

Gazeta Lekarska

PISMO IZB LEKARSKICH



FDI Poznań 2016



20

Samorząd

Nie traćmy czasu
na animozje

47

Reportaż

Każdy ma prawo
do godnego odchodzenia

54

Ochrona zdrowia na świecie

Walka z rakiem
ponad granicami

Spis treści

10
2016

Gazeta
Lekarska



17



20



42

- 4 **Na wstępie / R. Golański:**
Próby odpowiedzi
- 6 **Pierwszym głosem / M. Hamankiewicz:**
Ważne sprawy
- 8 **Skrining**
- 10 **Obserwacje / S. Badurek:**
Dajmy szansę dietetykom
- 11 **Temat miesiąca:**
Jak w zwierciadle
- 16 **Nasi w Europie / A. Lella:**
FDI Poznań 2016
- 17 **Rozmowa o zdrowiu:**
Ciekawość otwiera drzwi do postępu
- 20 **Samorząd:**
Nie traćmy czasu na animozje
- 22 **Samorząd:**
Meritus Pro Medicis 2015
- 24 **Samorząd:** Trzy godziny z NRL
- 28 **Punkt widzenia / J. Małmyga:**
Ocieplenie klimatu
- 30 **Prawo i medycyna:** Dostęp do pytań egzaminacyjnych
- 34 **Kodeks Etyki Lekarskiej:**
Pod wpływem alkoholu
- 35 **Medycyna i historia:**
W 150. rocznicę urodzin Edmunda F. Biernackiego
- 36 **Nauka w skrócie**
- 37 **Biuletyn NRL**

- 42 **Lekarskie towarzystwa naukowe:** Nie będzie likwidacji nierentownych SOR-ów
- 44 **Debata:** Pacjent właściwie poinformowany
- 47 **Reportaż:** Każdy ma prawo do godnego odchodzenia
- 50 **Praktyka lekarska:**
Jak o sobie nie dbamy
- 52 **Praktyka lekarska:**
Kuszenie studenta
- 54 **Ochrona zdrowia na świecie:**
Walka z rakiem ponad podziałami
- 56 **Indeks korzyści:**
Przychodzi baba do kolegi
- 58 **Z dwóch stron sceny / S. Pietras:** Sokołowsko – przeszłość i festiwale
Recenzja: Rozświeć cierpienie, pokazać pasję
- 59 **Z dwóch stron sceny / A. Andrus:** „30 LECIE ŻŁOBKA”
- 60 **Błąd malarski:** Na głos
- 62 **Kultura:** Zapiski z dyżurów
- 63 **Kultura**
- 64 **Sport**
- 68 **Ogłoszenia**
- 72 **Komunikaty**
- 73 **Epikryza (63) / J. Wanecki:**
Plus / Minus
- 74 **Jolka lekarska**

Leki 75+

Ministerstwo chce, by program dotyczący bezpłatnych leków dla osób powyżej 75. roku życia ewoluował. Zmiany dotyczyć mają nie tylko zawartości wykazów, ale – być może – także zasad wystawiania recept. Więcej na www.gazetalekarska.pl.

Inwestycje

W życie wszedł IOWISZ, czyli Instrument Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia. Od uzyskanej oceny zależeć może powodzenie w negocjacjach kontraktu z NFZ lub uzyskanie dofinansowania ze środków unijnych. Więcej na www.gazetalekarska.pl.

Szczepienia

Czy szczepionki nieobowiązkowe będą mogły być wpisywane do wykazu leków refundowanych? Czy objęcie szczepionki zalecanej refundacją będzie oznaczało, że stanie się obowiązkowa? Odpowiedzi na te pytania na www.gazetalekarska.pl.

Aktualności





**Ryszard
Golański**

Redaktor
naczelny „GL”

Próby odpowiedzi

Miesiąc temu w tym miejscu stawiałem znaki zapytania. Łatwo było przewidzieć, że po miesiącu na większość cisnących się na lekarskie usta pytań odpowiedzi nie będzie. Wiadomo, że czasami stawia się pytania nie po to, aby uzyskać na nie odpowiedź, ale po to, aby zwrócić uwagę na problem.

Zmiany w służbie zdrowia na razie pozostają w sferze zapowiedzi i planów na przyszłość. Piszemy o nich w tym numerze przy okazji relacji ze spotkania pana ministra Radziwiłła z Naczelną Radą Lekarską. Trzeba przyznać, że niektóre są dość konkretne i umiejscowione w czasie. Czy spełniają oczekiwania lekarzy, to zupełnie inna sprawa, i nie nowe, bo powtarzające się pytanie do katalogu. W ciągu ostatnich dwudziestu pięciu lat bardzo rzadko się zdarzało, aby wprowadzane przez rząd zmiany były zgodne z postulatami lekarskiego środowiska i jego reprezentacji, jaką jest samorząd lekarski. Kiedy dostaną Państwo ten numer naszego pisma, będzie już po ogólnopolskim protestie pracowników medycznych, który zaplanowano na 24 września. Podstawowe przesłanie tego protestu to prośba, a może bardziej żądanie, aby głos lekarzy, pielęgniarek, diagnostów, rehabilitantów i innych zawodów był nie tylko wysłuchany, ale także wzięty pod uwagę w planowanych zmianach. Pan minister Radziwiłł często powtarza, że jest ministrem pacjentów, ale także deklaruje liczenie się z opiniami środowisk medycznych, zwłaszcza samorządu lekarskiego.

Kolejne pytanie dotyczyło funkcjonowania reprezentacji lekarzy dentystów w krajowych władzach samorządu. Na razie mamy jedną konkretną odpowiedź personalną: nowym wiceprezesem NRL z grona stomatologów został wybrany kolega Leszek Dudziński z Warmińsko-Mazurskiej

Izby Lekarskiej. Wieloletni działacz naszego samorządu, bogaty nie tylko w doświadczenia, ale także w zdrowy rozsądek oraz umiejętność załatwiania spraw trudnych w sposób daleki od konfliktów. Miejmy nadzieję, że dyskusja o autonomii stomatologów, która przecież się nie zakończyła, będzie dalej przebiegała na poziomie odpowiednim dla naszych zawodów, bez wypowiedzi obrażających inne osoby. Na pierwszym posiedzeniu Komisji Stomatologicznej, które odbyło się w Poznaniu w czasie Kongresu FDI, a któremu przewodniczył dr Dudziński, wyraźnie powiedziano, że jedno z najważniejszych zadań, które stoi obecnie przed komisją, jej przewodniczącym i NRL, to powołanie w strukturach Ministerstwa Zdrowia biur ds. stomatologii, które zajmowałyby się sprawami tej grupy zawodowej.

O kongresie FDI, wydarzeniu bez precedensu w historii polskiego świata lekarskiego, nie tylko dentystycznego, sporo piszemy na kolejnych stronach. Będziemy wdzięczni Czytelnikom „Gazety Lekarskiej”, uczestnikom kongresu, za podzielenie się swoimi wrażeniami i uwagami. Chętnie je opublikujemy na naszych łamach.

Praca zawodowa to bardzo ważna część życia każdego z nas, to podstawa naszego bytu, ale nie można zapominać o właściwej regeneracji duszy i ciała, o prowadzeniu i propagowaniu aktywnego stylu życia, o sporcie i rekreacji. Najlepszą zachętą dla pacjenta bywa przykład stawiany przez jego lekarza. Zapraszam na sportowe strony „GL”. ■

Migawka



Na 24 września w Warszawie zaplanowano pierwszą wspólną manifestację wszystkich zawodów ochrony zdrowia zrzeszonych w Porozumieniu Zawodów Medycznych. Główny postulat to wzrost nakładów na system ochrony zdrowia. Z uwagi na termin druku, do tego tematu powrócimy w następnym numerze.

Mniej tajna tajemnica

W poprzednim numerze „Gazety Lekarskiej” pisałem o zmianie przepisów dotyczących tajemnicy lekarskiej po śmierci pacjenta. Jeszcze kilka słów na ten temat.

Lekarz może być zwolniony z zachowania tajemnicy lekarskiej po śmierci pacjenta, jeśli zgodę na jej ujawnienie wyrazi osoba bliska (małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba wskazana przez pacjenta). Osoba ta może również określić zakres ujawnienia tajemnicy lekarskiej. Zwolnieniu z tajemnicy lekarskiej może sprzeciwić się inna osoba bliska i wtedy zwolnienia z tajemnicy nie stosuje się. Jednocześnie zmieniono przepisy procedury karnej i przesłuchanie świadka na okoliczności objęte tajemnicą lekarską odbywać ma się jawnie. Gdyby wyłączono jawność rozprawy, okoliczności objęte tajemnicą, które zostały na niej ujawnione, mogą być upubliczniane przez osobę, której zgoda była wymagana do zwolnienia z tej tajemnicy.

Projekt zmian przepisów zgłosiła grupa posłów, która uznała, że w dotychczasowym kształcie „zakres tajemnicy lekarskiej jest ujęty zbyt szeroko, uniemożliwiając często osobom najbliższym wobec zmarłego pacjenta dochodzenie roszczeń lub odpowiedzialności wobec osób, które mogły przyczynić się do śmierci pacjenta” oraz że „tajemnica lekarska może być w jednostkowych przypadkach wykorzystywana do ukrywania błędów w leczeniu wbrew interesowi pacjenta”.

W nauce prawa przyjmuje się założenie racjonalnego ustawodawcy. W tym wypadku ustawodawca okazał się mało racjonalny. Już na etapie prac legislacyjnych Sąd Najwyższy wskazywał, że projektowane zmiany wynikają z niezrozumienia istoty tajemnicy lekarskiej oraz braku orientacji w zakresie rzeczywistych problemów związanych ze sprawami dotyczącymi tzw. błędów lekarskich. Opinia ta jest jak najbardziej trafna. Rażąca jest również naiwność ustawodawcy. Nie sposób przyjąć, że z samych więzi pokrewieństwa czy powinowactwa wynika więź szczególnego zaufania. Już sam fakt wprowadzenia takich zmian wskazuje na to, że bardzo często takiej więzi nie ma, bo pacjent nie udzielił informacji o stanie swojego zdrowia osobom traktowanym przez ustawę jako osoby bliskie, a powierzył je

osobie najczęściej obcej, jaką jest lekarz, nie mówiąc już o sytuacjach, w których za życia pacjent wprost sprzeciwił się ujawnianiu komukolwiek informacji o jego stanie zdrowia. Posłowie występujący z inicjatywą omawianych zmian nie zastanawiali się nawet nad tym, co przemawia za tak zasadniczym przełamaniem woli pacjenta, a przynajmniej nie dali temu wyrazu w uzasadnieniu swojego projektu. Co najmniej dziwna wydaje się też regulacja sprzeciwu osób bliskich wobec zwolnienia z tajemnicy lekarskiej. Nowe przepisy nie wprowadzają procedury informowania osób zaliczonych do bliskich o zwolnieniu lekarza z tajemnicy. W praktyce zatem osoba bliska, która pierwsza zażąda informacji o stanie zdrowia zmarłego, będzie wywierała taki nacisk na lekarza, że informacje te uzyska. Czyni to regulację sprzeciwu innych osób bliskich – jak to wskazał Sąd Najwyższy – iluzoryczną.

Wprowadzając takie zmiany, posłowie zdaje się zapomnieli, że osobna regulacja ustawowa dotyczy dostępu do dokumentacji medycznej. W tym zakresie przepisy ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta nie uległy zmianie i dotychczasowe zasady udostępniania dokumentacji nie zmieniają się – po śmierci pacjenta osoby bliskie nie będą miały dostępu do dokumentacji medycznej, jeśli nie zostały do tego upoważnione przez pacjenta za życia. Wobec tego wskazane cele wprowadzenia zmian w zakresie tajemnicy lekarskiej (umożliwienie dochodzenia roszczeń czy odpowiedzialności za śmierć pacjenta) mogą nie zostać osiągnięte. Lekarz zwolniony z tajemnicy lekarskiej przez osoby bliskie może zeznawać na okoliczności nią objęte, ale nie może udostępnić dokumentacji medycznej pacjenta.

Do tego zarówno przepisy procedury karnej, jak i cywilnej pozwalają świadkowi odmówić odpowiedzi na zadane mu pytanie, jeżeli zeznanie mogłoby go narazić na odpowiedzialność karną.

W takiej sytuacji nowe przepisy nie tylko budzą wątpliwość co do ich zgodności z Konstytucją RP, ale i co do ich racjonalności i możliwości osiągnięcia celów, jakie postawił sobie ustawodawca przy ich uchwalaniu.

**mec.
Jarosław
Klimek**

radca prawny
OIL w Łodzi

Sponsorem
serwisu
prawnego dla
lekarzy jest firma
Gedeon Richter.

Ważne sprawy

W minionych dniach prokuratura wraz z policją wkroczyła do mieszkań biegłych wydających opinie m.in. w sprawach medycznych.

O ile da się zrozumieć potrzebę wyjaśniania różnych okoliczności przez Prokuratora Generalnego, o tyle trudno zrozumieć formę, w jakiej to się odbywa. Pewnie wkraczanie z nakazem rewizji o którejkolwiek godzinie jest zgodne z prawem, ale dlaczego to musi dziać się o godzinie szóstej rano? Pewnie można opowiadać o takich działaniach w mediach, ale czy to nie wytwarza w opinii społecznej wrażenia dokonanych przez lekarzy biegłych działań kryminalnych, zanim jeszcze cokolwiek zostało im udowodnione? Czy kultywowanie takich metod pozwoli na określanie naszego wymiaru dochodzenia jako sprawiedliwego, szanującego prawych, a karzącego przestępców?

Samorząd lekarski zawsze popierał starania lekarzy o dostęp do pytań egzaminacyjnych. W ostatnich latach podejmujemy szereg działań zmierzających do realizacji tego celu. Naczelna Rada Lekarska wielokrotnie występowała w tej sprawie z apelami do ministra zdrowia, zaangażowała w sprawę Rzecznika Praw Obywatelskich, a ostatecznie złożyła w tej sprawie wniosek do Trybunału Konstytucyjnego, który zaowocował uznaniem przepisów ograniczających dostęp do pytań za niezgodne z Konstytucją RP. Kiedy po wyroku zwróciliśmy się do dyrektora Centrum Egzaminów Medycznych z wnioskiem o udostępnienie pytań, otrzymaliśmy – dla nas zupełnie niezrozumiałą – odmowę. W odpowiednim trybie administracyjnym odwołaliśmy się od decyzji CEM. Do składania wniosków namawiam i Was Koleżanki i Koledzy Lekarze i Lekarze Dentyści. Zachęcam tych z Was, którzy są przed egzaminem testowym, ale i tych, którzy do egzaminu mają jeszcze daleko, ale już dzisiaj chcieliby się zaznajomić z bazą pytań. Przygotowaliśmy stosowne wnioski i wzory odwołań, które dostępne są na naszej stronie internetowej. Nie zdziwcie się, kiedy adresatem będzie zarówno dyrektor CEM, jak i minister zdrowia. Taki jest właściwy tryb odwoławczy.

Pozostając w temacie egzaminów, ze smutkiem przyjąłem informacje wskazujące na to, że podczas wiosennej sesji egzaminacyjnej Lekarskiego Egzaminu Końcowego i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego niektórzy zdający udzielali testowych odpowiedzi za pośrednictwem ukrytego sprzętu elektronicznego. Sprawą zajął się Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej. Wiem, że zajmuje się tym również prokuratura. Jest mi wstyd za tych lekarzy. Abstrahując od faktu, że te osoby zniweczą swój cały wysiłek włożony w ukończenie studiów medycznych, zaszkodzą też postrzeganiu wszystkich nas przez społeczeństwo.

Przyszło mi ostatnio odpowiadać na treści zawarte w komunikacie skierowanym przez wiceministra zdrowia do lekarzy specjalistów, związanym z programem lekowym 75+. O ile samo wprowadzenie programu jest słuszne i potrzebne, o tyle komunikat był niezrozumiały w zakresie odpowiedzialności lekarzy POZ, czyli tych, którzy wypisują recepty na leki refundowane „S” i lekarzy specjalistów, którzy ich nie wypisują. Wiceminister Marek Tombarkiewicz napisał specjalistom, że „zmiana przez lekarza specjalistę stosownego leku na inny, znajdujący się na wykazie leków bezpłatnych dla pacjentów 75+, może stać się podstawą kontroli zasadności prowadzonej ordynacji leków [...]”. Pytałem, wobec kogo ta kontrola, skoro lekarz specjalista nie wypisuje recept na leki refundowane „S”. Nie doczekałem się jeszcze odpowiedzi ministra, ale na jednym z portali przeczytałem wyjaśnienie ministerstwa, że w komunikacie wiceministra Tombarkiewicza nie było zapowiedzi kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczącej zasad ordynacji leków. Czekam z niecierpliwością, kiedy otrzymam oficjalną odpowiedź i potwierdzenie tej informacji.

Kiedy oddawano ten numer „Gazety Lekarskiej” do druku, trwało przygotowanie Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy i Porozumienia Rezydentów do protestu 24 września br. Naczelna Rada Lekarska wsparła protestujących i podjęła apel do ministra zdrowia, który idzie nawet dalej niż notoryczne wezwanie: „Pani Premier, Panie Ministrze, środki na ochronę zdrowia w Polsce są dramatycznie niewystarczające i przypominam, że nie osiągnęliśmy jeszcze publicznych środków 6% PKB na zdrowie” i zaznacza, że dziesięcioletnia perspektywa osiągnięcia nakładów na ochronę zdrowia na poziomie 6% PKB budzi poważne obawy o bezpieczeństwo zdrowotne społeczeństwa.

Kongresy i konferencje mogłyby być urozmaicone prezentowaniem pomiędzy wykładami fragmentów poezji i prozy, których autorami są lekarze. Sztuka inna niż lekarska, a tworzona przez środowisko lekarskie, powinna być wspomagana przez izby lekarskie. Należy szukać metod i środków, by wiersze tworzyli młodzi lekarze, którzy w ten sposób mogliby przeciwdziałać swojemu wypaleniu zawodowemu. Takie i inne pomysły były zgłaszane w Rytwianach, gdzie spotkałem się z lekarzami należącymi do Polskiej Unii Pisarzy Lekarzy. To było ich 67. spotkanie w ciągu 50 lat. Jestem pełen podziwu dla ich pracy twórczej i integracji. ■

**Maciej
Hamankiewicz**

Prezes
Naczelnej Rady
Lekarskiej



**Katarzyna
Strzałkowska**

Rzecznik
prasowy NIL



FOTO: fakty.tvn24.pl

Walka o jawność egzaminów – cd.

Po otrzymaniu sygnałów od lekarzy i lekarzy dentystów, którzy wystali wniosek o udostępnienie pytań egzaminacyjnych w trybie dostępu do informacji publicznej (skrining 08-09/2016) i otrzymali decyzję odmowną dyrektora Centrum Egzaminów Medycznych, Naczelna Izba Lekarska na stronie internetowej publikuje wzory odwołań od tej decyzji.

Leszek Dudziński wiceprezesem NRL

W dniu 2 września 2016 r. Naczelna Rada Lekarska wybrała lekarza dentystę Leszka Dudzińskiego na stanowisko wiceprezesa Naczelnej Rady Lekarskiej. Wywiad z nowym wiceprezesem w tym numerze „GL” na str. 20.

Finansowanie – apel

Naczelna Rada Lekarska zaapelowała do ministra zdrowia o przygotowanie planu szybszego wzrostu nakładów na ochronę zdrowia oraz regulacji, które gwarantując minimalne wynagrodzenie za pracę pracowników medycznych, zapewnią, że będzie to wynagrodzenie na godnym poziomie, odpowiadającym wysokim kompetencjom tych pracowników oraz ich odpowiedzialności za zdrowie i życie pacjentów. W apelu lekarze wskazali, że współczynniki wynagrodzeń przyjęte we wstępnym projekcie rozwiązań dalece odbiegają od poziomu wskazywanego przez samorząd lekarski już w 2006 r., jako odpowiedni dla

zagwarantowania minimalnego, godnego wynagrodzenia za pracę lekarzy i lekarzy dentystów. Odnosząc się do kwestii PKB na zdrowie, NRL wskazała, że ochrona zdrowia w Polsce wymaga zdecydowanie szybszego wzrostu poziomu finansowania, gdyż w obecnej chwili system balansuje na granicy wydolności, co obniża poziom bezpieczeństwa całego systemu, zagrażając tak pacjentom, jak i lekarzom. „Dalszą konsekwencją tego stanu rzeczy jest odpływ wysoko wykwalifikowanych pracowników medycznych do innych krajów europejskich, gdzie warunki pracy oraz wynagrodzenia są lepsze niż w Polsce. Należy też brać pod uwagę, że szybko zachodzące w polskim społeczeństwie zmiany demograficzne spowodują, że za 10 lat nakłady w wysokości 6% PKB będą jeszcze bardziej nieadekwatne do potrzeb zdrowotnych, niż ma to miejsce przy obecnym stanie nakładów” – wskazano w apelu. Dokument został przekazany organizatorom protestu planowanego na 24 września br.

Transplantologia – zmiany

Zdaniem Naczelnej Rady Lekarskiej projekt zmiany ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, nie uwzględnia odrębności pracy nad materiałami biologicznymi w ramach niekomercyjnych badań naukowych z wykorzystaniem komórek. NRL zasugerowała wyłączenie spod obowiązku uzyskania pozwolenia ministra zdrowia działalności realizowanej przez podmioty lecznicze, które pobierają komórki i tkanki w celu przeprowadzenia przeszczepu autologicznego, po uzyskaniu zgody właściwej komisji bioetycznej

i pod jej nadzorem w ramach pracy naukowej prowadzonej przez jednostki uczelni medycznych i uniwersytetów z wydziałem medycznym lub instytuty badawcze. Zdaniem NRL w zakresie wykorzystania komórek i tkanek ludzkich do wytwarzania z nich produktów leczniczych, przepisy dotyczące przeszczepów powinny być stosowane jedynie na etapie pobrania materiału. NRL zaproponowała, aby pracami zespołu kwalifikującego biorców narządów kierował wyznaczony przez kierownika jednostki lekarz specjalista z dziedziny transplantologii klinicznej, a pracami zespołu kwalifikującego biorców komórek hematopoetycznych szpiku – lekarz specjalista z dziedziny transplantologii klinicznej, hematologii, onkologii lub hematologii dziecięcej. Więcej uwag do projektu na stronie www.nil.org.pl.

Konferencja etyczna w Gnieźnie

Na 7 października br. w związku z obchodami 1050. rocznicy Chrztu Polski zaplanowano w Gnieźnie konferencję etyczną pt. „Kodeks Etyki Lekarskiej wobec wyzwań współczesności”. Konferencję poprowadzą i podsumują: dr hab. med. Andrzej Wojnar – prof. WSF, dr hab. Jędrzej Skrzypczak – prof. UAM, a wystąpią: dr n. med. Maciej Hamankiewicz „Kodeks Etyki Lekarskiej wobec wyzwań współczesności”; dr Bartosz Hordecki „Preambuła do KEL”; prof. dr hab. med. Krzysztof Linke „Część ogólna KEL (art. 1-5)”; dr n. med. Konstanty Radziwiłł „Związki lekarzy z przemysłem (art. 51a-51g)”; prof. dr hab. Jacek Sobczak „Tajemnica lekarska (art. 23-29)”; dr hab. Teresa Gardocka – prof. Uniwersytetu SWPS „Ochrona genomu ludzkiego (art. 51h)”; dr hab. Joanna Haberk – prof. UAM „Prokreacja (art. 38-39a)”; dr hab. Monika Urbaniak, dr hab. med. Szczepan Cofta z UMP „Postępowanie lekarza wobec pacjenta (art. 6-7)”.

Medyczna Wokanda

Jest już dostępny najnowszy numer „Medycznej Wokandy”, czasopisma naukowego, wydawanego od 2009 r. przez Naczelną Izbę Lekarską i Wielkopolską Izbę Lekarską.

Celem pisma jest prezentowanie najważniejszych zagadnień związanych z problematyką deontologii zawodowej oraz odpowiedzialności prawnej lekarzy, zwłaszcza zawodowej. Obok artykułów i analiz, aktualnych komentarzy do Kodeksu Etyki Lekarskiej, prezentowane są najważniejsze orzeczenia sądów lekarskich oraz sądów powszechnych dotyczące spraw medycznych, statystyki obrazujące, jak działa „lekarski wymiar sprawiedliwości”, a także recenzje najciekawszych publikacji. Autorami prezentowanych publikacji są lekarze, farmaceuci, prawnicy, etycy, politolodzy, a nawet językoznawcy z wielu uznanych krajowych i zagranicznych ośrodków naukowych.



Co istotne, są to zarówno teoretycy, jak i praktycy medycyny i prawa. Klamrą spinającą wszystkie teksty jest problematyka dotycząca ważkich i aktualnych problemów etyki i prawa medycznego oraz biopolityki. Naczelna Izba Lekarska publikuje na stronie internetowej wszystkie numery rocznika „Medyczna Wokanda”. Zachęcam do lektury.

Dane NIL w mediach

Liczba zaświadczeń o postawie etycznej wydanych lekarzom i lekarzom dentystom ubiegającym się o uznanie kwalifikacji w innych krajach Unii Europejskiej została przedstawiona w materiale Faktów TVN. Według danych NIL w roku 2013 lekarzom wydano 666 takich zaświadczeń, w 2014 r. już 820, w 2015 – 836. Lekarzom dentystom w roku 2013 wydano 205 takich zaświadczeń, w 2014 już 261, w 2015 – 198.

Liczba spraw wpływających do rzeczników odpowiedzialności zawodowej i kierowanych przez nich wniosków o ukaranie do sądów lekarskich została przedstawiona w Wydarzeniach w Polsce. Według danych NIL rzecznicy prowadzili i zakończyli w 2014 r. 3575 spraw, w 2015 r. – 3205 spraw, z czego w 2014 r. skierowano do sądu lekarskiego wniosek o ukaranie w 392 sprawach; w 2015 r. – o ukaranie w 381 sprawach.

Z ogromnym smutkiem zawiadamiamy,
że odszedł od nas
nestor polskiej stomatologii
wybitny lekarz dentysta

prof. Zbigniew Jańczuk

ekspert Komisji Stomatologicznej
Naczelnej Rady Lekarskiej w latach 1995-2001

Rodzinie i najbliższym składamy
wyrazy współczucia

*Maciej Hamankiewicz
wraz z Naczelną Radą Lekarską*

Dajmy szansę dietetykom

**Sławomir
Badurek**

Diabetolog,
publicysta
medyczny

Zgodnie z zapowiedziami Ministra Zdrowia, w skład zespołu profesjonalistów podstawowej opieki zdrowotnej będzie mógł wejść dietetyk. Wprawdzie określenie „będzie mógł wejść” budzi niepokój, a do stycznia 2018 r., kiedy zmiany mają zostać wdrożone, jeszcze daleko, prawdopodobne pojawienie się specjalistów od żywienia w POZ bardzo mnie cieszy.

Po pierwsze, gołym okiem widać, że grubiejemy. Nie pocieszajmy się, że Michelle Obama waży już 116 kilo i ciągle przybiera, bo u nas nadwaga i otyłość to obecnie problem co drugiego dorosłego i niemal co trzeciego nastolatka. Zwraca uwagę ogromna dynamika zmian na gorsze, szczególnie wśród dzieci. Dzieci i młodzieży z nadwagą i otyłością mamy dziś ponad trzykrotnie więcej niż pokolenie wcześniej, a odsetek 11-latków z nadwagą jest w Polsce najwyższy na świecie! Łatwo przewidzieć, z wysypem których chorób będziemy mieli do czynienia w perspektywie najbliższych dziesięcioleci. Warto coś z tym tłustym fantem zrobić, bo budżet ochrony zdrowia może pęknąć od rosnących kosztów leczenia chorób przewlekłych, będących skutkiem otyłości.

Drugi powód mojego zadowolenia ze współpracy dietetyków z lekarzami rodzinnymi wiąże się z jakością udzielanych porad żywieniowych w różnego rodzaju mediach. Z jednej strony ma się wrażenie nieustannie padającego deszczu wiedzy. Wielką popularnością cieszą się telewizyjne show, takie jak „Ugotowani”, „Kuchenne rewolucje”, „Piekielna kuchnia” czy „MasterChef”. Księgarnie pełne są bestsellerów na temat tej jedynej, najlepszej i oczywiście najskuteczniejszej w odchudzaniu diety. Na stoisku prasowym w dowolnym supermarkecie można znaleźć przynajmniej kilka tytułów traktujących o odżywianiu i gotowaniu. W internecie roi się od witryn, blogów i wideoblogów na temat, co powinno się jeść i jak to przyrządzać. Niestety i w tym przypadku jakość nie idzie w parze z ilością. Udać się specjalistę od dietetyki może zaś każdy, wszak dzielenie się refleksjami na temat dań, ich składników oraz wpływu tego, co jemy, na nasze zdrowie wydaje się niezwykle proste. I jest proste, o ile tylko nie zwraca się sobie głowy specjalistycznymi studiami z solidną podbudową z zakresu biochemii, fizjologii człowieka i kliniki najważniejszych chorób. Nic dziwnego, że nie trzeba długo szukać w sieci, by natknąć się na współczesne szeptuchy, które zamiast czarów i ziół używają bitów i bajtów. I niech nikogo nie zwiedzie aparycja udzielających rad tudzież atrakcyjność witryn. Liczy się stężenie zabobonu w przekazie. Na przykład żona nasze-

go sławnego piłkarza i celebrytka wzięła się za instruowanie matek karmiących, czego nie powinny jeść. „Warzywa krzyżowe: kalafior, brokuły, brukselka oraz cebula, czosnek, kapusta, fasola, groch – są to produkty powodujące wzdęcia i kolki” – przekonywała. Tymczasem ani one wszystkie krzyżowe, ani szkodliwe dla dziecka, bo dieta matki ma bardzo ograniczony wpływ na skład jej pokarmu. Tego typu zakazów sformułowała zresztą pani piłkarsowa całe mnóstwo. Mamy, które posłuchały, nie jedzą teraz m.in. „truskawek, cytrusów i owoców egzotycznych”, suszonych owoców, orzechów, owoców morza, kilku popularnych gatunków ryb, nabiału, mleka od krowy, sushi, grzybów, pomidorów, selerów... A jeśli akurat nie karmią piersią, niewykluczone, że natknęły się na przepis innej autorki na „mieszaną dla noworodków zastępującą mleko”. Jest przecież taka prosta do przygotowania! Wystarczy pokroić wątróbkę i ugotować, po przestudzeniu zmiksować, dodać pozostałe składniki, takie jak oliwa z oliwek, olej kokosowy i krokoszowy, tran, dekstroza oraz proszek z aceroli. Tylko uwaga! Nie wolno podgrzewać w kuchence mikrofalowej! I jak tu, proszę państwa, nie zgłupieć?

Last but not least, ucieszę z obecności dietetyków w POZ z uwagi na nikłą, najdelikatniej mówiąc (!), wiedzę lekarzy na temat żywienia. A jak nie ma wiedzy, to i nie ma fachowych porad dla pacjentów. Są za to problemy z własnym BMI i szukanie odpowiedzi u internetowych wrózek i wróżów, serwujących kolejne diety cud, czyli będzie cud, jak ktoś schudnie i nie odchodzi. Jak jednak ma być inaczej, jeśli na temat żywienia człowieka bardzo mało wspomina się na studiach, w czasie stażu i specjalizacji. Interniści, lekarze rodzinni, pediatrzy, kardiologowie i diabetologowie, że wymienię tylko ich, niech odpowiedzą sobie na jedno proste pytanie: kiedy ostatnio uczestniczyli w sesji wykładowej na temat diety podczas zjazdu naukowego ze swojej dziedziny? Dawno? Nigdy? Był jakiś pojedynczy wykład? W mojej ocenie jest szansa, że pojawienie się dietetyków w POZ rozszerzy spektrum odpowiedzi. Jest jeden wstępny warunek – trzeba postawić na magistrów dietetyki, a nie samozwańców specjalistów. ■



Jak w zwierciadle

To, co się dzieje w jamie ustnej, ma związek z cukrzycą, chorobami serca i wieloma innymi dolegliwościami. W stomatologii nie chodzi więc już tylko o piękny uśmiech, ale o stan zdrowia całego organizmu.

**Lucyna
Krysiak**

Podejście to zmieniło definicję zdrowia jamy ustnej, a odbywający się w dniach 5-10 września w Poznaniu Parlament Stomatologiczny Światowej Federacji Dentystycznej FDI ją przypieczętował. Zgodnie z tą definicją „zdrowa jama ustna nie ogranicza się do zdolności mówienia, uśmiechania się, wężania, smakowania, dotykania, żucia, przełykania i wyrażania poprzez mimikę różnych emocji, bez odczuwania bólu lub jakichkolwiek innych dolegliwości i chorób zespołu twarzoczaszki. To podstawowy składnik zdrowia i dobrostanu, tak fizycznego, jak i psychicznego człowieka. Odzwierciedla fizjologiczne, społeczne i psychologiczne właściwości, które wyznaczają jakość życia”. Prof. David Williams, wiceprzewodniczący zespołu Vision 2020 Think Tank, który opracował nową definicję, powiedział, że chodzi o to, aby podnieść świadomość wielu aspektów zdrowia jamy ustnej i podkreślić, że jest ono integralną częścią szeroko pojętego zdrowia ogólnego, a prof. Michael Glick dodał, że definicja ta odzwierciedla sposób, w jaki rozumieją problematykę zdrowia jamy ustnej organizacje stomatologiczne i WHO. FDI chce ją upowszechnić, stworzyć metody oceny stanu zdrowia jamy ustnej. Instrumenty będą gotowe w 2017 r. Dzięki nim możliwa będzie ocena indywidualnych i społecznych potrzeb, które posłużą do informowania i kreowania polityki w tym segmencie zdrowia. Nową definicję przyjęło 200 stowarzyszeń stomatologicznych z całego świata.

Co w zębach, to w naczyniach, sercu, nerkach...

Sposób spojrzenia zgodnie z rekomendowaną przez FDI definicją jest nowatorski, choć nie nowy, ponieważ od lat prowadzi się badania dotyczące współzależności próchnicy i chorób przyzębia z zawałem serca, udarem mózgu, cukrzycą, chorobami jelit, anemią, wcześniactwem, a nawet białaczką. W świetle tych badań oddzielenie stomatologii od medycyny zajmującej się zapobieganiem tym chorobom i ich leczeniem jest niemożliwe. Nowa definicja zdrowia jamy ustnej będzie więc wyzwaniem dla całego świata medycznego. Tym większym, że próchnica i zapalenie przyzębia należą do jednych z najbardziej rozpowszechnionych. Wprawdzie bezpośrednio zwykle nie zagrażają życiu, ale mogą skutkować rozwojem chorób ogólnoustrojowych i pogarszają jego jakość. Grupą najbardziej narażoną są osoby starsze. Raport ONZ „World Population Ageing 2015” sygnalizuje, że w 2050 r. 25 proc. ludności na świecie – czyli 2 mld ludzi – osiągnie wiek powyżej 60 lat, a jedna piąta z nich – wiek powyżej 80 lat. Inny raport („Global Burden of Disease Study”) wskazuje, że z chorobami jamy ustnej zmagają się blisko 4 mld ludzi, z czego prawie połowa (44 proc.) ma próchnicę zębów i jest to najczęstszy problem spośród 291 analizowanych chorób i urazów. Wskutek zapalenia wywołanego bakteriami w jamie ustnej wydzielają się hemotoksyny, enzymy, endotoksyny, produkty przemiany materii i swoiste antygeny wpływające na układ odpornościowy. Wytwarzają one mediatory, aktywujące procesy

Galeria zdjęciowa i obszerne relacje ze Światowego Kongresu Stomatologicznego FDI 2016, który odbył się w Poznaniu, na www.gazetalekarska.pl.

Aktualności





Honorata Shaw



Patrick Hescot

zapalne w całym organizmie. Prowadzą do destrukcji tkanki łącznej i kostnej, mają więc wpływ na choroby naczyń tętniczych, powstawanie niestabilnej blaszki miażdżycowej, co może skutkować zawałem mięśnia sercowego oraz udarem mózgu. Niekorzystnie na stan zdrowia jamy ustnej wpływa cukrzyca, która jest jednym z głównych czynników ryzyka zapalenia przyzębia, utrudnia wgajanie implantów zębowych, przyczynia się do powstawania zmian grzybiczych oraz innych zmian błony śluzowej. Choroby przyzębia mogą pogarszać przebieg cukrzycy. Lekarz dentysta lecząc je, siłą rzeczy uczestniczy w procesie leczenia chorób ogólnych. Zmiana definicji zdrowia jamy ustnej ma więc daleko idące następstwa. Wkracza bowiem bardzo głęboko w zagadnienia medyczne wychodzące poza tradycyjną dentystrykę i zacieśnia relacje pomiędzy lekarzami dentystami i lekarzami innych specjalności.

Nowa definicja, nowe wyzwania

W Naczelnej Izbie Lekarskiej wielokrotnie organizowano konferencje, podczas których omawiano związki pomiędzy stanem zdrowia jamy ustnej i chorobami ogólnoustrojowymi. Spotkania te stały się płaszczyzną komunikacji pomiędzy specjalistami różnych dziedzin, stomatologów i internistów, diabetologów, kardiologów, laryngologów. Ich konkluzją było, że na pacjenta trafiającego do gabinetu stomatologicznego trzeba patrzeć szerzej niż dotychczas i włączyć do działania lekarzy specjalistów innych dziedzin. Jednak były to sugestie, a ich realizacja uzależniona od świadomości problemu i dobrej woli osób, które prowadzą stomatologiczne praktyki lekarskie. Obecnie, kiedy FDI ustanowiła nową definicję zdrowia jamy ustnej, należy się spodziewać wytycznych w tej sprawie. Anna Lella, prezydent ERO-FDI, zaznacza, że lekarz dentysta jest lekarzem pierwszego kontaktu, ma do spełnienia odpowiedzialną rolę wobec pojedynczego pacjenta i społeczeństwa, i praca wolnorynkowa nikogo z tego nie zwalnia. – Każdy z nas wie, że jego rolą jest głównie zapobiegać, a następnie leczyć. Do stomatologa zgłaszają się na badanie kontrolne osoby potencjalnie zdrowe, a tymczasem można zaobser-

wować zmiany patologiczne manifestujące się w jamie ustnej i pokierować pacjenta na dalszą diagnostykę i leczenie do właściwych specjalistów – podkreśla i dodaje, że żałuje, iż wciąż lekarze dentyści nie wykorzystują powszechnie możliwości, jakie daje zwykłe badanie śliny. To badanie jest nieinwazyjne, a – tak jak badanie krwi – może stać się cennym narzędziem w diagnostyce wielu poważnych chorób. – Rola stomatologa w wykrywaniu schorzeń ogólnoustrojowych jest jeszcze niedoceniana, ale ufam, że wraz ze wzrostem świadomości społecznej w tym zakresie, to się zmieni – przekonuje Anna Lella.

Równolegle z trwającym w Poznaniu Kongresem FDI, w Wielkopolskiej Izbie Lekarskiej odbyło się wyjazdowe posiedzenie Komisji Stomatologicznej NRL. Jej nowy przewodniczący i wiceprezes NRL Leszek Dudziński podkreślił, że dla lekarzy dentystów kongres FDI to święto, ale i okazja do skonfrontowania się z nowymi problemami. Tak więc w kontekście nowej definicji zdrowia jamy ustnej, dążenie polskich stomatologów samorządowców do powołania w strukturach Ministerstwa Zdrowia biura ds. stomatologii, które zajmowałoby się sprawami tej grupy zawodowej, nabiera szczególnego znaczenia. Także konieczność wypracowania nowych zasad specjalizowania się stomatologów, którzy coraz częściej w swoich gabinetach będą przyjmować pacjentów w starszym wieku, u których występuje próchnica, choroby przyzębia, bezzębnosc, suchosc jamy ustnej, zmiany nowotworowe, przekłada się na nową definicję zdrowia jamy ustnej.

Komentarze

Dr Patrick Hescot, prezes FDI: Nowa definicja zdrowia jamy ustnej stanowi wyzwanie dla wszystkich pracowników branży medycznej. Stała się też wyznacznikiem strategii Vision 2020, gdyż mamy ambicję, by prowadzić świat w kierunku optymalnego zdrowia. Tak więc nie jest to rewolucja, ale ewolucja. Pozwoli też rozwijać standaryzowane oceny i metody pomiaru do stałego zbierania danych na poziomie globalnym. To, że żyjemy dłużej, można uznać za wielki sukces osiągnięty dzięki rozwojowi medycyny, technologii, ale też decyzjom podejmowanym przez ekspertów zdrowia



Bolesław Samoliński



Marzena Dominiak



Kathryn A. Kell



Gerhard Seeberger



Makoto Nakao

publicznego i polityków. Niestety, troska o zdrowie jamy ustnej jest wciąż marginalizowana i musimy to zmienić. FDI tak głośno mówi o zdrowiu jamy ustnej, ponieważ to jeden z tych obszarów zdrowia, w których stosunkowo łatwo i tanio można wpłynąć na poprawę jakości życia. Pamiętajmy, że najważniejsza jest jednak prawidłowa, codzienna higiena jamy ustnej, w połączeniu z regularnymi wizytami w gabinecie stomatologicznym.

Dr Kathryn A. Kell, prezydent elekt FDI: Nowa definicja zdrowia jamy ustnej powinna wzmocnić relację między lekarzem dentystrą a pacjentem. Takie podejście obejmuje wyznaczanie celów dotyczących ogólnego stanu zdrowia jamy ustnej, w tym profilaktyki, zdolności żucia, jak również eliminowania chorób w obszarze głowy i szyi. Pomaga „połączyć usta z resztą organizmu”, wywołać dyskusję na temat innych uwarunkowań medycznych w celu poprawy ogólnej opieki nad pacjentami. Opracowując definicję, dr Glick i dr Williams rozmawiali z różnymi osobami zajmującymi się ochroną zdrowia. Jeden z lekarzy stwierdził, że wraz z nową definicją zdrowia jamy ustnej „lekarze dentyści mówią teraz językiem medycyny”. Będą mogli prowadzić pogłębione konsultacje z lekarzami na temat ogólnego stanu zdrowia pacjenta, w tym cukrzycy, choroby wieńcowej, zaburzeń metabolicznych, chorób nerek, a także zapobiegać innym problemom zdrowotnym poprzez kontrolowanie nadużywania antybiotyków i leków przeciwbólowych. Kolejne kroki będą obejmować opracowanie narzędzi pomiarowych, które będą mogły być stosowane do ustalania istotnych trendów w zakresie stomatologicznej opieki zdrowotnej. Pomoże to ujednolicić dane dotyczące zdrowia jamy ustnej.

Prof. Honorata Shaw, wiceprezes Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego ds. Międzynarodowych: Zdrowie jamy ustnej to coś więcej niż zdrowe zęby i piękny uśmiech. Jama ustna jest zwierciadłem kondycji zdrowotnej całego organizmu. Wiadomo, że wiele chorób wpływa na stan zdrowia jamy ustnej i ważne jest, abyśmy my lekarze stomatolodzy potrafili znaleźć ich pierwsze symptomy i na tej podstawie

– co jest najważniejsze – wspólnie z innymi specjalistami podjęli leczenie. W czasie wizyty w gabinecie stomatologicznym lekarz dentysta może dostrzec objawy wielu chorób ogólnoustrojowych, a nawet pierwsze objawy zakażenia wirusem HIV. W kontekście wydłużającego się życia nowa definicja zdrowia jamy ustnej zmienia podejście do pacjenta seniora, który często cierpi na cukrzycę typu 2, jest po udarze mózgu lub zawale serca, ma dolegliwości gastryczne. Jest więc pacjentem szczególnej troski, wymagającym uwzględnienia tych dolegliwości w leczeniu zachowawczym czy protetycznym.

Prof. Marzena Dominiak, Katedra i Zakład Chirurgii Stomatologicznej UM we Wrocławiu, przewodnicząca Komitetu Naukowego Kongresu FDI Poznań 2016: Kongres FDI to nie tylko nowe definicje, wytyczne czy rekomendacje, to możliwość skonfrontowania się stomatologów z całego świata z najnowszą wiedzą, trendami w nauce, które pozwalają podnosić ich kwalifikacje na jeszcze wyższy poziom. Jednocześnie, mówiąc o stomatologii, sięgamy do spraw bardzo podstawowych, takich jak profilaktyka, ponieważ to wciąż nierozwiązany problem. W Europie zastanawiamy się, jak czyścić zęby, jakich używać metod i środków, które są coraz bardziej wyrafinowane, a w wielu krajach, np. w Afryce, zastanawiamy się, czy czyścić zęby i jak zmotywować do tego całe społeczeństwo. Te kontrasty istnieją i FDI także musi się z nimi zmierzyć. Chodzi o to, aby stomatologia niezależnie od tego, czy jej miejscem działania jest Europa, Afryka czy Azja, była na tym samym poziomie. Jednak barierą są koszty i parlament dentystyczny debatuje również nad wyrównywaniem poziomu świadczeń na świecie, aby była jakaś instytucja gwarantująca dopłaty dla najbiedniejszych krajów, aby zapewnić im dostęp do świadczeń stomatologicznych na dobrym poziomie. Ceny materiałów są wszędzie takie same i tego nie zmienimy, z jednej strony tocymy więc walkę o stomatologię na poziomie XXI w., a z drugiej o dostępność do szczoteczki i pasty do zębów.



Polska grupa przekazuje flagę FDI organizatorom przyszłorocznego kongresu w Hiszpanii.

Makoto Nakao, szef GC Corporation – partnera FDI w zakresie kształtowania polityki zdrowia jamy ustnej seniorów: Problem starzejących się społeczeństw dotyczy wszystkich państw, zarówno tych zamożnych, z wysoko rozwiniętą opieką zdrowotną, jak i tych uboższych. W Japonii, z której pochodzę, wiek 60 lat osiągnęło już 30 proc. populacji, a prognozy wskazują, że z każdym rokiem odsetek ludzi starszych będzie wzrastał. GC aktywnie współpracuje z FDI poprzez sieć ponad 200 krajowych stowarzyszeń stomatologicznych, których celem jest niesienie ulgi w cierpieniu spowodowanym chorobami jamy ustnej. Priorytetem dla naszych działań jest nie tylko spokojna starość, ale przede wszystkim zdrowa starość. To właśnie w Japonii w 2015 r. podpisano w Tokio deklarację wzywającą m.in. do wspólnego wysiłku w gromadzeniu dowodów naukowych potwierdzających, że higiena jamy ustnej ma znaczenie dla średniej długości życia, jest fundamentalnym czynnikiem wpływającym na jego jakość oraz że jest naturalną ochroną przed wieloma chorobami ogólnoustrojowymi.

Prof. Bolesław Samoliński, ekspert ds. zdrowia publicznego, założyciel i przewodniczący Koalicji na rzecz Zdrowego Starzenia się: Seniorzy często zmagają się z wieloma schorzeniami, dlatego zachowanie zdrowia jamy ustnej w wieku podeszłym jest wyjątkowo ważne. To właśnie tu tworzy się związek między środowiskiem zewnętrznym a wewnętrznym organizmem, to tu buduje się odporność, to właśnie w jamie ustnej rozpoznaje się własne i cudze antygeny. Zdrowia jama ustna stanowi naturalną barierę dla rozwijania się chorób ogólnoustrojowych, np. przewodu pokarmowego, skłonności do cukrzycy i nadciśnienia tętniczego, a jeśli one już istnieją, zapobiega przed ich zaostrzaniem się. To nie tylko wyzwanie dla stomatologii, ale dla całego narodowego programu zdrowia publicznego. Mam nadzieję, że odbywający się w Poznaniu Kongres FDI i ustanowiona tam nowa definicja zdrowia jamy ustnej będzie miała przełożenie na tworzenie strategii zdrowotnych w naszym kraju.

Większość programów prewencyjnych jest przeznaczonych dla dzieci i młodzieży, osoby w wieku podeszłym są w nich pomijane.

Dr Gerhard Seeberger, marszałek Światowego Parlamentu Stomatologicznego FDI: Treść definicji lekarze dentyści powinni zawsze mieć na uwadze przy wszelkich kontaktach ze swoimi pacjentami. Gdy myślę o naszym zawodzie, który z racji programu kształcenia, powinien być określany jako zawód lekarza zdrowia jamy ustnej (ewentualnie lekarza stomatologa), zawsze stają mi przed oczami dwie postaci. Pierwsza to egipska mumia 35-letniego mężczyzny w British Museum w Londynie (znanego jako „Linen Man”) z dużymi ubytkami zębów i zaawansowaną próchnicą – jedyną stwierdzoną chorobą, która prawdopodobnie doprowadziła do jego zgonu, a druga to Kaspar Hauser, znany jako „dziecie Europy”. W pierwszym przypadku brak właściwej możliwości żucia doprowadził do degradacji fizycznej, w drugim – brak możliwości właściwego komunikowania się był przyczyną upośledzenia umysłowego. Nowa definicja będzie także impulsem do wzmacniania świadomości społecznej na temat zdrowia jamy ustnej, stanie się naszym najlepszym narzędziem. W tym przypadku „naszym” oznacza wszystkich. Jakiś czas temu grupa robocza ERO ds. profilaktyki, chcąc poznać opinie lekarzy kardiologów, diabetologów oraz lekarzy dentyków na temat ich roli w profilaktyce rozesała kwestionariusz, który był pierwszym opracowanym przez lekarzy dentyków w Europie. Wnioski płynące z zebranych wtedy informacji były podstawą opracowania przez ERO tzw. Karty Zdrowia zarówno dla pacjentów, jak i ich lekarzy. To pokazało, że gdy zaczniemy się komunikować pomiędzy sobą, a także rozmawiać z naszymi pacjentami takim samym językiem, będziemy w stanie przeciwdziałać historycznemu błędowi polegającemu na rozdzieleniu stomatologii i medycyny. Definicja opracowana przez FDI jest pierwszym krokiem w kierunku wzmocnienia związków pomiędzy zawodami medycznymi, ale sukces zależeć będzie od tego, czy wszyscy będziemy się do niej stosować. ■

W „Gazecie Lekarskiej” nr 8-9/2016 w tekście „Patomorfologia potrzebuje zmian” błędnie podaliśmy nazwisko pani prof. Anny Nasierowskiej-Guttmeier. Za pomyłkę przepraszamy.



**Anna
Lella**

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

FDI Poznań 2016

Za nami Światowy Kongres Stomatologiczny FDI. Po raz pierwszy odbył się w Polsce i na pewno nie mamy się czego wstydzić. Co więcej, w osobistych rozmowach z uczestnikami spotykałam się jedynie z pozytywnymi ocenami na temat jego organizacji, ciekawego programu imprez towarzyszących, ceremonii otwarcia oraz Poznania odbieranego jako nowoczesne, interesujące miasto. Nie byłoby to możliwe bez zaangażowania i ogromu pracy wykonanej przez grupę osób zaangażowanych w działania organizacyjne.

„Gazeta Lekarska” i inne media szczegółowo relacjonowały przebieg całego Kongresu, w tym jego bogatej części naukowej oraz wystawy.

Z punktu widzenia Naczelnej Izby Lekarskiej jako członka FDI oraz ERO, istotnym elementem wydarzenia był Światowy Parlament Stomatologiczny FDI, czyli spotkania robocze organizacji – m.in. zgromadzenie ogólne FDI, sesja plenarna ERO, spotkania grup roboczych. Tam obradują delegaci krajowych organizacji stomatologicznych z całego świata, omawiając kwestie ważne dla naszego zawodu, nie uciekając od tematów trudnych czy kontrowersyjnych.

W Poznaniu delegaci na FDI zatwierdzili nową definicję zdrowia jamy ustnej, przygotowaną przez specjalnie powołany zespół „Vision 2020 Think Tank”. Ponadto FDI przyjęła kilka nowych stanowisk, a do kilku wcześniejszych wprowadziła aktualizacje. W mojej ocenie szczególne znaczenie powinno mieć stanowisko w sprawie stomatologii opartej na dowodach naukowych (Evidence Based Dentistry), popierające ideę EBD i promujące jej stosowanie przez stomatologów w ich codziennej praktyce zawodowej, z zastrzeżeniem, że musi to być dostosowywane indywidualnie do każdego przypadku z uwzględnieniem doświadczenia klinicznego lekarza oraz potrzeb pacjenta. Zagadnieniem EBD już wcześniej zajmowała się europejska struktura działająca w FDI, czyli ERO (której pracami mam zaszczyt kierować od kwietnia tego roku) – przyjęte stanowisko FDI jest w pewnym sensie kontynuacją tych działań. ERO wniosła ponadto na FDI projekt dokumentu podkreślającego, że jest potrzeba poszerzenia wiedzy medycznej w procesie kształcenia lekarzy dentystów – zarówno w ramach studiów, jak i podyplomowego doskonalenia zawodowego. Podczas zgromadzenia ogólnego FDI miałam okazję przedstawić ten projekt wszystkim delegatom, wskazując, że chociaż jest to kwestia, odnośnie której zdecydowana większość delegatów, a może nawet wszyscy, ma jednolite zdanie, jednak jak dotąd nie zostało to wyrażone w oficjalnym dokumencie FDI. Uważamy, że najwyższy czas to zrobić i mamy nadzieję, że przedstawiony projekt będzie podstawą do dalszych prac i wkrótce zostanie opracowane i przyjęte odpowiednie stanowisko.

Uważam, że nasze starania zaowocowały sukcesem, a to, jak poznański Kongres będzie oceniany w przyszłości, zależy m.in. od tego, jak podejmowane na nim decyzje (np. wspomniana definicja zdrowia jamy ustnej) sprawdzą się w praktyce.

Ciekawość otwiera drzwi do postępu

FOTO: PAP/Tomasz Waszczuk

Z **prof. Wojciechem Maksymowiczem**, kierownikiem Katedry Neurologii i Neurochirurgii i prorektorem Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie, rozmawiają **Ryszard Golański i Marta Jakubiak**.

Po naszej rozmowie idzie pan profesor do Ministerstwa Zdrowia. Z kim się pan tam spotka i o czym będzie rozmawiał?

Mamy posiedzenie Rady Naukowej przy Ministrze Zdrowia. Jestem jej członkiem od 10 lat. Zostałem powołany jeszcze przez ministra Zbigniewa Religę i mimo zmieniających się rządów, to chyba najbardziej stabilne miejsce, w którym mogłem funkcjonować w zakresie doradczym.

W ministerstwie cyklicznie odbywają się spotkania przedstawicieli wielu środowisk medycznych reprezentujących różne obszary specjalizacyjne. Do dyskusji często zapraszani są też konsultanci krajowi i prezesi towarzystw naukowych. Dzisiaj będą dyskutowane dwie ważne kwestie: jedna związana z programem onkologicznym, druga – z programem transplantacyjnym.

Rada Naukowa przy Ministrze Zdrowia to dobre forum dyskusyjne, w czasie którego można wyrazić się w kwestiach dotyczących ochrony zdrowia, a podejmujący decyzje w resorcie mają szansę skorzystać z podpowiedzi środowiska naukowego. Nie zawsze niestety chcą to robić. Bywały takie okresy, kiedy ministrowie pojawiali się bardzo rzad-

ko, tylko symbolicznie. Trzeba przyznać, że obecny minister uczestniczy w naszych posiedzeniach i z uwagą słucha.

Czyli jest szansa, że zgłaszane przez Radę postulaty, mogą być przyjęte?

W miarę możliwości. Jestem już dosyć dojrzały i wiem, że możliwości są bardzo ograniczone, bo Polska to wciąż kraj na dorobku. Polityka rządzi się swoimi prawami. Dlatego często w życie wchodzi coś, co jest niedoskonałe, jak pakiet onkologiczny, któremu sprzeciwiałem się od samego początku.

Ilu pacjentom w śpiączkach wszczepiono już neurostymulatory i na czym polegał zabieg?

Zabieg wykonano u siedmiu pacjentów. Najpierw u pierwszych czterech, w lipcu u kolejnych trzech. Wprowadziliśmy elektrody nad oponę twardą rdzenia kręgowego w górnym odcinku szyjnym. W ten sposób stymulacja oddziałuje na twór siatkowaty, który rozciąga się powyżej. Sygnały pozwalające na kontakt z otoczeniem, czyli przytomność pacjenta, wędrują dalej przez wzgórze do kory mózgowej. ▶

Niemniej ważne jest wpływanie na układ autonomiczny, w wyniku czego pojawia się możliwość zwiększenia przepływu mózgowego.

Jakie są efekty?

Ten najbardziej spektakularny to odzyskanie przez chorego zdolności nawiązania kontaktu werbalnego. Dzięki nuerostymulacji 35-letni pacjent, który zapadł w śpiączkę po urazie głowy, zaczął rozmawiać. Utrzymywał się w stanie nieprzytomności od maja. Kiedy trafił do naszej kliniki, zaczęliśmy go obserwować. Miał pewną reaktywność na niskim poziomie, ale widoczną. Dzięki obserwacjom i badaniom ustaliliśmy, że wszedł w fazę minimalnego stanu świadomości. To nowe pojęcie. Pojawiające się od pewnego czasu dla zdefiniowania czegoś pomiędzy stanem wegetatywnym a przytomnością.

Jak było wcześniej?

Pojęcie stanu wegetatywnego stworzono w latach 60. ubiegłego stulecia. Nie jest więc takie stare. Stanem wegetatywnym określano przypadki, kiedy chorzy po uszkodzeniu mózgu nie odzyskali zdolności kontaktu z otoczeniem, mimo przejścia przez okres rekonwalescencji. A efekty uszkodzenia mózgu, powodujące utratę przytomności i brak zdolności kontaktu nazywano przejściem w stan wegetatywny, a następnie w przewlekły stan wegetatywny. Nic nie było pomiędzy.

Badania ostatnich dziesięciu lat i możliwości zainicjowania bardziej dokładnie w czynności mózgu, m.in. poprzez rezonans magnetyczny czy badania encefalograficzne, pokazały, że jest grupa chorych, która pozostaje aktywna mózgowo, choć nie nawiązuje kontaktu. Jeżeli pokaże się takiemu pacjentowi jakiś obraz, reaguje on w sposób często niewidoczny na zewnątrz, ale możliwy do zaobserwowania w czynnościowym rezonansie magnetycznym mózgu. To znaczyło, że dana osoba coś przeżywa, że obraz przemawia do mózgu, choć nie budzi przytomności. Są chorzy, których mózg całkiem nieźle pracuje, ale nie jest zdolny do nawiązania kontaktu. To właśnie nazywamy minimalnym stanem świadomości. Takich chorych wyławiamy, bo rokuje poprawę stanu świadomości po zastosowaniu stymulacji.

Jak nawiązał pan współpracę z lekarzami z Japonii?

Międzynarodowe towarzystwo zajmujące się stymulacją układu nerwowego: International Neuromodulation Society, przed 4 laty zorganizowało światowy kongres w Berlinie, w którym uczestniczyłem jako prezes Polskiego Towarzystwa Neuromodulacji. Lekarze z Japonii prezentowali efekty leczenia minimalnego stanu świadomości za pomocą stymulacji rdzenia kręgowego. Wyniki były tak intrygujące, że aż nie do uwierzenia. Ciekawość otwiera drzwi do postępu.

I postanowił pan spróbować tej metody w Polsce?

Zainteresowanie było z dwóch stron: moje jako lekarza i Ewy Błaszczyk. Jej Fundacja „Akogo” jest niezwykła,

a swoje cele statutowe realizuje również poprzez organizowanie debaty naukowej. Jesienią zeszłego roku odbyło się sympozjum naukowe, które dało nam szansę nawiązania kontaktu z prof. Kano, wybitnym neurochirurgiem japońskim, i prof. Morita, jego uczniem.

Nad czym teraz pracujecie?

Prowadzimy na Uniwersytecie Warmińsko-Mazurskim prospektywne badania naukowe, także dotyczące przepływu mózgowego za pomocą metody izotopowej, badaniem SPECT CT. Zaobserwowaliśmy, że u chorych w minimalnym stanie świadomości jest zupełnie niezły przepływ mózgowy, wskazujący również na dobry metabolizm mózgu i poprawia się jeszcze po zastosowaniu stymulacji rdzenia kręgowego. Z kolei u pacjentów w stanie wegetatywnym, mimo że klinicznie wyglądają podobnie, przepływ mózgowy jest zwykle upośledzony, a metabolizm słabszy.

Co z „Budzikiem dla dorosłych”? Na jakim etapie są prace?

Ponad 200 chorych zostało zgłoszonych przez rodziny, które chcą, by zostali przez nas przebadani. Tylko część z nich będzie mogła skorzystać z terapii w tym nowym ośrodku, gdyż przyjmowani będą pacjenci do roku od urazu i pół roku po innych zdarzeniach, które wywołały śpiączkę. Wykonaliśmy już remont. Jesteśmy w trakcie kompletowania wyposażenia. Koszty w pełni ponosi uniwersytet, a te są znaczne. Jednak spotykamy zrozumienie ze strony kolegów z innych wydziałów. Wszyscy, którzy zajmują się humanistyką, logopedzi, socjologowie, psychologowie, rozumieją, że kiedy powstanie taka klinika, oni również będą mieli ważne zadania do spełnienia.

Ile będzie łóżek?

To zależy od finansowania. Możemy robić badania w pewnym zakresie, ale codzienna opieka i terapia wymagają bardzo dużych nakładów finansowych. Najwięcej kosztują ludzie. A w takim miejscu potrzebny jest bardzo liczny personel, liczniejszy niż na normalnej rehabilitacji czy nawet rehabilitacji neurologicznej. Chcielibyśmy, żeby wszystko powstawało szybciej, ale na razie się nie da. Na szczęście droga jest już otwarta, projekt rozporządzenia opiniowany, ostatnie szlify dokonują się już w Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Czekamy na podpis Ministra Zdrowia i wejście w życie rozporządzenia. Ma to nastąpić w styczniu przyszłego roku. Wówczas NFZ będzie mógł rozpocząć procedurę kontraktowania. Jest szansa, że od lutego „Budzik dla dorosłych” zacznie działać. Początkowo będzie tylko osiem łóżek, docelowo planujemy zwiększanie tej liczby.

Jakie jest miejsce Olsztyna i Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Wydziale Medycznym jako nowego ośrodka akademickiego na mapie Polski?

Najważniejsze oceny to te zewnętrzne. Są najbardziej obiektywne. Jesteśmy bardzo zadowoleni, że zeszłoroczny egzamin państwowy naszym absolwentom

udało się zdać najlepiej w Polsce. I to wszystkim absolwentom, co się często nie zdarza. To świadczy o wyrównanym poziomie dydaktycznym i konsekwentnym pilnowaniu poziomu wiedzy naszych studentów. Mury naszej uczelni dopiero trzeci raz opuszczają absolwenci. Za pierwszym razem zajęliśmy pozycję czwartą, potem pierwszą, a jak będzie w tym roku, niebawem się przekonamy.

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski z Wydziałem Medycznym to nowe miejsce, które jest taką małą Ameryką medycyny. To szansa dla ambitnych, którzy przyjeżdżają tu z całej Polski.

Głosy były sceptyczne co do tworzenia nowych wydziałów i uczelni medycznych.

To zupełnie zrozumiałe. Po co jeszcze jedna „gęba do wyżywienia”, skoro te, które już istnieją, są nienakarmione? Ja to rozumiem. Niemniej trzeba było tę białą plamę na mapie Polski wypełnić. Jestem przekonany, że zrobiliśmy to dobrze.

Uważam, że ogromne zainteresowanie prowadzeniem studiów medycznych przez bardzo liczne uczelnie nie sprzyja jakości kształcenia. Są pomysły, żeby tworzyć wydziały kształcące lekarzy bez nauki medycznej. To chore. Bez nauki medycyna nie powinna być wykładana. W Olsztynie wykonaliśmy wielki wysiłek, by było to równoległe. Mamy trzydzieści kilka katedr i zakładów, prowadzimy prace naukowe. Nasz wydział uzyskał już pełne uprawnienia akademickie. Najpierw otrzymaliśmy prawo doktoryzowania, a następnie Centralna Komisja do spraw Tytułów i Stopni Naukowych przyznała nam prawo prowadzenia habilitacji. Nie jesteśmy już nowicjuszami. Za rok będziemy obchodzili 10-lecie wydziału.

Jak duży postęp dokonał się w neurochirurgii od czasu, kiedy zaczął pan profesor pracę w zawodzie?

Nieziemski. To zupełnie inna neurochirurgia niż ta, której się uczyłem. Weźmy chociażby komórki macierzyste, które jeszcze do niedawna były w neurochirurgii czymś mało znanym i nie do końca poważnie traktowanym. Zainteresowałem się tym tematem w 2006 r. Podanie bezpośrednie do rdzenia to wyzwanie. Cały czas nad tym pracujemy. Jesteśmy bardzo zaawansowani. Uniwersytet dał nam środki na stworzenie prototypu aplikatora, który wytworzono w Instytucie Podstawowych Problemów Techniki PAN, z którym współpracujemy. Mamy świetne centrum medycyny eksperymentalnej, z doskonale wyposażonymi salami operacyjnymi. Musimy to wykorzystać. Chcemy do końca roku być gotowi do pierwszych aplikacji komórek macierzystych.

Najciekawsze prace na temat wykorzystania komórek macierzystych w leczeniu stwardnienia bocznego zanikowego, które ukazały się w ciągu ostatnich dwóch, trzech lat, to badania pod kierunkiem Ewy Feldman, prezes Amerykańskiego Towarzystwa Neurologicznego. Pokazują, że w pojedynczych przypadkach po podaniu komórek macierzystych dochodziło do poprawy, a nie tylko do zatrzymania choroby. My

też jesteśmy na tym etapie, podobnie jak koledzy z Wrocławia, którzy skupili się na ostrym przecięciu rdzenia. Najczęstszym problemem jest jednak uraz rdzenia z jego uciśnięciem lub zgnieceniem. Nie ma przzerwania ciągłości anatomicznej, ale wszystko siada funkcjonalnie. Dochodzi do niedokrwienia i zawału rdzenia. Chcemy skupić aktywność wokół tego zagadnienia. Zgłaszają się już chorzy, a my przygotowujemy się, żeby spróbować im pomóc. Nie jestem aż tak bezczelny, żeby mówić, że na pewno im pomożemy, ale będziemy próbować.

Chcemy też stworzyć centrum serca i mózgu, które zajmowałoby się leczeniem miażdżycy tętnic i wad naczyniowych, głównie za pomocą zabiegów endowaskularnych, ale także przy użyciu terapii eksperymentalnych. Tutaj komórki macierzyste również mogą mieć zastosowanie, gdyż niedokrwienie uszkadza własne komórki i ciągle poszukuje się dróg ich regeneracji.

Nad czym jeszcze pracujecie?

Obszarem naszego zainteresowania jest również stwardnienie rozsiane. Wspólnie z prof. Krzysztofem Selmajem stworzyliśmy specjalny program badawczy. W listopadzie na Radzie Naukowej przy Ministrze Zdrowia planuję wystąpienie na specjalnej sesji poświęconej terapii komórkowej. Doszliśmy bowiem już do momentu, że zjadamy własny ogon przez mnożenie procedur biurokratycznych nawet ponad poziom wymogów Unii Europejskiej. Uważam, że pewne sprawy, jak autologiczne przeszczepy ze szpiku, nawet nie przeszczepy, a pobieranie szpiku i namnażanie komórek, powinny być wyjęte spod rygoru „handlowych” zabezpieczeń, a podlegać jedynie komisji bioetycznej i odpowiedzialności lekarza, bo to są badania naukowe. Dlatego nie mogę rezygnować z uczestniczenia również w opiniowaniu prawa.

O czym marzy pan jako lekarz?

Ostatnio przyspieszyłem w życiu i mam poczucie jego skończoności. Biologia jest nieubłagana. Czuję się dobrze, mam potencjał, ale to będzie jeszcze tylko przez jakiś czas. Chciałbym, żeby pracą w moim zespole zajęli się młodszy ludzie, moi uczniowie, których wysyłam teraz, gdzie tylko się da, żeby powiększali swoją wiedzę i doskonalili umiejętności, żeby poszukiwali nowych rozwiązań. Nigdy nie wiadomo, które badanie się powiedzie i jaki będzie na końcu efekt. Widziałem w latach 80., jak w Moskwie i Kijowie w chałupniczych warunkach wytwarzano balony do embolizacji tętniaków. Zapoczątkowało to endowaskularne leczenie tętniaków na całym świecie. W Polsce również nad tym pracowaliśmy. Radiolodzy dr Sadowski i prof. Dowżenko, a także neurochirurg śp. docent Maciej Woźniak z warszawskiego szpitala przy ulicy Banacha, współpracujący z Instytutem Neurochirurgicznym w Kijowie, to byli pionierzy tej metody. Twórcami nie byli Amerykanie, Francuzi czy Niemcy. Oni tylko tę metodę kupili. Kolejni chorzy z ciągle jeszcze nieuleczalnymi chorobami czekają na wyniki naszych prac. ■

Z ostatniej chwili

Olsztyńscy neurologowie stworzyli urządzenie, które mierzy siłę mięśni międzykostnych ręki u chorych na stwardnienie zanikowe boczne. Na czele zespołu badającego wpływ komórek macierzystych na spowolnienie SLA stoi prof. Wojciech Maksymowicz. Więcej na www.gazetalekarska.pl.

Nie traćmy czasu na animozje

Z **Leszkiem Dudzińskim**, nowo wybranym wiceprezesem Naczelnej Rady Lekarskiej i przewodniczącym Komisji Stomatologicznej NRL, rozmawia **Lucyna Krysiak**.



Obejmuje pan funkcję wiceprezesa w trudnym momencie, ponieważ w ostatnich kilku miesiącach doszło do podziału poglądów na temat miejsca i roli stomatologów w samorządzie lekarskim. Nie obawia się pan eskalacji tego konfliktu?

Zgadzając się na kandydowanie w wyborach na funkcję wiceprezesa NRL, a jednocześnie na przewodniczącego Komisji Stomatologicznej NRL, miałem pełną świadomość, jak się sprawy mają. Owszem, jest grupa osób wśród lekarzy dentyków okazujących przy każdej nadarzającej się okazji swoje niezadowolenie, zarzucających kolegom lekarzom innych specjalności nierówne traktowanie przy wyborach na różne stanowiska funkcyjne, a także dominację w wyrażaniu opinii na tematy dotyczące funkcjonowania samorządu lekarskiego, ale te głosy są w mniejszości i nie wyolbrzymiałbym ich znaczenia. Co nie znaczy, że nie należy się z nimi liczyć. Nasze środowisko jest zróżnicowane. Są lekarze dentyści, którzy mają podpisane umowy na świadczenia z NFZ, są tacy, którzy funkcjonują na rynku komercyjnym i jest grupa, która tkwi w zawieszeniu, oczekując na to, w jakim kierunku pójdą zmiany w systemie. To może budzić frustrację i dzielić środowisko, jednak nie w sprawach idei kroczenia jedną drogą z lekarzami i poszukiwania takich rozwiązań, które byłyby korzystne dla wszystkich.

Jednak rozstanie z pana poprzedniczką nie było przyjemne i można powiedzieć, że jeżeli przed końcem kadencji trzeba zmienić wiceprezesa, to coś jest na rzeczy.

Nie zawsze chodzi o kwestie merytoryczne. Czasem po prostu trudno się porozumieć. W sprawach, nad którymi pracuje Komisja Stomatologiczna NRL, jesteśmy zgodni, że należy je kontynuować, niezależnie od tego, kto z nas piastuje funkcję wiceprezesa NRL i przewodniczącego tej komisji. Także praca w zespołach nie została w żaden sposób zakłócona i toczy się dalej. Do końca obecnej kadencji pozostało niespełna półtora roku i to nie jest czas na animozje, na analizowanie, w jakich punktach i jak głęboko jesteśmy podzieleni. Należy skupić się na wspólnych zadaniach i ich realizacji. A do tego potrzebna jest nam zgoda i spokój, i zrobię wszystko, aby je kolegom stomatologom zapewnić. Zdecydowałem się kandydować w wyborach na wiceprezesa, wierząc, że uda mi się zapanować nad sytuacją i do końca tej kadencji zrealizować to, co było zaplanowane.

Które z tych zadań są priorytetowe?

Przede wszystkim jest ostatni dzwonek, aby zastanowić się, jak najlepiej wykorzystać środki unijne dla rozwijania naszych praktyk. Jest liczna grupa kolegów, którzy świetnie prosperują na rynku i ten postęp, zarówno jeśli chodzi o wyposażenie gabinetów, jak i wykorzystanie najnowszych technologii jest zauważalny – śmiało można powiedzieć, że dorównuje poziomem krajom europejskim, ale są także praktyki, które odstają od tego poziomu i w świetle obowiązujących przepisów będą musiały się do nich dostosować. Przede wszystkim czeka nas informatyzacja, której obawia się środowisko, a konkretnie związanych z tym kosztów, a przecież są na to do wykorzystania unijne pieniądze. Tylko trzeba je zdobyć. Duże podmioty już się do tego przygotowują, już mają gotowe wnioski i tylko czekają na uruchomienie pieniędzy. Indywidualni lekarze nie. Albo im w tym pomożemy, albo będą zmuszeni za własne pieniądze dostosować się do systemu. Będziemy też usilnie starać się o wprowadzenie zmian w systemie specjalizowania się lekarzy dentyków. Mamy w tej sprawie przychyłność Ministerstwa Zdrowia, jednak resort oczekuje od nas propozycji, które będziemy musieli sami wypracować. Wyzwaniem jest dyskusja nad tym, jak w przyszłości ma

wyglądać rynek usług stomatologicznych. Uważam, że w systemie powinni pracować wszyscy, niezależnie od tego, jaki rodzaj praktyki prowadzą. Pacjent powinien wybierać gabinet, w którym chce się leczyć, a sprawa rozliczeń z płatnikiem powinna być oddzielną kwestią, uregulowaną oddzielnie. Pomysł nie jest nowy, ciągle się gdzieś przewijał w poprzednich kadencjach i należałoby wrócić do tej dyskusji. Jako samorząd nie mamy mocy sprawczej, ale możemy swoje sugestie przekazywać decydentom. Dopóki jednak w Ministerstwie Zdrowia nie zbuduje się struktury administracyjnej czy biura odpowiedzialnego za sprawy stomatologii, będzie to trudne do przeprowadzenia.

Ma pan opinię osoby, która zawsze dąży do kompromisu. Czy i tym razem jego osiągnięcie jest możliwe?

Może trochę inaczej postrzegamy istotne zadania dla samorządu, ale kompromis jest możliwy. Są koledzy, którzy uważają, że iluzoryczna autonomia, którą mogliby osiągnąć, zmieniając zapisy prawa wyborczego, podniesie naszą działalność samorządową na wyższy poziom, wzrośnie ranga stomatologii, ale większość lekarzy dentystów uważa, że będąc we wspólnym samorządzie, osiągnęliśmy i osiągniemy w przyszłości znacznie więcej, a ja identyfikuję się z tymi opiniami. W tej wspólnotce tkwi nasza siła. Nasza rozmowa toczy się w sali Naczelnej Izby Lekarskiej imienia nieżyjącego już prof. Włodzimierza Józefowicza, którego miałem przyjemność znać osobiście, mieszkać z nim w jednym pokoju. Ten niezwykle świątły człowiek miał holistyczne podejście do problemów naszej grupy zawodowej i przy każdej sposobności podkreślał, że bycie w jednym samorządzie z lekarzami jest naszym największym osiągnięciem. Mogę tylko do tego dodać, że w takich ramach prawnych, w jakich się obecnie znajdujemy, na każdym poziomie funkcjonowania samorządu lekarskiego, dla każdego, kto chce być aktywny, znajdzie się miejsce. I pod tym właśnie kątem powinniśmy patrzeć na naszą działalność. Nie oceniać jej poprzez liczebność, ale aktywność.

Stomatologia jest prawie w stu procentach sprywatyzowana. Lekarzom dentystom wiedzie się lepiej niż kiedykolwiek. Skąd te frustracje?

Prawdą jest, że przez ostatnie lata stomatologia dynamicznie się rozwijała, jednak nierównomiernie. Wśród lekarzy dentystów jest grupa osób, które bardzo skorzystały na tych przekształceniach, tzw. beneficjentów, i taka, która nie poradziła sobie z formułą bycia przedsiębiorcą, nie mówiąc już o tych, którym nie stworzono nawet takiej możliwości. Nie zapominajmy, że wszystko się zmienia i to, co było atrakcyjne lat temu 20, dziś jest już przeżytkiem. Stomatologia też potrzebuje nowych rozwiązań, zarówno jeśli chodzi o kształcenie specjalizacyjne, jak i prowadzenie praktyk. Są osoby w naszym zawodzie, które chcą się realizować w pracy naukowej, są takie, którym zależy na uzyskaniu certyfikatów. Nam natomiast jako samorządowi lekarskiemu chodzi o to, aby wypracowywać takie stanowiska w tych sprawach, które spełniałyby oczekiwania jednych i drugich. Jednak – znów podkreślam – w logicznej dyskusji, aby nie tracić czasu na animozje.

Samorząd się starzeje, to widać po działaczach, czy w stomatologii trudno o następców?

Trudno, ale czas o tym pomyśleć. Nie rozpaczalbym, gdyby w nowej kadencji pojawili się w naszych szeregach zupełnie nowi ludzie. Chciałbym, aby to półtora roku, które zostało do końca obecnej kadencji, wyłoniło takie osoby. Życzylbym sobie jednak, aby przyszli z poczuciem, że to jest ich samorząd, gdzie mogą rozwiązywać swoje, nawet najtrudniejsze problemy. Z wypowiedzi zarówno Ministra Zdrowia, jak i prezesa NFZ Andrzeja Jacyny jasno wynika, że w projektach reformowania ochrony zdrowia stomatologia nie jest priorytetem. To oznacza, że nie należy się spodziewać jakichś rewolucyjnych zmian. Musimy więc liczyć się z wprowadzaniem ich metodą małych kroków. Mamy duże zaniedbania, szczególnie jeśli chodzi o higienę jamy ustnej, w tym próchnicę zębów u dzieci. Wprawdzie jest wola ze strony resortu zdrowia zwiększenia nakładów na opiekę stomatologiczną wśród dzieci i programy profilaktyczne, ale na tym koniec. Dlatego o przyszłość stomatologii jako takiej musimy zabiegać sami, rozpocząć dyskusję na ten temat, wypracować w samorządzie lekarskim koncepcje zmian i podjąć próbę przeformowania ich wyżej. Uważam, że do tej dyskusji powinny się włączyć Polskie Towarzystwo Stomatologiczne i inne dentystyczne towarzystwa naukowe. ■



W imieniu Fundacji Lekarze Lekarzom pragnę podziękować wszystkim Darczyńcom, którzy za pośrednictwem Fundacji wspierają Koleżanki i Kolegów w trudnych życiowych sytuacjach. Każda, nawet symboliczna kwota jest bardzo cenna. Chciałbym szczególnie podziękować za stałe i pojedyncze wpłaty Darczyńcom z: Czarnkowa, Gdańska, Grodziska Mazowieckiego, Inowrocławia, Kluczborka, Legnicy, Łodzi, Mielca, Poznania i Warszawy. Po raz pierwszy w tym roku Fundacja uzyskała możliwość otrzymywania „1% podatku” na cele statutowe – serdecznie dziękuję wszystkim, którzy zdecydowali się nas w ten sposób wesprzeć. Kolejny raz okazuje się, że razem można znacznie więcej. Jeszcze raz serdecznie wszystkim Wam dziękuję!

*Mariusz Janikowski,
PREZES ZARZĄDU
Fundacji Lekarze Lekarzom*

**Lidia
Sulikowska**

Meritus Pro Medicis 2015

W 2015 r. Meritus Pro Medicis – najważniejsze odznaczenie w samorządzie lekarskim – przyznano pięciu osobom. Zostały one uhonorowane podczas tegorocznego XIII Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy. Kim są odznaczeni? Jakimi działaniami zasłużyli na to wyróżnienie?



Stanisław Markowski
(Świętokrzyska Izba Lekarska)

Kardiolog i specjalista chorób wewnętrznych. Od początku walczył o utworzenie odrębnej izby dla świętokrzyskich lekarzy i stomatologów, co nie było proste, bo sam projekt ustawy o izbach lekarskich, reaktywujący samorząd lekarski, nie uwzględniał oddzielnej izby dla tego regionu. Swoją samorządową działalność związał przede wszystkim z okręgowym sądem lekarskim – jako przewodniczący I i II kadencji, zastępca przewodniczącego IV i V kadencji, i ponownie przewodniczący VI i obecnej kadencji. Zaangażowany także w działalność zespołu ds. etyki lekarzy swojej izby (członek zespołu wszystkich kadencji). Członek NSL i ORL III kadencji, delegat na OZL we wszystkich kadencjach i KZL I, II i III kadencji. Swoje życie zawodowe związał z Wojewódzkim Szpitalem Specjalistycznym w Czerwonej Górze, gdzie przez wiele lat był ordynatorem tamtejszego oddziału kardiologicznego.



Dr Jacek Miarka
(Okręgowa Izba Lekarska w Opolu)

Specjalista chorób wewnętrznych, neurolog i kardiolog. Jest jednym z tych, którzy tworzyli pierwszy Kodeks Etyki Lekarskiej. Członek Prezydium ORL I kadencji, w następnej kadencji pełnił funkcję przewodniczącego okręgowego sądu lekarskiego, a od III kadencji do teraz jest sędzią Naczelnego Sądu Lekarskiego. Ponadto bardzo angażuje się w pracę komisji bioetycznej swojej okręgowej izby lekarskiej, będąc przewodniczącym niemal od początku jej istnienia. Od wielu lat jest ordynatorem Oddziału Kardiologiczno-Internistycznego Szpitala Powiatowego w Nysie – pod jego kierownictwem specjalizację uzyskało 45 lekarzy, co jest ewenementem nie tylko w skali wojewódzkiej.



Waldemar Naze
(Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi)

Swoją przygodę z medycyną rozpoczął pod koniec lat 60., w 1972 r. uzyskał specjalizację z chirurgii ogólnej I stopnia, a w 1976 r. – II stopnia. Aktywnie włączył się w tworzenie OIL w Łodzi i działalność na rzecz samorządu lekarskiego już po jego odrodzeniu. Delegat na KZL w pierwszych trzech kadencjach. Działalność dla samorządu to

dla niego jednak przede wszystkim praca w biurze Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, gdzie pełni funkcję zastępcy NROZ nieprzerwanie od pierwszej kadencji do dziś. W swojej pracy zawodowej był między innymi ordynatorem Oddziału Chirurgii Szpitala im. Biegańskiego w Łodzi, a także kierował Oddziałem Chirurgicznym Szpitala Św. Ducha w Rawie Mazowieckiej.



Dr Konstanty Radziwiłł
(Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie)

Specjalista medycyny ogólnej, lekarz rodzinny. W pracy samorządu lekarskiego zaangażował się na początku lat 90. Delegat na OZL i KZL od 1993 r.. Przez wiele lat uczestniczył w pracach komisji problemowych Naczelnej Rady Lekarskiej, między innymi Komisji Etyki Lekarskiej oraz Komisji ds. Współpracy Międzynarodowej. Prezes NRL (2001-2010). W VI kadencji pełnił funkcję wiceprezesa NRL, a w obecnej – sekretarza NRL i wiceprezesa ORL w Warszawie. Działał też m.in. w strukturach lekarskich organizacji europejskich. W latach 2010-2012 r. był prezydentem Stałego Komitetu Lekarzy Europejskich (CPME). W listopadzie 2015 r. został ministrem zdrowia, co wiązało się z rezygnacją z działania w ramach samorządu lekarskiego. Odznaczony Złotym Krzyżem Zasługi i Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski.



Wanda Wenglarzy-Kowalczyk
(Śląska Izba Lekarska)

Specjalista chirurgii dziecięcej. W samorządzie lekarskim działa od jego reaktywacji. To, że lekarze i lekarze dentyści będą mogli w końcu sami o sobie decydować, uważała za wartość, której nie można zmarnować. W I kadencji była członkiem Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach, ponadto została zastępcą Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, pozostając na tym stanowisku przez kolejne kadencje. W obecnej kadencji samorządu lekarskiego także jest zastępcą NROZ. Przez wszystkie kadencje związana także z Komisją ds. Etyki ORL w Katowicach. Delegat na KZL i OZL. Przez ostatnich kilkanaście lat swojej pracy zawodowej kierowała Oddziałem Chirurgii Dziecięcej w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Rybniku.



Trzy godziny z NRL

**Mariusz
Tomczak**

Za nami kolejne spotkanie obecnego ministra zdrowia z Naczelną Radą Lekarską, wcale nie sielankowe. O co lekarze i lekarze dentyści pytali Konstantego Radziwiłła?

25 postulatów – tyle liczył apel podjęty przez NRL na początku grudnia*, czyli niespełna trzy tygodnie po objęciu ministerialnej teki przez Konstantego Radziwiłła. Wielostronicowy dokument z propozycjami i oczekiwaniami zawartymi w dotychczasowych stanowiskach samorządu wręczono ministrowi z prośbą, jak napisano, „o ich rozważenie w swych przyszłych działaniach”. Kiedy 2 września Konstanty Radziwiłł przyszedł na posiedzenie NRL jako szef resortu zdrowia, od razu powrócił do omówienia postulatów skierowanych do niego 9 miesięcy temu.

Kształcenie przed- i podyplomowe

Istota pierwszego z nich sprowadzała się do przywrócenia stażu podyplomowego. Jak wiadomo, projekt ustawy przywracającej go jest już w Sejmie. Przewiduje przyznanie lekarzowi stażyscie prawa wykonywania zawodu z, co jest nowością, możliwością wystawiania recept oraz wydawania opinii i orzeczeń lekarskich, choć wyłącznie w miejscu i celu odbywania stażu. – Nad programem jeszcze pracujemy – zadeklarował minister. Drugi postulat dotyczył podjęcia inicjatywy legislacyjnej zmierzającej do zmiany zasad odbywania specjalizacji, by „uczynić ją bardziej dostępną dla lekarzy i lekarzy dentyistów bez uszczerbku dla jakości kształcenia specjalizacyjnego”. 30 września zakończy działalność roboczy zespół mający przedstawić całościowy projekt zmian w zakresie kształcenia podyplomowego, przede wszystkim specjalizacyjnego (powołane pod koniec marca gremium do końca wakacji spotkało się siedem razy). Minister przypomniał o przyznaniu 1901 rezydentur na wiosenne postępowanie kwalifikacyjne na specjalizację lekarskie, a na jesienne – 4037. Samorząd oczekiwał zwiększenia limitów przyjęć na kierunek lekarski i zmniejszenia na lekarsko-dentystyczny. W tym roku o prawie 600 miejsc wzrósł nabór na studia lekarskie. Zgodnie z postulatami rektorów, jak uwypuklił minister, nieznacznie zwiększono liczbę miejsc na studiach kształcących przyszłych stomatologów. – Myślę, że w przyszłym roku nie będziemy zwiększać tej liczby – podkreślił. Dodał też, że to dzięki jego wstawiennictwu w jednym z rozporządzeń ministra edukacji narodowej nastąpi-

ła zmiana, zgodnie z którą przywrócono kształcenie w zawodzie asystentki stomatologicznej. Ponadto samorząd chciał dokonania zmian w sposobie dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego. 8 września weszło w życie rozporządzenie dotyczące punktów edukacyjnych. – W dużym uproszczeniu zmiany zmierzają do tego, by nie było wewnętrznej sekwestracji. Punkty będzie można zdobywać w każdy sposób określony w tabeli – powiedział.

Efekty zapowiedzi walki z biurokracją

Wielokrotnie w apelu NRL powtarzała się sugestia odbiurokratyzowania pracy lekarzy i lekarzy dentyistów. Niedawno Zespół do opracowania raportu dotyczącego możliwości uproszczenia regulacji dotyczących wykonywania działalności leczniczej (tak brzmi jego pełna nazwa) opracował liczący ok. 130 stron raport. Zwarte w nim rekomendacje są pomału wcielane w życie. Jedną z nich jest rezygnacja ze zgłaszania pewnych zmian w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (np. wykupienia kolejnej polisy ubezpieczeniowej). Pojawiły się uproszczenia w zakresie wymagań sanitarnych: zamiast wstępnej kontroli sanepidu wystarczy złożyć stosowne oświadczenie. – To najbardziej liberalne rozwiązanie, jakie można sobie tutaj wyobrazić – podkreślił Konstanty Radziwiłł. Zapewnił, że poważnie podchodzi do opiniowania kandydatów na konsultantów krajowych, aczkolwiek – choć takie oczekiwanie wyraziła NRL w grudniowych postulatach – nie przywrócono obowiązującego dwa lata temu przepisu nakładającego na ministra obowiązek zwracania się o to do właściwych krajowych samorządów zawodowych w ochronie zdrowia. Kolejny postulat brzmiał: zaprzestać ustalania standardów medycznych w formie rozporządzeń. – To już się stało. To nie minister, ale lekarze i lekarze dentyści są od ustalania wytycznych, oczywiście z wyjątkiem standardów organizacyjno-technicznych – powiedział szef resortu. Można by rzec, że Konstanty Radziwiłł poszedł jeszcze dalej, zwracając się do Komisji Europejskiej o podjęcie działań, które zapobiegą regulacji usług medycznych przez Europejski Komitet Standaryzacyjny (CEN). Na jego wniosek temat standaryzacji



usług medycznych pojawił się na niedawnym spotkaniu ministrów zdrowia UE. Polskie stanowisko poparło kilkanaście krajów (m.in. Belgia, Hiszpania, Niemcy i Węgry).

Oszczędności czy racjonalizacja?

Wróćmy jednak do spraw krajowych. 31 sierpnia Komitet Stały Rady Ministrów zajął się przygotowanymi przez resort zdrowia propozycjami zmian w firmowanym przez ministra Bartosza Arłukowicza pakiecie onkologicznym mocno krytykowanym przez samorząd lekarski jeszcze przed jego wejściem w życie. – Lada moment projekt przyjmie rząd i trafi do Sejmu – zapowiedział minister w siedzibie NIL. Zmiany mają polegać m.in. na: uproszczeniu sprawozdawczości przy prowadzeniu list oczekujących, rezygnacji ze wskaźnika rozpoznawania nowotworów obowiązującego lekarzy POZ, uproszczeniu karty DiLO i wprowadzeniu możliwości jej wystawiania przez lekarza AOS w razie podejrzenia, a nie tylko rozpoznania nowotworu. Na nowelizacji zyskają też pacjenci z nowotworami głowy. NRL apelowała o prawidłową wycenę świadczeń zdrowotnych udzielanych w ramach opieki zdrowotnej gwarantowanych i finansowanych z naszych podatków. – To jeden z najtrudniejszych obszarów, jakim się zajmujemy. Emocje są duże, bo jedni na tym zyskują, a inni tracą – bez ogródek przyznał minister. Dotychczas ponad dwieście świadczeń uznano za „potencjalnie znacznie przeszacowane”. W rezultacie zmniejszono niektóre taryfy (np. w wybranych grupach leczenia szpitalnego w kardiologii). – Przesunięcia sięgają blisko miliarda złotych. Oszczędności na procedurach nie są „zjadane” przez biurokrację. To zresztą nie jest kwestia oszczędności, lecz racjonalizacji wydatków – zapewnił. NRL zwróciła uwagę na to, aby przyjrzeć się finansowaniu ze środków publicznych świadczeń zdrowotnych udzielanych osobom, których leczenie spowodowane jest wyłącznie pozostawianiem pod wpływem alkoholu lub narkotyków oraz doznającym urazu w czasie uprawiania sportów ekstremalnych, ale – przynajmniej na razie – resort nie pracuje nad takimi rozwiązaniami. Minister Radziwiłł przypomniał o zwrocie izbom lekarskim kosztów ponoszonych na wykonywanie zadań przejętych przez samorząd lekarski od administracji publicznej. Niedawno, w zamian za rezygnację z roszczeń wobec ministerstwa, 23 izby i NIL otrzymały łącznie 10 mln zł tytułem zwrotu kosztów poniesionych na zadania realizowane w imieniu państwa w latach 2005-2015. – Wszystko odbyło się lege artis w asyście Prokuratury Generalnej, ale

w mediach dostałem za swoje – ubolewał. Jednocześnie przypominał, że resort negocjuje bieżące zasady finansowania w tym zakresie, co zresztą było zawarte w postulatach przekazanych w grudniu świeżo upieczonemu ministrowi.

Czy duże szpitale wyprą mniejsze?

Jako pierwszy pytanie ministrowi zadał Tomasz Romańczyk. W jego ocenie niektóre pomysły płynące z resortu na styku zaawansowanej specjalistyki a AOS i szpitalnictwa nie biorą pod uwagę realiów. – W ostatnich 15 latach w gastroenterologii, części kardiologii czy laryngologii zmieniła się struktura realizowanych świadczeń w kierunku krótkich hospitalizacji. Jest wiele analiz świadczących o tym, że współpłacenie na poziomie jednego, dwóch czy pięciu złotych zmniejsza liczbę niepotrzebnych porad czy zbędnych hospitalizacji, nawet jeśli koszty pozyskiwania pieniędzy są stosunkowo duże – powiedział. W odpowiedzi minister stwierdził, że nie planuje redukcji jednodniowych procedur szpitalnych ani wprowadzenia obowiązkowego współpłacenia przez pacjentów w publicznej służbie. – Nie ma żadnego planu wprowadzenia dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego – mówił, rozwiewając wątpliwości wyrażone z kolei przez byłego prezesa NRL Krzysztofa Madeja. – Wydało się, że nowe zasady kontraktowania ewidentnie preferują duże szpitale specjalistyczne – powiedział Jerzy Friedigier. W odpowiedzi minister deklarował, że co prawda rozporządzenia dotyczące kryteriów ofert weszło w życie, ale do chwili jego obowiązywania pozostało sporo czasu i jest gotów rozpatrzyć, po uprzednim dokonaniu analiz i wysłuchaniu stanowiska NFZ, do ewentualnych korekt przepisów. O przyszłość szpitali pytał również członek Prezydium NRL Stefan Sobczyński. Usłyszał, że resort nie zamierza likwidować szpitali czy zamykać oddziałów szpitalnych, a jedynie tworzyć „reguły gry”. – Zasady kontraktowania będą wymuszać u właściciela szpitala refleksję racjonalizacyjną podyktowaną dobrem pacjenta, to znaczy bezpieczeństwem i jakością opieki, a nie wynikiem finansowym – podkreślił. Jako przykład podał wprowadzenie koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży. Do projektu mogły przystąpić jednostki przyjmujące przynajmniej 600 porodów rocznie, podczas gdy w naszym kraju nie brakuje szpitali powiatowych, w których przyjmuje się jeden poród na trzy dni. – Doskonałość w medycynie jest osiągana poprzez doświadczenie – zaznaczył. Prezes ORL w Zielonej Górze Mariusz Witczak zwrócił uwagę na trudną

* Zobacz apel nr 12/15/ VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 4 grudnia 2015 r. do ministra zdrowia w sprawie kierunków zmian systemu opieki zdrowotnej, zasad wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentystry oraz kształcenia przed- i podyplomowego w tych zawodach. Dokument w całości publikujemy w dziale Samorząd na www.gazetalekarska.pl.

sytuację oddziałów wewnętrznych borykających się z brakiem wykwalifikowanej kadry i małą popularnością specjalizacji chorób wewnętrznych wśród rezydentów. – Mam nadzieję, że w wyniku reformy kształcenia podyplomowego, którą prowadzimy wspólnie m.in. z samorządem lekarskim, doprowadzimy do uratowania interny – zadeklarował minister. Członków samorządu interesowały długoterminowe plany dotyczące kadr medycznych i to, czy resort zahamuje komercjalizację zawodu lekarza. – Czy ministerstwo ma plany, by przeciwdziałać temu, że na dużym oddziale szpitalnym na etacie jest tylko ordynator, a reszta personelu pracuje na kontrakcie? – zapytał Mieczysław Dziedzic. Można było odnieść wrażenie, że minister nie jest zwolennikiem wprowadzenia chipów czy, jak w przypadku zawodowych kierowców, tachometrów. – Docelowo pojawi się rozwiązanie zmuszające każdy podmiot wchodzący do publicznego systemu, żeby przeszedł jakiś rodzaj akredytacji świadczący o poziomie bezpieczeństwa pacjentów i jakości opieki zdrowotnej – mówił Konstanty Radziwiłł. W jego ocenie jednym ze sposobów na rozwiązanie problemu niedoboru lekarzy w naszym kraju powinien być dalszy wzrost liczby studentów medycyny i w przyszłym roku postara się o to, choć nie za wszelką cenę. – Kształcenie nie może odbywać się kosztem jego jakości – podkreślił. W ostatnich miesiącach pojawiły się pewne wątpliwości wokół ewentualnego „rozdzielenia” lekarzy pracujących w publicznej i prywatnej służbie zdrowia. – Czy będzie trzeba wybierać, gdzie chce się pracować? – zapytał prezes NRL Maciej Hamankiewicz. – Nie mam takiego zamiaru – uciął krótko minister.

Pieniądze, czyli największa kość niezgody

Wiele emocji wzbudziła dyskusja o zarobkach lekarzy. Grzegorz Krzyżanowski mówił, że części z nich (nie tylko tym najmłodszym) płaca zasadnicza nie pozwala na godne życie, dlatego mają się dodatkowych zajęć. W odpowiedzi minister przypomniał o przygotowanym projekcie regulacji mającej zagwarantować minimalne stawki dla pracowników służby zdrowia (w tym także części pielęgniarek i ratowników medycznych). – Osób pobierających wynagrodzenie w służbie zdrowia jest kilkaset tysięcy i nie są to tylko lekarze – zaznaczył. Ustawa ma określić minimalny poziom wynagrodzenia zasadniczego, od którego wylicza się dodatki, np. za wysługę, pracę nocną, dyżury czy nadgodziny. Szef resortu usłyszał ciekawe słowa skierowane pod swoim adresem wobec niedawno zaprezentowanego pomysłu, aby rozpoczęty w 2018 r. wzrost nakładów na ochronę zdrowia zakończył się w 2025 r. na poziomie 6 proc. PKB. – Przyjmuję zarzut, że to za wolno, ale dotychczas nikt tego nie spróbował. Chcemy ustawowo zagwarantować, że ten odsetek będzie się poprawiał. Gdyby chcieć już dziś osiągnąć 6 proc. PKB, to musielibyśmy do systemu dodać jakieś 35 mld zł. To astronomiczna kwota – podkreślił. O wystawianiu recepty pytali prezes ORL w Katowicach Jacek Kozakiewicz i prezes ORL w Łodzi Grzegorz Mazur.

Ten ostatni skrytykował fakt, że od 1 września profesor geriatrici musi „cofnąć” do lekarza POZ pacjenta chcącego uzyskać bezpłatne leki z tzw. listy 75+. – Czemu są równi i równiejsi? – zapytał. Szef resortu temu zaprzeczył. – W obliczu m.in. polipragmatyzacji lekarzowi POZ łatwiej jest kontrolować wypisywane leki niż specjalistom. Chodzi też o uczynienie lekarza POZ strażnikiem środków publicznych – powiedział. Projekt 75+ nikomu nie odebrał prawa do wystawiania recepty i jeżeli ktoś chce się leczyć u diabetologa, to nadal może to robić, ale jeśli pacjent chce uzyskać bezpłatne leki, to nowe przepisy – jak to ujął – „delikatnie wskazują”, by iść do POZ. Przypomniał, że są kraje, w których recepty wystawiają wyłącznie lekarze POZ, a lekarz specjalista jest w tamtych systemach raczej konsultantem. Odpowiadając na pytanie prezesa ORL w Warszawie Andrzeja Sawoniego o pozasądowym dochodzeniu roszczeń z tytułu wypadków medycznych, minister wyjaśnił, że prace, choć wolno, są kontynuowane.

Dlaczego stomatologia nie jest priorytetem?

O perspektywy stomatologii pytał Andrzej Baszkowski, przypominając, że p.o. prezesa NFZ Andrzej Jacyna, goszcząc pod koniec lipca na posiedzeniu Prezydium NRL, nie określił jej mianem priorytetu. – Wśród priorytetów w stomatologii na pewno są dzieci. Dyskutujemy, co zrobić, aby opieka stomatologiczna była dostępna dla dzieci. W rozporządzeniu o kryteriach oceny ofert, które właśnie weszło w życie, działający w szkole gabinet stomatologiczny ma szansę otrzymać więcej punktów – usłyszał w odpowiedzi od ministra. Wiceprezes NRL Zyta Kaźmierczak-Zagórska pytała o sens istnienia karty DiLO. Minister podkreślił, że w związku z planowaną nowelizacją pakietu onkologicznego przeprowadzono bardzo szerokie konsultacje nie tylko ze środowiskiem lekarskim, ale i pacjenckim. – Z różnych powodów karta jest potrzebna, ale prawdopodobnie będzie to jedna dwustronicowa kartka – powiedział. Jolanta Orłowska-Heitzman pytała m.in. o rozporządzenie, które zmieniałoby sposób organizacji pracy pracowników patomorfologicznych oraz nowelizację ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych. Jak powiedział Konstanty Radziwiłł, w tej ostatniej sprawie toczą się prace znacznie wykraczające poza ulicę Miodową i trzeba jeszcze poczekać na efekty pracy międzyresortowego zespołu. – Nie będę zmierzał do tego, by minister zdrowia w drodze rozporządzenia określił wytyczne postępowania w patomorfologii – dodał. Natomiast Jolanta Wierzbicka wyraziła zaniepokojenie doniesieniami medialnymi, jakoby w wyniku opieszałości w tworzeniu map potrzeb zdrowotnych mogłyby wystąpić problemy w pozyskiwaniu środków unijnych. – Mapy powstają zgodnie z harmonogramem, nie ma ani jednego opóźnienia – rozwiął wątpliwości szef resortu. Zapewnił, że są i będą poważnie traktowane w resorcie. – Chcemy podejmować decyzje nie w sposób intuicyjny, ambicjonalny i polityczny, a w oparciu o konkrety – tymi słowami podsumował sens ich tworzenia. ■

Ważne

Koleżanki i Koledzy, rozpoczynamy kolejne niezmiernie ciekawe i ważne badanie poświęcone poznaniu czasu pracy lekarzy i lekarzy dentyistów oraz Waszych oczekiwań. Wyniki wykorzystamy także do projektu pn. „Mapy potrzeb zdrowotnych – Baza Analiz Systemowych i Wdrożeńiowych”. Bardzo prosimy wszystkie osoby, które otrzymają zaproszenie, do wzięcia udziału w badaniu opinii. Z góry bardzo dziękujemy.
Ośrodek Studiów,
Analiz i Informacji
Naczelnej Izby Lekarskiej



**Jolanta
Małyga**

Wiceprezes ORL
w Gorzowie Wlkp.

Ocieplenie klimatu

*Niczego od ciebie nie żądam, nie mam prawa,
ale będę się broniła przed skutkami twoich działań i nastrojów.*

Osho

Naukowcy twierdzą, że na świecie następuje ocieplenie klimatu na skutek zwiększonej emisji gazów do atmosfery, a szczególnie dwutlenku węgla. Skutkiem tego jest bardziej intensywne topnienie lodowców i powiększanie się akwenów, a później nastaje nowa epoka zlodowaceń – tak wyginęła większość dinozaurów. W nowej epoce pojawiają się następne pokolenia i za wszelką cenę próbują się wykluczyć z jaj. Słychać, jak z hukiem pękają skorupy, tylko że przy zbyt mocnym ich uderzaniu odpryski mogą uszkodzić miękkie głowy młodych gadów. Te nowe są zawsze mniej lub bardziej zmutowane, jednak mają zakodowane pewne dane dotyczące starych pomysłów na życie. Czy potrafią przystosować się do nowych warunków? Same jeszcze nie wiedzą, ale spróbują żyć w zmienionym, niestety nie po ich myśli, świecie. Taka kolej rzeczy istnieje w przyrodzie, a w historię Ziemi jest wpisana cykliczność zmian, które również u ludzi powodują ewolucję nastrojów. Takie zawirowania obserwujemy również teraz. Na świecie rośnie poczucie zagrożenia i niepokój o przetrwanie, a to powoduje wzrost agresji i nasilanie ryzyka wybuchu wojen. W tym roku daje się to wyraźnie zauważyć.

Lato zdecydowanie się wydłużyło. Gdy piszę ten felieton, jest pierwsza dekada września, a temperatura powietrza jak w szczycie upalnego lata. Taka ciepła, pogodna aura zdecydowanie wpływa na łagodzenie napięć, może też rozleniwiać, ale zbawienne działanie słońca u większości ludzi poprawia samopoczucie i pozwala myśleć łagodnie i pozytywnie. Osobiście bardzo odpowiada mi dłuższe lato, krótsza i cieplejsza zima. Moim zdaniem takie anomalie pogodowe bardzo dobrze wpłynęły na nas lekarzy i lekarzy dentyków. Udało się wyciszyć dyskusje i niepotrzebne emocje, szczególnie te internetowe, w których wypowiedzi niektórych dyskutantów przekraczały nie tylko granice dobrego smaku, ale były wręcz nieprzystające do zawodów, jakie wykonujemy.

Przed następnymi trzęsieniami ziemi i wybuchami wulkanów mamy czas na spokojną i efektywną pracę, aby nie dopuścić do kolejnego zlodowacenia. Naprawdę mamy wiele do zrobienia. Zamiast walczyć między sobą i głosić mniej lub bardziej populistyczne hasła, postaramy się, aby w miarę naszych możliwości doprowadzić do wprowadzenia korzystniejszych zapisów prawnych i zmian

w funkcjonowaniu służby zdrowia w Polsce, bez względu na uwarunkowania polityczne rządzących. Musimy zawsze mówić jednym i zdecydowanym głosem, jakie są nasze oczekiwania, gdyż to my lekarze i lekarze dentyści na co dzień borykamy się z problemami, jakie starają się wprowadzać politycy, niestety wielokrotnie nieposiadający wiedzy medycznej. Zdrowia i życia ludzkiego nie da się zasufladkować w bezduszne przepisy tworzone dla zdobycia posłuchu w społeczeństwie i przrzucenia winy za niewydolność systemu na wykonawców, czyli pracowników służby zdrowia. Najlepszym przykładem jest opieka stomatologiczna w naszym kraju, która od lat jest niedofinansowana i systematycznie ilość pieniędzy na ten dział lecznictwa spada. Na arenie światowej zajmujemy zaszczytne, ostatnie miejsce w rankingu zdrowia jamy ustnej. Wszelkie sukcesy, jakie odnotowuje polska stomatologia na świecie, są wynikiem bardzo dużego zaangażowania w pracę naszych naukowców, którzy wszelkimi sposobami starają się zdobyć środki finansowe na wprowadzanie nowoczesnych technologii i metod leczenia. Chwała naukowcom za trud i pracę, tylko dlaczego jakoś nikt z decydentów nie chce się wsłuchać w głos osób kompetentnych i znających się na problemach stomatologii? Marginalizowane leczenie stomatologiczne i twierdzenie, że są sprawy ważniejsze, wynika z niewiedzy, jak bardzo stan jamy ustnej rzutuje na zdrowie całego organizmu człowieka. Nie na tym powinna polegać odpowiedzialność państwa za zdrowie Polaków. Zapewne nie tylko moim zdaniem najważniejsze jest zadbanie o młode pokolenia, wdrożenie prawidłowych zachowań zdrowotnych, higieny jamy ustnej, profilaktyki i przede wszystkim na te cele nie powinno zabraknąć pieniędzy z budżetu państwa. Na Światowym Kongresie Stomatologicznym nasz Minister Zdrowia ogłosił, że właśnie polski rząd opiekę nad dziećmi uznaje za priorytet w opiece stomatologicznej. My lekarze dentyści mamy więc obietnicę złożoną przed międzynarodowym gremium i teraz do nas należy wyegzekwowanie przynajmniej tego oświadczenia. Nawet jeżeli było to powiedziane pod wpływem chwili i uroczystego nastroju, to my powinniśmy potrafić się przed tą chwilowością obronić i skutecznie domagać się realizacji złożonych obietnic, przecież mamy ocieplenie klimatu. ■



Michał Kozik

Radca prawny,
Naczelna Izba
Lekarska

Dostęp do pytań egzaminacyjnych

Prezentujemy niektóre aspekty prawne dostępu do pytań egzaminacyjnych z Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego oraz Lekarskiego Egzaminu Końcowego i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego, które już się odbyły.

Ze względu na ograniczone ramy, artykuł nie zawiera pogłębionej analizy wszystkich zagadnień występujących w sprawie i ogranicza się tylko do tych najważniejszych.

Zagadnienia ogólne

Powszechnie wiadomo, że przy każdym sprawdzianie wiedzy, niezależnie czy jest to egzamin na prawo jazdy, egzamin maturalny czy lekarski egzamin specjalizacyjny, możliwość zapoznania się z pytaniami egzaminacyjnymi z lat ubiegłych jest dla zdającego ważna. W karierze zawodowej lekarza można wyróżnić zasadniczo dwa istotne etapy edukacji, które wymagają zwieńczenia egzaminem, jednym z tych egzaminów jest Lekarski Egzamin Końcowy (LEK), drugim Państwowy Egzamin Specjalizacyjny (PES). Na pozytywny wynik tych egzaminów zdawanych przez lekarzy – jak zresztą każdego egzaminu – składa się wiele czynników, z których najważniejszym jest posiadanie ugruntowanej wiedzy zdobytej w czasie szkolenia, nie bez znaczenia jest jednak posiadanie „umiejętności” rozwiązywania określonego rodzaju zadań. Dlatego właśnie lekarze przystępujący do LEK, LDEK i PES są zainteresowani dostępem do pytań egzaminacyjnych z lat ubiegłych. Powstaje jednak pytanie, czy dostęp do tych pytań im się należy.

Pytania egzaminacyjne jako informacja publiczna

Kwestię statusu pytań egzaminacyjnych musiały rozstrzygnąć sądy administracyjne w sytuacji, w której w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty nie było przepisów, które regulowały dostęp do tych pytań. Podstawową wątpliwością było to, czy brak przepisu przewidującego dostęp do pytań oznaczał, że pytania nie podlegają udostępnieniu.

Centrum Egzaminów Medycznych broniło poglądu, że pytania z egzaminów nie należą do kategorii informacji publicznej, zatem brak przepisu upoważniającego do dostępu do nich czyni je niedostępnymi. Z tym poglądem nie zgodziły się jednak sądy administracyjne, uznając, że pytania te są „informacją publiczną”, do której dostęp zapewnia każdemu zarówno Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, jak i ustawa o dostępie do informacji publicznej. Taki kierunek wykładni przyjął m.in. Wojewódzki Sąd Administracyjny

w Łodzi w wyroku z dnia 20 grudnia 2010 r., sygn. akt II SAB/Łd 53/10 oraz Naczelny Sąd Administracyjny w wyroku z dnia 21 lipca 2011 r., sygn. akt I OSK 678/11, wyjaśniając, że zadania testowe użyte w trakcie PES są dokumentem urzędowym zawierającym w sobie informacje wykorzystywane przez organ, służące realizacji jego zadań, a więc stanowiące informację publiczną. Podstawą dla tej linii orzeczniczej była szeroka wykładnia pojęcia „informacja publiczna”, sądy uznały, iż informacją publiczną jest każda wiadomość wytworzona lub odnosząca się do władz publicznych, a także wytworzona lub odnosząca się do innych podmiotów wykonujących funkcje publiczne w zakresie wykonywania przez nie zadań władzy publicznej i gospodarowania mieniem komunalnym lub majątkiem Skarbu Państwa. W orzecznictwie wyjaśniono, że CEM jest państwową jednostką budżetową podległą ministrowi do spraw zdrowia, której przedmiotem działalności jest realizacja zadań związanych z organizowaniem egzaminów medycznych, w związku z czym pytania egzaminacyjne jako wiadomość wytworzona lub odnosząca się do tej jednostki w zakresie wykonywania przez nią powierzonych jej zadań publicznych stanowi informację publiczną. Takie stanowisko sądów administracyjnych sprawiło, że do tego, aby lekarz domagał się przekazania mu pytań egzaminacyjnych, nie było potrzebne specjalne upoważnienie zawarte w ustawie regulującej tryb przeprowadzania tych egzaminów, wystarczyło bowiem powołanie się na ogólne prawo obywatela do dostępu do informacji publicznych.

Nowelizacja przepisów

– ustanowienie zakazu dostępu do pytań

W reakcji na takie stanowisko sądów, ustawodawca – chcąc ograniczyć lekarzom dostęp do pytań egzaminacyjnych – znówelizował przepisy ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Z dniem 1 lipca 2011 r. weszła w życie ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. 2011, poz. 113, poz. 658), która zarówno co do LEK, LDEK, jak i PES wprowadziła zakaz udostępniania pytań egzaminacyjnych. Wprowadzono wówczas art. 14a ust. 11 ust. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, który stanowił: „Testy i pytania testowe nie podlegają udostępnianiu na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do

informacji publicznej”. Kwestię dostępu do zadań egzaminacyjnych z PES uregulowano w art. 16r ust. 12 zd. 2 ust. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, który przewidywał, że „Zadania testowe nie podlegają udostępnianiu na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej”. W ten sposób stworzono barierę dostępu do pytań egzaminacyjnych, całkowicie eliminując dostęp do pytań i zadań egzaminacyjnych w trybie ustawy o dostępie do informacji publicznej.

Ocena zgodności zakazu dostępu do pytań z Konstytucją

W takim stanie rzeczy należało zbadać, czy wprowadzony na szczeblu ustawowym zakaz dostępu do pytań da się pogodzić z przepisami Konstytucji. Konstytucja przewiduje bowiem pewien poziom ochrony praw i wolności w niej gwarantowanych, którego nie można odebrać w drodze ustawy zwykłej. Nie jest zatem tak, że ustawodawca może uchwalić dowolną ustawę i w ten sposób ograniczyć prawa czy wolności przyznane w Konstytucji.

Prawo do informacji publicznej gwarantuje art. 61 Konstytucji. Zgodnie z nim obywatel ma prawo do uzyskiwania informacji o działalności organów władzy publicznej oraz osób pełniących funkcje publiczne. Prawo to obejmuje również uzyskiwanie informacji o działalności innych osób oraz jednostek w zakresie, w jakim wykonują one zadania władzy publicznej i gospodarują mieniem komunalnym lub majątkiem Skarbu Państwa. Przyjmuje się, że zasada jawności działania organów władzy publicznej jest jednym z fundamentów demokratycznego państwa prawnego. Prawo do informacji o działalności władzy publicznej ma na celu społeczną kontrolę tej władzy, przeciwdziała jej nadużyciom i gwarantuje, że podmioty wykonujące władzę publiczną korzystają ze swych prerogatyw w sposób właściwy.

Konstytucja w art. 61 ust. 3 przewiduje, w jakich sytuacjach ustawodawcy wolno ograniczyć dostęp do informacji publicznej, ograniczając je do potrzeby ochrony wolności i praw innych osób i podmiotów gospodarczych, ochrony porządku publicznego, bezpieczeństwa lub ważnego interesu gospodarczego państwa. Analiza przeprowadzona przez Naczelną Radę Lekarską doprowadziła do wniosku, że ograniczenie dostępu do pytań egzaminacyjnych z LEK, LDEK i PES nie była podyktowana koniecznością ochrony wolności i praw innych osób ani koniecznością ochrony porządku publicznego, bezpieczeństwa czy ważnym interesem gospodarczym państwa, zatem nastąpiła z naruszeniem Konstytucji.

Naczelna Rada Lekarska kierowała do Ministra Zdrowia apele o zainicjowanie uchylecia tych przepisów. Apele te – wsparte również stanowiskiem Rzecznika Praw Obywatelskich – nie odniosły skutku.

Rozstrzygnięcie Trybunału Konstytucyjnego

Na początku 2015 r. Naczelna Rada Lekarska skierowała do Trybunału Konstytucyjnego wniosek o zbadanie zgodności z Konstytucją art. 14a ust. 11 i art. 16r ust. 12 ust. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, ►

zarzucając, że zakaz dostępu do pytań egzaminacyjnych ogranicza w sposób niedozwolony konstytucyjne prawo dostępu do informacji publicznej.

Trybunał rozpatrzył sprawę w dniu 7 czerwca 2016 r. pod sygn. akt K 8/16, uwzględniając w całości wniosek złożony przez Naczelną Radę Lekarską. Trybunał stwierdził, że zaskarżone przepisy, tj. art. 14a ust. 11 i art. 16r ust. 12 ust. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, w zakresie, w jakim dotyczą pytań z LEK, LDEK i PES, które już się odbyły, są niezgodne z art. 61 ust. 3 w związku z art. 31 ust. 3 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej.

Omówienie wyroku Trybunału należy rozpocząć od stwierdzenia, że Trybunał wyraźnie przesądził, że pytania z egzaminów należą do kategorii informacji publicznej. Trybunał wskazał, iż informacją publiczną są objęte nie tylko dokumenty wytworzone przez dany organ realizujący zadania państwowe, ale także wiadomości pochodzące z innych dokumentów, których organ używa do realizacji swoich zadań.

Trybunał rozpatrywał zakaz dostępu do pytań w kontekście wzajemnej relacji przepisów art. 61 ust. 3 i art. 31 ust. 3 Konstytucji, przyjmując – co bardzo ważne – że przesłanki ingerencji ustawodawcy w prawo do informacji publicznej są wyczerpująco wymienione w art. 61 ust. 3 Konstytucji. Z orzeczenia Trybunału wynika, że art. 61 ust. 3 Konstytucji dezaktualizuje dopuszczalne w świetle art. 31 ust. 3 Konstytucji inne okoliczności, które usprawiedliwiają wprowadzenie ograniczenia praw i wolności, przesądzając, że podstawą ograniczenia prawa do informacji mogą być tylko wymienione w art. 61 ust. 3 wartości: konieczność ochrony wolności i praw innych osób, konieczność ochrony porządku publicznego, bezpieczeństwo czy ważny interes gospodarczy państwa. Zdaniem TK art. 31 ust. 3 Konstytucji znajduje zastosowanie tylko co do pozostałych elementów zasady proporcjonalności.

Odnosząc się do meritum sprawy, Trybunał wskazał, że Ministerstwo Zdrowia w trakcie prac legislacyjnych nad przepisami zakazującymi dostępu do pytań egzaminacyjnych w roku 2011 (druk sejmowy nr 3487/VI kadencja) nie powołało się na żadną z konstytucyjnych przesłanek pozwalających ograniczyć dostęp do informacji publicznej.

Trybunał odniósł się w swoim wyroku także do argumentacji przedstawionej przez Ministerstwo Zdrowia w toku korespondencji z Naczelną Radą Lekarską, która sprowadzała się do tego, że uchylenie zakazu mogłoby doprowadzić do obniżenia standardów jakościowych sprawdzianu wiedzy lekarza, a tym samym negatywnie wpłynąć na poziom kompetencji lekarzy, w przypadku wąskich zakresowo dziedzin mogłyby się wyczerpać zasoby wiedzy, z których można byłoby opracowywać nowe pytania, co naruszałoby rzetelność egzaminu i jego funkcje weryfikacyjne. Na tak sformułowany zarzut Ministerstwa Trybunał wskazał – dzieląc w tym zakresie zdanie NRL – że ten argument jest w istocie pozaprawny i nie wytrzymuje konfrontacji z przesłankami ograniczenia prawa do informacji, sformułowanymi w art. 61 ust. 3 Konstytucji. Ponad-

to – zdaniem Trybunału – ujawnienie pytań egzaminacyjnych pozwala uniknąć sytuacji, w której dobrze przygotowany lekarz ma problem ze zdaniem egzaminu z uwagi na niezajomość techniki stawiania pytań. Trybunał skonkludował, że znajomość pytań powinna być odbierana nie jako zagrożenie dla poziomu nauczania, a wręcz przeciwnie – jako korzystny element procesu nauczania.

Trybunał w orzeczeniu z 7 czerwca 2016 r. wyraźnie określił, jakie skutki wywoła wydany wyrok, wskazując, że: „Wyrok Trybunału w niniejszej sprawie umożliwi dostęp do testów wykorzystanych w trakcie egzaminów, które już się odbyły”.

Decyzje o odmowie udostępnienia pytań z LEK, LDEK i PES wydane po wyroku Trybunału

Mimo wyroku Trybunału Konstytucyjnego, który przesądził, że pytania mają być jawne, dyrektor Centrum Egzaminów Medycznych nadal wydaje decyzje odmawiające dostępu do pytań z egzaminów, które już się odbyły.

W mojej ocenie, z chwilą wydania wyroku Trybunału wszelkie ustawowe przeszkody do udostępnienia pytań, a takimi były przepisy art. 14a ust. 11 i art. 16r ust. 12 zd. 2 ust. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, zostały uchylone. Obecnie nie ma podstaw do odmowy udostępnienia pytań egzaminacyjnych. W szczególności powoływany przez CEM art. 14a ust. 10 ust. o zawodach lekarza i lekarza dentystry nie może być podstawą do odmowy dostępu do pytań. Przepis ten ustanawia zupełnie zrozumiałą i niekwestionowaną zasadę tajności pytań w okresie przedegzaminacyjnym. Na tym etapie pytania są tajne, nie mogą być znane nikomu poza gronem osób biorących udział w ich przygotowywaniu, dystrybuowaniu i przechowywaniu, zasada tajności wyrażona w tym przepisie nie znajduje jednak zastosowania do fazy poegzaminacyjnej, w której pytania są informacją publiczną.

Podobnie powoływany przez CEM art. 16r ust. 12 zd. 1 ust. o zawodach lekarza i lekarza dentystry nie ustanawia zakazu udostępniania pytań testowych z egzaminów PES, które już się odbyły. Już językowa wykładnia tego przepisu prowadzi do wniosku, że wyrażona w nim reguła tajności odnosi się tylko do obiegu pytań testowych w fazie poprzedzającej egzamin, stanowi on bowiem, że: „Testy, pytania i zadania egzaminacyjne są opracowywane, przetwarzane, dystrybuowane i przechowywane w sposób uniemożliwiający dostęp do nich przez osoby inne niż uczestniczące w ich opracowywaniu, przetwarzaniu, dystrybuowaniu, przechowywaniu, przeprowadzające PES lub sprawujące nadzór nad ich prowadzeniem”.

W tej sytuacji, aby uzyskać dostęp do pytań egzaminacyjnych z LEK, LDEK i PES, które już się odbyły, należy złożyć odwołanie od decyzji dyrektora CEM, a następnie, w razie nieuwzględnienia odwołania, skorzystać z prawa do złożenia skargi do wojewódzkiego sądu administracyjnego. ■

**Jacek
Bajak**

Dyrektor Biura
Odszkodowań,
TU INTER Polska S.A.

Wielowątkowe roszczenie

U 25-letniego mężczyzny, piłkarza – amatora, wykryto niewydolność żył. Na podstawie przeprowadzonego badania USG pacjent został zakwalifikowany do leczenia operacyjnego żyłaków prawej nogi. Zabieg miał zostać wykonany w prywatnej placówce specjalizującej się w tego typu schorzeniach. Lekarz kierujący pacjenta do zabiegu poinformował go, że zabieg ten polega na usunięciu zmian w naczyniach żylnych i podwiązaniu żył. Pacjent został także poinformowany o najczęstszych powikłaniach, takich jak obrzęk nogi, nawrót dolegliwości i krwiaki.

Podczas zabiegu z nieustalonych przyczyn doszło do uszkodzenia prawej żyły udowej wspólnej, co wywołało krwotok. Pacjenta przewieziono do szpitala, gdzie został poddany operacji zszycia żyły udowej wspólnej. Sama operacja przebiegła pomyślnie, jednak przez kilka dni istniało realne zagrożenie życia pacjenta związane z niewydolnością i ryzykiem zatoru płucnego, a także wysokie ryzyko amputacji nogi. Na szczęście leczenie pooperacyjne przebiegło bez powikłań. Pacjent długo dochodził do zdrowia – zarówno fizycznego jak i psychicznego – jego rehabilitacja była długotrwała i bolesna.

Pacjent pozwał placówkę, żądając 300 000 zł zadośćuczynienia i odszkodowania. W oparciu o analizę dokumentacji medycznej, opinie biegłych i zeznania świadków sąd ustalił, że zatrudniony w pozwanej placówce lekarz nie dochował należytej staranności, przygotowując się do zabiegu. Nie zlecił bezpośrednio przed zabiegiem badania USG Doppler, co pozwoliłoby na poznanie anatomii naczyń krwionośnych powoda i zminimalizowałoby ryzyko przecięcia żyły. Lekarz nie zapoznał się z wcześniejszymi wynikami badania USG ani nie zlecił dodatkowych badań, w tym ukierunkowanych na oznaczenie grupy krwi pacjenta z oznaczeniem czynnika krzepliwości.

Sąd I instancji przyznał piłkarzowi 100 000 zł, zaś sąd apelacyjny ograniczył to zasądzenie do 60 000 zł na skutek apelacji strony pozwanej. Sąd w uzasadnieniu wyroku podkreślił fakt niestarannego przygotowania do zabiegu, jako jeden

z przykładów podając fakt zapisania w dokumentacji, że zabieg dotyczył nogi lewej, podczas gdy w rzeczywistości schorzenie i uszkodzenie żyły dotyczyło uda prawego. Sąd zasądził również 20 000 zł na rzecz poszkodowanego z tytułu naruszenia prawa pacjenta do podjęcia świadomej decyzji o poddaniu się zabiegowi. W ocenie sądu pacjent podejmował decyzję o poddaniu się zabiegowi, nie mając pełnej wiedzy o potencjalnych zagrożeniach, takich jak ryzyko przecięcia żyły. Pacjent otrzymał także rentę w wysokości 100 zł miesięcznie z tytułu utraconych dochodów związanych z grą w ligowych meczach piłkarskich.

Powyższy przypadek ilustruje złożoność odpowiedzialności cywilnej. Z jednej strony mamy pacjenta, który wnosi coraz bardziej złożone roszczenia, powołując się na wadliwą dokumentację, łamanie praw pacjenta, nienależytą staranność i utratę dochodów – wszystko w jednym pozwie. Z drugiej – mamy podmiot leczniczy – którego rynkowe realia skłaniają do upraszczania, a nawet łamania procedur i przyspieszania procesów medycznych. To niestety prowadzi do zaniedbań i błędów.

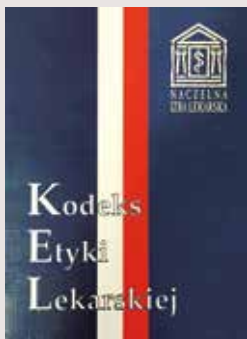
Ubezpieczenia w medycynie nie zastąpią standardów i procedur. Ubezpieczyciele jednak wpływają na przestrzeganie procedur i utrzymywanie standardów. Naszym zadaniem jest minimalizacja ryzyka ubezpieczeniowego. Dlatego edukujemy podmioty lecznicze i samych lekarzy jak działać, aby roszczenia – jeśli się przytrafią – były jak najmniej. Pamiętajmy, że każda ochrona ubezpieczeniowa ma górny limit. Jeśli suma roszczeń przekroczy ten limit istnieje ryzyko, że będziemy płacić odszkodowania z własnej kieszeni.



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

Pod wpływem alkoholu

„W czasie wykonywania swej pracy lekarz musi zachować trzeźwość i nie podlegać działaniu jakichkolwiek środków uzależniających” (art. 64 KEL).



W marcu 2014 r. po rozpatrzeniu sprawy lekarza obwinionego o pełnienie dyżuru pod wpływem alkoholu, co stanowi naruszenie art. 64 Kodeksu Etyki Lekarskiej, Okręgowy Sąd Lekarski uznał skargę OROZ za zasadną i wymierzył obwinionemu lekarzowi karę zawieszenia prawa wykonywania zawodu na okres jednego roku oraz obciążył go kosztami postępowania. Od powyższego orzeczenia obwiniony odwołał się do Naczelnego Sądu Lekarskiego, tłumacząc swoje odwołanie trudnościami natury finansowej i rodzinnej.

NSL uznał odwołanie za bezzasadne i podtrzymał w mocy orzeczenie OSL. Postępowanie lekarza, na które została założona skarga, uznał za wysoce naganne, o znacznym stopniu społecznej szkodliwości oraz dotkliwie podważające zaufanie do zawodu lekarza. Dodatkowym czynnikiem obciążającym obwinionego był fakt, że już w 2012 r. był on skazany przez OSL na karę nagany za udzielanie świadczeń medycznych pod wpływem alkoholu.

To jednak nie koniec. W lutym 2015 r. sprawa tego samego lekarza wróciła na wokandę. Obwiniony po raz kolejny złamał art. 64 KEL, pełniąc dyżur pod wpływem alkoholu. Okręgowy Sąd Lekarski po roz-

poznaniu sprawy uznał obwinionego lekarza winnym i wymierzył mu karę zawieszenia prawa wykonywania zawodu na okres trzech lat oraz obciążył go kosztami postępowania. Od powyższego orzeczenia obwiniony lekarz odwołał się do Naczelnego Sądu Lekarskiego, zaskarżając orzeczenie w części dotyczącej kary, którą uznał za zbyt surową i niesprawiedliwą.

Naczelny Sąd Lekarski uznał odwołanie obwinionego lekarza za niezasadne i podtrzymał w mocy orzeczenie OSL. Wymiar kary orzeczony przez sąd pierwszej instancji uwzględniał bowiem dyrektywy określone w art. 53 Kodeksu karnego, który ma zastosowanie na podstawie art. 112 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich. Zgodnie z art. 53 Kodeksu karnego sąd wymierzył karę według swojego uznania, w granicach przewidzianych przez ustawę, dbając jednocześnie o to, by jej dolegliwość nie przekraczała stopnia winy. Rozpatrując tę sprawę, sąd uwzględnił stopień społecznej szkodliwości czynu oraz wziął pod uwagę m.in. cele zapobiegawcze i wychowawcze, które należy osiągnąć w stosunku do skazanego, a także potrzeby w zakresie kształtowania świadomości prawnej społeczeństwa.

Komentarz

Wydaje się, że treść instrukcyjna art. 64 KEL jest przejrzysta i oczywista. W dodatku co najmniej od kilkunastu już lat nie ma społecznego przyzwolenia na wykonywanie zadań przez lekarza będącego pod wpływem alkoholu czy narkotyków. Tymczasem nadal dość regularnie jesteśmy informowani bezpośrednio przez pacjentów albo za pośrednictwem mediów o niedopuszczalnych zachowaniach lekarzy, którzy zapominają, że wykonują zawód zaufania publicznego. Zapominają, że są pod uważną obserwacją tych, którzy przecież mają prawo oczekiwać od swojego doktora trzeźwości umysłu, refleksu i skupienia. Martwić musi jeszcze jeden aspekt. Przecież nie pracujemy na bezludnych wyspach. Przecież nasza praca jest najczęściej pracą zespołową. Przecież mamy szefów – ordynatorów, kierowników, dyrektorów. Przecież jesteśmy obserwowani nie tylko przez pacjentów. Czy nie powinniśmy sobie postawić pytania, jak to jest, że my lekarze nie umiemy nabrać podejrzeń, rozpoznać oczywistych przecież objawów, którymi obarczeni są nasi przyjaciele, a co gorsza, my sami? Dlaczego my lekarze nie umiemy zwrócić uwagi koledze lub koleżance, że sprawia wrażenie pijanego? Przecież pojawienie się w przychodni, na sali operacyjnej czy na wykładzie dla studentów (sic!) we „wczorajszym” stanie jest oczywistym objawem uzależnienia. I nie próbujemy siebie tłumaczyć incydentem. Mamy moralny i zawodowy obowiązek umieć taki skutek prze-

widzieć. Przecież jesteśmy lekarzami. Jeśli sami nie umieliśmy przewidzieć, muszą zareagować koledzy w szczerzy i natychmiastowy sposób, sygnalizując problem, który już zapewne istnieje. Muszą reagować przełożeni. I nie wolno im udawać, że nie widzą, tłumaczyć interes firmy brakiem lekarzy. Występując takim „niewidzeniem” przeciwko chorym i przeciwko lekarzowi. Tu nie może mieć zastosowania zasada: lepszy pijany lekarz niż żaden. Raz jeszcze powtórzę – w interesie tego lekarza.

Rzecznikom jest bardzo przykro wnosić o zawieszenie prawa wykonywania zawodu. Trudno jest wnosić o ograniczenie w zakresie czynności lekarza. Takie wnioski oznaczają, że nie zaistniał swoisty, środowiskowy mechanizm wczesnego ostrzegania. Uruchommy ten mechanizm! Niech nie będzie za późno.

Uruchommy mechanizm prewencyjny, zgłaszając zauważone podejrzenie do kolegi wypełniającego mandat w radzie lekarskiej czy nawet do prezesa rady. Poufność postępowania w takim zakresie podlega ustawowej gwarancji.

I nie zapominajmy, że samorząd lekarski każdego szczebla, dostrzegając problem nas dotyczący, uruchomił funkcje pełnomocników do spraw zdrowia. Są to znakomici specjaliści w dziedzinie zdrowia psychicznego i uzależnień. Najczęściej lekarze posiadający wielkie doświadczenie zdobywane wdrażaniem skutecznych terapii setek, wydawałoby się pozostających bez szans, chorych. Nas te choroby też trapią. Warto, jak zawsze, wcześniej je rozpoznawać. ■



**Grzegorz
Wrona**

Naczelny Rzecznik
Odpowiedzialności
Zawodowej

W 150. rocznicę urodzin Edmunda F. Biernackiego

Edmund Faustyn Biernacki – profesor Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie, lekarz i naukowiec, który urodził się w Opocznie 19 grudnia 1866 r., a zmarł we Lwowie 29 grudnia 1911 r. Jako przyczynę zgonu podano tętniak serca.

Naukę w młodości zdobywał w Kielcach i Lublinie, po maturze w 1864 r. wstępuje na Wydział Lekarski Uniwersytetu Warszawskiego, a po uzyskaniu dyplomu lekarza w 1889 r. otrzymuje asystenturę na Wydziale Lekarskim UW, jest ordynatorem Kliniki Chorób Wewnętrznych.

W 1890 r. uzyskuje stypendium umożliwiające mu pobyt u sław lekarskich w Heidelbergu, Paryżu, gdzie m.in. poznał hematologa prof. G. Hayema. W 1902 r. przenosi się do Lwowa, gdzie nostryfikuje dyplom lekarza wydany przez Uniwersytet Warszawski, osiąga stopień habilitacyjny. W 1908 r. otrzymuje stopień profesora nadzwyczajnego.

Zarówno jego życie, jak i twórczość naukowa były niezwykle aktywne, opublikował 97 prac z zakresu fizjologii, neurologii i hematologii. Lata 1893-1897 to okres poświęcony – jak sam określa – pneumonologii krwi ludzkiej i sedymentacji erytrocytów w warunkach fizjologicznych i w licznych stanach chorobowych.

Pierwsze swoje wyniki badań dotyczące odczynu opadania erytrocytów przedstawił w 1897 r. w siedzibie Warszawskiego Stowarzyszenia Lekarzy, a dzięki znajomości z prof. Hayemem – w Collège de France.

Swoje odkrycie Biernacki opublikował nie tylko w języku polskim (dla przykładu: *Samoistna sedymentacja krwi jako naukowa i praktyczno-kliniczna metoda badania*, „Gazeta Lekarska” 1897; 36:962-68, 189 37:996-1004), ale i w języku niemieckim (dla przykładu: *Die spontane Blutsedimentierung als eine wissenschaftlich und praktisch – klinische Untersuchungs-methode*, „Deutsche Medizinische Wochenschrift” 1897 48:769-772, 1897 53:847-849). Szereg innych prac ukazuje się w medycznej prasie Niemiec i Austrii.

Podkreślamy opublikowanie tego osiągnięcia w języku niemieckim (jak wiemy, w tych latach w Europie język ten był powszechnie używany w piśmiennictwie naukowym), ponieważ dwaj szwedzcy lekarze, uczeni Fähræus i Westergren, w swoich publikacjach z lat dwudziestych XX w. nie cytują ani jednej pracy Biernackiego dotyczącej sedymentacji krwinek, a znając ten język, nie mogli nie znać prac prof. Biernackiego.

Modyfikacja metody oznaczania sedymentacji krwinek przez Westergrena stała się powszechnie stosowaną w diagnostyce schorzeń (i słusznie!), ale dzięki temu z przykrością należy odnotować fakt, że zarówno ci szwedzcy autorzy, jak i – co gorsza – od lat International Committee for Standardization in Haematology, przypisuje to odkrycie właśnie im.

Niniejsze wspomnienie poświęcone 150. rocznicy urodzin profesora Edmunda Faustyna Biernackiego, ma na celu:

- zwrócenie uwagi na doniosłe znaczenie dla medycyny światowej jego odkrycia, mające do dziś praktyczne diagnostyczne zastosowanie (nawet jeśli ma charakter screening test),
- po odnalezieniu grobu prof. Biernackiego na Cmentarzu Łyczakowskim we Lwowie kompletnie zdezastrowanego składamy prośbę o ofiarowanie dowolnej kwoty na jego odnowienie:

**Adres: Polskie Towarzystwo
Hemoreologii i Mikrokrażenia,
ul. Śniadeckich 10, 31-531 Kraków
Nr konta: 17 1140 2004 0000 3102 7578 1969
(mBank)
Cel: Odnowa grobu Edmunda Biernackiego**

To bardzo szczupłe wspomnienie poświęcone prof. Biernackiemu nie pozwala na charakterystykę całego jego dorobku, dlatego też zainteresowanym tematyką OB – ESR i twórczością profesora Edmunda F. Biernackiego polecamy artykuły:

- E.J. Kucharz. *Dr Edmund Faustyn Biernacki i jego odkrycie. W stulecie odkrycia odczynu opadania czerwonych krwinek*. Pol Arch Med Wewn. 1994; 94:442-447,
- B. Uniśkiewicz. *Source of controversy in blood sedimentation tests. Perspectives of the Edmund Biernacki's method*. Organon. 2002; 31:149-164,
- B. Polińska, J. Matowiecka-Karna, H. Kemona. *Rola odczynu opadania krwinek czerwonych w diagnostyce różnych stanów klinicznych*. J Lab Diagn. 2015; 51:321-326,
- Z. Dąbrowski, A.B. Skotnicki. *Historia odkrycia znaczenia szybkości opadania erytrocytów (OB) w patologii człowieka (w 150 rocznicę urodzin polskiego lekarza i naukowca Edmunda Biernackiego)*. Przegląd Lekarski 2016; 73: 343-348. ■

**Aleksander B.
Skotnicki**

Katedra i Klinika
Hematologii,
Uniwersytet
Jagielloński,
Collegium
Medicum, Kraków

**Zbigniew
Dąbrowski**

Katedra
Rehabilitacji
Klinicznej Akademii
Wychowania
Fizycznego
w Krakowie

Oko pokaże alzheimera?

Badanie dna oka, poza diagnostyką chorób narządu wzroku, pomaga wykryć wiele ogólnoustrojowych schorzeń, takich jak nadciśnienie tętnicze, miażdżyca czy cukrzyca. Możliwe, że wkrótce ten katalog poszerzy się o alzheimera i parkinsona – dwie degeneracyjne choroby układu nerwowego, które dotyczą przede wszystkim osoby starsze. – Najnowsze doniesienia naukowe, badania amerykańskie i angielskie, informują nas o przełomowych raportach dotyczących badania dna oka u zwierząt. Wynika z nich, że za pomocą oftalmoskopu (wziernika), z wykorzystaniem wiązki laserowej i znacznika, możemy rozpoznawać komórki siatkówki, które ulegają apoptozie, czyli śmierci komórki – mówi dr hab. Katarzyna Michalska-Malecka z Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego im. prof. K. Gibińskiego w Katowicach. Wyniki tych badań opublikowano w sierpniowym numerze „Acta Neuropathologica Communications” i w „Investigative Ophthalmology & Visual Science” z początku br. U zwierząt naukowcy wykonywali m.in. tomografię siatkówki (badania OCT). Stwierdzili typowe zmiany wokół tarczy nerwu wzrokowego i centralnej części siatkówki, czyli w plamce. – Co więcej, zmiany te występują przed objawami typowymi dla choroby Alzheimera, co jest prawdziwą rewolucją – podkreśla okulistka, komentując osiągnięcia Brytyjczyków i Amerykanów. Nie wiadomo jeszcze, kiedy sprawdzanie dna oka pod kątem wczesnej diagnozy chorób Alzheimera i Parkinsona będzie stosowane u ludzi. – Samo badanie nie jest oczywiście metodą nową, konieczne jest przeprowadzenie badań klinicznych i wieloletnich obserwacji, ustalenie odpowiednich standardów dla tej metody i potwierdzenie, które elementy są charakterystyczne dla tych chorób. Pozwoli to na wcześniejsze rozpoczęcie leczenia, a tym samym skuteczniejszą terapię, obniżenie kosztów i lepsze rokowania – wyjaśnia specjalistka.

Polski prototyp stentgraftu

Zabieg implantacji polskiego prototypu stentgraftu naczyniowego (specjalnej protezy stosowanej w leczeniu tętniaków aorty) przeprowadzono w Pracowni Doświadczalnej Centrum Badawczo-Rozwojowego American Heart of Poland w Kostkowicach (woj. śląskie). Procedura daje szansę na kilkukrotnie tańsze, nowoczesne leczenie pacjentów z tętniakami aorty, stanowiącymi bezpośrednie zagrożenie dla życia. Lekarze podkreślają, że nierozpoznane i nieleczone tętniaki aorty są bardzo niebezpieczne dla chorego, szczególnie, że w większości przypadków pozostają bezobjawowe. Z czasem powiększają się, osłabiając wytrzymałość ich ściany, a to w konsekwencji prowadzić może do ich pęknięcia, krwotoku i zagrożenia życia pacjenta. Szacuje się, że w Polsce na tętniaka

zlokalizowanego w brzusznej części aorty choruje ok. 200 tys. osób. Jeszcze 20 lat temu podstawowym sposobem leczenia tętniaków aorty była złożona operacja chirurgiczna, ryzykowna dla pacjentów. Od lat 90. z powodzeniem zaczęto stosować również w Polsce nowoczesne leczenie endowaskularne z wykorzystaniem stentgraftów aortalnych produkowanych w innych krajach – dostępnych, ale stosunkowo drogie. Dziś takie leczenie w zakresie tętniaków aorty piersiowej jest standardem. Jak wyjaśnił dyrektor generalny CBR AHP, dr hab. Krzysztof Milewski, w trakcie zabiegu małoinwazyjnego w miejsce tętniaka lekarz wprowadza stentgraft, ale bez konieczności przeprowadzenia klasycznej operacji, tylko przez niewielkie nacięcie w tętnicy obwodowej, zmniejszając tym samym ryzyko wystąpienia powikłań okołozabiegowych. – Pacjent już po kilku dniach może opuścić szpital – powiedział Milewski. – Te wstępne wyniki doświadczalne to niewątpliwie sukces zespołu badawczo-klinicznego – komentuje dyrektor Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu prof. dr hab. Marian Zembala. Zaznacza jednocześnie, że konieczne są kolejne badania doświadczalne i kliniczne, zanim rozwiązanie będzie mogło być bezpiecznie stosowane u chorych.

Czujnik jak tatuaż

Czy można sprawdzić poziom elektrolitów, cukru, mocznika, a nawet hormonów we krwi bez klucia igłą? Można! Umożliwią to bioczujniki naklejane na skórę, właśnie tworzone na Politechnice Warszawskiej. Prototyp czujnika do pomiaru pulsu już powstał. Jest wydrukowany na papierze do tatuaży tymczasowych. W trakcie badania nakleja się go wraz z drugą warstwą (wykonaną z nanopłatków grafenowych) na skórę, najlepiej na nadgarstek i możliwe jest uzyskanie sygnału. Taka forma sprawia, że czujnik nie ogranicza użytkownika i nie przeszkadza mu w niczym. Pomiar pulsu to jednak nie wszystko. W przyszłości czujnikami można wykrywać również różne substancje chemiczne znajdujące się w ludzkim organizmie. Na razie urządzenia, które mogłyby wykonywać takie pomiary, nie były jeszcze sprawdzane na skórze. Testy odbywały się tylko w laboratorium. Co ważne, czujniki, nad którymi pracują polscy naukowcy, nie mają służyć do bardzo precyzyjnych laboratoryjnych pomiarów. Chodzi raczej o to, by dzięki nim monitorować, jak zachowuje się organizm w różnych sytuacjach (np. określić, kiedy człowiek jest mniej, a kiedy bardziej zestresowany). Badania z użyciem czujników byłyby szybkie i nieinwazyjne. Pozwoliłyby uniknąć nie tylko klucia igłą, ale i dostarczania pobranej próbki do laboratorium, a potem czekania na wynik badania. Tu pomiar substancji chemicznych trwa bowiem zaledwie 1-2 sekundy i od razu widać efekt. Czas pokaże, czy takie czujniki biomedyczne staną się przyszłością diagnostyki.

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

Aktualności



BIULETYN

Nr 5 (170) Rok XXVII Naczelnej Rady Lekarskiej Warszawa, IX 2016

Redaktor naczelny: Marek Jodłowski

Posiedzenie NRL – 2 września 2016 r.

UCHWAŁA Nr 17/16/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 2 września 2016 r.

w sprawie wystąpienia z wnioskiem do Trybunału Konstytucyjnego

Na podstawie art. 191 ust. 1 pkt 4 i ust. 2 w związku z art. 188 pkt 1 i 3 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej uchwala się, co następuje:

§ 1.

Wystąpić do Trybunału Konstytucyjnego z wnioskiem o zbadanie zgodności:

- 1) art. 40 ust. 3 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. 2015 r. poz. 454 z późn. zm.), w brzmieniu nadanym przez art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy – Kodeks postępowania karnego, ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2016 r. poz. 1070),
 - 2) art. 40 ust. 3a ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. 2015 r. poz. 454 z późn. zm.), w brzmieniu nadanym przez art. 2 pkt 2 ustawy z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy – Kodeks postępowania karnego, ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2016 r. poz. 1070),
 - 3) art. 14 ust. 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2016 r. poz. 186, z późn. zm.) w brzmieniu nadanym przez art. 3 pkt 1 ustawy z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy – Kodeks postępowania karnego, ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2016 r. poz. 1070),
 - 4) art. 14 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2016 r. poz. 186 z późn. zm.) w brzmieniu nadanym przez art. 3 pkt 2 ustawy z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy – Kodeks postępowania karnego, ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2016 r. poz. 1070),
- z art. 30, art. 47 w związku z art. 31 ust. 3 Konstytucji RP oraz art. 8 ust. 1 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności.

§ 2.

Upoważnić Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej Macieja Hamankiewicza do wniesienia wniosku, o którym mowa w § 1, do Trybunału Konstytucyjnego oraz reprezentowania Naczelnej Rady Lekarskiej w postępowaniu przed Trybunałem Konstytucyjnym w sprawie wniosku, o którym mowa w § 1, z prawem udzielenia pełnomocnictwa.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

UCHWAŁA Nr 18/16/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 2 września 2016 r.

w sprawie zasad i trybu powoływania komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej oraz regulaminu ich działania

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2016 r. poz. 522) i § 6 ust. 1 i 2 Regulaminu Naczelnej Rady Lekarskiej, stanowiącego załącznik do uchwały Nr 14 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu Naczelnej Rady Lekarskiej, uchwala się, co następuje:

§ 1.

Zasady i tryb powoływania komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej oraz regulamin ich działania stanowi załącznik do uchwały.

§ 2.

Za realizację uchwały odpowiedzialny jest sekretarz Naczelnej Rady Lekarskiej.

§ 3.

Traci moc:

- 1) uchwała Nr 11/10/VI Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 26 marca 2010 r. w sprawie regulaminu działania komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej,
- 2) uchwała Nr 11/14/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 9 maja 2014 r. zmieniająca uchwałę w sprawie regulaminu działania komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej.

§ 4.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

Załącznik do uchwały Nr 18/16/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 2 września 2016 r.

Zasady i tryb powoływania komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej oraz regulamin ich działania

§ 1.

Skład komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej ustala Naczelna Rada Lekarska, zwana dalej „NRL”.

§ 2.

1. Przewodniczący oraz członkowie komisji i zespołów NRL są wybierani przez Naczelną Radę Lekarską spośród delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy.
2. Naczelna Rada Lekarska może wybrać na członka komisji lub zespołu NRL lekarza lub lekarza dentystę nie będącego delegatem na Krajowy Zjazd Lekarzy, którego kandydaturę zgłosi właściwa okręgowa rada lekarska lub jeden z organów NIL.

§ 3.

1. Komisja NRL liczy nie więcej niż 10 członków.
2. Zespół NRL liczy nie więcej niż 5 członków.
3. Nie można być członkiem więcej niż dwóch komisji lub stałych zespołów NRL, przy czym do liczby tej nie wlicza się Konwentu, Komisji Stomatologicznej oraz Komisji ds. Egzaminów z Języka Polskiego dla Lekarzy Cudzoziemców.

§ 4.

1. NRL, powołując komisję lub zespół NRL, może określić zasady i tryb powoływania członków tej komisji lub tego zespołu oraz ich liczbę odmiennie niż wskazane w § 2 i 3.

2. W szczególnie uzasadnionych przypadkach członkiem komisji lub zespołu NRL może być osoba nie będąca lekarzem lub lekarzem dentystą.

§ 5.

1. Przewodniczący oraz członkowie komisji i zespołów NRL są powoływani na okres kadencji NRL.
2. W czasie swojej kadencji NRL może dokonywać zmian w składzie komisji i zespołów NRL, w tym na stanowisku przewodniczącego.
3. Kadencja komisji i zespołów NRL kończy się wraz z pierwszym posiedzeniem nowo wybranej komisji lub nowo wybranego zespołu NRL, nie później jednak niż w terminie 6 miesięcy od zakończenia kadencji NRL. Z chwilą wyboru nowego przewodniczącego komisji lub zespołu NRL wygasa mandat dotychczasowego przewodniczącego.

§ 6.

1. NRL może powołać stałe lub doraźne zespoły problemowe.
2. Komisja lub zespół NRL, za zgodą Prezydium NRL, może powołać ze swego składu zespoły problemowe.
3. W uzasadnionych przypadkach komisja lub zespół NRL może zasięgnąć opinii eksperta lub zespołu ekspertów, o którego powołaniu przewodniczący komisji lub zespołu NRL niezwłocznie powiadamia Prezydium NRL. W razie, gdy opinia eksperta lub zespołu ekspertów wymaga poniesienia nakładów finansowych, jej zasięgnięcie wymaga uprzedniej zgody Prezydium NRL.

§ 7.

Komisja i zespół NRL na pierwszym posiedzeniu wybiera ze swojego składu wiceprzewodniczącego i sekretarza, którzy wraz z przewodniczącym tworzą prezydium komisji lub zespołu NRL.

§ 8.

1. Komisja i zespół NRL uchwała roczny plan działania oraz roczny harmonogram posiedzeń, w tym harmonogram posiedzeń prezydium, które przedstawia do zatwierdzenia Prezydium NRL.
2. Posiedzenie komisji lub zespołu NRL oraz ich prezydiów zwołuje przewodniczący komisji lub zespołu NRL zgodnie z ustalonym harmonogramem posiedzeń.
3. Nadzwyczajne posiedzenia komisji lub zespołu NRL oraz ich prezydiów zwołuje przewodniczący na wniosek NRL, Prezydium NRL lub Prezesa NRL.
4. Zwołanie nadzwyczajnych posiedzeń komisji lub zespołów NRL oraz ich prezydiów w innym trybie niż wskazany w ust. 3 następuje za zgodą Prezydium NRL lub Prezesa NRL.

§ 9.

1. Posiedzenia komisji i zespołów NRL odbywają się w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej. Posiedzenie komisji i zespołów NRL poza siedzibą Naczelnej Izby Lekarskiej wymagają uprzedniej zgody Prezydium NRL.
2. Obsługę administracyjną komisji i zespołów NRL zapewnia biuro Naczelnej Izby Lekarskiej.

§ 10.

Przewodniczący komisji lub zespołu NRL:

- 1) organizuje pracę komisji lub zespołu NRL;
- 2) przewodniczy posiedzeniom komisji lub zespołu NRL;
- 3) przygotowuje projekt planu działania komisji lub zespołu NRL;
- 4) przygotowuje projekt harmonogramu posiedzeń komisji lub zespołu NRL;
- 5) przygotowuje projekt rocznego planu kosztów komisji lub zespołu NRL;
- 6) wnioskuję w sprawie wydatków komisji lub zespołu NRL;
- 7) reprezentuje komisję lub zespół NRL na posiedzeniach NRL i jej Prezydium;
- 8) podpisuje dokumenty komisji lub zespołu NRL i jej wewnętrzną korespondencję;
- 9) koordynuje prace zespołów problemowych powołanych przez komisję lub zespół NRL;
- 10) sporządza sprawozdania z działalności komisji lub zespołu NRL.

§ 11.

Wiceprzewodniczący komisji lub zespołu NRL:

- 1) pełni obowiązki przewodniczącego w czasie jego nieobecności;
- 2) wykonuje zadania powierzone przez przewodniczącego.

§ 12.

Sekretarz komisji lub zespołu NRL:

- 1) przygotowuje posiedzenia komisji lub zespołu NRL;
- 2) sporządza protokół z posiedzenia komisji lub zespołu NRL;
- 3) nadzoruje prowadzenie dokumentacji.

§ 13.

1. Członek komisji lub zespołu NRL uczestniczy w posiedzeniach osobiście.
2. Członek komisji lub zespołu NRL, który nie może uczestniczyć w posiedzeniu, powinien usprawiedliwić swoją nieobecność przed terminem tego posiedzenia.
3. W razie nieusprawiedliwionej nieobecności członka na trzech kolejnych posiedzeniach komisji lub zespołu NRL, NRL na wniosek przewodniczącego może odwołać tego członka ze składu komisji lub zespołu NRL.

§ 14.

1. Wyniki prac komisji lub zespołu NRL, mające formę uchwał, stanowisk, opinii lub oświadczeń, przewodniczący, za pośrednictwem Prezydium NRL, przekazuje NRL.
2. Komisja lub zespół NRL przyjmuje dokumenty, o których mowa w ust. 1, w drodze głosowania jawnego, zwykłą większością głosów.
3. Członek komisji lub zespołu NRL, który nie zgadza się z treścią przyjętego dokumentu, o którym mowa w ust. 1, może złożyć stanowisko odrębne wraz z pisemnym uzasadnieniem, które stanowi załącznik do tego dokumentu.

§ 15.

1. Z posiedzeń komisji lub zespołu NRL, ich prezydiów oraz zespołów problemowych powołanych przez komisję lub zespół NRL, sporządza się protokół, który podpisuje osoba przewodnicząca posiedzeniu oraz w przypadku komisji lub zespołu NRL sekretarz.
2. Protokół zawiera:
 - 1) numer kolejny protokołu;
 - 2) datę posiedzenia;
 - 3) listę obecności;
 - 4) porządek posiedzenia
 - 5) relację z przebiegu posiedzenia;
 - 6) treść przyjętych dokumentów.
3. Osoba kierująca pracą zespołu problemowego powołanego przez komisję lub zespół NRL, po zakończeniu jego prac, sporządza sprawozdanie i przedkłada je przewodniczącemu komisji lub zespołu NRL.

§ 16.

NRL określa w uchwale budżetowej limit środków finansowych przeznaczonych na pokrycie kosztów działalności komisji i zespołów NRL, obejmujących:

- 1) zwrot kosztów podróży, noclegów, diet, kosztów posiłków członków komisji i zespołów NRL oraz ekspertów;
- 2) koszty ekspertyz;
- 3) koszty realizacji zadań komisji lub zespołu NRL, wynikających z odrębnych uchwał NRL.

§ 17.

Komisje i zespoły NRL mogą odbywać wspólne posiedzenia w sprawach wchodzących w zakres ich zadań. Komisje lub zespoły NRL mogą również powoływać wspólnie zespoły problemowe.

§ 18.

1. O posiedzeniu komisji lub zespołu NRL powiadamia się okręgowe rady lekarskie.
2. W posiedzeniach komisji lub zespołu NRL, oprócz jej członków, mogą brać udział, z głosem doradczym, upoważnieni przedstawiciele okręgowych izb lekarskich, na wniosek i koszt tych izb.

UCHWAŁA Nr 19/16/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 2 września 2016 r.

zmieniająca uchwałę w sprawie zasad i trybu zwrotu kosztów podróży, diet podróży i innych świadczeń dla członków samorządu lekarskiego delegowanych na obszarze kraju do wykonywania czynności na rzecz organów Naczelnej Izby Lekarskiej oraz diet samorządowych

Na podstawie art. 10 ust. 2 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2016 r. poz. 522) uchwała się, co następuje:

§ 1.

W uchwale Nr 15/02/IV Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie zasad i trybu zwrotu kosztów podróży, diet podróży i innych

świadczących dla członków samorządu lekarskiego delegowanych na obszarze kraju do wykonywania czynności na rzecz organów Naczelnej Izby Lekarskiej oraz diet samorządowych, zmienionej uchwałą Nr 20/02/IV z dnia 7 czerwca 2002 r. oraz uchwałą Nr 24/10/VII z dnia 14 maja 2010 r., wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 1 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) zwrotu kosztów podróży, diet podróży i innych świadczeń przysługujących członkom Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Komisji Rewizyjnej, Naczelnego Sądu Lekarskiego, Naczelnemu Rzecznikowi Odpowiedzialności Zawodowej i jego zastępcom oraz komisji i zespołów powołanych przez te organy, a także Krajowej Komisji Wyborczej z tytułu podróży na obszarze kraju w związku z uczestnictwem w posiedzeniach i pracach organów Naczelnej Izby Lekarskiej ich komisji i zespołów oraz Krajowej Komisji Wyborczej;”;

2) w § 9 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Członkom organów, o których mowa w § 1 pkt 1, oraz powołanych przez te organy komisji i zespołów przysługuje dieta za udział w posiedzeniach i pracach tych organów, komisji i zespołów, a także Krajowej Komisji Wyborczej, oraz za czynności wykonywane na ich zlecenie, zwana dalej „dieta samorządową”.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

**UCHWAŁA Nr 20/16/VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 2 września 2016 r.**

**w sprawie realizacji uchwał, stanowisk i apeli Nadzwyczajnego XIII
Krajowego Zjazdu Lekarzy**

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 5 i 6 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2016 r. poz. 522) i § 6 ust. 1 Regulaminu Naczelnej Rady Lekarskiej, stanowiącego załącznik do uchwały Nr 14 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu Naczelnej Rady Lekarskiej uchwała się, co następuje:

§ 1.

1. Zobowiązuje się następujące komisje Naczelnej Rady Lekarskiej do opracowania i przedstawienia Naczelnej Radzie Lekarskiej sposobu realizacji uchwał, stanowisk i apeli Nadzwyczajnego XIII Krajowego Zjazdu Lekarzy:

- 1) Komisja Kształcenia Medycznego – apele nr 3, 4, 5 i 6,
- 2) Komisja Etyki Lekarskiej – apel nr 1,
- 3) Komisja Legislacyjna – stanowisko nr 2, apele nr 2, 12, 14 i 17,
- 4) Komisja Stomatologiczna – apele nr 15 i 19,
- 5) Konwent Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich – uchwała nr 1,
2. Zobowiązuje się Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej do opracowania i przedstawienia Naczelnej Radzie Lekarskiej sposobu realizacji apeli nr 1 i 18.
3. Wyznacza się termin do dnia 15 stycznia 2017 r. do wykonania i przedstawienia opracowań, o których mowa w ust. 1 i 2.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

**UCHWAŁA Nr 21/16/VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 2 września 2016 r.
zmieniająca uchwałę w sprawie wyboru
Rady Ośrodka Historycznego
Naczelnej Izby Lekarskiej**

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt. 4 i art. 5 pkt 13 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz. U. z 2016 r. poz. 522) w związku z § 4 ust. 1 uchwały nr 13/15/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 4 września 2015 r. w sprawie Ośrodka Historycznego Naczelnej Izby Lekarskiej zmienionej uchwałą Naczelnej Rady Lekarskiej nr 17/15/VII z dnia 4 grudnia 2015 r. uchwała się, co następuje:

§ 1.

W uchwale nr 18/15/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 4 grudnia 2015 r. w sprawie wyboru Rady Ośrodka Historycznego Naczelnej Izby Lekarskiej wprowadza się następującą zmianę:

W § 1 tiret 5 w miejsce Ładysława Nekanda-Trepki wpisuje się Krzysztofa Królikowskiego.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

**STANOWISKO Nr 12/16/VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 2 września 2016 r.**

**w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o pobieraniu,
przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów**

Naczelna Rada Lekarska po zapoznaniu się z projektem ustawy o zmianie ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, przekazany przy piśmie pani Katarzyny Głowi – Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia z dnia 2 lipca 2016 r., znak: PZ-T.0210.2.2015. MK zgłasza następujące uwagi do przedłożonego projektu ustawy:

Naczelna Rada Lekarska, po analizie wniesionych do projektu uwag wskazuje, że projekt nie uwzględnia odrębności pracy nad materiałami biologicznymi w ramach niekomercyjnych badań naukowych z wykorzystaniem komórek. W związku z powyższym należy rozważyć wyłączenie spod obowiązku uzyskania pozwolenia ministra właściwego do spraw zdrowia działalności realizowanej przez podmioty lecznicze, które w ramach pracy naukowej prowadzonej przez jednostki uczelni medycznych i uniwersytetów z wydziałem medycznym lub instytutami badawczymi, polegającej na pobieraniu komórek i tkanek w celu przeprowadzenia przeszczepu autologicznego, po uzyskaniu zgody właściwej komisji bioetycznej i pod jej nadzorem. Podkreślić należy, że w zakresie wykorzystania komórek i tkanek ludzkich do wytwarzania z nich produktów leczniczych, przepisy dotyczące przeszczepów powinny być stosowane jedynie na etapie pobrania materiału. Wobec powyższego należy w art. 1 ust. 2 ustawy dodać pkt 3 w brzmieniu:

„3) przetwarzania tkanek i komórek ludzkich w celach związanych z wytwarzaniem produktów leczniczych oraz przechowywania i dystrybucji tych produktów.”

Dodatkowo należy zmienić treść art. 16c ust. 4 ustawy poprzez nadanie mu następującego brzmienia:

„4. Pracami zespołu kwalifikującego biorców narządów kieruje wyznaczony przez kierownika zakładu opieki zdrowotnej, o którym mowa w ust. 1, lekarz specjalista z dziedziny transplantologii klinicznej. Pracami zespołu kwalifikującego biorców komórek hematopoetycznych szpiku kieruje lekarz specjalista z dziedziny transplantologii klinicznej, hematologii, onkologii lub hematologii dziecięcej.”

Należy również rozważyć celowość wyłączenia dawców przeszczepów autologicznych z zakresu dyspozycji art. 22 ustawy tj. regulacji dotyczącej uzyskania tytułu Dawcy Przeszczepu lub Zasłużony Dawca Przeszczepu.

Uwagi szczegółowe do projektu:

- 1) w art. 1 pkt 1 w projektowanej treści art. 2 ust. 1 pkt 1 wyrazy „przywozu i wywozu” należy zastąpić wyrazami „przywozu, wywozu”; oraz konsekwentnie używać tego sformułowania w dalszej części aktu prawnego;
- 2) w art. 1 pkt 1 w projektowanej treści art. 2 ust. 1 pkt 2 wyrazy „przeznaczonych do przeszczepiania lub zastosowania u ludzi” należy zastąpić

wyrazami „przeznaczonych do zastosowania u ludzi, w tym przeszczepiania”, oraz konsekwentnie używać tego sformułowania w dalszej części aktu prawnego;

- 3) w art. 1 pkt 1 w projektowanej treści art. 2 ust. 1 pkt 5 wyrazy „zwłoki ludzkie” zastąpić wyrazami „osoba zmarła”;
- 4) w art. 1 pkt 1 w projektowanej treści art. 2 ust. 1 pkt 13:
 - a. wyraz „prowadzące” należy zastąpić wyrazem „prowadzącą”;
 - b. wyraz „powodujące” należy zastąpić wyrazem „powodującą”;
- 5) w art. 1 pkt 1 w projektowanej treści art. 2 ust. 1 pkt 14 użyto wyrazu „pobrania” podczas gdy Dyrektywa 2015/565/WE posługuje się terminem „donation”, który może być tłumaczony jako „oddanie” lub „donacja” ew. „dawstwo”, ale nie jako „pobranie”. Należy rozważyć wprowadzenie w całym akcie prawnym terminologii odpowiadającej treści wdrażanych regulacji europejskich;
- 6) w art. 1 pkt 1 w projektowanej treści art. 2 ust. 1 pkt 16 wyrazy „kod banku tkanek i komórek Unii Europejskiej” należy zastąpić wyrazami „unijny kod banku tkanek i komórek”;
- 7) w art. 1 pkt 1 w projektowanej treści art. 2 ust. 1 pkt 18 powinien otrzymać brzmienie:

„18) komórki – pojedyncza komórka lub grupa komórek nie powiązanych ze sobą substancją międzykomórkową;”;
- 8) w art. 1 pkt 1 w projektowanej treści art. 2 ust. 1 pkt 19 powinien otrzymać brzmienie:

„19) konserwowanie – zastosowanie odczynników chemicznych, zmian w warunkach środowiskowych lub innych środków podczas przetwarzania w celu zapobieżenia lub opóźnienia biologicznej lub fizycznej degradacji komórek, tkanek lub narządów;”;
- 9) w art. 1 pkt 1 w projektowanej treści art. 2 ust. 1 pkt 22 powinien otrzymać brzmienie:

„22) kryteria akceptacji – przyjęte limity ilościowe i jakościowe, ich zakresy lub inne ustalone wskaźniki kontrolowanych parametrów, na podstawie których podejmowana jest decyzja o uznaniu efektu danej czynności za akceptowalny;”;
- 10) w art. 1 pkt 1 w projektowanej treści art. 2 ust. 1 pkt 31 powinien otrzymać brzmienie:

„31) przechowywanie – utrzymywanie komórek, tkanek lub narządów we właściwych i odpowiednio kontrolowanych warunkach do chwili ich zastosowania u ludzi, w tym przeszczepienia;”;
- 11) w art. 1 pkt 1 w projektowanej treści art. 2 ust. 1 pkt 37 powinien otrzymać brzmienie:

„37) przetwarzanie – wszelkie czynności związane z przygotowaniem, konserwowaniem i pakowaniem tkanek i komórek przeznaczonych do zastosowania u ludzi, w tym przeszczepienia z wyłączeniem procesów wytwarzania produktów leczniczych terapii zaawansowanej w rozumieniu przepisów Rozporządzenia (WE) Nr 1394/2007 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 13 listopada 2007 r. w sprawie produktów leczniczych terapii zaawansowanej i zmieniające dyrektywę 2001/83/WE oraz rozporządzenie (WE) nr 726/2004;”;
- 12) w art. 1 pkt 1 w projektowanej treści art. 2 ust. 1 pkt 46 powinien otrzymać brzmienie:

„46) tkanki – wszystkie elementy składowe organizmu ludzkiego utworzone z komórek;”;
- 13) w art. 1 pkt 1 w projektowanej treści art. 2 ust. 1 pkt 52 powinien otrzymać brzmienie:

„52) zastosowanie u ludzi – zastosowanie w celu leczniczym, w tym przeszczepienie tkanek lub komórek w organizmie biorcy, oraz zastosowanie pozaustrojowe tkanek lub komórek, z wyłączeniem zastosowania produktów leczniczych terapii zaawansowanej w rozumieniu przepisów Rozporządzenia (WE) Nr 1394/2007 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 13 listopada 2007 r. w sprawie produktów leczniczych terapii zaawansowanej i zmieniające dyrektywę 2001/83/WE oraz rozporządzenie (WE) nr 726/2004;”;
- 14) w art. 1 pkt 2 w projektowanej treści art. 26 ust. 4 powinien otrzymać brzmienie:

„4. Wniosek, o którym mowa w art. 26 ust. 1, zawiera:

- 1) dane dotyczące wnioskodawcy:
 - a) nazwę (firmę) oraz adres siedziby podmiotu, w strukturze którego znaj-

duje się bank tkanek i komórek, jeżeli dotyczy,

b) nazwę oraz adres siedziby banku tkanek i komórek,

c) adres do korespondencji,

d) inne, niż określone w lit. a-c informacje dotyczące wnioskodawcy obejmujące:

- określenie formy organizacyjno-prawnej,

- Numer Identyfikacji Podatkowej,

- numer w Krajowym Rejestrze Sądowym, jeżeli dotyczy,

- numer księgi rejestrowej w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą, jeżeli dotyczy,

- wykaz posiadanych pozwoleń ministra właściwego do spraw zdrowia, o których mowa w ust. 1, jeżeli dotyczy,

- określenie struktury organizacyjnej

2) imię i nazwisko osoby wyznaczonej do kontaktów w sprawie wniosku, jej numer telefonu i adres poczty elektronicznej;

3) adres URL strony internetowej banku tkanek i komórek, jeżeli dotyczy;

4) informację o liczbie osób określonych w ust. 3 pkt 1, ich kwalifikacjach i zakresach czynności;

5) wykaz pomieszczeń i urzędzeń określonych w ust. 3 pkt 2;

6) przewidywany szczegółowy zakres czynności, o których mowa w art. 25 z uwzględnieniem poszczególnych rodzajów tkanek i komórek;

7) wykaz podmiotów, którym bank tkanek i komórek, po uzyskaniu pozwolenia, o którym mowa w ust. 1, będzie zlecał dokonywanie czynności, o których mowa w art. 31 oraz szczegółowe określenie zlecanych czynności;

8) imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej;

5. Do wniosku, o którym mowa w ust. 1, dołącza się:

1) poświadczoną przez adwokata, radcę prawnego lub notariusza kopię opinii właściwego państwowego inspektora sanitarnego o spełnianiu wymagań określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 27 ust. 7;

2) poświadczone przez adwokata, radcę prawnego lub notariusza kopie umów zawartych z podmiotami, o których mowa w ust. 4 pkt 7;

3) projekt systemu zapewniania jakości, o którym mowa w art. 29;”;

15) w art. 1 pkt 2 w projektowanej treści art. 26 ust. 8 powinien otrzymać brzmienie:

„8. Krajowe Centrum Bankowania Tkanek i Komórek w terminie 10 dni od dnia, w którym decyzja o udzieleniu pozwolenia, o którym mowa w ust. 1, stała się ostateczna przekazuje do unijnego kompendium banków tkanek i komórek dane dotyczące:

1) banku tkanek i komórek,

a) nazwę (firmę),

b) krajowy lub międzynarodowy kod,

c) nazwę (firmę) podmiotu, w strukturze którego znajduje się bank tkanek i komórek, jeżeli dotyczy,

d) adres siedziby,

e) dane kontaktowe, adres poczty elektronicznej, numer telefonu i numer faksu;

2) pozwolenia, o którym mowa w ust. 1:

a) nazwę właściwego organu wydającego pozwolenie oraz nazwę krajowego organu odpowiedzialnego za prowadzenie unijnego kompendium banków tkanek i komórek,

b) sposób przeprowadzenia kontroli,

c) nazwę (firmę) posiadacza pozwolenia,

d) rodzaje tkanek lub komórek, w odniesieniu do których wydano pozwolenie,

e) rodzaje czynności, na wykonywanie których wydano pozwolenie,

f) informację o udzielonym pozwoleniu,

i na tej podstawie przydziela bankowi tkanek i komórek niepowtarzalny numer na potrzeby jednolitego kodu europejskiego.”;

16) w konsekwencji zmiany z pkt 13 powyżej należy w art. 1 pkt 1 z projektowanej treści art. 26 wykreślić ust. 11;

17) w art. 1 pkt 5 z projektowanej treści art. 34 ust. 3 pkt 1 lit. f wyraz „oraz należy zastąpić wyrazami „w tym”;

18) w art. 1 pkt 5 projektowanej treści art. 34 ust. 3 pkt 1 lit. g, pkt 1 lit. h oraz pkt 1 lit. i należy uzupełnić o wyrazy „jeżeli dotyczy”;

19) w art. 1 pkt 12 w treści projektowanego przepisu art. 43 należy po wyrazie „tkanki” wykreślić przecinek.

SEKRETARZ

Marek Jodłowski

PREZES

Maciej Hamankiewicz

**STANOWISKO Nr 13/16/VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ**

z dnia 2 września 2016 r.

**w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o systemie informacji
w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw**

Naczelna Rada Lekarska po zapoznaniu się z projektem ustawy o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw, przekazany przy piśmie pana Piotra Warczyńskiego – Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia z dnia 8 sierpnia 2016 r., znak: IEPR.0212.4.2016 l.k.: 507123, nie zgłasza uwag do przedłożonego projektu ustawy.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

**APEL Nr 5/16/VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ**

z dnia 2 września 2016 r.

do Ministra Zdrowia

w sprawie wzrostu nakładów na ochronę zdrowia i wzrostu wynagrodzeń

Zważając na przedstawiony przez Ministra Zdrowia plan wielu zmian mających nastąpić w systemie ochrony zdrowia w ciągu najbliższych lat, a w szczególności wzrostu nakładów na ochronę zdrowia do poziomu 6% PKB w 2025 r. oraz uregulowanie minimalnego poziomu wynagrodzeń omawiane podczas prac Komisji Trójstronnej,

mając na względzie:

- wieloletnie zaniedbania kolejnych rządów w zakresie finansowania systemu ochrony zdrowia w Polsce,
- liczne wystąpienia organów samorządu lekarskiego, Naczelnej Rady Lekarskiej, Prezydium NRL, Krajowego Zjazdu Lekarzy o zwiększenie nakładów na ochronę zdrowia do poziomu minimum 6% PKB,
- liczne wystąpienia organów samorządu lekarskiego, Naczelnej Rady Lekarskiej, jej Prezydium NRL, Krajowego Zjazdu Lekarzy o wprowadzenie minimalnego poziomu wynagradzania pracowników medycznych gwarantującego godne wynagrodzenie za pracę,

Naczelna Rada Lekarska apeluje do Ministra Zdrowia o rewizję przedstawionych koncepcji wzrostu nakładów na ochronę zdrowia oraz propozycji dotyczących minimalnego poziomu wynagradzania pracowników medycznych. Dziesięcioletnia perspektywa osiągnięcia nakładów na ochronę zdrowia na poziomie 6% PKB budzi poważne obawy o bezpieczeństwo zdrowotne społeczeństwa.

Powszechnie wiadomo, że system opieki zdrowotnej w Polsce jest niedofinansowany, co w zestawieniach ukazujących poziom nakładów na ochronę zdrowia oraz średnie wydatki na leczenie w krajach Unii Europejskiej lokuje nasz kraj w niechlubnej końcówce.

Samorząd lekarski od wielu lat, niezmiennie apeluje do rządzących o zwiększenie nakładów na ochronę zdrowia. Ochrona zdrowia w Polsce wymaga zdecydowanie szybszego wzrostu poziomu finansowania, gdyż w obecnej chwili system balansuje na granicy wydolności, co obniża poziom bezpieczeństwa całego systemu, zagrażając tak pacjentom, jak i lekarzom. Dalszą konsekwencją tego stanu rzeczy jest odpływ wysoko wykwalifikowanych pracowników medycznych do innych krajów europejskich, gdzie warunki pracy oraz i wynagrodzenia, są lepsze niż w Polsce. Należy też brać pod uwagę, że szybko zachodzące w polskim społeczeństwie zmiany demograficzne spowodują, że za 10 lat nakłady w wysokości 6% będą jeszcze bardziej nieadekwatne do potrzeb zdrowotnych niż ma to miejsce przy obecnym stanie nakładów. Dostrzegając inicjatywę Pana Ministra w tej sprawie, Naczelna Rada Lekarska uznaje, że plan osiągnięcia poziomu finansowania ochrony zdrowia na poziomie 6% PKB w roku 2025 jest zdecydowanie zbyt odległy. System ochrony zdrowia wymaga natychmiastowego, istotnego wzrostu nakładów. Każdy kolejny rok, kiedy nakłady te są poniżej niezbędnego minimum – określanego właśnie na poziomie 6% PKB, oznaczać będzie dalszą zapaść tego systemu.

Odnosząc się natomiast do ogłoszonego projektu regulacji dotyczącej minimalnego poziomu wynagrodzeń pracowników medycznych, Naczelna Rada Lekarska wskazuje, że projekt ten w istotny sposób odbiega od rozwiązań wielokrotnie prezentowanych – w odniesieniu do lekarzy i lekarzy dentyistów – przez samorząd lekarski. Współczynniki wynagrodzeń przyjęte we wstępnym projekcie rozwiązań dalece odbiegają od poziomu, wskazywanego przez samorząd lekarski już w 2006 r., jako odpowiedni dla zagwarantowania minimalnego, godnego wynagrodzenia za pracę lekarzy i lekarzy dentyistów. Ustalenie minimalnego wynagrodzenia na proponowanym poziomie nie doprowadzi do zapewnienia niezbędnego minimum w zakresie godnych zarobków, a w wielu przypadkach usankcjonuje stan obecny – odbiegający od tego czego oczekują lekarze i lekarze dentyści oraz od tego, co mając na względzie ich kwalifikacje, kompetencje oraz poczucie misji pomocy chorym, im się należy, jako niezbędne i uzasadnione kwalifikacjami oraz charakterem wykonywanej pracy minimum.

Naczelna Rada Lekarska apeluje do Ministra Zdrowia o przygotowanie planu szybszego wzrostu nakładów na ochronę zdrowia oraz regulacji, które gwarantując minimalne wynagrodzenie za pracę pracowników medycznych zapewnią, że będzie to wynagrodzenie na godnym poziomie, odpowiadającym wysokim kompetencjom tych pracowników, oraz ich odpowiedzialności za zdrowie i życie pacjentów.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

KRAJOWA KOMISJA WYBORCZA

**OBWIESZCZENIE KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
z dnia 12 września 2016 r.**

**o wyborze lekarza dentyisty Leszka Dudzińskiego na stanowisko
funkcyjne wiceprezesa Naczelnej Rady Lekarskiej**

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2016 r. poz. 522), § 45 ust. 3 Regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych, stanowiącego załącznik do uchwały Nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. (tekst jednolity uchwały ustalony w obwieszczeniu Nr 2/12/VI Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 29 mar-

ca 2012 r., zmienionej uchwałą Nr 6 Nadzwyczajnego XIII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 maja 2016 r.), obwieszcza się, co następuje:

§ 1

Na podstawie protokołu komisji wyborczej zgromadzenia wyborczego Naczelnej Rady Lekarskiej, zwołanego w dniu 2 września 2016 r. w celu przeprowadzenia wyborów uzupełniających na stanowisko funkcyjne wiceprezesa Naczelnej Rady Lekarskiej – lekarza dentyisty, ogłasza się, że z dniem 2 września 2016 r., lekarz dentyista Leszek Dudziński został wybrany na stanowisko funkcyjne wiceprezesa Naczelnej Rady Lekarskiej.

PRZEWODNICZĄCY KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
Ładysław Nekanda-Trepka

Nie będzie likwidacji nierentownych SOR-ów

Z **prof. Juliuszem Jakubaszko**, prezesem Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej, rozmawia **Lucyna Krysiak**.



Kiedy w 2001 r. wprowadzono ustawę o ratownictwie medycznym, wydawało się, że diametralnie zmieni się oblicze medycyny ratunkowej, czy tak się stało?

Zacznijmy od tego, że medycyna ratunkowa i ratownictwo medyczne to dwa odrębnie funkcjonujące byty, choć ze sobą powiązane. Medycyna ratunkowa jest dyscypliną kliniczną, działającą w strukturach szpitali jako dział ochrony zdrowia, a ratownictwo medyczne to system organizacyjny umożliwiający prowadzenie czynności ratunkowych poza tymi strukturami. Jest zorganizowane na własnych zasadach i posiada własne budżetowanie. Wiele osób, nawet ze środowisk medycznych, myli te pojęcia, błędnie utożsamia je ze sobą. To dlatego, że ustawę z 2001 r. regulującą działanie medycyny ratunkowej nazwano ustawą o ratownictwie medycznym, choć pierwotnie, na wzór ustawy amerykańskiej, miała ona nazywać się ustawą o ratowaniu ludzkiego zdrowia i życia w stanie nagłego zagrożenia. W kontekście rodzącej się wówczas w Polsce medycyny ratunkowej, jako dyscypliny i specjalizacji lekarskiej, ta nazwa była bardziej adekwatna, bowiem w pełni oddawała jej przesłanie. Z powodów politycznych zmieniono ją jednak na ustawę o ratownictwie medycznym, czego skutki dla medycyny ratunkowej ciągną się do dziś. Zostaliśmy więc podczepieni do tej ustawy i trudno to zmienić.

Jednak konsekwencją jej wprowadzenia było powołanie szpitalnych oddziałów ratunkowych, co na tamte czasy było nowatorskie. Dziś są zapędy, aby nierentowne SOR-y likwidować. Co się stało?

Nie będzie żadnej likwidacji SOR-ów. Są one bazą i sercem medycyny ratunkowej. Pierwsze z nich powstały 50 lat temu w USA, Australii, Wielkiej Brytanii. Polska i inne kraje wzorowały się na nich, ponieważ okazały się najbardziej skuteczne w ratowaniu zagrożonego zdrowia i życia w nagłych stanach. Dzięki szpitalnym oddziałom ratunkowym zaczęła się też rozwijać nowa specjalizacja medyczna, będąca odpowiedzią na rosnącą liczbę urazów odnoszonych w wypadkach komunikacyjnych i nagłych zdarzeń będących skutkiem chorób cywilizacyjnych. Jednym słowem SOR-y świetnie wpasowały się w realia. Jednak takie oddziały generują ogromne koszty, o czym nie pomyślano. Od początku zaczęto popełniać błędy w ich finansowaniu, traktując je jak większą karetkę. Stały się więc deficytowe i nieopłacalne dla szpitali. W przypadku jednego, dużego SOR-u, straty sięgają około 2 mln zł rocznie. W dużych szpitalach łąta się dziury pieniędzmi z innych oddziałów, w małych placówkach nie jest to możliwe i grozi im zamknięcie. Aby temu zapobiec, z inicjatywy Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej, przy centrali NFZ powstał zespół, który zajął się zmianą finansowania szpitalnych oddziałów ratunkowych. W Polsce finansuje się je ryczałtowo, nie uwzględniając faktu, że wykonuje się w nich kosztowne procedury diagnostyczne i lecznicze. Uważam, że tak jak inne oddziały szpitalne, np. ortopedia, kardiologia interwencyjna czy chirurgia, SOR-y powinny być rozliczane za wykonane procedury. To jest bliższe prawdziwym kosztom ponoszonym przez te oddziały niż ryczałt. Zespół, który powstał przy centrali NFZ, wypracował taki model, określił liczbę procedur wykonywanych w oddziałach ratunkowych, stworzył liczący ponad 300 pozycji kosztorys procedur, które NFZ miał uwzględniać obok ryczałtu. To poprawiło finansowanie niektórych SOR-ów, ratując je przed likwidacją. To jednak rozwiązanie doraźne, dlatego Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej usilnie zabiega o to, by zapis o zmianie finansowania tych oddziałów znalazł się w ustawie.

Jak nowy sposób finansowania wpłynąłby na przyszłość szpitalnych oddziałów ratunkowych?

Oddziały te zaczną na siebie zarabiać i stworzy się możliwość ich rozwoju. W nowym sposobie finansowania należy uwzględnić zaplecze kadrowe (ilość zatrudnionych lekarzy i pielęgniarek), wyposażenie, poprawę warunków pracy. Pierwsze sygnały, że tak można, już są. Przykładem jest szpitalny oddział ratunkowy w Kościerzynie. Jednak problem jest złożony, musi zaistnieć co najmniej kilka warunków, aby ta dziedzina medycyny zaczęła funkcjonować normalnie. Medycyną ratunkową wciąż łąta się dziura w podstawowej opiece zdrowotnej. Szpitalny oddział ratunkowy ułatwia wejście do szpitala tylnymi drzwiami, pozwala ominąć kolejki do specjalistów i wysoko specjalistycznych badań diagnostycznych (tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny). To skutek słabo wydolnego sektora POZ oraz systemu selekcjonowania przypadków wymagających pomocy w szpitalnym oddziale ratunkowym. W innych krajach większość pacjentów dociera do SOR-ów własnym transportem, a tylko 30 proc. karetkami pogotowia. U nas jest odwrotnie, ponieważ pacjenci nie wiedzą, kiedy naprawdę występuje stan zagrożenia i przy każdym bólu wzywają pogotowie. Niedoinformowani i zdezorientowani szukają pomocy w SOR-ach, nawet jeśli nie ma takiej potrzeby. Tam, gdzie dobrze działają lekarze rodzinni, oddziały ratunkowe są rzeczywistą przestrzenią dla chorych w nagłym zagrożeniu i to jest prawidłowość. W Polsce brakuje systemu informacji medycznej. PTMR od lat próbuje przeformować wprowadzenie telefonicznej informacji medycznej, czyli TIM, który z powodzeniem działa m.in. w Wielkiej Brytanii. Zanim pacjent wezwie pogotowie czy zdecyduje się sam jechać do SOR-u, może zasięgnąć rady TIM, przedstawić swój problem i podjąć bardziej świadomą decyzję, co robić dalej.

Ilu jest w Polsce lekarzy specjalistów medycyny ratunkowej, czy ta specjalizacja ma przyszłość?

Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej dąży do wprowadzenia zapisu stanowiącego, że w szpitalnych oddziałach ratunkowych mogą pracować wyłącznie specjaliści medycyny ratunkowej. Obecnie w takim oddziale można zatrudniać lekarzy każdej specjalności, co jest praktykowane. To deprecjuje wagę specjalizacji medycyny ratunkowej i jest sprzeczne z dyrektywami wspólnoty europejskiej, gdzie jest powiedziane, że tylko specjalista w tej dziedzinie jest w stanie zapewnić profesjonalną pomoc w stanie zagrożenia zdrowia i życia. Obecnie jest w Polsce około 800 lekarzy specjalistów medycyny ratunkowej, a potrzeba ich dwa tysiące. W praktyce jest ich jeszcze mniej, ponieważ wielu z nich nie pracuje w swojej specjalności. Praca w oddziałach ratunkowych jest bardzo ciężka, odpowiedzialna i wiele osób z niej rezygnuje. Robią dodatkowe specjalizacje z interny, anestezjologii itp., i odchodzą. Jestem jednak dobrej myśli, że wraz ze zmianą finansowania SOR-ów znajdą się pieniądze na ich lepsze wyposażenie, na poprawę warunków pracy, nowe etaty, a także lepsze płace, co powinno przyciągnąć młodych lekarzy do tej pracy i specjalizowania się

w tej dziedzinie. To bardzo atrakcyjna specjalizacja, dająca dużą samodzielność, będąca kwintesencją praktycznej medycyny klinicznej.

Jak do szpitalnych oddziałów ratunkowych ma się Państwowe Ratownictwo Medyczne?

Jest to system przedszpitalny, stanowi dla nas forpocztę, składa się z karetek i zespołów ratownictwa medycznego, które dostarczają do SOR pacjentów. Nazywa się zintegrowanym, ale w praktyce nie jest kompatybilny z naszymi oddziałami. Chcąc poprawić tę kompatybilność, zwróciliśmy się do wojewódów z propozycją, by w programach zabezpieczenia dla swoich województw, które co roku opracowują i przedkładają Ministrowi Zdrowia, uwzględniono wyznaczenie tzw. ratunkowych rejonów operacyjnych, opartych o rejonowe SOR-y. Rejony te obliczone na 150-200 tys. mieszkańców, dysponujące odpowiednią liczbą karetek i zespołów, byłyby z nimi, a także z oddziałami: wieńcowym, udarowym, ostrych zatruc, dziecięcym, ortopedycznym, ściśle powiązane. Stworzyłoby się coś na kształt modułu powielanego i zabezpieczającego potrzeby całego województwa. Umożliwiłoby również wprowadzenie, nieistniejącego u nas, monitorowania jakości i skuteczności systemu. Nie udało się nam jednak tego przeformować. W dalszym ciągu więc pogotowie narzuca swój rejon operacyjny i zasady jego działania.

Może mamy za mało karetek, aby stworzyć rejon operacyjny kompatybilne z SOR-ami?

Przeciwnie. W Polsce mamy około 1500 karetek, przeliczając na liczbę mieszkańców, to trzykrotnie więcej niż w innych krajach europejskich, takich jak Belgia, Holandia czy Francja. Ale tam inaczej są zorganizowane centra powiadamiania ratunkowego. W jednym miejscu siedzą wszystkie służby ratownicze: straży pożarnej, chemiczne, policji, obrony cywilnej i wspólnie podejmują decyzje, wtedy są one szybkie, trafne i uzasadnione. Dążymy do tego wzorca, ale póki co nasz system powiadamiania jest rozproszony. Do niedawna mieliśmy kilkaset centrów powiadamiania ratunkowego, a np. w Szwecji jest ich kilkanaście na cały kraj. Jedno centrum, co jest uzasadnione finansowo, kompetencyjnie i organizacyjnie, powinno obsługiwać 500 tys. mieszkańców (tak jest w Belgii). Pragnę podkreślić, że od szpitalnych oddziałów ratunkowych nie ma odwrotu, niczego lepszego, jeśli chodzi o niesienie pomocy w nagłych stanach zagrożenia zdrowia i życia, dotąd nie wymyślono. Będą więc powstawać nowe oddziały o tym profilu, jednak muszą mieć lepsze zaplecze kadrowe i diagnostyczne, kompatybilne centra powiadamiania i powiązanie karetek pogotowia z SOR. Lekarze specjaliści medycyny ratunkowej są najlepiej przygotowani do tego, by oprócz pracy w szpitalnych oddziałach ratunkowych jeździć w karetkach pogotowia, ale ze względów oszczędnościowych ogranicza się liczbę karetek z lekarzami. Jeśli medycyna ratunkowa ma działać bez zarzutu, to także powinno się zmienić. ■

Pacjent właściwie poinformowany

Lidia Sulikowska

To, do czego pacjent ma prawo, jest obowiązkiem lekarza, pielęgniarki, ratownika medycznego i innych przedstawicieli zawodów medycznych. Jak podolać obowiązkom zawodowym i sprostać rygorystycznym wymogom prawnym? Odpowiedź nie jest ani łatwa, ani jednoznaczna.

Prof. Dorota Karkowska, Uniwersytet Łódzki, Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej: Katalog praw, które przysługują pacjentom, jest obszerny, ale niestety nasz system opieki zdrowotnej zdecydowanie utrudnia, a czasem wręcz uniemożliwia ich przestrzeganie. Mam na myśli na przykład prawo do pilnej realizacji określonych świadczeń zdrowotnych. O tym problemie mówimy od lat, od lat też niewiele się w tej sprawie dzieje. Chory ma prawo do odmowy udzielenia świadczenia, musi też wyrazić zgodę na wykonanie określonych czynności medycznych. Jednak aby można było zdecydować się lub nie na proponowane leczenie, zgoda musi być świadoma i kompetentna. Nie chodzi o to, aby pacjenta edukować w zakresie nauk medycznych, ale o to, aby pacjent dokonał świadomego wyboru metody leczenia i ją zaakceptował, również w zakresie ryzyka niepowodzenia, komplikacji itd. Nie wystarczy podać choremu dokument do podpisania. To tylko kartka, podpis powinien być jedynie zwieńczeniem procesu uświadomienia pacjentowi celowości i skutków proponowanej metody leczenia. Podpis na formularzu zgody nie zawsze jest równoznaczny z zachowaniem standardu uzyskania zgody świadomej. Jak zapewnić lekarzom pewność, iż pacjent nie wyprze się, iż otrzymał potrzebne informacje i wszelkie wyjaśnienia, a z drugiej strony jak chronić pacjentów przed brakiem poszanowania ich integralności – jest w Polsce wciąż problemem i rodzi wiele nieporozumień, kończących się niekiedy postępowaniem cywilnym o naruszanie dóbr osobistych.

Grzegorz Błażewicz, zastępca Rzecznika Praw Pacjenta: Właściwie poinformowany, uświadomiony pacjent to partner w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych, nieuświadomiony – to bierny obserwator. Tak więc w interesie lekarza powinno być takie przeprowadzenie rozmowy, aby go dobrze zrozumiano. Partnerska relacja budzi zaufanie, co ułatwia późniejsze leczenie. Odbylem kiedyś spotkanie z rezydentami, okazało się, że oni nie byli w ogóle kształceni w obszarze praw pacjenta i skutecznej komunikacji. Także w miejscu pracy, wiedzy na ten temat im nie przekazano.

Prof. Dorota Karkowska: Oczywiście edukacja lekarzy jest bardzo ważna. Lekarz musi wiedzieć, jak ma z pacjentem rozmawiać. Musi wiedzieć, że

mając przewagę informacyjną, to on jest stroną inicjującą rozmowę, to nie pacjent ma pytać lekarza, bo ten może nie mieć wystarczających kompetencji, albo być zbyt bardzo przerażonym, aby zadać odpowiednie pytania. Na ten problem wielokrotnie zwracano uwagę w postępowaniach sądowych. Jeden z pacjentów na sali sądowej powiedział, że gdyby wiedział to, co usłyszał od lekarza w trakcie przesłuchania, nigdy by skargi nie złożył.

Grzegorz Błażewicz: Wszystkim powinno zależeć na kształtowaniu prawidłowych postaw zarówno wśród lekarzy, pielęgniarek lecz także samych pacjentów. Istotną rolę powinien tu odgrywać zarówno program kształcenia na uczelniach medycznych i kształcenia podyplomowego, jak i programy i akcje edukacyjne. Z drugiej strony wiadomo, że jak lekarz ma kolejkę 20 pacjentów pod gabinetem, to trudno o swobodną i szczegółową rozmowę. Ale trzeba za wszelką cenę dążyć do realizacji tego postulatu.

Ustawa o prawach pacjenta musi odpowiadać aktualnym potrzebom i oczekiwaniom pacjentów, to dobry moment na dyskusję nad jej nowelizacją. Nie jesteśmy tylko dla pacjentów, ale dla całego systemu ochrony zdrowia. To, do czego pacjent ma prawo, jest obowiązkiem lekarza, pielęgniarki, ratownika medycznego i innych przedstawicieli zawodów medycznych, ale trzeba stworzyć takie warunki, aby możliwe było ich respektowanie. Zasoby kadrowe podmiotu leczniczego, jego wyposażenie, organizacja pracy oraz sytuacja finansowa mają podstawowy wpływ na proces opieki nad pacjentem. Od polityki poprawy jakości w ochronie zdrowia nie ma odwrotu.

Anna Banaszewska, Fundacja Centrum Inicjatyw. Gospodarka i Zdrowie, Polska Federacja Szpitali: Przede wszystkim zgoda pacjenta to zgoda świadoma, pacjent musi znać zarówno swój stan zdrowia i rozpoznanie, możliwe i alternatywne metody lecznicze, skutki ich stosowania lub zaniechania oraz możliwe do przewidzenia rokowania. Pacjent wyrażając zgodę przejmuje na siebie ryzyko związane z normalnymi następstwami leczenia. Dlatego nie możemy mówić o zgodzie jako formularzu tylko czynności. Nie w każdym przypadku pacjent wyraża zgodę na piśmie, pisemna zgoda jest potrzebna przy świadczeniach podwyższonego ryzyka: zabieg, stosowanie i zmiana leków, szczepienie itd. W przy-

padkach zabiegów prostych wystarczy zgoda ustna lub tzw. dorozumiana. Np. pacjent wyrażając zgodę na badanie łuków podniebiennych otwiera jamę ustną. Ważne jest to, aby pacjent miał świadomość, na co się zgadza.

Prof. Dorota Karkowska: Znam taki przypadek, że w przychodni wydano lek, ale zapomniano od pacjentki wziąć podpisu i dlatego po śmierci pacjentki rodzina doszła do wniosku, iż zmarła była leczona bez zgody. Brakowało podpisu na formularzu zgody, ale na podstawie dokumentacji medycznej można było jednak ustalić, że pacjentka była świadoma procesu leczenia, zgodziła się na leczenie danym lekiem, a brak podpisu obciążył szpital koniecznością przeprowadzenia dowodu na okoliczność wyrażenia zgody w inny sposób. Czasami brak podpisu nie jest równoznaczny z brakiem zgody.

Anna Banaszewska: Przychodnie i szpitale mają formularze. Natomiast niezbędna jest świadomość po stronie osób udzielających świadczeń, jak powinna wyglądać czynność uzyskania zgody pacjenta, tj. jakie są elementy świadomej zgody. W przeciwnym wypadku niestety uzyskanie zgody pacjenta będzie traktowane wyłącznie jako biurokratyczny obowiązek. Uważam że na uczelniach medycznych powinien być na ostatnim roku wprowadzony przedmiot np. prawo ochrony zdrowia. Nie po to, aby przyszłych medyków uczyć przepisów, a istoty poszczególnych uprawnień. Trzeba zwrócić uwagę, że po to, aby prawa pacjenta były realizowane, określone prawa mają również lekarze, farmaceuci i pielęgniarki. Każdemu prawu pacjenta odpowiada adekwatne prawo lekarza, dlatego jest to bardzo spójny system. Tego trzeba uczyć przyszłych medyków.

Dr Przemysław Sielicki, dyrektor ds. medycznych Mazowieckiego Szpitala Bródnowskiego w Warszawie: Jako praktyk i zarządzający szpitalem muszę przyznać, że temat zgody spędza mi sen z powiek. To prawda, nie da się stworzyć jednego, uniwersalnego wzoru formularza. Źle skonstruowany dokument to pułapka zarówno dla pacjenta, jak i szpitala. Uważam, że w takiej sytuacji lepiej formułować dość ogólne pisma zgody, ale określające wszystkie możliwe zagrożenia. W naszym szpitalu mamy formularze zgody na hospitalizację i leczenie, a prawa szczególne są wywieszane w ogólnodostępnych miejscach. Warto dbać w tym zakresie o pracowników i na bieżąco ich informować o zmianach legislacyjnych, bo w Polsce prawo zmienia się szybko i trudno pojedynczemu lekarzowi to wszystko na czas wyłapać. Warto, aby w formularzu zawrzeć informację o zgodzie na alternatywne metody leczenia.

Nie tylko kwestia zgody jest tak kontrowersyjna. Wiemy, że lekarz ma postępować zgodnie z aktualną wiedzą medyczną. Co jednak, gdy nagle pojawiają się nowe rekomendacje, o których lekarz jeszcze nie słyszał? Wdraża terapię najlepszą jego zdaniem z możliwych, ale z tego punktu widzenia nieaktualną. ▶

Co, jeśli pacjent źle na nią zareaguje? Zdarza się też często, że nie możemy zaproponować najlepszej terapii, bo nie jest refundowana przez NFZ.

Prof. Dorota Karkowska: Pacjent w systemie publicznym ma prawo do świadczeń zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, w zakresie określonym przez państwo. Nie zawsze jest to zasób usług wystarczający.

Dr Przemysław Sielicki: Z kolei gdy już dojdzie do niepożądanego zdarzenia medycznego lub choćby podejrzenia, że prawa pacjenta zostały złamane, warto, a nawet trzeba wysłuchać pokrzywdzonego. Musi mieć prawo do złożenia skargi i poczucie, że jego sprawa zostanie zauważona. Lepiej od razu zareagować, uspokoić negatywnie nagromadzone emocje i rozwiązać problem, zanim ten zdąży narzucić. Czasem wystarczy rozmowa z lekarzem, upomnienie, innym razem problem leży w nieaktualnej procedurze.

Grzegorz Błażewicz: Trzeba stworzyć taki klimat w placówce, aby personel medyczny sam chciał zgłaszać niepożądane zdarzenia medyczne. Tworzenie procedur, ich stałe ulepszanie oraz brak lęku przed zgłaszaniem takich sytuacji sprzyja budowaniu standardów oraz bezpieczeństwu zarówno pacjentów, jak i pracowników. Żadnego ryzyka nie da się całkowicie wyeliminować, ale można robić wszystko, aby je minimalizować. Jak się wydaje,

wprowadzanie standardów postępowania medycznego, koncyliacji lekowej, przeciwdziałanie zdarzeniom niepożądanym, zdobywanie przez szpitale akredytacji, stawianie na jakość, efektywność i bezpieczeństwo to oczekiwany kierunek zmian w polskiej służbie zdrowia.

Dr Przemysław Sielicki: To prawda. Nie powinno chodzić o ustalenie winnego, ale przyznanie, że doszło do wypadku medycznego. Tylko wówczas lekarze będą chętniej zgłaszali zdarzenia medyczne. Droga sądowa na linii szpital – pacjent w większości przypadków jest zbędna, można te sprawy rozstrzygnąć pozasądowo, ale jak na razie nie ma w naszym kraju do tego warunków. Komisje do spraw orzekania o błędach medycznych okazały się być małymi sądami, postępowania są sformalizowane. Potrzebujemy zmian w tym zakresie.

Anna Banaszewska: Dochodzenie roszczeń z tytułu naruszenia praw pacjenta i błędu medycznego mają różne podstawy. Do dochodzenia roszczeń z tytułu naruszenia prawa pacjenta wystarczy samo naruszenie. To nie jest postępowanie odszkodowawcze, więc inaczej niż w przypadku błędu medycznego – pacjent nie musi udowodniać szkody, ani też związku powstałej szkody z udzielanym świadczeniem. Niemniej absolutnie zgadzam się, z tym że mediacje są na dzisiaj optymalnym rozwiązaniem każdego sporu, na linii pacjent – podmiot leczniczy również. ■

PTL w hołdzie poległym lekarzom

1 września 1989 roku Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Lekarskiego ufundował i dokonał wmurowania tablicy pamiątkowej na ścianie pawilonu Szpitala Ujazdowskiego w Warszawie przy ulicy Jazdów. Uroczyste odsłonięcie tablicy w asyście Kompanii Honorowej Wojska Polskiego miało miejsce w 50. rocznicę wybuchu II wojny światowej. Tablica oddaje cześć 6000 lekarzy poległym na wszystkich frontach wojny.

Od tamtej pory przed-

stawiciele Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Lekarskiego kultywują zwyczaj składania hołdu poległym lekarzom poprzez coroczne złożenie kwiatów pod tablicą. Tablica została umieszczona na ścianie jednego z pawilonów Szpitala Ujazdowskiego, miejscu od dwóch wieków związanym z polskim szpitalnictwem wojskowym. Szpital ten został częściowo zniszczony podczas oblężenia Warszawy w 1939 roku, a po wkroczeniu wojsk niemieckich w czasie okupacji pełnił nadal rolę szpitala wojennego dla leczenia chorych i rannych jeńców – żołnierzy polskich.



Każdy ma prawo do godnego odchodzenia

Schemat jest zawsze podobny. Najpierw diagnoza, potem walka na śmierć i życie. Bywa wygrana, czasem bez szans na zwycięstwo. I ten moment, gdy medycyna okazuje się być bezsilna: „przykro mi, ale nic więcej nie da się już zrobić”. Pozostaje umieranie.

**Marta
Jakubiak**

**Lidia
Sulikowska**

Niektórzy mają to szczęście, że mogą jeszcze przez jakiś czas cieszyć się względnie dobrym życiem. Wypić herbatę, wyjść na spacer, pogłaskać psa, oddychać. Ból nie dokucza albo daje się znieść. Inni nie są w stanie samodzielnie opuścić szpitalnego łóżka, ale miejsca dla nich w szpitalu nie ma, bo tam przecież się leczy ludzi, a to ich nie dotyczy.

W chorobie onkologicznej często przychodzi ten moment, kiedy pomoc medyczna oznacza hospicjum stacjonarne (do którego trudno się dostać), oddział medycyny paliatywnej (tu jeszcze trudniej) lub hospicjum domowe, ale tylko wówczas, gdy znajdą się ludzie gotowi unieść ciężar opieki nad terminalnie chorym. – Jeśli bliscy mogą podjąć się opieki w tych ostatnich chwilach, to gorąco do tego zachęcam. To najlepsze, co może się zdarzyć umierającemu – mówi Tomasz Piecha, rezydent w Klinice Urologii Ogólnej Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus w Warszawie, a od roku także lekarz hospicjum domowego pw. św. Alojzego Orione w Warszawie.

Czy bliscy chętnie podejmują się takiego wyzwania? Często rodzina broni się przed wzięciem na siebie takiej odpowiedzialności. Powody są różne. Czasem jest to lęk przed obcowaniem ze śmiercią. Innym razem strach, że nie zapewni się choremu odpowiedniej opieki. A w jeszcze innych przypadkach po prostu ucieczka przed takim obciążeniem.

Doktor Piecha na pierwszej domowej wizycie u swojego pacjenta stara się nieco rozładować napięcie. – Zazwyczaj chory leży w łóżku, a z posępnymi minami stoi nad nim rodzina. Wszyscy na baczność, aż słycać wstrzymywane oddechy. Przedstawiam się i tłumaczę, dlaczego i po co tu jestem – opowiada. Nie doprowadzi do wyleczenia choroby. Jest, aby zadbać o lepszą jakość odchodzenia, wykorzystać jak najlepiej czas, który pozostał. Uważa, że całą prawdę trzeba powiedzieć nie tylko pacjentowi, ale i jego bliskim. Ma zasadę, której nigdy nie łamie: być szczerym. Rodzina często prosi, aby nie przynawał się, że jest z hospicjum, bo ono kojarzy się tylko ze śmiercią. Aby w ogóle nie mówił pacjentowi, jak ciężki jest jego stan. – Zakłamywanie czy przemilczanie nie jest dobre. Trzeba mówić, jak jest. Chory powinien wiedzieć, że znalazł się na drodze bez powrotu, która niebawem się skończy. To, co z taką wiedzą robi, to już jego rzecz, ale powinien wiedzieć – dodaje. A co zazwyczaj robi? – Czasem całkiem wypiera taką informację, nie akceptuje sytuacji, w której się znalazł. Kiedyś miałem pacjentkę z nowotworem piersi w okropnym stanie. Od progu jej mieszkania czuło

było rozkładające się tkanki, ale chora tak wyparła chorobę, że nie chciała podjąć żadnego leczenia. To nie są odosobnione przypadki – podkreśla.

A jak wygląda rozmowa z rodziną? – Nakreślam plan leczenia. Mówię, jak zachować się w konkretnych sytuacjach. Jak podawać leki, kiedy dzwonić po karetkę, gdzie wypożyczyć materac przeciwoleżynowy albo koncentrator tlenu. Każde działanie jest lepsze od biernego czekania – podkreśla.

Lekarz z hospicjum przychodzi, gdy jest taka potrzeba. Na co dzień w opiece nad chorymi pomagają pielęgniarki i wolontariusze niemedyczni. Czasami wystarczy rozmowa i obecność kogoś z hospicjum. Takie wsparcie daje poczucie bezpieczeństwa. – Zawsze zostawiam chorym i ich rodzinom swój numer telefonu. Mogą dzwonić o każdej porze dnia i nocy. Taki telefon trzeba odebrać, nawet gdy przerywa sen – wyznaje.

Ludzie dobrej woli

Warszawski Żoliborz. Idziemy wzdłuż budynku przy ulicy Gdańskiej 4, bezskutecznie szukając szyldu informującego o znajdującym się tu hospicjum domowym. W końcu się poddajemy. – Proszę wejść w bramę z tyłu budynku – dostajemy wsparcie przez telefon. Idziemy. Jedną z klatek schodzimy do piwnicy. Na skrzynce pocztowej przy drewnianych drzwiach wisi kartka z napisem: „Hospicjum”. Za nimi maleńkie mieszkanie w suterenie. – Ależ macie ciasno – nieśmiało zauważamy, witając się z panią Joanną Jaczewską, założycielką hospicjum domowego pw. św. Alojzego Orione. – Ciasno to było w naszej poprzedniej siedzibie, a na dodatek nas zalewało – uśmiecha się do nas. – Tu mamy biuro, gdzie dyżurują nasze wolontariuszki niemedyczne, tam jest zaplecze – pokazuje.

Codziennie ktoś dzwoni i pyta, czy hospicjum obejmie opieką domową jego mamę, tatę, dziadka lub inną osobę bliską. Niestety często muszą odmawiać, bo możliwości pomocy są ograniczone. Opiekę nad podopiecznymi tego ośrodka sprawuje trzech lekarzy, jeden włącza się w pracę „interwencyjnie”, gdy któregoś z nich trzeba zastąpić. Są też wykwalifikowane pielęgniarki i pracownicy niemedyczni. Wszyscy działają w ramach wolontariatu. Drzwi uchylają się, wchodzi doktor Tomasz Borkowski, także lekarz z urologii szpitala przy Lindleya, z hospicjum związany od sześciu lat. Właśnie zakończył dyżur. – Lekarz to tylko jeden z trybików w opiece hospicyjnej. Aby ten mechanizm działał poprawnie, potrzebny jest sztab ludzi – zauważa. Ludzi, którzy chcą pomóc umierającym na raka. – Olbrzymie



Tomasz Borkowski



Joanna Jaczewska

podziękowanie należą się naszym niewidocznym wolontariuszom: Małgosi, Grażynce, Teresce, Justynce, Dominice, Ryszardowi za wkład w pracę naszego hospicjum. Bez ich zaangażowania i poświęcenia nie byłoby tego, co jest – wylicza.

Jak się dowiadujemy, prawie wszyscy zaangażowani w pracę tego hospicjum to osoby z urologii warszawskiego szpitala im. Dzieciątka Jezus. Pani Joanna obudziła w nich potrzebę pomagania ludziom w ostatnich miesiącach, tygodniach, czasem jedynie dniach życia. Obecnie pod opieką mają dziewięciu chorych. Między innymi panią z glejakiem, pana z rakiem żołądka i chorą z rakiem płuc. – Staramy się, aby każdy z lekarzy miał najwyżej trzech pacjentów pod opieką. Przecież każdy ma swoją pracę w szpitalu, a tu pomagają w czasie wolnym. Nie mogą wziąć na swoje barki więcej, bo nie mieliby zupełnie czasu dla rodzin albo opieka nad pacjentami byłaby niewystarczająca. Wiem, że to mało, ale lepiej pomóc kilku osobom, niż nie pomóc nikomu. I ta pomoc musi być na najwyższym poziomie – opowiada. – Gdyby jakiś lekarz albo pielęgniarka byli chętni nas wesprzeć, serdecznie zapraszamy – dodaje.

Niewielu się jednak decyduje. Jeśli już zdarzają się telefony w tej sprawie, to raczej od osób zainteresowanych zatrudnieniem na umowę o pracę, a to hospicjum przecież nie płaci. Poza tym opiece paliatywnej nie każdy poddał. – Uczestniczenie w odchodzeniu człowieka to strasznie smutna, odpowiedzialna sprawa. Trzeba zapomnieć o sobie. Ktoś inny jest najważniejszy. Trzeba pochylać się nad drugim człowiekiem z miłością i zrozumieniem. Na to potrzeba silnej psychiki – zaznacza.

Początki

Joanna Jaczewska w pewnym momencie swojego życia postanowiła sama założyć hospicjum, bo to, w którym pracowała, nie realizowało pomocy tak, jak według niej powinno się ją świadczyć w przypadku umierających ludzi. Chciała dać więcej, być przy chorych pełniej i uczestniczyć w czymś, co jest prawdziwe. Chciała działać na zasadach dobrego wolontariatu. Miesiąc po tym, jak hospicjum zaczęło funkcjonować, sama zachorowała na raka. – Do tej pory nie wiem, jak z tego wyszłam – śmieje się. To zadziwiający zbieg wydarzeń. Na szczęście

z dobrym zakończeniem. – Ale na pewno nie udało by się nam przetrwać bez dobrych ludzi: doktor Grzegorz Pędzisz jest z nami od początku i zawsze służył naszym chorym z pełnym oddaniem i nadal to robi mimo wielu obowiązków rodzinnych i zawodowych. Jest też z nami od dwóch lat doktor Paweł Pudółko, który mimo czekających za chwilę egzaminów specjalizacyjnych opiekuje się naszymi chorymi z ogromnym zaangażowaniem. Basia, pielęgniarka, która przyłączyła się do nas w czasie swojej zaawansowanej choroby nowotworowej, służy naszymi podopiecznymi w przerwach pomiędzy kolejną chemioterapią – wylicza pani Joanna.

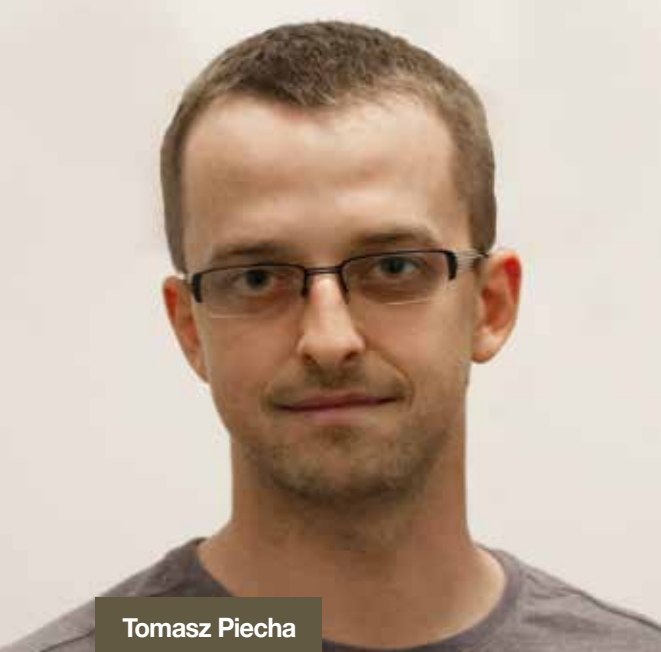
NFZ nie finansuje tego ośrodka. Nie mają też wsparcia ze strony miasta. Utrzymują się z przekazywanego 1 proc. podatku i kwest kościelnych. Czasem ktoś przeleje na konto jakiś datek. Udaje się za to utrzymać biuro, opłacić media, kupić leki i jak trzeba, nawet jedzenie dla podopiecznych. – Jakoś funkcjonujemy. Gdybyśmy mieli umowę z NFZ, potrzebny byłby jeden dodatkowy pracownik zatrudniony na etat, żeby to wszystko właściwie rozliczać. Biurokracja nas przerasta, wolimy trzymać się od tego z daleka. Polegamy na ludziach dobrej woli. Poza tym chcę, aby wszystko było w stu procentach transparentne, dlatego zostaliśmy zarejestrowani jako stowarzyszenie – wyjaśnia.

Znów otwierają się drzwi. To doktor Piecha. Przyszedł od jednego z pacjentów. Jest już po godzinie dwudziestej.

Jak rozmawiać z chorym, który umiera? – pytamy. – Przeszedłem szkolenia w tym zakresie. Gdyby nie one, pewnie nie potrafiłbym tego robić. Towarzyszyłem bardziej doświadczonemu lekarzowi podczas wizyt domowych. Tak zdobyłem bezcenną wiedzę, bez której nie odważyłbym się podjąć wolontariatu w hospicjum. Na bieżąco też zdobywam informacje, jak skutecznie opanować ból – wyjaśnia.

Opieka hospicyjna leży

Jak się miewa opieka hospicyjna w naszym kraju? – Leży – mówi bez ogródek doktor Borkowski. – Jest jej za mało, wielu pacjentów nie dożywa wizyty lekarza z hospicjum domowego czy miejsca w placówce stacjonarnej. Nie rozumiem, dlaczego zapomina się o tych



Tomasz Piecha



Wejście do biura hospicjum

ludziach. Przecież każdy ma prawo do godnej śmierci. Problem będzie narastał, bo rak to już drugi powód wszystkich zgonów, a niedługo będzie liderem w tej niechlubnej statystyce – dodaje. Który rak jest najgorszy? – Wszystkie końcowe stadia są ciężkie, ale chyba nowotwór płuc jest najstraszniejszy ze wszystkich, bo chory się dusi. Okropne są też bóle kostne – odpowiada.

Czy dla każdego pacjenta terminalnego najlepsza śmierć to ta w domu? – Jeśli uda się opanować dolegliwości bólowe, a chory ma wsparcie bliskich, to tak. Bywa jednak, że nie ma kto się zająć chorym albo stan zaostrza się na tyle, że rekomendujemy przeniesienie do hospicjum stacjonarnego. Czasem niezbędna jest hospitalizacja – wlicza. Na mieście mówi się, że pogotowie nie chce przyjeżdżać do pacjentów terminalnych. – To nie tak. Zawsze instruuję rodziny, kiedy wezwać karetkę. Przecież to, że ktoś ma raka, nie znaczy, że nie może mu się przytrafić zawał serca czy perforacja jelit, a więc wezwanie jest jak najbardziej zasadne – wyjaśnia.

Każdy ból można opanować? – Staramy się z całych sił. Medycyna bardzo rozwinęła się w tym zakresie, ale barierą pozostają koszty. Wiele bardzo skutecznych leków przeciwbólowych nie jest refundowanych, a pacjentów zwyczajnie na nie nie stać przy pełnej odpłatności. Nie zawsze można też skorzystać z naświetlań, które bardzo łagodzą dolegliwości bólowe. Straszna jest ta świadomość, że pacjent cierpi, bo nie ma pieniędzy, bo system o nim zapomniał lub go nie widzi. Medycyna jest w stanie ulżyć mu w cierpieniu, ale niestety nie w Polsce – irytuje się doktor Piecha.

Nic na siłę

Czy taki wolontariat może dawać satysfakcję? Jeśli tak, to jaką? Tu nie ma mowy o sukcesie medycznym w postaci wyleczenia chorego. – Wiem, że sto procent moich hospicyjnych pacjentów umrze. Mam tego świadomość. Sukcesem jest dla mnie to, że mogę komuś ulżyć w cierpieniu, pomóc przejść na drugą stronę tak, jak chory tego chce – mówi doktor Piecha. Czyli bez bólu? – Oczywiście, choć nie zawsze to jest priorytetem. Podanie silnych leków przeciwbólowych wiąże się z powolnym wyłączaniem świadomości. Staramy się utrzymać świadomość na tyle, by nie była związana

z bólem. Niektórzy jednak wolą cierpieć bardziej, by być świadomymi do końca. Nic na siłę. Jeśli chory nie chce jeść, nie można go do tego zmuszać. Jeśli nie chce kolejnej kroplówki, nie wolno go do niej namawiać. To niczego nie zmienia. Pacjent jest partnerem, rozmawiamy, co jest dla niego istotne. On wie, że jest na ostatniej prostej i ma prawo decydować w tych ostatnich chwilach – opowiada.

Bez prowadzenia terapii uporczywej...? – Tu granica między pomocą a uporczywą terapią jest mglista. Trzeba podawać leki, które uśmierzają ból. Z pozostałymi bywa różnie. Jeśli chory odmawia ich przyjmowania, nie ma sensu zmuszać go do tego czy namawiać. Przedłużanie życia czasem po prostu nie ma sensu. Po co wytwarzać nefrostomię u chorego z rozsianym rakiem pęcherza, z niewydolnością nerek? By wydłużyć mu życie w cierpieniu? Miałby szansę spokojnie odejść w mocznicy, bez bólu. Zawsze jednak to chory decyduje, jak mamy mu pomóc – wyjaśnia doktor Borkowski. Kiedyś wszystkimi możliwymi sposobami starał się utrzymać przy życiu pacjentkę z zaawansowanym czerniakiem, bo chciała dotrzeć do przyjazdu syna z zagranicy. Niestety nie udało się. Czasem jednak udaje się ukraść czas. – W ostatnie święta Bożego Narodzenia pacjent, już leżący, chciał uczestniczyć w ostatniej wigilii z najbliższymi. Nie wiem, jak to się stało, ale po podaniu leków wstał z łóżka, nawet zjadł z nimi posiłek, a potem ze wszystkimi się pożegnał. Umarł dwa dni później – wspomina Tomasz Piecha.

Dlaczego zdecydowali się na wolontariat w domowym hospicjum? – Widzę ludzkie cierpienie i nie chcę przechodzić obok niego obojętnie. Szkoda, że nie da się tych ludzi wyleczyć. Przecież po to jest lekarz... – mówi bezradnie doktor Borkowski. – Trzeba być przyzwyczajonym człowiekiem. Ci ludzie bardzo cierpią. Trzeba im pomóc. Jasne, że czasem wolalbym iść do domu, usiąść przed telewizorem i zrelaksować się, pobyć z rodziną. Nie zawsze mam chęć, by jechać do pacjenta. Nie zawsze jest miło. Każdy ma jednak prawo do godnego odchodzenia, a ja mam świadomość, że jako lekarz mogę pomóc tę godność zachować. Więcej radości jest w dawaniu niż braniu. Daję to, co mogę – dodaje doktor Piecha. ■



**Magdalena
Flaga-
Łuczkiwicz**

Specjalista
psychiatra,
psychoterapeuta,
NZOZ Centrum
Terapii DIALOG
w Warszawie

Jak o sobie nie dbamy

Wielka Brytania, rok 2000.
National Health Service wstrząsa
tragedia: londyńska lekarka,
psychiatra, doktor Daksha Emson,
pisze swój ostatni list i popełnia
samobójstwo, zabijając uprzednio
swoją trzymiesięczną córkę.



FOTO: Adobe Stock

Rozszerzone samobójstwo jest zawsze ogromną tragedią, ale samobójstwo lekarza psychiatry wydaje się zupełnie niezrozumiałe i trudne do przyjęcia. Jak to możliwe, że ktoś, kto na co dzień zgłębia zawiłości ludzkiej psychiki, nie może pomóc sam sobie?

Sęk w tym, że nie da się leczyć samego siebie. Wprawdzie rosyjski polarnik przeprowadził na sobie appendektomię, jednak w większości codziennych sytuacji chory lekarz oddaje się z mniejszymi lub większymi oporami w ręce kolegów po fachu: chirurgów, stomatologów, położników, urologów, kardiologów, endokrynologów etc. Niestety korzystanie z pomocy niektórych specjalistów nadal jest niedopuszczalne lub pozostaje w obszarze wstydlivej tajemnicy. Psychiatria jest sztandarowym przykładem tabu wśród lekarskiej braci.

Gdy tylko członkowie Royal College of Psychiatrists otrząsnęli się z oszołomienia, w które wprawiła ich szokująca śmierć dr Emson, postanowili dociec jej przyczyn. Zdecydowano się na upublicznienie treści raportu z niezależnego dochodzenia, by środowisko lekarskie uzmysłowiło sobie, jak ogromne znaczenie ma objęcie adekwatną opieką lekarzy zmagających się z problemami natury psychicznej. Zgodnie ze społecznymi oczekiwaniami lekarz to osoba zdrowa, radząca sobie z problemami, wykonująca z poświęceniem satysfakcjonującą pracę w darzonym szacunkiem zawodzie. Lekarze są przeciążeni fizycznie i psychicznie, ale przyznanie się do słabości czy choroby wiąże się z ryzykiem utraty pozycji i perspektyw rozwoju kariery. Inicjując kampanie społeczne na rzecz większej otwartości i tolerancji wobec osób chorujących psychicznie, brytyjscy psychiatry zignorowali stygmatyzującą atmosferę panu-

jącą w środowisku lekarskim. Dr Emson miała świadomość, że jej choroba (zaburzenia afektywne dwubiegunowe) wymaga leczenia; przez całe lata pozostawała pod opieką psychiatry, z powodzeniem wykonując swoje zawodowe obowiązki. Niestety jej lekarz, działając w dobrej wierze, by uchronić jej prywatność, zastosował wobec niej nietypowe postępowanie, nie przekazując lekarzowi ogólnemu (GP) pełnej informacji dotyczącej jej stanu zdrowia i ryzyka w okresie poporodowym. Błędnie założył, że wiedza i doświadczenie zawodowe gwarantują pełny wgląd i umożliwiają monitorowanie własnego stanu psychicznego oraz uchwycenie w porę pogorszenia. W efekcie pani doktor nie została objęta (standardową dla „zwykłych” pacjentów) psychiatryczną poporodową opieką środowiskową. W raporcie z dochodzenia otwarcie przeanalizowano wszystkie elementy systemu, które zawiodły. Sformułowano listę wytycznych i problemów do rozwiązania: kwestie poufności, stygmatyzacji; zasady przeprowadzania konsultacji lekarzy-pacjentów (Doctor-to-Doctor Consultation), granice ich poufności i anonimowości oraz zakres odpowiedzialności konsultującego. Podkreślono, że powszechne na obszarze zaburzeń psychicznych samoleczenie czy nieformalne, „koleżeńskie” porady, bez dokumentacji i monitorowania terapii, skutkują mniej efektywnym leczeniem lekarzy w porównaniu ze „zwykłymi” pacjentami. Widzenie w chorującym koledze bardziej lekarza niż pacjenta może powodować zlekceważenie ryzyka związanego z chorobą. Dochowywanie tajemnicy lekarskiej jest bardzo ważne, nie może jednak przeważać nad priorytetem ochrony życia pacjenta. Obecnie brytyjscy psychiatry mają do dyspozycji szczegółowe

wskazówki dotyczące opieki nad lekarzami z problemami psychiatrycznymi, zawarte w dokumencie „Health for Health Professionals. Enhanced Competencies for Psychiatrists” z 2010 r. Wprowadzono także dobre praktyki na uczelniach medycznych, mające wspierać dobrostan psychiczny lekarzy od samego początku ich kariery: naukę radzenia sobie ze stresem i zapobieganie wypaleniu zawodowemu, kształtowanie pozytywnych nastawień, cechujących się zrozumieniem i większą akceptacją faktu występowania zaburzeń psychicznych wśród lekarzy, obejmowanie adekwatną opieką osób przeżywających kryzysy psychiczne i chorujących psychicznie.

Wróćmy do Polski. Wg badania EZOP, u 23,4 proc. osób w wieku 18-64 lata w ciągu życia można rozpoznać minimum jedno zaburzenie psychiczne (zaburzenia nastroju, nerwice, uzależnienia itp.). Zwraca uwagę duże rozpowszechnienie objawów, które wprowadzając nie upoważniają do postawienia rozpoznania, ale obniżają jakość życia i mogą poprzedzać wystąpienie pełnoobjawowych zaburzeń: u 20-30 proc. okresy obniżonego nastroju i aktywności, przewlekły lęk, drażliwość, zachowania unikające, a u kilkunastu procent napady złości oraz cechy lęku napadowego i społecznego. Nie ma powodów, by uznawać lekarzy za populację jakoś szczególnie łaskawie potraktowaną przez los (i genetykę). Jeśli weźmie się pod uwagę specyfikę pracy w bardzo trudnych warunkach, w zakresie przekraczającym wszelkie zdroworozsądkowe normy czasu, można przypuszczać, że zaburzeń psychicznych będzie wśród lekarzy nawet więcej. Ale to nie jest sprawa, o której chętnie mówimy.

„A pełnomocnicy ds. zdrowia lekarzy?”, zapytają Państwo. To prawda, już w 2007 r. Naczelna Rada Lekarska zobowiązała uchwałą okręgowe rady lekarskie do zorganizowania systemu pomocy dla lekarzy, „których stan zdrowia ogranicza lub uniemożliwia wykonywanie zawodu”, przez powołanie pełnomocnika ds. zdrowia lekarzy. Zasady działania pełnomocników i ich umocowanie w strukturach izb lekarskich wydają się adekwatne do specyfiki leczenia uzależnień, na co zresztą wskazuje uchwała NIL. To miły krok w przełamywaniu milczenia: oto przyznajemy się sami przed sobą, że problem uzależnień nas dotyka. Próbuje coś z tym zrobić. Jak się to udaje? Numer telefonu i/lub adres email do pełnomocnika można znaleźć na 8 spośród 23 serwisów internetowych okręgowych izb lekarskich (izby: bydgoska, śląska, kujawsko-pomorska, świętokrzyska, dolnośląska, wojskowa, OIL w Warszawie, OIL w Opolu); w niektórych przypadkach kontaktować należy się za pośrednictwem pracownika biura izby (nie lekarza!). Być może pozostałe izby wybrały osobę piastującą tę odpowiedzialną funkcję, ale z bliżej nieokre-

ślonych powodów nie upubliczniają jej nazwiska. Pytanie, jak będący w tarapatkach, borykający się z uzależnieniem lekarz (lub np. jego przełożony) ma się z widmowym rzecznikiem skontaktować?

Uzależnienia to jednak tylko część większej całości. Lekarze miewają depresję, zaburzenia lękowe, natręctwa, zaburzenia osobowości, chorobę dwubiegunową. Tymczasem temat zdrowia psychicznego lekarzy pojawia się przy różnych okazjach raczej sporadycznie, zwykle anegdotycznie albo w atmosferze dziennikarskiej sensacji. Choć z przeprowadzanych na świecie badań (np. australijskiej National Mental Health Survey of Doctors and Medical Students z 2013 r.) wyłania się zgoła inny obraz, można odnieść wrażenie, że polski lekarz jest istotą, której problemy psychiczne się nie imają. W badaniach brytyjskich średnie opóźnienie w zgłaszaniu się lekarzy po specjalistyczną pomoc wynosi 6 lat. Polskimi danymi nie dysponujemy. Ze względu na stereotypy i uprzedzenia, rozpowszechnione w środowisku zawodowym, lekarz przechodzący psychiczny kryzys zwykle udaje sam przed sobą, że problem nie istnieje, próbuje regulować swoje emocje alkoholem czy anksjolitykami, czasem zaordynuje sobie lek przeciwdepresyjny, w najlepszym wypadku zamieni kilka słów z kolegą psychiatrą. Autodiagnoza i samoleczenie. A może to nieprawda?

Postanowiłam to sprawdzić. W kwietniu 2016 r. za pośrednictwem serwisu społecznościowego Konsylium24 zapytałam 1000 polskich lekarzy o ich nastawienie do leczenia psychiatrycznego. Mimo że aż 86 proc. respondentów uważa fakt ewentualnego leczenia się u psychiatry za prywatną sprawę lekarza, jednak w swoim własnym przypadku nie są skory do korzystania z fachowej pomocy. Na pytanie: „Co byś zrobił, gdybyś podejrzewał u siebie depresję lub inne zaburzenia zdrowia psychicznego?”, dwóch na dziesięciu lekarzy nie zrobiłoby nic poza „zajęciem się pracą”, dwóch samych przepisałoby sobie lek, który w ich ocenie mógłby pomóc, a trzech skorzystałoby z nieformalnej porady kolegi psychiatry (w niektórych przypadkach pod pretekstem konsultacji w sprawie pacjenta). Tylko co trzeci polski lekarz zrobiłby to, co zaleca w takiej sytuacji swoim pacjentom – zapisał się na wizytę do psychiatry. W niektórych specjalnościach rozkład odpowiedzi był jeszcze bardziej niepokojący. Prawie wszyscy znamy z praktyki przypadki lekarzy, którzy potrzebują fachowej pomocy oraz takich, którzy „leczą się” sami (wg wyników pilotażowego badania ankietowego z sierpnia 2016 r. aż 67 proc. polskich lekarzy zna lekarza z zaburzeniami lub chorobą psychiczną, a 39 proc. takiego, który sam sobie ordynuje leki psychotropowe). Nie udawajmy, że nas to nie dotyczy. Nie leczymy się sami. Skorzystajmy z doświadczeń kolegów z innych krajów i zadbajmy o siebie. ■

Kuszenie studenta

Mariusz
Tomczak

Nowy rok akademicki za pasem. Czym i jak przyciągają uczelnie medyczne? Czy tegorocznici studenci mają lepsze warunki kształcenia niż ich starsze koleżanki i koledzy?



Jesteśmy najstarszą uczelnią medyczną z najstarszym wydziałem medycznym w kraju – mówi prof. dr hab. Maciej Małecki, dziekan Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie. Wydział Medyczny istniał już w Akademii Krakowskiej założonej przez króla Kazimierza Wielkiego w 1364 r. Wielowiekowa tradycja to jednak nie wszystko. W tegorocznym Rankingu Uczelni Medycznych „Perspektywy” CM UJ kolejny raz wygrał z resztą kraju. Dziekan zwraca uwagę także na inne atuty. – Już na II roku jest „Wprowadzenie do zajęć klinicznych”. Dużo miejsca poświęcamy umiejętnościom komunikacyjnym między lekarzem a pacjentem i jego rodziną, co jest ważne m.in. z punktu widzenia humanizowania medycyny – dodaje. Za trzy lata powstanie nowa siedziba Szpitala Uniwersyteckiego (powierzchnia 110 tys. m²), co oznacza, że studenci rozpoczynający studia w CM UJ w tym roku akademickim częściowo skorzystają z powiększonej bazy klinicznej.

Nie ma książki? Zapisz ją na pendrive'a

Od roku Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu posiada Centrum Naukowej Informacji Medycznej, gdzie nowoczesność bije niemal na każdym kroku: jest automatyczna wrzutnia do zwracania książek, systemy do samodzielnego wypożyczania i oddawania wypożyczonych lektur czy skanery, które zapisane strony wyślą na e-mail studenta lub zapiszą na pendrive'a. Wśród liczących ponad 10 km książek bibliotecznych magazynów znajdziemy m.in. starodruki z XVI w. i prace naukowe z Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie. Już za rok w sześciu salach studenci będą rozwijać umiejętności praktyczne w sytuacjach medycznych i zabiegowych. Najbardziej obłożony jest kierunek lekarsko-dentystyczny (w tym roku na każde 30 osób indeks zostanie tylko jedna). Stomatologia była hitem tegorocznej re-

krutacji także na Gdańskim Uniwersytecie Medycznym (o jedno miejsce walczyło 31 kandydatów). Dla porównania: na kierunek lekarski zgłosiło się tam 13 kandydatów do jednego indeksu.

Ponad dwustuletnią historię ma Warszawski Uniwersytet Medyczny. Uczelniani specjaliści otaczają opieką pacjentów w pięciu szpitalach klinicznych, które stanowią równocześnie bazę naukowo-dydaktyczną. Wizytówką stały się zrealizowane w ciągu ostatnich lat takie inwestycje jak: Centrum Biblioteczno-Informacyjne, Centrum Badań Przedklinicznych, Szpital Pediatryczny czy Centrum Sportowo-Rehabilitacyjne. Pracuje tutaj 1725 nauczycieli akademickich, w tym 173 profesorów tytularnych (stan pracowników na 30 czerwca br.).

Tym, co wyróżnia Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach na tle innych uczelni, jest największe w kraju Centrum Dydaktyki i Symulacji Medycznej. – To „szpital w pigułce”. Dzięki nowej technologii wszystko jest realistyczne. „Pacjenci” nie tylko wyglądają jak żywi ludzie, ale przypominają ich również pod względem reakcji fizjologicznych: pocą się, krwawią – wyjaśnia prof. dr hab. Violetta Skrzypulec-Plinta, prorektor ds. rozwoju i promocji uczelni. SUM posiada jedyny w Polsce wirtualny stół do nauki anatomii umożliwiający przeprowadzanie wirtualnych sekcji zwłok. – To unikatowe urządzenie posiada jedynie kilkanaście placówek na świecie – dodaje. Od ubiegłego roku SUM jest Międzynarodowym Centrum Treningowym American Heart Association. W tym roku największy wzrost liczby chętnych (o niemal 700 osób) odnotowano na kierunku lekarskim. O przyjęcie na ten kierunek starało się ponad 6450 maturzystów (10 osób na miejsce). Na kierunek lekarsko-dentystyczny zgłosiło się ponad 3000 kandydatów, tj. o 550 więcej niż rok temu (24 na jedno miejsce). – Nie odczuwamy jeszcze skutków niżu demograficznego – podkreśla prorektor.

Centra symulacji jak grzyby po deszczu

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku na swojej stronie internetowej podaje, że z liczbą 129 profesorów tytularnych i 141 doktorów habilitowanych na 785 nauczycieli akademickich, ma „jeden z najwyższych wskaźników”, przez co plasuje się „w czołówce wszystkich uczelni w Polsce”. Otwarte niespełna rok temu Centrum Badań Innowacyjnych stworzyło infrastrukturę badawczą i dało szansę na dalszy rozwój tamtejszego Wydziału Lekarskiego. Swoimi pracownikami chwali się także Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie. Najbardziej znani to: prof. dr hab. Jan Lubiński (jego zespół pierwszy w świecie wykazał, że skłonność do nowotworów jest dziedziczona w genach), prof. dr hab. Mariusz Ratajczak (znany z badań nad komórkami macierzystymi) i prof. dr hab. Bogusław Machaliński (obecny rektor). W roku akademickim 2017/2018 odbędą się pierwsze zajęcia z wykorzystaniem sprzętu, który trafi do Centrum Innowacyjnej Edukacji Medycznej PUM. Nowoczesne wyposażenie pojawi się m.in. w nowo wybudowanym budynku Centrum Symulacji Medycznej i pomieszczeniach Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego.

W ramach Uniwersytetu Medycznego w Lublinie powstał Ośrodek Medycyny Doświadczalnej i Klinika Toksykologii. – W przyszłym roku ruszy zintegrowane interdyscyplinarne centrum symulacji medycznej – mówi dr Włodzimierz Matysiak, rzecznik uczelni. Wśród zajęć dodatkowych, z których korzystają studenci kierunku lekarskiego i lekarsko-dentystycznego, warto wymienić warsztaty i szkolenia takie jak: „Jaka specjalizacja w zawodach medycznych ma przyszłość?”, „Komunikacja z trudnym pacjentem”, „Medycyna spersonalizowana”, „Zespoły interdyscyplinarne w pracy zawodowej”, „Jak panować nad emocjami i poradzić sobie ze stresem?”, „Kompetencje miękkie – ich znaczenie w rozwoju edukacyjnym i zawodowym”, „Co cię ogranicza?”, „Trening pewności siebie i odwagi”, „Osobowość trudna – trudny ty, trudny ja”. Ponadto uczelnia oferuje żakom doradztwo zawodowe z elementami coachingu, a także wsparcie kompetencyjne.

Na styku wojska i medycyny

Natomiast na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w ostatnich latach wprowadzono nowe przedmioty (np. rehabilitacja medyczna, genetyka molekularna i genetyka kliniczna, immunologia kliniczna z alergologią, seksuologia z fizjologią rozrodu, biostatystyka z informatyką, diagnostyka obrazowa i medycyna nuklearna), poszerzono zakres nauczania onkologii, endokrynologii i medycyny zapobiegawczej, a także wprowadzono zajęcia z medycyny rodzinnej. Podczas tzw. zajęć wojskowo-medycznych i wojskowych, które oferuje Wydział Wojskowo-Lekarski, studenci-stypendyści MON zdobywają wiedzę niezbędną do podjęcia pracy w wojskowej służbie zdrowia w kraju czy w czasie misji pokojowych NATO.

W zeszłym roku oddano do użytku innowacyjne Centrum Symulacji Stomatologicznej, w którym stu-

denci Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu odbywają praktyczne zajęcia poprzedzające pracę z pacjentami. Placówka posiada wszystko, co niezbędne do wykonywania prac symulacyjnych ze wszystkich dziedzin stomatologii. Najmłodszą publiczną uczelnią medyczną jest Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu. Korzysta z bazy dwóch szpitali uniwersyteckich w Bydgoszczy, dla których uczelnia jest podmiotem tworzącym. Szpitale tworzą bazę nie tylko dla nauczania, ale i prowadzenia badań naukowych.

Kiedy uruchamiano studia lekarskie w ramach Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie, pojawiło się mnóstwo głosów, że to nietrafiony eksperyment. – Absolwenci studiów medycznych to profesjonaliści najwyższej próby. Są na to dowody wymierne w postaci rankingów studentów wydziałów medycznych w Polsce, w których olsztyńscy studenci zajmują czołowe lokaty – w ten sposób o osobach kończących tę uczelnię mówił minister zdrowia Konstanty Radziwiłł podczas uroczystego otwarcia Centrum Medycyny Eksperymentalnej w sierpniu. To jeden z najnowocześniejszych obiektów tego typu w kraju, zlokalizowany na terenie Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego. Pomoże i w prowadzeniu badań naukowych, i w kształceniu studentów.

Jak sobie radzą debiutanci?

Kilkanaście miesięcy temu w Uniwersytecie Zielonogórskim powstał Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu. Jego bazę dydaktyczną i kliniczną stanowią laboratoria, pracownie i sale wykładowe uczelni i Wojewódzkiego Szpitala Klinicznego im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze. Placówka współpracuje z naukowcami m.in. parku naukowo-technologicznego specjalizującymi się w biologii molekularnej, fizyce medycznej, inżynierii biomedycznej i nanotechnologii. Zajęcia z podstaw medycyny i przedmiotów klinicznych uatrakcyjniła teleradiologia. W tym roku kierunek lekarski w Zielonej Górze bił rekordy popularności już na początku rekrutacji.

Niedługo historię kształcenia przyszłych lekarzy ma także Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach. Specjalnie w tym celu do użytku oddano nowoczesny budynek wyposażony m.in. w symulatory do zajęć dydaktycznych. Stanowi on funkcjonalną całość z gmachem, w którym kilka lat temu powstały pracownie: pielęgniarstwa, położnictwa, ratownictwa z Centrum Symulacji Medycznych i Centrum Informacji Medycznej. W tym roku rekrutację na kierunek lekarski po raz pierwszy prowadzi niepubliczna Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego. Składając wniosek w Państwowej Komisji Akredytacyjnej okazała umowy z kilkunastoma szpitalami. Jak czytamy na stronie internetowej, jest największą i najlepiej ocenianą niepubliczną uczelnią w południowej Polsce. „Nasi studenci mają takie same uprawnienia w zakresie opieki zdrowotnej oraz ulg komunikacyjnych, jakie przysługują studentom uczelni państwowych” – podkreślono w zakładce „Dlaczego my?”. ■



IFMSA-Poland

12 listopada w Warszawie odbędzie się uroczysta gala jubileuszowa uświetniająca obchody 60-lecia istnienia i działalności Międzynarodowego Stowarzyszenia Studentów Medycyny IFMSA-Poland, czyli organizacji zrzeszającej studentów medycyny i młodych lekarzy. Rejestracja dla lekarzy i lekarzy stażystów jest już dostępna, natomiast rejestracja dla studentów medycyny zostanie uruchomiona w październiku. Dodatkowo informacje na www.gazetalekarska.pl. „Gazeta Lekarska” jest patronem medialnym tego wydarzenia.



**Maria
Domagała**

Walka z rakiem ponad granicami

Rak należy do tej kategorii chorób, których nie da się pokonać w ramach krajowych systemów ochrony zdrowia – konieczny jest wspólny wysiłek i działania przekraczające granice.

Choroby nowotworowe to wielki problem pacjentów, systemów ochrony zdrowia i społeczeństw. W Europie rocznie nowych zachorowań na raka diagnozuje się ponad 3 mln, a umiera z tego powodu 1,7 mln mieszkańców naszego kontynentu. Żeby kontrola raka była skuteczna, musi istnieć płaszczyzna współpracy wszystkich zaangażowanych w walkę osób i organizacji. Płaszczyznę taką tworzy Unia Europejska. Od 30 lat wspiera działania krajowych systemów poprzez ogólnoeuropejskie projekty. Działania te definiuje również dyrektywa o prawach pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej (nr 2011/24/UE).

Jednym z projektów europejskich jest działający od 2009 r. European Partnership for Action against Cancer – Joint Action (EPAAC) (Europejskie Partnerstwo w Walce z Rakiem – Wspólna Akcja). Jego cel to zachęcanie rządów, środowisk naukowych i organizacji do wspólnych działań, tak aby w 2020 r. liczba zachorowań na raka w Europie spadła o 15 proc. Eksperci EPAAC z całego kontynentu opracowują założenia projektów, które następnie są pilotażowo wdrażane w wytypowanych krajach, a potem upowszechniane w pozostałych. Przez pierwsze 4 lata w projektach uczestniczyło 140 partnerów z Europy. Działalność Partnerstwa jest współfinansowana przez Program Zdrowia UE (Executive Agency for Health and Consumers).

Narodowy Program Walki z Rakiem w każdym kraju

Głównym celem Partnerstwa było opracowanie europejskich wytycznych i podstawowych elementów narodowych programów walki z rakiem (National Cancer Control Program – NCCP) i doprowadzenie do przyjęcia ich we wszystkich krajach UE. Wytypowano najważniejsze obszary tematyczne: promocja zdrowia i prewencja, badania przesiewowe i wczesna diagnostyka, opieka zdrowotna, rejestry i bazy danych, badania naukowe – czyli pełny zakres opieki onkologicznej. W terapii zalecane jest nowe podejście: likwidowanie barier dostępu, działanie zespołowe, stosowanie jednolitych wytycznych,

uwzględnianie aspektu psychologicznego. Jedną trzecią środków na walkę z rakiem powinna iść na badania naukowe.

Najsukuteczniejsza strategia: prewencja

Prewencja raka może zredukować zachorowania o 33 proc.; jest to więc strategia bardzo skuteczna i stosunkowo niskokosztowa. A zatem: upowszechnienie badań przesiewowych. Rekomendacje Rady UE zalecały zredukowanie różnic w ich jakości w poszczególnych krajach poprzez ustanowienie ogólnych zasad dobrej praktyki skринingów, a także poprawy dostępu do programów skринingowych, zwiększenia ich zakresu i zasięgu. Sieć europejskich szkół zarządzania skринingami rakowymi opracowała intensywny program pilotażowy dla kierownictw skринingów dla szkoleń organizowanych przez m.in. instytucje kształcące (np. podyplomowe) i przez unijne formacje; ich tematy: epidemiologia raka, prowadzenie rejestrów. Program szkoleń uwzględniał także krajowe doświadczenia, np. osiągnięcia holenderskie w tworzeniu kryteriów jakościowych w rutynowych badaniach lekarskich. Ważnym materiałem wyjściowym były wnioski z audytu skринingu w kierunku raka szyjki macicy prowadzonego w centrum onkologii w Kielcach. Identyfikacją nierówności w realizacji skринingów zajmowało się centrum badawcze zdrowia publicznego w hiszpańskiej Walencji, organizacje brytyjskie prowadziły warsztaty przygotowujące do korzystania z poradnictwa konsultantów. Na bazie doświadczeń holenderskiego instytutu standaryzacji we współpracy z ekspertami z Wielkiej Brytanii, Irlandii, Belgii i Niemiec opracowywano kryteria badania lekarskiego. Powstał dokument ujmujący główne kryteria jakości, które powinny być uwzględnione w każdym badaniu; przyjęły go wszystkie kraje.

Grupa doradcza (wśród partnerów z całej Europy polska Fundacja Promocja Zdrowia) opracowała metody pomiaru świadomości prewencji i zmian zachowań społecznych – w tym wzorce i narzędzia medialne możliwe do adaptacji w różnych krajach. Wytypowano populacyjne grupy ryzyka: kobiety, młodzież, Romowie itp., wypracowano sposoby dotarcia do nich poprzez

media i kampanie przy wykorzystaniu nośnych haseł, np. do młodych: I'm a fan of life (Jestem fanem życia).

Likwidowanie barier

Zwołany w ramach Partnerstwa lizboński okrągły stół na rzecz lepszej opieki nad chorymi na raka (2007) wskazał priorytety: jak najszybszy dostęp do diagnozy, opieka multidyscyplinarna, poprawa i koordynacja leczenia (w tym paliatywnego), zapewnienie usług psychosocjalnych, uwzględnianie preferencji pacjenta, dobre zalecenia kliniczne, optymalne wykorzystanie procedur diagnostycznych i terapeutycznych (mała częstotliwość – duża kompleksowość). Problemem jest jednak adaptacja sprawdzonego programu w środowiskach o innych warunkach niż wzorcowe: dysponujących mniejszymi środkami finansowymi, o większym obszarze i większej liczbie ludności. Partnerstwo pomaga te bariery pokonać i rozciągnąć dobre praktyki także na populację zaniedbaną.

Uszczegóławiając, niektóre priorytety lizbońskiego okrągłego stołu:

- podejście multidyscyplinarne oznacza, że specjaliści włączeni w diagnozę i terapię prowadzą opiekę razem i we współpracy z europejskimi referencyjnymi sieciami i ośrodkami. Koordynująca ten temat grupa robocza przygotowała dokument Policy statement on multidisciplinary cancer care (Założenia multidyscyplinarnej opieki onkologicznej);
- poprawą leczenia (ocena objawów, ciągłość, opieka paliatywna) zajmowano się w ramach sieci European Association for Palliative Care Research Network (Europejskie Stowarzyszenie Badań nad Opieką Paliatywną), skupiając się na leczeniu bólu i przeciwdziałaniu wyniszczeniu nowotworowemu. Zaktualizowano zalecenia nt. leczenia bólu (opublikowane w *Lancet Oncology* 2012, uaktualnione w 2015 r.), a wnioski dotyczące kacheksji, opublikowane w *European Palliative Care Research Collaboration* 2011, są nowelizowane na bieżąco. Stworzono też informatyczne narzędzie Eir ułatwiające zarządzanie opieką i wspierające proces decyzyjny w leczeniu bólu; składa się na nie platforma komunikacji, baza danych, zalecenia;
- onkologię pediatriczną rozpracowywało 70 partnerów (pracownicy oddziałów onkologii i hematologii dziecięcej, decydenci, pacjenci). Konferencja moderowana przez European Society for Paediatric Oncology – SIOP (Europejskie Towarzystwo Onkologii Pediatricznej) odbyła się w Polsce. Wymiana informacji i doświadczeń pozwoliła wypracować Standardy w onkologii dziecięcej i rozpowszechnić je w krajach unijnych. Po trzech latach przeprowadzono badanie oceniające wdrożenie tych standardów –

wyniki opublikowano w 2013 r. Prace skupione na rozwijaniu, harmonizacji i wdrażaniu zaleceń klinicznych doprowadziły do opracowania raportu nt. implementacji zaleceń klinicznych. Raport wskazał konieczność stworzenia przewodnika, jak stosować zalecenia i narzędzia oceny samokontroli; przy udziale grupy amerykańskiej powstały zalecenia dostosowane do europejskich warunków. Narzędzie wdrażano pilotażowo w trzech krajach UE;

- kształcenie jest kluczowe dla jakości opieki; w pracach nad modelem kształcenia uwzględniającym doskonalenie umiejętności psychologicznych i komunikacji interpersonalnej uczestniczyło wiele organizacji i krajów, w rezultacie 20 krajów spośród 26 uwzględniło te zagadnienia w swoich NCCP, ale tylko 10 krajów miało środki, by wdrożyć edukację poprzez NCCP; inne problematykę wprowadzają w placówkach onkologicznych. Pilotażowy program edukacji psychologicznej był testowany w Rumunii.

Informacja, dane, współpraca

Zasadnicze znaczenie dla efektywnej współpracy mają jednolite zasady prowadzenia, udostępniania i korzystania z baz danych. Tymczasem różne kraje prowadzą rejestry rakowe w różny sposób, mają też one różną wartość. EPAAC zaprosił wszystkich zainteresowanych do przeanalizowania swoich rejestrów i metod upowszechniania informacji. Plan pracy (prowadzonej od 2010 r.) zakłada zidentyfikowanie źródeł danych rakowych; ujednolicenie definicji wskaźników (zachorowalność, śmiertelność, przeżycie, występowanie); stworzenie grupy zadaniowej dla oceny kosztów związanych z rakiem; wypracowanie wystandaryzowanych metod wykorzystania rejestrów i analizy statystycznej danych.

Wysiłki naukowców, klinicystów, polityków, przemysłu inicjujących badania niweczy jednak często brak koordynacji i ujednoliconej metodologii. Przy tym prowadzenie badań jest drogie; wiele krajów ma ubogi dorobek ze względu na szczupłość środków, jakimi dysponują. To wszystko ogranicza postęp w walce z rakiem. W ramach EPAAC zaplanowano znalezienie środków na koordynację badań związanych z rakiem. Prace przygotowawcze objęły wskazanie płaszczyzn, na których badania naukowe powinny być koordynowane i zastosowane. Powstał raport wskazujący priorytety wspólnych europejskich badań i kroki umożliwiające koordynację.

Działalność Partnerstwa przyniosła zakładany rezultat: w każdym kraju członkowskim istnieje Narodowy Program Walki z Rakiem (choć nie w każdym jest on doskonały). Do 2013 r. 29 krajów (kraje UE plus Norwegia i Islandia) miało programy skonstruowane wg nowych wytycznych unijnych. ■

Na podstawie:
Boosting innovation and cooperation in European cancer control: key findings from the European Partnership for Action Against Cancer 2013; <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/cancer/data-and-statistics>; Dyrektywa PE i Rady z 9 marca 2011 r. nr 2011/24/UE ws. stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej; <http://www.mz.gov.pl/ministerstwo/wspolpraca-miedzynarodowa/wspolpraca-z-ue/>



Joanna
Sokołowska

Przychodzi baba do kolegi



Tak, jak każdy lekarz wie, że najtrudniejszymi pacjentami (wybaczcie rodzice!) są nauczyciele, tak wśród moich niemedycznych znajomych panuje powszechny osąd, że lekarze, nie dość, że bogaci i szczęśliwi, to nawet chorując, mają lepiej, łatwiej i przyjemniej.

Dlaczego? Po pierwsze dlatego, że medyk, nawet nieco niedomagający, wie przecież, jak zdrowo żyć. Choć niejasny pozostaje problem praktycznego wykorzystania tej wiedzy, sam fakt jej posiadania ma działać jak magiczna tarcza ochronna. Po drugie dlatego, że posiadanie wiedzy medycznej gwarantuje szybkie zauważenie symptomów choroby, a co za tym idzie – jej samodzielne zdiagnozowanie i wyleczenie. Po trzecie (gdyby zawiodło „po pierwsze” i „po drugie”) – znajomości w środowisku lekarskim umożliwiają konsultację u najlepszego specjalisty. Po czwarte – i pewnie najważniejsze – ten specjalista przyjmie potrzebującego kolegę po fachu z otwartymi ramionami, poza kolejnością i całkowicie bezpłatnie, w ramach szeroko pojętej solidarności zawodowej.

Moje, z upływem lat coraz liczniejsze, obserwacje uczestniczące na szczęście w znakomitej większości przypadków potwierdzają, że zawistny ogół ma rację. Biały lekarski fartuch otwiera niejedne drzwi i pozwala skrócić czas oczekiwania na pomoc. Jednak nie bez pewnych konsekwencji...

Znajomi spoza medycznego kręgu nie zdają sobie sprawy z tego, że w tym stanie rzeczy, jak

to zwykle w życiu bywa, każdy kij ma dwa końce, medal – dwie strony, a – cytując noblistę – plusy bywają dodatnie i ujemne.

Wizyta lekarska u kolegi – specjalisty to wcale nie jest towarzyskie tête-à-tête.

Ustaliliśmy kiedyś z takim Kolegą wspólny pogląd, że pacjenci dzielą się na chorych i tych, którzy lubią się leczyć. Ci ostatni są nam solą w oku. Pozostaje więc mieć nadzieję, że Kolega nie dostrzeże w nas objawów hipochondrii. Ale z drugiej strony, czy naprawdę nasza dolegliwość jest na tyle poważna, by zawracać jego zapracowaną, specjalistyczną głowę? Nie chcemy być solą w oku kolegi...

Jeżeli uznamy jednak, że nasza dolegliwość warta jest jego uwagi, z takim Kolegą trzeba się umówić. Czasem do siebie dzwonimy, więc patrząc z boku, można mieć wrażenie, że to żaden problem. A jednak! W poniedziałek to Kolega przyjmuje w przyszpitalnej poradni. Wykażmy się empatią, dajmy mu spokój w poniedziałek. Z własnego doświadczenia wiemy, jak bardzo nie chce rozmawiać o chorobach (nawet najbliższych przyjaciół), gdy wreszcie zamknie drzwi gabinetu. Wiemy, bo my przyjmujemy w poradni we wtorek. Może środa? Tak się składa,

że oboje mamy tego dnia dyżur. Niestety, nie w tym samym szpitalu. W tym samym szpitalu dyżurujemy w piątek, ale tego dnia lepiej się nie umawiać. Zgodnie z jednym z medycznych praw Murphy'ego to właśnie w piątek po 15.30 zdarzają się najciekawsze medyczne przypadki. Istnieje więc wysokie prawdopodobieństwo, że albo my, albo Kolega będziemy doświadczać silnych emocji związanych z byciem piątkowym doktorem House'm. Oczywiście jest też możliwy wariant, w którym to my sami, decydując się na los piątkowego pacjenta, staniemy się przypadkiem wartym omówienia na poniedziałkowej odprawie. A tego przecież bardzo nie chcemy, prawda? Nie, piątek odpada!

Umawiamy się na czwartek. Nie tylko w tak zwanym prywatnym gabinecie, ale i w głębokim poczuciu winy. Zabieramy przecież Koledze czas, który pewnie spędzałby już w przyjemniejszym niż nasze towarzystwie. Czas to pieniądz, a o zapłacie nie ma mowy! Jedyne, co możemy zaproponować w zamian, to odwdziczenie się lekarską pomocą w potrzebie. Ale przecież nie życzymy Koledze, by takiej pomocy potrzebował.

Sama wizyta też wystawi naszą znajomość na próbę – trzeba opowiedzieć Koledze o swoich dolegliwościach i odpowiedzieć na kilka pytań. Kolega jest przyzwyczajony do tego, że pacjenci kłamią. Jak można jednak okłamać kolegę? A z drugiej strony, jak być pacjentem i mówić całą prawdę?! Gdy rozwikłamy już te etyczne i towarzyskie problemy, nazwiemy wspólnie problem i zbliżymy się do jego rozwiązania, może się okazać, że wizyta zakończy się klasykiem wśród branżowych porad – „musisz sobie coś na to wziąć” – powie Kolega...

Obie bowiem strony zakładają, że dysponują tą samą wiedzą. Wprawdzie trochę wstyd się przyznać Koledze, że kompletnie nie wiemy, o czym mówi, a on sam nie chce wyjść na takiego, co to pozjadał wszystkie rozumy. Nie doszukujemy się więc tutaj ani lekceważenia, ani złych intencji. Kolega wykazał się delikatnością w stosunku do naszej ignorancji, a nam pozostaje nocne przeszukiwanie zasobów internetu.

Na koniec jeszcze kwestia dyskrecji. Jeśli uda nam się rozwiązać swój problem zdrowotny w zaciszu zaprzyjaźnionego gabinetu lekarskiego, raczej możemy mieć pewność pełnej anonimowości. Wraz jednak ze wzrostem ilości pracowników medycznych zaangażowanych w naszą diagnostykę i leczenie, prawdopodobieństwo zachowania tajemnicy lekarskiej gwałtownie maleje. Jeżeli los nada nam status pacjenta szpitala, zwłaszcza, jeśli jest to szpital, w którym na co dzień pracujemy, możemy być pewni, że żaden wynik badań, żadna wiadomość o zaawansowaniu naszej choroby i rokowaniu nie umknie uwadze szpitalnej społeczności. Przecież jesteśmy jedną wielką medyczną rodziną, a w rodzinie nie ma tajemnic... ■



**Sławomir
Pietras**

Dyrektor
polskich teatrów
operowych

Sokołowsko – przeszłość i festiwale

Gdyby mnie przepytowano z tematu „Pierwsze na świecie sanatorium przeciwgruźlicze”, nie odpowiedziałbym, bo dotąd nie miałem pojęcia, że to właśnie Sokołowsko.

O istnieniu tego miejsca dowiedziałem się dzięki Festiwalowi Krystyny Jandy w Szczawnie, która po zagranii (rewelacyjnie) Marii Callas, nazajutrz „podstępnie” zaproponowała: „Pojedziemy do Sokołowska. Mam tam koleżankę. Chodźmy razem do liceum plastycznego”.

Było tego pół godziny jazdy za Wałbrzychem w kierunku Mieroszowa. Nagle znaleźliśmy się w jakiejś krainie z bajki, której historia jest następująca: Pierwsza wzmianka o wsi Görbersdorf pochodzi z roku 1357 i założyli ją prawdopodobnie benedyktyni z Broumova. Do połowy XIX wieku nic się w niej nadzwyczajnego nie działo, aż zjechała tu hrabina von Colomb. Zachwycona krajobrazem namówiła swego szwagra dra Hermanna Brehmera do stworzenia uzdrowiska leczącego metodą hydroterapii Vincenta Priessnitza. W ten sposób powstało pierwsze w świecie specjalistyczne sanatorium dla gruźlików. Zastosowano w nim nowatorską metodę leczenia klimatyczno-dietetycznego. Dopiero na jego wzór uruchomiono później słynne do dziś, również z literatury i muzyki, szwajcarskie Davos.

Po pewnym czasie leczył się w tym sudeckim kurorcie młody polski medyk Tytus Chałubiński, który pod wrażeniem ówczesnego Sokołowska postanowił zorganizować taki sam ośrodek leczenia gruźlicy w Zakopanem. Bliskim współpracownikiem dra Brehmera był prof. Alfred Sokołowski, którego nazwisko posłużyło do zmiany nazwy miejscowości po II wojnie światowej.

Innym polonikiem jest wybitny filmowiec Krzysztof Kieślowski, który wraz z rodzicami w latach 50. mieszkał w Sokołowsku i pierwszych doświadczeń kinematograficznych doznawał, przesiadując w miejscowym kinoteatrze „Zdrowie”.

Niegdyś zjeżdżali do śląskiego Davos kuracjusze z całej Europy, a kurort opiewany był przez poetów i wdzięcznych ozdrowieńców. Jego sławę i renomę zakończyła wojna, mimo że uzdrowisko szczęśliwie ocalało. Dewastacja, ru-

ina i zapomnienie to niestety czasy Polski Ludowej. W latach 50. zakończył działalność monumentalny, neogotycki budynek sanatoryjny „Grunwald”, następnie luksusowe pawilony, bezcenne urządzenia lecznicze i beztrudnie zaniedbany park zdrojowy.

Mimo że z dawnej świetności pozostało już niemal tylko wspaniałe powietrze, na odsiecz legendarnemu centrum leczenia gruźlicy w ostatnich latach pośpieszyli ludzie sztuki. Powstała Fundacja Sztuki Współczesnej „In Situ” (ochrona gatunku chronionego w jego naturalnym środowisku), która zakupiła zrujnowany obiekt byłego sanatorium dra Brehmera, odbudowując stopniowo i z trudem jego olbrzymią kubaturę oraz tworząc Międzynarodowe Laboratorium Kultury. Aby to wszystko wspierać, powstał komitet honorowy złożony z tak aktywnych i wybitnych postaci polskiej kultury jak Józef Robakowski, Natalia Lach-Lachowicz, Michał Lorenc, Krystyna Janda i Marek Kondrat.

Fundacja „In Situ” od 6 lat organizuje Festiwal Filmowy *Homage à Kieślowski* z szeroką prezentacją dorobku tego wybitnego reżysera, działalnością wystawienniczą, a również Archiwum Twórczości Krzysztofa Kieślowskiego.

Inną sokołowską inicjatywą jest Festiwal Sanatorium Dźwięku poświęcony eksperymentalnej muzyce współczesnej. Obejmuje on koncerty, instalacje, wykłady, panele dyskusyjne i prezentacje. Radzę obserwować, czy muzyka awangardowa poprzez klimat Sokołowska może sprzyjać leczeniu płuc. Jeśli tak, to sugeruję w następnej kolejności zbadać jej wpływ na choroby nerwowe. To też może być interesujące...

Koleżanka szkolna Krystyny Jandy nazywa się Bożena Biskupska. Jest malarką i rzeźbiarką, laureatką wielu nagród polskich i zagranicznych. Podobnie jak Jandę przepełnia ją pasja, nieustanna aktywność, odwaga poszukiwań i wykorzystywanie talentu do szlachetnych celów. Obecnie gromadzi wokół siebie artystów, aby ratować medyczną przeszłość bajkowego Sokołowska. Życmy powodzenia! ■

Recenzja

**Lidia
Sulikowska**

Rozświecić cierpienie, pokazać pasję

Książka, która w sposób absolutnie wyjątkowy opowiada o jednej z najtrudniejszych dziedzin życia – medycynie. „Światło w medycynie” to album, w którym nostalgiczne, pełne emocji czarno-białe zdjęcia, ukazujące sceny z sali operacyjnej, okraszono sformułowanymi przeszło 120 lat temu, ale jakże prawdziwymi także dziś – myślami o etyce lekarskiej autorstwa znamienitego doktora Władysława Biegańskiego. O tym, że najważniejsze jest dobro

chorego, że w zawodzie lekarza liczy się coś więcej niż tylko kompetencje.

To, co uchwyciło sprawne oko fotografa, pokazało rzeczywistość w prawdziwym, ale jakże innym jednak wymiarze. – Promienie świetlne wydobywają z mroku kształty i sensy, a ich magiczne działanie kreuje obrazy i fotografie – pisze autor zdjęć Łukasz Kulak, lekarz i pasjonat fotografowania. Trudno się z nim nie zgodzić.

„30 LECIE ŻŁOBKA”

Ta kwestia na pewno była wielokrotnie badana i opisywana. Ale na dziennikarstwie nas tego nie uczyli. I teraz od kilku dni sam zadrezczam się pytaniami o wspomnienia.

Zastanawiam się, od którego etapu swojego rozwoju człowiek już je ma? Może jaśniej – nie chodzi o to, od kiedy zaczyna się wspominać, ale od kiedy się pamięta, co się w życiu zdarzyło. Przedszkole? Czy to moja własna pamięć podpowiada, że miałem worek na kapcie z naszytą marchewką i kochałem się w Ani, która miała naszytego muchomorka? Czy to raczej wiedza czerpana z opowieści rodziców i drwin starszego brata? Gdyby to były jakieś własne przeżycia, skrywane w zakamarkach jaźni, być może w dorosłym życiu szukałbym wyłącznie kobiet z naszytymi muchomorkami? A nic takiego mi się nie przydarzyło. No, może ze trzy razy. Szkoła podstawowa, liceum, to już okresy pełnej świadomości i wielu późniejszych wspomnień. Pewne luki zaczynają się, kiedy próbuję odtworzyć czasy studiów. Ale to z kolei tak stadny okres w życiu człowieka, że jeżeli się czegoś nie pamięta, to na pewno paru kolegów z akademika podzieli się wspomnieniami o tym, gdzie się mieszało, w ile osób, jak się odżywiało i jakim cudem zdało egzamin.

Refleksje dotyczące wspomnień naszły mnie nieprzypadkowo. Otóż spacerując kilka tygodni temu po Limanowej, na jednym z budynków zobaczyłem transparent z napisem: „30 LECIE ŻŁOBKA”. I poniosła mnie fantazja! Zacząłem sobie wyobrażać obchody. Na przykład zjazd absolwentów. Rozmowy:

- Gosia? Nic się nie zmieniłaś!

- Stary, ale ten czas leci! Przecież jak się widzieliśmy ostatnio, to jeszcze nie mieliśmy wszystkich zębów mlecznych!

- Teraz nie mamy już wszystkich stałych.

Na początek część artystyczna w wykonaniu dzieci, które aktualnie uczęszczają do placówki edukacyjno-wychowawczej świętującej jubile-

usz. Trzymając się za rączki i maszerując w kółko, maluszki śpiewają: „Słońce góry obudziło/ Wychyliło się zza snopka/ Spotkał Jasio starą miłość/ Na trzydziestolecie żłobka”. Potem bankiet (płatki gryczane na mleku i marchewka tarta z jabłkiem), kilka zabaw (na przykład w „Jak robi kukulka?”) i po wszystkim, nad ranem, raczkanie do domu.

W sklepie motoryzacyjnym zobaczyłem gumowe dywaniki do samochodów z napisem: „Dywaniki półuniwersalne”. Co to może znaczyć? Bo „uniwersalny” to mniej więcej rozumiem. Ale co ma sugerować to „pół”? Że czasem pasuje, a czasem nie? Z dzieciństwa pamiętam wakacyjne „półkolonie”. Nigdzie się nie wyjeżdżało, szło się do szkoły, do której wcześniej chodziło się przez cały rok, tyle tylko, że nie kazali się uczyć. To „pół” powoduje, że coś może być „nie całkiem”. Zdejmuje obowiązek. Hemar pisał: „Pół przyjaźni – najgorsza obłuda/ Pół talentu – najgorsza szmira/ Pół zabawy – najgorsza nuda/ Pół dziewczina – największa dzidzira”. Ale kto słucha poetów?! Człowiek z natury lubi sobie ułatwiać życie, więc boję się, że coraz bardziej pójdzie nam w stronę „półświeżych” wędlin w sklepie, „półdiagnozy” i „półrecepty” u lekarza, „półsztuki” w teatrze, „półfilmu” w kinie, „półustawy” w sejmie, „półprawdy” w sądzie i „półwysztalcenia” na uczelniach. Przepraszam – to ostatnie jest już od dawna – słynny „półinteligent”. Wojciech Młynarski w piosence „Siedzę w oknie, patrzę w dal” wymienia nawet „pełnego półinteligenta”. Tęskni za nim, prosi by powrócił na kierownicze stanowiska „...Bo się strasznie plenią mi/ Łypiąc znad herbaty plujki/ Ćwiartki... I szesnastki...I.../ Czy ja wiem? Trzydziestki dwójki?”. Cała nadzieja w porządnie ukończonych żłobkach. No dobrze – pół nadziei. ■



**Artur
Andrus**

Dziennikarz
radiowej „Trójki”,
konferansjer
i satyryk

Obraz nie byłby jednak pełen, gdyby zabrakło w nim myśli. – Album jest swoistym zawodowym rachunkiem sumienia, a także przewodnikiem w dniu codziennym. Nigdy dość przypominania słów doktora Biegańskiego, że „medycyna urodziła się z niedoli, a rodzicami chrzestnymi były: miłosierdzie i współczucie”(…). Natomiast dzięki znakomitym fotografiom wnika głębiej w myślenie, działanie i poświęcenie leczących w ich zmaganiach o zdrowie i życie człowieka – pisze prof. Marian Zembala we Wstępie do tej niezwyklej publikacji.

Nie pozostaje nic innego, jak zaprosić Państwa w podróż pełną zamyślenia nad lekarzem i jego pacjentem. Dodatkową rekomendacją niech będzie informacja, że album ten został nominowany do nagród i wyróżnień w konkursie Polskiego Towarzystwa Wydawców Książek „Najpiękniejsze Książki Roku”. ■





**Agata
Morka**

Historyk
sztuki

Na głos

Ze wszystkich biografii najbardziej lubię te papieskie. Te dawniejsze zazwyczaj ociekają krwią, zdradami i bezwzględna walką o władzę. Portrety papieskie – czy te ciche i skupione pędzla Velazqueza, czy bardziej fabularyzowane, jak Aleksander VI grany przez Jeremy’ego Ironsa w serialu o rodzinie Borgiów – to zazwyczaj studia osobowości nieprzeciętnych w swym skomplikowaniu. Ale to nie kto inny jak Francis Bacon przeniósł portret papieski w zupełnie nowy wymiar.

Nad serią papieskich portretów pracował około dwudziestu lat, malując różne wersje siedzącej postaci. Za punkt wyjścia obrał sobie sławny portret Velazqueza, pokazujący Innocentego X zadumanego, zatroskanego, jakby skulonego nawet na swym papieskim tronie. Inspiracją tą postacią była dla Bacona na tyle głęboka, że stworzył całą serię jego portretów, wszystkie o podobnym ładunku ekspresji. U jej sedna leży kontrast o wybuchowej mocy.

Kompozycja portretu niewiele w zasadzie różni się od bardzo tradycyjnych ujęć papieskich. Oto papież siedzący w fotelu, w bliżej nieokreślonym wnętrzu. Siedzi w pozie raczej sztywnej, z rękoma

opartymi na poręczach, z wyprostowanymi plecami, nogi uykają już uwadze malarza. Pozycja być może daleka od zrelaksowanej, ale pełna dystansu i godności. I tutaj właśnie uderza Bacon, otwierając papieżowi usta. Papież krzyczy i jest to krzyk nie-pohamowany, którego drgania odbijają się jeszcze w gwałtownych pionowych pociągnięciach pędzla, pokrywających całe płótno. Kontrast czerni i żółci składa się na mroczną całość. Innocenty krzyczy głośniejsz niż sławna postać Muncha. To krzyk być może najgłośniejszy w historii sztuki współczesnej.

Czy możliwe jest jednak, że powodem rozpaczy papieża jest ból spowodowany chorobą? Jeśli tak, to jaką? ■

Obraz: Francis Bacon, *Portret Innocentego X*, 1953



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 **12 października 2016 r.**

W temacie maila należy wpisać GL10.
Proszę nie zapomnieć o podaniu danych kontaktowych (imię i nazwisko, adres, telefon).
UWAGA - jedna osoba może przesłać jedną odpowiedź.

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

Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju

ufundował voucher obejmujący m.in.:

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



NAGRODZENI Z „GL” 08-09/2016

Voucher do Hotelu
Prezydent**** Medical SPA & Wellness
w Krynicy-Zdroju otrzymuje
Anna Wilczyńska z Łży
Gratulujemy!

ROZWIĄZANIE ZAGADKI Z „GL” 08-09/2016

Obraz oryginalny: a

Diagnoza

Ludzi portretowanych przez Hoppera zawsze charakteryzuje pewne wycofanie, zagłębienie w sobie. Niektórzy badacze sugerują, że malarz przenosi na tematy swoich prac swoją własną kondycję psychiczną i twierdzą, że zamyślona kobieta z obrazu może w istocie cierpieć na zaburzenia snu i depresję.

Szczegóły różniące obrazy

1. Dodanie napisu **Phillies** na budynku za oknem.

Napis taki zdobi lokal przedstawiony na najbardziej znanym obrazie Hoppera „Nocne marki”, znacząc imię nocnego baru, w którym kończą wieczór samotni mieszkańcy miasta.

2. Zmiana włosów modelki na **krótkie i czarne**.

Kobieta na obrazie to żona Hoppera, Josephine. Od czasu, gdy się pobrali, zażądała bycia jedyną modelką pozującą do jego obrazów, stąd rozpoznać ją można na wielu jego płótnach.

3. Zmiana koloru koszuli **nocnej kobiety na butelkową zieleni**.

Przykuwające uwagę rozwiązania kolorystyczne to jedna z cech charakterystycznych obrazów Hoppera. Błada czerwień ubrania kobiety była zatem bardzo przemyślaną decyzją, zresztą Hopper bardzo często używa tego koloru dla kobiet w swoich obrazach, powtarza się on tak w „Poranku na Cape Cod”, jak i w „Nocnych markach”.

4. Zmniejszenie **prostokąta światła na ścianie tak, że nie obejmuje postaci kobiety**.

Hopper w strategiczny sposób rozgrywa rozłożenie światła na płótnie. Poranne światło wpuszcza na ścianę pokoju, przecinając nim na pół siedzącą kobietę, jakby zaznaczając jej zawieszenie pomiędzy wnętrzem, którego jest częścią, a przestrzenią budzącego się miasta, w kierunku której patrzy.



Obraz: Edward Hopper, *Poranne słońce*, 1952

Zapiski z dyżurów



**Renata
Paliga**

Laureat I miejsca
w Konkursie
Literackim
„Przychodzi
wena do lekarza”
(2016) w kategorii
„opowieść
pacjenta
– opowieść
lekarza”

Jestem pewna, że madonny nie golą nóg. Nie goliły i golić nie będą. Bo i po co? Pod sukniami pełnymi nieba wszystko rośnie jak szalone, nadprzyrodzone. Szczelnie okrywają, aż do cokołu, nikt nie dostrzeże, nie wylajkuje i nie wydrwi. W końcu są tkane na krosnach różańców.

Zastanawiające, ile w splocie materii jest podziękowań, a ile żalu wypłakanego przez starców i dzieci.

Grupa w wieku produktywnym modli się statystycznie rzadziej i jakościowo inaczej. Częściej kupuje, do nich skierowany jest przekaz podprogowy mający podwaliny w modlitwie, ale to zupełnie co innego.

Szyte z nieboskłonów suknie dbają o to, by nie zaburzyć rytmu wszechświata i jego płodności. Odrastająca szczecina dnia następnego jest zawsze odstraszaająca. Co ludzie powiedzą, napiszą, co na to NFZ.

Madonny nie golą nóg w proteście przed wszechogarniającym świat konsumpcyjnym podejściem do natury. To ich protest song przed agresywnym naporem kanonów łysego piękna. Obrona lasów tropikalnych przed wyrżnięciem, oprotestowanie płodzenia tylko pięknych i zdrowych, walka z przywilejem wyboru momentu śmierci, który się słusznie należy, itp.

Madonny nie golą nóg.

Tym bardziej te nieprzytomne.

W wyobraźni zaklejam plastrem usta. Usta zazwyczaj starannie umalowane nawet o dwunastęj w nocy. Wargi, które syczą monologi na temat niewydepilowanych nóg przywiezionych z wypadku czy nagle z ulicy. Że takie zaniedbane, że jak można, że obrzydliwe, że nie dotkną i niech ona pójdzie. Że pewnie nie przeżyją do końca dyżuru.

Małe dziewczynki dzielą się na te grzeczne i niegrzeczne. Ładne i nieładne. Mądre i niemądre. Biedne i niebiedne. Posiadające koty i te, które wybierają nieżywe zabawki. Ratujące zapchłone i chore koty i te, które wolą ich nie dotykać. Które karmią głodne bezpańskie koty, noszą stare kocyki i w końcu zabierają do domu i te, które likwidują rozstawione miski, bo zaburzają harmonię i wygląd miejsc użyteczności publicznej.

Kiedy małe dziewczynki dorosną i stają się le-

karkami, dzielą się na: grzeczne i niegrzeczne. Ładne i nieładne. Mądre i niemądre. Biedne i niebiedne. Ustosunkowane i samotne. Posiadające żywe koty i te, które wolą ich nie posiadać.

Ratujące zapchłone i chore i te, które wolą ich nie dotykać bo roznoszą choroby. Karmiące głodnych i te, którym karmienie uwłacza i zlecają personelowi innemu.

Kiedy koty, dziewczynki, pchły, lekarki i choroby idą do nieba, każdej się wydaje, że przed wejściem poprawia aureolę.

Miała drobne zniszczone dłonie. Mówili, że nigdy ciężko nie pracowała. Patrzyła całe dnie w sufit. Leżała na łóżku przy oknie, patrzyła w niebo i w sufit, więc skąd te pomarszczone dłonie? Zniszczone jak ziemia, odrodzone jak ona.

Nie. Nie chorowała. Więc dlaczego leżała całe dnie? Nie wiadomo. Skąd te dłonie zniszczone, umartwione, czarne? Nie wiadomo.

Zachodziły w głowę, stojąc u stóp trumny. Stały, trzymając wiechcie kwiatów, bujne bukiety z przydomowych ogródków. Takie wystarczają. Nikt nie będzie filmował, bo sobie nie życzyła. Stara dziwaczka!

Ciekawe, czy przyjedzie syn. Opowiadała o nim, że istnieje na pewno, chociaż nikt go nigdy nie widział. Nie wiadomo, czy znajdzie czas, jeśli jest tak ważny, jak sądzili.

Pod łóżkiem znaleźli kartki. Tysiące. Miliony kartek zapisanych ołówkiem. Małe, duże, żółte, białe, stare i całkiem nowe. Pisała całe dnie, patrząc w niebo i wrzucała zapisane pod łóżko.

Pytali ludzie czasami:

– A co tam tak bazgroli?

– Mówią do mnie, to piszę – i gapiała się w przeszyty oknem dzień po dniu i noc po nocy.

Używała słów dziwnych których nikt nie rozumiał, albo łączyła je w taki sposób, że miały posmak kpiny i radości, goryczy i przemijania, a wszystko to jednocześnie.

Pisała. I wrzucała kartki pod łóżko.

Kiedy po latach zapytali mnie, jaka była Poetka. Odpowiedź nie łamała tajemnicy lekarskiej i była jednocześnie rozpoznaniem.

– Miała oczy pełne chmur.

Więcej w dziale
Kultura na
www.gazetalekarska.pl

Aktualności



Jury: Anna Dymna, Waldemar Hładki, Ewa Lipska, Bronisław Maj, Maria Szczeklik, Jarosław Wanecki, Adam Zagajewski

- W konkursie może wziąć udział każda osoba mająca tytuł lekarza lub lekarza dentysty.
- Prace konkursowe będą przyjmowane w 3 kategoriach:
Poezja

Proza non-fiction

Opowieść pacjenta – opowieść lekarza

- Termin nadsyłania prac konkursowych do 5 marca 2017 roku pocztą elektroniczną pod adresem wena@mp.pl
- Prosimy o zapoznanie się z regulaminem konkursu dostępnym na stronie internetowej: www.mp.pl/wena

Informacji udziela:

Anna Wierchowska-Woźniak

Medycyna Praktyczna, ul. Gazowa 14A, Budynek C

31-060 Kraków, tel. 12 293 42 68, e-mail: wena@mp.pl



medycyna praktyczna

„Przychodzi wena do lekarza”

Ogólnopolski Konkurs Literacki
im. Profesora Andrzeja Szczeklika

Edycja VI



XX Europejski Bal Lekarzy

Polskie Towarzystwo Medyczne w Niemczech, powstałe na Jesiennym Balu Medycyny w 1992 r. w Düsseldorfie, rozpoczyna 25. rok swojego istnienia. Przez te lata tętniło życiem i szeroko działało na rzecz polonijnego środowiska medycznego.

Obecnie Polskie Towarzystwo Medyczne w Niemczech jest jedną z dwóch największych organizacji Polonii medycznej na świecie i największą w Europie. Prowadzi szeroką działalność, uczestnicząc i organizując zarówno wydarzenia naukowe, jak i kulturalne czy sportowe, w tym Europejski Bal Lekarzy. 19 listopada br. w Düsseldorfie

odbędzie się już XX Europejski Bal Lekarzy, na którym będziemy również świętować wspomniany już jubileusz Polskiego Towarzystwa Medycznego w Niemczech. Chcielibyśmy zaprosić Państwa do wspólnego spotkania i świętowania.

*dr med. Bogdan Milek,
przewodniczący Polskiego Towarzystwa
Medycznego w Niemczech, przewodniczący
Kongresu Polonii Niemieckiej oraz wiceprzewodniczący
Federacji Polonijnych Organizacji Medycznych*

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



Urazy czaszkowo-mózgowe

Red. nauk.: Józef Opara

Zbiór na temat diagnostyki, leczenia i rehabilitacji osób po urazach czaszkowo-mózgowych. Autorzy wiele uwagi poświęcili strategii usprawniania opartej na objawach. Na przykład omówiono usprawnianie funkcji kończyny górnej i ręki i przedstawiono stosowane w tym procesie metody.



Czarna biel

Marian A. Nocoń

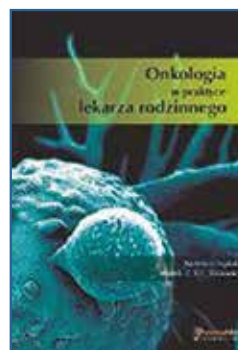
Opowieść o czasach od odzyskania przez Polskę niepodległości po lata współczesne widzianych oczyma pani doktor Ireny Federowicz. Bohaterka wspomina między innymi pracę w szpitalu Wolskim w czasie Powstania Warszawskiego, decyzję o podjęciu studiów medycznych i życie na Górnym Śląsku.



Ebola. Tropem zabójczego wirusa

David Quammen

Doświadczony dziennikarz analizuje jeden z najniebezpieczniejszych wirusów. Przekazuje pokąsną dawkę wiedzy zdobytą od cennych naukowców i pokazuje historie ludzi, którzy zetknęli się oko w oko z Ebolą. Literatura faktu, która trzyma w napięciu niczym najlepszy skandynawski kryminał.



Onkologia w praktyce lekarza rodzinnego

Andrzej Deptała, Marek Z. Wojtukiewicz

Współczesna opieka nad pacjentem onkologicznym wymaga zaangażowania specjalistów wielu dziedzin medycyny. Książkę podzielono na kilka części, w których opisano m.in. podstawy onkologii ogólnej, rodzaje terapii, postępowanie wspomagające.



Opowieści zmyślone

Halina Sulek-Kobiela

To trzeci tomik poetycki lekarki pediatry z Bochni. Po debiutanckim zbiorze wierszy „Musztarda po obiedzie” i „Co w trawie piszczy”, który ukazał się rok później, przyszedł moment na kolejną publikację. Jakie wiersze autorka przygotowała tym razem dla swoich czytelników?

XXVI Żeglarskie Mistrzostwa Polski Lekarzy



FOTO: Ryszard Golański

Jezioro Roś to akwen leżący nieco z boku od głównego szlaku żeglarskiego na Wielkich Jeziorach Mazurskich. Ale dzięki ośrodkowi Wrota Mazur w Imionku często jest odwiedzany przez żeglarską brać. Od trzech lat spotykają się tam we wrześniu żeglujący lekarze z całej Polski.

Chętnych do udziału jest więcej niż miejsc. Limitem jest liczba 30 jachtów Delphia 21, którymi dysponuje ośrodek. Magnesem przyciągającym uczestników jest nie tylko uroda jeziora i chęć męskiej rywalizacji, ale także atmosfera, jaką stwarzają organizatorzy.

W tym roku po raz kolejny to potwierdzili. Nowy komandor regat, Joanna Gniadek, świetnie wywiązała się ze swojej roli, dzielnie kontynuując tradycję swoich poprzedników, zwłaszcza Bogdana Kuli. Połowa załóg reprezentowała izbę warmińsko-mazurską, pozostałe przyjechały z Warszawy, Łodzi, Krakowa, Białegostoku, Poznania, Śląska, Gdańska, Lublina i Bielska-Białej.

Tradycyjnie przez pierwsze dwa dni odbywały się biegi w ramach mistrzostw Polski, w niedzielę był bieg długodystansowy – Memoriał dr. Lipieckiego, wieloletniego komandora mistrzostw. W piątek i sobotę dopisała prawdziwie żeglar-

ska pogoda: słońce i wiatr. Mistrzami Polski Lekarzy została załoga Carolina Medical Center z Warszawy pod wodzą Krzesimira Siecnych. To czterech ortopedów z tytułowego centrum.

Już po pierwszym dniu uzyskali znaczącą przewagę i nie oddali prowadzenia. Zwycięski sternik, mimo młodego wieku, ma za sobą wieloletnie doświadczenie w żeglarskiej rywalizacji. Srebrny medal wywalczyła warmińska załoga z Wojciechem Nicyporowiczem, a brązowy „Hanysy” ze Śląska, pod Maciejem Kijasem. Niedzielny wyścig memoriałowy odbywał się w zupełnie innych warunkach, wiatru praktycznie nie było. Dość powiedzieć, że piszący te słowa potrzebował godziny, aby pokonać dystans stu metrów...

Zwycięzcą memoriału została załoga „Pełna Profeska” z Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej, sternik Maciej Kuciel. Podczas regat panowała atmosfera bezpardonowej rywalizacji, narzucana głównie przez młodszych kolegów, ale wieczorem wszyscy stawiali się przyjaciółmi, omawiając przebieg poszczególnych wyścigów i snując plany rejsów – mazurskich i bardzo egzotycznych.

Ryszard Golański

Wkrótce Memoriał Andrzeja Jasińskiego

Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi przy współudziale Naczelnej Izby Lekarskiej oraz Polskie Stowarzyszenie Tenisowe Lekarzy zapraszają na XIV Halowy Ogólnopolski Turniej Lekarzy w Tenisie Memoriał Andrzeja Jasińskiego. Turniej zostanie rozegrany w dniach 11-13 listopada 2016 r. w Pabianicach koło Łodzi na kortach MOSiR-u przy ul. Grota Roweckiego 3. Program oraz regulamin turnieju będą dostępne na www.oil.lodz.pl w dziale Wydarzenia sportowe i kulturalne.

Więcej w dziale
Sport na
www.gazetalekarska.pl

Aktualności



XIX MPL w Kolarstwie Górskim

Tegoroczny wyścig w ramach XIX Mistrzostw Polski Lekarzy w Kolarstwie Górskim w Istebnej (3 września) to powrót do klasyki kolarstwa górskiego w wersji xco (cross country olimpic). Powody są dwa: tradycja zapisana dwudziestowieciem oraz chęć odróżnienia od tak popularnych maratonów mtb.

Na zróżnicowanej technicznie trasie, będącej kompromisem pomiędzy umiejętnościami amatorów a ambicjami profesjonalistów, mieliśmy: szybką asfaltową rozjazdówkę, długi

stromy leśny podjazd, sekcję zjazdową w początkowej fazie najeżoną nierównościami oraz luźnymi kamieniami, przejazd przez rwącą rzekę oraz urokliwą ścieżkę wzdłuż Olzy.

Wśród kobiet najlepsze w grupach wiekowych okazały się: Anna Jurkiewicz-Śpiewak, Marzena Flakus, Elżbieta Błach. Natomiast najszybsi panowie to: Barnaba Pustelniak, Piotr Wesoły, Wojciech Ścierski, Janusz Lewandowski, Stanisław Kołodziej.

Janusz Lewandowski



FOTO: Janusz Lewandowski

XIV Igrzyska Lekarskie w Zakopanem



Skok w dal w kategorii do lat dwóch

FOTO: Ryszard Golański

Ryszard Golański

Po raz czternasty lekarze sportowcy, ich rodziny i przyjaciele spotkali się pod Giewontem na najważniejszym i największym wydarzeniu lekarskiego sportu. Problemem podczas poprzednich igrzysk była pogoda, tym razem przez pierwsze trzy dni zmagani na stadionie, boiskach, trasach biegowych i rowerowych oraz kortach panowało lato.

W tegorocznych zawodach wzięło udział 650 lekarzy i lekarzy dentystów. Z rodzinami i osobami towarzyszącymi było nas ponad 800 osób. Organizatorzy igrzysk, Iza i Maciej Jachimowiakowie, oraz osoby im pomagające, nabrali przez lata takiej wprawy, że taka imponująca, a jednocześnie trudna do ogarnięcia liczba uczestników nie stanowiła problemów. Ważnym ułatwieniem było oddanie w Centralnym Ośrodku Sportu, nowej, wielofunkcyjnej hali, co pozwoliło na przeniesienie tutaj siatkówki i tenisa stołowego. Jednym z najważniejszych atutów tego spotkania niezmiennie jest atmosfera: rodzinna i przyjacielska. Wyjątkowo dużo było w tym roku najmłodszych uczestników. Na stadionie lekkoatletycznym można było odnieść wrażenie, że jest to zlot przedszkolaków i uczniów. W skoku w dal rywalizowali zawodnicy w kategorii do 2 lat! Jedno z moich ulubionych tegorocznych zdjęć, zamieszczone powyżej, przedstawia zawodniczkę w tej grupie wiekowej. O tym, że sport można uprawiać w każdym

wieku, wiemy wszyscy, jednak czasami wiek zawodników robi wrażenie. Tak było w tym roku podczas rywalizacji w biegu na 100 i 200 metrów. Odpowiednio na 4. i 5. miejscu w najstarszej kategorii wiekowej – E – ukończył zawody pan doktor Ryszard Król, internista z Radomia, który w tym roku kończy 86 lat. Biorąc pod uwagę, że kategoria E to zawodnicy powyżej 60. roku życia, to rywale pana doktora mogliby być jego synami.



Ryszard Król w biegu na 200 m

Więcej w dziale
Sport na
www.gazetalekarska.pl

Aktualności



Na igrzyska zjechali lekarze z całej Polski, od Szczecina po Białystok, od Wrocławia po Rzeszów, ale także, to też już tradycja, koledzy pracujący daleko od kraju. Przykładem może być dr Zdzisław Plicner, absolwent lubelskiej Akademii Medycznej, od 40 lat mieszkający i pracujący w Nowym Jorku. W młodości był zawodnikiem w konkurencjach rzutowych, na tegorocznych igrzyskach także w nich startował, ale medal zdobył w... tenisie.

Multimedalistami jak zwykle byli pływacy, wiele medali zdobywali indywidualnie także lekkoatleci, swoich niekwestionowanych mistrzów miały też konkurencje „rakietowe”: tenis, squash, badminton i tenis stołowy. Jak co roku nie do pokonania na strzelnicy byli państwo Chomiczewscy. Wielu kibiców, głównie członków rodzin i kolegów z tej samej izby lekarskiej, startujących w innych konkurencjach, gromadziły gry drużynowe. Meczm koszykówki, siatkówki i piłki nożnej towarzyszyły często duże emocje, a mecze rozstrzygane były w dramatycznych końcówkach, czasami w dogrywkach, a w piłce nożnej w rzutach karnych. Zwycięzcami w piłce zostali koledzy z Białegostoku, po pokonaniu w finale drużyny z Rzeszowa. Mistrzami w koszykówce została drużyna z Warszawy, pokonując ekipę Silesii. W siatkówce złoty medal zdobyli nasi goście z Białorusi, Polonia Medyczna z Mińska, zwyciężając, po wyrównanej walce, drużynę Łódzkiej Izby Lekarskiej. Jednym z ważnych sponsorów igrzysk jest Naczelna Rada Lekarska, a patronem medialnym, niezmiennie, „Gazeta Lekarska”. Zapraszam także do portalu www.gazetalekarska.pl, tam mogą Państwo zobaczyć więcej zdjęć z tego święta lekarskiego sportu.

Za rok XV, jubileuszowe igrzyska, organizatorzy szykują niespodzianki i nowe atrakcje. Do zobaczenia zatem.

Szczegółowe wyniki na www.igrzyskalekarskie.org.



Zdzisław Plicner z żoną



Złota siatkarska Polonia Medyczna Mińsk z Białorusi



Skok wzwyż



Pływacy jak co roku byli multimedalistami

AKADEMIA MEDYCZNA WE WROCŁAWIU, ROCZNIK 1967

Zapraszamy na obchody z okazji 50-lecia uzyskania absolutorium, które odbędą się 13 maja 2017 r. we Wrocławiu. Opłata za uczestnictwo wynosi: całkowity koszt 350 zł, osoba towarzysząca na bankiecie 200 zł, tylko część oficjalna (bez uroczystej kolacji) 150 zł. Wpłaty prosimy dokonywać na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu: 17 1540 1030 2001 7753 6075 0001 do 31.12.2016 r. z dopiskiem „Zjazd 1967” lub bezpośrednio u p. Patrycji Malec w Izbie Lekarskiej przy ul. Kazimierza Wielkiego 45 we Wrocławiu (poddasze). Koleżanki prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. Zakwaterowanie we własnym zakresie. Informacje: Patrycja Malec, DIL we Wrocławiu 71/79-88-068, e-mail patrycja.malec@dilnet.wroc.pl lub patka.malec@wp.pl

WYDZIAŁ LEKARSKI AM WE WROCŁAWIU, ROCZNIK 1992

Zapraszamy na spotkanie z okazji 25-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego AM we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 2-4 czerwca 2017 r. w ośrodku Vital & SPA Resort Szarotka w Zieleńcu. Opłata wynosi od absolwenta/osoby towarzyszącej: piątek-niedziela z noclegami 450 zł, sobota-niedziela z noclegiem 350 zł, piątek-sobota z noclegiem 250 zł. Wpłaty prosimy dokonywać na konto DIL we Wrocławiu: 17 1540 1030 2001 7753 6075 0001 do 31.12.2016 r. z dopiskiem „Zjazd 1992 L” lub w siedzibie DIL we Wrocławiu u p. Patrycji Malec. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. Informacje: Patrycja Malec, DIL we Wrocławiu 71/79-88-068, e-mail: patrycja.malec@dilnet.wroc.pl lub patka.malec@wp.pl

WYDZIAŁ LEKARSKI Z ODDZIAŁEM STOMATOLOGICZNYM AM W KRAKOWIE, ROCZNIK 1967

Zapraszamy na spotkanie w Krakowie w czerwcu 2017 roku z okazji 50-tej rocznicy ukończenia Studiów. Dokładną datę podamy w terminie późniejszym. Prosimy o przesłanie zgłoszenia na adres: Zarzycki@klinika.net.pl, tel. 602 246 908 lub Bogdan Kubicki, 31-068 Kraków, ul. Stradomska 3/12 lub Maryla Ryskała, tel. 502 353 971. Koszt uczestnictwa: Dyplom Jubileuszowy – 150 zł. Koszt Obiadu około 150 zł.

WYDZIAŁ LEKARSKI AM WE WROCŁAWIU, ROCZNIK 1997

Zapraszamy na spotkanie z okazji 20-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego AM we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 22-24 września 2017 r. w Hotelu Polanica Resort & Spa*** (ul. Górską 2, 57-320 Polanica Zdrój). Opłata za uczestnictwo wynosi od absolwenta/osoby towarzyszącej: piątek-niedziela z noclegami 450 zł, sobota-niedziela z noclegiem 350 zł. Wpłaty prosimy dokonywać na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu: 17 1540 1030 2001 7753 6075 0001 do 31.12.2016 r. z dopiskiem „Zjazd 1997” lub w siedzibie DIL we Wrocławiu u p. Patrycji Malec (poddasze). Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. Do dyspozycji gości pokoje 2-3-osobowe. Kontakt: Patrycja Malec, Dolnośląska Izba Lekarska we Wrocławiu 71/79-88-068, e-mail: patrycja.malec@dilnet.wroc.pl lub patka.malec@wp.pl

Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów Naczelnej Izby Lekarskiej



zaprasza lekarzy i lekarzy dentystów z całego kraju na bezpłatne szkolenia.

Szkolenia akredytowane, uczestnicy otrzymują punkty edukacyjne.

03.10.2016, 30.11.2016 – „Warsztaty skutecznych negocjacji”

04.10.2016, 29.11.2016 – „Jak motywować pacjenta do skorzystania z zalecanego przez lekarza dentystę planu leczenia? – sztuka negocjacji partnerskich”

13.12.2016 – „Poszukiwanie rozwiązań rozwojowych w podmiotach leczniczych”

24.10.2016, 30.11.2016 – „Radzenie sobie ze stresem i przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu”

25.10.2016 – „Rozwiązywanie konfliktów interpersonalnych w pracy lekarza”

17.10.2016, 05.12.2016 – „Angażowanie pacjenta w leczenie i modyfikację stylu życia”

25.10.2016, 15.11.2016, 06.12.2016 – „Jak pracować z trudnym pacjentem – wstęp do umiejętności komunikacyjnych”

26.10.2016, 16.11.2016, 05.12.2016 – „Asertywna komunikacja lekarzy”

15-16.11.2016 – „Lider zespołu”

07.12.2016 – „Umiejętności kierowania zespołem”

26.10.2016, 14.12.2016 – „Warsztaty wybranych umiejętności menedżerskich w zarządzaniu podmiotem leczniczym”

17.10.2016, 07.12.2016 – „Warsztaty autoprezentacji dla lekarzy”

28.11.2016 – „Mobbing – przemoc psychiczna w miejscu pracy – jak rozpoznać, zapobiegać, postępować”

29.11.2016 – „Specyfika pracy lekarza z chorym umierającym i jego bliskimi”

18.10.2016 – „Wykorzystanie Internetu dla budowania wizerunku lekarza i promocji własnej praktyki medycznej – poziom podstawowy”

19.10.2016 – „Wykorzystanie Internetu dla budowania wizerunku lekarza

i promocji własnej praktyki medycznej – poziom średniozaawansowany”

09.11.2016 – „Rozwiązywanie konfliktów w relacji z pacjentem oraz reagowanie na obiekcje i zarzuty z jego strony”

08.11.2016 – „Zarządzanie sobą w czasie”

04.10.2016, 12.12.2016 – „Motywowanie pracowników i wzmacnianie relacji”

28.11.2016, 14.12.2016 – „Jak radzić sobie z gramy psychologicznymi pacjentów?”

03.10.2016, 07.11.2016, 06.12.2016 – „Perswazja i wywieranie wpływu w pracy lekarza”

08.11.2016 – „Przychodzi przedstawiciel do lekarza”

18.10.2016, 12.12.2016 – „Lekarz przed sądem – jak tego uniknąć, jak się bronić”

09.11.2016 – „Lekarz, jako pracownik – lekarz, jako pracodawca”

19.10.2016, 13.12.2016 – „Agresywny pacjent – aspekty prawne”

24.10.2016 – „Dziecko i Rodzic w gabinecie lekarskim i stomatologicznym”

07.11.2016 – „Oswoić umieranie – praca z pacjentem terminalnym”

21.11.2016 – „Ochrona radiologiczna pacjenta dla lekarzy dentystów”

22-23.11.2016 – „Kurs dla osób ubiegających się o nadanie uprawnień inspektora ochrony radiologicznej typu S”

Kursy z radiologii zakończone egzaminem (egzaminu płatne zgodnie ze stawkami określonymi w obowiązujących Rozporządzeniach MZ)

zapisy: www.odz.nil.org.pl

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

Plus / minus

Spakowałem walizki. Wszyscy wrócili z urlopów, a ja dopiero wyjeżdżam. Niedoczas w załatwianiu rozlicznych spraw przed podróżą dawał mi o sobie znać z bardzo opornie znikającymi punktami agendy, która musiała być załatwiona, zanim nacisnę „jedź”. Plusem pozostał fakt, że wreszcie, już za chwilę, będę mógł odpocząć. Minusem, że kiedy przeczytam ten felieton, wszystko znów będzie w punkcie wyjścia.

Wyjazdowe oddalenie od codzienności stwarza możliwość resetu. Podczas zwiedzania zakątków nieznanymi miast, oglądania dzieł sztuki i krajobrazów, mimo możliwości technicznych i bezpośredniej łączności ze znajomymi, nie ma czasu na dokładne śledzenie gazet i programów publicystycznych, i staje się rzecz w ciągu roku praktycznie niemożliwa, zapominanie o polityce.

Rok temu, we wrześniu 2015 r. zorganizowałem okręgową konferencję, wpisującą się w cały cykl spotkań, dyskusji i propozycji rozwiązań, które miały za zadanie odbudować, a może wręcz budować na nowo dobre relacje między lekarzami. Jednym z wykładowców był sekretarz Naczelnej Rady Lekarskiej Konstanty Radziwiłł. Umówiliśmy się na przegląd zapisów Kodeksu Etyki pod hasłem „Szczujmy się!”. Spotkanie w podstawowym zamyśle miało integrować środowisko lekarskie poprzez naukę, ale także wskazać nieprawidłowości w procesie terapeutycznym, które wynikają z pogarszającej się komunikacji między lekarzami oraz lekarzami i pacjentami. Konsekwentne uświadamianie mechanizmów złych zachowań, w przekonaniu organizatorów, powinno docelowo doprowadzić do poprawy opieki nad pacjentem i lepszego komfortu pracy w służbie zdrowia. Rozmowa powinna wyjść wszystkim na plus.

– Do Ministerstwa Zdrowia wraca dialog – zapewnił na zakończenie kilkugodzinnego spotkania Konstanty Radziwiłł w grudniu 2015 r., a NRL po raz kolejny dała ministrowi kredyt zaufania. Były gratulacje, bo deklaracja zmian zabrzmiała wiarygodnie: przywrócenie stażu, przegląd aktów prawnych w celu zmniejszenia biurokracji, moduły finansowane z budżetu poza składką, zatrzymanie komercjalizacji, dochodzenie do 6% PKB, odchodzenie od Charakterystyki Produktu Lekczniczego i powrót do normalnej preskrypcji recept we wszystkich gabinetach, zaniechanie restrykcji umów, rezygnacja z elektronicznej weryfikacji w podstawowej opiece zdrowotnej. Bardzo dużo słów, które chcieliśmy usłyszeć. Chcieliśmy i usłyszeliśmy!

Minęło 8 miesięcy. Minister Konstanty Radziwiłł relacjonuje dotychczasowe prace swojego resortu. Wylicza załatwione sprawy, ukazujące się rozporządzenia, przygotowywane ustawy, przedstawia slajdy obrazujące nowe rozwiązania systemowe: zasady finansowania podstawowej opieki

zdrowotnej, budżet powierzony, sieć funkcjonalną szpitali. Dużo plusów zaznaczanych przy kolejnych punktach listy postulatów zebranych przez samorząd. Chciałoby się odetchnąć z ulgą, napisać optymistyczną epikryzę o wydarzeniach kulturalnych, spakować walizki i spokojnie wyjechać na urlop. Ale pozostaje jakiś cierr.

Nie podoba mi się narracja na temat Pielęgniarzek, które uważam za niezbędny element normalnego funkcjonowania systemu. Nawet nie wiem, jak opisać ten zgrzyt, ale czuję, że nie tak powinniśmy rozmawiać (-).

Martwi mnie lekceważenie stomatologii. Powiedziałbym lekceważenie spektakularne! Minus.

Nie rozumiem, dlaczego nie można wyłączyć elektronicznej weryfikacji ubezpieczenia świadczeniobiorcy. Tak z dnia na dzień. Nie rozumiem tego, skoro podstawowym hasłem zmiany jest konstytucyjne prawo do zdrowia dla każdego obywatela. Koszty mnie nie przekonują. Koszty w ostatnich miesiącach dla rządzących wydają się nie mieć żadnego znaczenia. Minus. Bardzo łatwy do zmiany na zielony plus.

Nie przekonuje mnie likwidacja Narodowego Funduszu Zdrowia i rysunek nowych stanowisk rozpisanych między urzędników, którzy przez kilka kolejnych lat będą się uczyć poruszania po zmienionych ścieżkach. Docelowo może to będzie plus, ale doświadczenie podpowiada, że przetasowanie struktur najczęściej służy rozgrywkom personalnym. Szkoda na to czasu, zdrowia i pieniędzy.

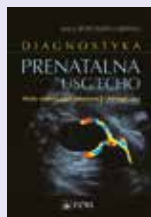
Nie zgadzam się z wprowadzeniem ograniczeń dla chorego seniora, który aby uzyskać kolejny plus darowany przez polski rząd, nie może otrzymać odpowiedniej recepty od lekarza udzielającego porady, a wyłącznie ze swojej przychodni. Wyjaśnienie, że „są kraje, w których lekarz specjalista jest konsultantem i recept nie wypisuje, a to zadanie należy do POZ”, rozwaliło moje dotychczasowe myślenie o wykonywaniu zawodu i powtarzanej przez tyle lat definicji porady lekarskiej. Taki drobny błąd, ale w mojej przestrzeni stanowi ogromną rysę w relacjach, będąc dowodem braku zaufania do środowiska. Już raz byłem świadkiem takiej manifestacji nieufności w 2012 r., kiedy wprowadzano ustawę refundacyjną. Nie chcę więcej!

Naciskam „jedź”. Odpocznę. Niech czas działa „in plus”. ■



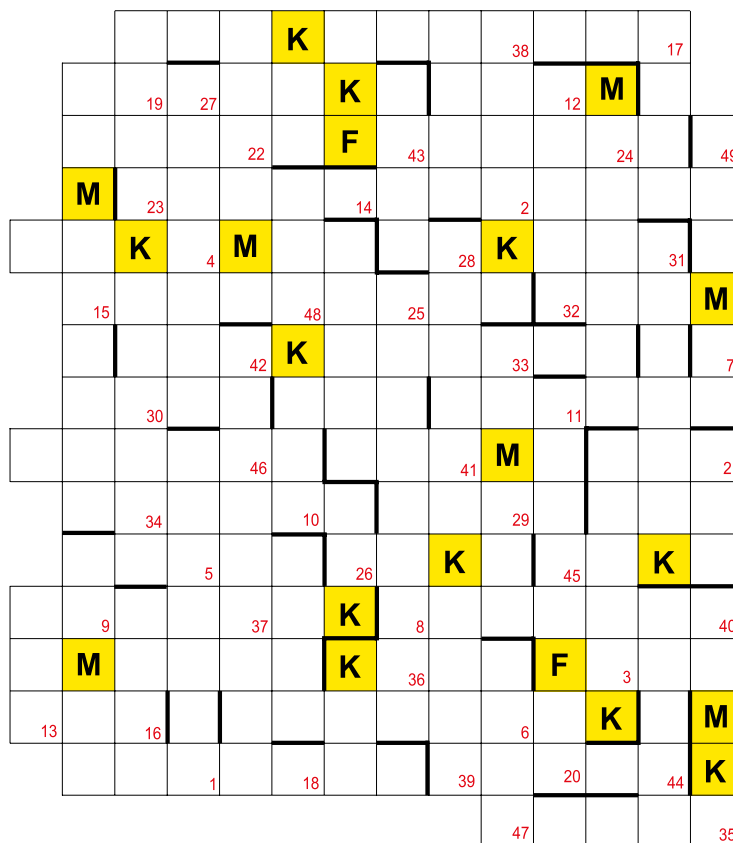
Jarosław Wanecki

Przewodniczący
kolegium
redakcyjnego „GL”



Objaśnienia
65 haseł podano
w przypadkowej
kolejności. W diagramie
ujawniono wszystkie
litery: F, K i M. Na
ponumerowanych
polach ukryto 49 liter
hasła, które stanowi
rozwiązanie.

Jest to myśl Napoleona
Bonaparte. Hasło
należy przesłać na
karcie pocztowej lub
e-mailem na adres
jolka@gazetalekarska.pl
do 14 października
2016 r. Wśród
autorów prawidłowych
rozwiązań rozlosujemy
nagrody książkowe
(prosimy o podanie
specjalizacji i adresu
do wysyłki).



Rozwiązanie Jolki
lekarskiej nr 217
 („GL” nr 06-07/2016)
Im mniej nienawiści tym
więcej zdrowia.

Nagrody otrzymują:
Magdalena Krauze
(Gdańsk), Dorota Mól
(Grybów), Bartłomiej Rak
(Sarzyna). Fundatorem
nagród jest Wydawnictwo
Lekarskie PZWL,
www.pzwl.pl.
Nagrody prześlemy pocztą.

* lewatywa * kieszonkowy potwór * kapec * pomieszczenie lekarskie * materiał wybuchowy pocisku * liczba
apostolów * płynie w Kolonii * garlic * wynalazł piezometr * spływa wiosną * żarłacz biały * gwara londyńska *
kwas p-aminohipowy * imię Chaczaturiana * samiec kozicy * płynie przez Bihać * mała oś * zespół nabytego
upośledzenia odporności * waluta Bangladeszu * nogą zamiata * Indianie z Kanady * potraw * parzydełkowiec lub
zebropław * Sławomir, bramkarz szczypiornistów * peleng * dzielnica Warszawy z Instytutem Kardiologii * kłótnik,
gwałtownik * grecki Merkury * przebieg zdarzeń * ptak nowozelandzki * brytyjski urzędnik od nienaturalnych
zgonów * nawalnica * larwy tasiemców Pseudophyllidea (łac.) * zawartość kruszcu w monetach * rzeka pierwszego
zwyństwa Aleksandra nad Persami * kochanek Klitajmestry * sacculus * przedrostek związany z powietrzem *
to, co nie istnieje * obrzęk (łac.) * twórca Kubusia fatalisty * katalońska miejscowość z elektrownią jądrową i wodną
* pielęgnacja karoserii * ośła, czyli sykomor * liga Gortata * oprawka * rozmnażanie pierwotniaków * staroarabski
władca dżinów * wieża przy meczecie * Micrococcaceae * stolica Hawajów * wytrzymałość, determinacja
* zakwaszenie (łac.) * imię Balzaca * urząd od ścigania i oskarżania * drug do palenia * fale ultrakrótkie *
z kałasznikowa * antylopa krętoroga * wielodzietna córka Tantara * miłośnik, zwolennik * fragmenty jądra komórek
* majątek Niechciców * gładka deska murarska * vulva

BJER

Wydawca:

**Naczelna Rada
Lekarska**



Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład: 169 750 egz.

Kolegium redakcyjne:
Jarosław Wanecki (przewodniczący)
Ryszard Golański
Marek Jodłowski
Jolanta Małmyga
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 (Berlin)
Sławomir Pietras (Poznań)
Małgorzata Serwach (Łódź)
Joanna Sokołowska (Płock)
Maria Domagała (Warszawa)

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

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

Projekt i opracowanie graficzne:
Grzegorz Sztank

Reklama i marketing:

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

Ogłoszenia:

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

Druk: **RR Donnelley
Global Print Solutions**

Materiałom niezamówionych redakcja nie zwraca i zastrzega
sobie prawo do skrótów, 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 prze-
znaczona jest tylko dla osób uprawnionych do wystawiania
recept oraz osób prowadzących obrót produktami leczni-
czymi w rozumieniu przepisów ustawy z 6 września 2011 r.
– Prawo farmaceutyczne (Dz.U. nr 126, poz. 1381, z późn.
zmianami i rozporządzeniami).