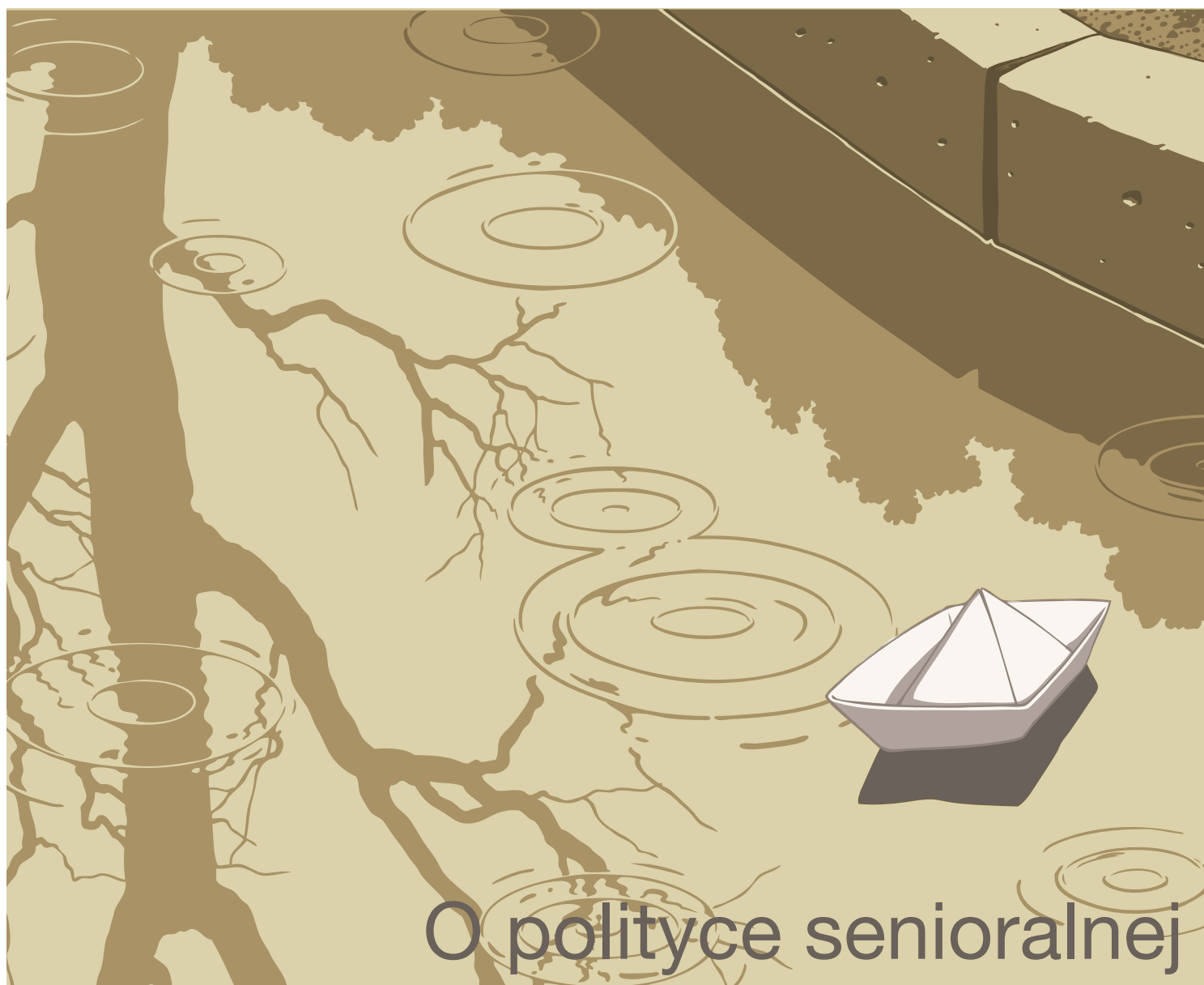


Gazeta Lekarska

PISMO IZB LEKARSKICH



O polityce senioralnej

26

Stomatologia

Przywróćmy stomatologii właściwe miejsce

37

Reportaż

Kur nie przynoszą

48

Ochrona zdrowia na świecie

Na pomoc uchodźcom

Spis treści



19



26



42



50

- 4 **Wspomnienie**
- 6 **Na wstępie / R. Golański:** Po owocach ich poznać
- 8 **Pierwszym głosem / M. Hamankiewicz:**
Warto dochodzić swoich racji
- 9 **Skrining**
- 12 **Obserwacje / S. Badurek:** Nie tędy droga
- 14 **Temat miesiąca:** Na serio o polityce senioralnej
- 18 **Nasi w Europie / R. Krajewski:** UEMS w Warszawie
- 19 **Rozmowa o zdrowiu:** Nie testujemy na żywym
- 22 **Samorząd:** OC w składce na samorząd lekarski
- 24 **Samorząd:** Polak ponownie szefem UEMS!
- 25 **Punkt widzenia / J. Małmyga:** Listopadowe marzenia
- 26 **Stomatologia:**
Przywróćmy stomatologii właściwe miejsce
- 28 **Stomatologia:**
Promieniowanie jonizujące – łagodzenie przepisów
- 30 **Prawo i medycyna:** Informacja o stanie zdrowia
pacjenta udzielana osobom bliskim
- 32 **Kodeks Etyki Lekarskiej:**
Prawa człowieka i godność zawodu lekarza
- 34 **Lekarskie towarzystwa naukowe:**
Zdrowie dzieci naszym wspólnym dobrem
- 37 **Reportaż:** Kur nie przynoszą
- 42 **Praktyka lekarska:** Uchodźcy. Jakim kosztem?
- 44 **Praktyka lekarska:** Nobel 2015
- 46 **Historia i medycyna:** 25 lat Polskiego
Stowarzyszenia Medycznego na Litwie (PSML)
- 47 **List do redakcji:** Seniorzy odpoczywali w Rabce-Zdroju
- 48 **Ochrona zdrowia na świecie:** Na pomoc uchodźcom
- 50 **Indeks korzyści:** Lekarze są jacyś inni
- 52 **Z dwóch stron sceny / S. Pietras:**
Geneza chopinowskiego święta
- 53 **Recenzja:** Dyplomaci pisali listy...
- 54 **Z dwóch stron sceny / A. Andrus:** Niczym ginekolog
- 56 **Błąd malarski:** Na rogu
- 58 **Kultura:** Szara Mysz leci w kosmos
- 58 **Sport**
- 59 **Ogłoszenia**
- 64 **Komunikaty**
- 65 **Epikryza (55) / J. Wanecki:** PTL 1805-2015
- 66 **Jolka lekarska**

1.11

Od początku listopada Polska będzie miała program leczenia WZW C na światowym poziomie! Minister Zdrowia podjął decyzję o refundacji kolejnych dwóch leków przeciw wirusowi HCV. Więcej w dziale Medycyna na www.gazetalekarska.pl.

Współpraca

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku będzie prowadził badania nad ludzkim genomem wspólnie z Amerykanami. Na czym polega przełomowość tego projektu? Więcej w dziale Wydarzenia na www.gazetalekarska.pl.

37 tys.

Tyłu Polaków co roku umiera z powodu czterech ciężkich chorób płuc: raka płuca, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, astmy i samoistnego włóknienia płuc. Jak je leczyć? Jak im zapobiegać? Więcej w dziale Medycyna na www.gazetalekarska.pl.

17 mld zł

Na taką sumę oszacowano straty polskiej gospodarki z powodu nowotworów złośliwych w 2013 r. (są to koszty pośrednie spowodowane przedwczesnymi zgonami, niezdolnością do pracy czy zaangażowaniem opiekunów nieformalnych). Więcej w dziale Wydarzenia na www.gazetalekarska.pl.

Halina Porębska (1937-2015)

Anna
Lella

*Jest taka noc
gdy odchodzą poeci
na miasto spada milczenie
jakby wszystkie słowa
pobiegły za nią, gdziekolwiek poszła...*
(HP)

Wielkie pióro zatknięte w zgrabnej, delikatnej dłoni... Starannie ważyła słowa, nie dla samego słowa, ale dla jego treści. Halina Porębska (1937-2015). Wspaniały lekarz dentysta, oddany pracy społecznikowskiej członek Naczelnej Rady Lekarskiej i wiceprezes Okręgowej Izby Lekarskiej w Gdańsku, aktywna działaczka Komisji Stomatologicznej NRL (sekretarz KS NRL w V i VI kadencji), delegatka na Krajowy Zjazd Lekarzy, uhonorowana m.in. odznaczeniem Meritus Pro Medicis, w samorządzie lekarskim od początku jego istnienia. Tracimy nie tylko wybitnego członka społeczności lekarskiej, ale również prawego, zawsze gotowego do pomocy człowieka.

Przez wiele godzin i na wielu stronach można byłoby opowiadać o Halince, wymieniać jej zasługi dla środowiska lekarskiego. Jaka była, ile znaczyła dla innych, jak wielką pozostawiła pustkę po sobie, niech świadczą słowa tych, którzy ją znali:

*Serdeczna, mądra, pełna ciepła i skromności Ko-
leżanka... Żegnamy Wspaniałego Człowieka, Poetkę,
działacza samorządu lekarskiego, będzie nam bardzo
brakowało Jej ciepła i mądrości... Niezwykle oddana
swojej pracy i działalności w samorządzie lekarskim...
Człowiek jest bezradny wobec spraw ostatecznych. Nie
wymyślono jeszcze słów oddających żal i smutek... Ha-
linko, jak mamy się teraz znaleźć bez Ciebie, pozbawieni
Twojej kultury, taktu i mądrości...? Zostaniesz w naszej
pamięci, choć sama jesteś gdzieś tam... i już jesteś tyl-*

*ko wspomnieniem, Halinko – w sercach na zawsze. Spij
spokojnie... Trudno zebrać myśli i trudno się pogodzić,
że Halinki nie ma już wśród nas, że jest już tylko pięknym
wspomnieniem... Podziwiałem zawsze Jej mądrość
słów, którym towarzyszyła powściągliwość i skromność
jednocześnie... Miała zawsze tak wiele ciepła i wrażli-
wości, które emanowały na innych przy każdym, nawet
najkrótszym spotkaniu. Jej obecność łagodziła napię-
cia, przesyłała potrzebą refleksji i dystansu do tego,
co nie powinno zaprzątać myśli. Pozostawiła nam tak
wiele... i wierzę w to, że swoją mądrością będzie z nami
zawsze... Smutek, żal... – trudno wyrazić słowami, co
czuję po odejściu tak prawego, dobrego i szlachetnego
Człowieka, jakim zawsze była Halina. Z trudem też przy-
chodzi mówić „była”. Ona jest i pozostanie z nami na za-
wsze... Wszyscy wiemy, jaka była Halinka, a więc smu-
tek tym większy... Będzie jej brakowało w Radzie, jej
pogody ducha, wiedzy i życzliwości. Pozostanie w na-
szej pamięci... Zabraknie nam Jej spokojnego głosu,
tonu łagodzącego emocje i przykładnej rozwagi. Wiel-
ki człowiek w ciele wątłej kobiety, prawdziwa dama...
Całym sercem była oddana polskiej stomatologii. Jako
lekarz dentysta i koleżanka była i jest bardzo ceniona
w środowisku lekarskim. Cieszyła się powszechnym
szacunkiem i autorytetem... Tracimy nie tylko wybitne-
go członka społeczności lekarskiej, ale również prawe-
go, zawsze gotowego do pomocy człowieka...*

Halinko, będzie nam Ciebie bardzo brakowało.

Halina Porębska, spec. stomatologii zachowawczej, absolwentka Wydziału Stomatologicznego AM w Gdańsku '66.

Była czynnym członkiem Komitetu Organizacyjnego reaktywujących się Izby na terenie Gdańska i województwa. W pracach I Komisji Legislacyjnej NRL brała udział od pierwszego dnia jej powstania. Była w ścisłym zespole tworzącym projekt ustawy o zawodzie lekarza oraz współautorem ustawy o izbach lekarskich. Aktywnie uczestniczyła w pracach zespołu negocjującego z Ministerstwem Zdrowia założenia, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i sprzęt praktyki stomatologicznej. Brała udział w tworzeniu i opiniowaniu prawa medycznego oraz organizacji rejestrów Okręgowych Izby Lekarskich.

Jej zaangażowanie legislacyjne było skierowane do lekarzy praktyków, porządkowała i ułatwiała życie swoją pracą poprzez klarowne wykładanie prawa, tworzenie zwięzłych, zrozumiałych opracowań, publikacje zawierające praktyczne porady dla lekarzy, oparte o obowiązujące w tym czasie przepisy. Chętnie dzieliła się wiedzą.

Całym sercem była oddana polskiej stomatologii. To Ona tworzyła historię. Wystarczy wspomnieć choćby pamiętny rok 1979, kiedy doszło do „Protestu gdańskiego” – pierwszego przejawu świadomego działania lekarzy dentyków w obronie godności zawodu i poczucia przynależności do środowiska lekarskiego. Rok później podjęto działania zmierzające do umocnienia zawodu lekarza dentystry i wzmocnienia jego pozycji (załącznik nr 10 do protokołu zawartego pomiędzy Komisją Rządową a Delegacją Pracowników Służby Zdrowia z NSZZ „Solidarność” w Gdańsku, listopad 1980 r.).

Działalność samorządowa stała się Jej obsesją, powinnością, hobby, choć nie wyłącznym i jedynym. Zawsze znajdowała czas na pracę charytatywną dla starszych, samotnych osób.

Kochała poezję, sama ją tworzyła. Debiutowała w 1998 r. tomikiem „Gry Planszowe”, w którym znalazły się wiersze zebrane z wielu poprzednich lat. Potem kolejne wydania zbiorowe i indywidualne, wieczory poetyckie. Była członkiem Unii Polskich Pisarzy Lekarzy i członkiem honorowej organizacji Akademii Pierre Faucharda – Sekcja Polska.

Łączyła w sobie nieprzeciętną inteligencję z ogromną wiedzą i pracowitością. Była doskonałym partnerem w pracy, kreatywnym cenzorem, który recenzował, nie podcinając skrzydeł. Uczyla nas nieustannie.

Lubiła tańczyć, kochała życie. Z chorobą walczyła z wielką godnością i odwagą. Miała plany, których okrutny los nie dał Jej zrealizować.

Żegnamy Lekarza, Człowieka o wielkim sercu, autorytet. To ogromna strata dla polskiej stomatologii. ■

Z wielkim żalem przyjąłem wiadomość,
że z grona Naczelnej Rady Lekarskiej

odeszła Pani Doktor

Halina Porębska

serdeczna, mądra, pełna ciepła i skromności Koleżanka
Lekarz stomatolog Okręgowej Izby Lekarskiej w Gdańsku,
członkini Naczelnej Rady Lekarskiej,
aktywna działaczka Komisji Stomatologicznej NRL

Rodzinie, Bliskim, Współpracownikom

oraz wszystkim,

którzy mieli szczęście spotkać Panią Doktor na swej drodze

składamy wyrazy szczerego współczucia.

Halinko, będzie nam Ciebie bardzo brakowało...

*Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Maciej Hamankiewicz
wraz z Naczelną Radą Lekarską*

Z głębokim żalem
przyjeliśmy informację
o śmierci

Kol. Haliny Porębskiej

Członka Komisji
Stomatologicznej NRL
łącząc się w żalu, składamy

RODZINIE

wyrazy głębokiego współczucia

Przewodnicząca Komisji

Stomatologicznej NRL

Agnieszka Ruchała-Tyszler

wraz z Członkami Komisji

Stomatologicznej NRL

Naszemu Koledze

Ryszardowi Golańskiemu

składam wyrazy współczucia
i niewysłowionego smutku
z powodu śmierci

Żony

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej

Maciej Hamankiewicz,

wraz z Naczelną Radą Lekarską

Szanownemu Koledze

dr. n. med. Ryszardowi Golańskiemu

redaktorowi naczelnemu

„Gazety Lekarskiej”

wyrazy szczerego współczucia
i słowa wsparcia
z powodu śmierci

Żony Bożeny

składa w imieniu okręgowych izb lekarskich

Przewodniczący

Konwentu Prezesów

Okręgowych Rad Lekarskich

Życie nie kończy się wraz ze śmiercią, trwa dopóki pamiętamy

Doktorowi Ryszardowi Golańskiemu

redaktorowi naczelnemu „Gazety Lekarskiej”

wyrazy szczerego współczucia z powodu śmierci

Żony Bożeny

składa *Redakcja i Kolegium Redakcyjne „Gazety Lekarskiej”*

oraz

redaktorzy naczelni i współpracownicy biuletynów izb lekarskich w Polsce

W tych trudnych chwilach jesteśmy z Tobą całym sercem



**Ryszard
Golański**

Redaktor
naczelny „GL”

Po owocach ich poznać

Przez dwadzieścia pięć lat od chwili reaktywowania izb lekarskich władza państwowa, a szczególnie Ministerstwo Zdrowia, częściej traktowały samorząd zawodowy lekarzy jako przeciwnika niż partnera.

W toku kampanii wyborczych często mogliśmy usłyszeć, że lekarze to grupa zawodowa ważna społecznie i opinotwórcza, ale dla polityków liczy się liczebność, potencjalna liczba głosów. Dlatego najważniejsi są pacjenci, bo to są miliony głosów. Z punktu widzenia kandydata na posła czy senatora, z zawodów medycznych ważniejsze są pielęgniarki, bo jest ich trzykrotnie więcej niż lekarzy. Nasze zapewnienia, że część naszych postulatów, dotyczących zmian w funkcjonowaniu ochrony zdrowia w Polsce to troska o dobro pacjenta, puszczane były mimo uszu albo złośliwie komentowane. Trudno przekonać władzę, państwową i samorządową, że warunki, w jakich pracuje lekarz oraz atmosfera tej pracy towarzysząca, mają ogromny wpływ na przebieg i wyniki leczenia. Przedstawiani jesteśmy jako grupa zawodowa dbająca wyłącznie o własne interesy, zwłaszcza materialne. Jest oczywiste, że każde z nas oczekuje satysfakcjonującego wynagrodzenia za dobrze wykonaną pracę, po to przecież pracujemy. Ale są rzeczy równie ważne. Jedną z nich jest organizacja opieki zdrowotnej i miejsce lekarza w systemie. W chwili, kiedy czytają Państwo te słowa, znane już są wyniki wyborów parlamentarnych. W toku kampanii wyborczej można było usłyszeć, moim zdaniem, mniej niż zwykle obietnic zmian w opiece zdrowotnej. Co do jednego przedstawiciela wszystkich komitetów wyborczych byli zgodni: zmiany są konieczne!

Ale to Polacy słyszą przy okazji każdej kampanii wyborczej. Chyba nie było pomysłów, które byłyby popularne i przysporzyły głosów. Wśród propozycji różnych komitetów wyborczych nie znalazłem takich, które dawałyby jednoznaczną nadzieję na poprawę systemu naszego leczenia. Choć nie brakowało propozycji bardzo radykalnych. Która instytucja jest postrzegana jako sprawca problemów zarówno pacjentów, jak i lekarzy? Narodowy Fundusz Zdrowia! Jaki jest sposób na poprawę sytuacji? Należy Fundusz zlikwidować! Dobrze wiemy, że obietnice składane w toku kampanii wyborczych rzadko przekładają się po wyborach na konkretne decyzje. Jak będzie w najbliższych miesiącach? Zobaczymy. Z rozmów z wieloma kolegami jednoznacznie wynika, że lekarze nie spodziewają się zmiany na lepsze, bez względu na ostateczny wynik wyborów. Ale często można usłyszeć opinię, że w takich warunkach, w jakich obecnie zmuszeni jesteśmy pracować, bezpiecznie leczyć pacjentów nie sposób. Czyli zmiany są konieczne. Czy będą i czy będą takie, jakich oczekujemy, tego nie wie nikt. Jedną z najważniejszych spraw jest kształcenie lekarzy. Jeśli nie nastąpi zmiana, za dwa lata zniknie staż podyplomowy lekarzy. Czy uczelnie medyczne są przygotowane do tego, aby szósty rok studiów na wydziale lekarskim staż zastąpił? Czy nowy rząd zrozumie wagę tego problemu i jeszcze raz sprawie się przyjrzy? Czy weźmie pod uwagę opinię samorządu lekarskiego? ■

Migawka

Na początku października nowy prezes PTL, prof. Waldemar Kostewicz, przejął insygnia stowarzyszenia od ustępującego po 28 latach prezesa honorowego, prof. Jerzego Woy-Wojciechowskiego. W wyniku wyborów w Zarządzie PTL znaleźli się Maciej Hamankiewicz oraz Andrzej Matyja.



FOTO: Marta Jakubiak



Lekarz udzielający świadczeń w gabinecie kosmetycznym

mec.

Jarosław Klimekradca prawny
OIL w Łodzi

Zdarza się, że lekarze prowadzą swoją działalność zawodową poza podmiotami leczniczymi czy gabinetami lekarskimi. Myślę nie o tak oczywistych wypadkach, jak wizyty domowe u obłożnie chorych pacjentów, ale np. o udzielaniu specjalistycznych zabiegów w salonach kosmetycznych prowadzonych przez przedsiębiorców, którzy nie wykonują działalności leczniczej.

Zabiegi o charakterze estetycznym już same w sobie związane są ze znacznym ryzykiem. Osoba, która poddaje się takim zabiegom oczekuje, że przyniosą one oczekiwany przez nie skutek, a wykonujący zabieg robi to z zachowaniem należytej staranności ocenianej z uwzględnieniem charakteru wykonywanego zawodu. Warto wobec tego zastanowić się nad zasadami odpowiedzialności cywilnej przedsiębiorcy prowadzącego salon kosmetyczny oraz lekarza wobec osoby, u której zabieg był wykonywany.

Osoba, która poddaje się zabiegom estetycznym, jest zwykle klientem przedsiębiorcy, który prowadzi działalność w tym zakresie. Lekarzowi powierzone zostaje przez tegoż przedsiębiorcę wykonanie samego zabiegu. Mamy zatem dwa podmioty, do których kierowane mogą być ewentualne roszczenia. Mamy również dwie podstawy odpowiedzialności: za wywołanie rozstroju zdrowia (za delikt) i za nienależyte wykonanie umowy (z kontraktu).

Jeśli przy zabiegu doszło do rozstroju zdrowia, zastosowanie znaleźć może art. 429 kodeksu cywilnego. Na jego podstawie przedsiębiorca uwolnić się może od odpowiedzialności, gdyż wykonanie czynności powierzył lekarzowi – osobie, która w zakresie swej działalności zawodowej trudni się wykonywaniem takich czynności. Obowiązek zapłaty odszkodowania i zadośćuczynienia obciążą wtedy lekarza. Pojawiać się mogą przy tym wątpliwości, czy wykonywanie zabiegów estetycznych przez lekarzy dentystów mieści się w zakresie ich zawodowej działalności. Związane są one z treścią art. 2 ust. 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, który mówi o udzielaniu świadczeń w zakresie chorób części twarzowej czaszki.

Jeżeli klient jest niezadowolony, bo nie zostały osiągnięte jego racjonalne i uzasadnione ocze-

kiwania co do efektu zabiegu, to w grę wchodzi wyłącznie odpowiedzialność za niewykonanie lub nienależyte wykonanie umowy. Od takiej odpowiedzialności właściciel salonu nie uwolni się poprzez wskazanie, że jego wykonanie powierzył profesjonalistcie. Zgodnie z art. 474 kodeksu cywilnego jest on bowiem odpowiedzialny za działanie lub zaniechanie osoby, której powierzył wykonanie umowy, tak jak za własne działanie lub zaniechanie.

Uwolnienie się przez przedsiębiorcę od odpowiedzialności za szkodę ze względu na powierzenie wykonania zabiegu wykwalifikowanemu lekarzowi nie będzie możliwe, jeśli do szkody doszło na skutek zaniedbań samego przedsiębiorcy. W takim wypadku będzie on odpowiadał za swoje zawinione zachowanie na zasadach ogólnych i nie przerzuci tej odpowiedzialności na lekarza.

Przypomnieć trzeba, że zgodnie z § 2 ust. 3 rozporządzenia Ministra Finansów z 22.12.2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, ubezpieczenie OC obejmuje szkody będące następstwem zabiegów chirurgii plastycznej lub zabiegów kosmetycznych, jeśli są udzielane w przypadkach będących następstwem wady wrodzonej, urazu, choroby lub następstwem jej leczenia. W przypadku ubezpieczeń dodatkowych zakres ubezpieczenia może być rozszerzony o odpowiedzialność za takie szkody, po zapłacie dodatkowej składki, przez włączenie odpowiedniej klauzuli dodatkowej do umowy ubezpieczenia. Wymagane jest wtedy, by metody stosowane przy zabiegach były zgodne z zasadami sztuki lekarskiej lub zabiegów medycyny estetycznej. Niektóre firmy ubezpieczeniowe ograniczają jednak zakres ochrony wyłącznie do zabiegów stomatologicznej medycyny estetycznej.

Sponsorem
serwisu
prawnego dla
lekarzy jest firma
Gedeon Richter.



**Maciej
Hamankiewicz**

Prezes
Naczelnej Rady
Lekarskiej

Samorząd
lekarski pracuje
wraz z jedną
z organizacji
pacjenckich nad
poradnikiem
dla pacjentów
informującym
o zasadach
poruszania się
w systemie
ochrony zdrowia
i o istniejących
w systemie
ograniczeniach.
Chciałbym,
mimo wszystko,
aby władza
była pierwsza
w przekazywaniu
tych informacji.

Warto dochodzić swoich racji

Kiedy Naczelna Rada Lekarska złożyła wniosek do Trybunału Konstytucyjnego w sprawie klauzuli sumienia, mało kto wierzył, że zostanie rozpatrzony. W momencie uzyskania wiadomości, że zostanie rozpatrzony w pełnym składzie sędziów Trybunału – sceptycy brnęli dalej, że na pewno zostanie w całości odrzucony.

Teraz, gdy już wiemy, że nie tylko nie został odrzucony, ale Trybunał w dwóch sprawach przyznał Naczelnej Radzie Lekarskiej rację, jeszcze słychać głosy, że być może Trybunałowi zabrakło wyobraźni. Bezpośrednio po wyroku Trybunału nie kryłem zadowolenia i po dwóch tygodniach również nie kryję. Zarówno to, że udało się nam wygrać, jak i to, że cała Polska dyskutuje za sprawą samorządu lekarskiego na temat klauzuli sumienia, to ogromny sukces. Udowodniliśmy całemu światu, w tym Sejmowi RP, Ministerstwu Zdrowia, Prokuratorowi Generalnemu, Komitetowi Bioetyki Polskiej Akademii Nauk, że w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty w sposób niekonstytucyjny ograniczono wolność sumienia lekarza. Dla NRL zawsze było oczywiste, że obowiązek wskazania realnych możliwości uzyskania świadczenia u innego lekarza lub w innym podmiocie leczniczym nie powinien być obowiązkiem lekarza. Cieszę się, że tą oczywistość zauważył Trybunał. Również zauważenie niedookreśloności pojęcia „innych przypadków niecierpiących zwłoki” przez Trybunał jest powodem do zadowolenia.

Wspominam czas, kiedy dokładnie pięć lat temu wystosowywałem list do polskich europarlamentarzystów w związku z omawianym na posiedzeniu Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy projektem raportu w sprawie problemu nieuregulowanego użycia moralnego sprzeciwu w regulacjach prawnych dotyczących dostępu kobiet do legalnej opieki zdrowotnej. Wówczas Zgromadzenie uznało, że zorganizowanie świadczeń medycznych, które są zgodne z prawem, a których konkretni lekarze odmówili wykonania ze względu na klauzulę sumienia, jest obowiązkiem państwa. Trybunał Konstytucyjny wyraźnie zaznaczył, że narzucanie tego obowiązku lekarzom jest niekonstytucyjne i że obowiązkiem lekarza jest działanie zgodnie z sumieniem. Trudno powiedzieć, komu ustawodawcy ten obowiązek przekazać – czy to będzie Ministerstwo Zdrowia, czy Narodowy Fundusz Zdrowia, czy Rzecznik Praw Pacjenta, czy odrębna instytucja prowadząca anonimową infolinię. Ważne, że powstanie nowe, konstytucyjne rozwiązanie dobre dla lekarza, a przede wszystkim dla pacjenta.

Kiedy wyjdzie ten numer „Gazety Lekarskiej”, będziemy już po wyborach parlamentarnych. Od nowej władzy oczekuję przede wszystkim więcej otwartości na wiedzę o problemach lekarzy i lekarzy

dentystów. Wśród tych problemów bardzo istotnym będzie konieczność przygotowania lekarzy do systemu informatycznego, który już miał hulać wraz ze wzorem elektronicznego prawa wykonywania zawodu, a tymczasem Ministerstwo Zdrowia w październiku zahamowało ten proces. Pojawiły się pomysły e-dowodu i wtłoczenia tam wszystkiego, co jest możliwe. Mam nadzieję, że nowa władza da nam szybkie i nowoczesne rozwiązania, zamiast powrotu do dyskusji sprzed 15 lat. W kwestii naszych chorych oczekiwałbym określenia i pokazania wreszcie przez rządzących dwóch koszyków świadczeń: tych, które są gwarantowane przez państwo i tych, które nie są i wyjaśnienia dlaczego tak jest, a nie inaczej. Samorząd lekarski pracuje wraz z jedną z organizacji pacjenckich nad poradnikiem dla pacjentów informującym o zasadach poruszania się w systemie ochrony zdrowia i o istniejących w systemie ograniczeniach. Chciałbym, mimo wszystko, aby władza była pierwsza w przekazywaniu tych informacji.

Dla tych, którzy kibicowali staraniom samorządu o wykreślenie produktów homeopatycznych z listy produktów leczniczych wydawanych z przepisu lekarza, mam dobrą informację: Minister Zdrowia przedstawił projekt zmiany rozporządzenia w sprawie kryteriów zaliczenia produktu leczniczego do poszczególnych kategorii dostępności, gdzie skreśla się zapis mówiący, że produkt leczniczy homeopatyczny wydaje się z przepisu lekarza w przypadku, gdy: „1) występuje w stopniu rozcieńczenia wyższym od stopnia rozcieńczenia trzydzieste rozcieńczenie dziesiętne lub piętnaste rozcieńczenie setne i Korsakova lub 2) występuje w stopniu rozcieńczenia pięćdziesięciotysięcznego i Korsakova”. Propozycję wykreślenia tego akapitu przyjmuję z zadowoleniem tym bardziej, że trudno zrozumieć podanie w rozporządzeniu rozcieńczeń nieporównywalnie większych niż te występujące w ustawie. Zastanawia też, dlaczego twórcy prawa zdecydowali się na zapisywanie rozcieńczenia zamiast posługiwać się stężeniem substancji czynnej. Byłoby niedobrze, gdyby o świadomą nieprecyzyjność chodziło.

Na koniec, ogromnie cieszy fakt, że na receptę nie będzie też zalecanego przez ks. Chmielewskiego w poradniku z XV w., a przez niektórych do dziś stosowanego przykładania w okolice bolącego zęba łydka z żaby zabitej o północy. ■



Briefing prasowy po ogłoszeniu wyroku Trybunału Konstytucyjnego. Rozprawa trwała prawie 12 godzin.



Katarzyna Strzałkowska

Rzecznik
prasowy NIL

W ustnych motywach uzasadnienia wyroku TK wskazał ponadto, że ani Ministerstwo Zdrowia, ani Narodowy Fundusz Zdrowia nie powinny narzucać podmiotowi leczniczemu obowiązku wykonywania świadczeń „drażliwych”, jeżeli nie dysponuje on kadrą gotową do ich wykonywania.

Klauzula sumienia w TK

Naczelna Rada Lekarska w dniu 7 października 2015 r. wygrała zainicjowaną przez siebie sprawę przed Trybunałem Konstytucyjnym w dwóch zakresach związanych z odmową przez lekarza udzielania świadczenia zdrowotnego z powołaniem się na klauzulę sumienia (art. 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty). TK zgodził się z NRL, że obowiązek wskazania przez lekarza powołującego się na klauzulę sumienia realnych możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym jest niezgodny z Konstytucją RP dlatego, że w sposób nieproporcjonalny narusza wolność sumienia lekarza. Trybunał podzielił zdanie NRL, że niezgodne z Konstytucją jest ograniczenie możliwości powołania się przez lekarza na klauzulę sumienia „w innych przypadkach niecierpiących zwłoki”, uznając, że zapis ten jest niezgodny z zasadą prawidłowej legislacji. W uzasadnieniu TK zaznaczył, że postępowanie zgodnie z sumieniem jest obowiązkiem lekarza. TK przywołał w uzasadnieniu zapisy Kodeksu Etyki Lekarskiej, które nakazują lekarzowi działać zgodnie ze swoim sumieniem, wzmacniając to dodatkowo ważnym stwierdzeniem, że zapisy KEL są, na mocy art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, elementem porządku prawnego, który lekarze powinni stosować.

Trybunał nie podzielił natomiast zdania NRL, że niezgodny z Konstytucją jest nałożony na lekarza wykonującego zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby obowiązek uprzedniego powiadomienia na piśmie przełożonego o odmowie wykonania świadczenia zdrowotnego niezgodnego z sumieniem. Trybunał stwierdził, że lekarz ma obowiązek powiadamiania pracodawcy o woli powstrzymania się od określonych świadczeń w sposób jawny. Za zgodny z Konstytucją Trybunał uznał także obowiązek odnotowania i uzasadnienia korzystania z klauzuli sumienia w dokumentacji medycznej. W ustnych motywach uzasadnienia wyroku TK wskazał ponadto, że ani Ministerstwo Zdrowia, ani Narodowy Fundusz Zdrowia nie powinny narzucać podmiotowi leczniczemu obowiązku wykonywania świadczeń „drażliwych”, jeżeli nie dysponuje on kadrą gotową do ich wykonywania.

Orzeczenie Trybunału wejdzie w życie z dniem opublikowania w Dzienniku Ustaw. Więcej na www.nil.org.pl

Obowiązek podpisu elektronicznego

Zmieniając ustawę o systemie informacji w ochronie zdrowia, rząd wycofał się w październiku z pomysłu wprowadzenia Karty Specjalisty Medycznego. KSM miała służyć do identyfikacji i uwierzytelnienia pracownika medycznego oraz składania przez niego bezpiecznego podpisu elektronicznego oraz do wystawiania zaświadczeń lekarskich. Projekt ustawy z dnia 26 czerwca 2015 r. zakładał ponadto, że Kartę Specjalisty Medycznego dla lekarzy i lekarzy dentystów stanowić będzie dokument potwierdzający prawo wykonywania zawodu wydawany przez okręgowe izby lekarskie, co było popierane przez samorząd lekarski. W sytuacji likwidacji KSM, a jednocześnie wejście w życie obowiązku prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej lekarze będą musieli używać bezpiecznego podpisu elektronicznego weryfikowanego przy pomocy ważnego kwalifikowanego certyfikatu w rozumieniu ustawy z 18 września 2001 r. o podpisie elektronicznym lub podpisu potwierdzonego profilem zaufanym ePUAP w rozumieniu ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne do podpisywania: 1. elektronicznej dokumentacji medycznej; 2. wniosku o dostęp do danych umożliwiających pobranie z SIM elektronicznej dokumentacji medycznej lub danych z tych dokumentów, w zakresie niezbędnym do wykonywania badań diagnostycznych, zapewnienia ciągłości leczenia oraz zaopatrzenia usługobiorców w produkty lecznicze, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne; 3. wniosku o dostęp do danych przetwarzanych w SIM umożliwiających wymianę między usługodawcami danych zawartych w elektronicznej dokumentacji medycznej.

Poziom wynagrodzeń

Prezydium NRL, odnosząc się do zmiany rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dotyczącego



Obrady UEMS po raz pierwszy w historii miały miejsce w Polsce (na zdjęciu od lewej: dr Edwin Borman, sekretarz generalny UEMS, prof. Romuald Krajewski, prezydent UEMS, prof. Zlatko Fras, były prezes, obecnie Liaison Officer). Więcej na s. 18 i 24.

Prezydium NRL
zaznaczyło
jednocześnie,
że wielokrotnie
powtarzany przez
lekarzy i lekarzy
dentystów postulat
dotyczący ustalenia
płacy minimalnej
lekarza i lekarza
dentysty nie
został dotychczas
zrealizowany.

zawierającej zmiany w warunkach wynagrodzeń pielęgniarek i położnych z niepokojem odniosło się do nieprawidłowości w toku procesu legislacyjnego. Projekt wpłynął do biura NIL 12 października 2015 r., z terminem zgłaszania uwag do 13 października 2015 r., czyli w czasie w praktyce uniemożliwiającym zgłoszenie uwag. Minister Zdrowia podpisał rozporządzenie już 14 października 2015 r., uniemożliwiając jakąkolwiek dyskusję na ten temat. Takie postępowanie zdaniem Prezydium NRL rozczarowuje tym bardziej, że dotyczy aktu prawnego wymagającego szerokiego konsensusu społecznego. Ponadto Prezydium NRL, nie negując potrzeby wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych, negatywnie odniosło się do przyjętego dożnego sposobu rozwiązania tak istotnej kwestii. W ocenie samorządu lekarskiego istnieje potrzeba wprowadzenia do porządku prawnego rozwiązań systemowych trwale poprawiających sytuację finansową pracowników ochrony zdrowia, w tym urealnienie (podniesienie) wyceny procedur medycznych oraz określenie poziomu minimalnych wynagrodzeń w poszczególnych grupach zawodów medycznych. Prezydium NRL zaznaczyło jednocześnie, że wielokrotnie powtarzany przez lekarzy i lekarzy dentystów postulat dotyczący ustalenia płacy minimalnej lekarza i lekarza denty-

stą nie został dotychczas zrealizowany. cjentem, a nie szczegółami medycznymi. Zdaniem Prezydium NRL, nie jest także możliwe stworzenie standardów postępowania, nawet najwyższej jakości, które regulowałyby wszystkie występujące w praktyce przypadki. Lekarz powinien mieć możliwość korzystania z rekomendacji, zaleceń i wytycznych określających najlepsze sposoby postępowania, jednak w sytuacjach, w których należy postąpić inaczej, nie powinien obawiać się, że narusza przepisy powszechnie obowiązujące. W ocenie Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej, zamiast tworzyć standardy medyczne w drodze rozporządzenia, Minister Zdrowia powinien rozważyć określenie (np. w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty) sposobu tworzenia i podawania do wiadomości rekomendacji, zaleceń i wytycznych, z których mogliby korzystać lekarze i lekarze dentyści. Naturalnym miejscem powstawania takich dokumentów, wzorem wielu innych państw mógłby być samorząd lekarski, który w tym zakresie współpracowałby z naukowymi towarzystwami lekarskimi i lekarsko-dentystycznymi.

NKZL

Nadzwyczajny XIII Krajowy Zjazd Lekarzy odbędzie się w dniach 13-14 maja 2016 r.

Standardy postępowania

Standardy postępowania medycznego nie powinny mieć charakteru powszechnie obowiązujących przepisów prawnych, a jedynie zawodowych zaleceń i wytycznych – zaznaczyło Prezydium NRL w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki profilaktycznej nad dziećmi i młodzieżą oraz w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie patomorfologii. Prezydium zajmowało się kwestią formy ustalania i miejscem standardów w systemie opieki nad pa-

O zawodzie fizjoterapeuty

Naczelna Rada Lekarska zaapelowała do Prezydenta RP o niepodpisywanie ustawy z 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty. NRL uznała, że ustawa w jej obecnym kształcie, eliminując nadzór i opiekę lekarza w procesie leczniczo-rehabilitacyjnym, zagraża bezpieczeństwu zdrowotnemu obywateli. NRL podkreśliła, że nie podważa kompetencji fizjoterapeutów i nie jest przeciwna uregulowaniu zasad wykonywania zawodu fizjoterapeuty w drodze ustawy, jednakże – zdaniem NRL – ustawa powinna jasno określać, jaka jest rola lekarza, a jaka rola fizjoterapeuty w procesie leczniczo-rehabilitacyjnym chorego. „W uchwalonej ustawie uwzględniono

tylko rolę fizjoterapeuty, eliminując rolę lekarza. Zapomniano zarówno o pełnej diagnostyce, którą powinien prowadzić lekarz, jak i o zespole złożonym z pacjenta, pielęgniarki, fizjoterapeuty, psychologa. Istnieje obawa, że proces rehabilitacji pacjenta, pozbawiony udziału lekarza w zakresie diagnozowania choroby, planowania i koordynacji tego procesu, będzie zagrażał jakości udzielanych świadczeń i zagrażał bezpieczeństwu pacjentów” – zaznaczyła NRL w apelu. Apel NRL był poprzedzony listami Prezesa NRL, m.in. do Prezydenta RP, Senatorów RP, Prezesów towarzystw naukowych.

Wszystkie dokumenty dostępne są na stronie www.nil.org.pl.

Światowy Parlament Dentystyczny

Przedstawiciele Naczelnej Izby Lekarskiej uczestniczyli w posiedzeniu Światowego Parlamentu Dentystycznego FDI (Światowej Federacji Dentystycznej), gdzie pracowano nad projektami stanowisk w sprawach m.in.: implantów stomatologicznych, zdrowia jamy ustnej dla zdrowego starzenia się, próchnicy zębów, nowotwory jamy ustnej, podstawowego szkolenia stomatologicznego, nadzoru nad personelem pomocniczym w zespole stomatologicznym, techników dentystycznych.

Liczną reprezentację stanowili lekarze dentyści z Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego. Podczas zebrania Krajowych Oficerów Łącznikowych (National Liaison Officers) FDI wystąpiła prof. Honorata Shaw – przedstawicielka PTS, z wykładem promującym Światowy Kongres Dentystyczny FDI w 2016 r. w Poznaniu. Podczas wszystkich dni obrad Parlamentu wolontariusze, młodzi lekarze z Polski, zachęcali delegatów międzynarodowych organizacji dentystycznych oraz uczestników Kongresu do odwiedzenia Polski w następnym roku. W ostatnim dniu posiedzenia Parlamentu flagę FDI z rąk Prezydenta Tajskiego Towarzystwa Dentystycznego przejął prof. Bartłomiej Loster, Prezydent PTS.

NIL reprezentowały: przewodnicząca Komisji ds. Współpracy Międzynarodowej NRL Anna Lella oraz członkinie Komisji Anna Śpiątek i Halina Borgiel-Marek. Pełny raport z posiedzenia dostępny jest na stronie www.nil.org.pl.

UEMS

Wiceprezes NRL prof. Romuald Krajewski poprowadzi Europejską Unię Lekarzy Specjalistów (European Union of Medical Specialists – UEMS) przez kolejną kadencję (lata 2016-2019). Na prezydenta UEMS został wybrany po raz drugi. Tegoroczne wybory odbyły się 16 października w Warszawie.



**Sławomir
Badurek**

Diabetolog,
publicysta
medyczny

Nie tędy droga

„Wynegocjowałam wczoraj z ministrem zdrowia powrót drożdżówek. Będę negocjować również kawę” – pochwaliła się pierwszego października na antenie RMF FM minister edukacji Joanna Kluzik-Rostkowska. Gdybym na własne uszy nie usłyszał, a potem jeszcze nie przeczytał zapisu rozmowy w internecie, pomyślałbym, że to zwiastun programu kabaretowego, a nie wypowiedź wysokiej rangi urzędnika państwowego.

Chyba tylko wybory parlamentarne stanęły na przeszkodzie utworzenia w obydwu resortach departamentów kawy i drożdżówek, powołania zespołów zaprzyjaźnionych ekspertów, zainicjowania pielgrzymek dyżurnych autorytetów po zaufanych mediach oraz obdzielenia wypróbowanych artystów intratnymi zleceniami, by jeszcze donośniej obwieścić szkolnej działwie, jak to dobry rząd o nią dba. Na przykład tak, jak zrobił to Henryk Sawka, wyrysowując – za jedyne 60 tys. zł – zalety pakietu onkologicznego.

Kpiny? No jasne, bo czymże innym jest regulowanie mocą ustawy, jakiego koloru bułki mają być sprzedawane w sklepiku szkolnym i czym – w zastępstwie złowrogiego cukru – można posłodzić serwowaną do nich herbatę? Ministerstwo Zdrowia staje za nowym prawem murem: „Jeżeli dziś nie nauczymy dzieci, jak prawidłowo się odżywiać, to za kilkanaście lat staniemy się społeczeństwem otyłych, schorowanych i nieszczęśliwych ludzi” – czytamy na stronie resortu. Jako diabetolog, na co dzień zajmujący się otyłymi i schorowanymi (choć w wielu przypadkach zaskakująco szczęśliwymi!) ludźmi, dobrze wiem, że nie da się rozwiązać problemu złego odżywiania drogą ustawy.

Co gorsze, wprowadzone prawo jest po prostu kiepskie. Zakazywanie pełnoletnim uczniom klas maturalnych kupna kubka kawy odniesie odwrotny skutek, bo młodzież w tym wieku nie lubi być traktowana na równi z maluchami. Nie bardzo wiem, jak prawodawcy wyobrażają sobie zaopatrywanie szkolnych sklepików w pieczywo razowe i pełnoziarniste, skoro w prawdziwej, a nie upozorowanej, znanej z dużych sklepów wersji, jest ono bardzo trudne do zdobycia. Z obsadzenia miodu w roli słodzika napojów gorących już mogą się cieszyć producenci jego tanich odpowiedników z Azji. Poza tym szlaban na cukier do herbaty to po „rewolucji drożdżówkowej” hipokryzja, bo sznek z glancem, jak to się w Toruniu mojego dzieciństwa mówiło, ma go przynajmniej pięć tyżeczek! Zakazy sprzedaży (łącznie z bezcukrowymi gumami do żucia!) zmuszają uczniów do biegania na przerwach do przyszkolnych sklepów, co zwiększa niebezpieczeństwo wypadków. Już słyszy się o uczniach

– dilerach chipsów i handlarzach białym proszkiem, w tym wypadku pod postacią soli i cukru. Krótka sonda wśród rodziny i znajomych uzmysłowiła mi, że szkolna szara strefa produktów kwitnie nie tylko za sprawą przedsiębiorczych żaków. W niektórych sklepikach nadal handluje się tym, co zakazane, bo właściciele znają swoich klientów, a dla kontrolerów mają wytłumaczenie, że colę i hamburgery mają na własne potrzeby.

Odsetek grubasek w szkołach, jak chciałaby premier Kopacz, dzięki tej ustawie na pewno się nie zmniejszy. Po pierwsze, zmianą nawyków żywieniowych bez odpowiedniej dawki ruchu nie da się osiągnąć tego celu. Po drugie, szkolne menu to zaledwie fragment diety. Uczniowie są nieustannie kuszeni przez potężne koncerny spożywcze, które nie szczędzą środków na wyrafinowane reklamy śmieciowego jedzenia i dbają, by ich towary były odpowiednio wyeksponowane w punktach sprzedaży. A w polskich domach rodzice nie serwują pościelom na śniadanie dwóch kromek grahama orkiszowego na zakwasie, obłożonych tofu i awokado, proponując do tego purre z topinambura i szklankę mleka migdałowego z nasionami chia i malinami. Ale to właśnie rodzice, wbrew współczesnym trendom i modom, mają największy wpływ na dzieci. Przynajmniej niektórzy z nich posiadają solidną wiedzę na temat zdrowego żywienia. Z nauczycieli też nie trzeba robić idiotów, którym należy wskazywać paluchem, co zdrowe. Dlatego uważam, że rodzice wspólnie z nauczycielami powinni decydować, co ma być dostępne w szkolnym sklepiku i stołówce. W wielu szkołach już tak się działo za sprawą inicjatyw oddolnych, fundacji i stowarzyszeń. Rząd wespół z parlamentem powinien dbać o jak najlepszy klimat dla tego typu przedsięwzięć, bo zgodnie z zasadą subsydiarności, będącą jednym z fundamentów ustrojów krajów cywilizacji zachodniej, państwo powinno wkraczać jedynie tam, gdzie skuteczne działania na niższym szczeblu nie są możliwe. No chyba że w całym tym szaleństwie chodziło o wprowadzenie do szkół, spełniających ministerialne wymogi, automatów z żywnością oraz sieciówek, gotowych przejąć sklepikowo-stołówkowy biznes. ■

Krótką sondą wśród rodziny i znajomych uzmysłowiła mi, że szkolna szara strefa produktów kwitnie nie tylko za sprawą przedsiębiorczych żaków. W niektórych sklepikach nadal handluje się tym, co zakazane, bo właściciele znają swoich klientów, a dla kontrolerów mają wytłumaczenie, że colę i hamburgery mają na własne potrzeby.

Leczenie bólu przewlekłego za pomocą silnych analgetyków opioidowych

– podsumowanie rekomendacji Polskiego Towarzystwa Badania Bólu,
Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej, Polskiego Towarzystwa
Neurologicznego i Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej.

Ból przewlekły nienowotworowy (BPNN) dotyka ponad 20% populacji, a w grupie wiekowej powyżej 65 lat nawet 50%. Najczęstsze zespoły bólowe to m.in.: towarzyszące chorobie zwyrodnieniowej stawów, bóle krzyża czy ból neuropatyczny. Leczenie bólu nowotworowego przy zastosowaniu silnych analgetyków opioidowych (SAO) nie budzi kontrowersji. W ostatnich latach w obliczu medycznego upowszechnienia się opioidów położono także nacisk na przeanalizowanie i określenie racjonalnego ich miejsca w leczeniu bólu przewlekłego pochodzenia nienowotworowego. Polskie wytyczne, które opublikowano w październiku tego roku i które streszczam w niniejszym artykule, powstały w oparciu o światowe rekomendacje (m.in. Towarzystw w Wielkiej Brytanii, Niemczech, USA, Kanadzie, Australii).

Leczenie SAO u pacjentów z BPNN należy rozważać, gdy ból wykazuje umiarkowane lub silne natężenie (NRS>5), niekorzystnie wpływa na funkcjonowanie lub jakość życia, a potencjalne korzyści terapeutyczne mogą przewyższać potencjalne zagrożenia, ponadto dotychczas zastosowane leczenie farmakologiczne i niefarmakologiczne nie było skuteczne, lub powodowało objawy niepożądane oraz istnieją dowody na skuteczność SAO w zespole bólowym, który występuje u pacjenta.

Ocena kliniczna chorego z bólem przewlekłym:

- rozpoznanie fizycznej patologii stanowiącej przyczynę bólu, dotychczasowe leczenie, historia medyczna;
- ocena funkcjonowania fizycznego, psychospołecznego i poznawczego pacjenta;
- ocena nasilenia, charakteru i umiejscowienia bólu;
- ustalenie stopnia wyjściowego ryzyka uzależnienia od opioidów;
- przedstawienie pacjentowi korzyści, ryzyka i możliwych objawów niepożądanych związanych z leczeniem SAO; uzyskanie formalnej, pisemnej zgody na leczenie, szczególnie u pacjentów z potencjalnym ryzykiem niewłaściwego stosowania leków.

Rozpoczęcie leczenia BPNN (krótkotrwała próba terapeutyczna, do 2 miesięcy):

- leczenie rozpoczyna się zawsze od małych dawek SAO i miareczkowania do dawki zapewniającej skuteczny efekt przeciwbólowy, przy minimalnych działaniach niepożądanych;
- wybór SAO indywidualnie w zależności od rodzaju dolegliwości bólowych, stanu zdrowia, preferencji i reakcji na leczenie;
- miareczkowanie dopuszczalne lekami o natychmiastowym uwalnianiu lub przedłużonym uwalnianiu;
- w fazie długotrwałego leczenia zalecane są preparaty o przedłużonym uwalnianiu.

Po okresie leczenia wstępnego (1-2 miesiące) pacjent może być kwalifikowany do przewlekłego leczenia SAO, jeśli natężenie bólu uległo zmniejszeniu o 30% i odnotowano poprawę funkcjonowania.

Monitorowanie leczenia:

- zaleca się regularne monitorowanie i ocenę pacjenta w trakcie całego procesu leczenia;
- zmianę SAO należy rozważać, kiedy u pacjenta występują nietolerowane działania niepożądane lub brak oczekiwanego efektu analgetycznego adekwatnego do zwiększanej dawki opioidu;
- dawka SAO nie powinna przekraczać dawki ekwiwalentnej 100-120 mg morfiny – jeśli wystąpi taka konieczność należy pacjenta skierować do specjalisty leczenia bólu.

Zaprzestanie leczenia SAO powinno być rozważane:

- jeśli u pacjenta nie uzyskaliśmy oczekiwanego efektu terapeutycznego, lub występują nietolerowane działania niepożądane,
- jeśli pacjent nie stosuje się do planu leczenia, nieprawidłowo stosuje leki, wykazuje cechy uzależnienia, nie zgłasza się na planowane wizyty.

Główną kontrowersją w stosowaniu SAO w BPNN jest ryzyko wystąpienia uzależnienia psychicznego, którego nie można pomijać i którego ewentualne symptomy powinny być stałym elementem monitorowania pacjenta leczonego przewlekłe. Warto jednak pamiętać, że sam ból jest podstawowym czynnikiem ograniczającym ryzyko powstania uzależnienia psychicznego. Badania doświadczalne wskazują, że zarówno euforia, jak i aktywacja układu nagrody zmniejszają się znacznie po zadziałaniu bodźców bólowych. Zatem racjonalnym jest, aby podczas leczenia silnymi opioidami BPNN nie bagatelizować kwestii ryzyka uzależnień, ale jednocześnie nie demonizować go.

Liczba chorych z bólem przewlekłym, wymagających leczenia silnymi opioidami, stale rośnie. Bezpieczne i skuteczne leczenie tej grupy pacjentów wymaga dobrej znajomości zarówno zasad wyboru silnych analgetyków opioidowych w zależności od charakteru bólu, umiejętności oceny ryzyka rozwoju uzależnienia jak i skuteczności w zapobieganiu i leczeniu działań niepożądanych.

„Zasady stosowania silnie działających opioidów u pacjentów z bólem przewlekłym pochodzenia nienowotworowego – przegląd piśmiennictwa i zalecenia PTBB, PTMR, PTN i PTMR” ukazały się w tym miesiącu w miesięczniku Polskiego Towarzystwa Badania Bólu pt. BÓL, Tom 16, Nr 3, s. 9-29.

Prof. dr hab.
n. med. Jan
Dobrogowski

Prezes PTBB,
pierwszy autor
rekomendacji

Sponsorem
serwisu jest firma
Mundipharma.

Mariusz
Tomczak

Rzadko się zdarza, aby rządzący i opozycja mówili tym samym głosem. Okazuje się, że w przypadku zjawiska starzejącego się społeczeństwa barwy partyjne nie mają znaczenia, przynajmniej jeśli idzie o jego diagnozę.

Na serio o polityce senioralnej

Kiedy zaczyna się starość? Ponoć wtedy, gdy cena świeczek na torcie przekracza jego wartość. Ale żarty na bok, bo starzenie się to wyzwanie dla lekarzy (nie tylko geriatrów), polityków (nie tylko ministra zdrowia) i każdego obywatela – bez względu na wiek.

Za 40 lat średnia wieku mieszkańca naszego kraju będzie jedną z najwyższych w Europie, a stosunek ludności w wieku nieprodukcyjnym do osób w wieku produkcyjnym osiągnie najwyższy (po Rumunii) poziom w Unii Europejskiej. Z wiekiem nasila się zjawisko wielochorobowości, a w 2060 r. na jednego pracującego Polaka może przypadać jeden emeryt. Co robić, aby nie doszło do załamania systemu opieki zdrowotnej, kryzysu systemu zabezpieczeń społecznych i zahamowania wzrostu gospodarczego? Kilkudziesięciu ekspertów z kraju i zagranicy (w tym kilku ministrów) dyskutowało na ten temat podczas Międzynarodowego Kongresu Zdrowego Starzenia, który w dniach 24-25 września odbył się w Warszawie. Chyba wszyscy uczestnicy kongresu byli zgodni co do tego, że zjawisko określone mianem „silver tsunami” przez prof. dr hab. Tomasza Grodzickiego, dziekana Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, a przez prof. dr hab. Mirosława Wysockiego, konsultanta krajowego w dziedzinie zdrowia publicznego, jako Nemesis, ma fundamentalne znaczenie dla przyszłości Polski. – Polityka senioralna nie jest i nie może być domeną ministra zdrowia – zaznaczył prof. dr hab. Marian Zembala, minister zdrowia. – We współczesnej Polsce nie może funkcjonować polityk niedostrzegający problemu starzejącego się społeczeństwa – mówił Michał Szczerba, przewodniczący Komisji Polityki Senioralnej Sejmu RP. – Wyzwania, jakie niesie ze sobą starzenie się ludności, powinny być podjęte przez całą administrację publiczną – przekonywał prof. dr hab. Piotr Błędowski z Instytutu Gospodarstwa Społecznego Szkoły Głównej Handlowej.

Przez ostatnie kilka lat włożono wiele wysiłku, żeby rozwiązywać codzienne problemy osób starszych. – Tworzymy prawdziwą politykę senioralną, jest strategia państwa polskiego na lata 2014-2020 w tym obszarze. Mamy program Senior-WIGOR, powstał Narodowy In-

stytut Geriatrii, powołaliśmy Radę ds. Polityki Senioralnej. Zgromadziliśmy wokół tego tematu ludzi z różnych środowisk: naukowych, społecznych, obywatelskich, senioralnych – wyliczał Władysław Kosiniak-Kamysz, minister pracy i polityki społecznej. – Komisja Polityki Senioralnej to blisko 30 posiedzeń od maja zeszłego roku. Jak grzyby po deszczu powstają gminne rady seniorów – dodał poseł Szczerba. Efekt? Obraz starości zmienia się. – Upodmiotowiliśmy osoby w wieku podeszłym, wyciągnęliśmy je z cienia – przekonuje prof. dr hab. Bolesław Samoliński, przewodniczący Rady Polityki Senioralnej przy Ministrze Pracy i Polityki Społecznej. – Udało się doprowadzić do odejścia od archetypu człowieka starszego jako zniechęconego – wtórował Igor Radziejewicz-Winnicki, podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia. Rzadko się zdarza, aby rządzący i opozycja mówili tym samym głosem. Okazuje się, że w przypadku zjawiska starzejącego się społeczeństwa barwy partyjne nie mają znaczenia, przynajmniej jeśli idzie o jego diagnozę. – Jest pewien konsensus wokół spraw związanych ze starzeniem się. To będzie program realizowany przez wiele lat, ale musi być zgoda, bo to nasz interes narodowy – mówił Tomasz Latos, przewodniczący Komisji Zdrowia Sejmu RP. Co ważne, polską politykę senioralną chwalił zagraniczni eksperci. – Polska jest pierwszym krajem, który zwrócił uwagę, że zdrowe starzenie powinno dotyczyć całego życia – komplementował prof. Jean Bousquet, przewodniczący Światowego Sojuszu przeciwko Przewlekłym Chorobom Układu Oddechowego WHO.

To, że problematyka osób starszych pojawiła się w wielu dokumentach Rady Ministrów, resortu zdrowia i parlamentu, jeszcze nie oznacza, że sytuacja wkrótce ulegnie wyraźnej poprawie. Niby coraz częściej słychać głosy, że priorytetem w polityce państwa musi być zdrowie, ale – jak zauważyła dr Małgorzata Gałązka-Sobotka, członek Rady Narodowego Funduszu Zdrowia

– polski system ochrony zdrowia nadal koncentruje się na medycynie naprawczej. Bez wątpienia miał rację Manfred Huber, koordynator ds. Zdrowego Starzenia, Nieprawności i Opieki Długoterminowej z Biura Regionalnego WHO na Europę, mówiąc, że aktywna starość zaczyna się w aktywnej młodości, ale statystyki nie kłamią. Weźmy pod uwagę choćby to, że w Polsce wydłużyło się przeciętne trwanie życia, ale nie jesteśmy w awangardzie. – Pod względem ekonomicznym Polska bryluje na tle Europy, ale w zakresie przewidywanej długości życia wiele innych krajów ma znacznie lepsze osiągnięcia – powiedziała Emily Sinnott, ekonomistka Banku Światowego. Według Głównego Urzędu Statystycznego, Polka żyje średnio 81 lat, a statystyczny Polak 74 lata. – W przypadku mężczyzn należy walczyć z nadumieralnością w średnim wieku, a wśród kobiet walczyć o sprawność w wieku późnostaższym – doprecyzowała prof. dr hab. Katarzyna Wieczorowska-Tobis, przewodnicząca Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego. Zdaniem dr. Jerzego Gryglewicza, eksperta ds. ochrony zdrowia z Uczelni Łazarskiego, bodaj najbardziej spektakularną porażką polskiej medycyny jest onkologia. – Najsilniejszym czynnikiem ryzyka wystąpienia nowotworu jest wiek – przypomniał prof. dr hab. Jacek Jassem, kierownik Kliniki Onkologii i Radioterapii Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku. Nawiasem mówiąc, zróżnicowany wiek zależy nie tyl-

ko od płci, ale i m.in. miejsca zamieszkania, co widać na całym świecie. – W Belfaście w odległości 30 minut jazdy autobusem notuje się oczekiwaną długość życia krótszą lub dłuższą aż o 7 lat, a w Manchesterze wystarczy 100 metrów różnicy, aby różnica wyniosła 8,4 roku – wymieniał Brian O'Connor, dyrektor European Connected Health Alliance.

Bez wątpienia zbyt małą uwagę poświęcamy zbilansowanej diecie i aktywności fizycznej. – Aż 60 proc. Polaków powyżej 18. roku życia nie uprawia czynnie żadnego sportu – powiedziała Zuzanna Grabusińska, dyrektor Departamentu Polityki Senioralnej w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej. Skoro tak niekorzystny obraz wyłania się z analizy stylu życia całego społeczeństwa, czy może być dobrze z kondycją wśród osób w wieku starszym? Na niewielką ilość seniorów regularnie uprawiających sport zwrócił uwagę także Bogusław Uliasz, sekretarz stanu w Ministerstwie Sportu i Turystyki. Tymczasem gdyby było inaczej, korzyści odnieśli by nie tylko oni, ale i przyszłe pokolenia. – Przykład dawany przez seniorów może stać się wzorcem dla dzieci i wnuków – podsumował minister. Wciąż w niedostatecznym stopniu wykorzystywana jest infrastruktura sportowa, zwłaszcza orliki (tj. kompleksy boisk sportowych powstałe za publiczne pieniądze), ale na szczęście coś już drgnęło. – W ciągu dwóch lat o 20 proc. zmniejszyła się liczba orlików, na których nie ma ▶

W opinii Grażyny Henclewskiej, podsekretarza stanu w Ministerstwie Gospodarki, zdrowe społeczeństwo jest warunkiem zdrowej gospodarki. Jak zauważyła prof. dr hab. Ewelina Nojszewska z Katedry Ekonomii Stosowanej SGH, z punktu widzenia gospodarki podstawowe znaczenie ma to, czy seniorzy są samodzielni, czy też nie.

Nie jest tajemnicą, że część osób w wieku podeszłym rezygnuje z wykupienia recept z przyczyn finansowych. Zdaniem ministra Radziewicza-Winnickiego, w obszarze refundacji priorytetem powinno być jednak nie oferowanie bezpłatnych leków (o co postulował poseł Latos), lecz racjonalizacja polityki lekowej. W opinii ministra rozdawanie medykamentów doprowadzi bowiem do zwiększenia ich konsumpcji, co niekorzystnie odbije się na zdrowiu wielu osób starszych.

seniorów. W grupie seniorów ćwiczą głównie kobiety, zaś wśród najmłodszych dominują mężczyźni, głównie grając w piłkę nożną – powiedziała Monika Chabior, prezes Fundacji Rozwoju Kultury Fizycznej.

Przejście z wieku produkcyjnego w okres poprodukcyjny nie musi być równoznaczne z utratą zdrowia, o ile przez wcześniejsze dekady troszczymy się o nie. O tym, że lepiej zapobiegać niż leczyć, wiadomo nie od dziś. Na znaczenie edukacji i prewencji w zakresie uzależnień zwrócił uwagę prof. dr hab. Paweł Śliwiński, kierownik IV Kliniki Chorób Płuc w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie. – W polskich warunkach w 80 proc. przyczyną Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc jest palenie papierosów. Na POChP nie chorują osoby młode, ale te w wieku podeszłym. Mówiąc językiem marketingowym, target tej choroby zwiększa się – argumentował profesor. W tym kontekście interesująca wydaje się propozycja prof. dr hab. Henryka Skarżyńskiego, przewodniczącego Komitetu Nauk Klinicznych Polskiej Akademii Nauk, który zaproponował prowadzenie systematycznych badań populacyjnych. Poza wczesnym wykrywaniem chorób mają one bowiem także efekt edukacyjny. Z biegiem lat osoba starsza przesuwana się z obszaru polityki społecznej do zdrowotnej. Paneliści zwracali uwagę, że skoro główną klientelą systemów ochrony zdrowia są osoby starsze, lekarze powinni poświęcać znacznie więcej uwagi nie tyle chorobom, co zdrowiu. – Skuteczność medycyny naprawczej wzrasta, ale rosną też jej koszty, dlatego musimy przenieść ciężar działań na profilaktykę. Polityka senioralna zaczyna się w momencie przyścia człowieka na świat, bo gdy ktoś osiąga 65. rok życia, to możemy tylko naprawiać skutki jego wcześniejszego życia – powiedział prof. Jassem. Prof. dr hab. Leszek Pączek z Kliniki Immunologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych Instytutu Transplantologii Akademii Medycznej w Warszawie wyliczał, że w UE tylko 20 proc. osób po 65. roku życia jest zdrowa, 40 proc. ma jedną chorobę przewlekłą, a 40 proc. ma dwie-trzy choroby przewlekłe. – Na to, że pacjent w wieku podeszłym jest wieloschorzeniowy, trzeba zwracać uwagę podczas kontraktowania – przyznał Wojciech Zawalski, dyrektor Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej NFZ. – Z ust żadnego urzędnika nie mogą paść słowa, że starszego pacjenta nie opłaca się leczyć – podkreślił Szymon Chrostowski, prezes Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych.

Nie jest tajemnicą, że część osób w wieku podeszłym rezygnuje z wykupienia recept z przyczyn finansowych. Zdaniem ministra Radziewicza-Winnickiego, w obszarze refundacji priorytetem powinno być jednak nie oferowanie bezpłatnych leków (o co postulował poseł Latos), lecz racjonalizacja polityki lekowej. W opinii ministra rozdawanie medykamentów doprowadzi bowiem do zwiększenia ich konsumpcji, co niekorzystnie odbije się na zdrowiu wielu osób starszych. – Gdybyśmy refundowali leki wszystkim po siedemdziesiątce, to wzrost nakładów zniósłby dostępność do nowych technologii. W geriatrici nawet 1/3 hospitalizacji może być wynikiem niekorzystnych interakcji lekowych – przestrzegali wiceszef

resortu zdrowia. Na unikanie niepotrzebnych hospitalizacji osób starszych zwrócił uwagę ponadto prof. Wysocki. – W domu najniebezpieczniejsze miejsce to łazienka, a poza domem to właśnie szpital – powiedział. Wiceszef resortu zdrowia podkreślił, że trwają prace nad wyłonieniem mechanizmu organizacyjnego i finansowania tak, żeby seniorzy mogli korzystać z poradnictwa w zakresie stosowania leków w miejscu swego zamieszkania. Innowacyjne leki są na ogół bardzo kosztowne. Ich ceny – zdaniem dr. Wojciecha Matusewicza, prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji – ustala się na cynicznie wysokim poziomie, a z upływem czasu nierzadko okazuje się, że leki te zwiększają wręcz ryzyko zgonu. Zanim dojdzie do powszechnego stosowania i refundacji leków, potrzebne są przekonujące dowody na ich skuteczność i bezpieczeństwo oparte na badaniu przeprowadzonym na grupie populacyjnej osób m.in. z wielochorobowością. – Najlepiej ocenić lek, gdy jest dostępny na rynku od kilku lat i nie był stosowany w wyizolowanej grupie pacjentów. Są leki inaczej zachowujące się u noworodka i osoby w wieku senioralnym – powiedział szef AOTMIT.

– 20 lat temu, jeśli ktoś miał 90-letnią mamę, to z reguły nie mógł do niej zadzwonić, by zapytać, jak się czuje. Dziś mamy nie tylko telefony komórkowe, ale i detektory upadków, coraz częściej są wykorzystywane roboty – wymieniał prof. dr hab. Tomasz Kostka, konsultant krajowy w dziedzinie geriatrii. Skoro od wykorzystywania nowoczesnych technologii w medycynie nie ma ucieczki, to należy zastanowić się, co zrobić, aby barierą dla seniorów nie były finanse. O konieczność stworzenia innowacyjnych systemów finansowania technologii medycznych zaapelował Krzysztof Łanda, prezes Fundacji Watch Health Care. – Pieniądz stanowi najważniejszy czynnik pchający nas ku postępowi, a ten dokonuje się dzięki prywatnym firmom. Udział rządów czy publicznych instytucji jest mniejszy niż prywatnego sektora – powiedział, po czym na kilku przykładach pokazał postęp w geriatrii (urządzenia wspomagające pracę mięśni i ułatwiające ruch czy systemy pomagające przenosić pacjenta, co usprawnia pracę m.in. pielęgniarkom). – Te cudowne technologie wymagają innowacyjnych rozwiązań w zakresie finansowania – dodał szef WHC. Co do tego, że innowacja powinna być efektywna kosztowo, żadnych wątpliwości nie miał przedstawiciel środowisk pacjenckich, George Kalamitis, członek zarządu World Hepatitis Alliance. – Dostęp do innowacyjnych technologii medycznych w aspekcie zdrowego starzenia się winien być egalitarny – podkreślił Jakub Gierczyński, ekspert Fundacji na rzecz Zdrowego Starzenia się. Wiceszef resortu zdrowia podkreślił, że jeśli zmagający się z kilkoma chorobami senior złamał nogę, duże znaczenie, zwłaszcza dla lekarza ze szpitala powiatowego, ma możliwość konsultacji z geriatrą. – Modelem docelowym jest tworzenie telekonsultacji geriatrycznych – zapowiedział minister Radziewicz-Winnicki. – Nie jestem aż takim entuzjastą telekonsultacji, biorąc pod uwagę odpowiedzialność za późniejsze decyzje. Można popełnić błędy, nie badając pacjenta – ripostował poseł Latos.

W opinii Grażyny Henclewskiej, podsekretarza stanu w Ministerstwie Gospodarki, zdrowe społeczeństwo jest warunkiem zdrowej gospodarki. Jak zauważyła prof. dr hab. Ewelina Nojszewska z Katedry Ekonomii Stosowanej SGH, z punktu widzenia gospodarki podstawowe znaczenie ma to, czy seniorzy są samodzielni, czy też nie. Niepełnosprawność seniorów często wynika z urazów kończyn dolnych. – Uszkodzenie narządu ruchu jest dramatem. Pacjent, który ma uszkodzoną nogę, nie jest w stanie przynieść sobie kanapki, bo w obu rękach ma kule – podkreślił prof. Samoliński. – Chciałbym, byśmy mieli rząd, który powie, że ochrona zdrowia jest jego priorytetem, oraz byśmy doczekali ministra finansów, który na wydatki w ochronie zdrowia zacznie spoglądać jak na inwestycję – powiedział prof. Wysocki. – Inwestycja w kapitał zdrowotny przynosi ogromną stopę zwrotu – ta deklaracja ministra Radziejewicza-Winnickiego jednoznacznie podkreśla, po której stronie stoi w sporze o to, co ważniejsze: pieniądze czy zdrowie. O tym, że w kształtowaniu nawyków zdrowotnych powinna wzrosnąć rola pracodawców, przekonany jest Andrzej Mądrała, wiceprezydent Pracodawców RP. – W każdym zakładzie pracy powinien być pełnomocnik ds. zdrowia – zaproponował. – Żeby cokolwiek było stabilne, musi być określone literą prawa. Może warto zrobić konstytucję zdrowotną? – zaproponował dr Jarosław Pinkas z Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego.

Prof. Wieczorowska-Tobis przyznała, że marzy o tym, aby w przyszłości każdy wiedział, gdzie jest poradnia geriatryczna. Prof. dr hab. Jacek Imiela, konsultant krajowy w dziedzinie chorób wewnętrznych, podkreślił znaczenie roli internisty, który w zakresie opieki nad osobami starszymi ma do odegrania istotną rolę, sprawdzającą się do trzech słów kluczy: nadzoruje – łączy – koordynuje. Opowiedział się za zakazem zmniejszania ilości łóżek internistycznych i poprawą warunków finansowania oddziałów wewnętrznych. – Specjalizacje szczegółowe nie mogą rozwijać się kosztem interny – zaapelował profesor. – Jestem zwolennikiem obecności geriatrów na oddziałach chorób wewnętrznych – zadeklarował minister Kosiniak-Kamysz. Natomiast minister Zembala, odwołując się do wieloletniego doświadczenia zawodowego w Śląskim Centrum Chorób Serca, zwrócił uwagę na problem samotności wielu seniorów. – Co piąty pacjent, którego operujemy, ma problem z powrotem do domu, bo nie ma już małżonka albo jest on sparaliżowany, dlatego nie tworzymy gett, w których zamykamy osoby starsze – powiedział. To m.in. dlatego powstają domy dziennej opieki, które seniorom dają szansę nie tylko na rehabilitację, ale i na wspólne spędzanie czasu, zaś ich dzieciom i wnukom – na pójście do pracy. – Chciałbym, żeby nie było w Polsce gminy, w której nie będzie domu dziennej opieki – podkreślił minister Kosiniak-Kamysz. W jego ocenie liczba osób zajmujących się ludźmi starszymi (zwłaszcza pielęgniarek, fizjoterapeutów i ratowników medycznych) musi się zwiększyć. ■

Z biegiem lat osoba starsza przesuwa się z obszaru polityki społecznej do zdrowotnej. Paneliści zwracali uwagę, że skoro główną klientelą systemów ochrony zdrowia są osoby starsze, lekarze powinni poświęcać znacznie więcej uwagi nie tyle chorobom, co zdrowiu.

Więcej na temat geriatрії, polityki senioralnej i wyzwań demograficznych stojących przed Polską na www.gazetalekarska.pl.

Aktualności





**Romuald
Krajewski**

Prezydent
Europejskiej
Unii Lekarzy
Specjalistów
(UEMS)

UEMS w Warszawie

W dniach 17 i 18 października po raz pierwszy w 57-letniej historii Rada UEMS obradowała w Polsce. UEMS jest bardzo złożoną i rozbudowaną organizacją, więc przy okazji każdego posiedzenia Rady odbywają się spotkania Sekcji Specjalistycznych (42), Komisji Interdyscyplinarnych (15), grup roboczych (5) i przedstawicieli krajów członkowskich (30). Obrady są zawsze bardzo długie i intensywne. Tak było i w Warszawie. Przyjęto europejskie programy szkolenia w 7 dziedzinach. Sekcja ortopedii przedstawiła ważny dokument opisujący zasady szkolenia specjalizacyjnego w tej dziedzinie, opracowany wspólnie z EFORT – europejską organizacją gromadzącą bardzo liczne towarzystwa naukowe ortopedów. Postanowiono stworzyć centralną bazę danych lekarzy, którzy zdają egzaminy europejskie organizowane przez UEMS samodzielnie lub we współpracy z europejskimi towarzystwami naukowymi. Postanowiono także zwiększyć zakres akredytowanych przez UEMS EACCME form doskonalenia zawodowego, aby uwzględnić rosnącą rolę kształcenia na odległość. UEMS wypracowała bardzo znaczne środki (składki krajów członkowskich stanowią tylko niewielką część jej budżetu), które umożliwiły jej nabycie własnej siedziby. Pisałem wcześniej o problemach z ich wykorzystaniem wynikających z bardzo dużej autonomii poszczególnych grup wewnątrz organizacji. Na po-

siedzeniu w Warszawie dopracowano i przyjęto zasady korzystania ze środków sekcji specjalistycznych. Wydaje się, że problemy związane z przebudową siedziby będą już wkrótce za nami. Wybrano też nowy zarząd na kolejne 4 lata. Mijająca kadencja pokazała, że zarządzanie UEMS wymaga współpracy wielu osób i że coraz trudniej jest znaleźć chętnych do pracy, która zajmuje dużo czasu, nie jest opłacana i odbywa się kosztem aktywności zawodowej. Nowi członkowie zarządu bardzo dobrze zdają sobie sprawę z wymagań i potrzeb, jest więc szansa na sprawniejsze funkcjonowanie. Prowadząc obrady, łatwo jest wpaść w autonomiczne zadowolenie, zwykle wzmacniane przez życzliwe osoby, ale wydaje mi się, że posiedzenia w Warszawie były bardziej udane, niż jakiegokolwiek wcześniej. Wcale nie dlatego, że wszystko było jasne i proste, a wszyscy chętnie na wszystko się zgadzali, ale dlatego, że pomimo licznych wyzwań, trudności, zastrzeżeń coraz bardziej widoczne jest zaufanie, chęć współpracy i wprowadzania kolejnych zmian, które powinny wzmocnić organizację i usprawnić jej działanie. Nie bez znaczenia dla oceny spotkania była bardzo dobra organizacja zapewniona przez Naczelną Izbę Lekarską, za którą w imieniu UEMS bardzo dziękuję. Myślę, że w europejskiej opinii Polska i polscy lekarze zyskali parę dodatkowych punktów. ■



Nie testujmy na żywym

Z prof. dr. hab. n. med. **Januszem Morysiem**, przewodniczącym Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych, rektorem Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, rozmawiają **Ryszard Golański i Marta Jakubiak**.

Likwidowanie stażu podyplomowego przez Ministerstwo Zdrowia to rewolucja w kształceniu lekarzy. Czy uczelnie medyczne także myślały o takiej zmianie?

Nigdy nie mieliśmy wpływu ani na formułę stażu, ani na jego przebieg. Osobiście wolałbym włączyć staż w program studiów, zamiast skracać go albo likwidować.

Decyzja o likwidacji stażu była oprotestowana zarówno przez izby lekarskie, jak i Konferencję Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych poprzedniej kadencji. Argument, że absolwent wcześniej rozpocznie pracę, był prawdziwy, ale tylko teoretycznie. Zakładał bowiem, że student w czasie studiów zdobędzie umiejętności praktyczne, które wcześniej zdobywał na stażu. Trzeba więc było dopasować kształcenie do tej zmiany, m.in. upraktynić 6. rok nauczania.

Co w tym złego?

Wprowadzono całkowicie praktyczny szósty rok, przy założeniu, że zajęcia będą odbywały się w szpitalu, w kontakcie z lekarzem i pacjentem. I kiedy powstawały standardy kształcenia, Ministerstwo Zdrowia dekla-

rowało, że liczebność grup na szóstym roku zostanie zmniejszona. W praktyce okazało się jednak, że liczba grup przekroczyła możliwości naszych szpitali klinicznych, co spowoduje konieczność wyprowadzenia kształcenia poza obręb szpitali klinicznych – do szpitali powiatowych albo marszałkowskich. Każde z tych działań pociągnęłoby za sobą duże koszty, bowiem wymaga zatrudnienia większej liczby nauczycieli akademickich oraz pokrycia dodatkowych kosztów, jakie ponoszą szpitale z tytułu prowadzonej na ich terenie dydaktyki.

Miało być lepiej i taniej?

Tak, argumentowano, że dzięki likwidacji stażu budżet państwa zaoszczędzi około 140 mln zł na wynagrodzeniach wypłacanych lekarzom stażystom. W momencie, kiedy przedstawiliśmy Ministerstwu Zdrowia kalkulację, jakie koszty spowoduje zmiana charakteru kształcenia, nikt nas nie słuchał. A przecież takich zmian nie można dokonać bez unowocześnienia kształcenia w obrębie uczelni, czyli pojawiły się koszty związane z budową centrum symulacji medycznej; istnieją one na wszyst-

kich liczących się uniwersytetach medycznych świata, m.in. w Stanach Zjednoczonych, a nawet w Chinach, które w ostatnim czasie bardzo unowocześniły swoje kształcenie. Również wiele uniwersytetów europejskich na stałe wprowadziło ten sposób uzupełnienia kształcenia medycznego, uwzględniając, że dostęp do pacjenta jest coraz trudniejszy.

O jakich dodatkowych kosztach mówimy?

Wprowadzenie zmian jedynie na szóstym roku kosztowałoby tylko z tytułu zwiększenia zatrudnienia ponad 400 mln zł, a pełnego modelu kształcenia znacznie więcej. Myślę, że w Ministerstwie Zdrowia nie dokonano pełnej analizy sytuacji i tego, jakie będą skutki likwidacji stażu, a co za tym idzie – konieczności wprowadzenia zmian w kształceniu studentów. Dlatego uważam, że likwidacja stażu, bez kontynuacji niezbędnych zmian w sposobie kształcenia, była złą decyzją. Lepiej było udoskonalić tę formę kształcenia znacznie mniejszymi środkami finansowymi, niż trzeba będzie teraz wyasygnować.

Czy MZ, podejmując decyzję o likwidacji stażu, konsultowało ją ze środowiskiem akademickim?

Jeden z wiceministrów, jeszcze poprzedniej kadencji, przedstawił tę koncepcję na posiedzeniach KRAUM-u. Wówczas podaliśmy wyliczenia kosztów, jakie ta zmiana będzie generowała. Szacując je, opieraliśmy się na bardzo ogólnikowych zasadach, ale już wtedy było wiadomo, że koszty będą ogromne.

W przypadku studentów będących obecnie na czwartym roku i roczników młodszych szósty rok ma być rokiem nauczania praktycznego. Czy szpitale kliniczne udźwigną taki ciężar i kto im ewentualnie pomoże?

To bardzo trudne pytanie. Z punktu widzenia teoretycznego jesteśmy przygotowani. Ale to jest tylko teoria. Wiele musiałoby się zmienić, zarówno jeśli chodzi o legislację, jak i finansowanie, żeby szósty rok był rokiem nauki w trzypersonowych grupach studenckich, z możliwością wykonywania czynności praktycznych przy pacjencie. Obecnie grupy są większe, a studenci nie mają takich uprawnień – nie posiadając nawet częściowego prawa wykonywania zawodu, nie mogą ingerować w ciągłość powłoki ciała człowieka.

Enigmatyczny zapis w ustawie o działalności leczniczej, że student współuczestniczy w wykonywaniu procedur, nic nie daje. Współuczestniczenie może oznaczać, że student stoi kilka metrów od pacjenta i przygląda się. Czyli jak w takich warunkach nauczy się czynności praktycznych? Kto w sytuacji, w której student nie ma prawa do wykonywania czynności praktycznych, odważy się dopuścić studenta do ich wykonywania, kto poniesie odpowiedzialność w przypadku pojawienia się zdarzenia niepożądanego?

No właśnie, kto?

Teoretycznie odpowiedzialność powinien ponieść lekarz opiekujący się studentem. Jednak w sytu-

acji, kiedy większość lekarzy akademickich zatrudnionych jest na umowach cywilnoprawnych, czyli na kontraktach, spada na nich przynajmniej część odpowiedzialności za wystąpienie ewentualnego zdarzenia niepożądanego. Który z asystentów weźmie na siebie takie ryzyko i koszty podwyższonego ubezpieczenia?

Ministerstwo bagatelizuje ten problem. Uchwały KRAUM-u wielokrotnie były przekazywane Ministerstwu Zdrowia, otrzymał je też pan minister Marian Zembala. Odpowiedź zawsze była enigmatyczna i nierozwiązująca tego problemu, co podkreślają prawnicy uczelni.

Czyli?

Jak się ostatnio dowiedzieliśmy z pisma ministerstwa, liczebność grup jest sprawą uczelni, a nie ministerstwa. Jeżeli uczelnia chce i stać ją na prowadzenie zajęć w trzypersonowych grupach, może to robić. Ministerstwo więcej nie zapłaci. Jeżeli chodzi o odpowiedzialność studenta, w ustawie jest zapis o współuczestniczeniu, więc o co nam chodzi.

A tajemnica lekarska?

To kolejny problem. Student jest z niej wyłączony, ponieważ nie ma żadnego ustawowego zapisu, na który można by się powołać i nakazać mu zachowanie tajemnicy – nie jest lekarzem, nie składał przysięgi.

Ponadto książeczka umiejętności praktycznych wprowadzona rozporządzeniem Ministerstwa Zdrowia z 2012 r. jest fikcją. Mowa w niej m.in. o wykonaniu tracheotomii czy intubowaniu pacjenta. Kto pozwoli dotknąć się do chorego studentowi, który nie ma uprawnień? Pozostaje więc jedynie szkolenie na symulatorach, które jednak nie są dostępne w odpowiednich ilościach na uczelniach medycznych.

Jakie są szanse na ich wprowadzenie?

Jesteśmy już po rozmowach uzgodnieniowych odnośnie zakupu i przygotowania symulatorów na wszystkich uczelniach medycznych. Ale trzeba pamiętać, że studenci będą zdobywać umiejętności tylko na manekinach. Tak można nauczyć się technologii wykonania, ale biologia lubi przecież zaskakiwać. Nie można kształcenia praktycznego zastąpić symulacjami komputerowymi.

Lepszy byłby staż?

Myślę, że tak. Należało go poprawić, nawet choćby przypisując uczelniom w zakresie nadzoru, tak jak to ma miejsce w przypadku farmaceutów. Może trzeba było go skrócić, choć są kraje, które staż wydłużyły, jak np. Szwecja do 18 miesięcy. Warto uczyć się od tych, którzy mają za sobą już wiele innowacji. Wielka Brytania swego czasu zrezygnowała z prowadzenia zajęć anatomii z prosektoriami, przypisując ją do pobieżnego poznania przed każdym działem medycyny. Po 10-letnim okresie obserwacji, kiedy o 25 proc. wzrosła

Enigmatyczny zapis w ustawie o działalności leczniczej, że student współuczestniczy w wykonywaniu procedur, nic nie daje.

Więcej o kształceniu przed- i podyplomowym na www.gazetalekarska.pl.



liczba popełnianych przez lekarzy błędów z tytułu nieznajomości anatomii, szybko wrócono do tradycyjnego nauczania. W mojej opinii staż wprowadzony przez uczelnie medyczne przy znaczącym współudziale izb lekarskich mógłby w sposób efektywny i korzystny dla absolwentów wykorzystać przewidziany okres jego odbywania i dać dobre przygotowanie do rezydentury.

Poprawiamy to, co jest, a nie zastępujemy niesprawdzonym, które trzeba testować na żywym organizmie.

Jakie są największe problemy uniwersytetów medycznych?

Niedofinansowanie. Uniwersytety medyczne na całym świecie są najdroższymi szkołami, bo ich kształcenie musi być bardzo wysublimowane i na najwyższym poziomie. Poza odpowiednią bazą dydaktyczną, muszą dysponować właściwą kadrą, tak opłacaną, żeby lekarze chcieli być nauczycielami. Obecnie chętnych jest coraz mniej.

Ile pieniędzy potrzeba?

Obecnie uczelnie medyczne dostają z budżetu państwa około 60 proc. kosztów, jakie ponoszą. Resztę muszą zarobić, żeby się utrzymać. Ideałem byłoby dostać 100 proc. ponoszonych kosztów, a to, co każda z uczelni zarobi, przeznaczyć na jej rozwój.

Ile zarabia asystent?

Obecnie, po trzech podwyżkach, 2600 zł brutto. Na rezydenturze od razu dostaje ponad 3 tys. zł. Wiem, że nauczyciel akademicki nigdy nie zarobi tyle, co lekarz praktykujący, tak jest na całym świecie, ale niech dostaje pensję, z której się utrzyma, pracując w jednym miejscu.

Są już problemy kadrowe?

Oczywiście, że są. W klinikach może nieco mniejsze niż w zakładach teoretycznych czy przedklinicznych, jak patomorfologia, radiologia, mikrobiologia, ale są.

Brak też ogólnokrajowego planu systematycznej modernizacji uczelni medycznych i szpitali klinicznych z kolejkowaniem potrzeb. Gdyby istniał, każdy czekałby spokojnie na zmiany, wiedząc, że nadejdą w określonym czasie. W niepewności pracuje się źle. Ponadto powstają nowe uczelnie medyczne, gdy te już istniejące są niedofinansowane.

Z czego to wynika?

Z irracjonalnej wizji, że w każdym województwie ma być szkoła medyczna. W Stanach Zjednoczonych po wojnie powstała tylko jedna szkoła medyczna. W Polsce w ciągu roku otwarto trzy.

„Staramy się wpoić przyszłym lekarzom wzorce prawidłowego zachowania, podejścia do pacjenta, ale to nie my dokonujemy wyboru kandydatów. System kwalifikacji na studia medyczne kompletnie różni się z tym, czego rzeczywiście potrzebuje pacjent” – jak powinien wyglądać nabór?

System weryfikacji, który uwzględnia jedynie liczbę punktów uzyskanych na teście maturalnym jest niewystarczający – tak nie można właściwie zweryfikować przygotowania i wiedzy kandydata na studia medyczne. Powinny być rozbudowane egzaminy kwalifikujące, opracowane przez kadrę nauczycieli akademickich. Wyniki uzyskiwane w szkole średniej są istotne, ale trzeba wziąć pod uwagę także działalność społeczną kandydata, empatię, umiejętność funkcjonowania w zespole, bo tego wymaga medycyna XXI w. Potrzebna jest też bezpośrednia rozmowa z kandydatem, by zobaczyć, czy wychowany został w kulturze pomocy drugiemu człowiekowi. Taka weryfikacja to inwestycja w przyszłość; odległą przyszłość, która zapoczątkuje niezwykle wysoko.

Jak zmienić sposób rekrutacji?

Zgłaszaliśmy już taki postulat. Ustawodawca nie ma nic przeciwko rekrutacji wieloetapowej, możemy ją wprowadzić – na koszt i ryzyko uczelni. Wymaga to jednak dużej pracy przygotowawczej oraz wprowadzenia jednolitego systemu we wszystkich uczelniach medycznych.

Jak wygląda przygotowanie przyszłych lekarzy do kontaktów z pacjentami?

To indywidualna sprawa uczelni, gdyż uczelnie mają możliwość wprowadzenia dowolnego przedmiotu. Do dyspozycji jest blisko 300 godzin. Kiedyś prowadziliśmy takie zajęcia fakultatywne, ale nie cieszyły się wielkim zainteresowaniem. Teraz jest to przedmiot obowiązkowy. Psychologowie kliniczni uczą studentów podejścia do drugiego człowieka, komunikacji z pacjentami. Jednak nikt nikogo nie nauczy empatii na studiach. To coś, z czym się człowiek rodzi i czego uczy się w domu rodzinnym. Możemy pokazać pewne zasady prowadzenia konwersacji, ale one i tak nigdy nie dorównają naturalnej empatii.

Jakie były pana najważniejsze cele jako przewodniczącego Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych?

Zmierzyć się z problemem reorganizacji kształcenia i związanych z tym zmian prawnych, m.in. brakiem ustawy o szpitalach klinicznych, które muszą konkurować o kontrakt ze spółkami samorządowymi. Nie mają żadnych preferencji jako szpitale państwowe, które kształcą kadrę, podczas gdy na całym świecie szpitale kliniczne są wyłączone z systemu i dodatkowo finansowane.

Przez ponad trzy lata walczyliśmy bardzo dzielnie. Niestety, wciąż jesteśmy lekceważeni przez Ministerstwo Zdrowia. Na razie jakoś sobie radzimy. Uczelnie medyczne są bardzo wysoko uplasowane wśród innych uczelni w kraju i cenione na forum międzynarodowym; jako jedyne w Polsce mają akredytację amerykańską. Ale nie jest tak, jak być powinno. Rektor nie powinien zajmować się ciągłym rozwiązywaniem problemów, ale skupić na strategii rozwoju uczelni i na jakości kształcenia studentów. ■

Poprawiamy to, co jest, a nie zastępujemy niesprawdzonym, które trzeba testować na żywym organizmie.

Czy relacja mistrz – uczeń zanika oraz co powinno się zmienić w systemie ochrony zdrowia, żeby pacjenci mieli dobry dostęp do leczenia, a lekarze odpowiednie warunki pracy? Czy możliwa jest sytuacja: z jednej strony bez kolejek, a z drugiej – bez pośpiechu? Odpowiada prof. Janusz Moryś specjalnie dla „Gazety Lekarskiej PREMIUM”.





**Andrzej
Sawoni**

Prezes ORL
w Warszawie

Program jest
nowością
w samorządzie
lekarskim i na
pewno potrzeba
czasu, aby
ten sposób
ubezpieczania
się lekarzy stał
się procedurą
rutynową.

OC w składce na samorząd lekarski

Już ponad 6 tys. naszych koleżanek i kolegów ma ubezpieczenie OC
sfinansowane ze składki na samorząd lekarski.

Od 1 czerwca 2015 r. w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie realizujemy program grupowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarzy i lekarzy dentyków opłaconego ze składki członkowskiej. Nasz samorząd jako pierwszy spośród izb lekarskich zaproponował takie rozwiązanie. Przygotowując program, szukaliśmy najlepszych rozwiązań. Korzystaliśmy z doświadczeń ubezpieczeniowych innych samorządów zawodowych. To nie był łatwy projekt, wymagał szczegółowych uzgodnień, wyboru partnerów gwarantujących ochronę ubezpieczeniową i bezpieczeństwo przedsięwzięcia, ale wysiłek przyniósł oczekiwane efekty. Przede wszystkim ułatwiamy koleżankom i kolegom spełnienie ustawowego obowiązku ubezpieczenia się. Zapewniamy lekarzom i lekarzom dentydom ochronę ubezpieczeniową w ramach składki członkowskiej, a tym samym wykorzystujemy środki składkowe bezpośrednio na potrzeby naszej społeczności. Skala przedsięwzięcia pozwoliła na uzyskanie przez Izbę korzystnych warunków finansowych ubezpieczenia. Oszczędzamy nie tylko pieniądze, ale też cenny lekarski czas, gdyż procedury związane z wystawieniem dokumentu ochrony ubezpieczeniowej zostały ograniczone do niezbędnego minimum.

Liczba ubezpieczonych systematycznie rośnie, ale ten proces rozłożony jest w czasie, gdyż osoby zainteresowane ubezpieczeniem przystępują do programu nie od razu, ale dopiero z końcem ważności polisy wykupionej wcześniej.

W ramach programu przysługuje ochrona z tytułu podstawowego ubezpieczenia OC, w dwóch wariantach:

– **ubezpieczenie obowiązkowe** dla lekarzy i lekarzy dentyków zobowiązanych do zawarcia umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC, czyli przede wszystkim prowadzących praktyki

lekarskie (jego warunki reguluje rozporządzenie ministra finansów z 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą; Dz.U. nr 293 poz. 1729),

– **ubezpieczenie dobrowolne** dla lekarzy i lekarzy dentyków, którzy nie są zobowiązani do zawarcia umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC, czyli przede wszystkim zatrudnionych na podstawie umowy o pracę lub innych umów w podmiocie wykonującym działalność leczniczą (jego zasady regulują ogólne warunki ubezpieczenia podmiotów leczniczych, osób wykonujących zawód lekarza, pielęgniarki oraz inny zawód medyczny dla klienta indywidualnego, małego i średniego przedsiębiorcy).

W obu wariantach sumy gwarancyjne są takie same: 75 tys. euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 350 tys. euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń.

Ubezpieczeniem może zostać objęty każdy lekarz i lekarz dentysta, który jest członkiem OIL w Warszawie, regularnie opłaca składkę członkowską w wysokości 60 zł miesięcznie i nie ma w tym zakresie zaległości. Lekarze i lekarze dentyści, członkowie OIL w Warszawie, którzy są zwolnieni z obowiązku opłacania składki członkowskiej oraz płacący składkę w wysokości 10 zł miesięcznie, mogą przystąpić do programu grupowego ubezpieczenia OC, opłacając polisę indywidualnie.

Program jest nowością w samorządzie lekarskim i na pewno potrzeba czasu, aby ten sposób ubezpieczania się lekarzy stał się procedurą rutynową. Po pięciu miesiącach od uruchomienia programu możemy stwierdzić, że pomysł sprawdził się i jest dowodem, że możemy organizować się do niecodziennych przedsięwzięć. Przetarliśmy szlak. Może pójdą nim inni. ■

W imieniu Fundacji Lekarze Lekarzom pragnę wszystkim podziękować za wspieranie Koleżanek i Kolegów, którzy znaleźli się w trudnej sytuacji życiowej. Każda, nawet symboliczna kwota jest bardzo cenna. W tym miejscu chciałbym bardzo podziękować za stałe i pojedyncze wpłaty darczyńcom z: Czarnkowa, Gdańska, Grodziska Mazowieckiego, Inowrocławia, Legnicy, Lublina, Łodzi, Mielca, Poznania, Smug, Szczecina, Wrocławia, Warszawy, Zielonej Góry, Żnina.

Mariusz Janikowski,
prezes zarządu Fundacji Lekarze Lekarzom

Komentarz

Już ponad 6 tys. naszych koleżanek i kolegów ma ubezpieczenie OC sfinansowane ze składki na samorząd lekarski.

Propozycja Izby Warszawskiej jest bardzo ciekawa i nęcąca. Idzie bowiem w kierunku zapewnienia lekarzom jak najszerszej gamy świadczeń w ramach płaconej składki członkowskiej. Jest tylko jedno ale – jaki jest rzeczywisty zakres tego ubezpieczenia.

Z tekstu wynika, że lekarz będzie ubezpieczony albo ubezpieczeniem obowiązkowym, jeżeli prowadzi praktykę lekarską, albo ubezpieczeniem dobrowolnym, jeżeli praktyki nie prowadzi, a będzie chciał się ubezpieczyć.

Zakres ubezpieczenia obowiązkowego jest opisany w Rozporządzeniu Ministra Finansów i tutaj nic nie może się zmienić. Czyli chirurg plastik wykonujący zabiegi estetyczne, niezwiązane z przebytym urazem czy operacją, nie może ich włączyć w zakres ubezpieczenia. Nie może się też zmienić suma gwarancyjna ubezpieczenia, bowiem też ją to rozporządzenie określa (jak podano w tekście 75 tys. euro na jedno zdarzenie, 350 tys. euro w ciągu roku). Zawierając ubezpieczenie obowiązkowe, lekarz nie może podwyższyć sobie sumy gwarancyjnej, nawet za cenę wyższej składki, a w niektórych specjalnościach zabiegowych w/w kwoty mogą się okazać za niskie. Ponadto lekarz prowadzący praktykę często pracuje również etatowo, może musieć udzielać pierwszej pomocy (może ta konieczność go zastać w trakcie np. jakiś uroczy-

stości rodzinnych, czyli przy spożywaniu alkoholu), może udzielać świadczeń medycznych okazjonalnie podczas wyjazdu za granicę. Tych dodatkowych sytuacji, niezwiązanych z wykonywaniem swojej działalności gospodarczej, ubezpieczenie obowiązkowe nie obejmuje.

Jeszcze bardziej istotne jest doprecyzowanie zakresu ubezpieczenia dobrowolnego, bo ono jest w pełni negocjowalne z towarzystwem ubezpieczeniowym. I zakres tego wynegocjowanego z towarzystwem ubezpieczenia dobrowolnego pozwala również zawierać tzw. ubezpieczenia pakietowe z klauzulą nadwyżkową, które uzupełniają ubezpieczenie obowiązkowe (lekarz w ramach praktyki ma wyższą sumę gwarancyjną niż wynika to z rozporządzenia, nie są wyłączone zabiegi estetyczne, ubezpieczenie obejmuje wszystkie formy wykonywania zawodu).

Dlaczego o tym wszystkim piszę? Jestem pewien, że tak szerokiego zakresu ubezpieczenia ta umowa „warszawska” nie przewiduje. Doceniając w pełni to, co zostało przez warszawskie władze samorządu zaproponowane członkom Izby, chciałbym zwrócić uwagę, że dla wielu będzie to tylko niezbędne minimum (czyli spełnienie wymogu ustawowego), natomiast dla poczucia rzeczywistego bezpieczeństwa ubezpieczeniowego potrzebne mogą być dodatkowe polisy. ■



**Jerzy
Jakubiszyn**

Przewodniczący
Konwentu
Prezesów
Okręgowych Rad
Lekarskich



Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów Naczelnej Izby Lekarskiej zaprasza lekarzy i lekarzy dentystów z całego kraju na bezpłatne szkolenia:

- 17.11.2015 - Analiza Transakcyjna jako metoda reagowania na zachowania agresywne
- 25.11.2015 - Efektywne zarządzanie własnym czasem
- 9.12.2015 - Warsztaty skutecznych negocjacji
- 24.11.2015 - Rozwiązywanie konfliktów interpersonalnych w pracy lekarza
- 23.11.2015 - Formy wykonywania zawodu lekarza...
- 24.11.2015 - Recepty, refundacje, odpowiedzialność lekarza za źle wystawione recepty...
- 25.11.2015; 9.12.2015 – Poszukiwanie rozwiązań rozwojowych w podmiotach leczniczych

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

zapisy: www.odz.nil.org.pl

Polak ponownie szefem UEMS!

Mariusz Tomczak

23 krajowe ekipy poparły wiceprezesa NRL prof. Romualda Krajewskiego w tajnym głosowaniu w wyborach na prezydenta najstarszej organizacji lekarskiej w Europie. To oznacza, że od 1 stycznia po raz drugi będzie prezydentem Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów (European Union of Medical Specialists).

Jestem zadowolony, bo ten wynik świadczy o dużym zaufaniu – powiedział prof. Krajewski zaraz po wyborach, które odbyły się 16 października podczas posiedzenia UEMS w Warszawie. Na jego kontrkandydata oddano 4 głosy. W nowym zarządzie UEMS w kadencji 2016-2019 znaleźli się ponadto czterej wiceprezydenci (Joao Grenho, Othmar Haas, Marc Hermans i Hans Hjelmqvist), sekretarzem generalnym został prof. Vassilios Papalois, skarbnikiem Bernard Maillet, a osobą odpowiedzialną za sprawny przepływ informacji prof. Zlatko Fras.

W dobiegającej końca kadencji największym wyzwaniem, a jednocześnie sukcesem zarządu UEMS, było otwarcie Domu Lekarzy Europejskich w Brukseli. Prof. Krajewski do grona sukcesów zalicza także stworzenie jednolitych zasad opracowywania programów kształcenia w poszczególnych specjalizacjach. Wiele specjalności przygotowało już programy według nowego schematu. – Wprowadziliśmy w życie nowe zasady akredytacji. Mimo że wymagania wzrosły, nie spadła liczba akredytowanych międzynarodowych wydarzeń edukacyjnych, co dobrze świadczy o dbałości o doskonalenie zawodowe. Rozszerzyliśmy grupę osób uczestniczącą w codziennym zarządzaniu, co poprawiło jego jakość – tłumaczy stary-nowy szef UEMS.

Jakie cele stawia przed sobą i nowym zarządem w kolejnej, czteroletniej kadencji? Przede wszystkim chce większego współdziałania osób działających w UEMS, co pozwoli na uzyskanie efektu synergii. – Nasza organizacja nie jest mocno zunifikowana. Celem podstawowym będzie wspólna praca wszystkich „części” UEMS, których jest około 60, o co staraliśmy się już w poprzedniej kadencji – mówi prof. Krajewski. W jego ocenie w sekcjach specjalistycznych i komisjach interdyscyplinarnych tkwi olbrzymi potencjał, gdyż to właśnie one wykonują ogromną ilość pracy. Drugie wyzwanie to spleta kredytu zaciągniętego na wybudowanie brukselskiej siedziby. – Myślę, że powinniśmy się z tym uporać w ciągu paru lat – deklaruje szef UEMS i dodaje, że teraz trzeba będzie wykorzystać w jak największym zakresie Dom Lekarzy Europejskich.

– Obecnie akredytujemy tylko konferencje, ale chcemy również opracować kryteria i akredytować inne formy doskonalenia zawodowego. Będzie-

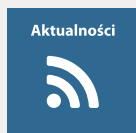
my rozwijać współpracę z europejskimi towarzystwami naukowymi – kontynuuje prof. Krajewski. UEMS łączy lekarzy wielu specjalizacji, starając się uzgadniać m.in. zasady kształcenia specjalizacyjnego i egzaminowania. – Co prawda można to robić samodzielnie, ale wartością dodaną jest konsultacja i stała współpraca przedstawicieli różnych specjalności. To powoduje, że efekty są bardziej obiektywne – mówi. Z opracowywanych przez UEMS programów specjalizacji korzystają poszczególne kraje, w tym Polska, a dzięki zaangażowaniu w pracę tej organizacji niektóre egzaminy (w naszym kraju dotyczy to na razie trzech) stały się egzaminami europejskimi.

A jakie są inne korzyści z działalności w UEMS? – Obecność Polaków sama w sobie jest wartością. Nie tylko wiemy, co się dzieje, ale również mamy wpływ na kształt decyzji, które dotyczą m.in. naszych lekarzy – podkreśla prof. Krajewski. Jego zdaniem nasi rodacy pracujący w sekcjach UEMS są bardzo dobrze postrzegani i pełnią w nich odpowiedzialne funkcje, co dobrze wpływa na odbiór polskich lekarzy za granicą. – Jeżeli polscy lekarze szukają pracy w Europie, to tworzenie pozytywnej opinii o nas, jako ludziach solidnych, pracowitych i wykształconych, jest korzystne w konkretnych sytuacjach, kiedy w grę wchodzi wybór: zatrudnić Polaka czy kogoś innego – tłumaczy. To bardzo wymierna korzyść z udziału w pracach organizacji międzynarodowych.

UEMS istnieje od 57 lat. Jest stowarzyszeniem 30 największych krajowych organizacji reprezentujących lekarzy specjalistów z krajów Unii Europejskiej i Europejskiego Obszaru Gospodarczego oraz sześciu krajów stowarzyszonych. Naczelna Izba Lekarska, jako członek UEMS, jest uprawniona do kierowania swych przedstawicieli do sekcji specjalistycznych tej organizacji po uzgodnieniu z odpowiednimi towarzystwami naukowymi. – UEMS to organizacja dobrowolna, w której lekarze mogą pokazać, że z własnej inicjatywy są gotowi poprawiać jakość kształcenia, doskonalenia zawodowego i praktyki lekarskiej, nie będąc przymuszani żadnymi ustawami – podkreśla prof. Krajewski. W tym roku Polska była po raz pierwszy miejscem obrad tej organizacji. Trwały dwa dni. ■

UEMS istnieje od 57 lat. Jest stowarzyszeniem 30 największych krajowych organizacji reprezentujących lekarzy specjalistów z krajów Unii Europejskiej i Europejskiego Obszaru Gospodarczego oraz sześciu krajów stowarzyszonych.

Fotoreportaż z ostatniego zjazdu UEMS na www.gazetalekarska.pl.



Listopadowe marzenia

Listopad

*porannymi mgłami świat otula
siejąc smutek i zadumę i wspomnienia
coś się skończyło i przeminęło
ale w pamięci pozostał ślad
na wiele długich następnych lat
zawsze też będzie następny dzień
dzisiejsze smutki odejdą w cień*

joma

Listopadowa aura już sama skłania do refleksji i nie nastraja do aktywnego życia, po prostu przygnębia. Opadające liście powodują, że огоłocone z nich drzewa, stojąc na tle chmurnego nieba, przypominają o przemijaniu. Bo to taki czas, kiedy wspominamy tych, których nie ma już wśród nas. Pamiętajmy, niech zawsze będą obecni w naszych sercach i umysłach i bądźmy tego świadomi, że ciągle żyją wśród nas, niech te wspomnienia rozjaśniają nasz świat.

Taka ponura pogoda sprawia, że chcemy oddzielić się od świata i zamknąć w swoim zaciszu. Brakuje życiodajnego słońca, które pobudza i dodaje chęci do życia, stąd smętne myśli i niechęć do wszelkiego działania. Najlepiej otulić się ciepłym kocem, usiąść przy kominku i zapatrzyć się w migocące płomienie ognia, popijając gorącą herbatę – spokojnie posiedzieć w cieple. Listopadowa pogoda sprawia, że chcemy się ukryć przed światem, przed wszystkimi ludźmi i trudami dnia codziennego. Każdy z nas ma coś do ukrycia – swoje myśli, marzenia i również drobne przewinienia, o których chciałoby się zapomnieć. Ostatnio coraz częściej mam wrażenie, że taki smętny listopad trwa przez cały rok. Wszędzie dużo zatroskanych ludzi, niepotrafiących się uśmiechać, a jedynie wykrzykiwać różnorodne idee męcące w głowach pozostałym. Widzę ludzi goniących w zawrotnym tempie za wszelkimi dobrami. Nie mają czasu na radość i odpoczynek, gubią się w tym biegu, ale nie potrafią wyhamować. Zazdroszczę zwierzętom zapadającym w długi zimowy sen – i to są właśnie moje listopadowe marzenia i mój listopadowy sen. Chciałabym jak one zaszyć się w ciepłym legowisku i przespać sloty, zawieruchy, wszelkie niedorzeczności i absurdy tego świata. Po takim regenerującym śnie obudziłabym się wiosną wypoczęta, głodna i pełna chęci do aktywnego życia. Zobaczyłabym uśmiechających się, życzli-

wych ludzi starających się razem i spokojnie rozwiązywać problemy i budować wspólny dom. Zwierzęta tak potrafią i jakoś nigdy im się to nie nudzi.

Jesień w przyrodzie to czas przygotowań do snu zimowego i odnowy sił, również i dla nas ludzi powinien to być czas odpoczynku i zastanowienia się nad dalszym życiem i aktywnością. Pewnie, że mogę sobie posiedzieć owinięta kocem, tylko jak długo można tak beczynnie siedzieć i się smucić.

Coś się przeżyło, coś przeminęło, pożółkłe liście, zeschnięte nadzieje, ale przecież żyjemy, musimy znaleźć siły i stać się bardziej kreatywni, a to nie bierze się jedynie z oglądania. Samo bierne oglądanie świata nic nie daje. To tak samo, jak mówienie o wielkiej miłości, jeżeli jej się nigdy nie doświadczyło i nie przeżyło. Ten, kto tego nie doświadczył, nie będzie wiedział, co to za uczucie. W życiu należy brać aktywny udział, a nie tylko przyglądać się mu.

Jestem pod dużym wrażeniem lekarzy seniorów. Oni zawsze, bez względu na pogodę, mają chęć spotykać się, nawet jak muszą poruszać się przy pomocy innych. Są otwarci do działania i wzajemnej pomocy, ciągle są chłonni wiedzy i pełni planów na przyszłość. Potrafią wzajemnie przekazywać sobie pozytywne myśli i mobilizować się do aktywności. W jesieni życia nie ma miejsca na smutki. Zastępują je kłopoty i cieszą się swoją obecnością. Wielu z nich właśnie teraz ma czas na odnalezienie swoich dążeń i pragnień oraz poszukanie sposobów na ich realizację.

Listopad wcale nie musi kojarzyć się jedynie ze smutkiem i ciemnością. W długie wieczory można sobie nie tylko pomarzyć, lecz także wytyczyć nowe cele i zadania na czas, gdy na dłużej zaświeci słońce i doda energii do życia. Listopad nie musi być przecież taki nostalgiczny i przygnębiający. Zachowajmy w pamięci radosne i miłe wspomnienia, które dodadzą sił na przyszłość. ■



**Jolanta
Małmyga**

Wiceprezes ORL
w Gorzowie Wlkp.

Ostatnio coraz częściej mam wrażenie, że taki smętny listopad trwa przez cały rok. Wszędzie dużo zatroskanych ludzi, niepotrafiących się uśmiechać, a jedynie wykrzykiwać różnorodne idee męcące w głowach pozostałym.

Przywróćmy stomatologii właściwe miejsce

Z dr. **Patrickiem Hescotem**, prezesem Światowej Federacji Dentystycznej (FDI), rozmawia **Anna Lella**.



Panie doktorze, przede wszystkim składamy gratulacje z okazji objęcia funkcji prezesa FDI i życzymy wielu sukcesów w nadchodzących 2 latach. Jako że niniejszy wywiad przeczyta duża część polskich lekarzy i lekarzy dentystów, czy mógłby pan opowiedzieć im trochę o sobie?

Jestem Francuzem, prowadzę prywatną praktykę stomatologiczną w Nicei. W FDI działam już od ponad 20 lat, początkowo jako przewodniczący francuskiej delegacji, później, od 2007 r., jako członek Rady FDI, a od roku 2013 jako prezes elekt tej organizacji. Wcześniej pełniłem także funkcję prezesa Europejskiej Regionalnej Organizacji FDI (ERO-FDI).

Na arenie międzynarodowej byłem ekspertem ds. zdrowia jamy ustnej Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) oraz od 1998 r. dyrektorem jednego z ośrodków współpracy WHO. We Francji byłem doradcą Ministerstwa Zdrowia ds. stomatologii, jak również pełniłem funkcje prezesa Francuskiej Unii na rzecz Zdrowia Jamy Ustnej (Union Française de Santé Bucco-Dentaire – USFBD) oraz sekretarza Francuskiego Stowarzyszenia Dentystycznego (Association Dentaire Française – ADF).

Niewątpliwie wybór na stanowisko prezesa FDI to jedno z najwyższych osiągnięć dla lekarza dentysty zaangażowanego w działalność

organizacji zawodowych. Jaką w pana ocenie rolę powinna pełnić FDI i jej prezes dla stomatologii i dla lekarzy dentystów?

FDI zrzesza krajowe organizacje lekarsko-dentystyczne (tzw. NDAs – national dental associations) i jej podstawowym zadaniem jest działanie na rzecz tych organizacji, zapewnianie im wsparcia w zakresie ich aktywności krajowej, przy uwzględnieniu indywidualnych potrzeb poszczególnych organizacji członkowskich. Wydaje się, że najistotniejszym elementem prac FDI jest reprezentowanie i obrona naszych interesów zawodowych na poziomie międzynarodowym. W tym zakresie prezes FDI odgrywa znaczącą rolę, utrzymując kontakty z głównymi osobami kształtującymi politykę zdrowotną w instytucjach międzynarodowych oraz we władzach krajowych.

Stanowiska przyjmowane przez FDI, oparte na szerokim konsensusie, które prezes FDI przedstawia następnie podczas swych spotkań, powstają w ramach ścisłej współpracy z krajowymi organizacjami stomatologicznymi.

Czy któryś z dotychczasowych prezesów FDI stanowi dla pana wzór do naśladowania, do kogo chciałby pan nawiązać w swych działaniach?

Trudno byłoby mi wskazać jednego z byłych prezesów FDI jako bardziej inspirującego mnie niż pozostali; moim zdaniem każdy z moich poprzedników miał swoją własną osobowość oraz styl, które wpływały na sposób sprawowania jego dwuletniej kadencji prezesa.

Jako Francuz chciałbym w szczególny sposób podkreślić działalność mojego mentora, śp. dr. Jacques'a Monnota, prezesa FDI w latach 1999-2001, który kładł nacisk na federacyjną rolę FDI względem swoich organizacji członkowskich. W pełni zgadzam się z tym stanowiskiem i także będę to podnosić w okresie mojej prezesury.

FDI to bardzo złożona struktura organizacyjna, w której funkcjonuje wiele różnych jednostek. Jaka jest w pana ocenie pozycja i znaczenie organizacji regionalnych FDI, szczególnie biorąc pod uwagę pana duże doświadczenie nabyte w Europejskiej Regionalnej Organizacji, ERO?

Faktycznie, byłem prezesem ERO w latach 2007-2010, więc jestem dobrze obeznany z zakresem prac realizowanych na rzecz swych członków oraz ich jakości. W dużej mierze odzwierciedlają one działania FDI. ERO odgrywa istotną rolę jako podmiot przyczyniający się do podniesienia prestiżu zawodu lekarza dentysty oraz wzrostu znaczenia zdrowia jamy ustnej w Europie.



Podczas Zgromadzenia Ogólnego Światowej Federacji Dentystycznej (FDI), które odbyło się we wrześniu 2015 r. w Bangkoku, dr Patrick Hescot z Francji przejął na kolejne 2 lata funkcję prezesa tej organizacji.

Ścisła współpraca pomiędzy FDI a ERO jest nieodzowna. Jestem zadowolony, że obecny prezes ERO, dr Philippe Rusca, kontynuuje starania o to, by stosunki z FDI i kontakty z jej prezesem były jednym z istotnych elementów corocznych posiedzeń ERO.

ERO jest bez wątpienia najprężniejszą spośród regionalnych organizacji FDI – jej aktywność i osiągnięte rezultaty mogą stanowić przykład dla pozostałych.

Niecały rok temu pyaliśmy pana poprzedniczkę na stanowisku prezesa FDI, dr Tin Chun Wong, jakie są w jej ocenie najważniejsze zagadnienia dla FDI w najbliższych latach. Dr Wong wskazała kwestie związane z amalgamatem dentystycznym, nierównym dostępem do opieki stomatologicznej, zwiększaniem działań profilaktycznych oraz nadmiernym spożyciem cukru. Czy podziela pan to zdanie, czy też dostrzega inne sprawy, które powinny stać się priorytetowymi dla FDI?

Bez dwóch zdań sprawy wskazane przez prezes Wong były istotną częścią działalności FDI w ostatnich latach. Potrzebna nam jest także refleksja nt. tego, kim ma być lekarz dentyista i jaki ma być wkład naszego zawodu w życie społeczne.

Obecnie znajdujemy się w punkcie przełomowym: nie bacząc na społeczno-ekonomiczne koszty chorób stomatologicznych, zdrowie jamy ustnej nadal nie jest uważane za ważne zagadnienie – naszym zadaniem jest to zmienić. Musimy odejść od wizerunku lekarza dentyisty jako wysoko wykwalifikowanego technika i zacząć go traktować jako pełnowartościowego pracownika ochrony zdrowia, odgrywającego kluczową rolę w zakresie zdrowia jamy ustnej, czyli po prostu zdrowia człowieka, i mającego istotny wpływ na dobrobyt zarówno indywidualnych osób, jak i całego społeczeństwa.

Priorytetem FDI jest przywrócenie stomatologii jej właściwego miejsca w medycynie i ogólnie w życiu.

Często można się spotkać z pytaniem, jaki jest sens poświęcać czas i środki finansowe na działalność międzynarodowych organizacji zawodowych, takich jak FDI czy ERO, jakie korzyści mają poszczególni lekarze dentyści z prac takich podmiotów. Jak pan odpowiedziałby na takie pytanie?

To bardzo dobre pytanie i zasługuje na właściwie uzasadnioną odpowiedź. Przede wszystkim jednak oczekiwanie, że można wskazać bezpośrednie korzyści z naszych prac, stanowi błędne pojęcie roli i zasad działania tego rodzaju organizacji międzynarodowych. To, czym się zajmujemy, przeważnie ma charakter długookresowy i wymaga wielu lat pracy. Konsekwencje objawiałyby się wtedy, gdybyśmy w ogóle nie zajęli się danym zagadnieniem. Przykładowo wskazałbym, że w pewnym okresie pojawiło się dążenie do usunięcia zdrowia jamy ustnej z listy priorytetów WHO, głównie z uwagi na konieczność dopasowania listy priorytetów do dostępnych środków budżetowych. Jako że WHO ma duży wpływ na krajowe polityki zdrowotne w poszczególnych państwach świata,

umiejscowienie stomatologii na niższym miejscu w hierarchii priorytetów nieuchronnie przełożyłoby się na stosunek władz krajowych do zdrowia jamy ustnej. To zaś prowadziłoby do znacznego ograniczenia możliwości lekarzy dentyistów w zakresie promowania pozycji zdrowia jamy ustnej w ramach krajowej polityki zdrowotnej, z negatywnymi konsekwencjami dla naszego zawodu. FDI w stanowczy sposób opowiadała się za pozostawieniem tego zagadnienia wśród priorytetów WHO, a co za tym idzie – także za utrzymaniem właściwego znaczenia stomatologii na poziomie krajowym.

Nie możemy w tej rozmowie pominąć zbliżającego się Światowego Kongresu Dentystycznego FDI, który odbędzie się w roku 2016 w Polsce, w Poznaniu. Czy FDI określiła już jakieś nowe zagadnienia, które będą tam przedmiotem obrad? Czy można się spodziewać nowych przedsięwzięć, które zostaną rozpoczęte lub ogłoszone w Poznaniu?

Tradycją jest, że FDI przedstawia nowe inicjatywy podczas swojego dorocznego Światowego Kongresu Dentystycznego i tak też będzie w Poznaniu w 2016 r. W tej chwili jest jeszcze za wcześnie, aby mówić o szczegółach. Zwykle robi się to dopiero w okresie sześciu miesięcy poprzedzających Kongres.

Na pewno dokonamy w Poznaniu analizy projektów, które rozpoczęliśmy w tym roku, zwłaszcza nowej inicjatywy FDI dotyczącej zdrowia jamy ustnej i starzejącego się społeczeństwa realizowanej we współpracy z japońską korporacją GC – pierwsza sesja w ramach projektu odbędzie się w przyszłym roku w Lucernie. Dotyczy to także nowego programu FDI dotyczącego chorób periodontologicznych – spotkanie inauguracyjne odbędzie się pod koniec tego roku w Amsterdamie.

W Poznaniu planowana jest ceremonia wręczenia nagrody uśmiechu FDI (FDI Smile Award) przyznawanej za innowacyjne programy społeczne. Nagroda ta jest ważnym elementem nowego partnerstwa FDI na rzecz zapobiegania próchnicy.

W 2016 r. Kongres FDI ponownie odbędzie się w Europie. Czy miejsce Kongresu ma jakiś wpływ na sprawy poruszane podczas posiedzeń światowego parlamentu stomatologicznego, czy też może mamy już do czynienia ze zglobalizowaną stomatologią i FDI zajmuje się tymi samymi kwestiami bez względu na to, gdzie się spotyka?

Prawdę mówiąc, to, gdzie odbywa się dany Kongres, ma niewielki wpływ na tematykę obrad. Celem FDI jest koncentrowanie się na sprawach o charakterze globalnym. Jednocześnie jednak, program Światowego Kongresu Stomatologicznego siłą rzeczy obejmuje w znaczącym stopniu udział krajowych czy regionalnych wystąpień, odnoszących się do kwestii także o znaczeniu lokalnym. Na pewno Kongres w Poznaniu będzie okazją dla europejskich stomatologów, aby zaprezentować się w kontekście globalnym. ■

FDI zrzesza krajowe organizacje lekarsko-dentystyczne (tzw. NDAs – national dental associations) i jej podstawowym zadaniem jest działanie na rzecz tych organizacji, zapewnianie im wsparcia w zakresie ich aktywności krajowej, przy uwzględnieniu indywidualnych potrzeb poszczególnych organizacji członkowskich.

* Przekład na język polski:
Marek Szewczyński,
radca prawny,
Kierownik Ośrodka
Uznawania Kwalifikacji NIL,
Dział Współpracy
Międzynarodowej NIL

Promieniowanie jonizujące – łagodzenie przepisów

Z **Maciejem Hamankiewiczem**, prezesem Naczelnej Rady Lekarskiej, rozmawia **Lucyna Krysiak**.



Polskie Lekarskie Towarzystwo Radiologiczne zarzuciło lekarzom dentystom, że zdjęcia wewnątrzustne są przez nich wykonywane nieprawidłowo, a środowisku stomatologicznemu brak dostatecznej świadomości odpowiedzialności za narażenie pacjenta na promieniowanie jonizujące. To poważne zarzuty. Jak samorząd lekarski na nie zareagował?

Ten atak radiologów wywołał oburzenie w samorządzie lekarskim, ponieważ narusza dobre imię lekarzy dentystów i podważa ich profesjonalizm. Jest spowodowany niezadowolaniem Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radiologicznego w związku z zapowiadanymi zmianami w rozporządzeniu w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej. Przepisy tego rozporządzenia nakładają na lekarzy dentystów szereg obowiązków, które są nieuzasadnione z punktu widzenia ochrony pacjenta, a powodują jedynie znaczący wzrost kosztów prowadzenia praktyki. O zmiany przepisów łagodzenia zbyt

restrykcyjnych przepisów w tej sprawie .samorząd lekarski zabiegał od dawna.

PLTR nie podjęło żadnego dialogu z lekarzami dentystami na ten temat, lecz swoje tezy przedstawiło w oficjalnym piśmie, które bezpośrednio skierowało na ręce Ministra Zdrowia.

Praktyki, kiedy towarzystwo lekarskie drogą urzędową występuje przeciw kolegom wykonującym ten sam zawód, to chyba ewenement.

To rzeczywiście rzadka praktyka, która może podważać zaufanie niezbędne do wykonywania zawodu lekarza dentysty. Podobnie jak stwierdzenie PLTR o rzekomym braku działań stomatologów w celu optymalizacji dawki promieniowania. Obecne przepisy odnoszące się do radiologii stomatologicznej wymagają uproszczenia, jeśli chodzi o procedury obowiązujące jednostki ochrony zdrowia, które wykorzystują promieniowanie jonizujące w stomatologii – liczba obowiązkowych testów specjalistycznych dla aparatów do zdjęć wewnątrzustnych powinna być zmniejszona.

W tym miejscu warto przypomnieć, że postulat samorządu lekarskiego o zmianę przepisów dotyczących stosowania promieniowania jonizującego w gabinetach stomatologicznych zyskał już w 2012 r. poparcie konsultanta krajowego w dziedzinie radiologii i radiologii obrazowej, który punkt po punkcie przeanalizował każdy zapis zmieniający dotychczasowe rozporządzenie w tej sprawie, uzasadniając proponowane zmiany. W podobnym tonie wypowiedział się na łamach „Gazety Lekarskiej” prof. Krzysztof Janiak. Samorząd lekarski nie jest więc odosobniony w opiniach, że zasadność części wymogów odnoszących się do radiologii stomatologicznej jest wątpliwa. Nie odpowiadają one rzeczywistej skali potencjalnego zagrożenia i generują niepotrzebne koszty, które ponosić muszą lekarze dentyści. Samorząd zgłosił więc konkretne propozycje zmian mających na celu obniżenie zbyt rygorystycznych i kosztownych wymagań, nieproporcjonalnych do potencjalnego zagrożenia wynikającego ze stosowania stomatologicznych aparatów rtg. Dlatego niezmiennie stoimy na stanowisku, że

wymogi związane z eksploatacją aparatów rtg powinny być łagodniejsze w odniesieniu do radiologii stomatologicznej, zwłaszcza stosowanych aparatów wewnątrzustnych.

O jakich konkretnie zmianach mówimy, czego one dotyczą?

Postulowane zmiany dotyczą przede wszystkim zakresu i częstotliwości wykonywania testów podstawowych i specjalistycznych rentgenowskich aparatów stomatologicznych. Dla testów podstawowych – co najmniej jak w projekcie z 7 kwietnia 2015 r. Dla testów specjalistycznych – raz na 5 lat, ewentualnie pierwsze testy specjalistyczne aparatów rentgenowskich do zdjęć wewnątrzustnych po upływie 5 lat od zakupu nowego aparatu, a następnie raz na 2 lata. Istotną zmianą jest także zniesienie ograniczeń w stosowaniu jezdnego sprzętu radiologicznego do zdjęć wewnątrzustnych i możliwość przeprowadzania jednoosobowego audytu klinicznego w jednostkach wykonujących procedury wyłącznie z zakresu stomatologicznych zdjęć wewnątrzustnych. Ważnym punktem jest opracowanie przez Krajowe Centrum Ochrony Radiologicznej w Ochronie Zdrowia wzorcowej dokumentacji systemu zarządzania jakością w zakresie rentgenodiagnostycznych badań stomatologicznych i nieodpłatne jej udostępnienie jednostkom ochrony zdrowia. Pozostałe kwestie wymagające zmian związane są m.in. z transpozycją nowej Dyrektywy Rady 2013/59/EURATOM, dotyczącej programu szkolenia z ochrony radiologicznej pacjenta i okresu ważności certyfikatu, zakresu i częstotliwości klinicznego audytu wewnętrznego i zewnętrznego oraz rozważenia konieczności funkcjonowania Inspektora Ochrony Radiologicznej w gabinetach stomatologicznych.

Czy resort zdrowia uwzględnił sugestie samorządu lekarskiego dotyczące zmian w rozporządzeniu określającym zasady bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego?

Tak. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej, które odbyło się 22 maja tego roku, dogłębnie przeanalizowało i zaakceptowało projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniający rozporządzenie w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej. Prezydium NRL stwierdziło, że propozycje zmian realizują postulaty lekarzy dentyków o złagodzenie warunków stosowania promieniowania jonizującego w gabinetach. Ze szczególną aprobatą członkowie Prezydium odnieśli się do proponowanych uproszczeń w procedurach dotyczących używania tego promieniowania. Postulowaliśmy ponadto, aby w przedmiotowym rozporządzeniu uregulowa-

no, że pierwsze testy specjalistyczne aparatów rentgenowskich do zdjęć wewnątrzustnych obowiązkowe będą po upływie 5 lat od zakupu nowego aparatu.

Można więc powiedzieć, że samorząd lekarski osiągnął cel – stanął murem w obronie interesów stomatologów, które w niezależnych od siebie ocenach wydają się być słuszne...

Taka jest rola samorządu lekarskiego, aby bronić słusznym interesów lekarzy i lekarzy dentyków. Kategorycznie sprzeciwiam się, aby w debacie publicznej na temat warunków stosowania promieniowania jonizującego w gabinetach dentyckich używać argumentu, że zdjęcia wewnątrzustne są przez lekarzy dentyków wykonywane w większości nieprawidłowo oraz że w środowisku stomatologicznym brak jest dostatecznej świadomości odpowiedzialności za narażenie pacjenta na promieniowanie jonizujące. Tego rodzaju stwierdzenia zawarte w oficjalnym dokumencie, który złożono na ręce Ministra Zdrowia i przedstawione z dużą dozą ogólności, są krzywdzące.

Jednak rentgenodiagnostyka jest w stomatologii stosowana coraz powszechniej, zdjęcia rentgenowskie stały się dla lekarzy dentyków podstawowym narzędziem diagnostycznym, o czym świadczy fakt, że wśród zarejestrowanych w Polsce aparatów rtg większość stanowią stomatologiczne aparaty do zdjęć wewnątrzustnych. Czy nie należy obawiać się eskalacji problemu?

Stosowanie promieniowania jonizującego do celów medycznych jest poddane daleko idącym regulacjom prawnym, określającym szereg wymogów i ograniczeń, których celem jest zapewnienie bezpieczeństwa oraz ochrona życia i zdrowia ludzkiego, i to nie może budzić żadnych wątpliwości. Jednak prawo musi być dostosowywane do realiów i o to nam chodzi. We wszystkich dziedzinach życia ewoluuje i w tym przypadku również powinno tak być. Rozwiązania zawarte w rozporządzeniu określającym zasady bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego wcale nie służą lepszemu zabezpieczeniu pacjenta przed tym promieniowaniem, stąd propozycje zmian zgłoszone przez samorząd lekarski w tym dokumencie. Bezpieczeństwo tak, ale monitorowane racjonalnie, bez zbędnych działań generujących niepotrzebne koszty. Mniemam, że to początek procesu naprawiania przepisów dotyczących wymagań stawianych jednostkom ochrony zdrowia udzielającym świadczeń zdrowotnych z zakresu rentgenodiagnostyki. ■

Bezpieczeństwo tak, ale monitorowane racjonalnie, bez zbędnych działań generujących niepotrzebne koszty.

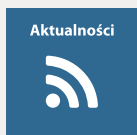


**Małgorzata
Serwach**

Doktor prawa,
Uniwersytet Łódzki,
Uniwersytet
Medyczny w Łodzi

Prawo
pacjenta do
wskazania osób
uprawnionych
do informacji
o jego stanie
zdrowia wynika
z autonomii woli.

Więcej o prawie
medycznym na
www.gazetalekarska.pl.



Informacja o stanie zdrowia pacjenta udzielana osobom bliskim

Informacja o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych do zastosowania metodach diagnostycznych oraz leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania lub zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu stanowi podstawę wyrażenia przez pacjenta świadomej zgody na świadczenie zdrowotne.

Przekazane w sposób przystępny dane medyczne oraz wnioski wynikające z zastosowania poszczególnych procedur medycznych należy jednak udzielać w ramach bieżącego leczenia, biorąc pod uwagę, że komunikacja z pacjentem jest niezbędna w czasie całego procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, a jednocześnie chory w każdym czasie może zmienić zdanie i cofnąć zgodę lub zgłosić sprzeciw na konkretne czynności¹.

Informacja o stanie zdrowia pacjenta może mieć jednak istotne znaczenie nie tylko dla samego chorego, ale też dla osób mu bliskich. Możliwość uzyskania wiadomości o określonym pacjencie może okazać się szczególnie ważna w sytuacji, gdy pacjent jest nieprzytomny, a rodzina jest zaniepokojona sytuacją zdrowotną chorego oraz rokowaniem. Nie bez znaczenia jest jednak wola chorego, który może nie życzyć sobie, aby informacje te były podawane określonym osobom. Dlatego ustawodawca przewidział, że prawo do informacji przysługuje podmiotom wskazanym przez pacjenta oraz w ściśle określonej sytuacji także ustawowo określonym „osobom bliskim”.

Uprawnienie do informacji zastrzeżone dla osób bliskich wskazanych przez pacjenta

Prawo pacjenta do wskazania osób uprawnionych do informacji o jego stanie zdrowia wynika z autonomii woli. Uprawnienie to potwierdza § 8 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobów jej przetwarzania². Zgodnie z tym przepisem w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej zamieszcza się lub dołącza do niej oświadczenie pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia oraz udzielonych świadczeniach zdrowotnych, ze wskazaniem jej imienia i nazwiska oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą lub oświadczenie o braku takiego upoważnienia. Ustawodawca wskazał jednocześnie,

kim jest „osoba bliska”, definiując ją jako małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobę wskazaną przez pacjenta³. Ostatnie sformułowanie oznacza de facto, że podmiotem upoważnionym do uzyskania informacji może być osoba spoza członków rodziny (np. znajomy lub sąsiadka), nawet jeśli są to osoby, które mogą budzić pewne obawy personelu medycznego (np. personel podejrzewa, że osoby upoważnione mogą mieć zły wpływ na pacjenta) lub niepokój co do możliwości wykorzystania uzyskanych informacji (np. dziennikarz). W konsekwencji może się okazać, że w konkretnym stanie faktycznym podmiotem uprawnionym nie będzie nikt z członków rodziny, a niekiedy może to być nawet osoba dosyć przypadkowa. Zdarza się, że upoważnionym zostaje chory z tej samej sali, co najczęściej zdarza się na oddziałach psychiatrycznych (np. osoba leczona z powodu anoreksji upoważnia do informacji o swoim stanie zdrowia inną chorą na anoreksję, a jednocześnie czyni zastrzeżenie w dokumentacji medycznej, że informacje te nie mogą być przekazane nikomu z członków jej rodziny).

Oczywiście pacjent może upoważnić jedną osobę lub kilka oraz w każdym czasie zmienić swoje oświadczenie lub jego zakres. Zakłada się, że przy braku jakiegokolwiek zastrzeżenia dodatkowego prawo do informacji przysługuje w pełnym zakresie zarówno za życia, jak i po śmierci chorego.

Ustawodawca wyraźnie wskazał też sposób dokonania upoważnienia: oświadczenie pacjenta ma zatem zostać zamieszczone w dokumentacji medycznej lub dołączone do niej. Ta ostatnia możliwość oznacza, że pacjent nie tylko może wypełnić gotowy formularz lub złożyć stosowne oświadczenie ustnie wobec personelu medycznego oraz się pod nim podpisać – jak najczęściej czyni się to w praktyce – ale też ma prawo sporządzić swój własny dokument. Ważne jest to, że w każdym

przypadku powinien podać imię i nazwisko upoważnionej osoby oraz jej dane kontaktowe. Nie ma natomiast potrzeby podawania stosunku pokrewieństwa lub innych informacji – jak się niekiedy wymaga w różnych placówkach medycznych. Konieczność podania przez pacjenta stosunku pokrewieństwa w odniesieniu do takiego podmiotu jest nieprawidłowe nie tylko z tego powodu, że może to być osoba zupełnie „obca”, ale też ze względu na fakt, że najczęściej upoważniany podmiot – małżonek – nie jest (co do zasady) powiązany żadnymi więzami krwi z pacjentem. Jego łączą z pacjentem zupełnie inne relacje wynikające z faktu zawarcia małżeństwa. Należy też zauważyć, że innym błędem o charakterze powszechnym jest wskazywanie przez jednego z rodziców małoletniego dziecka – drugiego z rodziców, co stanowi jedynie potwierdzenie prawa, które i tak przysługuje obojgu jako przedstawicielom ustawowym. Chodzi zatem o wskazanie osoby spoza grona rodziców (np. dziadków) lub brak takiego upoważnienia. W przypadku małoletniego powyżej szesnastego roku życia nierozstrzygnięte zostało ponadto, kto powinien wypełnić stosowane oświadczenie. W praktyce stosowane są różne rozwiązania:

(1) oświadczenie, komu może być udzielona informacja o stanie zdrowia małoletniego – podobnie jak zgoda na świadczenie zdrowotne – podpisywane jest przez małoletniego oraz jego przedstawiciela ustawowego. Metoda ta, chociaż na pozór najbardziej „bezpieczna”, może budzić wiele wątpliwości w sytuacji, gdy podmioty te mają odmienne zdanie, np. przedstawiciel ustawowy chce upoważnić określoną osobę, a małoletni – inną lub w ogóle nie chce, aby była możliwość przekazywania informacji o stanie zdrowia jakiegokolwiek osobie trzeciej. W przypadku kolizji ich zdań, w razie konieczności uzyskania zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego, ustawodawca przewidział konkretne rozwiązanie, odwołując się do sądu opiekuńczego, który powinien wówczas wydać zezwolenie na dokonanie spornych czynności medycznych. W przypadku różnicy zapatrywania co do upoważnienia do uzyskania informacji o stanie zdrowia, ustawodawca takiego rozwiązania już nie przewidział.

(2) oświadczenie może też zostać podpisane jedynie przez małoletniego pacjenta lub

(3) upoważnienie powinno zostać udzielone przez przedstawiciela ustawowego, który co do zasady występuje w imieniu małoletniego podopiecznego.

Należy zauważyć, że ustawodawca posługuje się w przepisach powołanego na wstępie rozporządzenia pojęciem „oświadczenie pacjenta”, co powoduje, że równolegle mogą być rozpatrywane dwie ostatnie możliwości. Rozstrzygnięcie, które z nich jest prawidłowe może mieć natomiast praktyczne znaczenie, za osobę bliską nie zostało uznane bowiem rodzeństwo pacjenta, jego kuzynostwo i inne osoby z tzw. linii bocznej chyba, że zostaną oni wyraźnie wskazani w stosownym oświadczeniu.

Informacja o stanie zdrowia nieprzytomnego pacjenta

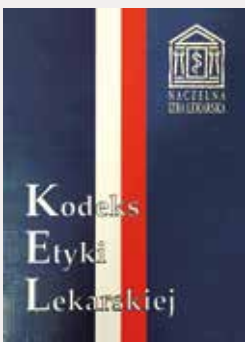
Jeżeli pacjent jest nieprzytomny i w konsekwencji nie udzielił żadnego upoważnienia, informacja o jego stanie zdrowia może być przekazana osobom bliskim¹. Zakłada się bowiem, że większość chorych chciałaby, aby rodzina miała w takim przypadku dostęp do danych o ich stanie zdrowia, co pozwala niekiedy na prawidłową współpracę z personelem medycznym (np. rodzina może mieć wiedzę na temat dodatkowych schorzeń pacjenta, uczuleń czy wcześniejszych zabiegów). Oczywiście jest to pewne założenie, które nie musi mieć odzwierciedlenia w przypadku konkretnego pacjenta, ale dokonując wyboru określonego rozwiązania, ustawodawca uznał, że pewna podstawowa informacja powinna być jednak przekazana. W każdym razie definicja osoby bliskiej nabiera wówczas szczególnego znaczenia. Wynika z niej bowiem, że jeśli pacjent nie wprowadził żadnego upoważnienia – a tak będzie w przypadku chorych nieprzytomnych – rodzeństwo ani dalsza rodzina (np. kuzynostwo) nie będą mogli uzyskać żadnej informacji. ■

¹ Konieczność „przejrzystego” udzielenia informacji podkreśla sam ustawodawca, wprowadzając takie wytyczne w art. 9 ust. 2 ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i RPP (Dz. U. z 2012 r. poz. 159, z późn. zm.) oraz art. 31 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity Dz.U.2015.464).

² Dz.U.2014.177 z późn. zm.

³ Wskazanymi krewnymi są: dzieci, wnuki, rodzice, dziadkowie. Natomiast powinowatymi we wskazanym ustawowo zakresie są teściowie, dziadkowie współmałżonka, jego dzieci (pasierb, pasierbica) oraz dzieci pasierba/pasierbicy.

⁴ Potwierdza to art. 31 ust. 6 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty.



Prawa człowieka i godność zawodu lekarza

Opis przypadku

Do lekarza dentysty zgłosiła się pacjentka celem leczenia protetycznego. Miało ono obejmować wykonanie uzupełnień w postaci koron i mostów porcelanowych na podbudowie cyrkonowej. Przeprowadzone zostało oszlifowanie zębów i pojedyncze uzupełnienia protetyczne. Proces leczenia przedłużał się i nie został zakończony po dwóch latach, a powinien trwać, jak stwierdził powołany biegły, maksymalnie miesiąc, a nawet krócej. Ten sam biegły określił dotychczasowe leczenie jako nieprawidłowe. Przewlekanie się leczenia zmusiło pacjentkę do jego przerwania i szukania pomocy u innego lekarza. Zaznaczyć należy, że pokrzywdzona pacjentka zapłaciła cały koszt świadczenia w wysokości 19 000 zł.

Postępowanie

W kwietniu 2013 r. pacjentka zgłosiła skargę do Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej. W czerwcu 2013 r. do Okręgowego Sądu Lekarskiego (OSL) wpłynął wniosek o ukaranie, a w październiku tegoż roku OSL uznał obwinioną winną przedstawionych jej zarzutów:

– nieprawidłowego leczenia poprzez wadliwe wykonanie dotychczasowej pracy protetycznej, tj.

naruszenia art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz art. 8 KEL,

– nieetycznego postępowania wobec pacjentki podczas leczenia polegającego na jego nieuzasadnionym wydłużeniu i przewlekaniu, co naraziło pacjentkę na stres i dolegliwości bólowe, tj. naruszenie art. 1, pkt 2 i 3 KEL, braku współpracy z samorządem zawodowym, polegającym na niedostarczeniu dokumentacji medycznej z leczenia pomimo wezwań, tj. naruszenie art. 59 KEL.

OSL wymierzył jej karę 5 lat zawieszenia prawa wykonywania zawodu. Zaznaczyć należy, że obwiniona od początku postępowania nie stawiała się na wezwania Rzecznika, nie dostarczyła dokumentacji medycznej. Nie pojawiła się również przed Sądem Lekarskim, ustanawiając jedynie swojego reprezentanta w osobie obrońcy i co chyba najistotniejsze, że była już kilkakrotnie karana za podobne czyny. Odwołanie do Naczelnego Sądu Lekarskiego złożył obrońca obwinionej. NSL uznał je za niezasadne i utrzymał orzeczenia OSL w mocy.

Kasacja

Kasację wniósł obrońca obwinionej. Sąd Najwyższy oddalił kasację, uznając ją za całkowicie bezasadną.

Komentarz

Zarzuty przedstawione obwinionej przez OROZ i podzielone przez Sądy, zakwalifikowane zostały jako naruszenie kilku zasad etyki i wykonywania zawodu lekarza. W przytoczonej sprawie szczególnie należałoby położyć nacisk na dwa. I tak art. 1, pkt 2 i 3 KEL zawierają zobowiązanie do przestrzegania praw człowieka i dbania o godność zawodu lekarza oraz wskazują na szczególną powinność, jaką jest takie postępowanie, aby zaufanie do zawodu nie zostało podważone.

W art. 8 KEL nacisk położony jest na staranność wszelkiego postępowania diagnostycznego, leczniczego i zapobiegawczego oraz na konieczność poświęcenia im niezbędnego czasu. Obwiniona bezwzględnie naruszyła oba artykuły. Zaufanie do lekarza, czytaj zawodu, buduje się m.in. rzetelnością, fachowością, profesjonalizmem. Oczekiwania pacjentów są często wysokie, szczególnie w protetyce, która oferując hollywoodzki uśmiech, stawia wysoko poprzeczkę lekarzom dentystom. Obwiniona nie sprostала zadaniu, którego się podjęła, a sposób jej realizacji dowodzi braku umie-

jętności, wyobraźni i zwykłego poczucia uczciwości wobec lojalnego pacjenta. Na jej niekorzyść przemawia też fakt, że była już wcześniej kilkakrotnie karana za podobne przewinienie zawodowe i nie wyciągnęła z nałożonych kar żadnych wniosków, a i kary te nie spełniły swej prewencyjnej roli. Stąd wyższa i dotkliwie wysoka kara za kolejne przewinienie o podobnym charakterze. Oby czas zawieszenia w wykonywaniu zawodu był dla skazanej okazją na głęboką refleksję, pogłębienie swojej wiedzy i doskonalenie umiejętności. Niezbędny czas na leczenie to czas konieczny, ale trzeba również pamiętać o tym wymiarze czasu w kontekście przewlekłości.

Obrońca skazanej wskazywał w odwołaniu i kasacji na niezachowanie prawa do obrony w odniesieniu do jego mandantki. Niestety, to ona sama tego prawa się pozbawiła, nie korzystając z szerokich uprawnień lekarza, który podlega postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, sprowadzając swoją aktywność do unikania jakichkolwiek kontaktów i współpracy z organami je prowadzącymi. ■



**Wojciech
Łącki**

Przewodniczący
Naczelnego Sądu
Lekarskiego

Czy poczucie bezpieczeństwa można kupić?

W cyklu Kronika Przypadków Medycznych studiuje przykłady sytuacji zawodowych lekarzy, które wymagają szczególnej ochrony ubezpieczeniowej. Do tej pory koncentrowaliśmy się na roszczeniach pacjentów z tytułu odpowiedzialności cywilnej. Dziś spojrzymy na pracę lekarza z nieco innej perspektywy – perspektywy przychodów. Czy uzyskiwanie wynagrodzenia za pracę jest czymś pewnym i niepodważalnym? Czy wiemy, jakie mogą być skutki dłuższej przerwy w udzielaniu świadczeń zdrowotnych? Czy, koncentrując się na maksymalizacji przychodów z kontraktów, nie umykają nam konsekwencje choroby lub wypadku?



Lekarze prowadzący własną działalność gospodarczą muszą liczyć się z możliwością utraty części przychodów w momencie, kiedy z przyczyn zdrowotnych nie mogą wykonywać swojej pracy. Przebywając na zwolnieniu L4, otrzymują oni z ZUS najczęściej podstawową kwotę zasiłku chorobowego. Środki te nie są z reguły wystarczające, aby pokryć stałe koszty prowadzonej działalności, nie mówiąc o innych wydatkach związanych z życiem prywatnym czy procesem powrotu do zdrowia. Przyjrzyjmy się kilku przypadkom, które dotyczą Ubezpieczonych w INTER.

Przypadek I

Pani Justyna N., lekarz okulista z Olsztyna, uległa wypadkowi, grając w piłkę z dzieckiem. Podczas odbijania piłki siatkowej na trawie przewróciła się, doznając urazu lewej ręki w okolicy nadgarstka. Pojawił się silny ból, a następnie obrzęk. Ortopeda konsultujący swoją koleżankę stwierdził skrzywienie nadgarstka z odczynem maziowym. Konieczne było unieruchomienie ręki w stabilizatorze, a następnie rehabilitacja. Pani Justyna nie mogła pracować przez 38 dni. Dzięki ubezpieczeniu w INTER, za 38 dni czasowej niezdolności do pracy otrzymała świadczenie w łącznej wysokości **11 400 PLN**.

Przypadek II

Pan Jarosław T., lekarz urolog z Warszawy, uległ wypad-

kowi komunikacyjnemu. Jego samochód zderzył się z samochodem ciężarowym, w efekcie czego auto dachowało, przerywając ciągłość barierek ulicznych. Wypadek był na tyle poważny, że uszkodzony został kręgosłup lekarza. Po szczegółowych badaniach stwierdzone zostało: wykręcenie kręgosłupa w odcinku szyjnym, uraz głowy, stłuczenie oczodołu lewego. Zgodnie z zaleceniem lekarza Pan Jarosław musiał nosić kołnierz stabilizacyjny. Lekarz był niezdolny do pracy przez 111 dni, wskutek czego przez kilka miesięcy nie uzyskiwał żadnych przychodów. Z INTER otrzymał świadczenie w wysokości **33 300 PLN**, które pozwoliło mu zachować stabilizację finansową w tym trudnym dla niego okresie.

Ubezpieczenie utraconych przychodów – INTER Kontrakt

Wyплаты, które pomogły naszym ubezpieczonym lekarzom pochodziły z ubezpieczenia INTER Kontrakt. Polega ono na wypłacie świadczenia dziennego w przypadku czasowej niezdolności do pracy w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku.

Świadczenie przysługuje już od pierwszego dnia choroby, pod warunkiem, że czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego trwa nieprzerwanie minimum 30 dni. W przypadku niedyspozycji powstałej wskutek nieszczęśliwego wypadku lub związanej z pobytem w szpitalu, świadczenie wypłacane jest, jeśli niezdolność do pracy trwa nieprzerwanie minimum dwa tygodnie (15 dni). Górną granicą czasowej niezdolności do pracy objętej ochroną jest 180 dni. Dlatego też, maksymalna kwota, którą można uzyskać w formie świadczenia to 54 000 PLN za zdarzenie. Czy warto płacić składki, jeśli jestem zdrowy i raczej nic mi się nie stanie? Nasi pacjenci z pewnością najlepiej odpowiedzą nam na to pytanie.

Szczegóły oferty na
www.interkontrakt.interpolska.pl



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

KRONIKA
PRZYPADKÓW
MEDYCZNYCH
– rubrykę sponsoruje
Towarzystwo
Ubezpieczeń
INTER Polska S.A.

**Teresa
Domańska**

Dyrektor Biura
Ubezpieczeń
Zdrowotnych

Wyплаты, które pomogły naszym ubezpieczonym lekarzom pochodziły z ubezpieczenia INTER Kontrakt. Polega ono na wypłacie świadczenia dziennego w przypadku czasowej niezdolności do pracy w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku.

Zdrowie dzieci naszym wspólnym dobrem

Z prof. **Jarosławem Peregud-Pogorzelskim**, prezesem Polskiego
Towarzystwa Pediatrycznego, rozmawia **Lucyna Krysiak**.



Zdrowie dzieci to sprawa nas wszystkich, od ich kondycji zależy później nasza starość. Jak Polskie Towarzystwo Pediatryczne ocenia stan opieki medycznej nad dziećmi?

Opieka nad dzieckiem w naszym kraju znacznie się poprawiła i pozytywnych dokonań nie są w stanie przyćmić pojawiające się od czasu do czasu tendencyjne relacje mediów. Było to możliwe dzięki modelowo układającej się współpracy pomiędzy Polskim Towarzystwem Pediatrycznym, Ministerstwem Zdrowia, Rzecznikiem Praw Dziecka i Konsultantem Krajowym w Dziedzinie Pediatrii. Pediatra został silnie umocowany w systemie podstawowej opieki zdrowotnej i podobnie jak lekarz medycyny rodzinnej czy internista może zakładać NZOZ w POZ. Dzięki temu zapotrzebowanie na pediatrów znacznie wzrosło. Rezydenci szkolący się w pediatrii są dzisiaj poszukiwani. To nastroja optymistycznie, ale widzimy też zagrożenia. Niepokoi odpływ wykwalifikowanej kadry z oddziałów pediatrycznych do podstawowej opieki zdrowotnej z powodu zbyt niskiego uposażenia lekarza w szpitalu. Proces ten można jednak powstrzymać, zmieniając wycenę procedur pediatrycznych ze szczególnym naciskiem na procedury specjalistyczne wykonywane w instytutach pediatrii, centrach klinicznych i wojewódzkich. Stąd apel Polskiego Towarzy-

stwa Pediatrycznego do Ministra Zdrowia i AOTMiT, by potraktowali wycenę tych procedur jako najpilniejszy problem do załatwienia. Jeżeli nie rozwiążemy go dziś, to w nieodległej przyszłości staniemy przed faktem zamykania oddziałów pediatrycznych. Mimo tych zagrożeń, opieka nad dzieckiem w Polsce jest na wysokim poziomie, ale to dzięki ciężkiej i ofiarnej pracy kolegów pediatrów oraz lekarzy rodzinnych. Mamy świetnie wyszkoloną kadrę medyczną, która nie ustępuje poziomem wykształcenia i umiejętnościami lekarzom z innych krajów europejskich. Nie powinniśmy więc mieć kompleksów.

Na mocy ostatnich regulacji, pediatrzy mogą pracować w POZ. Czy są tam mile widziani przez lekarzy rodzinnych?

Nie potwierdziły się obawy, że wejście pediatry do POZ-u obniży rangę lekarzy medycyny rodzinnej. Widać, że te trzy podmioty: lekarz medycyny rodzinnej, pediatra i internista, współdziałając dla dobra pacjenta i konkurując o niego, wpływają na podniesienie poziomu świadczonych usług medycznych, na czym szczególnie nam zależało. Ich rola jest równoprawna, żaden z nich nie będzie przejmował roli drugiego, bo tylko współdziałając można sprostać rosnącym wymaganiom i zapotrzebowaniu na usługi medyczne w podstawowej opiece zdrowotnej.

Czy lekarze rodzeni są wystarczająco przygotowani do sprawowania opieki nad niemowlętami i małymi dziećmi?

Na pewno nie są do tej opieki przygotowani tak, jak pediatrzy. Nikt nie wymaga też od lekarza medycyny rodzinnej, by takie wymogi spełniał. To pytanie potwierdza słuszność podjętych przez Ministerstwo Zdrowia decyzji o powrocie pediatry do POZ. Polskie Towarzystwo Pediatryczne i Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej organizują cykliczne szkolenia w formie warsztatów, konferencji, kongresów czy zjazdów dla lekarzy medycyny rodzinnej. Jestem przekonany, że dzięki temu ich wiedza z zakresu medycyny wieku rozwojowego jest dużo większa niż przed laty.

Pediatra jest niedofinansowana, o czym coraz głośniej się mówi. Co PTP próbuje zrobić, by tę sytuację zmienić?

Postulowaliśmy od dawna, że wycena procedur pediatrycznych stanowi problem numer jeden i od

tego należy zacząć zmiany. Pomimo naszych starań i mojego osobistego zaangażowania nie udało się, niestety, przekonać NFZ do opracowanych przez nas wyliczeń w oparciu o uśrednione koszty hospitalizacji. Według nich poziom niedofinansowania, przykładowo oddziałów onkologii dziecięcej, wynosił około 10 proc., oddziałów hematologii dziecięcej – około 25 proc., a ciężkich grzybic układowych u pacjentów po chemioterapii aż 48 proc. Wystarczyłoby podnieść finansowanie tych oddziałów o 15 proc., by nie generowały zadłużenia. Niestety, nie skorzystano z naszych propozycji. Dla 9 procedur NFZ zmienił wycenę, ale były to procedury niszowe, np. laryngologiczne, i nie miały one wpływu na kosztochłonność wysokospecjalistycznych oddziałów klinicznych i wojewódzkich. Fundusz tendencyjnie wybierał pacjentów – głównie z hospitalizacji jednodniowych, czyli tych opłacalnych. Tylko 3-4 proc. chorych było z hospitalizacjami (długimi) kosztochłonnymi. Zaproponowana przez NFZ metodologia przeczyła racjonalnemu doborowi pacjentów kwalifikowanych do przeprowadzenia wyliczeń. Właśnie o to mieliśmy żal do ówczesnej Prezes NFZ, która zupełnie nie rozumiała potrzeb dzieci i młodzieży w zakresie opieki medycznej. Przykładowo, zużycie 10 par rękawic jednorazowego użytku i jednej do dwóch par rękawic sterylnych na jednego pacjenta na oddziale onkologii dziecięcej było traktowane jako zbyt wygórowane i nieakceptowane. Wyceny procedur pediatrycznych nadal nie ma. Obecnie zajmuje się nimi AOTMiT. Na pierwszy ogień weryfikacji kosztów leczenia poszła psychiatria. Obecny minister zapewnił, że następna będzie pediatria, ale zanim to nastąpi, minie trochę czasu. Realny jest przyszły rok, czyli jeżeli wszystko dobrze pójdzie, to najwcześniej za dwa lata możemy spodziewać się zmian. Pierwsze kontakty z AOTMiT odbieram pozytywnie. Mam nadzieję, że sporządzone wcześniej przez nas wyliczenia zostaną wykorzystane. Trzeba pamiętać, że pediatria jest zawsze droższa od innych dyscyplin, co wykazały badania farmakoekonomiki w krajach Europy Zachodniej. Koszty leczenia małego pacjenta i koszty diagnostyki są wyższe o 30 proc. w porównaniu z dorosłymi.

Rzecznik Praw Dziecka także uważa, że trzeba realnie oszacować koszty opieki pediatrycznej i postuluje, by badać dzieci przynajmniej raz w roku, ale pediatrów jest za mało.

Idealem byłoby, gdyby te postulaty udało się wprowadzić jak najszybciej w życie. Bądźmy jednak realistami, obecnie jest to niemożliwe. Dlatego należy zadbać o podnoszenie kwalifikacji lekarzy medycyny rodzinnej w dziedzinie pediatrii. Ministerstwo Zdrowia już kilka lat temu uznało pediatrię za specjalność deficytową. Od przynajmniej trzech lat liczba miejsc rezydenckich dla lekarzy chcących szkolić się w tej dziedzinie rośnie w postępie geometrycznym – czyli bardzo szybko. Tendencje te utrzymał również obecny minister zdrowia. W ostatnim rozdaniu otrzymaliśmy ponad 500 miejsc rezydenckich.

Bolączką wielu specjalności jest wysoka średnia wieku, a wśród pediatrów?

Jest bardzo podobnie. Mamy jednak nadzieję, że rosnące zainteresowanie tą dziedziną medycyny spowoduje, że średnia wieku pediatrów się obniży. Muszą być jednak spełnione pewne warunki. Po pierwsze, pediatry muszą godnie zarabiać, co między innymi może umożliwić zmiana wyceny procedur pediatrycznych. Po drugie, nie należy wprowadzać zbyt częstych zmian w zakresie opieki nad dzieckiem i młodzieżą, ponieważ to tylko destabilizuje ten system.

Ostatnio zaktywizowały się ruchy „antyszczepionkowe”.

Jest to zjawisko bardzo niebezpieczne. Prezentowane przez oponentów szczepień opinie nie mogą być akceptowane, ponieważ wcielenie ich w życie zagrażałoby bezpieczeństwu zdrowotnemu społeczeństwa. Moim zdaniem, musimy się nim stanowczo przeciwstawiać.

Jakie są największe problemy pediatrii – szczepienia, przewlekłe choroby czy może zamykanie oddziałów pediatrycznych?

Wszystkie są bardzo istotne. Mam nadzieję, że Polskie Towarzystwo Pediatryczne wspólnie z Ministerstwem Zdrowia, Rzecznikiem Praw Dziecka i Konsultantem Krajowym w Dziedzinie Pediatrii będą mieć tyle determinacji, by je sukcesywnie rozwiązywać. Dotąd udawało nam się nawiązać dialog, być może dlatego, że minister i wiceminister zdrowia byli pediatrami. Uważam, że pediatria powinna być priorytetem tym bardziej, że młode pokolenie jest schorowane. Notujemy wysoki odsetek młodzieży i młodych dorosłych z chorobami przewlekłymi i co najgorsze, nie ma profilaktyki. Cieszę się więc, że niebawem obecny Minister Zdrowia podpisze rozporządzenie w sprawie standardów udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu profilaktyki dzieci i młodzieży. Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego pozytywnie opiniuje to rozporządzenie, wierząc, że zapewni dobrze zaprogramowaną profilaktykę. A to, jak wcielimy zapisy rozporządzenia w życie, będzie zależało tylko od nas samych. Sprawa o znaczeniu fundamentalnym jest uznanie książeczki zdrowia dziecka za dokument prawny obowiązujący w naszym kraju. Szczególnie ważny będzie rok 2017, kiedy szczepienia przeciw pneumokokom i meningokokom wejdą na listę szczepień obowiązkowych. To będzie największy przełom ostatniego 50-lecia, jaki dokona się w profilaktyce w Polsce. Jako prezes PTP apeluję do wszystkich, by problemy dotyczące opieki nad dzieckiem i młodzieżą były rozwiązywane ponad podziałami partyjnymi. Przecież wszyscy jesteśmy rodzicami i dobro dzieci powinno być dla nas najważniejsze. Jeżeli tego nie zrozumiemy, nigdy nie poprawimy opieki medycznej nad dzieckiem w takim zakresie, w jakim byśmy chcieli. Uznajmy w końcu ten problem priorytetem narodowym. ■

Widać, że te trzy podmioty: lekarz medycyny rodzinnej, pediatra i internista, współdziałając dla dobra pacjenta i konkurując o niego, wpływają na podniesienie poziomu świadczonych usług medycznych, na czym szczególnie nam zależało.

Betametazon z gentamycyną w leczeniu chorób skóry

**Andrzej
Kaszuba**

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

**Marta
Pastuszka**

Preparaty złożone, zawierające w swym składzie betametazon i gentamycynę są często i chętnie polecane zarówno przez dermatologów, jak i lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Betametazon jest syntetycznym i fluorowanym miejscowym glikokortykosteroidem o silnym działaniu przeciwzapalnym, immunosupresyjnym oraz antyproliferacyjnym. Pod względem siły działania należy on do klasy III według klasyfikacji europejskiej (w klasyfikacji tej glikokortykosteroidy dzieli się na IV grupy: I – obejmuje preparaty o najmniejszej, IV zaś o największej sile działania). Gentamycyna jest antybiotykiem aminoglikozydowym o działaniu bakteriobójczym, wykazującym aktywność jedynie wobec bakterii tlenowych. Wśród drobnoustrojów znajdujących się w spektrum jej działania należy wymienić: Gram-ujemne pałeczki z rodziny Enterobacteriaceae, *Campylobacter*, *Brucella*, *Pasteurella*, *Francisella*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter* spp., gronkowce (*Staphylococcus aureus* – szczepy koagulazo-dodatnie i koagulazo-ujemne oraz niektóre wytwarzające penicylinazę), niektóre szczepy *Streptococcus* (grupy A: beta-hemolizujące i alfa-hemolizujące) i *Enterococcus*, *Listeria monocytogenes* i *Actinomyces* (umiarkowana aktywność).

Preparaty łączone zawierające w swoim składzie betametazon i gentamycynę są zalecane w leczeniu steroidowrażliwych dermatoz, przebiegających z wtórnym nadkażeniem bakteryjnym lub często powikłanych takim nadkażeniem. Omawiane preparaty, w postaci maści lub kremów, najczęściej stosuje się w następujących dermatozach: atopowym zapaleniu skóry, wyprysku kontaktowym (alergicznym i niealergicznym), łojotokowym zapaleniu skóry, liszaju prostym przewlekłym, łuszczycy, skórnej postaci toczenia rumieniowatego, rumieniu wielopostaciowym oraz w leczeniu odczynów po użądleniach i ukąszeniach owadów przebiegających z wtórnym nadkażeniem bakteryjnym lub często powikłanych takim nadkażeniem.

Korzyści z ich stosowania są liczne, a wśród najważniejszych należy wymienić:

- Większą skuteczność terapii. W badaniach klinicznych preparat łączący dipropionian betametazonu i gentamycynę okazał się skuteczny w wielu dermatozach zapalnych przebiegających z wtórną infekcją.
- Prostą aplikację. Zaleca się ich nakładanie 1 lub 2 razy dziennie na skórę objętą zmianami chorobowymi. Nie należy stosować dodatkowo opatrunków okluzyjnych, a leczenie można prowadzić bez przerwy nie dłużej niż 2 tygodnie. W przypadku preparatu zawierającego sam GKS, u pacjentów ze zmianami wrażliwymi na steroidy, ale powikłanymi nadkażeniem bakteryjnym, konieczna jest aplikacja dodatkowego środka przeciwbakteryjnego miejscowo lub ogólnoustrojowo

(bardziej skomplikowane, bo chory stosuje 2 preparaty).

- Łatwiejsza aplikacja oznacza często lepszą współpracę lekarz-pacjent i lepsze stosowanie się do zaleceń.
- Dobrą tolerancję terapii.
- Skrócenie czasu leczenia.
- Ekonomikę terapii.

Rozpoczynając leczenie za pomocą preparatów łączonych zawierających betametazon oraz gentamycynę, należy zawsze pamiętać o przeciwwskazaniach do ich stosowania oraz ryzyku wystąpienia objawów niepożądanych. Wśród przeciwwskazań należy wymienić: nadwrażliwość na glikokortykosteroid/gentamycynę lub którąkolwiek substancję pomocniczą zawartą w preparacie, infekcje skóry (wirusowe, grzybicze lub pasożytnicze), skórne reakcje poszczepienne, trądzik pospolity, trądzik różowaty, okołoustne zapalenie skóry, pieluszkowe zapalenie skóry, nowotwory skóry, stany przedrakowe, opóźnione gojenie się ran. Nie należy stosować ich na skórę twarzy (zwłaszcza oczu), okolice odbytu i narządów płciowych, rozległe zmiany skórne (szczególnie, gdy obserwuje się przerwanie jej ciągłości) oraz zachować szczególną ostrożność podczas ich aplikacji u dzieci, osób starszych oraz pacjentów z już istniejącą niewydolnością nerek czy zaburzeniami słuchu.

Działania niepożądane po omawianych preparatach złożonych mogą być następstwem hamowania przez steroidy syntezy kolagenu, elastyny i glikozoaminoglikanów, proliferacji keratynocytów i fibroblastów (ścięcenie naskórka i skóry właściwej, zanik tkanki podskórnej, przebarwienia, odbarwienia, teleangiektazje, rozstępy), supresyjnego wpływu na układ immunologiczny (zwiększona skłonność do zakażeń bakteryjnych, wirusowych, grzybiczych i pasożytniczych skóry, które występują u 16-43% chorych leczonych miejscowymi GKS, upośledzenie gojenia się ran i owrzodzeń, ziarniak pieluszkowy pośladków) lub też miejscowego działania gentamycyny (rozwój oporności bakterii, w tym oporności krzyżowej; zagrożenie uszkodzenia słuchu i nerek).

Preparaty zawierające w swym składzie gentamycynę i betametazon zakwalifikowano do kategorii D (1 trymestr ciąży) według FDA (Amerykańska Agencja ds. Żywności i Leków, ang. Food and Drug Administration), w 2 i 3 trymestrze ciąży natomiast nadano im kategorię C. U dzieci mogą być natomiast stosowane dopiero powyżej 12 r.ż.

Podsumowując, produkty złożone zawierające w swym składzie betametazon i gentamycynę są skutecznymi, dobrze tolerowanymi i wygodnymi w aplikacji preparatami, zalecanymi u pacjentów ze steroidowrażliwymi dermatozami, powikłanymi nadkażeniem bakteryjnym.

Piśmiennictwo u Autorów

Sponsorem
artykułu jest



Kur nie przynoszą

Stereotypowe myślenie człowieka z miasta jest takie, że wiejski ośrodek zdrowia to mała przychodnia, a leczący się w niej pacjenci zwyczajowo przynoszą swoim doktorom dary z pól i przydomowych kurników. Jak jest w rzeczywistości? Jedziemy na Kielecczynę, żeby to sprawdzić.

Wyruszamy bladym świtem. Od początku z przygodami. Najpierw nie możemy wydość się z Warszawy przez gigantyczny korek na moście, na którym doszło do dwóch stłuczek. Potem jest chwila spokoju i kilometry uciekają planowo, ale kiedy wydaje się, że jesteśmy już prawie u celu, cel niespodziewanie zaczyna się oddalać. Co chwilę zanika zasięg, więc nawigacja przestaje działać. Jest coraz więcej śniegu, coraz piękniejsze krajobrazy, aż droga nagle się kończy. Dzwonimy, żeby uprzedzić, że nie dojedziemy na umówioną godzinę. – Może to nawet lepiej, bo u nas też pewne komplikacje. Od wczoraj nie ma prądu przez te opady śniegu – uspakaja nas doktor Mateusz Grzyb, który od marca kieruje przychodnią w Oksie. Pomaga nam też odnaleźć właściwą drogę i wreszcie, po kilkugodzinnej podróży, docieramy na miejsce.

Pierwsze wrażenia

Oksa, niewielka wieś w województwie świętokrzyskim niedaleko Nagłowic. Kiedyś było tu zaledwie kilku rzemieślników, 10 domów i młyn. W XVI w. Mikołaj Rej założył tu miasto, któremu nadał nazwę od swego herbu rodowego Oksza. Każdemu osadnikowi zapewnił działkę budowlaną, półtunku pola, prawo wyrębu oraz prawo do wykarczowania lasu pod łąki. Jak dziś wygląda to miejsce, jacy mieszkają tu ludzie i pracują lekarze? Za chwilę się dowiemy.

Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej przy ulicy Strażackiej 7 mieści się w dużym, piętrowym budynku, który wygląda, jakby niedawno był zbudowany: odmalowane, ocieplone ściany, zmodernizowany dach, podjazd dla niepełnosprawnych. Jesteśmy zaskoczone, że obiekt jest tak duży jak na wiejski ośrodek zdrowia. Wchodzimy do środka. Wnętrze trochę przypomina

**Marta
Jakubiak**

**Lidia
Sulikowska**



Doktor Dariusz Kaźmierczak przekazuje karty pacjentów



Stomatolog Barbara Podsiadło-Siśkiewicz

– U nas nie ma numerków. Każdy, kto przyjdzie, jest przyjęty, co najwyżej musi poczekać chwilę w kolejce. Z wcześniejszymi zapisami był tylko kłopot, bo ludzie się umawiali, a potem nie przychodzili. [...]

placówkę z poprzedniej epoki, zachowało się nawet drewniane okienko rejestracji, bez szyby, usytuowane dość nisko względem podłogi. – Pacjenci często żartują, że zapisując się do lekarza, muszą się nieźle nagimnastykować i to jest ich pierwszy test sprawności przed wizytą – opowiadają panie pielęgniarki.

Poczekalnia jest przestronna. Znajduje się tu nawet niewielki punkt apteczny, o czym informuje piękny szyld, chyba jeszcze sprzed II wojny światowej. Kieruje nim nieprzerwanie od 37 lat pani Halina Maniara. Klientów zna bardzo dobrze, w zasadzie wszyscy to już znajomi. W głębi znajdują się dwa gabinety lekarskie i jeden stomatologiczny. Przychodnia ma też gabinet medycyny szkolnej z punktem szczepień, w którym pielęgniarki robią bilanse, tu też waży się i mierzy małych pacjentów. Wchodząc do środka, przenosimy się do poprzedniego stulecia: za biurkiem stoi stare krzesło lekarskie na obrotowej nóżce z drewnianymi podłokietnikami i dwie stare metalowe wagi odważnikowe – jedna do ważenia noworodków, druga dla spionizowanych już pacjentów, z linijką do mierzenia wzrostu. Wystarczy przejść kawałek dalej, by wrócić w XXI w. – w pokoju zabiegowym stoją nowoczesne aparaty EKG, w tym jeden mobilny, zabierany na wizyty domowe. Jest też punkt pobrania, z którego codziennie firma zewnętrzna odbiera próbki i zawozi do laboratorium. Wyniki są na drugi dzień. Jeśli jednak jakiś odczyt jest niepokojący, laboratorium dzwoni jeszcze tego samego dnia, żeby o tym poinformować.

A co jest na drugim piętrze? – Mieszkania, które wynajmujemy. To zawsze jakiś przychód, z samego kontraktu z NFZ trudno się utrzymać, a co dopiero zmodernizować cokolwiek, a jest tu jeszcze wiele do zrobienia – wyjaśnia doktor Mateusz, który zarządza placówką od zaledwie kilku miesięcy. Do przychodni dojeżdża codziennie z oddalonej o 90 km Częstochowy, w której mieszka i odbywa staż rezydencki w jednym ze szpitali.

W przychodni w Oksie leczy się 3200 pacjentów. – Cały czas staramy się pozyskać nowych. Swego czasu przychodnia miała kłopoty ze skompletowaniem kadry, a także długie. Wtedy właśnie część pacjentów odeszła do innych ośrodków zdrowia – tłumaczy lekarz. Na początku był tu sam, czasem pomagali mu rodzice – również lekarze, który w czasie największego kadrowego kryzysu dojeżdżali z sąsiedniej gminy. Teraz pracuje tu trzech lekarzy, a pacjenci powolutku zaczynają wracać.

Dlaczego lekarze nie chcą pracować w Oksie? – W całym województwie świętokrzyskim jest problem kadrowy, brakuje na przykład około 100 lekarzy rodzinnych. Trudno obsadzić nawet miejsca w szpitalach, a co dopiero w takim wiejskim ośrodku – wyjaśnia Mateusz Grzyb.

Daleko, ale bez numerków

Wczoraj pod ciężarem padającego śniegu złamało się wiele gałęzi i drzew, zrywając linie energetyczne. Szkody naprawiane są powoli. Ponieważ tuż przed południem przywrócono prąd w przychodni, można uzupełnić w komputerze dokumentację medyczną. A jest co uzupełniać. Każdego dnia do ośrodka przychodzi średnio 50-60 pacjentów, a w sezonie grypowym nawet 80. Najmniej chorych jest latem, bo to czas prac polowych. Ale nawet wówczas lekarze nie mają wolnego, bo przyjeżdżają tu na wypoczynek urlopowicze z całej Polski i często przychodzą do przychodni po pomoc.

Jadąc do Oksy, mijaliśmy dwie warszawskie przychodnie, przed którymi pacjenci ustawieni w kolejce czekali po numerkę. Nie było jeszcze siódmej. – U nas nie ma numerków. Każdy, kto przyjdzie, jest przyjęty, co najwyżej musi poczekać chwilę w kolejce. Z wcześniejszymi zapisami był tylko kłopot, bo ludzie się umawiali, a potem nie przychodzili. Ja ich rozumiem. Mieszkańcom okolicznych wiosek, zwłaszcza tym bez auta, trudno dojechać. Muszą prosić sąsiada albo złapać szkolny autobus, a ten w lato nie kursuje. Przed wakacjami niektórzy proszą o przepisanie leków na trzy miesiące. Zła pogoda to dla niektórych także przeszkoda. Jest na przykład starsza pani, która przyjeżdża do nas rowerem. Ma z domu ponad 9 km. Gdy jest dobra pogoda, jakoś sobie radzi, ale gdy robi się zimno, już nie przyjedzie – tłumaczy Jolanta Kot, pielęgniarka.

W przychodni pracuje trzech lekarzy i jeden lekarz dentysta, dwie pielęgniarki i jeden pielęgniarz. Nowemu kierownikowi udało się już ściągnąć do Oksy kilku specjalistów na konsultacje. Był raz diabetolog, pulmonolog i dietetyk. Teraz marzy o ortopedzie dziecięcym. – Gdybyśmy mieli aparat USG, byłoby super. Bardzo brakuje też ginekologa, ale po pierwsze, najpierw muszą się znaleźć pieniądze na przygotowanie gabinetu, a po drugie, co może być znacznie trudniejsze, trzeba znaleźć takiego ginekologa, który zechce pracować w Oksie.



Doktor Mateusz Grzyb w drodze na wizytę domową



Doktor Stanisław Barczyński (po prawej) kończy dyżur

Bardzo przydałyby się też pielęgniarki długoterminowe, bo w okolicy jest dużo osób starszych, które wymagają pomocy – wymienia. Patrzymy i słuchamy z podziwem, bo to nie jest człowiek, który przedstawia swój plan biznesowy na rozwój przychodni, ale lekarz, który z pasją opowiada o potrzebach mieszkających tu ludzi. Dzięki wsparciu wójta Gminy Oksa i Rady Gminy już wiele udało się zrobić, ale jest jeszcze wiele do zrobienia.

Tak samo, a nawet inaczej

Doktor Dariusz Kaźmierczak powoli kończy swoją pracę i znajduje chwilę na rozmowę. Do południa przyjął ponad 40 osób. Jest uśmiechnięty, spokojny, nie spieszy się. Wygląda na człowieka zadowolonego z życia i spełnionego. Pytamy go, dlaczego lekarze nie chcą pracować na wsi. – W mieście jest lepszy dostęp do specjalistycznego sprzętu, łatwiej jest doskonalić się zawodowo. Poza tym dochodzi jeszcze prestiż miejsca, w którym się pracuje. Trudno znaleźć chętnych do pracy na wsi zwłaszcza wśród młodych lekarzy. Mało jest takich ludzi jak doktor Grzyb. Jemu się chce. Myślę, że przyjdzie czas, kiedy ludzie zaczną cenić takie miejsca pracy jak to – odpowiada. Również doktor Mateusz ma wiele uznania dla pracy doktora Kaźmierczaka, zwłaszcza że mało jest POZ-ów w województwie świętokrzyskim, gdzie przyjmują pediatry z 2 stopniem specjalizacji i specjalizacją lekarza rodzinnego. – To bardzo dobry specjalista chorób dziecięcych z dużym doświadczeniem, który przyjmuje również dorosłych. Cieszę się, że jest w naszym zespole – chwali doktora Kaźmierczaka.

Czym POZ na wsi różni się od przychodni miejskiej? – Na pewno łatwiej zbudować tu dobre relacje z pacjentami. Tutaj każdego się zna. Pacjenci coraz lepiej też znają doktora Google, niestety. Pojawia się więc większa roszczeniowość, ale i tak jest dużo lepiej niż na przykład w Częstochowie – opowiada cierpliwie doktor Mateusz. Czy pacjenci są bardziej zaniedbani i schorowani niż ci w mieście? – Nie, nie różnią się jakoś szczególnie od pacjentów mieszkających w dużych aglomeracjach. Ich ogólna kondycja jest chyba nawet lepsza, bo pracują fizycznie, mają więcej ruchu i świeże powietrze. Jest mniej osób otyłych. Problemem są za to uzależnienia, ale to chyba jak wszędzie. Większość naszych pacjentów cierpi na choroby zwyrodnieniowe stawów i narządu ruchu, dlatego bardzo chciałbym mieć choć niewiel-

ką salkę do rehabilitacji. Chorzy nie musieliby wtedy pokonywać kilkudziesięciu kilometrów, by się leczyć. Ponieważ stąd jest wszędzie daleko, musimy zająć się chorymi bardziej kompleksowo – nie tylko diagnozować, ale także leczyć. Mogę oczywiście wypisać skierowanie do psychiatry czy innego specjalisty, tylko po co, skoro wiem, że pacjent i tak do nich nie dotrze. W okolicy mieszka sporo osób starszych i, co bardzo cieszy, wiele z nich dożywa naprawdę sędziwego wieku. Trzy tygodnie temu zmarła najstarsza mieszkanka gminy – miała 108 lat. Mielśmy duży problem, żeby wprowadzić ją do systemu e-WUŚ, bo z peselem rozpoczynającym się od cyfr 07 była kwalifikowana jako dziecko – uśmiecha się. To widać, że lubi leczyć tu ludzi.

Ratunek u księdza

W przychodni działa pakiet onkologiczny, zaczęła się też akcja szczepień, ale jak na razie zainteresowanie jest średnie. – Trzeba będzie poprosić księdza, żeby ogłosił z ambony i powiedział, że warto się zaszczepić. Odzew będzie większy. W końcu co ksiądz powie, to święte – mówi jedna z pielęgniarek. Ponoć taka współpraca z parafią jest stała i układa się świetnie.

A czy miejscowi boją się dentysty? Mijamy postawnego mężczyznę, który wychodzi z gabinetu. – Mam miękkie nogi ze strachu, zawsze strasznie się boję – sam zaczyna rozmowę. Być może chce odreagować. Uśmiecha się i widać, że jest z siebie dumny i szczęśliwy, że dentystę ma już za sobą. Doktor Barbara Podsiadło-Siśkiewicz pracuje w Oksie od ponad 30 lat. Pacjentów przyjmuje codziennie. – Jestem rejestratorką, asystentką, sprzątaczką i lekarzem w jednym – śmieje się. Pytamy, jaka jest kondycja zębów okolicznych mieszkańców? – Niektórzy dbają o siebie, inni nie. Są nawet i tacy, którzy twierdzą, że w ogóle nie myją zębów, a mają zdrowe – opowiada. Dlaczego pracuje na wsi? – Kiedyś postanowiłam tu zostać i pracuję do dziś. Pochodzę z Sosnowca, ale nie wyobrażam sobie już powrotu do miasta. Mieszkam tuż obok, gdyby nie ten świerk, byłoby widać mój dom – podchodzimy do okna. Do gabinetu zagląda już kolejny pacjent, trzeba się więc zbierać.

Chwila oddechu. Nie na długo, bo jedziemy na wizytę domową do 88-letniej kobiety po udarze. – Pacjentka jest w ciężkim stanie, leżąca, musi być odżywiana przez

W okolicy mieszka sporo osób starszych i, co bardzo cieszy, wiele z nich dożywa naprawdę sędziwego wieku. Trzy tygodnie temu zmarła najstarsza mieszkanka gminy – miała 108 lat.

Fotoreportaż z Oksy w „Gazecie Lekarskiej **PREMIUM**” na www.gazetalekarska.pl.





Poczekalnia



Punkt apteczny

Jedziemy.
Po drodze mijamy
kilka domów i duże
stawy hodowlane.
Piękna okolica.
Wjeżdżamy
na podwórko.
Przed drzwiami
domu warczy
agregat, tu prądu
jeszcze nie ma.
– Panie doktorze,
zadzwońliby pan
gdzie trzeba,
żeby mi ten prąd
przywrócili, bo
mamie inhalacji nie
mogę zrobić
– żali się córka
pacjentki.

sondę. Opiekuje się nią córka, jest sama, ale bardzo dobrze sobie radzi. To pielęgniarka z zawodu. Zgodziła się, żebyśmy przyjechali razem – informuje doktor Mateusz. Jedziemy. Po drodze mijamy kilka domów i duże stawy hodowlane. Piękna okolica. Wjeżdżamy na podwórko. Przed drzwiami domu warczy agregat, tu prądu jeszcze nie ma. – Panie doktorze, zadzwoniłby pan gdzie trzeba, żeby mi ten prąd przywrócili, bo mamie inhalacji nie mogę zrobić – żali się córka pacjentki. – W końcu jak lekarz zadzwoni, to szybciej coś zrobią – argumentuje swoją prośbę. Kobieta opiekuje się mamą dokładnie 4 lata i dwa miesiące. Kiedy doktor Mateusz jest u pacjentki, mamy chwilę, żeby porozmawiać z jej córką, która bardzo chwali pracę doktora. – Czasem nawet przyjeżdża bez wezwania, żeby tylko sprawdzić, czy wszystko w porządku. Mam naprawdę wspaniałą pomoc – mówi. Widać, że kobieta jest już bardzo zmęczona, ale jak sama mówi, nie wyobraża sobie oddania mamy do domu opieki.

– Mama chyba trochę gorączkuje, jest dzisiaj trochę gorsza? – pyta doktor po powrocie od pacjentki. – Przez ten brak prądu nie mogłam podać lekařstwa – potwierdza córka chorej. I dopiero tu widać, że brak energii elektrycznej na wsi to nie tylko utrudnienia w postaci braku światła czy rozmrożona lodówka. To czasem zagrożenie dla życia, gdy w domu jest tak ciężko chora osoba.

– W tej pracy jest ważne, by znać swoich pacjentów. Tak jak przed chwilą, nie ma kontaktu z chorą, nie powie, że się gorzej czuje, ale pogorszenie można zobaczyć w oczach, zmianie rysów twarzy. Gdybym widział ją po raz pierwszy, nie byłbym w stanie tego zauważyć – wyjaśnia lekarz. W drodze do przychodni jeszcze przez chwilę rozmawiamy. Nie mówi wprost, ale widać, że jest pełen podziwu i uznania dla kobiety, która z takim oddaniem opiekuje się mamą.

Pan pielęgniarkę już czeka. Czeka nas jeszcze jedna wizyta domowa. Dosiada się do nas i ruszamy dalej. Wjeżdżamy na małe, ale schludne podwórko. Tu jakby czas się zatrzymał – drewniana stodoła, przed nią pień do rąbania drewna, obok drewniany domek, do którego wchodzimy. Tradycyjnie wiatrołap, czyli sień, przechodzimy przez kuchnię do pokoju pacjenta. 80-letni mężczyzna zachorował w marcu na grypę, która osłabiła go tak mocno, że mimo wielu prób, nie dał rady opuścić łóżka. Jest od wielu miesięcy leżący, zacewnikowany,

ma paskudną odleżynę na podudziu, ale także na pięcie i niestety zaczynają tworzyć się nowe. Jest z nim żona – starsza kobieta, na której twarzy widać strach i smutek. Na szczęście jest też mieszkająca po przeciwnej stronie drogi córka – silna i pogodna pani w średnim wieku. Doktor Mateusz bada chorego, potem wspólnie z pielęgniarką zmieniają opatrunek na odleżynie – jest naprawdę duża. Zza fotela stojącego tuż obok łóżka wszystko bacznie obserwuje mały chłopiec – to prawnuczek pacjenta. Jest jak zahipnotyzowany, nie może oderwać wzroku. – Tu wszyscy są razem. Ten mały też pewnie za jakiś czas będzie opiekował się kimś, tak jak robi to teraz jego babcia. Rodziny wielopokoleniowe są nieocenione w opiece nad starszymi ludźmi. Ale na wsi czasem zdarza się i tak, że osobami samotnymi opiekują się sąsiedzi, jeśli zajdzie taka potrzeba – opowiada. Dla człowieka z miasta to raczej obce i nieosiągalne.

Bez kur i jajek

Wracamy do przychodni, w której spotykamy doktora Stanisława Barczyńskiego, który właśnie skończył przyjmować pacjentów. Pracuje popołudniami we wtorki i środy. Mieszka w Kielcach, ale pochodzi właśnie stąd. – Mój tata kupił od księcia Radziwiłła ziemię, na której obecnie stoi ośrodek zdrowia. To taki miły paradoks, że teraz tu pracuję. To mała miejscowość, wszyscy się znają, jest jak w rodzinie – mówi. Mieszkają tu jego koledzy i koleżanki ze szkoły, ich dzieci i wnuki. To kolejna pogodna i uśmiechnięta osoba. Właśnie idzie do siostry, która mieszka kilkanaście metrów od przychodni. – Ma właśnie jakiś problem z kolanem, więc muszę do niej zajrzeć, żeby zobaczyć, co się dzieje – wyjaśnia i żegna się z nami.

Czy zdarza się, że pacjenci obdarowują swoich lekarzy darami z pól i przydomowych kurników? – Moi rodzice, też lekarze, kiedyś dostawali od wdzięcznych pacjentów takie dary, ciasta, kielbasy, jajka, a nawet żywe kury, zdarzyła się też koza. W przeszłości to było normalne. Teraz czegoś takiego już nie ma – i tak doktor Mateusz burzy nasz stereotyp. Wybija godzina 18.00, personel zbiera się do domu. I my wracamy. Tym razem właściwą drogę odnaleźć jest łatwiej.

Dzwoni telefon. To koleżanka lekarka pracująca w jednym z dużych warszawskich szpitali. Właśnie dostała od jednej z pacjentek... gęś! Nie wierzymy stereotypom. ■

Wystawianie elektronicznych zwolnień lekarskich (e-ZLA) od 2016 roku

Elektroniczne zwolnienia lekarskie, nazywane e-ZLA, będą wystawiane z wykorzystaniem Platformy Usług Elektronicznych ZUS (PUE ZUS) albo zintegrowanych z PUE ZUS aplikacji gabinetowych.

Za wdrożenie e-ZLA, część projektu E-ZDROWIE P1, odpowiada ZUS. Lekarze będą mogli wystawiać elektroniczne zwolnienia od 1 stycznia 2016 roku, czyli od terminu określonego ustawowo.

Przy zakładaniu profilu na PUE ZUS warto skorzystać z instrukcji [Wystawianie elektronicznych zwolnień lekarskich (e-ZLA) od 1 stycznia 2016 roku. Krok po kroku] zamieszczonej na stronie internetowej www.zus.pl/ezla. Pomocą służyć też pracownicy wszystkich placówek ZUS.

Wygodnie i szybko

Wystawianie e-ZLA będzie trwało krócej niż wypisywanie papierowego zwolnienia. Dzięki PUE ZUS lekarz uzyska, w czasie wystawiania zwolnienia, dostęp do niezbędnych danych swojego pacjenta, jego płatników składek czy członków rodziny (jeśli e-ZLA będzie wystawiane na opiekę nad nimi). Większość danych zostanie automatycznie pobrana z systemu po wpisaniu numeru PESEL pacjenta. Niektóre dane, np. adres pacjenta czy dane płatnika lekarz będzie wybierał z listy.

System będzie także weryfikował datę początku okresu niezdolności do pracy, podpowie też kod literowy A i D oraz kod choroby z klasyfikacji ICD – 10, np. po wpisaniu fragmentu jej nazwy.

Wystawianie e-ZLA będzie również możliwe przez urządzenia mobilne, np. podczas wizyty domowej.

Natychmiastowe przesyłanie e-ZLA

E-ZLA zostanie automatycznie przekazane do systemu ZUS i w nim zapisane. Wystawianie elektronicznych zwolnień wyeliminuje więc dotychczasowy obowiązek pobierania formularzy z ZUS, dostarczania zwolnień do Zakładu oraz przechowywania drugiej kopii.

Przeglądanie wcześniejszych zwolnień

PUE ZUS umożliwi przeglądanie podstawowych informacji o wszystkich zaświadczeniach wystawionych przez różnych lekarzy danemu pacjentowi. Można też będzie wyświetlić szczegóły wybranego zwolnienia. Lekarz będzie miał również dostęp do zaświadczeń wydanych w wyniku kontroli lekarza orzecznika ZUS (ZUS ZLA/K).

Wystawienie wniosku o rehabilitację

Jeśli wpisany przez lekarza do e-ZLA numer statystyczny choroby będzie należał do jednej z grup schorzeń, dla których ZUS prowadzi rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej, system zaproponuje skierowanie pacjenta na rehabilitację leczniczą. Po zaakceptowaniu odpowiedzi, system otworzy formularz wniosku o rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS (ZUS PR-4) i automatycznie wprowadzi dane pacjenta z e-ZLA. Zatem możliwe będzie wystawienie od razu wniosku i przesłanie go w formie elektronicznej do ZUS w celu wydania orzeczenia przez lekarza orzecznika.

Konieczne wydrukowanie

Czasami po wystawieniu e-ZLA konieczne będzie jego wydrukowanie. Będzie tak, gdy pracodawca pacjenta nie będzie miał profilu na PUE. Podpowiedź o wydrukowaniu zwolnienia lekarz otrzyma z systemu – zostanie wyświetlony komunikat.

Uwaga!

Na prośbę pacjenta należy zawsze wydrukować e-ZLA, nawet gdy jego pracodawca ma profil na PUE ZUS.

Tryb alternatywny

Może się zdarzyć, że ze względów technicznych lekarz nie będzie mógł wystawić e-ZLA. W takim przypadku niezbędne będzie wypełnienie i przekazanie pacjentowi zwolnienia na formularzu uprzednio wydrukowanym z systemu, opatrzonym podpisem lekarza i jego pieczęcią. Dlatego warto by lekarz zawsze miał kilka wydrukowanych niewypełnionych formularzy. W ciągu 3 dni roboczych od dnia wystawienia zwolnienia trzeba będzie wprowadzić dane z wystawionego w tym trybie zaświadczenia do systemu ZUS.

Papierowe zwolnienia

Do końca 2017 r. lekarz będzie mógł wystawiać papierowe zwolnienia według obecnie obowiązujących zasad. Jeśli wystawi takie zwolnienie, będzie musiał poinformować pacjenta o konieczności doręczenia zwolnienia pracodawcy (w przypadku pracowników) czy ZUS (m.in. w przypadku przedsiębiorców) w terminie 7 dni od jego otrzymania. Od 1 stycznia 2018 r. będą obowiązywały wyłącznie zwolnienia elektroniczne.

Szczegółowe informacje o e-ZLA dostępne są na stronie internetowej www.zus.pl/ezla. Pytania dotyczące elektronicznych zwolnień lekarskich można przysyłać na adres ezla@zus.pl. Odpowiedzi będą zamieszczane na stronie internetowej ZUS.





FOTO: Adobe Stock

Uchodźcy. Jakim kosztem?

**Mariusz
Tomczak**

Opiekę
medyczną dla
cudzoziemców
ubiegających się
o nadanie statusu
uchodźcy na
terenie naszego
kraju organizuje
operator
medyczny
wyłoniony
w przetargu.

W Hamburgu lokalny parlament przyjął ustawę zezwalającą na konfiskatę obiektów gospodarczych, nawet wbrew woli ich właścicieli. Powód? Brak wolnych kwater dla uchodźców. A jak będzie w Polsce?

Osoby uciekające przed wojną lub prześladowaniami to uchodźcy. Natomiast migranci opuszczają swój kraj nie z powodu prześladowań czy bezpośredniego zagrożenia śmiercią, ale w celu poprawy jakości swojego życia (np. znalezienia lepszej pracy, dołączenia do członków rodziny). Migranci mogą wrócić bezpiecznie do swoich domów, uchodźcy – nie. „Kim są więc ci ludzie docierający łodziami do Grecji, Włoch czy gdzie indziej? Uchodźcami czy migrantami?” – pyta Adrian Edwards z Biura Wysokiego Komisarza Narodów Zjednoczonych ds. Uchodźców (UNHCR), powołanego do życia przez Zgromadzenie Ogólne Organizacji Narodów Zjednoczonych. „Są i jednymi, i drugimi” – odpowiada¹. UNHCR podaje, że wśród osób próbujących dostać się do zachodniej Europy przez Morze Śródziemne nie dominują kobiety i dzieci – prawie 3/4 z nich to mężczyźni².

Premier Ewa Kopacz wielokrotnie zapewniała, że do Polski trafią tylko uchodźcy, bo nie stać nas na przyjęcie imigrantów ekonomicznych. Jak podaje Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (MSW), w ramach relokacji i przesiedleń trafi do naszego kraju 6,5-6,8 tys. osób, głównie z Syrii i Erytrei (początkowo była mowa tylko o 2 tys.). Na początku zamieszkają w otwartych ośrodkach dla cudzoziemców, później – samodzielnie. W zarządzanych przez Urząd do Spraw Cudzoziemców (UdSC) ośrodkach będą otrzymywać m.in. całodzienne wyżywienie dostosowane do norm

kulturowych i religijnych. „Po przyjeździe do Polski uchodźcy zostaną objęci programami reintegracyjnymi w ośrodkach UdSC, a po zakończeniu procedury programem integracyjnym. Osoby te zostaną objęte opieką medyczną, kursami informacyjnymi, ułatwiającymi proces adaptacji, nauką języka polskiego, a także szkoleniami zawodowymi; najmłodszy i młodzież zostaną objęci obowiązkiem szkolnym. Po uzyskaniu statusu uchodźcy, cudzoziemcy będą mogli złożyć wnioski, o trwający rok, tzw. indywidualny program integracyjny – realizowany przez powiatowe jednostki pomocy rodzinie, który nadzoruje Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej” – wyjaśnia MSW³.

„Cudzoziemcom, którzy uzyskali na terenie RP status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, przysługuje prawo do korzystania z pełnego zakresu świadczeń z pomocy społecznej na takich samych zasadach, jak obywatelom polskim” – informuje MPiPS⁴. Od 1 października wzrosły kryteria uprawniające do pomocy społecznej i wysokości zasiłków. Łączna wysokość świadczeń miesięcznych dla osoby samotnie gospodarującej przez pierwsze 6 miesięcy programu wynosi 1335 zł. Miesięczna wysokość świadczeń w rodzinie dwuosobowej wynosi 70 proc. kwoty bazowej, tj. 934,5 zł na osobę (1869 zł na rodzinę), w rodzinie 3-osobowej – 60 proc. kwoty bazowej, czyli 801 zł (2403 zł na rodzinę), w rodzinie 4-osobowej i liczącej więcej osób – 50 proc. kwoty bazowej, tj. 667,5 zł na osobę (2670 zł

na rodzinę 4-osobową). Przez drugie 6 miesięcy trwania programu cudzoziemiec otrzymuje miesięcznie 90 proc. kwoty otrzymywanej uprzednio, czyli odpowiednio: dla osoby samotnie gospodarującej – 1201,5 zł, w rodzinie dwuosobowej 841,05 zł na osobę, w rodzinie 3-osobowej 720,9 zł na osobę, zaś w rodzinie 4-osobowej i większej – 606 zł. Pomocy w tej formie udziela się nie dłużej niż 12 miesięcy.

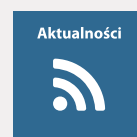
Jak widać, wsparcie dla osób, które – na mocy niedawnych ustaleń z Brukseli – Polska ma przyjąć, będzie różnorodne i dość kosztowne. To jednak pieśń przyszłości. A jak wygląda opieka medyczna nad uchodźcami, którzy już przebywają w naszym kraju? Ponad 10,3 mln zł – tyle w zeszłym roku wyniósł łączny koszt opieki medycznej osób pozostających pod opieką UdSC, obejmujący podstawową opiekę zdrowotną, leczenie, rehabilitację, stomatologię i koordynację. Do 2 października br. przekroczył on 8,5 mln zł⁵. Zgodnie z ustawą o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium RP, pomoc socjalną i opiekę medyczną zapewnia się wnioskodawcy oraz osobie, w imieniu której wnioskodawca występuje. Art. 74 ust. 1 pkt. 1 precyzuje: „Pomoc socjalną i opiekę medyczną zapewnia się w okresie: postępowania w sprawie nadania statusu uchodźcy, począwszy od dnia zgłoszenia się cudzoziemca w ośrodku, z tym że w sytuacjach szczególnych, związanych z zagrożeniem życia lub zdrowia cudzoziemca, opieka medyczna przysługuje od dnia złożenia przez cudzoziemca wniosku o nadanie statusu uchodźcy”.

Według stanu na 5 października br. w ośrodkach dla cudzoziemców przebywa 1569 osób. Dominują obywatele Rosji (wśród których najwięcej osób jest narodowości czeczeńskiej – 917) i Ukrainy (przeważają Ukraińcy – 318). Obywatelami Syrii i Erytrei, skąd w przyszłym roku mają do nas trafić pierwsi uchodźcy, są łącznie 3 osoby. Od 1 stycznia do 1 października br. złożono 3730 wniosków o nadanie statusu uchodźcy w Polsce obejmujących w sumie 8460 osób (Rosja – 5100, Ukraina – 1909, Gruzja – 332, Tadżykistan – 300, Syria – 267, pozostałe – 552). Decyzja dotycząca nadania statusu uchodźcy powinna zapaść w ciągu 6 miesięcy od momentu złożenia wniosku (ustala się wtedy m.in. okoliczności wyjazdu cudzoziemcy z kraju pochodzenia i powody, dla których prosi o status uchodźcy). Opiekę medyczną dla cudzoziemców ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy na terenie naszego kraju organizuje operator medyczny wyłoniony w przetargu. Ta firma posiada sieć partnerów medycznych świadczących usługi medyczne takie jak: poradnie specjalistyczne, pracownie diagnostyczne, laboratoria, gabinety stomatologiczne i szpitale. „Realizacja świadczeń medycznych dla cudzoziemców wymaga interdyscyplinarnego podejścia i stworzenia systemu opieki zdrowotnej, który kompleksowo zabezpieczy zapotrzebowanie cudzoziemców na opiekę medyczną. Zakres świadczeń medycznych obejmuje podstawową opiekę zdrowotną wraz z profilaktyką prozdrowotną i punktem szczepień, specjalistyczną opiekę ambulatoryjną, hospitalizację, transport medyczny oraz zaopatrzenie w leki i materiały medyczne” – informuje UdSC.

UdSC za pośrednictwem operatora medycznego realizuje program wczesnego wykrywania chorób zakaźnych. Jego celem jest ochrona sanitarno-epidemiologiczna wszystkich osób przebywających na terenie ośrodków filtrowych, wczesne wykrycie i izolacja osób podejrzanych o choroby zakaźne lub zakażenie oraz zminimalizowanie ryzyka rozprzestrzeniania się zakaźnego czynnika chorobotwórczego zarówno wśród cudzoziemców, jak i Polaków. Program opiera się na zaostrzonych procedurach diagnostycznych i wzmożonej obserwacji pacjentów od momentu ich przybycia do ośrodka recepcyjnego w Białej Podlaskiej lub w Podkowie Leśnej – Dębaku. Takie badania trwają 2-3 dni, w tym czasie cudzoziemcy nie mogą wychodzić poza ośrodek. Jeśli u kogoś podejrzewa się chorobę zakaźną, najpierw trafia do izolátky, a następnie do szpitala. „W celu realizacji programu wprowadzono szczegółowe procedury postępowania w przypadku stwierdzenia zagrożenia epidemiologicznego oraz środki ochrony osobistej dla pracowników i cudzoziemców. Procedura wstępna realizowana w ramach filtra sanitarno-epidemiologicznego w ośrodkach recepcyjnych złożona jest z szeregu badań laboratoryjnych, zwłaszcza pod kątem chorób o charakterze zakaźnym, badania RTG klatki piersiowej, kompleksowego badania przedmiotowego i podmiotowego z oceną wskazań diagnostycznych pilnych i planowych oraz konieczności hospitalizacji w trybie pilnym” – wyjaśnia UdSC.

W 2014 r. zaszczepiono 222 cudzoziemców, a w okresie styczeń-wrzesień br. – 316. Szczepienia wchodzą w zakres POZ i realizowane są przez wykonawcę usług medycznych na podstawie umowy zawartej z UdSC. W 2014 r. gruźlicę wykryto u 20 cudzoziemców, WZW B u 415 osób, WZW C u 234 (dla porównania: w okresie styczeń-wrzesień br. było to odpowiednio: 5, 35 i 102). Wirusa HIV stwierdzono u 27 cudzoziemców (55 w okresie styczeń-wrzesień br.), a choroby weneryczne – u 71 (w pierwszych 9 miesiącach br. nosicielstwo potwierdzono u 63 osób). W niemieckich ośrodkach, w których przebywają migranci, jest niespokojnie. W Hamburgu stała się ostatnio ok. 200-osobowa grupa Syryjczyków i Afgańczyków, w Brunshwiku bili się Algierczycy i Syryjczycy (300-400 osób) – takie przykłady można mnożyć. UdSC przyznaje, że w polskich ośrodkach dochodzi do przypadków agresji (głównie bójk i pobić), w których agresorami i ofiarami są cudzoziemcy, jednak – przynajmniej na razie – nie przybierały one tak gwałtownych form jak za naszą zachodnią granicą. W 2014 r. interwencji lekarskiej (wezwanie pogotowia lub pobyt w szpitalu) wymagało kilka takich przypadków; podobnie było w pierwszych miesiącach br. Jak zapewnia MSW, bezpieczeństwo państwa stanowi sprawę pierwszoplanową, dlatego osoby składające wnioski o status uchodźcy zostaną sprawdzone przez nasze służby, a w przypadku jakichkolwiek wątpliwości nie zostaną wpuszczone. „Osoby przybywające do Polski z krajów wysokiego ryzyka są zawsze przez nas weryfikowane pod kątem ewentualnych powiązań z terroryzmem” – tłumaczy rzecznik Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego⁶. ■

Więcej o wyzwaniach stojących przed Polską w związku z kryzysem migracyjnym na www.gazetalekarska.pl.



¹ <http://www.unhcr-centraleurope.org/pl/wiadomosci/2015/uchodzyczymigranci-te-slowa-sawazne-wiec-jak-ich-uzywac.html>

² <http://data.unhcr.org/mediterranean/regional.php>

³ Odpowiedź MSW na zapytanie prasowe.

⁴ Odpowiedź MPiPS na zapytanie prasowe.

⁵ Odpowiedź UdSC na zapytanie prasowe.

⁶ Odpowiedź ABW na zapytanie prasowe.



**Brygida
Knysz**

prof. dr hab.,
kierownik Katedry
Chorób Zakaźnych,
Chorób Wątroby
i Nabytych
Niedoborów
Odpornościowych,
Uniwersytet
Medyczny im.
Piaśtów Śląskich
we Wrocławiu

Nobel 2015

W 2015 r. nagroda Nobla w dziedzinie fizjologii i medycyny przypadła trzem naukowcom, zajmującym się badaniami nad terapią chorób pasożytniczych – malarii – To Youyou oraz onchocerkozę, zwanej ślepotą rzeczną, i filariozę limfatycznej – Williamowi C. Campbell i Satoshiemu Ōmura.

Badania prowadzone przez tegorocznych laureatów doprowadziły do wprowadzenia leków przeciwpaasożytniczych, które uratowały życie milionom ludzi zamieszkującym kraje rozwijające się, w strefie tropikalnej i subtropikalnej.

W Polsce malaria dotyczy tylko kilkudziesięciu osób rocznie, powracających z rejonów endemicznego występowania tej choroby, natomiast na świecie stanowi poważny problem. Wg CDC około 3,4 mld ludzi żyje w rejonach, w których istnieje ryzyko zarażenia zarodkami malarii, tylko w 2012 r. odnotowano 207 milionów objawowych postaci tej choroby, a 627 000 osób zmarło, głównie w Afryce.

Ślepotą rzeczną występuje głównie w Afryce subsaharyjskiej i na niektórych obszarach Ameryki Południowej oraz w Jemenie. Światowa Organizacja Zdrowia podaje, że około 25 mln ludzi na świecie jest zarażonych przez *Onchocerca volvulus*, u 300 000 występuje ślepotą, a aż u 123 mln istnieje ryzyko zarażenia tym nicieniem. Na szczęście, dzięki iwermektynie w Kolumbii, Ekwadorze, Meksyku i Gwatemali udało się zahamować chorobę i nadal trwają wysiłki, aby ograniczyć onchocerkozę w Brazylii i Wenezueli. Ryzyko zarażenia dotyczy osób przebywających powyżej trzech miesięcy w rejonach endemicznych. Do zarażenia najczęściej dochodzi w wyniku licznych ukłuc czarnej muchy, w rejonach rolniczych Afryki subsaharyjskiej.

Śloniowaczna (filarioza limfatyczna) wywoływana m.in. przez nicienia *Wuchereria bancrofti*, wg CDC dotyczy 120 mln osób, zamieszkujących rejony tropikalne i subtropikalne Azji, Afryki, zachodniego Pacyfiku, Karaibów i Ameryki Południowej. Zarażenie może doprowadzić do znacznego obrzęku limfatycznego głównie w obrębie kończyn, utrudniającego normalne funkcjonowanie, a także być przyczyną tropikalnej eozynofilii płucnej.

Tu Youyou jest chińskim naukowcem, zajmującym się chińską medycyną tradycyjną. Nagrodę Nobla otrzymała za odkrycie artemizyny stanowiącej wyciąg z bylicy

rocznej (*Artemisia annua*). Kierowała zespołem pracującym w ramach tajnego militarnego Projektu 523, którego celem było m.in. zwalczanie malarii. Projekt został wprowadzony podczas wojny wietnamskiej, kiedy wiele osób (głównie żołnierzy) umierało tam z powodu malarii opornej na chlorochinę, to samo obserwowano w południowych regionach Chin. Dlatego istniała duża potrzeba odkrycia nowego, skutecznego leku przeciwmalarycznego. W tym celu rząd Wietnamu Północnego zwrócił się z prośbą o pomoc do Chin.

Tu Youyou wraz z zespołem odkryła artemizynę i opracowała sposób pozyskiwania czynnej substancji z bylicy rocznej (1971 r.). Przeanalizowała około 2000 roślin stosowanych w tradycyjnej chińskiej medycynie, ale jej uwagę zwróciła tylko jedna, już wcześniej stosowana w leczeniu tzw. gorączki przerywanej, objawu charakterystycznego również dla malarii. Aktualnie Światowa Organizacja Zdrowia rekomenduje leczenie malarii przy jednoczesnym zastosowaniu kilku leków, w tym zawsze pochodnej artemizyny (ACT – artemisinin-based combination therapies), co zostało wprowadzone przez wiele państw ze strefy tropikalnej. Artemizyna i jej pochodne działają na formy krwinkowe, gametocyty zarodźca sierpowatego, a co najważniejsze – na postaci oporne na chininę.

Po ogłoszeniu laureatów nagrody Nobla wywiązała się dyskusja, czy rzeczywiście w przypadku artemizyny powinna ją otrzymać tylko Tu Youyou. Wielu naukowców zwraca uwagę na fakt, że odkrycie artemizyny jest zasługą, na równi, dwóch innych członków zespołu (Li Guoqiao i Li Ying), a nie tylko Tu Youyou, na co uczona odpowiada, że to właśnie ona kierowała zespołem i ona ustaliła sposób pozyskiwania artemizyny w wyniku ekstrakcji, a nie gotowania. Za odkrycie artemizyny w 2011 r. przyznano prestiżową nagrodę Laskera, jednak dla całego zespołu, a nie tylko Tu Youyou.

Należy wspomnieć, że w przeszłości nagrodę Nobla z parazytologii otrzymali m.in. Ronald Ross w 1902 r. za

KONKURS NA PRACE NAUKOWE WPŁYW ZANIECZYSZCZEŃ POWIETRZA NA STAN ZDROWIA

Wojskowy Instytut Medyczny oraz Polska Federacja Stowarzyszeń Chorych na Astmę, Alergię i POCHP ogłaszają konkurs „Dum spiro, spero” na najlepsze prace naukowe dotyczące wpływu zanieczyszczeń powietrza na stan zdrowia, opublikowane w 2015 r. w czasopiśmie zagranicznym i krajowym.

Konkurs adresowany jest do lekarzy, inżynierów, ekspertów z zakresu ochrony środowiska. Zwycięzcy zostaną uhonorowani okolicznościowymi statuetkami oraz nagrodami finansowymi. Prace należy nadsyłać do 31 stycznia 2016 r. Więcej szczegółów na www.gazetalekarska.pl.

odkrycie cyklu rozwojowego zarodźców malarii i sposobu szerzenia się tej choroby i Charles Louis Alphonse Laveran w 1907 r. za odkrycie zarodźca malarii i za całokształt prac dotyczących roli pierwotniaków w powstawaniu chorób, co stworzyło podwaliny do dalszych badań nad tak ciężką i wyniszczającą chorobą, jaką jest malaria. Dzięki temu nastąpił postęp w zakresie profilaktyki malarii, opracowano również szereg leków stosowanych w profilaktyce i leczeniu tej choroby. Niestety, nie udało się dotychczas opracować skutecznej szczepionki, a pierwotniaki wytworzyły oporność na większość ze stosowanych leków przeciwmalarycznych. Pojawienie się artemizyny w istotny sposób poprawiło skuteczność leczenia malarii.

Ōmura Satoshi jest japońskim biochemikiem, który zajmował się badaniem bakterii rzędu *Streptomyces*, bytujących w glebie, oraz wyizolował *Streptomyces avermectinius*, który jest jedynym znanym drobnoustrojem wytwarzającym awermektynę. Z kolei Campbell wyizolował z substancji wytwarzanych przez te bakterie makrolidowy antybiotyk przeciwbaczy – awermektynę. Następnie została opracowana jego szeroko stosowana pochodna – ivermektyna.

William C. Campbell jest irlandzkim biochemikiem, obecnie emerytowanym profesorem i pracownikiem naukowym Drew University w Madison w stanie New Jersey. Przez wiele lat pracował dla koncernu farmaceutycznego Merck Sharp & Dohme, specjalizując się przede wszystkim w medycynie weterynaryjnej. Jego największe osiągnięcie stanowią badania nad zastosowaniem ivermektyny u ludzi. Preparat ten stosowany był w weterynarii od lat 80. ubiegłego stulecia, z dużym zyskiem finansowym dla koncernu. Campbell zwrócił uwagę szefom MSD na możliwość jego zastosowania jako skutecznego leku w terapii ślepoty rzecznej i namówił ich do prowadzenia badań, a po wykazaniu skuteczności, biorąc pod uwagę korzyści uzyskane ze sprzedaży weterynaryjnej, do przekazania leku za darmo ludziom zagrożonym zarażeniem, których nie stać na jego zakup.

Działania te doprowadziły do wyleczenia milionów ludzi i stanowią jedno z większych przedsięwzięć prozdrowotnych w skali świata. W ciągu 20 lat przeprowadzono 100 mln kuracji.

Jak wspomniałam wcześniej, pasożyty są przenoszone przez czarne muchy, których eradykacja nie powiodła się. Robaki umiejscowione w oku prowadzą do stopniowej utraty wzroku aż do całkowitej ślepoty. Onchocerkozę jest drugą pod względem częstotliwości, po jaglicy, przyczyną ślepoty na świecie.

W. bancrofti, jedna z przyczyn słoniowaczyny, przenosi się podczas ukłucia moskita. W większości przypadków inwazje mają przebieg bezobjawowy, ale u części zarażonych osób po latach rozwija się obrzęk znaczących rozmiarów, który może ulegać wtórnym nadkażeniom bakteryjnym.

Aktualnie pod kierunkiem Światowej Organizacji Zdrowia prowadzony jest program, przy udziale koncernu MSD i Instytutu Kitasato, przekazujących nieodpłatnie lek, którego celem jest szerokie stosowanie ivermektyny podawanej rocznie około 300 mln ludzi. Uważa się, że w ten sposób uda się wyeliminować onchocerkozę do 2025 r., a filariozę do 2020 r. ■

Działania te doprowadziły do wyleczenia milionów ludzi i stanowią jedno z większych przedsięwzięć prozdrowotnych w skali świata. W ciągu 20 lat przeprowadzono 100 mln kuracji.

Więcej o tegorocznych laureatach Nagrody Nobla na www.gazetalekarska.pl.



25 lat Polskiego Stowarzyszenia Medycznego na Litwie (PSML)

**Krzysztof
Makuch**

Najważniejszym wydarzeniem jubileuszu PSML była zorganizowana wspólnie z Federacją Polonijnych Organizacji Medycznych konferencja poświęcona „Historii medycyny wileńskiej”, która odbyła się w dniach 18-20 września w Domu Kultury Polskiej w Wilnie.



FOTO: Krzysztof Makuch

W sytuacji
piętrzonych
utrudnień ze strony
władz Litwy
– w funkcjonowaniu
polskich szkół,
prawa Polaków
do utrzymania
pisowni nazwisk,
pomniejszania roli
Polaków
– szczególnie ważne
jest ze strony
polskich lekarzy
wsparcie dla PSLM
w jego działaniu.

W obradach uczestniczyli lekarze z dziewięciu krajów, w tym delegacje warszawskiej i śląskiej izby lekarskiej, które przed rozpoczęciem konferencji uczciły rocznicę agresji sowieckiej na Polskę w 1939 r., składając wieńce na wileńskiej Rossie. Konferencja była lekcją historii medycyny wileńskiej i wkładem Polaków w jej rozwój. Warto w tym miejscu wspomnieć, że Uniwersytet Wileński powstał w 1579 r. z inicjatywy Piotra Skargi, przy wsparciu króla Stefana Batorego. Wraz z otwartym w 1641 r. wydziałem medycznym był liczącym się ośrodkiem w Europie. Wśród wybitnych lekarzy wileńskich byli między innymi profesorowie: A. Bielkiewicz, F. Rymkiewicz, M. Mianowski, L. Siewruk, F. Szpinagel, A. B'ecu, M. Siedlecki (pierwszy rektor USB), K. Michejda, W. Zahorski, K. Pelczar, S. Trzebiński, W. Sylwanowicz.

Z kart historii

Wileńskie Towarzystwo Lekarskie zostało założone w 1805 r. przez prof. Józefa Franka. Pierwszym prezesem został wybitny chemik, lekarz i filozof – Jędrzej Śniadecki. WTL wiernie realizowało hasło: „Służyc nauce i ojczystemu krajowi”. Dzięki PSML w latach 1991-1997 działał Uniwersytet Polski w Wilnie, umożliwiając kształcenie medyczne w języku polskim. Wielu jego słuchaczy ukończyło później studia medyczne w Polsce i obecnie aktywnie działa w PSML.

Na kongresie

W części oficjalnej uczestniczyli przedstawiciele władz Litwy, polskiej dyplomacji i uniwersytetu wileńskiego, podkreślając zasługi PSML dla zdrowia mieszkańców Wilna. Konferencję prowadzili prezesi Daniel Lipski

(PSML) i prof. Marek Rudnicki (POM). Została ona uświetniona występami Zbigniewa Lewickiego – kapelmistrza filharmonii wileńskiej i założyciela Kapeli Wileńskiej oraz Eweliny Saszenko – finalistki konkursu Eurowizji w 2011 r. To było ważne wydarzenie w życiu Polonii medycznej.

Wczoraj i dziś

PSML powstało w 1989 r. jako Koło Medyków przy Związku Polaków na Litwie, a głównym jego celem była pomoc medyczno-organizacyjna Polakom na Wileńszczyźnie. Od 1993 r. jako odrębna organizacja należy do najaktywniejszych polskich stowarzyszeń medycznych z liczbą aktualnie aktywnie uczestniczących 115 członków, a doświadczenia jej lidera i wieloletniego prezesa, dr Bronisławy Siwickiej, są kontynuowane przez następców: Daniela Lipskiego, Barbarę Komarowską, Dariusza Żybortę.

W sytuacji piętrzonych utrudnień ze strony władz Litwy – w funkcjonowaniu polskich szkół, prawa Polaków do utrzymania pisowni nazwisk, pomniejszania roli Polaków – szczególnie ważne jest ze strony polskich lekarzy wsparcie dla PSLM w jego działaniu. Zorganizowana na konferencji przez Marka Walkiewicza zbiórka dla polskiego sierocińca, książki dla polskiej szkoły przywiezione przez Szymona Lejkowskiego, wsparcie finansowe renowacji grobów polskich lekarzy w Wilnie przez oddział częstochowski PTL – to przykłady, które mogą być dla nas wyzwaniem na przyszłość. A dostojnym jubilatом należy życzyć siły i konsekwencji w działalności na następne ćwierćwiecze. ■

Seniorzy odpoczywali w Rabce-Zdroju

Wróciłam z tygodniowego wczasowego pobytu w Rabce-Zdroju pełna pozytywnych wrażeń. W tym roku Naczelna Rada Lekarska zafundowała nam seniorom wczasy od 4 do 19 września, w pensjonacie [...]. Odpoczynek był bardzo owocny przy letniej, chwilami upalnej pogodzie. Szkoda tylko, że z tego wypoczynku skorzystało tylko około 60 osób z kilku delegatur.

Sam wypoczynek polegał głównie na spacerach po pięknym parku zdrojowym z tężnią solankową i zwiedzaniu muzeum. Niektórzy z nas zdobywali pobliskie (niewysokie) szczyty w Górcach, pozostali – a było ich więcej – zwiedzali Rabkę i okolice meleksem. Pensjonat [...] – średniej kategorii (brak windy), ale niezwykle przyjazna atmosfera, którą stworzyli właściciele tego obiektu, jak również obsługa restauracji, serwując nam smaczne dania, często wyroby góralskie [...]

Urządzono nam ognisko pożegnalne przy góralskiej orkiestrze i wspólnym śpiewie. Były też kielbaski

z ogniska. Nasz pobyt w Rabce miał aspekt wypoczynkowy, ale również, a może głównie, spotkaniowy.

Tam spotkali się ludzie, którzy po wielu latach pracy w tym samym zawodzie, prezentujący pewien stan umysłu, mieli sobie dużo do powiedzenia; mieli swoje bogate wspomnienia i przemyślenia. W czasie rozmów okazało się, że w młodości mieszkaliśmy obok siebie, chodziliśmy do tej samej szkoły, a nawet klasy.

Osobiście spotkałam koleżanki z Krakowa, wspominałyśmy trudne stalinowskie czasy, kadrę profesorską i jej przywary, a także kolegów, którym się „udało” w kraju i zagranicą. To było piękne i wzruszające. Decyzja, jaką podjęła NRL wobec seniorów w 2015 r., niech będzie jaskółką, która poczyni wiosnę na następne lata. Tego dobra chcielibyśmy doświadczać każdego roku. Seniorzy mimo swoich rozlicznych dolegliwości, mają również ochotę na chwileczkę zapomnienia! Dziękujemy za to, co było – prosimy o jeszcze! ■

W. Rachwalska

Seniorka
z Lublina



**Maria
Domagała**

Na pomoc uchodźcom

Europejskie kraje, do których przybywają uchodźcy z objętego wojną Bliskiego Wschodu i północnej Afryki, muszą zapewnić im ochronę i utrzymanie, warunki do aklimatyzacji oraz opiekę medyczną. Do tego obliguje unijne prawo, sposób postępowania reguluje kilkanaście dyrektyw. Nie wszystkie kraje są na to przygotowane, ale mają skąd czerpać wzorce.

Tam, gdzie uchodźców przyjmuje się od wielu dziesięcioleci, istnieje prawo i warunki umożliwiające realizację ich potrzeb i asymilację, są też przepisy regulujące dostęp do opieki zdrowotnej.

Zachód i północ Europy przygotowane

W Niemczech obywatelstwa tego kraju nie ma 9 proc. (7,2 mln), z czego połowa to nie-Europejczy (dane z 2014 r.). Azyłanci korzystają z programów oferujących opiekę socjalną i medyczną. Od 2004 r. legalni imigranci mogą wybrać fundusz ubezpieczenia zdrowotnego wg kryterium geograficznego i mieć takie same uprawnienia jak inni ubezpieczeni, a za usługi zdrowotne dla nich płacą gminy – bezpośrednio świadczeniodawcom.

We Francji, gdzie obce pochodzenie ma dziś 15 proc. (10 mln) mieszkańców, głównie przybyszów z dawnych kolonii, nielegalni imigranci, uchodźcy i starający się o azyl otrzymują świadczenia z zakresu nagłej pomocy na powszechnych zasadach. Jeśli mają zgodę na pobyt czasowy i pracę, mają też ubezpieczenie. Dla tych z nieuregulowanym statusem są specjalne programy, przychodnie i szpitale prowadzone przez prywatne stowarzyszenia non-profit.

Hiszpania również ma wysoki odsetek ludności napływowej – 12 proc. (5,3 mln); poza Europą głównie z Ameryki Płd. i Maroka. Ustawa o imigrantach z 1999 r. pełny, bezpłatny dostęp do opieki zdrowotnej w systemie publicznym przyznaje dorosłym i dzieciom, także przebywającym nielegalnie. Nie mają natomiast opieki długoterminowej, okulistycznej i dentystycznej. Ci o nieuregulowanej sytuacji uzyskują usługi w regionach przebywania. Uczestniczą w programach prewencyjnych i zdrowia publicznego, np. profilaktyki HIV/AIDS, zdrowia psychicznego itp. Pomoc nagła, pediatryczna i położnicza jest świadczona w pełnym zakresie.

We Włoszech dwie ostatnie dekady to nasilenie imigracji (w 2009 r. cudzoziemców było ok. 2,5 mln). Od 1998 r. osoby z zalegalizowanym pobytem obejmuje system ubezpieczeniowy, mają taki sam jak Włosi dostęp do świadczeń

powszechnej opieki zdrowotnej: POZ, specjalisty, usług szpitalnych, ratowniczych, rehabilitacji w specjalnych ośrodkach dla imigrantów przy regionalnych centrach zdrowia i w wyspecjalizowanych organizacjach pozarządowych. Przebywający nielegalnie mogą liczyć na bezpłatną nagłą opiekę specjalistyczną i szpitalną, zakaźną, nad kobietą ciężarną, dzieckiem i nieletnimi, także szczepienia. Muszą tylko złożyć anonimowy formularz dla „cudzoziemców przebywających czasowo”. Są adresatami programów pomocy socjalnej, tak jak inni potrzebujący (starsi, niepełnosprawni, biedni). Opieka nad imigrantami należy do priorytetów Narodowego Programu Zdrowia.

Po 1989 r. Grecja stała się celem dla mieszkańców Europy Środkowej i Wschodniej, b. ZSRR i krajów rozwijających się, tak więc już wtedy starającym się o azyl uchodźcom i goszczonym z przyczyn humanitarnych przyznano bezpłatną opiekę medyczną w ramach systemu powszechnego. Ci o nieuregulowanym statusie przebywają w centrach dla azyłantów i opuszczonych dzieci resortu zdrowia. Otrzymują pomoc ratunkową i usługi podstawowe z organizacji pozarządowych, tych jednak jest mało. Od początku roku Grecja z racji położenia doświadcza wzmożonego napływu uchodźców. W punktach recepcyjnych służby sanitarne, Helleński Czerwony Krzyż i wyspecjalizowane organizacje pozarządowe zapewniają wsparcie psychospołeczne, opiekę medyczną, profilaktykę zdrowotną.

W 2010 r. jedna piąta mieszkańców Szwecji miała inny kraj urodzenia albo rodziców nie-Szwedów; to w większości przybysze z b. Jugosławii i Bliskiego Wschodu. Opiekę zdrowotną w przypadku choroby lub urazu mają wszyscy – bez względu na status, a więc też uchodźcy, starający się o azyl i nielegalni imigranci. Przysługuje im opieka medyczna i dentystyczna, ich dzieci mają prawo do takich samych subsydiowanych usług zdrowotnych i medycznych jak dzieci obywateli Szwecji, zaś dorośli – do nagłej opieki, podczas ciąży, nad matką i dzieckiem itd.

W Norwegii imigranci to 13 proc. ludności,

Od stycznia do Europy przybyło 350 tys. uciekinierów. Dostarczenie im schronienia, żywności i pomocy medycznej jest szczególnie trudne dla krajów, które przyjmują ich jako pierwsze: Grecji, Macedonii, Serbii, Włoch. Aby je odciążyć, uzgodniono w ramach UE sposób rozlokowania 120 tys. osób. Rozwiązania systemowe mają jednak działanie długofalowe, tymczasem pomoc potrzebna jest już, zwłaszcza że zima blisko.

z czego połowa to nie-Europejczycy (Azjaci, Afrykanie). Wszyscy, także azylanci i uchodźcy, korzystają z ustawowej opieki zdrowotnej. Jeszcze przed dotarciem do punktu recepcyjnego są badani (pod kątem gruźlicy i chorób wymagających szybkiej interwencji). Podstawowe usługi medyczne i pomoc w zaspokojeniu potrzeb zdrowotnych uchodźców organizują Norweski Czerwony Krzyż i Miejska Misja Kościelna (od 2009 r.) w Oslo, zatrudniający oprócz pielęgniarek i lekarzy – psychologów i psychoterapeutów.

W Finlandii azylanci, nielegalni imigranci i inni cudzoziemcy przebywający okresowo (np. studenci) spoza UE nie są objęci powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym ani opieką regionalnej służby zdrowia (główny świadczeniodawca), ale pomoc doraźną w razie potrzeby uzyska każdy. Natomiast ustawa o adaptacji imigrantów i przyjmowaniu starających się o azyl z 1999 r. uprawnia do powszechnych usług, które zapewniają i organizują ośrodki recepcji imigrantów.

Europa Środkowa się obawia

Kraje Europy Środkowej do obecnego kryzysu migracyjnego nie zaznały masowych przemieszczeń ludności. Nieliczni starający się o azyl w Słowacji, Czechach, Polsce są, jak inni cudzoziemcy, objęci powszechnym ubezpieczeniem, a składki za nich płaci państwo. Na razie tylko Węgry przeżywają silny napór uchodźców, dla których jest to zwykle etap w drodze do Niemiec czy Skandynawii. Kraj nie jest na to przygotowany ani prawnie, ani organizacyjnie i stara się ograniczyć napływ przybyszów. Do ich przyjmowania nie są chętne też inne kraje regionu.

Pomoc potrzebna od zaraz

Od stycznia do Europy przybyło 350 tys. uciekinierów. Dostarczenie im schronienia, żywności i pomocy medycznej jest szczególnie trudne dla krajów, które przyjmują ich jako pierwsze: Grecji, Włoch, Macedonii, Serbii. Aby je odciążyć, uzgodniono w ramach UE sposób rozlokowania 120 tys. osób (tzw. rozdzielnik). Rozwiązania systemowe mają jednak działanie długofalowe, tymczasem pomoc potrzebna jest już, zwłaszcza że zima blisko.

Z myślą o najpilniejszych potrzebach organizowana jest pomoc humanitarna. W rejonach granicznych, gdzie napór uchodźców jest nasilony (np. między Grecją i Macedonią) Urząd Wysokiego Komisarza ds. Uchodźców ONZ (UNHCR) wspólnie z Czerwonym Krzyżem organizuje zespoły pierwszej pomocy psychologicznej i medycznej, monitorujące też procedury ich przyjmowania. Statek Lekarzy bez Granic (MSF) od początku br. ratuje płynących przez Morze Śródziemne (ocalono 11 tys. osób, ok.

3 tys. utonęło). Na granicy grecko-macedońskiej mobilne zespoły medyczne MSF świadczą pomoc medyczną i psychologiczną, dostarczają materiały opatrunkowe, higieniczne i żywność. Na granicy serbsko-węgierskiej, którą przekracza 2 tys. osób dziennie, klinika MSF co dzień udziela pomocy ponad 100 osobom (głównie Syryjczykom) – wyczerpanym fizycznie i psychicznie, dzieciom z zaburzeniami oddychania, kobietom w ciąży, wielu ze złamaniami kości, zainfekowanymi ranami, z chorobami przewlekłymi. W serbskiej Suboticy przy granicy węgierskiej lekarze i pielęgniarki MSF od 2014 r. prowadzą mobilną klinikę dla nielegalnych migrantów. W ośrodkach Amnesty International w Niemczech wolontariusze dostarczają jedzenie i świadczą podstawową pomoc medyczną; w tym roku Niemcy mają przyjąć milion uchodźców. Landy przygotowują prowizoryczne centra z łózkami w halach sportowych i namiotami-ambulatoriami.

Fundacja Polskie Centrum Pomocy Międzynarodowej prowadzi w Libanie na granicy z Syrią program pomocy humanitarnej współfinansowany przez polski MSZ i ONZ. W punkcie medycznym uchodźcy syryjscy od stycznia 2014 r. korzystają z pomocy internisty, pediatry, ginekologa położnika i specjalistów. Personel PCPM dociera do odległych wsi. Pomoc medyczna jest szczególnie potrzebna zimą, zabójczą dla osłabionych, niedożywionych, szczególnie dzieci.

UdSC: Polska gotowa na przyjęcie

Uchodźcy i ubiegający się o ten status mają prawo do świadczeń opieki zdrowotnej jak ubezpieczeni w NFZ. Za organizację pomocy medycznej odpowiada Urząd do Spraw Cudzoziemców – zawiera umowy ze świadczeniodawcami i zwykle finansuje usługi. Polska jak dotąd jest krajem tranzytowym na zachód i północ Europy, co nie zwalnia z obowiązku zapewnienia pomocy migrantom relokowanym z Grecji i Włoch. Trafiają oni do 12 ośrodków UdSC*, będą objęci opieką medyczną w placówkach mających umowy z UdSC (świadczenia podstawowe, specjalistyczne, hospitalizacja, ratownictwo opieka psychologiczna i stomatologiczna) i programem integracyjnym. W filtrach epidemiologicznych ośrodków recepcyjnych przybyśże przejdą badania wstępne: lekarskie, laboratoryjne (m.in. w kierunku wzw B i C, HIV), rtg klatki piersiowej. W razie infekcji zakaźnej trafią do szpitala. Koszt opieki medycznej dla jednej osoby to 263 zł miesięcznie. Przesiedlani także przed przyjazdem do Polski przejdą badania (np. pod kątem chorób tropikalnych). Przed chorobami zakaźnymi, na które mogą chorować uchodźcy, chroni nas Program Szczepień. Im zresztą także przysługują bezpłatne szczepienia ochronne. ■

Statek Lekarzy bez Granic (MSF) od początku br. ratuje płynących przez Morze Śródziemne (ocalono 11 tys. osób, ok. 3 tys. utonęło). Na granicy grecko-macedońskiej mobilne zespoły medyczne MSF świadczą pomoc medyczną i psychologiczną, dostarczają materiały opatrunkowe, higieniczne i żywność. Na granicy serbsko-węgierskiej, którą przekracza 2 tys. osób dziennie, klinika MSF co dzień udziela pomocy ponad 100 osobom.

Na podstawie wypowiedzi Aleksandra Wyszynskiego z UdSC cytowanej w artykule www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Czy-polska-ochrona-zdrowia-jest-przygotowana-na-przyjecie-uchodzcow,155702,14.html (10 października 2015).

Na podstawie: Health System Review: Czech Republic, Finland, France, Germany, Greece, Hungary, Italy, Norway, Poland, Slovakia, Spain, Sweden oraz doniesienia prasowe „Gazeta Wyborcza”, „Rynek Zdrowia”, wrzesień – październik 2015).



Joanna
Sokołowska



Lekarze są jacyś inni

Tydzień – prosta miara czasu większości podatników. Ma swoje niezakłócone metrum i rytm. Pięćdziesiąt dwa razy w roku poniedziałkowy ból istnienia przeradza się we wtorkową szarżynę, która płynnie przechodzi w rutynę dnia środkowego.

O ile mowa ciała przeciętnego Kowalskiego pozwala niemal bezbłędnie rozpoznać, w którym momencie tygodnia pracy się znajduje, w stosunku do dyżurujących lekarzy wszelkie reguły zawodzą. Lekarze są jacyś inni...

Czwartek daje nadzieję na piątek, a ten z kolei jest obietnicą weekendowego Eldorado. I tak ad mortem – zdawałoby się niezależnie od formy zatrudnienia. Do końca pracowniczego życia albo jeszcze dłużej. Ten wielokrotny siedmiodniowy cykl wyciska trwałe piętno na twarzy i w psychice statystycznego wytwórcy PKB.

I gdyby ktoś ocknął się po łyk-endzie, nie do końca wiedząc, w którym momencie się przebudził, wystarczy rano rzucić okiem na spieszących do pracy bliźnich. Od razu po nich widać, że właśnie biorą się za bary z nowym tygodniem. Są smutni, brak im energii i entuzjazmu. Ciągną za sobą torby wypchane „robotą zabraną do domu” i zaspane przedszkolaki, ledwo nadążające za wkurzonymi poweekendowo rodzicami. Stoją w korkach, ich samochody fukają gniewnie klaksonami. Poniedziałkowa, przyginająca kark bessa garbi plecy, podnosi kołnierze porannego ubrania, mierzwi włosy, zaciska usta w grymasie determinacji. Czasem migną na ulicy barwy walki – ostry makijaż albo jaskrawo pomalowany paznokieć. Im jednak bliżej hossy końca tygodnia, tym łagodniejsze stają się obyczaje i czoła poorane zmarszczkami pracowniczego zgryzoty. Nawet gdzieś wykielkuje uśmiech, świadczący nie tyle o radości, co o pogodzeniu z losem. Fala złości opada, a opuszczone głowy stop-

niowo się podnoszą. W oczach błyska isierka nadziei – chyba znowu uda się przetrwać! A gdy oczywistym staje się fakt dobrnięcia do drugiego, piątkowego brzegu – rozpoczyna się dwudniowy karnawał. No, może jednodniowy, bo niedziela naznaczona jest już chandrą przemijania. Taki cykl zazwyczaj ma policzalną liczbę godzin, co szczególnie sfrustrowanym pozwala na bardziej precyzyjne odliczanie czasu do upragnionego robienia „nic”.

Tak mają chyba wszyscy zatrudnieni zgodnie z kodeksem, unijną dyrektywą, rozsądkiem i instynktem samozachowawczym, który jest przecież wiadomą oznaką zdrowia psychicznego.

O ile mowa ciała przeciętnego Kowalskiego pozwala niemal bezbłędnie rozpoznać, w którym momencie tygodnia pracy się znajduje, w stosunku do dyżurujących lekarzy wszelkie reguły zawodzą. Lekarze są jacyś inni...

Taki doktor może wyglądać... poniedziałkowo niezależnie od dnia tygodnia. Poniedziałek zaś sensu stricte może go paradoksalnie cieszyć i wcale nie musi to być oznaką załamania nerwowego. Cezurą szpitalnego tygodnia jest bowiem nie jakiś określony dzień, a zjawisko zwane dyżurem. Pozostałe dni można z grubszą zakwalifikować, jako te „przed” i te następujące „po” nim. Skutkiem tego lekarski tydzień ma zmienny czas trwania, nieokreślony przebieg i nieprzewidywalne zakończenie. „Dzień”

nie jest tu zresztą jakąś stałą miarą. Może trwać dwanaście, osiemnaście lub dwadzieścia cztery godziny, co czyni tygodniowy czas pracy lekarza pojęciem raczej relatywistycznym. Generalnie liczba dni „przed”, „w trakcie” i „po” powinna być zgodna. Sprawę komplikuje jednak fakt, że czasem dni „po” stają się jednocześnie dniami „przed”. Są też tacy wśród nas, którzy z jakiegoś powodu dążą uparcie do zminimalizowania ilości dni „po”, odrzucając jednak rozwiązanie najprostsze – brak dyżurów w ogóle. Choć to łamigłówka matematyczna godna Lilavati, wiem o sporej grupie kolegów, którzy rozwikłali ją w mistrzowski sposób, dyżurując dość... systematycznie, właściwie dni „po” nie mają. To zresztą ci sami, którzy perfekcyjnie łączą je z dniami „przed”, osiągając tym samym zdumiewający efekt tygodnia 30-dniowego.

W świecie dyżurantów nie ma również zastosowania powszechne zjawisko poprawy nastroju wraz z zakończeniem pracy. To, że spotkany kolega tacha swój dobytek dyżurowy z uśmiechem od lekarskiego ucha do ucha, wcale nie znaczy, że jego tydzień dobiega końca. Raczej stawiałabym na to, że miał tak zwany „dobry dyżur” – udało mu się obejrzeć cały pierwszy sezon „Gry o tron”, albo... zrobił „fajną operację”. Bo wśród dyżurantów, choć nie jest to może zjawisko powszechne, zdarzają się tacy, którym praca daje satysfakcję.

Są oczywiście symptomy pozwalające doświadczonemu obserwatorowi na określenie, w którym momencie swego cyklu pracy znajduje się lekarz. Wśród nich najważniejszy jest bagaż. Medyk przed dyżurem zawsze targa ze sobą torbę – dużą albo bardzo dużą.

Z prawdopodobieństwem, graniczącym z pewnością, możemy założyć, że nie jest ona wypchana „robotą zabraną do domu”. To zaś, co się w niej znajduje, pozwala na przetrwanie kilku dni w każdych warunkach. Jest tam prowiant, środki higieny, odzież na zmianę (z uwzględnieniem mogącego nadejść gwałtownego załamania pogody), poduszka, śpiwór, literatura naukowa i beletrystyka, elektronika i AGD. Nic nie wymyśliłam!

Dyżurowanie to sport ekstremalny. Życie w innym rytmie niż reszta świata ma swoją wysoką cenę. Ci uśmiechnięci szeroko w poniedziałkowy poranek, dysponujący w dniu „po” pulą kilku godzin do swobodnego wykorzystania ludzie, inaczej liczą czas. Fałszywie długie tygodnie, zaburzające poczucie jego upływu, dają uludę długowieczności i nieśmiertelności. Nikt z nas o tym upływie czasu im zresztą nie przypomina. Dla niektórych ich obecność jest bardzo wygodna. Tłumaczą, że przecież są dorośli, wykształceni, odpowiedzialni, znają swoją cenę – mogą pracować, ile im się chce.

Często pracują zresztą do śmierci. Nawet tej przedwczesnej. Na dyżurze. ■

W świecie dyżurantów nie ma również zastosowania powszechne zjawisko poprawy nastroju wraz z zakończeniem pracy. To, że spotkany kolega tacha swój dobytek dyżurowy z uśmiechem od lekarskiego ucha do ucha, wcale nie znaczy, że jego tydzień dobiega końca.



**Sławomir
Pietras**

Dyrektor
polskich teatrów
operowych

Geneza chopinowskiego święta

W październikowe dni najpierw złotej i słonecznej, a później słotnej polskiej jesieni tonęliśmy w muzyce Fryderyka Chopina. Jak co pięć lat otaczały nas zewsząd jego cudowne, transmitowane z Filharmonii Narodowej błogoojczyźniane dźwięki.

Poza utworami muzycznego wieszca płynęły – tym razem trafne i przemyślane – komentarze i dyskusje w gronie interesująco dobranych gości, pod kierunkiem redaktorów Adama Rozłacha i Jacka Hawryluka. Lakoniczne i konkretne wywiady z młodymi pianistami zawdzięczamy Mateuszowi Grzesińskiemu, który posługując się dobrą angielszczyzną, rośnie na muzyczną gwiazdę telewizyjnej publicystyki.

W natłoku emocji, wrażeń i informacji zabrakło przypomnienia genezy tego największego narodowego muzycznego święta, która sięga czasów paryskich Fryderyka Chopina.

W roku 1837 salonowa lwica Krystyna Belgiojoso-Trivulzio, włoska księżna admirująca i sponsorująca artystów, zorganizowała koncert im. memoriał zmarłego właśnie twórcy operowego Vincenza Belliniego. Zaproponowała, aby sześciu wybitnych kompozytorów pianistów obmyśliło i wykonało własną wariację na temat powszechnie znanego wówczas marsza z opery „Purytanie”. Wydarzenie to stało się konkursem, w którym najlepiej wypadł Fryderyk Chopin, mając nie tyle jakich konkurentów, bo Karola Czernego, Zygmunta Thalberga i samego Franciszka Listę.

Wkrótce muzyczne rywalizacje przeniosły się na wirtuozów skrzypcowych, z których najsłynniejsze odbywały się w Warszawie i Dreźnie. Turnieje śpiewacze znane były już w Średniowieczu, a o początkach zmagania pianistycznych w sensie instytucjonalnym można mówić dopiero od konkursu im. Antoniego Rubinsteina.

Począwszy od przełomu XIX i XX w. pojawiły się co najmniej dwie potrzeby powołania Konkursu Chopinowskiego. Pierwsza i najważniejsza to pogłębiające się niezrozumienie muzyki Chopina. Stali

za tym coraz liczniejsi, często samozwańczy uczniowie, wychowankowie i często uzurpatorzy znajomości dzieła Mistrza, których interpretacje tej genialnej muzyki odbywały się pod demagogicznym hasłem: „On tak chciał”.

Drugą przyczyną była potrzeba bronięcia dorobku Chopina przed negatywnymi, tendencyjnymi i złośliwymi opiniami Niemców, Anglików i Francuzów, za którymi stały silne organizacje państwowe, a za nami – polskimi obrońcami swego genialnego rodaka – tylko od wielu dziesięcioleci zniewolony naród.

Pierwszy impuls dał wielki polski pianista Aleksander Michałowski, a podjął go jego uczeń Jerzy Żurawlew, który w roku 1926 stanął na czele organizacji Pierwszego Międzynarodowego Konkursu im. Fryderyka Chopina w Warszawie. Drugą nagrodę zdobył wówczas Stanisław Szpinalski. Spośród Polaków w dalszych edycjach laureatami zostali między innymi Witold Małcużyński (III nagroda na III Konkursie w roku 1937), Halina Czerny-Stefańska (I nagroda na IV Konkursie w 1949 r.), Adam Harasiewicz (zwycięzca V Konkursu w 1955 r.), Piotr Paleczny i Janusz Olejniczak (III i VI nagroda na VIII Konkursie w 1970 r.), Krystian Zimerman (tryumfator IX Konkursu w 1975 r.), Krzysztof Jabłoński (III nagroda na XI Konkursie w 2005 r.) i Rafał Blechacz (I nagroda na XV Konkursie w 2005 r.).

W chwili, kiedy ten felieton dotrze do medycznych rąk moich czytelników, znane będą już wyniki XVII Konkursu Chopinowskiego z roku 2015. Bez względu, jaki będzie podział nagród, jedno jest pewne. Poziom przesłuchań na poszczególnych etapach wzniósł się tym razem ponad wszystko, czego dotąd można było słuchać podczas tego chopinowskiego, jakże polskiego narodowego święta. ■

Recenzja

**Anna
Augustowska**

Dyplomaci pisali listy...

Wielki świat, wielka polityka 1940-1951” to licząca kilkaset listów korespondencja Józefa hr. Potockiego i Alika Kozieł-Poklewskiego – dyptomatów, erudyty i gentelmanów, których łączyła głęboka przyjaźń. Żyli w burzliwych i trudnych nie tylko dla Polski, ale i świata czasach końca II wojny światowej i tworzącego się po jej zakończeniu nowego porządku świata. Zbiór

listów, które obaj panowie wymienili między sobą w czasie 11 lat, opracował i dopełnił komentarzami i przypisami Jerzy Jakubowicz, lekarz z Lublina, pasjonat i znawca historii, w tym szczególnie rodów arystokratycznych. – Opracowaniem listów zająłem się na prośbę Izabeli d’Ornano, córki Józefa hr. Potockiego, która chciała, aby listy jej ojca i jego bliskiego przyjaciela dotarły do wszystkich pasjonujących

Niczym ginekolog

Zapisałem precyzyjnie. Na wszelki wypadek. Gdybym kiedyś sam nie wierzył, że to się naprawdę zdarzyło. 12.10.2015, godz. 22.06.

Trwa druga połowa meczu Polska – Irlandia. Słucham transmisji radiowej. W polskiej drużynie zmiana. Komentator mówi: „Jakub Błaszczykowski też założył rękawiczki... Też jakby chciał, niczym ginekolog, mieć ciepłe ręce w tym spotkaniu...”.

Nie włączę się w nagonkę na radiowych komentatorów sportowych. Uważam, że mają bardzo trudną pracę. Muszą opowiedzieć o tym, co widzą, a wszystko dzieje się w szalonym tempie. I rozumiem, że pomiędzy „zobaczyłem” a „powiedziałem”, „pomyślałem” może się już nie zmieścić. Nie ma na to czasu. Ale skąd się biorą takie skojarzenia? Dlaczego właśnie w tym momencie wpadły mu do głowy ciepłe ręce ginekologa? A może to działanie celowe? Wtrącenie tak absurdalnego skojarzenia ma pobudzić słuchacza. Mnie pobudziło. Do końca życia zapamiętam mecz Polska – Irlandia. I to nie ze względu na wynik. A metodę zasłyszana w radiowej transmisji spróbuję rozpropagować. Wtrącanie z zaskoczenia sformułowania „niczym ginekolog” wywoła w ludziach taki szok, że sytuacja, w której to usłyszeli, zostanie im długo w pamięci. W szkole: „Suma kwadratów długości przyprostokątnych, niczym ginekolog, jest równa kwadratowi...”. Na ślubnym kobiercu: „Ślubuję ci miłość, niczym ginekolog, wierność i uczciwość, niczym ginekolog, małżeńską...”. W hasłach wyborczych: „Damy radę niczym ginekolog”, „Silna, niczym ginekolog, gospodarka, wyższe płace”, „Naprawmy Polskę niczym ginekolog”, „Potrafisz, Polsko, niczym ginekolog!”. W wierszu Marii Konopnickiej:

W piwnicznej izbie zmrók wczesny pada,
Wilgotny a ponury;
Niczym ginekolog,
Mętnymi szyby drobne okienko
Na brudne patrzy mury.

A propos wierszy – pewnie dlatego łatwiej mi zrozumieć ciężki los sprawozdawcy sportowego, że sam pisuję w tempie zbliżonym do akcji na boisku. Wpadnie mi coś w ręce (ciepłe niczym...) i od razu czuję potrzebę nadania temu czemuś poetyckiej formy. Czasu na myślenie raczej wtedy nie ma. Trzeba po prostu dać

się ponieść. Kilka dni przed wspomnianym meczem wystąpiłem w koncercie, którego gośćmi byli lekarze uczestniczący w kongresie naukowym. Może to tylko zrządzenie losu, a może już przeznaczenie – to byli lekarze... ginekolodzy. Siedząc w garderobie, zacząłem przeglądać program konferencji i zaznaczać sobie co ciekawsze tytuły wykładów. Nic nie zmyślam: „Najczęstsze błędy w poradnictwie antykoncepcyjnym”, „Antykoncepcja a libido”, „Cholina – nowy czynnik o potencjale epigenetycznym”, „Debaty: Co iskrzy na styku ginekolog – położnik – neonatolog?”. Że niby z tego się nie da napisać wiersza? Otóż da się: Wiersz o kochankach, którzy szli i rzecz niezwykłą ujrzeli.

Przeszli tędy i owędy
Po usianej kwieciami łące,
Robiąc jak najczęstsze błędy
W poradnictwie antykoncepcyjnym. Szumiał im pszenicy łan,
Widząc, jak po łące idą,
A dzwon głośnie dzwonił: „Antykoncepcja a libido”.
Nagle patrzą – w zagajniku
Świeci coś, aż oczy bołą.
A to iskrzy coś na styku
Ginekolog – położnik – neonatolog.
Jasiek się do panny pali
I dodajmy jeszcze to:
Jej na chrzcie Cholina dali,
Przez „Ch” i „o”.
Strząśnię Jasiek świeże gruszki,
Jak przystało na playboya,
I zaśpiewa coś z Moniuszki:
„Oj, Cholino, oj, jedyna, dziewczyno moja...”.
I na koniec świeżo wymyślony (może więc jeszcze niedopracowany) żart. Dwaj lekarze, chirurg i ginekolog, rozmawiają o nowej narzeczzonej tego pierwszego. Ginekolog pyta:
– Czym ty ją tak ująłeś, chirurg?
– Niczym, ginekolog. ■



Artur Andrus

Dziennikarz radiowej „Trójki”, konferansjer i satyryk

się historią. W przedmowie do tej książki podkreśla, że listy „niosą opinie na tematy polityczne i społeczne, ukazują poglądy dwóch nadzwyczaj uczciwych, inteligentnych i ustunkowanych gentlemanów, posiadających wyjątkowe wręcz wyczucie polityczne”. Zdecydowanie się z tym zgadzam. Moim zadaniem było rozszyfrowanie skrótów, objaśnienie nazw, np. rezydencji czy koligacji rodzinnych, a także przybliżenie kontekstu opisywanych zdarzeń i faktów. W książce występuje wie-

le ważnych i ciekawych osób, m.in. Winston Churchill, gen. F. Franko czy król Wielkiej Brytanii Jerzy IV – mówi o swojej trwającej 6 lat pracy doktor Jakubowicz. Część książki jest opracowana w języku angielskim.

Wielki świat, wielka polityka 1940-1951. Korespondencja Józefa Potockiego i Alika Kozieł-Poklewskiego w opracowaniu i z komentarzami Jerzego Jakubowicza – Wydawnictwo Literackie, październik 2015. ■





**Agata
Morka**

Historyk
sztuki

Na rogu

Późnymi popołudniami na rogu bulwaru Montparnasse i Raspail przy jednym ze stolików Café de la Rotonde pojawiał się szczupły, niewysoki mężczyzna. Wystrojony niczym dandys, głodny jak wilk, odbywał pospieszną rozmowę z barmanem. Ludzie przy stolikach szeptali: to Modigliani, gdy szczupła sylwetka Amadeo ginęła już objęta ramieniem skrzytu rue Delambre.

Modigliani to obok Kiki czy Picassa jeden z nieodłącznych bohaterów paryskiej bohemy z początku XX w., bohemy, która przeniosła się z prawobrzeżnego Montmartre'u na lewy brzeg rzeki, na wzgórze Parnas. To tutaj w pierwszym dwudziestoleciu ubiegłego wieku biło artystyczne serce miasta. Amadeo słynął nie tylko ze zwinnego pędzla, bycia wiecznie głodnym, ale i ze swego magnetycznego wpływu na kobiety.

W 1919 r. Modigliani maluje jeden ze swoich bardziej znanych autoportretów. Daleki jest w nim jednak od kreowania się na uwodziciela z paryskich kawiarni. Jak na towarzyszącą mu aurę skandalu, portret wydaje się zaskakująco

tradycyjny. Przedstawia samego siebie w pozie niczym renesansowej, z atrybutem-paletą w dłoni, w ujęciu na trzy czwarte. To Amadeo złożony z linii i plam, utrzymany w zgaszonych czerwieniach, żółcieniach i szarościach. Amadeo głodny i wychudzony. Amadeo-malarz, nie kochanek, nie skandalista, ale malarz właśnie, skupiony na swojej pracy. Twarz niczym maska, tak charakterystyczna dla prac Amadeo, tutaj wydaje się wycofana, niby senna, z migdałami oczu, które uciekają jednak od interakcji z widzem.

Czy ta nieodgadniona twarz sugerować może chorobę? Jeśli tak, to jaką? ■

Amadeo słynął nie tylko ze zwinnego pędzla, bycia wiecznie głodnym, ale i ze swego magnetycznego wpływu na kobiety.



a

Amadeo Modigliani, *Autoportret*, 1919

b

HOTEL PREZYDENT

MEDICAL SPA & WELLNESS

HOTEL PRZYJAZNY DOROSŁYM

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

Odpowiedź prześlij na
bladmalarski@gazetalekarska.pl
do 25 listopada 2015 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” 10/2015

Voucher do Hotelu

Prezydent**** Medical SPA & Wellness
w Krynicy-Zdroju otrzymuje

Małgorzata Piławska-Buda z Rudy Śląskiej
Gratulujemy!

ROZWIĄZANIE ZAGADKI

Z „GL” 10/2015

Obraz oryginalny: a

Niektórzy badacze, bazując na nienaturalnych ruchach części ciała Schielego uchwyconych w jego autoportretach, uważają, że artysta cierpieć mógł na dystonię. Jednak bardziej prawdopodobne wydaje się być, że Schiele świadomie wykonywał gesty przypominające te charakterystyczne dla chorych na choroby psychiczne. Mamy tu zatem raczej do czynienia z kreacją artystyczną, niż z prawdziwą dystonią.

SZCZEGÓŁY

1. Zmiana ustawienia palców, palec wskazujący i środkowy razem, serdeczny i mały również.

Schiele wykorzystywał tego rodzaju rozczapierzone ustawienie palców w wielu autoportretach, był to również jeden z powodów, dla których przypisywano mu dystonię.

2. Dodanie kwiatu w tle.

Obrazy Schielego odznacza wysoka dekoratywność. Obecność kwiatu nie byłaby zatem nieuzasadniona.

3. Zamiana czarnego krawatu na muszkę.

Schiele najczęściej fotografowany był w krawacie. Z nim też przedstawiał siebie na autoportretach.

4. Zmiana koloru kamizelki na żółty.

W takiej kamizelce Schiele przedstawił się w jednym z jego innych autoportretów.



Egon Schiele,
Autoportret w krasiastej koszuli, 1917



**Jolanta
Nadratowska-
-Kisiel**

Laureatka
II miejsca
w Konkursie
Literackim
„Przychodzi
wena do lekarza”
(2015) w kategorii
„Opowieść
lekarza – opowieść
pacjenta”

Szara Mysz leci w kosmos

(fragment)

Wyjazd do Chin, kraju bogatej historii i kultury, jednej z najstarszych cywilizacji świata, dla wielu z nas podróż życia, dla Szarej Myszy kosmiczna wyprawa po Życie.

Dlaczego Mysz chce jechać i znosić to całe zamieszanie związane z wyjazdem, skoro najbardziej lubi siedzenie pod miotłą i zajmowanie się swoimi drobnymi, co nie znaczy mało ważnymi sprawami? Jednak to właśnie dla tych spraw, rodziny, przyjaciół, a także dla siebie postanawia wyjechać. Leczenie, jakiemu poddała się w Polsce, znacznie ograniczyło postęp choroby. Dzięki udanej operacji kręgosłupa Mysz odzyskała kontrolę nad oddalającą się z każdym dniem sprawnością. Niestety nic więcej nikt już nie obiecuje.

Dlatego dla miłości i rodziny, „jedynych stałych od czasu choroby” Mysz musi wyruszyć w daleką drogę.

Teraz, gdy „tak wiele rzeczy stało się tak mało istotne, życie” to aktualnie ma znaczenie, odbudować w sobie Moc”, zapisuje przed podróżą. Zwykle, codzienne sprawy dawały Jej tyle radości: „wiosna, bazylia, pomidory, czerwone wino, papier, ołówki, lampki, porcelana, wiśnie, czereśnie, śliwki, ziemniaki, makaron, tańczyć, leżeć, góry, morze w marcu, gotować, śmiać się, pływać, rysować, podróżować, księżyc, zielony, moment, kiedy słońce wychodzi zza chmur”.

Mysz pragnie się cieszyć tym nadal i dlatego podejmuje decyzję o wyjeździe. Kontynuacja leczenia w Chinach to szansa wygrania z chorobą i możliwość powrotu do codzienności tak bardzo przez Nią cenionej i dzielonej razem z bliskimi sercu ludźmi: mężem, z którym są „jak para butów, prawy i lewy, współpracująca w ruchu i potem razem odpoczywająca w kącie”, synkiem, „co śmiesz, cieszy, wzrusza, wyprowadza z równowagi, wprowadza równowagę, uczy pokory i cierpliwości, a ostatnio sika bezrefleksyjnie w rajstopy” i całym, wspierającym Ją rodzinnym Zapleczem „bez niego byłaby niczym małe porzucone ziarno, a razem są jak kłos zboża, z którego po dłuższej drodze będzie chleb”.

Mysz pakuje walizkę. Wyrusza 6 stycznia, razem z trzema królami oraz z wiarą, nadzieją i miłością.

*

Chiny, kraj wielu kontrastów, państwo, w którym rozmach, ale również nijakość współczesności spotyka się z pięknem i dostojeństwem niezliczonej liczby zabytków, a filozofia taoizmu będąca afirmacją świata i ludzkiego losu z brakiem szacunku dla życia i potrzeb mieszkańców. Jednak nie Wielki Mur Chiński, Świątynia Nieba, Zakazane Miasto czy wspaniałe zasoby myśli filozoficznej są celem podróży Myszy, lecz miasto Tien-cin, dziesięciomilionowa aglomeracja.

To właśnie tam czeka na Nią szpital i droga do niego, zawsze taka sama, pełna lęku, wiary, zwątpienia i nadziei. Chwila, w której „wszystko runęło i wyrzuciło się na drugą stronę” była początkiem tej drogi. Od tego dnia priorytetem stała się walka z chorobą i poszukiwanie nowych, bardziej skutecznych metod leczenia.

W tym celu Mysz pod troskliwą opieką bliskiej osoby przybywa do Chin.

Po przyjeździe na kilka dni traci apetyt, ale „za sprawą coca-coli” odzyskuje go ponownie, tylko jakby „z innego kraju”. Jej organizm potrzebuje „smakowego wyciszenia i chce teraz jedynie owoców, mąki, ziemniaków oraz mięsa”. Pojawia się nadwrażliwość na zapachy, którą „potęguje wszechogarniający mdły zapach tłuszczu unoszący się wszędzie w całych Chinach o każdej porze. Naród, który cały czas trawi, je i trawi, jakby żył, żeby jeść”.

Ciekawym doświadczeniem wydają się Myszy odwiedziny w chińskim barze, jednak Ona „lepiej się czuje tam, gdzie stoły i podłogi są czyste, nikt nie przechodzi koło talerza z brudnym wiadrem na niezjedzone resztki, i gdzie nie śmierdzi!”. Dlatego miejsca z tradycyjną chińską sztuką kulinarną odwiedza bardziej z ciekawości niż z chęci jedzenia. Robi zdjęcia, dzieli się spostrzeżeniami, ale w celach konsumpcyjnych udaje się do centrum handlowego. Tam „chodzą po bagietki, jedyne pieczywo, jakie w smaku przypomina naszą bułkę”, bo o rodzimym chlebie może tylko pomarzyć.

*

Kiedy Mysz usłyszała listę zabiegów, jakie Ją czekają „trochę zadrżała, ale przypomniawszy sobie, że informacje, które słyszymy mają zabarwienie neutralne i tylko my nadajemy im ładunek emocjonalny, więc zaczęła neutralizować.”. Po zaakceptowaniu planu leczenia zgłosiła się do szpitala i na powitanie otrzymała spluwaczkę „na wypadek, jakby chciała odchrząknąć”. W Chinach pluja wszyscy bez względu na status społeczny, wiek czy poziom kultury. Obowiązkowo trzeba charczeć i pluć. Starzy Chińczycy robią to tak dogłębnie, że często tracą oddech. Czemu jednak w ogóle pluja? Dla przyjemności, z nawyku, czy z braku elementarnych zasad wychowania? Przyczyna jest prozaiczna - to wszędobylski, unoszący się jak mgiełka, lessowy pył, który podrażnia i wysusza drogi oddechowe. Od tysiącleci zimne północne wiatry nawiewają go znad Mongolii i gdyby nie to oczyszczanie dróg oddechowych, Chińczycy powszechnie zapadaliby na choroby płuc. Jednak ta prastara chińska sztuka pluć zaczyna stopniowo zanikać, bo to co przez wieki było naturalne, akceptowalne i na swój sposób pożyteczne, przegrało w zderzeniu z zachodnią kulturą i nabyciem świadomości, że jest niestosowne. Dlatego młodzi już tak ostentacyjnie tego nie robią i zwykle używają chusteczek.

Mysz także preferuje chusteczki, więc grzecznie dziękuje za spluwaczkę, nie potrafi się przemóc, może tylko starać się zaakceptować jej użycie przez innych.

W szpitalu Mysz poznaje kogoś, „kto porusza się odważnie, zdecydowanie, precyzyjnie, jest jakby zwinny” i nadaje mu imię Wall-E. Tak nazywał się sympatyczny robot ze słynnej, amerykańskiej kreskówki. (...) ■

Pełny tekst
w „Gazecie Lekarskiej
PREMIUM” na
www.gazetalekarska.pl.

Premium



Plener nad Wisłą

Już po raz trzeci do Kazimierza Dolnego przyjechali medycy – pasjonaci fotografii niemal z całej Polski. W dniach 8-11 października, w ostatnich ciepłych promieniach jesieni, odbył się III Ogólnopolski Plener Fotograficzny Lekarzy, którego organizatorem była Lubelska Izba Lekarska przy wsparciu Naczelnej Rady Lekarskiej.

21 lekarzy różnych specjalności, m.in. z Iłży, Łukowa, Białej Podlaskiej, Kolna, Koła, Kielc, Lublina, Radzyna Podlaskiego czy Gdańska spotkało się w gościnnych progach Domu Dziennikarza, by tym razem debatować o fotografii. Mentorem była znakomita fotograficzka lubelska Dorota Awioro, która pierwszego wieczoru opowiadała o swojej pracy i pasji fotografa, i prezentowała fotografie i fotokasty własnego autorstwa. Pozostałe dni zajęły zajęcia warsztatowe prowadzone pod okiem Krzysztofa Saka i Dariusza Hankiewicza. Na zakończenie autorzy najpiękniejszych prac otrzymali od organizatorów drobne upominki. O tym, że atmosfera była

wspaniała, niech świadczy fakt, że w niedzielę przy pożegnaniu wszyscy deklarowali chęć udziału w kolejnym plenerze za rok. I to dłuższym o jeden dzień. Efekty pleneru obejrzyć będzie można już 14 listopada 2015 r. w Galerii Sztuki Nieprofesjonalnej „U lekarzy” w siedzibie Lubelskiej Izby Lekarskiej, przy ul. Chmielnej 4. Wernisaż rozpocznie się o godzinie 12.00. ■



Dariusz Hankiewicz

Magnificat



Już po raz piąty, w Olsztynie, odbył się koncert chórów lekarskich zorganizowany przez Izbę Warmińsko-Mazurską. Zjednoczone głosy z Białegostoku, Bydgoszczy, Katowic, Poznania, Szczecina, Warszawy i Olsztyna wykonały, z towarzyszeniem filharmoników, Magnificat Johna Ruttera.

Magnificat to śpiewany w czasie nieszporów kantyk. Nazwa pochodzi od łacińskiego słowa „wielbić” i jest radosną pieśnią dziękczynną, którą według Ewangelii św. Łukasza zaśpiewała Maryja podczas spotkania ze świętą Elżbietą, krótko po Zwiastowaniu. Utwór był opracowywany muzycznie przez kompozytorów różnych epok, wśród których warto wymienić: Mozarta, Vivaldiego, Bacha, ale także Pendereckiego i Kilara. Tym razem profesor Ryszard Handke, prowadzący olsztyńskie warsztaty i dyry-

gujący całością, wybrał dzieło mniej znane, ale jak się okazało – doskonałe: Johna Ruttera. Partię solową zaśpiewała doktor Hanna Zajączkiewicz.

W drugiej części koncertu zaprezentowano różnorodne możliwości poszczególnych zespołów z całej Polski, a publiczność długo oklaskiwała wykonawców.

Nieźmiennie jestem pod wrażeniem pracy koleżanek i kolegów, którzy postanowili śpiewać i radością śpiewania dzielić się z innymi. Tym bardziej, że trud wielu prób daje efekty wysokiego poziomu artystycznego. Od kilku dni jestem również pod wrażeniem pracy doktor Aleksandry Bakun, która od pięciu lat nieustrudzenie organizuje koncerty olsztyńskie, a umiejętności konferansjerskie, nawet przez chwilę pozazdrościłem.

Do zobaczenia na kolejnych, niezwykłych koncertach. ■

Jarosław Wanecki

Rywalizacja w strzelectwie myśliwskim

W dniach 28-29.08.2015 r. odbyła się XVI edycja Międzynarodowych Mistrzostw Polski Lekarzy w Strzelectwie Myśliwskim. Zawody rozgrywane były w Osiu, w trzech kategoriach: w klasie otwartej, powszechnej oraz drużynowej z reprezentacjami okręgowych izb lekarskich. Mistrzem Polski na rok 2015 został

Marek Jedwabiński (Bydgoszcz), wicemistrzem Sergiej Isaryk (Ukraina), a na trzecim miejscu podium stanął Andrzej Mohr (Słupsk). W klasyfikacji drużynowej najlepsza była reprezentacja Bydgoskiej Izby Lekarskiej. Wśród zaproszonych gości najlepszy okazał się Jacek Adamczyk. Imprezę zorganizowano pod patronatem NIL i BIL. ■

XXI MPL w brydżu sportowym

W Centrum Sportów Umysłowych w Warszawie w dniach 3-4 października lekarze rywalizowali o mistrzowskie tytuły MPL w brydżu sportowym. Rozegrano cztery turnieje: par na punkty meczowe (imp-y), zapis maksymalny (maksy), turniej drużynowy (teamów), turniej indywidualny. Wyniki w Aktualnościach na www.gazetalekarska.pl.

Zawody stały na wysokim poziomie organizacyjnym dzięki tradycyjnej pomocy Warszawskiego Związku Brydża Sportowego. Zawodnicy grali za zasłonami, wyniki były wyświetlane na bieżąco na ekranie w internecie, można też było śledzić rozkłady kart, ocenę gry i oglądać zdjęcia niezawodnego fotografa sportowego brydża Krzysztofa Siwka. ■

XVIII MPL w Kolarstwie Górskim



W pierwszą sobotę września lekarze już po raz kolejny spotkali się w kolarskiej lśnieniu, aby rywalizować o koszulkę mistrza w ramach XVIII Mistrzostw Polski Lekarzy w Kolarstwie Górskim. Trasa ze startem i metą „Pod Skocznią” to prawdziwy klasyk MTB. Na przyjaznych uczestnikom ścieżkach nie brakowało elementów technicznych. W tym roku gościliśmy ponad 100 zawodników. Wśród lekarzy najszybsi to Ania Jurkiewicz-Śpiewak oraz Józef Pocztoński. Komplet wyników, galeria i więcej na stronie internetowej www.pomiarczasu.pl oraz www.mtbistebna.pl. ■

Więcej w dziale Sport na www.gazetalekarska.pl.

Aktualności



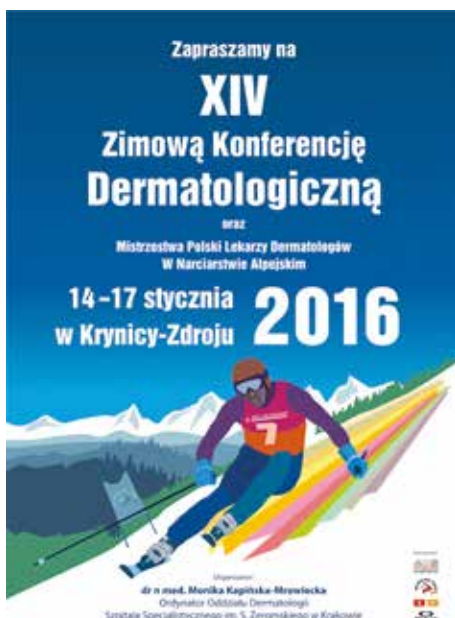
FOTO: archiwum organizatora

XXI MPL w Halowej Piłce Nożnej Mielec 2015

21-22 listopada 2015 r. w Mielcu odbędą się XXI Mistrzostwa Polski Lekarzy w Halowej Piłce Nożnej. Więcej informacji na stronie www.mistrzostwalekarzy.cba.pl lub u Zbigniewa Bobera (tel. 507 384 281).

XIV Zimowa Konferencja Dermatologiczna

14-17 stycznia 2016 r. w Krynicy odbędzie się kolejna edycja Zimowej Konferencji Dermatologicznej oraz Mistrzostw Polski Lekarzy Dermatologów w Narciarstwie Alpejskim.



Tenis ziemny: Memoriał Andrzeja Jasińskiego

OIL w Łodzi przy współudziale NIL oraz PSTL zaprasza na XVIII Halowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie Ziemnym Memoriał Andrzeja Jasińskiego, które odbędą się 13-15 listopada 2015 r. w Pabianicach k. Łodzi (ul. Grota Roweckiego 3). Rejestracja hotelowa uczestników: tel. (42) 292 19 81, 721 426 000. Więcej informacji: Magdalena Rydz (Biuro OIL w Łodzi, ul. Czerwona 3), tel. 42 683 17 09, e-mail: m.rydz@hipokrates.org. Program oraz regulamin na www.oil.lodz.pl w dziale Wydarzenia sportowe i kulturalne.



PTL 1805-2015

Podczas corocznej Gali w Sali Wielkiej Zamku Królewskiego w Warszawie honorowano lekarzy odznaczeniami, w tym najwyższym Gloria Medicinae oraz przypomniano o 210-letniej tradycji polskich towarzystw lekarskich. Nowy Prezes PTL prof. Waldemar Kostewicz przejął insygnia stowarzyszenia od ustępującego po 28 latach Prezesa Honorowego prof. Jerzego Woy-Wojciechowskiego.

Marszałek Sejmu RP Małgorzata Kidawa-Błońska nie ukrywała miłego zaskoczenia lekarskimi talentami po występach artystycznych sopranistki koloraturowej, pediatry i genetyka Anny Kutkowskiej-Kas, pianisty i kardiologa Cezarego Olszewskiego oraz prof. Dariusza Kozłowskiego, który dał popis gry na skrzypcach, a na co dzień prowadzi Katedrę i Klinikę Kardiologii i Elektroterapii Serca. Gratulacje otrzymało ponad 30 laureatów odznaczeń i medali przyznawanych przez PTL za wybitną działalność na rzecz polskiej medycyny i chorych. Medicus Nobilis 2015 przypadł w udziale prof. Tadeuszowi Cichockiemu z Krakowa, a Medicus Perfectum prof. Hannie Stypułkowskiej-Misiurewicz. W łańcuchu pokoleń tegoroczną nagrodę rektora Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego dla Wybitnego Absolwenta odebrała adeptyka sztuki lekarskiej Martyna Naduk-Ostrowska.

Dekoracji Gloria Medicinae towarzyszą corocznie wystąpienie Kanclerza Kapituły Medalu prof. Wojciecha Noszczyka, który przypomniał sylwetkę patrona nagrody Józefa Strusia, autora traktatu o tętnie, lekarza królów Polski: Zygmunta Starego i Zygmunta II Augusta. Refleksją natury etycznej podzielił się Sekretarz Kapituły prof. Tadeusz Tołłoczko. Dziesięciu tegorocznych laureatów przyjechało z całej Polski: Andrzej Wysocki (Kraków), Tadeusz Orłowski, Jacek Różański, Andrzej Borkowski (Warszawa), Maciej Koszutski (Poznań), Wojciech Maksymowicz (Olsztyn), Andrzej Kierzek (Wrocław), Grażyna Lesyng-Pawłowska (Płock), Jacek Gawrychowski (Katowice) i Roman Milkiewicz (Szczecin). Gratulacjom nie było końca...

Polskie Towarzystwo Lekarskie powstało w 1951 r., ale jego korzenie sięgają początków XIX w. Jest to najstarsze i najliczniejsze towarzystwo naukowe różnych dyscyplin medycznych skupionych w 45 oddziałach regionalnych, 220

kołach i 24 sekcjach specjalistycznych. W 1989 r. odegrało decydującą rolę przy reaktywacji izb lekarskich.

Początek działalności współczesnego PTL dał w 1805 r. Jędrzej Śniadecki. Za przykładem Polskiego Towarzystwa Wileńskiego powstawały kolejne. W 1820 r. założono Towarzystwo Lekarskie Warszawskie, a potem w Krakowie, Lublinie, Kaliszu, Płocku oraz na kresach Polski i poza granicami kraju: w Paryżu, potem w Sankt Petersburgu (1901) i Chicago (1907).

2 października odbył się zjazd sprawozdawczo-wyborczy PTL. Po siedmiu kadencjach zrezygnował z kandydowania Jerzy Woy-Wojciechowski, zostając Prezesem Honorowym, a dla mnie wręcz Prezesem Legendarnym. Człowiek łączący niezwykle talenty: lekarz oddany choremu, naukowiec, jeden z pierwszych polskich specjalistów medycyny nuklearnej, kompozytor, pianista, twórca Teatrzyku Piosenki ESKULAP, doskonały organizator, pisarz, kronikarz, gawędziarz i co najważniejsze: przyjaciel lekarzy.

Łańcuch Prezesa spoczywa odtąd na ramionach specjalisty chirurgii naczyniowej, prof. Waldemara Kostewicza, któremu życzymy sukcesu nowego otwarcia PTL w zmieniającej się rzeczywistości.

Szanowny Panie Profesorze! Jurku! WOY-u! Życzę Ci, a za mną stoją WSZYSCY – zdrowia – znasz doskonale wagę tego słowa. Nie mam wątpliwości, że przez kolejne wiele lat będziesz nadal aktywnie pomagał ludziom, że emerytura społecznego działania jest tylko zasłoną pozorną, bo przecież bez pracy dla innych nie potrafisz żyć. Dziękuję Ci, a za mną stoją WSZYSCY, za wytrwałość w reaktywowaniu samorządu, wierność autorytetom i dobry przykład. *Salus aegroti suprema lex – mam to w pamięci w każdej chwili życia – pomagać, leczyć, nadzieję nieść – i w każdym chorym swego brata witać*.* ■



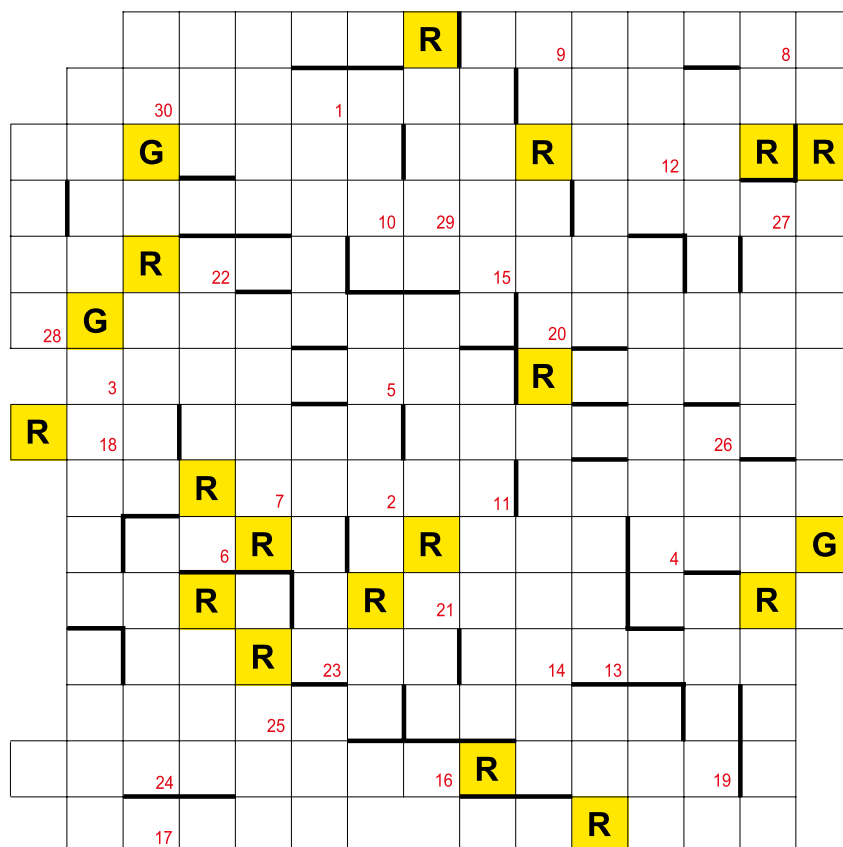
Jarosław Wanecki

Przewodniczący
kolegium
redakcyjnego „GL”

* Hymn Lekarzy, Floreat Res Medica, tekst Alicja Woy-Wojciechowska, muzyka Jerzy Woy-Wojciechowski.



Objaśnienia 67 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: G i R. Na ponumerowanych polach ukryto 30 liter hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to przysłowie niemieckie. Należy je przysłać na karcie pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres jolka@gazetalekarska.pl do 20 listopada 2015 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).



Rozwiązanie
Jolki lekarskiej nr 209
(„GL” nr 08-09/2015)
Za młodu żyjesz
marzeniem, na starość
wspomnieniem.

Nagrody otrzymują: Anna Jeleń (Rejowiec Fabryczny), Michał Początek (Piła), Piotr Modzelewski (Warszawa). Fundatorem nagród jest Wydawnictwo Lekarskie PZWL, www.pzwl.pl. Nagrody przesyłamy pocztą.

* sacculus * imię Murphy'ego, gliniarza z Beverly Hills * but z drewna i skóry * próchnica (łac.) * stolica prowincji Jiangsu * terytorium jak San Marino * roztwór koloidowy * Krystian, laureat Konkursu Chopinowskiego * czerwone niczym wino * wpada do jeziora Bałchasz * meninx * ośrodek run uranu w pn.-zach. Nigrze * Ciebie Boga (łac.) * kłączowa bylina trawopodobna * różyczka * regularne takty * narodził się na kości kikuta * sławna hiszpańska flota wojenna * Kunta... niewolnik z Gambii * surowiec na myrtol * praktyka, okres próbny * płynie przez Akmołę * dawna opłata za przewóz towarów * auris * dzielnica z lotniskiem sportowym w Olsztynie * ruch przed kiwnięciem * niemiecki zwany wilczurem * odkrył Zatokę i Rzekę Św. Wawrzyńca * żywiczne zabezpieczenie obrazu * arena farmaceuty * płynie w Bernie * następca Ruryka * belgijski koń pociągowy * zieleniec * japońska mafia * kururu * objaw sygnałowy napadu epi * miasto nad Vienne z muzeum Descartesa * ma kota * pogląd o zapamiętywaniu silnych i długotrwałych podnieć * Elihu, laureat Pokojowej Nagrody Nobla (2012) * wydzielina gruczołowa cywety * domowa, pospolita i natrętna * żałobna czerń * prowincja rzymska z Augsburgiem i Tyrolem * fructus *PTH * tytuł potomka Mahometa * krzyżuje się z wątkiem * stan zubożenia uczuciowego * projektant Partenonu * gród nad Węgorapą * żyjący trup, krwio pijąca * najgłębszy Mariański * paryska chustka na szyi * sól kwasu octowego * grecka Wiktoria * zabił małżonkę * wielki, zwany Iwii paszczą * miasto na Honsiu, start tunelu Seikan * błyska znad ogniska * rogówka (łac.) * ludność ruska Beskidu Niskiego * bohaterka „Chaty za wsią” * kolczaste drzewo tropikalne * odwrotny odcisk na skamielinach * lingua

BJER

Wydawca:

**Naczelna Rada
Lekarska**



Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład: 167 500 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 48
l.krysiak@gazetalekarska.pl

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

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

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

Stale współpracują:

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

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

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

Projekt i opracowanie graficzne:
Grzegorz Sztank

Reklama i marketing:

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

Ogłoszenia:

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

Druk: **RR Donnelley
Global Print Solutions**

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