszej kolejności jest fraza #ortopeda (Legnica wyprzedza Warszawę i Wrocław, a także Szczecin i Poznań, natomiast biorąc pod uwagę województwa: na pierwszym miejscu jest dolnośląskie, na drugim ex aequo mazowieckie, wielkopolskie i zachodniopomorskie, na trzecim lubuskie). Frazę #chirurg wyszukują częściej mieszkańcy takich miast, jak: Gorzów Wielkopolski, Częstochowa, Sosnowiec i Gdynia niż Warszawa i Poznań. Jednak, spoglądając na wyniki wyszukiwania pod względem województw, wygląda to nieco inaczej: przoduje lubuskie, które wyprzedza wielkopolskie i pomorskie, na czwartym miejscu są ex aequo mazowieckie i świętokrzyskie. Z kolei frazy #pediatra najczęściej szukają mieszkańcy Warszawy, Sosnowca, Krakowa, Częstochowy i Gdyni (biorąc pod uwagę regiony: Mazowieckie zdecydowanie wyprzedza Małopolskie, Dolnośląskie, Pomorskie i Lubuskie). Natomiast frazy #onkolog szukają przede wszystkim legniczanie, gdynianie, warszawianie, łódzianie i wrocławianie, a mieszkańcy województw: łódzkiego i pomorskiego (ex aequo pierwsze miejsce), wyprzedzają wielkopolskie (miejsce drugie), dolnośląskie i lubuskie (trzecia lokata) oraz, będące dopiero na czwartym miejscu, mazowieckie.

Śląskie: raj dla dentystów

Polacy częściej wpisują frazę #stomatolog niż #dentysta. Tej pierwszej szukają przede wszystkim użytkownicy następujących miast: Warszawa, Koszalin, Gdańsk, Wrocław, Gdynia, Zielona Góra, Poznań, Toruń, Bydgoszcz i Szczecin. Nie licząc Koszalina i Gdyni, są to miasta będące siedzibami wojewody lub sejmików wojewódzkich (zastanawiająca może być bardzo silna pozycja tej pierwszej miejscowości).

W przypadku drugiej z fraz pierwsza dziesiątka wygląda zupełnie inaczej: Bytom, Bielsko-Biała, Rybnik, Kraków, Warszawa, Legnica, Zabrze, Opole, Gliwice i Sosnowiec. W tej konfiguracji aż sześć miast znajduje się w woj. śląskim, a licząca ok. 100 tys. mieszkańców Legnica uplasowała się zaraz po byłej i obecnej stolicy naszego kraju, mimo że oba te miasta zostały wyprzedzone przez trzy znacznie mniejsze miejscowości. Dla właścicieli gabinetów stomatologicznych w Śląskiem te wyniki są niezwykle cenną wskazówką: potencjalni klienci bardzo często szukają możliwości skorzystania z usług stomatologicznych, korzystając z komputera czy urządzeń mobilnych z dostępem do sieci.

W 2004 r. praktycznie nikt nie szukał fraz #wybielanie zębów i #ból brzucha. Tymczasem w tym roku, przynajmniej na razie, ta ostatnia fraza była kilkakrotnie częściej wyszukiwana przez polskich internautów niż nie tylko #wybielanie zębów, ale również #prostata, #rak piersi, czy #nowotwór (z tym, że w październiku informacji o nowotworze szukało zaskakująco wiele osób, niewykluczone, że wpłynęła na to śmierć znanej aktorki i fotomodelki Anny Przybylskiej, o czym poniżej). Co ciekawe, frazy #prostata i #rak piersi były wyraźnie częściej wyszukiwane w latach 2004-2005 niż obecnie. Czy to może oznaczać, że niezwykle liczne kampanie edukacyjne i obecność tych sformułowań w przekazach medialnych i reklamowych sprawiły, że wiedza Polaków o tych chorobach jest większa niż kiedyś?

Jan Paweł II, Anna Przybylska, Ebola

Nie jest tajemnicą, że na zachowanie użytkowników ogromny wpływ mają ważne wydarzenia medialne. Tak było ze śmiercią Jana Pawła II, który od 1992 r. cierpiał na postępującą chorobę Parkinsona. O ile jeszcze w 2004 r. praktycznie nikt w Polsce nie szukał frazy #choroba Parkinsona, o tyle w kwietniu 2005 r. (to wówczas zmarł papież Polak) ilość wyszukiwań ogromnie podskoczyła – była kilkakrotnie większa niż kiedykolwiek później, mimo że przez ostatnią dekadę liczba użytkowników internetu znacznie wzrosła. Innym potwierdzeniem tezy postawionej na początku tego akapitu może być przegrana walka z rakiem trzustki Anny Przybylskiej. W ostatnich dziesięciu latach fraza #rak trzustki była wyszukiwana na stabilnym, ale bardzo niskim poziomie. Tymczasem w październiku, gdy nasze media obiegrała informacja o śmierci tej popularnej i lubianej aktorki, Polacy szukali tej frazy 50 razy częściej niż jeszcze miesiąc wcześniej.

Jednak w październiku popularność tej frazy została szybko pobita przez obecny w światowych mediach od wielu miesięcy krótki wyraz #Ebola. Nic dziwnego – to właśnie wtedy do Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala im. W. Biegańskiego w Łodzi przewieziono mężczyznę, który po powrocie z Niemiec postawił na nogi dziesiątki osób, informując, że ma objawy podobne go zakażenia wirusem gorączki krwotocznej (alarm okazał się, na szczęście, fałszywy). Aczkolwiek, analizując trendy w ostatnich latach, trzeba wyraźnie zaznaczyć, że informacji o Eboli szukaliśmy w internecie bardzo często również w kwietniu oraz w sierpniu i we wrześniu br. ■

W 2004 r.
praktycznie nikt
nie szukał fraz
#wybielanie
zębów i #ból
brzucha.
Tymczasem
w tym roku,
przynajmniej
na razie, ta
ostatnia fraza
była kilkakrotnie
częściej
wyszukiwana
przez polskich
internautów
niż nie tylko
#wybielanie
zębów, ale
również
#prostata,
#rak piersi czy
#nowotwór [...]

Brakuje pieniędzy i autorytetów

Marne pensje, nikła szansa na zdobycie grantu, a do tego obniżanie wymogów. O kondycji polskiej nauki w medycynie z **prof. Andrzejem Górskim**, wiceprezesem Polskiej Akademii Nauk, rozmawia **Lidia Sulikowska**.



natury rzeczy, nie jest popularna wśród lekarzy, choć w przeszłości bywało inaczej. Wystarczy prześledzić strukturę zatrudnienia w instytutach PAN. Na pięć z nich tylko jednym kieruje lekarz, ponadto coraz mniej lekarzy w nich pracuje.

Dlaczego?

Brakuje godnego finansowania pracy badawczej. Kiedyś wynagrodzenie lekarza naukowca i praktyka było zbliżone. Teraz te różnice są ogromne. Lekarz-asystent w instytucie badawczym PAN zarabia połowę tego, co rezydent w szpitalu. Trudno więc się dziwić, że młodzi ludzie wybierają pracę z pacjentem, a nie w laboratorium. Wynagrodzenia są kompromitujące także dla kadry wyższego szczebla, na przykład profesorowie otrzymują w niektórych placówkach mniej niż wynosi średnia krajowa. To jednak nie wszystko. Ktoś, kto godzi się na tak niską pensję, bo chce coś dobrego dla polskiej nauki zrobić, ma wielkie trudności, ponieważ brakuje środków na realizację projektów badawczych. Narodowe Centrum Nauki oraz Narodowe Centrum Badań i Rozwoju, czyli instytucje, które przyznają dotacje na te cele, mają dramatycznie mało funduszy. Granty otrzymuje zaledwie około 10 – 12 proc. aplikantów.

Sytuacja na całym świecie dla nauki jest trudna...

Niestety pod względem finansowania jesteśmy w ogonie Europy. Szczególnie niedoceniani są młodzi ludzie, a przecież od nich w przyszłości zależeć będzie kondycja polskiej nauki. Jeśli już w zarodku dusimy naukowego ducha, to jak on ma przeżyć? Oczywiście dzięki unijnym dotacjom udało się wybudować nowoczesne laboratoria, ale zapomniano o osobach, które mają z nich korzystać. To tak, jakby ktoś kupił dobre auto, ale nie przyszło mu do głowy, że aby nim jeździć, trzeba mieć też środki na paliwo. Budżet NCN na ten rok wynosi niecały miliard złotych. Z drugiej strony zdarza się, że pieniądze są przyznawane na wątpliwe merytorycznie badania, na przykład zespół z Wrocławia, który miał niewielkie dokonania naukowe, otrzymał około 60 mln zł od NCBR na projekt, który wzbudził w środowisku naukowym ogromne wątpliwości merytoryczne. To nie jest zachętą dla młodych ludzi, aby podejmowali karierę naukową.

Odkrycia naukowe dały szansę na skuteczną walkę z wieloma chorobami, wydłużyły życie człowieka i poprawiły jego jakość.

Czy możemy liczyć na więcej?

Oczywiście. Nieważne, na jak zaawansowanym poziomie leczenia wielu schorzeń już jesteśmy. Nigdy nie dojdziemy do momentu, że wiemy już wszystko. Dziś dzięki nauce możemy pomagać tam, gdzie jeszcze kilka lat temu było to niemożliwe. I tak samo będzie w przyszłości. Szkoda tylko, że zbyt rzadko jest to zasługa Polski.

Skąd ta niemoc?

Nie mamy zdolnych ludzi?

Myszę, że utalentowanych osób nam nie brakuje. Nie ma wystarczających bodźców, które by je pobudzały do działania. W przypadku badań naukowych dotyczących medycyny nieprzecenioną rolę odgrywają lekarze. Przede wszystkim dzięki ich wiedzy i doświadczeniu można w ogóle dostrzec, że dany problem istnieje lub spojrzeć na niego z perspektywy możliwości jego rozwiązania. Sam przebieg choroby danego pacjenta może być inspiracją do podjęcia pracy badawczej. Niestety w naszym kraju praca naukowa, szczególnie jeśli chodzi o badania podstawowe, czyli naukę dotyczącą samej

Zupełnie z niej rezygnują?

Większość lekarzy, jeśli już zajmuje się nauką, to raczej w ramach badań prowadzonych dla firm farmaceutycznych, bo tam są godziwe wynagrodzenia. Bardzo mało jest projektów niekomercyjnych, które powstają „w głowach” lekarzy i wynikają z ich własnych pasji. Towarzyszy temu zanik autorytetów, osobowości takich jak na przykład Jan Nielubowicz, Witold Orłowski, Stefan Ślopek, Ludwik Hirsfeld czy Andrzej Szczekliki. Dla nich dobro chorego było najważniejsze, a nie wartości materialne.

To wina systemu?

Kolejne rządy przeznaczają za mało środków na naukę, to pewne. Trzeba jednak spojrzeć prawdzie w oczy, że to pieniądź stał się głównym miernikiem sukcesu. Wynik finansowy jednostki, także naukowej, jest oczywiście istotny, ale jeśli będziemy oceniać dokonania przede wszystkim pod tym kątem, to niczego wybitnego nie osiągniemy.

Kultura pieniądza jest wszechobecna i trudno jest z tym walczyć...

To prawda. Nie dziwię się lekarzom, którzy wolą pracować z pacjentem, a nie w laboratorium. Mogę nawet zrozumieć, że na naukę przeznacza się mało pieniędzy, bo w budżecie państwa są inne priorytety. Niezrozumiałe jest jednak to, że nie dba się o jej jakość. Na przykład w wyniku ostatnich zmian w procesie zdobywania tytułu doktora habilitowanego drastycznie obniżono wymagania dotyczące trybu

uzyskiwania awansu naukowego. W Portugalii przy obronie przewodu doktorskiego z nauk medycznych zaprasza się uczonych z zagranicy, głosowanie jest tajne, u nas natomiast decydowanie o losach pracy habilitacyjnej odbywa się w jawnym głosowaniu, po krótkiej dyskusji. Głosowanie może być tajne, ale – uwaga – nie na wniosek członka komisji habilitacyjnej, ale habilitanta. Przecież to zakrawa na kpinę! Poziom rozpraw habilitacyjnych – przynajmniej w medycynie – uległ drastycznemu obniżeniu. Co do doktoratów, to nawet prasa codzienna ostatnio informowała, w jaki sposób można u nas uzyskać stopień naukowy, zwłaszcza jeśli się jest tzw. celebrytą. Pani Minister Nauki obiecała interwencję w tych sprawach – oby skuteczną!

Czy polska nauka jest w jakikolwiek sposób doceniana na świecie?

Mamy bardzo zdolnych uczonych, którzy zrobili międzynarodową karierę, w zbyt wielu przypadkach jednak poza granicami kraju. Słabą stroną polskiej nauki jest jej niska innowacyjność, wyrażająca się np. patentami. Wiadomym jest, że od dawna nie wprowadzono żadnego leku innowacyjnego, który powstałby w naszym kraju. Często jesteśmy informowani o sukcesach naszej medycyny w stylu: „Po raz pierwszy w Polsce...”, itd. To oczywiście dobrze, że staramy się nadążać za osiągnięciami medycyny światowej, ale dlaczego zupełnie sporadycznie dowiadujemy się, że po raz pierwszy w skali światowej medycyna zyskała coś, co zostało zrobione w Polsce? ■



Hipercholesterolemia rodzinna

**Lucyna
Krysiak**

W wieku 40 lat zmarł na zawał serca. Miał 42 lata, kiedy spotkał go zawał. Byli obciążeni hipercholesterolemią rodzinną, ale tego nie wiedzieli. Szacuje się, że 80-160 tys. Polaków ma ten problem. Choroba, choć sieje śmierć, jest w Polsce słabo rozpoznawana i źle leczona.

U nieleczonych dorosłych można zaobserwować guzki w obrębie ścięgien na piętach, żółtawe plamki wokół oczu oraz pierścieni rogówki. Są to jednak nieczęste objawy i nie rozstrzygają o chorobie.

Miażdżycę naczyń i jej konsekwencje – zawał serca czy udar mózgu – kojarzymy zwykle z wiekiem starszym. Na podwyższony cholesterol i odkładanie się go w postaci płytek miażdżycowych pracują lata złego stylu życia: tłusta dieta, palenie papierosów, brak ruchu, stres. Jest jednak grupa osób, które cholesterolemią są obciążone dziedzicznie. Rodzą się z genem predysponującym do tej choroby. Miał ją pradziadek, babka, stryjek, itd. Wcześniej umierali na zawał lub udar, ale nikt nie kojarzył tego z dziedziczeniem wadliwych genów. Mogą być nimi dotknięte całe rodziny od wielu pokoleń, ponieważ rodzinna hipercholesterolemia jest najczęstszą chorobą monogenetyczną. Ze względu na autosomalny dominujący sposób dziedziczenia, wyróżnia się postać heterozygotyczną i homozygotyczną (HoFH). Homozygotyczna FH występuje z częstością 1 na milion żywych urodzeń, heterozygotyczna w krajach europejskich dotyczy średnio 1 osoby na 500. Szacuje się, że w Polsce obciążonych HeFH może być od 80 do 160 tys. osób. Na świecie od 14 do 34 mln ludzi. Defekt genetyczny, który leży u podłoża hipercholesterolemii rodzinnej, powoduje znaczne (200-400 mg/dl) podwyższenie poziomu „złego” cholesterolu (LDL). Jest to najbardziej typowy objaw, który prowadzi do szybkiego rozwoju miażdżycy objawiającej się

przedwczesną chorobą niedokrwienną serca. Sygnałem jest częste występowanie w rodzinie przypadków zawału serca lub innych incydentów sercowo-naczyniowych, szczególnie w młodym wieku. Prawdopodobieństwo przekazania wadliwego genu z chorego rodzica na dziecko wynosi 50 proc., dlatego chorują całe rodziny, a kolejne pokolenia zmagają się z konsekwencjami tej choroby. U nieleczonych dorosłych można zaobserwować guzki w obrębie ścięgien na piętach, żółtawe plamki wokół oczu oraz pierścieni rogówki. Są to jednak nieczęste objawy i nie rozstrzygają o chorobie. Osoby z hipercholesterolemią nie muszą być otyłe, mogą mieć aktywny tryb życia i dbać o dietę.

Mieć świadomość

W tym roku po raz pierwszy obchodzony był w Polsce Dzień Świadomości Hipercholesterolemii Rodzinnej, ustanowiony w 2012 r. w USA przez Familial Hypercholesterolemia Foundation. W Polsce przez Krajowe Centrum Diagnostyki i Leczenia Hipercholesterolemii Rodzinnej, działające od 2010 r., z tej okazji zorganizowano wiele konferencji i spotkań. Ich celem było uzmysłowienie wagi problemu lekarzom, szczególnie podstawowej opieki zdrowotnej i pediatrom, przedstawienie najnowszych możliwości diagnostycznych tej jednostki choro-

bowej i sposobów jej leczenia. Specjaliści sygnalizują, że nieleczone hipercholesterolemia rodzinna skraca życie o 20-30 lat. Chorzy często nie są jej świadomi. Jest także słabo rozpoznawana przez lekarzy. Dopiero po wystąpieniu powikłań ze strony chorób układu krążenia, trafiają we właściwe ręce. – Chcemy uczulić lekarzy różnych specjalności, że hipercholesterolemia rodzinna nie jest tak rzadka, jak się powszechnie uważa, że od ich czujności zależy życie wielu tych chorych – tłumaczy prof. Barbara Idzior-Waluś z Katedry Chorób Metabolicznych UJ, organizatora jednej z konferencji poświęconej hipercholesterolemii rodzinnej. Profesor Idzior-Waluś uważa, że potrzebna jest społeczna edukacja na ten temat oraz szybsze wykrywanie choroby i zapobieganie jej powikłaniom. Jeżeli w rodzinie były przypadki zawału serca lub inne postaci choroby wieńcowej w młodym wieku, u jej członków stwierdzono wysoki poziom cholesterolu LDL, to sygnał, że lekarz może mieć do czynienia z hipercholesterolemią rodzinną i należy to zweryfikować.

Jak rozpoznać, że winne są geny

Krajowe Centrum Diagnostyki i Leczenia Hipercholesterolemii, w ślad za wytycznymi ESC/EAS, określiło zasady, którymi lekarz powinien się kierować w przypadku podejrzanych o tę chorobę. Należy zacząć od oznaczenia pełnego lipidogramu, czyli stężenia we krwi cholesterolu całkowitego (ChC), cholesterolu LDL, cholesterolu HDL oraz trójglicerydów (TG). Podstawą rozpoznania hipercholesterolemii jest wysoki poziom cholesterolu całkowitego (ChC) i cholesterolu LDL, przy prawidłowym poziomie cholesterolu HDL i trójglicerydów oraz wykluczeniu innych chorób, które mogły podwyższać poziom „złego” cholesterolu. Cholesterol całkowity powyżej 230 mg/dl u dziecka, a u dorosłego powyżej 310 mg/dl przy jednoczesnym występowaniu u chorego lub w jego rodzinie przedwczesnej choroby wieńcowej, zawału serca, powiniły wzbudzić podejrzenie hipercholesterolemii rodzinnej. Wykluczając inne choroby, powodujące wysoki poziom cholesterolu, np. niedoczynność tarczycy, choroby nerek i wątroby, stosowanie niektórych leków, kliniczne rozpoznanie hipercholesterolemii rodzinnej można stwierdzić na podstawie kryteriów rekomendowanych przez Stanowisko Ekspertów Lipidowych w Polsce. Konieczne są: wywiad dotyczący pacjenta, wywiad rodzinny, badanie przedmiotowe i poziom cholesterolu LDL w surowicy. W przypadkach wątpliwych wskazane jest potwierdzenie rozpoznania metodami genetycznymi (analiza DNA).

Leczyć, by powstrzymać chorobę

Na obecnym etapie wiedzy hipercholesterolemia rodzinna jest nieuleczalna, ale można i należy podjąć leczenie, by zatrzymać jej postęp, zapobiec ciężkim powikłaniom, np. zawałowi serca, wydłużyć życie chorych. Rozpoznanie i potwierdzenie choroby u jednej osoby jest wskazówką, by prowadzić badania przesiewowe w całej rodzinie, w tym u dzieci.

Ta wielopokoleniowa diagnostyka i poradnictwo całych rodzin nazywa się diagnostyką kaskadową, ponieważ z pokolenia na pokolenie można wykrywać kolejne przypadki i jak najwcześniej wdrożyć leczenie. Jego podstawą jest walka z wysokim poziomem cholesterolu LDL, a celem terapii zmniejszenie częstości zawałów i zgonów sercowo-naczyniowych. Kluczowe znaczenie ma odpowiednia farmakoterapia oraz zmiana stylu życia chorego, unikanie palenia tytoniu, aktywność fizyczna, dieta obniżająca stężenie cholesterolu. – Naszym największym sprzymierzeńcem w leczeniu hipercholesterolemii rodzinnej są statyny, jednak w dawkach maksymalnych, a także ezetimib, żywice wiążące kwasy żółciowe, stanole, sterole, afereza LDL u homozygot i opornych na leczenie heterozygot z chns – wymienia prof. Barbara Idzior-Waluś. Dodaje, że już na pierwszej wizycie należy zastosować u osoby dorosłej maksymalną dawkę silnej statyny. Nie u wszystkich jednak udaje się uzyskać stężenie docelowe LDL-C z powodu niskiej tolerancji czy małej skuteczności leku. Nadzieja w nowych lekach. Są nimi m.in. inhibitor MTP, który obniża stężenie LDL-C i TG oraz inhibitory PCSK9.

Gen PCSK9 to trzeci gen odpowiedzialny za autosomalną dominującą hipercholesterolemię. Głównym producentem i organem docelowym PCSK9 jest wątroba. Mutacje zwiększające funkcję genu powodują hipercholesterolemię. Mutacje zmniejszające funkcję genu powodują obniżenie stężenia cholesterolu i redukują ryzyko chns. PCSK9 reguluje stężenie LDL-C poprzez zwiększenie degradacji receptorów LDL. Leczenie inhibitorami PCSK9 w połączeniu ze statynami to przyszłość. Daje nadzieję na lepsze życie. Na rzecz zwiększenia skuteczności rozpoznawania i leczenia choroby, wyrównania dostępu do nowoczesnych metod diagnostycznych oraz wprowadzenia programów edukacyjnych dotyczących tematyki hipercholesterolemii rodzinnej powinny zostać stworzone regionalne centra wykrywania i leczenia rodzinnej hipercholesterolemii. W Małopolsce przy Katedrze Chorób Metabolicznych UJ CM działa poradnia lipidowa, obejmująca diagnostyką, w tym także molekularną i leczeniem chorych z rodzinnymi zaburzeniami lipidowymi, zarówno dorosłych, jak i dzieci we współpracy z Polsko-Amerykańskim Instytutem Pediatrii. Na Pomorzu działa Krajowe Centrum Diagnostyki i Leczenia Hipercholesterolemii Rodzinnej przy I Katedrze i Klinice Kardiologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. To tutaj pod kierunkiem prof. Andrzeja Rynkiewicza opracowywany jest model diagnostyki i leczenia tej choroby, oparty na nowoczesnych technologiach oraz ułatwiający dostęp do diagnostyki molekularnej. Centrum prowadzi też kompleksową diagnostykę kliniczną i molekularną pacjentów z hipercholesterolemią rodzinną dla dorosłych i dzieci. ■

Krajowe Centrum Diagnostyki i Leczenia Hipercholesterolemii, w ślad za wytycznymi ESC/EAS, określiło zasady, którymi lekarz powinien się kierować w przypadku podejrzanych o tę chorobę.

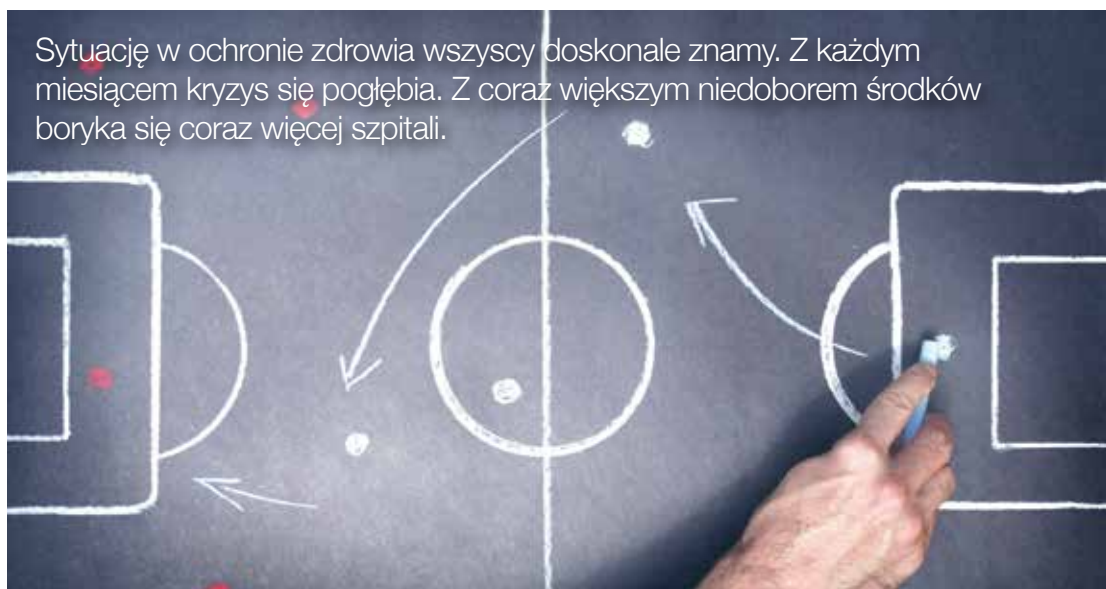
Wszyscy gramy w jednej drużynie!

Lekarze i pielęgniarki? Do jednej grają bramki!

**Marek
Derkacz**

Doktor nauk
medycznych,
MBA

Czas na poważnie
zastanowić się,
po co walczymy
między sobą,
zamiast solidarnie
walczyć
z patologicznym
systemem
i ludźmi, którzy
go tworzą.
O ile łatwiej
pracowałoby nam
się w atmosferze
wzajemnej
życzliwości
i zrozumienia.



Sytuację w ochronie zdrowia wszyscy doskonale znamy. Z każdym miesiącem kryzys się pogłębia. Z coraz większym niedoborem środków boryka się coraz więcej szpitali.

W niektórych placówkach wprowadzane oszczędności stanowią zagrożenie dla pacjentów – przykładem jest np. nieużywanie rękawiczek przez pielęgniarki podyktowane oszczędnościami i nieformalnymi odgórnymi nakazami. Niebezpieczna dla pacjentów jest również zbyt mała obsada dyżurów, co naraża chorych na bezpośrednie zagrożenie życia. Dodatkowo, w zastraszającym tempie rozrastająca się biurokracja, dotycząca nie tylko lekarzy, ale także pielęgniarek, bezlitośnie okrada pacjentów z czasu, który powinien być im poświęcany. Niedobór personelu, przy narzucanych dodatkowych obowiązkach, bez jednoczesnego wzrostu wynagrodzeń, za to z każdym rokiem rosnącymi kosztami życia, powodują, że pracownicy sektora ochrony zdrowia stają się coraz bardziej nerwowi i sfrustrowani. Widzimy to na co dzień w pracy, a na internetowych forach medycznych często dochodzi do bratobójczej walki. Pielęgniarki dyskutujące z lekarzami i odwrotnie – lekarze polemizujący z pielęgniarkami. Dyskusje często charakteryzujące się językiem na poziomie brukowych czasopism, komentarze pełne frustracji i jadu, wzajemne oskarżenia i złość, zupełnie niepotrzebna, ubierana często w niewybredne słowa. Czy jest sens, abyśmy toczyli wewnętrzne spory, które niczego nie wniosą? A może „ktoś na górze” chce, aby środowisko medyczne było skłócone, bo zmniejszy to szansę wspólnej, a tym samym bardziej skutecznej walki o godne płace i bezpieczne wykonywanie naszych zawodów? Czas na poważnie zastanowić się, po co walczymy między sobą, zamiast solidarnie walczyć z patologicznym systemem i ludźmi, którzy go tworzą.

O ile łatwiej pracowałoby nam się w atmosferze wzajemnej życzliwości i zrozumienia. Zwłaszcza że w pracy spędzamy znaczną część naszego życia. O ile skuteczniejsza byłaby wspólna walka o respektowanie naszych praw i prawo do godnego wynagrodzenia, gdybyśmy wzajemnie się szanowali i stanęli wspólnie, w jednym szeregu, gotowi do walki o lepszy system ochrony zdrowia. Przecież wszyscy gramy w jednej drużynie!

Mroczna rzeczywistość

Problem nienajlepszych relacji dotyczy nie tylko pielęgniarek i lekarzy. Złe są również relacje między medykami. Przykładów jest wiele. Na przykład pracujący w pogotowiu lekarze, często „z góry” traktowani przez klinicystów, czują się jak lekarze drugiej kategorii. Transportując do szpitala pacjentów, którym właśnie uratowali życie, często już na progu placówek witani są słowami: „A dlaczego do nas?!”. Sfrustrowany i przeciążony pracą personel SOR zbyt często stara się zniechęcić załogi karetek do kolejnych przyjazdów, mając nadzieję, że następnym razem wybiorą one inny szpital. Złośliwość? Niekoniecznie. Raczej zbyt duże przeciążenie pracą i będące reakcją obronną działania mające na celu uzyskanie tych „5 bezcennych minut”, które można choćby poświęcić na zjedzenie kanapki lub spokojne pójście do toalety, bo od wielu godzin nie było na to czasu. Medyczne science fiction? Nie, taka jest właśnie rzeczywistość polskiego systemu ochrony zdrowia, gdzie pod wielką presją pracuje zbyt mała liczba pracowników, do tego zbyt słabo wynagradzanych w stosunku do włożonego trudu

i ogromnej odpowiedzialności za ludzkie zdrowie i życie. Rodzi to postawę buntu. Często prowadzi do skrajnego wyczerpania, spadku odporności psychicznej, które powodują, że stajemy się coraz bardziej skłóceni. Pracując w stresie, pod coraz większą presją, zastraszani karami, jakie może i coraz częściej nakłada na nas NFZ, stajemy się drażliwi i coraz trudniej jest nam utrzymać nerwy na wodzy.

Kolejnym problemem są często złe relacje lekarzy dyżurujących w szpitalnych oddziałach ratunkowych z dyżurnymi oddziałów czy klinik, do których często w trybie nagłym kierowani są z SOR-ów pacjenci. Położenie chorego na niektóre z oddziałów często jest trudne i wiąże się z walką na różne, często nie do końca logiczne i merytorycznie uzasadnione argumenty. Czasami w nerwowej dyskusji między lekarzami padają zbyt dosadne słowa. Największym problemem dyżurującego w SOR lekarza jest np. położenie chorego do oddziału niezgodnego z profilem choroby pacjenta, bo na oddziale docelowym nie ma już wolnych łóżek. I właśnie wtedy zaczynają się przysłowiowe „schody” i pełne pretensji oraz żalu pytania – „dlaczego ten chory trafia akurat do nas?!” NFZ za chorych hospitalizowanych niezgodnie z profilem choroby płaci przysłowiowe grosze, zupełnie nie biorąc pod uwagę realnych kosztów ich hospitalizacji. Do tego lekarz, który pozwoli sobie strzelić przysłowiowego „gola”, często na porannym raporcie dostaje reprimendę od swojego ordynatora.

Wspólny kierunek?

Wzajemne zrozumienie i szacunek

Koleżanki i koledzy, dla dobra wspólnego spróbujmy się lepiej rozumieć, darzmy się szacunkiem, a przy okazji szanujmy pielęgniarki, które – jak doskonale wiemy – wykonują również kawał dobrej roboty. W naszej pracy nie ma lepszych i gorszych. Każdy z nas pełni odpowiedzialną rolę, jaką jest niesienie pomocy chorym. Lekarz powinien leczyć, pielęgniarka pielęgnować i sprawować opiekę nad pacjentem, a ratownik ratować ludzkie życie w stanach jego zagrożenia. Stanowimy jeden zespół, który tylko właściwie współpracując, może nieść skuteczną pomoc chorym. Przy tym wszystkim nie zapominajmy, że pełniąc przypisaną nam misję, mamy prawo do godnego wynagrodzenia, adekwatnego do naszego wykształcenia i odpowiedzialności za ludzkie zdrowie i życie. Odpowiedzialna i ciężka praca, którą wykonujemy na co dzień, często pełna jest wyrzeczeń i odbywa się kosztem naszych najbliższych. Coraz częściej

z powodu niedoborów kadrowych, przeciążając nas pracą, obciąża się nasze zdrowie, coraz częściej również zbyt ciężka, długa i wyczerpująca praca rujnuje nam nasze życie osobiste. Już czas, abyśmy zaczęli się wzajemnie szanować. Zrobmy to na przekór władzy, która za wszelką cenę próbuje nas skłócać, zakładając przysłowiowe chomąto i zmuszając do ciężkiej pracy, często przy tym nie szanując podstawowych zasad prawa pracy, które jasno mówią, że każdy pracownik ma prawo do godnego wynagrodzenia.

Czas upomnieć się o wyższe wynagrodzenia

Według Ogólnopolskiego Badania Wynagrodzeń, prowadzonego przez firmę Sedlak & Sedlak, jeszcze w 2013 r. mediana wynagrodzenia brutto pracowników telekomunikacji w Warszawie wynosiła 8 000 zł brutto, pracowników sektora IT 7 500 zł, a bankowości 7 100 zł miesięcznie. Tysiące lekarzy w Polsce, pracując na pełnym etacie w publicznych szpitalach, zarabia miesięcznie średnio około 4 000 zł brutto. Nadchodzi czas, abyśmy w końcu zaczęli szanować swój czas i swoje życie. Z każdym miesiącem przybywa zwolenników wypowiedziania opt-otów, bo wynagrodzenia za dyżury od lat stoją w miejscu. Takie działanie z pewnością mogą doprowadzić do wyższej wyceny naszej pracy, dzięki czemu pojawi się szansa, że w końcu znajdziemy czas dla rodziny i najbliższych, a tym samym nie zmarujemy własnego życia, biegając z pracy do pracy i z dyżuru na dyżur. Dalszy marazm środowiska spowoduje, że media na zamówienie decydentów nadal będą podawały nasze dochody wraz z dyżurami i pracą na kilku etatach, a my pracując ponad siły, przepracujemy większość własnego życia, tracąc często to, co w życiu jest rzeczywiście najcenniejsze. W walce o godne wykonywanie zawodu wspierajmy również pielęgniarki, które – jak doskonale wiemy – ciężko pracują, nie otrzymując wynagrodzenia adekwatnego do ich wysiłku i pracy. Już czas, abyśmy wspólnie stanęli w szeregu, bo skłócone i rozbite środowisko nigdy nie wywalczy godnych warunków wykonywania zawodu. Już czas zjednoczyć siły, bo grając w jednej drużynie, możemy osiągnąć wiele. Nie zapominajmy przy tym, że coraz bardziej przemęczeni pracą i zarwanymi nocami dla naszych pacjentów stanowimy podobne zagrożenie, jakie stanowi pijany kierowca dla przechodzącego przez jezdnię dziecka. Ale to, jak doskonale wiemy, nie obchodzi przepełnionych demagogią i hipokryzją decydentów. Koleżanki i koledzy, najwyższy czas na przebudzenie! ■

Lekarz powinien leczyć, pielęgniarka pielęgnować i sprawować opiekę nad pacjentem, a ratownik ratować ludzkie życie w stanach jego zagrożenia. Stanowimy jeden zespół, który tylko właściwie współpracując, może nieść skuteczną pomoc chorym.

Opieka u schyłku życia

**Maria
Domagała**

Opieka paliatywna, jako element systemu ochrony zdrowia, w większości rozwiniętych krajów Europy pojawiła się w latach 80. ubiegłego wieku. W nowych krajach UE średnio o dekadę później. Początkowo odnosiła się do cierpiących na raka. Obecnie mówi się o „opiece u schyłku życia” – niezależnie od choroby.

Opieka paliatywna (zwana też hospicyjną) to według WHO holistyczna opieka nad pacjentem z zaawansowaną postępującą chorobą nieuleczalną; ma zapewnić mu możliwie najlepszą jakość życia oraz wsparcie socjalne i duchowe. Koncentruje się na łagodzeniu objawów choroby, gdy terapia już nie odnosi skutku. W 90 proc. dotyczy chorych na nowotwory. Obejmuje także rodziny chorych. Czasem bywa włączana do opieki długoterminowej.

Opieka wielodyscyplinarna

Wszędzie dąży się do tego, aby opieką paliatywną zajmowały się wielodyscyplinarne zespoły, złożone z lekarzy i pielęgniarek – specjalistów medycyny i opieki paliatywnej oraz psychologów, duchownych, pracowników socjalnych i wyszkolonych wolontariuszy.

W Wielkiej Brytanii, gdzie umieranie traktuje się z dużym szacunkiem, a na usługi dotyczące końca życia idą duże kwoty, opieka paliatywna – wcześniej bazująca na wolontariacie – od lat 90. jest zadaniem państwa. Jej organizatorem są trusty National Health Service (NHS), a finansuje je sektor prywatny i NHS (poniżej 30 proc.). Dla pacjenta jest bezpłatna.

Program Rakowy NHS (2000) zwiększył publiczne finansowanie hospicjów i świadczeń paliatywnych w szpitalach i w środowisku, a dobre praktyki opieki nad chorymi na raka i AIDS rozciągnięto na inne choroby (zawał serca, POChP, niewydolność nerek).

Opiekę paliatywną dla dorosłych i dzieci świadczy się w zakładach (hospicja, szpitale), ambulatoryjnie, a także w domu pacjenta. Realizują ją zespoły, których zadaniem jest łagodzenie bólu, wsparcie emocjonalne, psychospołeczne i duchowe chorych i ich rodzin. Pomagają też pracownikom medycznym – niespecjalistom. W domu opiekę paliatywną prowadzi środowiskowa pielęgniarka specjalistka, a w razie potrzeby – zespół hospicyjny. Istnieją też placówki opieki dziennej (zwykle przy hospicjach). Wsparcie w żałobie zapewniają hospicja i organizacje charytatywne.

We Francji opiekę paliatywną włączono do systemu ochrony zdrowia w 1986 r. W szpitalach są odrębne jednostki, w niektórych oddziałach wy-

dzielone łóżka, a także mobilne zespoły, które obsługują szpital lub oddział oraz mieszkańców okolic. Istnieją sieci opieki paliatywnej – organizacje skupiające lekarzy, pielęgniarki, wolontariuszy i inne, które wspierają lekarzy POZ, opiekując się pacjentami w domach i zapewniając ciągłość opieki. Są też osobne organizacje prowadzące hospitalizację domową, które przynależą do szpitala lub są prywatnymi przedsiębiorstwami (60 proc.). Kierownikiem jednostki zawsze jest lekarz, leczenie koordynuje pielęgniarka. Poza opieką paliatywną (1/3 pacjentów) świadczą też opiekę geriatryczną i położniczą.

W Niemczech szczegółowe kryteria dostępu do opieki paliatywnej definiuje federalna dyrektywa. Jest ona refundowana od 2007 r. Istnieje różnicowanie między świadczeniami paliatywnymi i hospicyjnymi. Oddziały paliatywne w szpitalach są finansowane ze środków publicznych. Koncentrują się na leczeniu bólu, co jest w gestii lekarzy. Z kolei oddziały hospicyjne świadczą opiekę pielęgniarstwa i psychospołeczną, pracują tam pielęgniarki ze wsparciem wolontariuszy, zaś opiekę medyczną zapewniają lekarze leczenia otwartego. Te świadczenia, jak i działalność przychodni hospicyjnych finansują kasy chorych.

We Włoszech opieka paliatywna jest częścią systemu ochrony zdrowia od lat 90.; wtedy nastąpił tam rozwój hospicjów, centrów opieki dziennej i oddziałów opieki paliatywnej w szpitalach. Kolejne narodowe plany zdrowia wprowadziły m.in. jednolite zasady opieki nad chorymi terminalnie, włączyły rehabilitację oraz psychologiczne wsparcie dla pacjentów i ich rodzin, ustanowiły minimalne standardy jakości usług, zobowiązały do współpracy i zapewnienia ciągłości opieki, kładąc nacisk na wielodyscyplinarność zespołów i stałe kształcenie.

Jednostki opieki paliatywnej znajdują się zwykle w szpitalach, ale są też świadczenia domowe. Lekarz rodzinny zleca terminalnie choremu opiekę domową, którą realizują pielęgniarki środowiskowe ze wsparciem lekarzy specjalistów ze szpitali. Może też skierować do publicznego szpitala albo do organizacji charytatywnej.

W Norwegii narodowy program opieki paliatywnej nad chorymi na raka przyjęto w 2007 r. Usługi

Opieka paliatywna może być stacjonarna (hospicja i szpitalne oddziały paliatywne), ambulatoryjna, może też być prowadzona przez zespoły opieki domowej (hospicja domowe).

paliatywne świadczone są na wszystkich poziomach. Pacjentami w domach opiekują się GP przy wsparciu opieki domowej organizowanej przez gminy oraz ambulatoryjnych zespołów opieki paliatywnej przy szpitalach. Wszystkie główne szpitale mają takie zespoły i obsługują one własnych pacjentów i mieszkańców okolic. W dużych szpitalach działają oddziały opieki paliatywnej. Małe oddziały (np. 4-łóżkowe), prowadzone jako gminne usługi publiczne, mają też zakłady pielęgniarstwa.

W wielu częściach Norwegii opieką paliatywną i onkologiczną zajmują się sieci wyspecjalizowanych pielęgniarek. Pracują w szpitalach, zakładach pielęgniarstwa i środowiskowych domach opieki, prowadzą edukację i same są regularnie szkolone.

W Holandii opiekę paliatywną świadczą lekarze POZ, zakłady pielęgniarstwa, specjaliści i wolontariusze w domu pacjenta, w hospicjach, zakładach opieki paliatywnej (np. prowadzonych przez pielęgniarki) i oddziałach szpitalnych. Tworzą regionalne sieci, pozwalające na lepszą integrację i koordynację opieki. Szczególną rolę odgrywają lekarze rodzinni. W ostatnim roku życia ludzie mają z GP średnio 27 kontaktów – 1,5 raza więcej niż przeciętny pacjent po 75 r.ż.

Na Węgrzech opieka paliatywna dopiero się rozwija. Ubezpieczenie zdrowotne finansuje szpitalne usługi hospicyjne od 1999 r., a hospicja domowe od 2004 r. Pielęgniarska opieka długoterminowa i hospicyjno-paliatywna należą do ogólnej opieki długoterminowej. Istnieją trzy formy: paliatywne zespoły wyjazdowe opiekujące się pacjentem w domu, hospicja stacjonarne i szpitalne oddziały hospicyjno-paliatywne; lekarz POZ nie zajmuje się tym zakresem usług. Skierowanie do hospicjum daje onkolog, inny specjalista lub GP (pobyt do 50 dni dwa razy w roku). W lecznictwie otwartym i na oddziałach szpitalnych pracują mobilne zespoły hospicyjne, usługi domowe świadczą agencje pielęgniarstwa. W Słowacji opiekę paliatywną wprowadzono w 2006 r. Finansowanie zapewnia ubezpieczenie zdrowotne, poziom refundacji jest jednak niedostateczny.

Dostępność wciąż niewystarczająca

Nawet w krajach, które nie szczędzą nakładów na opiekę u schyłku życia, dostępność usług paliatywnych nie jest wystarczająca. Skutkiem są (jak np. w Wielkiej Brytanii) zbędne przyjęcia do szpitali. W 2008 r. opracowano tam Strategię Końca Życia zawierającą zalecenia dla placówek i specjalistów stacjonarnej i domowej opieki paliatywnej: trzeba szacować potrzeby, dbać o całodobową dostępność, włączać rodziny w proces opieki, koordynować ją, wypracować standardy. Opieka paliatywna jest włączona do nagłej pomocy medycznej; dyżurni GP muszą więc być kompetentni w leczeniu bólu, mieć łączność ze specjalistą opieki paliatywnej i móc podawać odpowiednie leki.

Francuskie jednostki opieki paliatywnej w 2009 r. mogły obsłużyć jednocześnie 8,5 tys. pacjentów, a powinny dwukrotnie więcej. Ogółem było wtedy 4 tys. dedykowanych łóżek w szpitalach, działało 340 mobilnych zespołów, 110 aktywnych sieci.

W Niemczech w latach 1996–2011 liczba oddziałów opieki paliatywnej wzrosła z 28 do 231, a zakładów opieki hospicyjnej – z 30 do 179. W 2009 r. łóżek paliatywnych było 17 na milion ludności, hospicyjnych – 18. Potrzeby prawdopodobnie sięgają 25–30 w każdym z tych zakresów.

We Włoszech opieką paliatywną objęci są wszyscy cierpiący na przewlekłe i nieuleczalne choroby. Występuje jednak duże zróżnicowanie między regionami północnymi i południowymi.

Na Węgrzech zaspokojenie potrzeb jest niskie; instytucjonalnej opieki hospicyjnej nie ma w 3/4 województw. Pacjenci pozostają na szpitalnych oddziałach przewlekłej opieki, bo rzadko są tam osobne jednostki hospicyjne. Usługi takie świadczą nieliczne organizacje non-profit. Podobnie w Słowacji: na 100 tys. ludności przypada 4,5 łóżka (dwa razy mniej niż rekomenduje WHO).

W Holandii, gdzie w ostatnich latach znacznie wzrosła liczba specjalistycznych instytucji opieki paliatywnej, dostęp do nich jest zapewniony, lecz występują różnice terytorialne – najwięcej zakładów jest w dużych miastach i na zachodzie kraju.

W 2002 r. zalegalizowano tu eutanazję (podobnie w Belgii i Luksemburgu). Warunki jej przeprowadzania są ściśle uregulowane.

W Polsce ponad 1/4 powiatów bez opieki

Pierwsze towarzystwa opieki paliatywnej i hospicja stacjonarne i domowe powstały na początku lat 80. Opiekę paliatywną włączono do publicznego systemu ochrony zdrowia w 1991 r. W 1998 r. przyjęto Program Rozwoju Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej mający poprawić dostęp, zapewnić ciągłość i jakość usług. Lekarze i pielęgniarki mogą uzyskać specjalizację z medycyny paliatywnej. Opieka paliatywna może być stacjonarna (hospicja i szpitalne oddziały paliatywne), ambulatoryjna, może też być prowadzona przez zespoły opieki domowej (hospicja domowe). Ambulatoryjną opiekę paliatywną chory uzyska w poradniach medycyny paliatywnej przy hospicjach lub przy ośrodkach onkologicznych. Organizacje pozarządowe (fundacje, kościoły) zapewniają pacjentom i ich rodzinom pomoc psychologiczną, prawną i finansową.

Pacjent musi mieć skierowanie do hospicjum od lekarza, czas pobytu tam nie jest ograniczony. Opieka paliatywna jest finansowana ze środków publicznych i odrębnie kontraktowana przez NFZ, ale środki są niewystarczające. Lokalizacja placówek jest nierównomierna. W 2007 r. w 100 z 380 powiatów nie było żadnej formy opieki paliatywnej. ■

Nawet w krajach, które nie szczędzą nakładów na opiekę u schyłku życia, dostępność usług paliatywnych nie jest wystarczająca. Skutkiem są (jak np. w Wielkiej Brytanii) zbędne przyjęcia do szpitali.

Korzystałam z: Health System Review. France 2010, Germany 2014, Great Britain 2011, Hungary 2011, Italy 2009, The Netherlands 2010, Norway 2013, Polska 2012, Slovakia 2011.



**Joanna
Sokołowska**

Harakiri (na forum)



Wchodzę na fora internetowe, choć potem często mam estetyczne i intelektualne zakwasy. Wchodzę, bo jest tam wszystko, czego chcielibyście się dowiedzieć, a o co wstydziecie się zapytać. Wchodzę i mam pewność, że każdy tam już był, choć niewielu się do tego przyznaje.

Popełniam harakiri. Bo czym innym jest publiczne przyznanie się słowem drukowanym, a więc nieodwracalnym, do czynności hańbiącej?! Nie usprawiedliwiam się ani listopadową aurą, ani pogrypowym osłabieniem, ani podyżurowym kryzysem wartości.

Przyznaję się do wędrówek po internetowych forach – z samurajską odwagą, w pełnym poczuciu wynikających z tego konsekwencji. Jak nietrudno się domyślić, odwiedzam głównie te o tematyce medycznej.

Forum internetowe – mimo budzącej szacunek, osadzonej w tradycji kultury konotacji – to jednak miejsce nieco różniące się od tego, w którym za sprawą Szekspira, już do końca świata wygłasza swoją mowę Marek Antoniusz. A może zmieniła się tylko forma, która czasem jest ważniejsza od treści? Rzymskie forum, pępek miasta i świata, stanowiło centrum życia politycznego, religijnego i towarzyskiego. Tam były władza i świętość, sąd i targ. To wszystko przenieśliśmy do przestrzeni cyfrowej chmury. Rolę placu leżącego na przecięciu głównych miejskich arterii – tej biegnącej ze wschodu na zachód i prostopadłej do niej – zajęła przestrzeń wyznaczona przez jakże współczesne: gniew i frustrację. To one nadają ton i rytm toczącym się tu dyskusjom.

Wchodzę na fora internetowe, choć potem często mam estetyczne i intelektualne zakwasy. Wchodzę, bo jest tam wszystko, czego chcielibyście się dowiedzieć, a o co wstydziecie się zapytać. Wchodzę i mam pewność, że każdy tam już był, choć niewielu się do tego

przyznaje. Na potwierdzenie moich przypuszczeń, licznik tak zwanych wejść na jednym z popularnych portali informuje mnie, że znajdę tam 152 286 836 wypowiedzi na 5 261 forach! Choć ich autorzy są anonimowi, rozpoznaję wśród nich i pacjentów, i kolegów lekarzy (bo tak naprawdę każdego można zaliczyć do jednej z tych grup). Większość posługuje się tak zwanymi nickami – internetowymi kryptonimami. Niektórzy mają swoje awatary – obrazki pozwalające na odnalezienie ich w tłumie internetowej agory. Pewnie odzwierciedlają one ich poglądy, cechy charakteru czy stosunek do otaczającego świata. Już samo przyjrzenie się tym wirtualnym pseudonimom artystycznym jest kopalnią wiedzy o tych, z którymi zapewne przyjdzie mi się spotkać w „realu”. Wśród nicków anonimowych do szpiku kości, jak „anonymous” czy po prostu „klik”, zdarzają się i takie, do wybrania których autorów musiała inspirować jakaś siła. Bo powiedzcie sami, czy ktoś podpisujący się „nosorozecwłochaty”, a pochwalający agresję wobec „bufonów w kitlach”, to nie wzorcowy, kipiący testosteronem wiking? Polemizuje z nim użytkownik, dający w swoich wypowiedziach – postach – przykład filozofii stoickiej. Podpisuje się „popijając_piwo”, a swe wypowiedzi sygnuje portrecikiem Statlera i Waldorfa – dwóch wiecznie

niezadowolonych malkontentów z teatralnej łoży kultowego „Muppet Show”. I wystarczy wyjrzeć przed drzwi gabinetu lekarskiego, by bez chwili wahania odnaleźć obu panów wśród oczekujących na medyczną poradę – i włochatego, i popijającego! Nie mogę się powstrzymać, by nie wspomnieć o piszącym na jednym z lekarskich portali koledze, podpisującym się jako „Sedes z Bakelitu”, choć nie starcza mi wyobraźni, by zgadnąć, o czym świadczy wybór takiego nicka. Pewnie nieświadomie ten kolega przyczynił się do toczonej się w innym miejscu wirtualnej przestrzeni, płomiennej dyskusji na temat istnienia greckiego filozofa o takim imieniu. Pewna wrocławianka założyła się nawet o to... Był przecież Tales z Miletu... Diagnoza, tym razem ta społeczna, z refleksją nad jakością szkolnej edukacji, wydaje się jednoznaczna.

Przemykam jak szpieg, wśród internetowych prowokatorów, zwanych tu trollami, i pseudofachowców, określanych przez internautów mianem lamerów. „Po co to czytasz?!” – denerwuje się mąż, który na forum pewnie podpisałby się nickiem „sceptyczny racjonalista”. Czytam i z dnia na dzień utwierdzam się w przekonaniu, że rozrastające się tam dyskusje „jak leczyć... bez pomocy lekarza” (w miejsce kropek proszę wpisać dowolną dolegliwość), to nie tylko dowód na stopniowe zubożenie intelektualne Polaków, ale i porażka medycyny w obszarze profilaktyki i edukacji zdrowotnej. Dzięki tej lekturze wiem (choć włos się jeży na głowie), że rodziców dziecka z owsicą trzeba przestrzec przed stosowaniem doodbytniczo papryczki chili lub czosnku, a innych wyprowadzić z przeświadczenia, że noszenie czerwonej bluzki podczas ospy wietrznej nie spowoduje nasilenia objawów choroby. Tych udzielanych anonimowo i bez poczucia odpowiedzialności rad nie można przecież lekceważyć, jeśli traktuje się pacjenta jak partnera. Można go za to poprowadzić na takie forum, na którym uzyska potwierdzenie naszej, zgodniej z wiedzą medyczną, rady.

Odwiedzam fora, na których piszą koledzy lekarze – piszą o swojej pracy i o tym wszystkim, co wokół niej. Z każdej linijki wyziera obraz ludzi, których zawód definiuje i determinuje we wszystkich sferach życia, być może, jak żaden inny. I tu wiele jest gniewu i niezadowolenia, którego bagatelizować nie wolno. Parę tygodni temu medyczny internet na chwilę rozpałała dyskusja nad wysokością składki na samorząd lekarski i jej przeznaczenia. I jak niestety bywa tam, gdzie występujemy anonimowo, pożar wybuchł wysokim płomieniem, był równie krótki, jak gwałtowny. Jako osoba o skłonnościach medialnie samobójczych zachęcam do przeniesienia tej dyskusji na mniej bezimienne fora zjazdów i sympozjów lekarskich. Może wówczas zamiast spalać się w ogniu bezinteresownej wzajemnej nienawiści, znajdziemy sposób na wykorzystanie naszych pieniędzy gromadzonych przez ćwierćwiecze tak, by dobrze służyły środowisku lekarskiemu. Lub byśmy w to wreszcie uwierzyli. W innym wypadku już zawsze każde działanie na rzecz korporacji zawodowej będzie jedynie formą rytualnego samounicestwienia. ■

Bo powiedzcie sami, czy ktoś podpisujący się „nosorozecwłochaty”, a pochwalający agresję wobec „bufonów w kitlach”, to nie wzorcowy, kipiący testosteronem wiking?



Sławomir Pietras

Dyrektor
polskich teatrów
operowych

O sztuce, Mitoraju i medycynie

Aura jesieni, odwiedziny grobów, przechadzki po cmentarzach i napływające co chwilę wiadomości o czyjejś chorobie, walce o życie z coraz częstszymi zwycięzcami śmierci, nastrajają do rozmyślań o rozlicznych związkach medycyny ze sztuką.

Mamy je już w XVII w. w „Lekcji Anatomii dr. Tulpa” Rembrandta, „Lekcji anatomii dr. Ruysch” Jana van Necka czy w XIX-wiecznym obrazie Andre Brouilleta „Jean-Martin Charcot” „prezentujący przypadek hysterii”, ukazujący na płótnie lekarza z pacjentem. Ten Charcot stworzył całą ikonografię hysterii. Wszystko to miało służyć bliższemu poznaniu ciała ludzkiego z punktu widzenia medycznego dla potrzeb sztuki.

Utrwalanie wiedzy medycznej w malarstwie już począwszy od połowy XIX w. wspierało autorytet medyków w społeczeństwie, często uważającym ich za szarłatów i ambasadorów śmierci. Píše o tym w swym interesującym eseju „Pomiędzy sztuką a medycyną – ciała kobiet i mężczyzn w reprezentacjach artystycznych, medycznych oraz popularnych” prof. dr Izabela Kowalczyk w „Nowinach lekarskich” (2012, 81, 5).

W czasach nam współczesnych twórcy z gatunku Beaux-Arts w swych dziełach mówią coraz częściej o chorobie (Flanagan, Kozyra), niepełnosprawności (Duffy, Quinn, Żmijewski), umieraniu i śmierci (Serrano, Libera, Soriano) czy seria „Nowotwory” Aliny Szapocznikow.

Przerwywam te rozmyślenia na wieść o śmierci Igora Mitoraja. Ten niezwykle Polak w swej genialnej sztuce rzeźbiarskiej od lat zajmował się pięknem i kruchością ciała ludzkiego, jego deformacjami, wynaturzeniem, ułomnością i niedoskonałością. W tym sensie bliski był medycynie, odwołując się do mitologii i historii w takich dziełach jak Ikar, Centauro, Eros, Mars, Gorgona, Paesaggio czy Ithaka.

Rozpoznawalność jego sztuki na całym świecie zadziwacza reinterpretacji antyku. Tym spękaniom powierzchni posągów, ich zranieniom, okaleczeniom, powaleniom na ziemię, z niemo patrzącymi oczami i za-

wsze tymi samymi ustami, mającymi kształt ust autora, niby pieczętka twórcy na swej rzeźbie. Zapewne dlatego tak częste zainteresowanie i podziw dla jego sztuki również w środowiskach medycznych Paryża, Rzymu, Mediolanu, Lozanny, Londynu, Hagi, Madrytu i Walencji. Wszędzie tam stoją – często monumentalne – jego pomniki z brązu lub marmuru kararyjskiego. Niektóre zawędrowały do Stanów Zjednoczonych i Japonii. Kilka można oglądać w Warszawie, Krakowie i Poznaniu.

Od wielu lat mieszkał i tworzył w tokańskim miasteczku Pietrasanta (tam, gdzie przed wiekami działał Michał Anioł) oraz w nadmorskiej rezydencji pod Marsylią (którą dzielił z ukochaną osobą). Miał za sobą okres paryski, a w dzieciństwie i młodości Grójec, Bielsko-Białą (gdzie ukończył Liceum Plastyczne) oraz Kraków i studia malarstwa pod kierunkiem Tadeusza Kantora.

Z ojczyzną utrzymywał serdeczne, acz głównie prywatne kontakty. Wśród jego przyjaciół był Waldemar Dąbrowski, Grażyna i Jan Kulczykowie, obiecujący reżyser Gabriel Gietzky, no i ja – niejednokrotnie namawiający Igora do tworzenia scenografii spektakli operowych.

Jego przedwczesne odejście w 70. roku życia jest przejawem brutalnej bezradności medycyny wobec losu ludzkiego. Tę bezradność widać każdej jesieni podczas odwiedzin na cmentarzach. Towarzyszy temu bezbronność wobec nekrologów oznajmujących chłodno, że znów kogoś ubyło.

Na pocieszenie – póki jeszcze żyjemy – dźwięczą mi słowa prof. Andrzeja Szczeklika w wywiadzie dla „Gazety Wyborczej”:

„Od zarania dziejów medycyna była sztuką, w końcu wywodzi się z magii – a to jest taki rodzaj zaklęcia świata, próba odmienienia go słowem...”.

To pocieszenie, a może nawet szansa? ■

Recenzja

Ryszard Golański

Przejmujące opowieści ze świata

Muszę przyznać, że napisanie tej recenzji nie było łatwe. Nie dlatego, że opowiadania zawarte w przedstawianym tomie nie są interesujące. Mój kłopot polegał na tym, że po lekturze niektórych z nich musiałem sobie zrobić przerwę. Zaczęło się to prawie od samego początku. Pierwsze opowiadanie znałem, było bowiem publikowane w naszym piśmie i emocje z nim związane miałem już wcześniej za sobą. Przerwa musiała nastąpić po opowiadaniu drugim, zatytułowanym „Powinność”. Nie chcę nic więcej pisać na ten temat, odsyłam

do lektury. W opisywanej książce znajdujemy opowiadania o różnej długości, najczęściej krótkie, przede wszystkim zaś o różnorodnej tematyce. Czuje się, że autorowi nieobce są inne niż opowiadania formy literackie. Wszak o swojej twórczości pisze:

Chciałbym kiedyś pisać,
pisać tak naprawdę,
aby ze mnie samego,
pośród wartości słowa,
pośród znaczenia gestu,

Podle jeść, dużo robić i... mało się kochać

Uruchomiono kolejną aplikację na smartfony. Nazywa się „Moja komenda” i została opracowana przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych. W skrócie działa to tak, że na ekranie telefonu będzie można zlokalizować najbliższą jednostkę policji. I szybko do niej pójść. Albo ją ominąć.

Jak zwykle są tacy, którzy narzekają, że to wyrzucenie w błoto pieniądze, że po co to komu? Od razu pojawiły się żarty, że jak kogoś napadną i ukradną mu telefon, to i tak nie będzie mógł sobie na nim znaleźć drogi do komisariatu. A mnie się podoba. Tylko zastanowiłbym się nad nazwą. Bo ta sugeruje, że to program dla nierozgarniętych policjantów, którzy nie mogą trafić do swojego zakładu pracy albo osób objętych dozorem policyjnym. Tak jak aplikacja „Mój zakład karny” mogłaby być użytecznym gadżetem dla osadzonych wracających z przepustki. Nie krytykujemy. Dajmy szansę. A może się okaże, że naprawdę warto stworzyć podobne: „Mój szpital”, „Moja przychodnia”, „Mój dentysta”? Być może trzeba będzie stworzyć „podaplikacje”, bo co z tego, że człowiek znajdzie najbliższy szpital, jak nie będzie wiedział, co dalej? Wtedy otwiera kolejne okienko, a tam: „Moja izba przyjęć w moim szpitalu”, „Moja rejestracja w mojej przychodni”, „Matko moja miła!”. Ups, przepraszam, to ostatnie to podaplikacja z aplikacji „Moja opera”. Teraz są takie możliwości techniczne, że nie zdziwiłbym się, gdyby za chwilę, wzorem „Mojej komendy” pojawiły się programy pomagające człowiekowi w takich codziennych sytuacjach, kiedy nie wie, gdzie jest coś albo ktoś: „Moje spodnie”, „Moja żona”, „Moje pieniądze”. Oczywiście nie obyć się bez komplikacji. Bo sytuacja, kiedy smartfon pokaże nam, że w czasie „Mojej delegacji” „Moja żona” z „Moimi pieniędzmi” jest u „Mojego przyjaciela” może być tylko błędem systemowym, ale wcale nie musi.

Czekając na opublikowanie aplikacji pod nazwą „Moje życie” postanowiłem sam się za nie zabrać. Chodzi o moją nie najlepszą kondycję i widoki na przyszłość.

Zacząłem uważnie śledzić różne publikacje na temat stulatków. Przy okazji każdego takiego jubileuszu dziennikarz nie omieszką zapytać o „receptę na długowieczność”. Dlaczego więc nie skorzystać z doświadczeń tych, którym się udało? Spisuję to wszystko w specjalnym zeszycie, potem wyciągnę wnioski. Oto kilka moich dotychczasowych zdobyczy (wszystko prawdziwe):

– Pan Wacław, stulatak z Legnicy: „Trzeba być życzliwym, radosnym, nie chuliganic, nie pić i nie palić...”.

– Pan Jan z Dąbrówki: „... nie jeść nic ze sklepu, tylko to, co urośnie za oknem...”.

– Pani Gertruda z Rudy Śląskiej: „Lubię grubo masłem posmarować, tłuste mleko, na maselku usmażone i słodczy. Warzyw i owoców nie jem...”.

– Pan Stanisław z Krosna: „Podle jeść, dużo robić i... mało się kochać...”. Stulatak porusza też wątek alkoholowy: „Dużo w życiu wódki wypilem, ale tylko dwa razy się upilem, bo piłem mądrze...”. To ostatnie wyznanie stoi trochę w sprzeczności z postulatem „mało się kochać”. Bo czy pan Stanisław ma stuprocentową pewność, że w stanie „upicia” do niczego nie doszło? A dwa razy to już nie jest „mało”.

– Jay Straus, stuletni amerykański golfista, twierdzi, że tajemnicą dobrej formy są: „Płatki z miodem, banany, mleko i sok pomarańczowy”.

Nie da się zastosować wszystkich recept. Proszę sobie wybrać taką, która sprawi Państwu najwięcej przyjemności. Ja na przykład spróbuję połączyć recepty stuletniego amerykańskiego golfisty i pana Jana z Dąbrówki. Zrobię wszystko, żeby mi za oknem banany i pomarańcze rosły. Pomoże mi w tym aplikacja „Mój kredyt”. ■



**Artur
Andrus**

Dziennikarz
radiowej „Trójki”,
konferansjer
i satyryk

prócz modlitwy szeptu,
nic nie pozostało.

Poetyckie odczucia podczas lektury opowiadań są uzasadnione, skoro czytamy teksty, których autorem jest twórca poematu „Zatroskany anioł”.

Mojej lekturze „Opowieści ze świata” towarzyszyło na początku zdziwienie: jak to możliwe, aby młody człowiek tak przejmująco pisał o czasach drugiej wojny światowej i mrocznych czasach komunizmu w latach pięćdziesiątych. Podczas czytania stajemy się żołnierzami września 1939 r., atakującymi hitlerowskie czołgi, żołnierzami państwa podziemnego i niepodległościowego powojennego ruchu oporu, prześladowanymi, katowanymi i mordowanymi

przez ubeckich oprawców oraz Polakami, z narażeniem życia swojego i najbliższych, ukrywającymi Żydów cudem ocalałych z nazistowskiego Holocaustu. Opowiadania są tak pisane, jakby wychodziły spod ręki uczestnika tamtych zdarzeń albo przynajmniej ich świadka. Faktem jest, że najczęściej oparte są na wydarzeniach historycznych, opisanych w innych wydawnictwach. Autor jest lekarzem, nie może więc zabraknąć wątków medycznych. Z tej tematyki polecam zwłaszcza opowiadanie „Prośba o...”. Najpierw przeczytałem całość, dopiero na koniec, podczas przeglądania spisu treści, dowiedziałem się, że prawie wszystkie zawarte w książce opowiadania były nagrodzone w różnych konkursach literackich. Warte są tego. ■



W sprawie współpracy z przemysłem

Z dużym zainteresowaniem przeczytałem, zamieszczony w „Gazecie Lekarskiej” nr 8-9/2014, artykuł „Przejrzystość nowym standardem” wraz z komentarzem wiceprezesa NRL, Pana Romualda Krajewskiego.

W mojej skromnej opinii kwestię współpracy lekarzy z przemysłem należy rozważać w dwóch odrębnych (zasadniczo różnych) aspektach.

Pierwszy z nich, niebudzący większych kontrowersji, to współpraca polegająca na wykorzystaniu wiedzy i doświadczenia lekarzy w poszukiwaniu nowych, innowacyjnych, rozwiązań. Do tej kategorii zaliczyłbym udział lekarzy w prowadzonych badaniach naukowych, badaniach klinicznych, konsultacjach eksperckich oraz wygłaszanie prelekcji podczas sympozjów. W tym przypadku lekarz otrzymuje od przemysłu gratyfikacje za konkretnie zdefiniowaną pracę merytoryczną. Jest to najzwyczajniejsza w świecie zapłata za wykonanie zleconej usługi.

Drugi, budzący kontrowersje, aspekt stanowi współpraca polegająca na sponsorowaniu przez przemysł tak

zwanej edukacji lekarzy, czyli pokryciu przez tenże przemysł kosztów uczestnictwa (wybranych!) lekarzy w konferencjach oraz szkoleniach.

Zwolennicy tej formy gratyfikacji będą oczywiście przekonywać, iż ułatwia/umożliwia ona lekarzom poszerzanie swojej wiedzy zawodowej. Po części jest to prawda, jednakże owe gratyfikacje dotyczą jedynie części lekarzy oraz jedynie wybranych konferencji. Ponadto w Polsce istnieje przynajmniej kilka instytucji (np. izby lekarskie) czynnie (w tym również finansowo) wspierających proces stałej edukacji lekarzy.

Tymczasem przeciwnicy tychże gratyfikacji będą przekonywać, iż mogą być one odebrane jako pewna forma ukrytego lobbingu. W końcu kwestia dotyczy jedynie wybranych lekarzy oraz wybranych konferencji (najczęściej o tematyce ściśle związanej z promowanymi przez daną firmę produktami), niejednokrotnie połączonych z bogatą ofertą rozrywkową (wystawny obiad, SPA, koncert itp.). ■

**lek. Piotr
Sławiński**



**Agata
Morka**

Historyk
sztuki

Na zaliczenie

„Nenufary” Moneta, najlepiej te największe, wypada zaliczyć. Bo ładne, bo każdy zna, bo można sobie potem w muzealnym sklepiku sprawić jedwabny szalik w błękitach mistrza i ogrzać ręce kubkiem z nieśmiertelnym mostkiem z Giverny. A co, jeśli te gigantyczne francuskie impresje to nie wyraz niezwykłego geniuszu, ale zupełnie zwykłej choroby?

Monet malował cykl obrazów przedstawiających ogród jego domu w Giverny przez kilkanaście lat. Niemłody już malarz wyznaczył sobie zadanie iście monumentalne, wymagające nie tylko regularnej pielęgnacji stawu z liliami, ale i zbudowania potężnej pracowni, która pomieścić by mogła jego *grandes décorations*. Za podszeptem samego Georges’a Clemenceau podarował je później państwu francuskiemu, pod warunkiem jednak, że umieszczone zostaną w specjalnie zaprojektowanych do tego celu wnętrzach: dzisiejszej paryskiej Oranżerii, kolejnego punktu do zaliczenia na mapie każdego skrupulatnego turysty.

W jej eliptycznych pawilonach, których sam Monet już nie zobaczył, widz nie ma wyjścia. Nie

ma też punktu odniesienia, nie wie dokładnie, gdzie się znajduje, bo Monet nie daje tu łatwych wskazówek. Zniknęła sylwetka mostu, staw zlewa się z liliami, z chmurami, z liśćmi, kształty z rzadka dają się już odczytać. To kilkadziesiąt metrów czystej celebracji koloru, subtelnych przenikań, gubiących się zarysów, wszechogarniającej monumentalnej świetlistości.

Wypada zapytać zatem, na co cierpieć mógł artysta, jaki niedowład oka, ręki czy głowy wpłynąć miał ponoć na ostateczny kształt tych późnych płócien? Choć wśród zakrzywionych ścian Oranżerii, pomiędzy szorstkością faktur, zręcznymi impastami i głębią kolorów, pytanie to zdaje się zupełnie tracić na znaczeniu. ■

Obraz: Claude Monet, „Nenufary”, 1914-1926, Musée de l’Orangerie

a



b



Zniknęła sylwetka mostu, staw zlewa się z liliami, z chmurami, z liśćmi, kształty z rzadka dają się już odczytać.

FOTO: Tybo

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

Odpowiedź prześlij na
bladmalarski@gazetalekarska.pl
do **15 listopada 2014 r.**

W temacie maila należy wpisać GL11.
Proszę nie zapomnieć o podaniu danych kontaktowych (imię i nazwisko, adres, telefon).
UWAGA - jedna osoba może przesłać jedną odpowiedź.

Dla jednej z osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi, **Hotel Prezydent******

Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju

ufundował voucher obejmujący m.in.:

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



NAGRODZENI Z „GL” 10/2014

Voucher do Hotelu
Prezydent**** Medical SPA & Wellness
w Krynicy-Zdroju otrzymuje
Alan Błotniak
Gratulujemy!

ROZWIĄZANIE ZAGADKI

Z „GL” 10/2014

Obraz oryginalny: a

Diagnoza

Seneb cierpi na karłowatość. Karły były darzone w kulturze egipskiej szacunkiem, niski wzrost nie był traktowany jako niepełnosprawność czy kłująca w oczy inność. Nawet wśród egipskich bogów istnieją karły: Ptah, odpowiadający za odmiładzanie i regenerację, oraz Bes, opiekunka kobiet i dzieci, czuwająca nad narodzinami i seksualnością.

Szczegóły różniące obrazy

1. Zmiana gestu rąk żony, ręce ułożone na kolanach.

Więzi rodzinne zaznaczane były w sztuce egipskiej niezwykle często właśnie przez gesty rąk i objęcia, sugerujące bliskie relacje przedstawianych osób. Pozbawienie męża czulego objęcia żony pozbawiłoby posążek jego intymnego charakteru.

2. Bardziej zaznaczony makijaż oka u obu głównych postaci.

Charakterystyczny egipski makijaż oka stosowano zarówno u kobiet, jak i mężczyzn. Był on bardzo istotną częścią życia Egipcjan, makijaż oczu pełnił jednocześnie funkcje religijne, nawiązując do oka boga Horsa, a także lecznicze, wiercono bowiem, że zapobiega chorobom oczu, jak i czysto estetyczne.

3. Obniżenie ciała Seneba, głowa na wysokości ramion żony.

Niski wzrost Seneba zaznaczono dyskretnie, niemalże maskując go przyjętą przez niego pozycją siedzącą. Nie bez przyczyny zadbane o to, by głowy małżonków były na jednym poziomie.

4. Zmiana bledszego koloru skóry dzieci na bardziej brązowy.

W sztuce egipskiej kolor skóry służył do oznaczenia płci, kobiety przedstawiano jako te bledsze. Gdyby więc zmienić kolor skóry jednego z dzieci na ciemniejszy, dawałoby to do zrozumienia, że Seneb miał dwóch synów, a nie córkę i syna.



Posążek
„Seneb z żoną”,
IV Dynastia, Egipt,
Muzeum w Kairze



**Anna
Trzcńska**

Laureatka
II miejsca
w Konkursie
Literackim
„Przychodzi
wena do lekarza”
(2014) w kategorii
„Poezja”

Jak Cię uczynić szczęśliwym

Spędzam swoje życie
na prozaicznych rzeczach.
Piorę przeszłość w przyszłej wodzie
I prasuję czas na lepsze.

Zmywam po posiłkach. Układam na półce niegrzecz-
ne szklanki.
I zapadam w sen, co czyści grzechy z wczoraj.
Wciąż to samo.
Ten sam czas. Te same wnętrza,
w których mieszkają wątpliwości.
Ten sam czas.
Mierzwi siwe włosy na głowie dziewczynki.

Co dzień, przez te same dwadzieścia cztery godziny,
Ceruję przetarte szlaki na przechodzonych
skarpetach.

Znów w napastkach zwycięski szampan.
Na pokłute palce.
Nie odkryłam szczepionki przeciw HIV
ani nowej koncepcji schizofrenii.
Nie nakarmiłam głodnych plemion,
ani nie pomogłam Tobie.
Nie wiem. Lata straciłam na niewiedzeniu.
Nie wiem, co Ci mogę dać,
jak Cię uczynić szczęśliwym. ■

Ona i On

Jego los. Fascynujący skromny człowiek.
Codziennie służy innym.
Zaspokaja swoje ambicje i to najlepsze, co ma.
Sypia ze spokojnym uśmiechem.
Odbija się cały wielki świat w błysku jego oka.
Niepokój pożądania w nim.
Koszące spojrzenie uciekających przed zapatrze-
niem oczu.
Ile ma czasu dla mnie? Jak wiele chce zabrać z mojej
samotności?

Ona. Jej świat.
Pozbierany, uczesany.
Swobodna moc.
Pierwszy poranny łyk wody dedykuje światu.
Potem splukuje pod prysznicem resztki zbawczej mi-
sji z poprzedniego dnia.
Niepokój w niej. Niepokój samotności.
Przestrach dławiącego strachu.
Strachu przed codziennymi niedopowiedzeniami.
Przemilcza jego niespokojne spojrzenia.

On. Niepoprawny optymistą.
Niezrozumienie dla świata postanawia przeczekać.
Może samo się wyjaśni.
Romanse się zdarzają, ale nie w jego świecie.
On wie, że istnieją. Jak przepowiednie.
Sam kochał może jedną, może dwie, może nikogo
jeszcze.
Miłość to dla niego wybór.

Ona. Są chwile, które traktuje mniej poważnie.
Wtedy uśmiecha się do siebie, bo spełnia się jej sen.
Podsuwa jemu serwetkę, przynosi sól,
szuka parasola, zastyga przy trudnych rozmowach,
opowiada o idealnym świecie z dziecięcą szczer-
ością.
Miłość dla niej jest sensem życia.
Jednemu dała serce, rękę i całe swoje życie. Jej wola
jest powołaniem.

On. Niepewnie słucha pytań o uczucia.
Ona. Niepewnie pyta. ■

Przez wziernik aparatu

19 października w Klubie Lekarza łódzkiej OIL odbył się doroczny wernisaż Ogólnopolskiej Wystawy Fotograficznej Lekarzy. Łódzka wystawa zainicjowała tego typu przedsięwzięcia organizowane przez samorząd lekarski. Obecnie w kilku izbach odbywają się prezentacje prac lekarzy zatrzymujących obrazy i wydarzenia w obiektywach. W tym roku w neorenesansowej willi na ulicy Czerwonej swoje prace przedstawiło 15 lekarzy i lekarzy dentyków z Łodzi, Jędrzejowa (Świątokrzyska Izba Lekarska), Lipnicy (OIL w Gdańsku), Olsztyna, Pabianic, Piasków/k. Warszawy, Poznania, Tarnowa, Tomaszowa Mazowieckiego i Warszawy.

Jury w składzie: przewodnicząca Leokadia Bartoszek (prezes Związku Polskich Artystów Fotografików Okręgu Łódzkiego) oraz Mirosław Ptycia (prezes Związku Polskich Artystów Plastyków Okręgu Łódzkiego) i Sławomir Grzanek (prezes Łódzkiego Towarzystwa Fotograficznego) przyznało następujące nagrody: Złoty Obiekt

otrzymał Jerzy Ratajski, Srebrny Obiekt trafił do Wojciecha Dyka, a Brązowy otrzymała Katarzyna Olszewicz. Przyznano także trzy równorzędne wyróżnienia, otrzymali je: Jolanta Bratek, Adrian Kostulski i Łukasz Wroński.

Złoty, Srebrny i Brązowy Obiekt to medale wykonane przez metaloplastyka Tomasza Wojtowicza, nagrodzeni otrzymali także albumy ufundowane przez Związek Polskich Artystów Plastyków oraz kronikę OIL w Łodzi. Wszystkim uczestnikom wystawy okolicznościowe dyplomy wręczył prezes ORL w Łodzi Grzegorz Mazur. Tematyka prac była bardzo różnorodna. Mniej niż zwykle było krajobrazów przypominających urlopowe wyjazdy, za to znacznie więcej przemysłowych fotografii, świadczących o profesjonalnym wręcz przygotowaniu autora. Przykładami mogą być zdjęcia zwycięzcy konkursu. Przewodnicząca jury podkreślała wysoki poziom większości prezentowanych prac. ■

**Ryszard
Golański**

FOTO: Sławomir Grzanek



Jerzy Ratajski
– Złoty Obiekt



Wojciech Dyk
– Srebrny Obiekt

Więcej zdjęć w „Gazecie
Lekarskiej **PREMIUM**” na
www.gazetalekarska.pl.

Premium



Surgeons in Action

Mamy przyjemność zawiadomić, że dr Marek Stankiewicz również w tym roku znalazł się wśród laureatów prestiżowego, międzynarodowego konkursu fotograficznego „URBAN PHOTOGRAPHER OF THE YEAR 2014” jako jedyny przedstawiciel Polski. To już siódma edycja konkursu.

W tym roku mottem było „Cities At Work” (Miasta

przy pracy). Zgłoszono 11,5 tys. prac z 79 krajów. Zdjęcie nosi tytuł „Surgeons in Action” (Chirurdzy w akcji) i zostało nagrodzone w kategorii „24 Hourly Winners” jako 03:00 hours winner. To jedyna praca tematycznie związana z medycyną i ochroną zdrowia.

Gratulujemy! ■

Pełna galeria nagrodzonych prac jest dostępna na www.cbreupoty.com.



Marek Stankiewicz „Lekarze w akcji”

FOTO: Marek Stankiewicz

Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi
na wniosek Literackiej Grupy Nieformalnej, działającej przy Łódzkim Klubie Lekarza

ogłasza V Ogólnopolski KONKURS LITERACKI pod hasłem „Tu i teraz”

Organizatorzy serdecznie zapraszają do udziału wszystkich lekarzy i lekarzy dentyistów oraz studentów uczelni medycznych, którzy amatorsko zajmują się twórczością poetycką lub prozatorską. Każdy uczestnik może zgłosić na konkurs 3 wiersze lub utwór prozatorski, nieprzekraczający trzech stron arkusza formatu A-4 (wydruk z interlinią i marginesami). Teksty – w czterech egzemplarzach, podpisane godłem – należy przesłać najpóźniej do **15 lutego 2015 r. pod adres: Okręgowa Izba Lekarska 93-005 Łódź, ul. Czerwona 3 (z dopiskiem na kopercie KONKURS LGN).**

UWAGA: na kopercie nie można umieszczać nazwiska autora ani adresu zwrotnego.

Do zestawu tekstów koniecznie trzeba dołączyć zaklejoną kopertę, opatrzoną tym samym godłem, w której znajdzie się imię i nazwisko autora, jego adres pocztowy oraz numer telefonu kontaktowego (ew. także adres e-mail).

Zgłoszone utwory będą oceniane przez jury w dwóch kategoriach: oddzielnie prozy i poezji. Przewidziane są nagrody rzeczowe: dwie pierwsze, dwie drugie i po dwa wyróżnienia.

Uroczyste zakończenie konkursu odbędzie się w niedzielę, 19 kwietnia 2015 r. o godz. 17.00 w salach Klubu Lekarza OIL w Łodzi, przy ul. Czerwonej 3. Laureaci zostaną powiadomieni indywidualnie.

Wszelkich informacji – również dot. noclegów – chętnie udzieli p. Iwona Szelewa w sekretariacie OIL lub pod numerem tel. 42 683 17 01.

Motocykle i Medycyna – 10 lat z DoctoRRiders

W ostatnich dniach sierpnia odbył się pierwszy w Słoku koło Bełchatowa, a dziesiąty już w historii, Ogólnopolski Zlot Motocyklowy Lekarzy „DoctoRRiders”. Miał on szczególny przebieg, a przygotowania do tej jubileuszowej imprezy trwały wiele miesięcy.

Organizacji tego wydarzenia podjął się Grzegorz „Prezes” Krzyżanowski, gdyż lubi wyzwania. Głównym celem było uczczenie „rajdersów” skupionych w kochanym „starusku” – jubilationie, czyli w Klubie „DoctoRRiders”. Czy wszystko wypaliło? Według opinii, jakie można było usłyszeć po spotkaniu, jak najbardziej tak.

Niemalym wyzwaniem było pokonanie wyznaczonej trasy: ze Słoka do Łodzi, a potem parada ulicą Piotrkowską. Dzięki Elżbiecie Sadurze, Sławkowi Waszczukowi, pabianickiej policji i szczęściu, udało się z sukcesem pokonać drogi E-8 i E-14, a także główną ulicę Łodzi od Placu Wolności do ul. Tuwima. O tym, że był to przejazd wyjątkowy, świadczą jego opisy, jakie znalazły się na forum:

„Bardzo, bardzo emocjonującym dla mnie momentem był oczywiście sobotni wyjazd. Niesamowite przeżycie, którego nie umiem opisać słowami (...) Mam ciągle przed oczami widok, który mi zaparł dech w piersiach, mianowicie wjazd na drogę szybkiego ruchu i potem filmowanie całej, wielokilometrowej kolumny z góry. Tu ukłon w stronę Policji, która (...) świetnie nas eskortowała razem z cornerami. Wy, widać jak bardzo zgrani w obstawianiu kolumny, byliście bardzo widowiskowi na trasie. Super!!!” ■

Obszerna relacja
i fotoreportaż
w Aktualnościach
na www.gazetalekarska.pl.

Aktualności



Michałki – najstarszy wielkopolski maraton MTB

20 września do Wielonia zjechało 596 zawodników i ponad 160 dzieci biorących udział w zawodach rowerowych. Wśród rzeszy zapaleńców wystartowało 38 lekarzy i 23 osoby reprezentujące inne zawody medyczne. Wyścig o tytuł Mistrza Polski Lekarzy rozgrywany był na trasie 57 km. Do wyboru uczestnicy Michałków mieli jeszcze dwa dystanse: 100 km i 34 km.

Tytuły wywalczyli: Agnieszka Zarzeczna z Warszawy, Dorota Zozulińska-Ziółkiewicz z Lubonia, Maciej Karaczun ze Szczecina, Bartłomiej Krzewiński z Leszna, Tomasz

Kaczmarek z Wielonia, Janusz Plesiewicz z Wałcza. Wręczono również piękną statuetkę dla najbardziej zaawansowanego startującego lekarza – dra Wojciecha Przybylskiego z Wrześni. Królowie rywalizacji open dystansu 100 km to Magdalena Hałajczak i Andrzej Kaiser. ■

Tomasz Kaczmarek

Lekarze kolarze z prezesem WIL,
Krzysztofem Kordelem.

Obszerna relacja
w Aktualnościach
na www.gazetalekarska.pl.

Aktualności



Twarze, twarze

Czas toczy swe koła po zegarze

Prawda w oczy

Kiedyś mnie Panie wskażesz

Skoro już tak jak w walizkę

W pamięć włóż

Te wszystkie twarze bliskie!

Jan Wolek

Istotą skłania do refleksji, do wspomniania osób, także spoza bliższej i dalszej rodziny, z którymi przyszło nam dzielić kawałek historii swojego życia. Zanim odeszli, byli naszymi koleżankami i kolegami, może przyjaciółmi, z pewnością współpracownikami, czasem mistrzami i szefami lub wręcz autorytetami.

Wyobrażam sobie, że w tym miejscu z zakamarków pamięci każdego Czytelnika wyłaniają się kolejne postacie, nad którymi w ostatniej drodze pochylaliśmy głowę, zapalaliśmy znicze, składaliśmy uroczyste kwiaty, ale przecież na ich grób już nigdy nie wrócimy. Wyobrażam sobie, że mocniej uderza serce, gdy uświadomimy sobie, że u części tych, którzy odeszli, nawet na pogrzebie nie byliśmy, bo inne obowiązki, najczęściej przyjęcia umówionych wcześniej pacjentów albo odległość innego miasta, albo wręcz własna niedyspozycja czy choćby słońce, czy mróz siarczasty zatrzymały nas wówczas w domu, szpitalu, na urlopie. Wyobrażam sobie, jak przemyka myśl wielu z nas o dawnych profesorach i pytanie, że może część z nich jeszcze żyje, ale szybkie działania matematyczne raczej nie pozostawiają złudzeń.

„Przychodzimy, odchodzimy, leciuteńko na paluszkach”.

W nekrologach i okolicznościowych notach, w wydrukach mów pogrzebowych znajduję stereotyp żalu, pogrążenia w smutku, pośpiechu, by „...kochać ludzi, co tak szybko odchodzą”. Słowa poszukują wzruszeń, przywołują obrazy przeszłości, sukcesy, radości, pasję, oddanie rodzinie i pracy, poświęcenie dla idei, walkę o lepszy świat. Nie zawsze potrafimy oddać celnie i żal, i smutek. A przecież tak wiele zawdzięczamy naszym poprzednikom. To prosta, niekoniunkturalna wdzięczność za wszystko.

Środowisko lekarskie przekazuje sobie z pokolenia na pokolenie wiedzę, która wciąż pozwala śnić o nieśmiertelności. W starożytnych pismach, recepturach i poradach znajdujemy ślad własnej drogi, początek marzenia o cudownym uzdra-

wianiu. Traktaty, podręczniki, artykuły w najświetniejszych czasopismach utrwalały nazwiska prymusów. Lokalna prasa, oddziały towarzystw naukowych, izby lekarskie na obrzeżach wielkiej medycyny, wspominają zwykłych, szeregowych lekarzy, którzy codziennie troszczyli się o zdrowie społeczności wiosek, miasteczek i metropolii. Niezliczone historyczne publikacje, nazwy ulic, wypominki pamięci, przywracają płomieniem świecy twarze ze starych fotografii i z niedawnego sporu w gabinecie lekarskim.

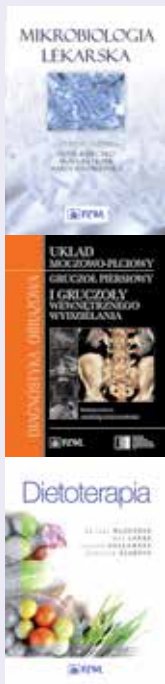
Czasem zawstydzona łza zakręci się w oku, a tu życie toczy się dalej...

Mimo codziennej gonitwy wspomnijmy lekarzy i lekarzy dentystów, którzy reprezentowali NAS w Naczelnej Izbie Lekarskiej w latach 1989-2014 i odeszli na wieczny dyżur. Można wstać i szepnąć modlitwę w nadziei, że szykują nam miejsce na ponowne widzenie: Krystyna Adamczewska + Janusz Andruszkiewicz + Krystian Blok + Janusz Bugaj + Edward Chruszcz + Tadeusz Chrusciel + Wojciech Cieślik + Lech Czarnecki + Anna Czubasiewicz + Tadeusz Dzido + Andrzej Fortuna + Irena Głowaczewska + Piotr Golusiński + Roman Hajzik + Leszek Halicki + Iwona Jakób + Zbigniew Jędrzejewski + Włodzimierz Józefowicz + Janusz Kaczmarzyk + Anna Kaczurba + Stanisław Kamiński + Bogumił Kilian + Maria Klimowicz + Piotr Kolasiński + Jan Kondratowicz-Kucewicz + Ewa Kopacz + Jan Kowalczyk + Jacek Kubiak + Jerzy Kurkowski + Jarosław Lewicki + Anna Mackiewicz + Leszek Macura + Jerzy Mazur + Jerzy Moskwa + Jerzy Pasadyn + Maciej Pasięka + Jerzy Pietrzycki + Andrzej Prok + Krystyna Rejminiak + Stanisław Rzeczycki + Władysław Sidorowicz + Ryszard Siemiński + Andrzej Smela + Aleksander Stachura + Stanisław Zamecki + Juliana Starke-Kronfeld + Barbara Śmiechowska + Anna Trzcińska-Thierry + Tomir Vitali + Edward Witek + Lech Wróblewski + Aleksandra Wysocka + Janusz Zakrzewski + Zbigniew Ziemiński + Zbigniew Żak + Sit eis terra levis + niech im ziemia lekką będzie! ■

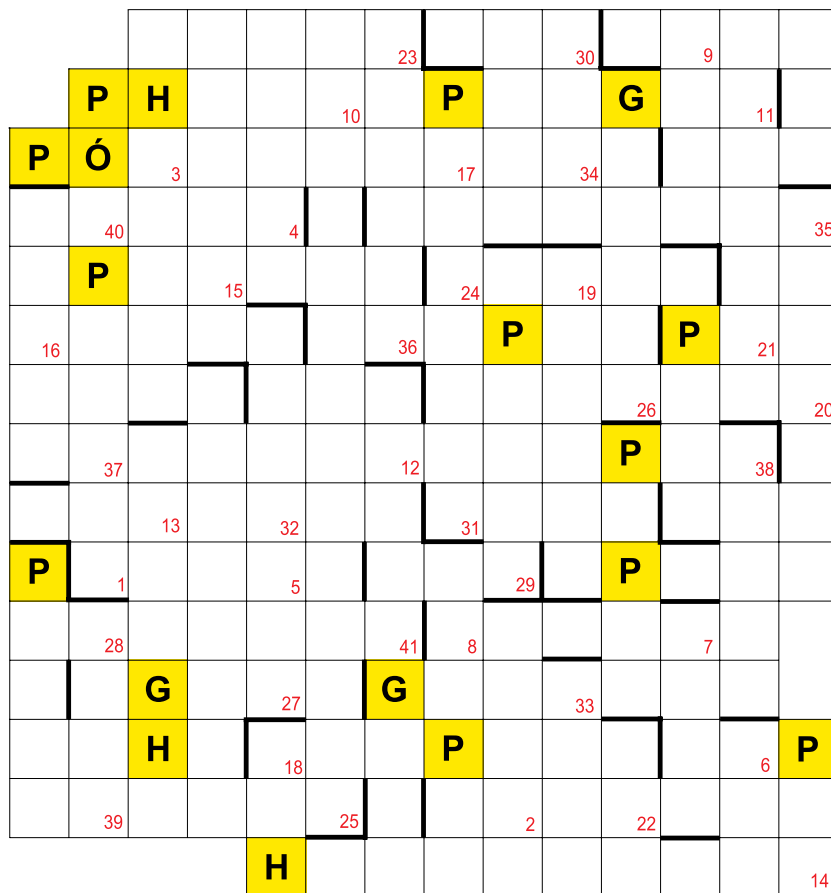


**Jarosław
Wanecki**

Przewodniczący
kolegium
redakcyjnego „GL”



Objaśnienia 68
hasel podano
w przypadkowej
kolejności. W dia-
gramie ujawniono
wszystkie litery:
G, H, Ó i P. Na
ponumerowanych
polach ukryto 41
liter hasła, które
stanowi rozwią-
zanie. Należy je
przesłać na karcie
pocztowej lub
e-mailem na adres
redakcji do 10
grudnia 2014 r.
Wśród autorów
prawidłowych roz-
wiązań rozlosujemy
nagrody książkowe
(prosimy o podanie
specjalizacji).



Rozwiązanie Jolki
lekarskiej nr 200
(„GL” nr 8-9/2014)
Kto nic nie robi, ma
wielu pomocników.
Lew Tolstoj.

Nagrody otrzymują: Jan
Kondratowicz (Olsztyn),
Antoni Zgrzybłowski
(Bydgoszcz), Aleksan-
dra Budyńko (Gdynia).
Fundatorem nagród jest
Wydawnictwo Lekarskie
PZWL, www.pzwl.pl. Na-
grody prześlemy pocztą.

* ma na celu rehabilitację ruchową * imię Picassa * ptasi zwany świńską trawą * takt silnika * jezioro z Syr- i
Amu-darią * dla tabakierzy * prezydent Syrii * największe miasto świata 2,5 tys. lat temu * muchomor (łac.) *
drewniane wiadro * wyspa z Nakskov * pani z gibbus * liga Gortata * grecki igrek * uchodzi w Emden * patron
złotego wieku Aten * tania buda z mięsem * Szkot, wynalazca narzędzi położniczych * numer podatnika *
przynies piesku! * somatotropina * obniża o półton * płynie w Bad Ems * jurny koń * w jaskini czubkiem
na górę * sławny hrabia wojsk Karola Wielkiego * patron jednej z leptospiroz * poziomość mórz i jezior * dymi nad
Katanią * kość łokciowa (łac.) * Piłsudski dla bliskich * angielski rozkwit * zoster * starożytny kraj na wsch. od M.
Martwego * drewniany młotek ciesielski * w rosale z selerem * nakręcił „Bullitt” * paradoks, trudność logiczna *
metoda mierzenia ciśnienia osmotycznego wewnętrznego * gród nad Dnieprem w obwodzie witebskim, gdzie
zwyciężaliśmy 3 razy * akademicki Zeus * porażenie przepony (łac.) * nowość, przebój * tubylcy z Filipin * jeleń
wschodni * partia Róży Luksemburg * członek Izby Lordów * twórca ośrodka psychologii rozwojowej w Yale
* nieprofesjonalny miłośnik * hinduska kropka na czole * Hiszpania dla Anglika * premier Japonii (1885-1901)
* lekarska lub sorry wytrzeźwień * starożytny okrągły wieże kamienne z Malty i Sycylii * gaduła * leśna żyrafa
* chilijska Wisła * krzew derenia * nerwiak (łac.) * „... Król czyli Polacy” * utwór o miłości * tętnica główna * w
hrabstwie Cheshire z zakładami Rolls-Royce’a * kara różgą * hemisyncope * borowina, bagnisko * trzeba *
schabowy

BJER

Wydawca:

Naczelna Rada
Lekarska



Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład: 165 300 egz.

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

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

Zastępca redaktora naczelnego:
Marta Jakubiak
Tel. 608 316 248
m.jakubiak@gazetalekarska.pl

Dziennikarze:
Lucyna Krysiak
Tel. 696 48 70 38
l.krysiak@gazetalekarska.pl
Lidia Sulikowska, Tel. 668 854 344
l.sulikowska@gazetalekarska.pl

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

Stale współpracują:
Artur Andrus (Warszawa)
Jerzy Badowski (Olsztyn)
Sławomir Badurek (Toruń)
Jarosław Klimek (Łódź)
Anna Lella (Olsztyn)
Agata Morka (Warszawa)

Sławomir Pietras (Poznań)
Małgorzata Serwach (Łódź)
Joanna Sokółowska (Płock)
Maria Domagała (Warszawa)

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

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

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

Projekt i opracowanie graficzne:
Grzegorz Sztank

Druk: Drukarnia Quad/Graphics
Europe Sp. z o.o.

Miesięcznik został wydrukowany na
papierze ekologicznym Ultra LUX
semigloss 60 g/m², posiadającym
certyfikat FSC oraz PEFC,
wyprodukowanym przez
LEIPA GEORG LEINFELDER



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