

Gazeta Lekarska

PISMO IZB LEKARSKICH



Chcemy leczyć
w Polsce



11

Temat miesiąca

Mam na imię
KEL

40

Praktyka lekarska

Reforma
nadchodzi

52

Ochrona zdrowia na świecie

Jak walczyć z cukrzycą?
Zapobiegając

Spis treści

11
2016



15



32



42

- | | | | |
|----|--|----|---|
| 4 | Na wstępie / R. Golański:
Dwie strony medalu | 40 | Praktyka lekarska:
Reforma nadchodzi |
| 6 | Pierwszym głosem
/ M. Hamankiewicz: Dyplomy,
diagnozy, Wołyn i szczepienia | 42 | Praktyka lekarska:
O języku w medycynie |
| 8 | Skrining | 44 | Praktyka lekarska:
Kierunek pożądania |
| 10 | Obserwacje / S. Badurek:
Wolność Tomku... | 46 | Praktyka lekarska:
Zadbajmy o naszych lekarzy |
| 11 | Temat miesiąca: Mam na imię KEL | 48 | List do redakcji:
Więcej o patomorfologii |
| 14 | Nasi w Europie / R. Krajewski:
Co nowego w UEMS? | 49 | Praktyka lekarska:
Nobel za autofagię |
| 15 | Rozmowa o zdrowiu:
Głowa i szyja w dobrych rękach | 50 | Historia i medycyna:
Doktor Esperanto
– Ludwik Zamenhof (1859-1917) |
| 18 | Samorząd:
Meritus Pro Medicis 2014 | 52 | Ochrona zdrowia na świecie:
Jak walczyć z cukrzycą?
Zapobiegając |
| 20 | Punkt widzenia / J. Małmyga:
Pamięć i świadomość | 54 | Indeks korzyści: Topinambur |
| 22 | Stomatologia: Dysfunkcje
stawów skroniowo-żuchwowych | 56 | Z dwóch stron sceny
/ S. Pietras: Jego miejsce jest
na Skalce |
| 24 | Stomatologia:
FDI – pokongresowe
reminiscencje | | List do redakcji: O kształceniu |
| 26 | Wspomnienie | 57 | Z dwóch stron sceny
/ A. Andrus: 27,3% badanych |
| 28 | Prawo i medycyna:
Leki dla seniorów 75+ | 58 | Błąd malarski: Na celowniku |
| 30 | Prawo i medycyna:
Błędy i prokuratura | 60 | Kultura: skaza |
| 32 | Lekarskie towarzystwa
naukowe: O godność i komfort | 61 | Kultura |
| 34 | Debata: Gruntowne zmiany
czy zabieg PR-owski? | 62 | Sport |
| 36 | Nauka w skrócie | 63 | Ogłoszenia |
| 37 | Reportaż:
Chcemy leczyć w Polsce | 72 | Komunikaty |
| | | 73 | Epikryza (64) / J. Wanecki:
Sienkiewicz i medycyna |
| | | 74 | Jolka lekarska |

Wynagrodzenia

Jakie stanowisko zajmuje Ministerstwo Zdrowia wobec postulatów placowych środowiska lekarskiego (w tym lekarzy rezydentów)? Więcej w dziale Wydarzenia na www.gazetalekarska.pl.

ChUK

W jakim stopniu choroby układu krążenia będą zagrażały dzieciom i dorosłym w Polsce w perspektywie najbliższych 30 lat? Więcej w dziale Medycyna na www.gazetalekarska.pl.

Kształcenie

Na finiszu są prace nad projektem nowelizacji rozporządzenia w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa. Więcej w dziale Prawo na www.gazetalekarska.pl.

Aktualności





**Ryszard
Golański**

Redaktor
naczelny „GL”

Dwie strony medalu

Można odnieść wrażenie, że reforma systemu opieki zdrowotnej to przedsięwzięcie, które z góry skazane jest na niepowodzenie. Raz bardziej niezadowoleni z planowanych zmian są pacjenci, innym razem pracownicy medyczni, zwłaszcza lekarze. W ostatnich tygodniach to my dawaliśmy wyraz naszemu sprzeciwowi wobec obecnej sytuacji.

Zdjęcia na okładce i znajdujący się w numerze reportaż z marszu pracowników ochrony zdrowia pokazują głównie ludzi młodych. To młodzi lekarze głośno mówią o tym, że nie widzą dla siebie perspektyw w Polsce. A chcieliby tu żyć i pracować. Niski poziom dochodów i trudności w zdobywaniu specjalizacji to najczęściej podawane przyczyny protestów. Użyłem liczby mnogiej, bo wrześniowy marsz był w pewnym sensie zwieńczeniem działań wcześniejszych: lekarzy rezydentów, pielęgniarek i przedstawicieli innych zawodów medycznych. Jak trudno pracuje się w dzisiejszej rzeczywistości, wie każdy lekarz, bez względu na miejsce i formę zatrudnienia. Większość lekarzy przywykła do ciężkiej pracy – wielu dni poza domem, wielu nieprzespanych nocy, zmęczenia sprzyjającego frustracji, ale także kłopotom ze zdrowiem. Często powodem niezadowolenia nie jest poziom wynagrodzenia. Trzeba jasno powiedzieć, że wielu lekarzy zarabia obecnie całkiem przyzwoite pieniądze. Co innego nas irytuje: biurokracja i „papierologia”. Godziny spędzone przed ekranem komputera. Dziesiątki stron dokumentów, które muszą towarzyszyć każdemu lekarskiemu działaniu. Dokumentów, które często postrzegamy jako zbędne lub służące bliżej nieokreślonym celom. Oczywiście dyrekcja szpitala lub przychodni, w której pracujemy, powie, że te dokumenty i ich staranne wypełnianie (PRZEZ LEKARZA!) mają podnieść standard leczenia

i zapewnić satysfakcję pacjenta i jego rodziny. Odnosimy wrażenie, że dyrekcji, chociaż może powinienem napisać: zarządowi, znacznie mniej zależy na satysfakcji własnego pracownika, czyli lekarza. Tymczasem, powtarzam to z uporem, irytując pracujące ze mną pielęgniarki oraz członków mojej rodziny będących aptekarzami i diagnostami laboratoryjnymi, to lekarz jest najważniejszym ogniwem systemu. I nie ma znaczenia, jak ten system jest i będzie finansowany: ze składki zdrowotnej, do czego przywykliśmy przez ostatnie lata, czy z budżetu państwa, poprzez nowo tworzone agendy urzędów wojewódzkich. Zasada jest niezmienna od tysiącleci: do procesu leczenia potrzebne są dwie osoby: chory i lekarz. A teraz o tytułowych stronach medalu. Z jednej strony żaden zawód nie musi mieć tak jednoznacznie określonych norm etycznych jak lekarz. Zajmujemy się bowiem dwiema bezcennymi wartościami: zdrowiem i życiem ludzkim. Sprawom etyki lekarskiej poświęcona była konferencja w Gnieźnie, o której piszemy na str. 11-13. Jej głównym bohaterem był Kodeks Etyki Lekarskiej, zbiór zasad, które obowiązują każdego z nas. Z drugiej strony informacje o tej konferencji, organizowanej przez samorząd lekarski, wywoływały oznaki irytacji u części kolegów, zwłaszcza młodszych. Słyszałem: niech izba lekarska zajmie się sprawami naszych wynagrodzeń i kształcenia. Tymczasem samorząd zajmuje się jednym i drugim. ■

Migawka



Konferencja „Kodeks Etyki Lekarskiej wobec wyzwań współczesności”. Więcej na str. 11.

FOTO: Marta Jakubiak

Dokumentacja w chmurze

Wielokrotnie już zdarzało się, że szumnie zapowiadano wprowadzenie nowych rozwiązań dotyczących wykonywania zawodu lekarza, a potem – tuż przed terminem, od którego miały one obowiązywać – odsuwano je w czasie. Doskonałym przykładem jest wprowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej.

W roku 2011, kiedy wchodziła w życie ustawa z 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, papierowa dokumentacja medyczna miała zniknąć z gabinetów od 1 sierpnia 2014 r. Pod koniec czerwca 2014 r. termin ten pośpiesznie zmieniono na 1 sierpnia 2017 r., a w grudniu 2015 r. na 1 stycznia 2018 r.

O ile nic się nie zmieni, do tak zasadniczej zmiany pozostał niewiele ponad rok. Rozwiązania techniczne pozwalające sprostać nowym wymaganiom opierają się również na usługach w chmurach danych. Pozwala to na zmniejszenie kosztów dostosowania się do nowych wymagań. Ponieważ dokumentacja medyczna zawiera wrażliwe dane osobowe i objęta jest tajemnicą lekarską, warto przeanalizować prawną dopuszczalność takiego sposobu jej przetwarzania.

Zgodnie z ustawą o systemie informacji w ochronie zdrowia, elektroniczna dokumentacja medyczna to: dokument elektroniczny umożliwiający uzyskanie świadczenia opieki zdrowotnej określonego rodzaju, a także wytworzona w postaci elektronicznej dokumentacja medyczna indywidualna (z wyłączeniem skierowań) w rozumieniu przepisów wydanych na podstawie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Do grudnia 2015 r. można było mieć uzasadnione wątpliwości co do dopuszczalności takich rozwiązań. Jednak ze zmianą art. 24 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wprost dopuszczono możliwość powierzenia podmiotowi zewnętrznemu przetwarzania dokumentacji medycznej. Przepisy wymagają do tego spełnienia kilku warunków:

- 1) zapewnienia ochrony danych osobowych,
- 2) umożliwienia kontroli prawidłowości przetwarzania dokumentacji,
- 3) świadczenia tych usług w sposób, który nie będzie zakłócał udzielania świadczeń zdrowotnych, szczególnie zapewnienia niezwłocznego dostępu do dokumentacji medycznej.

Rozszerzono też krąg osób, które mogą mieć dostęp do dokumentacji medycznej o osoby

wykonujące czynności związane z utrzymaniem systemu teleinformatycznego, w którym przetwarzana jest dokumentacja medyczna i zapewnieniem bezpieczeństwa tego systemu. Muszą one jednak wykonywać te czynności na podstawie upoważnienia administratora danych (w przypadku gabinetu – lekarza, który go prowadzi). Są też zobowiązane do zachowania w tajemnicy danych związanych z pacjentem, także po jego śmierci.

Powierzenie przetwarzania danych następuje w trybie przewidzianym w art. 31 ust. 1 ustawy o ochronie danych osobowych – poprzez zawarcie pisemnej umowy o powierzenie przetwarzania danych. Podmiot przetwarzający na tej podstawie dane medyczne musi spełniać wymogi dotyczące zabezpieczenia danych określone w przepisach art. 36-39 ustawy o ochronie danych osobowych oraz w rozporządzeniu Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz warunków technicznych i organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych. Należy wobec tego wybrać podmiot spełniający takie warunki i zadbać, by zapewnienie o ich spełnieniu znalazło się w postanowieniach umowy. Konieczne jest też zmodyfikowanie wewnętrznej dokumentacji związanej z ochroną danych osobowych – w polityce bezpieczeństwa należy wskazać miejsca i zasoby wykorzystywane do przetwarzania danych. Wyklucza to możliwość przetwarzania dokumentacji w tzw. chmurach publicznych.

Szczegółowe wymagania stawiane dokumentacji elektronicznej określają przepisy §§ 80-86 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Odsyłają one do Polskich Norm, których przedmiotem są zasady gromadzenia i wymiany informacji w ochronie zdrowia. Stają się one przez to obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie. Systemy przetwarzające dokumentację muszą wobec tego im odpowiadać.

**Jarosław
Klimek**

Radca prawny
OIL w Łodzi

Sponsorem
serwisu
prawnego dla
lekarzy jest firma
Gedeon Richter.



**Maciej
Hamankiewicz**

Prezes
Naczelnej Rady
Lekarskiej

Dyplomy, diagności, Wołyń i szczepienia

Mimo białych protestów na ulicach i wezwania: „Pani Premier, Panie Ministrze, środki na ochronę zdrowia w Polsce są dramatycznie niewystarczające i nie osiągnęliśmy jeszcze publicznych środków 6% PKB na zdrowie”, rząd ani drgnął w zmianie planów dotyczących PKB. Zapowiedziano natomiast zmiany w zakresie tworzenia i funkcjonowania szpitali.

Mamy mieć szpitale o pierwszym, drugim i trzecim stopniu referencyjności oraz szpitale specjalistyczne: onkologiczne, pediatryczne i instytuty. Już widać, że będzie to rewolucja w systemie, również w systemie finansowania. Zasady podane w uzasadnieniu do projektu zmiany ustawy o świadczeniach brzmią dosyć ogólnikowo: finansowanie ryczałtowe obejmujące całość opieki w danym okresie, w dodatku w powiązaniu z poziomem realizacji świadczeń w roku poprzednim. Schematu, gdzie który pacjent z jakim schorzeniem ma trafić, nie podano. Dyrektorzy nie mogą spać spokojnie.

Naczelna Rada Lekarska kieruje do Trybunału Konstytucyjnego sprawę, o której pisałem szerzej w poprzednim numerze „Gazety Lekarskiej”, czyli wprowadzenia przez Ministra Sprawiedliwości zmian kilku ustaw, w tym ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Uważamy za niezgodny z Konstytucją RP obowiązek ujawnienia na żądanie osoby bliskiej pacjentowi, który zmarł, informacji objętych tajemnicą lekarską także w sytuacji, gdy pacjent za życia wyrazi wolę, aby tym osobom informacji objętych tajemnicą lekarską nie ujawniać.

Uczestniczyłem ostatnio w uroczystości wręczenia dyplomów uzyskania specjalizacji dla najlepszych. Spośród wszystkich grup zawodowych, najliczniejszą stanowili lekarze. Ja szczególnie gorąco gratulowałem zdobycia specjalizacji tym, którzy przystąpili do egzaminu, będąc już samodzielnymi pracownikami naukowymi, posiadającymi tytuł profesora, kierującymi dużymi jednostkami naukowo-badawczymi. Dla nich bowiem trudność zdobycia specjalizacji jest ogromna, a stres wielokrotniony. Uroczystość miała miejsce w Ministerstwie Zdrowia, więc dyplomy osobiście wręczał Minister Zdrowia i to wręczał nie tylko zdającym, lecz również opiekunom procesu kształcenia specjalisty. Minister wywiódł obowiązek przekazywania swej wiedzy młodym pokoleniom z przyrzeczenia lekarskiego i Kodeksu Etyki Lekarskiej. Ja jednak miałem zupełnie inne na to spojrzenie. Uroczystość odbywała się w Dniu Edukacji Narodowej, a ten mistrz, opiekun specjalizacji to tak naprawdę nauczyciel. Nauczanie

natomiast to praca i to częstokroć dodatkowa. Stąd w moje gratulacje składane na ręce mistrzów wplotło się po raz kolejny upominanie się o wynagrodzenie dla tych osób. Podziękowaniem za tę pracę nie powinny być wyłącznie uściśnięcia dłoni.

Dwie kwestie związane z diagnostyką laboratoryjną. Pierwsza: zwracam się do Was, Koleżanki i Koledzy, z przypomnieniem o konieczności zachowania rozwagi w doborze podwykonawców do wykonywania części świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, w szczególności w zakresie zlecania badań laboratoryjnych. Pamiętajmy, że podzlecanie części świadczeń zdrowotnych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie zdejmuje ze zlecającego odpowiedzialności za właściwe wykonywanie tych świadczeń. Druga: przekazuję prośbę kierowników medycznych laboratoriów diagnostycznych, aby nie używać określenia „laborant” wobec diagnostów laboratoryjnych i techników analityki medycznej. „Laborant” to osoba bez wykształcenia medycznego, przyuczona do pomocy w laboratorium. Natomiast diagnosta laboratoryjny to osoba, która ukończyła pięcioletnie studia wyższe na kierunku analityka medyczna realizowane na uczelniach medycznych i specjalizację o czasie trwania od trzech do pięciu lat.

28 października to Światowy Dzień Walki z Grypą. Mimo że istnieje ogromna liczba dowodów świadczących o korzyściach corocznego szczepienia przeciwko grypie, w Polsce odsetek osób, które decydują się na szczepienie, jest niezwykle niski. Pamiętajmy, że pracownicy medyczni są grupą, która szczególnie powinna zadbać o to, by poziom wyszczepialności w ich gronie był o wiele wyższy, niż jest teraz. Na rozpoczęciu konferencji „Szczepienia – ważna decyzja” prof. Mirosław Wysocki – dyrektor Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – polecał obejrzenie filmu „Wołyń”. Widziałem ten film, jestem nim poruszony. I choć nie wiem, co miał wspólnego z tematem konferencji, podobał mi się ten duch interdyscyplinarności, ta wymiana myśli. Zachęcam do obejrzenia tego filmu, a przede wszystkim zachęcam do zaszczepienia siebie i swoich pacjentów. ■



**Katarzyna
Strzałkowska**

Rzecznik
prasowy NIL

COMPLETE O CARTÃO COM LETRAS MAIÚSCULAS
(A SER PREENCHIDO PELO PACIENTE OU O SEU RESPONSÁVEL)

Nº do ponto de atendimento médico/tenda.....
Evento:.....
Data:.....

PORTUGALSKI

NOME (IMIE):..... SOBRENOME (NAZWISKO):.....
PAÍS (KRAJ):..... DATA DE NASCIMENTO (DATA UR.):..... SEX: F ☐ M ☐

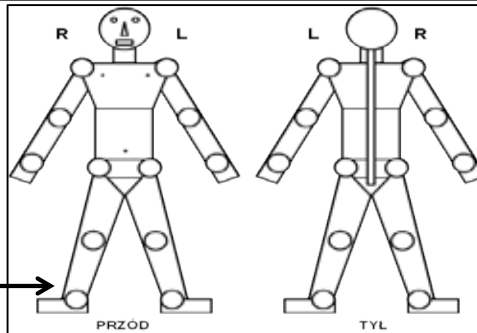
Quais são os sintomas? (Podaj dolegliwości)

- ☐ Desmaio (Zasłabnięcie/Omdlenie)
- ☐ Vômito (Wymioty)
- ☐ Náusea (Nudności)
- ☐ Tontura (Zawroty głowy)
- ☐ Diarréia (Biegunka)
- ☐ Falta de ar/Dificuldade para respirar (Duszność...)
- ☐ Palpitação (Kolatanie serca)
- ☐ Dor no peito (Ból w klatce piersiowej)
- ☐ Manchas (Uraz)

Você sente alguma dor? (Czy odczuwasz ból?)

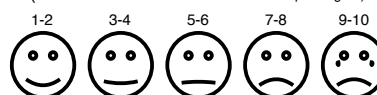
- ☐ Sem dor (Brak bólu)
- ☐ Pungente (Piekący)
- ☐ Esmagadora (Gniotący)
- ☐ Fina (Kłujący)
- ☐ Aguda (Przeszywający)
- ☐ Cólicas (recorrentes) (Skurczowy (nawracający))
- ☐ Constante (Ciągły)

Indique na figura onde você sente dor.



Qual a intensidade da dor? (Jak bardzo Cię Boli?)

(selecione em uma escala de 1 a 10 ou marque a figura)



Alergias (Alergie/Uczulenia)

- ☐ Analgésicos *aspirina, ibuprofen, ketoprofen, metamizol, paracetamol, morfina, outros* (Przecibólowe)
- ☐ Antibióticos (Antybiotyki)
- ☐ Outros remédios (especificar) (Inne leki).....
- ☐ Outras alergias (Inne uczulenia)
- ☐ Sem alergias (Brak uczuleń)

Histórico Médico (Przebyte choroby)

- ☐ Doença cardíaca (Choroby serca)
- ☐ Arritmia cardíaca (Zaburzenia rytmu serca)
- ☐ Hipertensão (Nadciśnienie tętnicze)
- ☐ Asma/DPOC (Asthma/POCHP)
- ☐ Diabetes (Cukrzyca)
- ☐ Epilepsia (Padaczka)
- ☐ Outras doenças neurológicas.....

Karta wywiadu lekarskiego w języku portugalskim

Słowniki dla lekarzy

Naczelna Izba Lekarska chce pomóc lekarzom i lekarzom dentystom w komunikacji z pacjentami cudzoziemcami. Na szpitalne oddziały ratunkowe, do lekarzy delegatów oraz na stronę Naczelnej Izby Lekarskiej trafią słowniki i karty wywiadu lekarskiego w kilku językach przygotowane przez dr n. med. Małgorzatę Popławską i jej zespół. W słownikach znajdują się zwroty takie jak: zmierzę Ci ciśnienie krwi, zmierzę Twoje tętno, zmierzę poziom glukozy w Twojej krwi, wykonam zapis EKG, zmierzę Ci temperaturę ciała, wstań, połóż się, usiądź, zbadam Twój brzuch, powiedz, kiedy zabol, osłucham Twoje płuca, oddychaj głęboko, nabierz do płuc powietrza i zatrzymaj, założę Ci wkłucie dożylné, podam Ci lek domięśniowo, podam Ci lek dożylny, podam Ci lek przeciwbólowy/przeciwwymiotny/rozkurczowy/inny, podam Ci kroplówkę, założę opatrunek na ranę, założę Ci unieruchomienie na rękę/nogę, założę Ci kołnierz szyjny, ułożymy Cię na desce ortopedycznej, ułożymy Cię na noszach w pozycji leżącej, ułożymy Cię na noszach w pozycji siedzącej, musimy przewieźć Cię do szpitala/punktu medycznego, zostaniesz na miejscu. Wśród słów przykładowo na literę „p”: pacha, pachwina, padaczka, palec ręki/nogi, płuca, pobudzony, poród i wiele innych. Zapraszamy do lektury.

System recept – interwencja

Prezes NRL Maciej Hamankiewicz zwrócił się do p.o. prezesa NFZ Andrzeja Jacyny z interwencją o usunięcie problemów, z jakimi spotkali się lekarze przechodzący procedurę aktualizacji danych w Systemie Numerowanych Recept Lekarskich (SNRL) związanej z chęcią zgłoszenia przez lekarzy woli wystawiania recept na leki refundowane po 1 stycznia 2017 r.

Zgodnie ze znowelizowaną ustawą refundacyjną uprawnienie lekarzy i lekarzy do wystawiania recept na leki refundowane nie jest uzależnione od zawarcia z Narodowym Funduszem Zdrowia umowy upoważniającej. Zdaniem prezesa NRL Narodowy Fundusz Zdrowia powinien zapewnić takie środki techniczne wspierające proces przyznawania numerów recept, które umożliwią lekarzom bezproblemowe korzystanie z ich ustawowego uprawnienia.

Naczelna Izba Lekarska – zgodnie z apelem NFZ – informowała lekarzy i lekarzy dentystów o przyjętych przez NFZ rozwiązaniach, zalecając, aby lekarze chcący korzystać z możliwości wystawiania recept na leki refundowane nie zwlekali z aktualizacją danych w SNRL do końca roku.

Prezydium NRL o POZ

Zdaniem Prezydium NRL w założeniach do projektu ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej nie doprecyzowano zasad współpracy POZ z innymi częściami systemu ochrony zdrowia oraz szczególnej roli lekarza POZ w systemie. „Konieczna jest np. szeroka dyskusja na temat roli koordynacyjnej lekarza POZ w stosunku do AOS i szpitali, aby w przyszłości uniknąć konfliktu kompetencyjnego oraz zmniejszyć przyzwyczajenia pacjentów do leczenia specjalistycznego (to jeden z problemów opisanych w dokumencie)” – zaznaczyło Prezydium NRL w swoim stanowisku. Zdaniem Prezydium NRL brak konsensusu w tym zakresie oraz edukacji pacjentów może sprawić wrażenie, że reforma ma na celu zablokowanie opieki specjalistycznej, której znaczącą część przejmie POZ wbrew dotychczasowej praktyce i preferencjom pacjentów. Prezydium NRL wskazało, że projekt założeń promuje jednoznacznie specjalizację z medycyny rodzinnej bez uwzględnienia np. szczególnej roli pediatry w POZ w pierwszych latach życia dziecka. Prezydium NRL w swoim stanowisku zaznacza też, czego nie wskazano, nie opisano i do czego się nie odniesiono w zakresie finansowania. Pełna treść stanowiska na stronie www.nil.org.pl.

Gniezno 2016

7 października 2016 r. w Gnieźnie z okazji obchodów rocznicy Chrztu Polski spotkali się prezesi, przewodniczący, członkowie organów Naczelnej Izby Lekarskiej i Okręgowych Izb Lekarskich, którzy przyjechali z całej Polski, by rozmawiać o Kodeksie Etyki Lekarskiej (szczegółowa relacja na str. 11), uczestniczyć w uroczystym posiedzeniu i wziąć udział w uroczystej mszy świętej. 8 października br. odbyły się warsztaty dla rzeczników odpowiedzialności zawodowej i członków sądu lekarskiego.

Przewodniczący organów Naczelnej Izby Lekarskiej podpisali deklarację w 1050. rocznicę Chrztu Polski, dziękując naszym przodkom za podjętą w 966 r. historyczną decyzję, która uczyniła Polskę trwałym organizmem państwowym, a jej mieszkańcom pozwoliła wytworzyć więzi wspólnoty narodowej. Zawarte zostało w niej także przekonanie, że 1050 lat temu, wchodząc poprzez akt Chrztu Polski do kręgu kultury zachodniej, przejęliśmy od niej nie tylko wiedzę pokoleń, ale również sięgający czasów starożytnych system wartości: „deklarując: niezłomne trwanie przy normach etycznych przekazanych nam przez ojców medycyny; ochronę humanistycznych wartości w wykonywaniu naszego zawodu; rzetelność naukową i stałe doskonalenie naszej wiedzy i umiejętności, aby jak najlepiej nieść pomoc naszym pacjentom, zgodnie z zasadą *Salus aegroti suprema lex esto*”.

Deklaracja została odczytana po łacinie i wręczona Prymasowi Polski arcybiskupowi Wojciechowi Polakowi. Więcej na stronie www.nil.org.pl.

Odznaczeni

Podczas gnieźnieńskich uroczystości lekarze Paweł Czekalski – sekretarz Okręgowej Rady Lekarskiej w Łodzi i Grzegorz Mazur – prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Łodzi oraz lekarz dentysta Janusz Prochaska – przewodniczący Okręgowego Sądu Lekarskiego w Łodzi otrzymali odznaczenia państwowe: Brązowe Krzyże Zasługi.

Koniec homeopatii na SUM

Śląski Uniwersytet Medyczny zlikwiduje w roku akademickim 2016/2017 studia podyplomowe „Homeopatia w medycynie niekonwencjonalnej i farmacji”, o co już dwa lata temu zabiegał samorząd lekarski. Już wówczas Prezes NRL zwracał się do Rektora SUM z uwagą, że prowadzenie na wyższej uczelni medycznej zajęć z metod postępowania, których skuteczność nie jest potwierdzona rzetelnymi i wiarygodnymi dowodami naukowymi, jest nieporozumieniem i działaniem obniżającym prestiż Uniwersytetu. W kwietniu tego roku Naczelna Rada Lekarska wygrała proces toczony z Prezesem Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów w sprawie stanowiska Naczelnej Rady Lekarskiej dotyczącego homeopatii. W toku rozprawy Sąd podzielił argumenty Naczelnej Izby Lekarskiej oraz stwierdził, że brak jest dowodów potwierdzających skuteczność homeopatii. ■

**Od 1 stycznia 2018 r.
każdy lekarz i lekarz dentysta
będzie zobowiązany stosować
elektroniczną dokumentację medyczną.**

Każdego czeka więc nieuchronna informatyzacja praktyki lekarskiej.

Centrum Systemów Informacyjnych
Ochrony Zdrowia (www.csioz.gov.pl)
wraz z Naczelną Izbą Lekarską (www.nil.org.pl)
tworzy **BAZĘ PYTAŃ** dotyczących praktycznych
aspektów informatyzacji gabinetu lekarskiego.

Pytania prosimy przysyłać na adres:

e-zdrowie@hipokrates.org

Staną się one podstawą do przygotowania
technicznego wsparcia w procesie informatyzacji.



**Sławomir
Badurek**

Diabetolog,
publicysta
medyczny

Wolność Tomku...

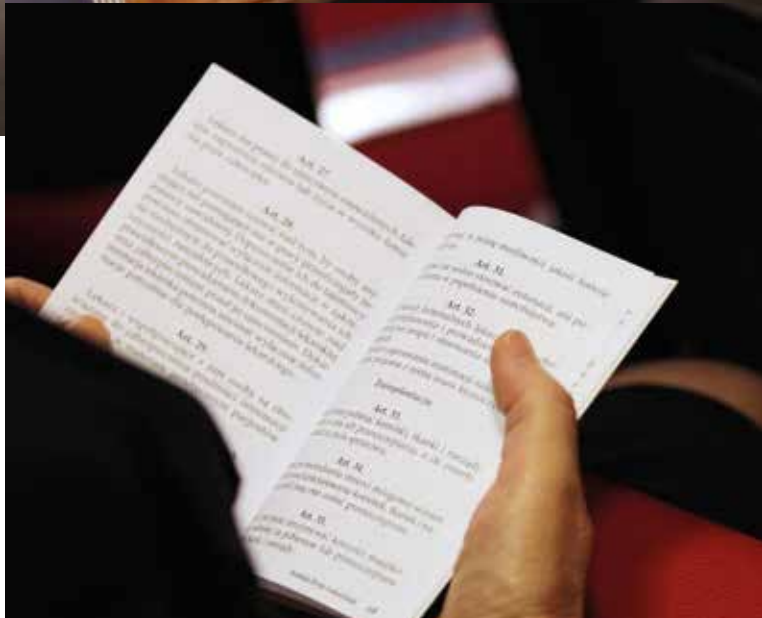
Czy nam się to podoba czy nie, od roku wyroki Trybunału Konstytucyjnego dzielimy na opublikowane i nieopublikowane, zwane w kręgach zbliżonych do PiS „stanowiskami”. Wbrew świętemu oburzeniu świeżej daty obrońców demokracji, nie jest to wcale jakaś wielka nowość. Poprzednia władza co prawda drukowała w dzienniku ustaw wszystko, jak leci, ale za wykonawstwo wielu orzeczeń się nie brała.

Dlatego za czasów rządów PO-PSL trudno się było od razu zorientować, które sentencje TK doczekają się realizacji. Pod koniec ubiegłego roku, kiedy podział na wyroki wykonywane i niewykonywane został zastąpiony nowym, wspomnianym wyżej, można się było spodziewać, że przynajmniej z góry będziemy wiedzieć, co będzie wykonane, a co zostanie zamiecione pod dywan. Taki wniosek wydawał się logiczny, skoro to rządzący zaczęli decydować, co ma ujrzeć światło dzienne, a co pozostać w szufladzie prezesa Rzeplińskiego. Przyznaję, że nie podzielałem tego założenia. Zacierzowanie po obu stronach politycznego sporu o Trybunał zapowiadało totalny chaos. Zanurzyliśmy się w nim po brodę od czasu kwietniowego apelu pierwszej prezes Sądu Najwyższego do sędziów, by nie stosowali oni prawa sprzecznego z orzecnictwem TK, niezależnie od jego publikacji. W ten sposób na podział na wyroki opublikowane i nieopublikowane nałożył się kolejny – na akceptowane i nieakceptowane przez sędziów. Trudno było bowiem zakładać, że wszyscy „sprawiedliwi” zechcą posłuchać prezesa Gersdorf. Kwestią czasu było pojawienie się urzędników chcących recenzować działania Trybunału we własnych księstewkach. Z zażenowaniem odnotowałem obecność w forpoczcie „naszych”. Oto dyrektor CEM, doktor habilitowany Mariusz Klencki, nie zgodził się na wykonanie opublikowanego(!) wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 czerwca br., zapowiadając, że pytań z egzaminów lekarskich nie ujawni. „Pytania na egzaminach medycznych to nie pytania maturalne, które po maturze nie są już potrzebne, bo za rok wymyśla się nowe. One wielokrotnie się powtarzają. Tworzenie całkowicie nowego zestawu przy każdym egzaminie jest praktycznie niemożliwe” – argumentował dyrektor Klencki na łamach „Gazety Polskiej Codziennie”. Stojący na czele instytucji splamionej wyciekami pytań z LEK i LDEK podczas sesji wiosennej dyrektor nie byłby pewnie tak odważny, gdyby nie świadomość poparcia z resortu zdrowia. Wiceminister Piotr Gryza przekonywał w styczniu w „Rzeczpospolitej”, że ujawnienie pytań: „byłoby sprzeczne z szeroko pojętym interesem

społecznym, a w szczególności może zagrażać bezpieczeństwu dla zdrowia i życia pacjentów”. Ten pogląd podzielił we wrześniu minister Konstanty Radziwiłł, wskazując na związek nieudostępniania pytań egzaminacyjnych z wysokim poziomem naszej kadry medycznej.

Usłyszeliśmy sporo przepełnionych troską o dobro społeczne formulek, ale zaledwie dwa argumenty na nie: powtarzalność pytań oraz dbałość o wysoki poziom wiedzy zdających, czyli tak uwielbiane przez urzędników dobro pacjentów. I jeden, i drugi powód nie wytrzymuje konfrontacji z elementarną logiką. Gdybyśmy przyjęli, że baza pytań od dawna jest zbiorem skończonym, znaczyłoby to, że medycyna nie jest dynamicznie rozwijającą się i stale ewoluującą nauką, a wszystko, co było do ustalenia, już dawno zostało zamknięte w niezmiennie formułki o mocy dogmatów. Notabene, gdyby tak było, to kierując się dobrem społecznym, tym bardziej należałoby wszystkie pytania ujawnić. No bo skoro kryje się w nich cała mądrość medycyny, a egzamin służy temu, by tę mądrość osiąść...

W jaki sposób można połączyć publiczny dostęp do pytań z zachowaniem niepowtarzalności każdego egzaminu, doskonale pokazuje przykład wspomnianych przez doktora Klenckiego matur, było nie było, konstruowanych w oparciu o dużo prymitywniejszą wiedzę w porównaniu z subtelnościami szczegółowych dyscyplin medycznych. Przyszli maturzyści chętnie korzystają z pytań z lat ubiegłych, a jakoś nie słychać skarg CKE na „zbyt dobre wyniki”. Zastanawianie się dbałością o poziom wykształcenia, tudzież bezpieczeństwem pacjentów, to także nic więcej jak efekciarskie strzelanie kulą w płot. W przypadku PES, który od lat budzi grozę i spędza sen z powiek lekarzom, egzamin testowy to w założeniach (tylko i aż) wstępne sito kandydatów na specjalistów. Nie ma żadnych dowodów, że liczba punktów na teście jest wprost proporcjonalna do wykorzystywanej w praktyce wiedzy. Stawiam dolary przeciwko orzechom, że gdyby utytułowanym specjalistom dać do rozwiązania test egzaminacyjny, zdałoby najwyżej 20 proc. Czy to znaczy, że tylko tylu mogłoby bezpiecznie leczyć? ■



Mam na imię KEL

Kodeks Etyki Lekarskiej ma korzenie greckoteńskie, wyrósł z przysięgi Hipokratesa, ale mimo upływu wieków oraz zmieniającej się rzeczywistości, nieugięte stoi na straży wartości, jakie niesie ze sobą wykonywanie zawodu lekarza.

W Polsce Kodeks Etyki Lekarskiej przyjęto w 1991 r. i znowelizowano dwukrotnie (w 1993 r. oraz w 2003 r.). Zawarte w nim zasady zatwierdził Krajowy Zjazd Lekarzy. Stanowią one swoisty dekalog i każdy lekarz oraz lekarz dentyista ma obowiązek posługiwać się nim w codziennej praktyce. Jednak czy KEL jest przystawalny do obecnych warunków, w jakich przyszło żyć i pracować lekarzom i lekarzom dentyistom? Na ile można pogodzić zawarte w nim zapisy z komercjalizacją rynku usług medycznych? Czy mogą one stanowić wyznacznik orzecznictwa? Jak do KEL ma stosować się lekarz związany z przemysłem medycznym i jak w świetle kodeksu mają być prowadzone eksperymenty medyczne? Kodeks Etyki Lekarskiej wobec tych i innych wyzwań współczesności był tematem konferencji zorganizowanej przez Naczelną Izbę Lekarską i Wielkopolską Izbę Lekarską 7 października w Gnieźnie połączonej z uroczystymi obchodami 1050. rocznicy Chrztu Polski.

Hipokrates wciąż żywy

Prowadzący konferencję prof. Andrzej Wojnar, przewodniczący Komisji Etyki NRL, nawiązując do wydarzeń historycznych sprzed 2,5 tys. lat, stwierdził, że wprawdzie w ciągu tego długiego czasu zmieniały się systemy polityczne i społeczne, ale następujące po sobie pokolenia medyków przestrzegały zasad ustanowionych przez Hipokratesa. Są jednak głosy, że wraz ze zmieniającą się rzeczywistością, zapisy KEL także powinny się zmieniać. – NRL obstaje przy tym, aby Kodeks Etyki Lekarskiej zachował swoją obecną treść jako wyraz kompromisu środowiska lekarskiego w zakresie zasad deontologii lekarskiej w ramach wykonywanego zawodu – tłumaczył prof. Andrzej Wojnar. Zjazd nakazał Naczelnej Radzie Lekarskiej, by zrewidowała zapisy Kodeksu. Jak podkreślił prowadzący, konferencja w Gnieźnie wpisuje się w te działania, a współprowadzący konferencję prof. Jędrzej Skrzypczak z UAM w Poznaniu dodał, że nad składającym się z dwóch części ▶

Lucyna
Krysiak

– ogólnej i szczegółowej – Kodeksem Etyki Lekarskiej pochyłał się także trzykrotnie Trybunał Konstytucyjny, który w orzeczeniach z 1992 r., 1993 r. i 2008 r., interesująco nakreślił istotę tego dokumentu, a zwłaszcza w kwestii, czy TK może badać zgodność norm etycznych z Konstytucją RP. Ustalono wówczas, że wprawdzie nie może badać norm etycznych, może badać normy prawne, które są do uszczegółowienia przez normy deontologiczne, co określono w uzasadnieniu orzeczenia TK. Zatem Kodeks Etyki Lekarskiej to nie tylko deklaracja określonej postawy etycznej, ale również podstawa prawna regulująca odpowiedzialność zawodową lekarzy. Aby przybliżyć ten temat społeczności lekarskiej, wydawnictwo „Medyczna Wokanda” podjęło się komentowania na swoich łamach zapisów Kodeksu Etyki Lekarskiej, włączając w to przedsięwzięcie, oprócz przedstawicieli zawodu lekarskiego, etyków, prawników, filozofów. Uczestnictwo w konferencji redaktora naczelnego tego wydawnictwa, prof. Krzysztofa Linkego, było więc zamierzone, jako że większość prelegentów konferencji już publikowała lub czeka na publikację artykułów dotyczących KEL w tym wydawnictwie. Skupiając się na artykułach 1-5 KEL, profesor zastrzegł, że większość z nich jest jasnych i czytelnych, ale też są budzące kontrowersje. Szczególnie te związane z powoływaniem się medyków na klauzulę sumienia.

Przyrzekam uroczyście

Odnosząc się do zapisów Kodeksu Etyki Lekarskiej, Maciej Hamankiewicz, prezes NRL, nawiązał do „Przyrzeczenia lekarskiego”, które stanowi jego wstęp. Przyrzeczenie składa każdy lekarz i lekarz dentyista, otrzymując dyplom ukończenia uniwersytetu medycznego w swojej uczelni i w swojej okręgowej izbie lekarskiej, otrzymując prawo wykonywania zawodu. – To pokazuje, że jesteśmy jednym zawodem, choć ze względu na różne formy zatrudnienia i wykonywania praktyki lekarskiej jesteśmy zróżnicowani – zaznaczył prezes Hamankiewicz. Dodał, że „Przyrzeczenie” jest podstawą do wszelkich dalszych, bardziej szczegółowych rozważań nad etyką i zapisami zawartymi w KEL. Kodeks musi być skałą, na której buduje się najważniejsze dla wykonywania tego zawodu wartości – bycie lekarzami, humanistami, ludźmi cechującymi się empatią wobec cierpienia chorego. Przypomniat jednocześnie, że kwestie etyczne są przedmiotem ostatnich wydarzeń, orzeczeń sądowych, wyroków Trybunału Konstytucyjnego oraz nowych rozwiązań prawnych, zwłaszcza tych traktujących o klauzuli sumienia i tajemnicy lekarskiej. – Ostatnia zmiana prawa dokonana przez Ministra Sprawiedliwości powoduje, że według tego prawa tajemnica lekarska po śmierci chorego ma nie obowiązywać. Co więcej, lekarz ma ujawniać informacje na

żądanie osoby bliskiej, a to sprawa dyskusyjna, kto jest osobą bliską i jaki ma interes w tym, aby mu wyjawić wszystkie tajemnice, jakie miał za życia pacjent. A tymczasem lekarz przyrzeka dochować tajemnicy lekarskiej nawet po śmierci chorego. Wokół „Przyrzeczenia lekarskiego”, a właściwie pierwszych jego wersji („Przyjmuję z szacunkiem i wdzięcznością dla moich Mistrzów nadany mi tytuł lekarza i w pełni świadomy związanych z nim obowiązków przyrzekam...”), toczyły się także rozważania dr. Bartosza Hordeckiego, prawnika, filozofa, politologa z WNPiD UAM, który zwrócił uwagę na to, że najczęściej nie widać tego, co jest przed oczami, w tym wypadku Mistrza. W jego opinii to szacunek dla Mistrza kształtuje kręgosłup etyczny lekarza, jego charakter, postawę i każdy, komu nadano tytuł lekarza, powinien takiego Mistrza mieć. – W kontekście przysięgi Hipokratesa to nie jest takie oczywiste, dlatego otwiera się tu ogromny potencjał do dyskusji na temat, kim jest, kim powinien być Mistrz, pojawia się też pytanie, czy środowisko lekarskie rozstrzygnęło te kwestie – powiedział dr. Hordecki.

Związki z przemysłem i tajemnica lekarska

Konflikt interesów to obecnie zjawisko coraz częstsze. Dotyczy wielu dziedzin aktywności, występuje również w ochronie zdrowia i najczęściej wynika z relacji lekarzy z przemysłem medycznym. Lekarz ma obowiązek ujawnienia tego rodzaju związków, o czym wyraźnie traktuje Kodeks Etyki Lekarskiej. Minister zdrowia, Konstanty Radziwiłł, omawiając związki lekarzy z przemysłem medycznym, zwrócił uwagę na to, że z natury rzeczy współpraca medycyny i przemysłu jest nieunikniona, na wszystkich etapach opracowywania, testowania, wprowadzania na rynek i używania produktów medycznych, jednak obie strony zawsze powinny kierować się powszechnymi normami etyki. Komentując konkretne przykłady takich relacji, zastrzegł, że lekarz nigdy nie powinien przyjmować korzyści od przedstawicieli przemysłu medycznego, jeżeli może to ograniczyć obiektywizm jego opinii zawodowych lub podważyć zaufanie do zawodu lekarza. – KEL jest podstawą wszelkich działań w tym zakresie, ponieważ zawiera odrębny rozdział o związkach lekarzy z przemysłem i w sposób jednoznaczny je określa – podsumował minister Radziwiłł. Prof. Jacek Sobczak, prodziekan Wydziału Prawa SWPS, sędzia Sądu Najwyższego, wskazał, że w niektórych kwestiach, a do tych zalicza się tajemnica lekarska, etyka i prawo mogą się uzupełniać. – Tajemnica lekarska ma charakter tajemnicy zawodowej i jest gwarancją praw pacjenta. Z punktu widzenia prawnego i etycznego jej zachowanie jest obowiązkiem lekarza – podkreślił profesor, powołując się na Kodeks Etyki Lekarskiej oraz Konstytucję RP. Zwrócił

też uwagę, że zgodnie z nowymi rozwiązaniami prawnymi lekarz może ujawnić tajemnicę lekarską dotyczącą zmarłego pacjenta (nawet jeśli ten za życia wyrażał stanowczy sprzeciw) na wniosek osoby pacjentowi bliskiej. Wskazał sygnalizowany już wcześniej problem interpretacyjny – kim właściwie jest osoba bliska?

Na straży ludzkiego genomu

Etyka coraz częściej wkracza w nowatorskie metody leczenia i technologie medyczne, nie omijając przy tym genomu ludzkiego. Prof. Teresa Gardocka, prorektor Uniwersytetu SWPS, odniosła się do zapisów w Kodeksie Etyki Lekarskiej rozstrzygających ten problem. Są one stosunkowo nowe, ponieważ zostały wprowadzone w 2003 r., a samo rozpracowanie genomu sięga zaledwie ostatnich 20 lat. Zapisy te wyraźnie określają, że „interwencja mająca na celu dokonanie zmian w genomie ludzkim może być przeprowadzona wyłącznie w celach profilaktycznych, terapeutycznych lub diagnostycznych tylko wtedy, gdy jej celem nie jest wywołanie dziedzicznych zmian genetycznych u potomstwa”. Uzupełnienie KEL o fragmenty dotyczące ochrony genomu ludzkiego reguluje kwestie etyczne tego problemu, kwestie prawne nie są jeszcze do końca rozwiązane. W tym wypadku KEL jest głównym wyznacznikiem postępowania z genomem ludzkim. Można powiedzieć, że stoi na jego straży. Bliski temu jest również temat ludzkiej prokreacji oraz zagadnień początków ludzkiego życia, o czym traktował wykład prof. Joanny Haberko, prodziekana Wydziału Prawa UAM. Z tymi tematami wiąże się także istotna w pracy lekarza i dla pacjenta autonomia podejmowanych przez niego decyzji terapeutycznych. Prof. Monika Urbaniak, specjalista w zakresie prawa medycznego oraz prof. Szczepan Cofa z UMP byli zgodni co do tego, że działania medyczne powinny zostać przez lekarza ograniczone do czynności rzeczywiście niezbędnych. Podkreślali, że lekarz powinien wybierać jedynie metody, których zastosowanie proponuje pacjentowi, ale to on ostatecznie rozstrzyga o ich wyborze. Brak zgody pacjenta, jego sprzeciw, jest dla lekarza wiążący. Rodzi się w tym miejscu pytanie, czym jest Kodeks Etyki Lekarskiej, czy ma moc prawną i czy można go stosować w orzecznictwie sądów powszechnych? Czy

jest tylko normą deontologiczną? Orzeczenia Trybunału Konstytucyjnego przesądziły, że w rozumieniu Konstytucji RP nie jest źródłem prawa, został jednak uchwalony przez Krajowy Zjazd Lekarzy na podstawie art. 4 ust. 1 pkt 2 i art. 33 pkt 1 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (Dz.U. Nr 30, poz. 158), które upoważniają samorząd do ustanowienia dla wszystkich lekarzy zasad etyki i deontologii, stanowią one podstawę do orzekania o odpowiedzialności lekarzy przed sądami lekarskimi za postępowanie sprzeczne z zasadami etyki i deontologii lekarskiej. Zatem KEL nie może być pomijany w procesie stosowania prawa, stanowi bowiem zbiór norm etycznych inkorporowanych do systemu obowiązującego prawa przez ustawę o izbach lekarskich, dookreślających treść norm prawnych. Odpowiedź nasuwa się więc sama. ■



**Romuald
Krajewski**

Prezydent
Europejskiej
Unii Lekarzy
Specjalistów
(UEMS)

Co nowego w UEMS?

W październiku odbędzie się kolejne posiedzenie Rady UEMS. Okres pomiędzy posiedzeniami był tym razem wyjątkowo długi. Wiosenne posiedzenie w 2016 r. zostało odwołane i poprzednie odbyło się w Warszawie w 2015 r.

Ogólnie, wiadomości są dobre. Pomimo wydatków związanych z kończeniem budowy siedziby nie mieliśmy problemów finansowych w codziennym funkcjonowaniu. Mamy tylko wewnętrzne rozliczenia pomiędzy strukturami UEMS. Kredyty spłacamy regularnie. Nie podwyższyliśmy składki członkowskiej, która ciągle pozostaje zdecydowanie najniższą wśród składek na duże organizacje.

Przedstawicielstwo brytyjskiej NHS właśnie wprowadza się do naszego wspólnego domu w Brukseli i jest on w ten sposób już zapelniony. Z zaproszenia UEMS nie zechciały skorzystać pozostałe organizacje lekarzy europejskich, być może wolą płacić za wynajem swoich biur biznesowi.

Najważniejsze są przygotowane do decyzji Rady propozycje zmian w funkcjonowaniu organizacji. W Warszawie odbyła się ożywiona dyskusja o roli struktur UEMS. Po konsultacjach powstała propozycja utworzenia ciała doradczego, składającego się z prezesów sekcji specjalistycznych, których opinia o sprawach dyskutowanych przez Radę będzie ustalana w głosowaniu, a decyzje będą podejmowane przez Radę tylko wówczas, gdy opinia Sekcji i Rady będzie zgodna albo uzgodniona. To wielka zmiana i trudność organizacyjna, ale jesteśmy przekonani, że potrafimy ją wdrożyć i że UEMS skorzysta na znacznie większym zaangażowaniu delegatów.

Druga duża zmiana to nowy system europejskiej akredytacji doskonalenia zawodowego. Procedura będzie prostsza, kryteria jasno sformułowane, obejmujemy akredytacją i uznawaniem prawie wszystkie formy doskonalenia. Towarzyszą temu prace nad zupełnie nową platformą internetową, poprzez którą będą przyjmowane i oceniane wnioski. Wprowadzimy kategorię „zaufanych organizatorów”, dla których procedura będzie uproszczona. Nie rezygnujemy jednak z akredytacji poszczególnych zdarzeń i programów, ponieważ danie organizatorom „wolnej ręki” zbyt łatwo prowadzi do obniżenia jakości.

Zapraszamy do współpracy w akredytacji i doskonaleniu zawodowym inne organizacje europejskich lekarzy oraz towarzystwa naukowe. Wspólne działanie jest ważne, ponieważ w Europie już pojawiły się komercyjne oferty akredytacji organizatorów przez amerykańską ACCME, a w krajach członkowskich rośnie tendencja do przejmowania nadzoru nad doskonaleniem zawodowym przez „biurokrację doskonalenia zawodowego”. Stanowisko europejskich organizacji lekarzy przyjęte w 2015 r. w Luksemburgu mówi, że cały rozwój zawodowy powinien być prowadzony przez lekarzy. Jesteśmy do tego przygotowani i jest to część naszej zawodowej autonomii, która w praktyce sprawdza się lepiej niż administracje. ■

Głowa i szyja w dobrych rękach

Z prof. **Witoldem Szyfterem**, kierownikiem Kliniki Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej UM im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, koordynatorem medycznym Programu Powszechnych Przesiewowych Badań Słuchu u Noworodków, rozmawiają **Ryszard Golański** i **Marta Jakubiak**.

Jaka jest specyfika ośrodka, którym pan kieruje?

Klinika Laryngologiczna w Poznaniu specjalizuje się w leczeniu chorób nowotworowych i chorób uszu. Od 2004 r. wykonujemy rozległe operacje onkologiczne w tzw. chirurgii ratującej, gdy u pacjenta po chemioradioterapii następuje wznowa lub pozostaje guz resztkowy albo też gdy pacjent jest dyskwalifikowany z leczenia operacyjnego oraz innego leczenia onkologicznego. Kiedy inni rozkładają ręce, my podejmujemy się ogromnych resekcji w obrębie głowy i szyi, a ubytki tkankowe naprawia zespół rekonstrukcyjny, wykorzystując płaty pobierane z różnych okolic ciała pacjenta, z mikrozespoleniami naczyniowymi włącznie.

Operacje te przeprowadzane są głównie w przypadku raków jamy ustnej, języka, krtani, gardła oraz rzadszych nowotworów w obrębie głowy i szyi o bardzo znacznym stopniu zaawansowania narządowego. Trwają wiele godzin, czasem nawet piętnaście. Wykonaliśmy już ponad pięćset takich zabiegów.

Które z nowotworów w obrębie głowy i szyi są najbardziej powszechne?

Najczęstszymi nowotworami złośliwymi są raki krtani. Na szczęście obserwujemy pewną stabilizację liczby nowych zachorowań. Niestety w ostatnim czasie nastąpił jednoczesny wzrost zachorowań na nowotwory jamy ustnej.

Które są najbardziej śmiertelne?

Najbardziej dynamicznie rozwijają się raki języka i coraz większa liczba nowotworów jamy ustnej występujących u młodych ludzi.

Dlaczego tak się dzieje?

To bardzo skomplikowany proces. Ogólnie rzecz ujmując, w grę wchodzi czynniki zależne od stylu życia, zanieczyszczenia środowiska, nawyków pacjentów, jak również nie najlepszego dostępu do lekarzy specjalistów. Od nich zależy zapadalność na nowotwory i szansa ich wyleczenia. Europa Zachodnia i świat uciekają nam – liczba pięcioletnich wyleczeń w Polsce jest o 20 proc. niższa niż w innych krajach zachodnich. To pokłosie choćby zbyt małych nakładów na służbę zdrowia.

A operacje minimalnie inwazyjne?

Wykonujemy ich bardzo wiele. Znacząco rozwinęliśmy operacje endoskopowe z użyciem lasera CO2. Dzięki niemu zabiegi, które jeszcze dziesięć lat temu wymagały radykalnych postępowań chirurgicznych, obecnie przeprowadzamy z wykorzystaniem endoskopii. Dzięki promieniom lasera jesteśmy w stanie radykalnie usunąć nowotwór bez konieczności usuwania całej krtani. To ma ogromne znaczenie dla pacjentów. Leczymy w ten sposób chorych z całej Polski.

Jesteście w stanie pomóc wszystkim?

Rozległe operacje bardzo wypełniają plan zabiegowy, ▶

spychając inne, ale jakoś dajemy sobie radę. Planujemy pracę tak, aby najciężej chorzy mieli najkrótsze możliwe terminy, bo tu liczy się czas – oni mają tygodnie, a nie miesiące. Staramy się pomóc wszystkim.

Nad czym obecnie pracuje pana zespół?

Bardzo rozwijamy fonochirurgię, czyli chirurgię głosu. To dotyczy zarówno zmian niezłośliwych w obrębie krtani, jak i nowotworów. Dążymy nie tylko do usunięcia raka we wczesnym stadium, ale również do poprawienia głosu, by pacjenci zachowali zdolność mowy. Dokonyjemy też rekonstrukcji strun głosowych. Do niedawna w medycynie nastawialiśmy się jedynie na usunięcie nowotworu. Teraz coraz bardziej myślimy o zachowaniu funkcji lub jej odtworzeniu. Medycyna regeneracyjna i oszczędzająca to przyszłość.

Intensywnie pracujemy naukowo nad etiologią nowotworów. Ścisłe współpracujemy z genetykami i biologami molekularnymi. Prowadzimy szereg badań nad związkiem wirusa HPV ze zmianami nowotworowymi. Zajmujemy się szeroko nowotworami i patologią gruczołów ślinowych. Trzy lata temu Ministerstwo Zdrowia zleciło nam stworzenie i prowadzenie rejestru wszystkich nowotworów niezłośliwych gruczołów ślinowych, wcześniej taki rejestr nie istniał. Zarówno w krajach Europy Zachodniej, jak i w Polsce obserwujemy w ostatnich latach gwałtowny wzrost liczby zachorowań na nowotwory gruczołów ślinowych. Podczas gdy w roku 2000 operowaliśmy około 30-40 tego typu guzów, obecnie jest to aż 170-190 operacji. Nie wiemy jeszcze, z czym związany jest taki wzrost, ale prowadzenie rejestru może nam pomóc znaleźć odpowiedź.

Operacje guzów gruczołów ślinowych to w prawie każdym przypadku chirurgia nerwu twarzowego. Gdy dojdzie do jego wycięcia lub uszkodzenia, robimy wszystko, aby odtworzyć jego czynność poprzez przeszczepy kablowe lub inne rekonstrukcje. Od lat rozwijamy chirurgię podstawy czaszki. Kiedyś operacje tego obszaru łączyły się z otwieraniem czaszki i unoszeniem mózgowia. Dzięki rozwojowi endoskopii można wiele nowotworów usunąć, dostając się tam przez nos. I teraz to normalna procedura, którą wykonujemy, wspierając się neuronawigacją.

Bardzo intensywnie rozwijamy chirurgiczną walkę z głuchotą i głębokim niedosłuchem. Założyliśmy już ponad 1300 implantów ślimakowych różnego typu.

Czy odkrycie autofagii, nagrodzone tegorocznym Noblem, przyczyni się do znalezienia skutecznego leku na raka?

Po raz pierwszy doceniono immunologię, która dotychczas była mało zauważana. Być może kiedyś grupa lekarzy nagrodzonych w tym roku doprowadzi do powstania szczepionki przeciwnowotworowej. W wielu jednostkach chorobowych najlepszą profilaktyką są przeciw szczepienia. Nie nastąpi to szybko, potrzeba jeszcze wielu lat badań, ale jesteśmy już na dobrej drodze i coraz bliżej pokonania tej straszliwej choroby.

Ile czasu potrzeba?

Jestem od wielu lat lekarzem i przeżyłem już tyle rewolucji zapowiadających pokonanie raka, że naprawdę nie wiem.

Na czym polega sialoendoskopia?

To wżernikowanie dróg ślinowych. Kilka lat temu wyprodukowano półtoramilimetrowe endoskopy – najcieńsze, jakie istnieją. Dzięki nim można wejść do przewodów ślinowych i dokonać ich oceny, znaleźć przyczyny patologii, a nawet je wyeliminować, np. poprzez endoskopowe rozkruszenie i usunięcie kamienia. Wykonaliśmy już ponad 1100 tego typu operacji.

Dzięki sialoendoskopii znaleziono też nowe przyczyny obrzęku ślinianek, jak pozapalne zwężenia przewodów. Teraz możemy je poszerzać. To ogromny postęp w leczeniu nienowotworowej patologii w tym gruczole. Jesteśmy chyba jedynym ośrodkiem w Polsce, który na taką skalę rozwinął diagnostykę i terapię przy wykorzystaniu sialoendoskopii.

Jak dokonuje się implantacja nowości?

Od dwudziestu lat nabór pracowników do naszej kliniki odbywa się poprzez koło naukowe. Trafiają do nas lekarze niezwykle aktywni i chętni do pracy. Wyjeżdżają na międzynarodowe stypendia, kursy, zjazdy, obserwujemy nowości w internecie. Po krytycznej ocenie staramy się wprowadzać je do swojej praktyki.

Kiedy i jak zrodziła się idea skringu słuchowego u noworodków?

Już kilkadziesiąt lat temu lekarze zaobserwowali, że wada słuchu jest najczęstszą wadą rozwojową wśród ludzi i należy wykryć ją jak najszybciej, ponieważ ma katastrofalny wpływ na rozwój mowy. Wiemy dobrze, że każde dziecko ma złoty okres rozwoju mowy. Mija on w wieku 4-5 lat, dlatego głuchotę wrodzoną i inne wrodzone uszkodzenia słuchu należy wykryć jak najwcześniej, a potem wdrożyć odpowiednie leczenie, by dziecko zdążyło na swój złoty czas. Jeśli dziecku z głuchotą wrodzoną wszczepimy implant słuchowy przed 18. miesiącem życia, ma ono pełną szansę rozpocząć szkołę w wieku siedmiu lat jako słyszące i mówiące. Zaimplantowane w wieku czterech lat ma na to zaledwie 60-70 proc. szans. To ogromna różnica.

W 2000 r. liderzy laryngologii i neonatologii polskiej spotkali się w Ministerstwie Zdrowia i wystąpili z propozycją, by przeprowadzić badania skringowe w Polsce. Nie było na to pieniędzy. Zwróciliśmy się więc do Jurka Owsiaka, który entuzjastycznie przyjął naszą propozycję. Przez dwa kolejne lata zbierał ze swoją Orkiestrą fundusze na ten cel. Jesienią 2002 r. program pilotażowo wystartował w kilku województwach, a od 1 stycznia 2003 r. ruszył jako Program Powszechnych Przesiewowych Badań Słuchu u Noworodków. Aparaturę zakupiła Fundacja Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy. Wzięła też na siebie część logistyczną i przeszkolenie tysięcy osób. To była inicjatywa obywatelska, a pieniądze publiczne, bo przecież ludzie dokładali się do puszek WOŚP. Z czasem uzyskaliśmy pełne poparcie resortu zdrowia, a minister wydał zarządzenie nakładające obowiązek przeprowadzania badań słuchu u każdego żywo urodzonego noworodka. W późniejszych latach także NFZ wprowadził procedury finansowe w ramach skringu.

Ilu małych pacjentów przebadano?

Łącznie przebadaliśmy już ponad 5 mln noworodków, co jest ogromną liczbą. W Polsce mamy zgłaszalność na poziomie około 98 proc. Można więc powiedzieć, że przebadaliśmy prawie wszystkie urodzone w tym czasie noworodki w Polsce. Według definicji WHO badanie można uznać za powszechne, jeśli poddane nim zostanie co najmniej 95 proc. populacji krajowej. My to kryterium spełniamy.

Ile ośrodków bierze udział w badaniu?

Łącznie w programie biorą udział 502 ośrodki, w tym 421 oddziałów neonatologicznych, czyli wszystkie w szpitalach publicznych i prywatnych, a także 81 ośrodków laryngologiczno-audiologicznych.

Na oddziale neonatologicznym każde dziecko w drugim dniu życia ma wykonane badanie nazywane otoemisją akustyczną. Jeśli to badanie wskazuje na jakąś nieprawidłowość, dzieci te kierowane są na dalszą diagnostykę audiologiczną w ośrodkach laryngologicznych.

Na czym polega otoemisja akustyczna?

To badanie wykorzystujące zjawisko fizjologiczne polegające na tym, że komórki słuchowe, a szczególnie komórki słuchowe zewnętrzne, po dotarciu do nich fali akustycznej kurczą się, wytwarzając dźwięk. Można go zarejestrować przy pomocy bardzo czułych mikrofonów umieszczonych w przewodzie słuchowym zewnętrznym. To minutowy test, przeprowadzany przez pielęgniarkę lub położną. Rocznie badamy około 350-400 tys. dzieci, w zależności od wielkości społeczeństwa. Około 6 proc. z nich kierowanych jest na dalszą diagnostykę, gdy brak odpowiedzi z komórek słuchowych.

Jakie wyniki otrzymano dzięki skriningowi?

Na podstawie analizy pięciu milionów przebadanych żywo urodzonych noworodków w latach 2003-2016 wiemy, że troje noworodków na tysiąc żywo urodzonych ma jakiś problem ze słuchem. Troje na dziesięć tysięcy dzieci rodzi się z obustronnym głębokim niedosłuchem i wymaga założenia implantu ślimakowego. To dużo, bo każdego roku z głuchotą na świat przychodzi 140 małych Polaków, a dwa-trzy tysiące rodzi się z wadami wymagającymi zaprotezowania aparatami słuchowymi.

Jakie są czynniki ryzyka uszkodzenia słuchu u noworodków?

Przed wszystkim wywiad wskazujący, że rodziny obciążone są wadą słuchu. Znany już jest gen GJB2 prowadzący do rodzinnego uszkodzenia słuchu. Jeśli problem ze słuchem ma tylko babcia w wieku 80 lat, można to zbagatelizować, ale jeśli problem dotyczy nie tylko tej osoby, ale babci, jej siostry i brata, możemy mieć do czynienia z zespołem genetycznego niedosłuchu, który ujawnia się znacznie wcześniej niż w wieku podeszłym.

Inne czynniki ryzyka to masa urodzeniowa poniżej 1500 g, wcześniactwo, APGAR poniżej czterech w pierwszej minucie życia, a w pierwszych pięciu minu-

tach poniżej pięciu, infekcje wrodzone TORCH, sztuczna wentylacja powyżej pięciu dni oraz wady rozwojowe w obrębie głowy i szyi.

30 listopada o godz. 9.00 rozpocznie się online 2. Europejska Sesja Chirurgii Laryngologicznej Na Żywo transmitowana na cały świat. Kto ją zainicjował?

W 2009 r. po raz pierwszy poprowadziliśmy sesję chirurgii live dla polskich lekarzy. Skorzystaliśmy ze wsparcia Poznańskiego Centrum Superkomputerowo-Sieciowego (PCSS), które działa tu od lat i zgodziło się zrealizować dla nas to przedsięwzięcie. W każdym roku odbywały się trzy sesje, na przemian uszne i nowotworowe. Zauważył nas świat. LION, która organizuje światowe dni chirurgii usznej, zaprosiła nas do zaprezentowania naszych operacji szerszemu gronu. Potem Europejskie Towarzystwo Laryngologiczne (ELS) poprosiło o przygotowanie transmisji na Światowe Dni Laryngologiczne. W zeszłym roku po raz pierwszy przygotowaliśmy sesję ze studia w Poznaniu. Pokazaliśmy na żywo operacje z ośmiu ośrodków znajdujących się w różnych krajach. Oglądali nas lekarze z całego świata. Ponieważ było bardzo duże zainteresowanie w sieci, w tym roku mamy kolejną sesję. Będziemy transmitować na żywo operacje z dziesięciu ośrodków europejskich, a na liście oczekujących na ewentualne wejście na wizję jest kolejnych sześć.

Jakie to będą zabiegi?

Chcemy przeprowadzić dwadzieścia operacji w obrębie krtani i szyi. Dpracowujemy jeszcze program, ale już wiadomo, że będą np. dwie operacje usuwania raka krtani metodą endoskopową, a także przy użyciu roboty chirurgicznego, oraz dwie operacje fonochirurgiczne. Wszystkie szczegóły są na naszych stronach internetowych els.livesurgery.net i www.orl.ump.edu.pl.

W czerwcu ukazał się podręcznik „Laryngologia – wybrane zagadnienia z patologii jamy ustnej, gardła, krtani, szyi i okolic” napisany przez zespół poznańskiej kliniki. Jak te tematy opisuje, jakie wyniki badań przytacza?

Przed dwoma laty wydaliśmy podręcznik „Nowotwory w laryngologii”, teraz ukazał się drugi tom będący kontynuacją poprzedniej publikacji. Bardzo szeroko opisujemy choroby swoiste, zapomniane w ostatnich latach, jak gruźlica czy kiła. One istnieją i przeżywają swój renesans. Sporo miejsca poświęcamy także chorobom autoimmunologicznym, jak owrzodzenia błony śluzowej jamy ustnej spowodowane np. chorobami krwi. Jest naprawdę wiele ciekawych i ważnych zagadnień. Dla lekarzy różnych specjalności, nie tylko dla laryngologów.

Co dla lekarza jest najcenniejsze w jego pracy?

Myszę, że satysfakcja, kiedy udaje się pomóc choremu człowiekowi. Kiedy lekarz jest w stanie uratować życie pacjenta albo uwolnić go od cierpienia. ■

**Lidia
Sulikowska**

Meritus Pro Medicis 2014

W 2014 r. dziewięciu osobom przyznano Meritus Pro Medicis – najcenniejsze odznaczenie w samorządzie lekarskim. Kim są zasłużeni? W jaki sposób przyczynili się do rozwoju izb lekarskich?



Dr Włodzimierz Bednorz
(Dolnośląska Izba Lekarska)

Specjalista chorób wewnętrznych i diabetologii. Prezes DIL w latach 1992-2002, przez kolejnych kilka lat był przewodniczącym Komisji Bioetycznej DIL. Zaangażował się też w działalność NIL, będąc wiceprezesem NRL II i III kadencji, a w latach 2006-2010 przewodnicząc Komisji Etyki NRL. Był też przewodniczącym Komisji ds. Rejestracji Lekarzy, a także przewodniczącym Kolegium Redakcyjnego „Gazety Lekarskiej” i sędzią Naczelnego Sądu Lekarskiego. Delegat na OZL i KZL I, III, V, VII kadencji. W obecnej kadencji jest członkiem NSL. Na co dzień pracuje w Klinice Endokrynologii, Diabetologii i Leczenia Izotopami SPZK Nr 1 we Wrocławiu.



Dr Stanisław Ciechowicz
(Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi)

Specjalista chorób wewnętrznych, medycyny społecznej i organizacji ochrony zdrowia. Aktywnie działał w samorządzie od jego reaktywacji – najpierw jako członek OSL, a później w roli zastępcy NROZ. Wieloletni delegat na OZL i KZL, członek ORL II i VII kadencji. Był też m.in. członkiem Komisji Bioetycznej swojej okręgowej izby lekarskiej, a także kolegów redakcyjnych: łódzkiego biuletynu „Panaceum” i „Gazety Lekarskiej”. Odznaczony Złotym Krzyżem Zasługi, odznaką honorową Ministra Zdrowia i odznaczeniami samorządu lekarskiego: „Zasłużony Nauczyciel Lekarzy”, „Zasłużony dla Samorządu Lekarskiego”. Zmarł wiosną tego roku.



Jerzy Lach
(Okręgowa Izba Lekarska w Opolu)

Specjalista ortopedii i traumatologii, a także rehabilitacji medycznej. Działał w samorządzie lekarskim od II kadencji. Był m.in. przedstawicielem NRL w Tymczasowej Radzie Akredytacyjnej, członkiem Komisji Informacji NRL, a także Rady Ośrodka Współpracy z Polonią Medyczną i członkiem Zespołu ds. Uzdrowisk NRL. Wieloletni członek NRL i ORL. W Opolskiej Izbie Lekarskiej był m.in. sekretarzem, zasiadał w Prezydium ORL i Komisji Stomatologicznej. W obecnej kadencji jest członkiem NRL i Komisji ds. Kultury NRL oraz członkiem Komisji ds. Kultury ORL. Działa także na polu wydawniczym samorządu – w przeszłości w Kolegium Redakcyjnym „GL”, a począwszy od II kadencji do dziś jest szefem „Biuletynu Informacyjnego Opolskiej Izby Lekarskiej”.



Andrzej Mazaraki
(Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie)

Lekarz dentysta, specjalista chirurgii szczękowej. Należał do grupy założycielskiej OIL w Krakowie. Był członkiem ORL, a także skarbnikiem i członkiem Komisji Kształcenia i Komisji Stomatologicznej swojej izby. Od trzech ostatnich kadencji jest w składzie Komisji Rewizyjnej ORL. Delegowany przez NRL do zespołu Ministra Zdrowia d/s akredytacji placówek kształcących w chirurgii szczękowej, w przeszłości pełnił też funkcję sędziego Naczelnego Sądu Lekarskiego. Przez wiele lat związany z Katedrą i Kliniką Chirurgii Szczękowo-Twarzowej i Stomatologicznej AM w Krakowie, następnie kierownik Specjalistycznej Poradni Chirurgii Stomatologicznej w Nowej Hucie. Obecnie na emeryturze.



Ewa Miękus-Pączek
(Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie)

Specjalista periodontolog. W działalności samorządową włączyła się w 2001 roku. Od kilkunastu lat zasiada w Komisji Bioetycznej OIL w Warszawie i jest członkiem ORL. Przewodnicząca Delegatury Radomskiej OIL w Warszawie VI kadencji, od pięciu lat organizuje tam konkurs rysunkowy dla dzieci z okazji Światowego Dnia Zdrowia Jamy Ustnej. Sekretarz ORL w Warszawie obecnej kadencji. Działa też w NIL – od IV kadencji do teraz jest członkiem Krajowej Komisji Wyborczej, a od VI dodatkowo – członkiem NRL i Komisji Stomatologicznej. Pracuje w szpitalu psychiatrycznym w Radomiu, prowadzi też własny gabinet stomatologiczny.



Dr Józefa Przeździak
(Okręgowa Izba Lekarska w Gdańsku)

Specjalista chorób wewnętrznych. Zaangażowana w działalność OIL w Gdańsku od początku jej powstania. Jej aktywność samorządowa to przede wszystkim praca na rzecz OROZ. Przez pierwsze dwie kadencje była zastępcą okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej, przez kolejne dwie – okręgowym rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej, a od 2005 roku do teraz ponownie jest zastępcą OROZ. Od 2007 r. jest też członkiem Komisji Bioetycznej przy OIL w Gdańsku. Delegat na OZL i KZL. Odznaczona Złotym Krzyżem Zasługi, Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski,

a także odznaczeniami samorządowymi, m.in.: Pro Bono Societatis Medicorum Pomeraniae.



Dr Dorota Radziszewska
(Dolnośląska Izba Lekarska)

Specjalista chorób wewnętrznych, nefrologii, balneologii i medycyny fizykalnej. Delegat na OZL i KZL, w III, IV i V kadencji przewodniczyła Komisji Współpracy z Zagranicą

DIL. Od kilkunastu lat jest pełnomocnikiem Delegatury DIL w Wałbrzychu i członkiem Rady DIL, o od kilku lat także wiceprezesem ds. delegatury wałbrzyskiej. Na zjazdach krajowych i okręgowych wnioskowała o powołanie Rzecznika Praw Lekarza (obecnie jest członkiem zespołu RPL w DIL), w NIL działała jako członek NRL i Komisji Kształcenia i Komisji ds. Współpracy z Zagranicą. Od wielu lat jest członkiem komisji egzaminacyjnych (PES) z ramienia NIL w zakresie chorób wewnętrznych i nefrologii, w obecnej kadencji jest też członkiem Komisji Kształcenia NIL. Współorganizator wspólnych posiedzeń Prezydium DIL i Saksońskiej Izby Lekarskiej.



Stefan Sobczyński
(Wielkopolska Izba Lekarska w Poznaniu)

Chirurg dziecięcy. Gorący zwolennik i propagator utworzenia izb lekarskich. Gdy samorząd

lekarski reaktywowano, od razu włączył się w jego działalność i jest w nim do dziś. Delegat na OZL i KZL, członek ORL wszystkich kadencji, prezes ORL V kadencji, członek NRL od V kadencji, od VI kadencji jest w Prezydium NRL i Krajowej Komisji Wyborczej. W samorządzie dużo czasu poświęca na sprawy związane ze zdrowiem dzieci i problemami emerytów i rencistów. Od początku swojej kariery zawodowej związany ze Specjalistycznym Zespołem Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu, obecnie jest ordynatorem tamtejszego oddziału chirurgicznego.



Jolanta Szczurko (Okręgowa Izba Lekarska w Białymstoku)

Specjalista stomatologii zachowawczej. Aktywna zarówno w swojej okręgowej izbie, jak i w NIL. Wieloletni delegat na KZL, członek ORL i Komisji Stomatologicznej OIL w Białymstoku, w obecnej kadencji jest także członkiem Prezydium ORL i przewodniczącą Komisji Kształcenia w swojej izbie. W IV kadencji była skarbnikiem białostockiej izby, a w V i VI kadencji – zastępcą prezesa. W NIL udziela się od V kadencji, nieprzerwanie jako członek NRL, a od VI kadencji wchodzi w skład Prezydium NRL i Komisji Stomatologicznej. Jest właścicielem poradni stomatologicznej jednego z białostockich NZOZ-ów. ■



**Jolanta
Małmyga**

Wiceprezes ORL
w Gorzowie Wlkp.

Pamięć i świadomość

Wspomnienie to jedyny wehikuł czasu, jakim dysponujemy

Lukasz Świdorski

Listopad zawsze mi przypomina o uciekającym szybko czasie. Jeszcze niedawno było ciepłe lato, kwitnące kwiaty i zielone drzewa, a teraz za szybko zapada mrok, a szare mgły zasłaniają widok na otaczający nas świat. Może to dobrze, że niezbyt dokładnie widzimy bezlistne drzewa i dywany opadających z nich liści. Takie widoki pogłębiają smutek i tęsknotę za ciepłem i słońcem. Listopadowa aura skłania do refleksji, przemyśleń i zadumy nad życiem. To też czas wspominania tych, których już nie ma wśród nas, ale przecież są ciągle obecni w naszej pamięci. Pamiętamy gesty, wypowiedziane słowa i ich myśli, które zapisały się w naszej świadomości. Nasza świadomość to umysł i intelekt, to zdolność reagowania na otaczający świat. Jest żywa i nie jest mechanizmem, gdyż daje możliwość wyobrażania i przypominania, to niezwykła możliwość naszych umysłów, która pozwala rejestrować w pamięci zjawiska i informacje, które później pozwolą nam je odtwarzać i nie zapominać.

To właśnie w listopadzie mamy czas na wspomnienia, które wcale nie muszą być smutne. Nawet wtedy, gdy staniemy przy grobach tych, których kochaliśmy i szanowaliśmy, zadajmy sobie pytanie, czy oni oczekiwali od nas łez? Zapewne chcieliby, abyśmy żyli dalej tak, jak nas uczyli, przecież życzyli nam wszystkiego dobrego i starali się przekazać tę wiedzę najlepiej, jak potrafili. Taka była nasza koleżanka Halinka Porębska, zawsze opanowana i zrównoważona, z dużą wiedzą i umiejętnością łagodzenia konfliktów. Trudno uwierzyć, że już minął rok, jak jej nie ma. Kochała ludzi i kochała życie, świadczą o tym jej pełne refleksji wiersze. Czuję jej obecność w chwilach zwątpienia w dobrą wolę ludzi i słyszę, jak mówi, że trzeba ze spokojem spróbować zrozumieć ich punkt widzenia i postarać się wyjaśnić problemy.

Często w naszych rozmowach pomagały nam pisane wierszyki, bawiłyśmy się słowem i rymami, teraz, gdy jest mi ciężko, wracam do tych naszych rymowanych dyskusji i próbuję wymyślić jej odpowiedzi – to mnie uspokaja. Nie rozpaczam, że nie możemy sobie pogadać, gdyż wierzę, że patrzy na nasze poczynania z innego wymiaru i stara się naprowadzić na właściwe tory moje myśli i przypomina mi, jak należy postępować. Dziękuję Halinko, że dane mi było Ciebie poznać i skorzystać z wiedzy, którą przekazałaś nie tylko mi. Nad urną z Twoimi prochami przefrunął ptak, dla mnie to był znak, że mimo iż nie ma Ciebie w naszym wymiarze, to ciągle będziesz z nami, więc nie powinniśmy rozpaczać, lecz cieszyć się tym, że mogliśmy wspólnie spędzić pewien czas naszej ziemskiej wędrówki.

Wehikuł czasu jedzie bez względu na nasze oczekiwania i nie zatrzymuje się. Nie mamy wpływu na to, kto z nas i w którym momencie do niego wsiądzie. Dobrze by było przejechać się w przyszłość, wrócić do teraźniejszości i spróbować odwrócić bieg czasu, gdyby ta przyszłość okazała się niekorzystna. Jednak, póki co, takich możliwości nie mamy, więc żyjemy i smakujemy każdy moment życia. Popatrzymy na świecące gwiazdy, one i tak będą świeciły również wtedy, kiedy już nas nie będzie, ale mówią nam o tym, że gdzieś tam istnieje światło, do którego wszyscy zdążamy. Nie smućmy się i nie płaczmy, odtwórzmy to, co w naszych umysłach zapisało się miłego, gdyż ta niezwykła zdolność ludzkiego intelektu pozwala odtwarzać zapamiętane przeżycia. Nasza pamięć daje możliwość wspominania tych, co odeszli do krainy wiecznej szczęśliwości. Światełka zapalonych na grobach zniczy dotrą do tych, za którymi tęsknimy i przekażą im wiadomość o tym, że ciągle żyją w naszych myślach i że o nich pamiętamy. ■

Co myślisz o bólu?

Rola psychiki w terapii bólu przewlekłego. Pierwsze przybliżenie.

Kiedy pytam pacjentów, którzy chorują na raka lub inną chorobę przewlekłą i przychodzą po poradę do psychologa, czego najbardziej obawiają się w swojej aktualnej sytuacji – mało który odpowiada inaczej: „najbardziej boję się bólu”.

Z perspektywy jednostki ból bywa często najbardziej przerażającym aspektem chorowania, szczególnie w chorobie przewlekłej.

Aktualny stan wiedzy medycznej i psychologicznej wskazuje na to, że doznanie bólu jest zjawiskiem złożonym i wielowymiarowym. „Dane psychologiczne silnie wspierają pogląd, że ból jest doświadczeniem percepcyjnym, na którego jakość oraz intensywność wpływa niepowtarzalna historia życia jednostki. Jest to związane ze znaczeniem nadawanym przez daną osobę sytuacji, w której wystąpił ból, a także ze „stanem umysłu” osoby w tamtym momencie. Wszystkie te czynniki odgrywają rolę w determinowaniu bieżących wzorców impulsów nerwowych, które wstępują z ciała do mózgu oraz są przekazywane w obrębie samego mózgu. W ten sposób ból staje się funkcją jednostki jako całości, łącznie z jej aktualnymi myślami, obawami oraz nadziejami na przyszłość.” (Melzack R, Wall PD. Tajemnica bólu, Wydawnictwo WAM, Kraków 2006 str. 51).

W tym kontekście doświadczeni praktycy wskazują na model bólu opisany przez Wade’a i Price’a jako na narzędzie, które daje spójny obraz wieloaspektowego spojrzenia na ból. Ból przewlekły u pacjenta można widzieć jako proces złożony z różnych obszarów doznań (De Walden-Gałuszko K., Majkowicz M. Psychologiczno-kliniczna ocena bólu przewlekłego, Wydawnictwo AMG, Gdańsk 2003).

1) Doznanie sensoryczne – ból jest uwarunkowany przede wszystkim sensoryczną percepcją bodźca. Na tym etapie doświadczenia bólu, czyli nocycepcyjnym, istotne znaczenie ma próg czucia bólu, czyli najmniejsza wartość bodźca, przy której osoba zaczyna świadomie odczuwać bolesność. Progi czucia bólu jest raczej stabilny i stosunkowo mało indywidualnie zróżnicowany.

2) Reakcja przykrości wywołana przez doznanie z receptorów bólowych. Jest to proste uczucie dyskomfortu psychicznego, na które składają się kliniczne cechy bólu: rodzaj bólu, jego lokalizacja, czas trwania i jego intensywność. Na tym etapie doświadczenia bólu dominują reakcje emocjonalne.

Do badania obu tych obszarów doznań opracowano skale oceniające ból. W tym obszarze doświadczeń mogą ujawniać się różnice indywidualne między pacjentami. Będzie to zmienność związana z progiem tolerancji bólu, czyli największego natężenia bólu, które osoba określa jako jeszcze do zniesienia. Jeden pacjent znosi jeszcze ból, który dla innego jest już nie do wytrzymania. Dlatego nie można powiedzieć „niemożliwe, że Panią boli”, bo bólem jest wszystko to, co osoba w ten sposób nazywa.

Na doświadczanie bólu mają wpływ emocje, zarówno te negatywne, jak i pozytywne. Niepokój, lęk to naturalna konsekwencja odczucia bólu. W bólu przewlekłym: przygnębienie, żal, gniew, bezradność. Ale jeśli się utrzymują, to będą ból nasilać. Pomagając pacjentowi zmniejszyć odczuwane negatywne emocje, możemy przynajmniej zablokować ten mechanizm błędnego koła.

3) Ten etap doświadczania bólu jest szczególnie istotny w chorobie przewlekłej. Tu widać najbardziej reakcję na ból, która nie jest ani wrodzona, ani automatyczna, a jest ściśle związana z procesami poznawczymi. Autorzy tego modelu nazywają ten obszar doznań bólowych cierpieniem, w którym kluczową rolę odgrywa percepcja bólu. Od czego jest zależna? Od czynników kognitywnych: procesów uwagi, pamięci, systemu wartości pacjenta, jego wcześniejszych doświadczeń, postawy wobec życia i choroby, poczucia kontroli. W bólu przewlekłym ta obróbka poznawcza nabiera szczególnego znaczenia. Pacjent „ma czas”, żeby tym, co myśli uruchomić psychiczne błędne koło przeżywania bólu. Koncentracja uwagi na bólu, negatywne katastroficzne myśli „już zawsze będę czuł ten ból!”, sposób widzenia własnej sytuacji jako krzywdy i niesprawiedliwości „dlaczego to MNIE tak boli?”, brak poczucia kontroli „zróbcie coś” mogą wzmacniać negatywne emocje jak smutek, przygnębienie, rozgoryczenie, żal, frustrację, bezradność, złość czy gniew. A te z kolei zwiększają intensywność odczuwania bólu.

4) Behawioralna ekspresja bólu, czyli „zachowanie bólowe”, jakie możemy zaobserwować zamyka proces doznań związanych z bólem. W zależności od ograniczeń spowodowanych bólem będą to określone zachowania, /np. płacz/, ale też codzienna aktywność i sprawność ruchowa pacjenta.

Podsumowując, oczywiście dużo zależy od tego, jaki ból i jak z nim sobie radzi farmakologia, ale jak widać, procesy psychiczne mają niebagatelny wpływ na doświadczanie przez chorego bólu. A to z kolei ma konsekwencje w dalszym zachowaniu chorego, w tym także we współpracy z lekarzem. Warto łączyć oddziaływania fizjologiczne/farmakologiczne i psychologiczne, bo daje to większą szansę na skuteczniejszą terapię bólu przewlekłego, a co za tym idzie, wpływa też na ogólne wyniki leczenia. Z jakich technik psychologicznych wspierających farmakologię w leczeniu bólu można korzystać? To temat na co najmniej kilka kolejnych wypowiedzi.

Kontakt z autorem: www.psychologiapraktyczna.pl

Beata
Pachonńska

Psycholog,
psychoonkolog

Sponsorem
serwisu jest firma
Mundipharma.



Dysfunkcje stawów skroniowo-żuchwowych

**Lucyna
Krysiak**

Objawy bólowe u chorych z dysfunkcjami stawów skroniowo-żuchwowych rzutują na funkcjonowanie wielu narządów, często więc błędnie podejrzewane są przez lekarzy o fibromialgię.

Te dolegliwości to najczęściej bóle głowy, twarzy, kręgosłupa, ręki, mięśni, stawów, szumy uszne, bezsenność, nadmierna potliwość i szereg innych, przykrych dolegliwości, które trudno lekarzom różnych specjalności, do których zgłaszają się pacjenci, skojarzyć z dysfunkcjami stawów skroniowo-żuchwowych, w tym przemieszczeniem krążków stawów skroniowo-żuchwowych. To dlatego, że zespół odległych objawów towarzyszących temu zjawisku jest wciąż zbyt rzadko rozpoznawany i leczony jako fibromialgia.

To niekoniecznie reumatyzm

Fibromialgia to wiele często trudnych do ustalenia, jeśli chodzi o przyczynę, dolegliwości bólowych. Wciąż nie do końca wiadomo, co to za jednostka chorobowa. Dotąd nie rozstrzygnięto jednoznacznie, czy ma podłoże psychosomatyczne, czynnościowe czy jedno i drugie? Wiadomo, że jest chorobą przewlekłą charakteryzującą się uogólnionym bólem mięśniowo-szkieletowym, któremu towarzyszą przewlekłe zmęczenie, zaburzenia snu, pamięci i nastroju. Jednym z głównych objawów fibromialgii jest utrzymujący się ponad trzy miesiące ból o charakterze neuropatycznym pochodzenia ośrodkowego, którego natężenie jest zmienne w ciągu dnia. Według naukowców fibromialgia powoduje wielokrotnienie doznań bólowych poprzez zmianę sposobu odbierania bólu przez mózg. Objawy określane jako fibromialgia niejednokrotnie inicjują: uraz fizyczny, operacja, infekcja lub stres. U osób z fibromialgią często współwystępują napięciowe bóle głowy, zaburzenia w obrębie stawu skroniowo-żuchwowego, zespół jelita drażliwego, lęk i depresja. W chwili obecnej nie ma możliwości wyleczenia fibromialgii, istnieje

jednak wiele leków, które umożliwiają kontrolę objawów tej choroby. Najczęściej, jeśli pojawiają się dolegliwości bólowe stawów, poranna sztywność, podejmuje się leczenia u reumatologa. A to nie musi być reumatyzm i leczenie siłą rzeczy nie może być skuteczne. Pacjent zażywa różne leki, a jego stan zdrowia się nie poprawia. Lekarz odsyła więc pacjenta do innych specjalistów, np. do psychiatry, a bóle nie znikają. Ocenia się, że z powodu fibromialgii cierpi około 2. proc. populacji. Są to dane przybliżone, ponieważ jest to bardzo trudne do oceny i sklasyfikowania.

Leczenie przyczynowe, a nie objawowe

W stomatologii problem nie jest nowy, do niedawna jednak poświęcano mu zbyt mało uwagi. Obecnie rośnie nim zainteresowanie zarówno pacjentów, jak i lekarzy dentystów, ponieważ badania coraz częściej potwierdzają, że dolegliwości przypisywane fibromialgii mogą być spowodowane zaburzeniami w stawach skroniowo-żuchwowych i można podjąć leczenie stomatologiczne. Sprzymierzeńcami stomatologa jest w tym lepsza niż przed laty dostępność do nowoczesnej aparatury diagnostycznej – tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego. Leczenie rozpoczyna się od wykonania tymczasowej szyny silikonowej, którą zakłada się pacjentowi w leczniczym położeniu żuchwy. Taką szynę pacjent nosi do czasu, kiedy w laboratorium powstanie specjalnie dla niego przygotowania akrylanowa dolna szyna zgryzowa, która zastąpi szynę tymczasową. To proces wymagający od pacjenta cierpliwości, ale rzeczywistość uwalnia od cierpień, które niejednokrotnie prześladowały go przez wiele lat i zmuszały do wędrowki po gabinetach lekarzy wielu specjalności (laryngologów, neurologów, psychiatrów).

Stomatolodzy uważają więc, że wiedzę na ten temat należy nagłaśniać i rozpowszechniać, ponieważ na obecnym poziomie medycyny odległe objawy towarzyszące przemieszczaniu się krążków w stawach skroniowo-żuchwowych traktowanych jako fibromialgia z powodzeniem można leczyć i zapotrzebowanie na tego rodzaju leczenie rośnie. Co istotne, jest to leczenie przyczynowe, a nie objawowe, przez co całkowicie uwalnia pacjenta od dolegliwości bólowych. Możliwości leczenia są różne. W zależności od diagnozy postępowanie terapeutyczne dostosowuje się indywidualnie do pacjenta. Podstawą jest jednak zawsze leczenie stomatologiczne. W badaniach potwierdzono, że przyczyną zaburzeń funkcji stawu skroniowo-żuchwowego może być stres i spowodowane nim ciągłe napięcie. Do leczenia włącza się więc edukację, jak radzić sobie ze stresem, jak się relaksować. Wspomagająco stosuje się fizjoterapię (ćwiczenia, ultradźwięki, stymulacje elektryczne, leczenie ciepłem, krioterapia, masaż), techniki relaksacyjne, farmakologię (leki przeciwzapalne, przeciwbólowe, zmniejszające napięcie mięśni).

Lekarze dentyści, którzy zetknęli się z tym problemem i leczą takich pacjentów uważają, że z czasem, kiedy wzrośnie świadomość w środowisku lekarskim związku odległych zaburzeń czynności stawu skroniowo-żuchwowego z ogólnym

stanem zdrowia pacjenta, określenie fibromialgia będzie rzadziej używane w nazewnictwie lekarskim. Sprawa budzi jednak spore kontrowersje w środowisku. Są głosy, że do dysfunkcji stawów skroniowo-żuchwowych nie należy mieścić fibromialgii. Są jednak także opinie, że to, co się dzieje w tych stawach, może wywoływać objawy, które lekarze mylnie biorą za fibromialgię. Problem jest więc mocno dyskusyjny. ■

Lista objawów typowych została sporządzona na podstawie publikacji: Croft i wsp. 1994, Bennet 2003, Korszun i wsp., Dobrogowski i wsp. 2004, Lapossy I i wsp. 1995, De Laat 1998, Okifuji 2003, Szczepański 1995, Turp I i wsp. 1997, 1998, Wolfe I i wsp. 1995

Lista objawów przypisywanych fibromialgii opartych na wywiadzie z chorymi:

- ból kręgosłupa, ogólny dyskomfort, złe samopoczucie psychiczne, chroniczne zmęczenie,
- marznięcie – nietolerancja zimna, zaburzenia snu – sen niedający wypoczynku, bóle głowy,
- bóle twarzy, pieczenie, swędzenie oczu, zaburzenie czynności żuchwy, sztywność poranna mięśni, bóle stawów: łokciowe, ręki, kolanowe, nadgarstka, zespół niespokojnych nóg,
- nasilenie bólu i innych dolegliwości po wysiłku, przy poruszaniu się, pod wpływem zimna i/lub zmian pogody, osłabienie siły mięśniowej, drętwienie, mrowienie i pieczenie skóry, parestezje, potliwość, nocne pocenie się, uczucie duszności, napady duszności, kłucie serca, napady bicia serca, bóle brzucha, zespół jelita drażliwego, skurcze jelit, bolesne oddawanie moczu, zespół cewkowy u kobiet, bolesne punkty fibromialgiczne w różnych okolicach ciała.



FDI – pokongresowe reminiscencje

**Lucyna
Krysiak**

Sześć równoległych sesji tematycznych, 141 wykładowców z całego świata, prezentacje, spotkania z ekspertami, warsztaty i kursy praktyczne – to wszystko wydarzyło się na Kongresie FDI w Poznaniu, w którym uczestniczyło 16 tys. osób ze 152 państw.

Odbywający się w dniach 6-10 września w Poznaniu 104. Kongres FDI odbił się szerokim echem w całym medycznym świecie, a jego część naukowa pobiła wszelkie rekordy zarówno jeśli chodzi o liczbę wykładowców, jak i uczestniczących w wykładach lekarzy dentystów. Co równie istotne, aż jedna trzecia wykładów była wygłaszana przez polskich naukowców. Ta bogata oferta naukowa przygotowana wspólnie przez Polski Komitet Naukowy i Światową Federację Dentystyczną złożyła się na wysoki poziom merytoryczny tej imprezy. Dla porównania – podczas FDI 2012 w Hongkongu było 62 wykładowców, a FDI 2015 w Bangkoku skupiło 99 prelegentów. Część naukowa zainteresowała 4 tys. uczestników, a wystawowa ponad 11 tys. osób. Taki jest oficjalny bilans Kongresu FDI, podany przez firmę „Exactus”. W ocenach uczestników była to najlepsza w ostatnich latach edycja tego flagowego wydarzenia Światowej Federacji Dentystycznej.

Poprzeczka powędrowała wysoko

Komentując Kongres, dr Patrick Hescot, prezydent FDI w liście do delegatów Światowego Parlamentu Stomatologicznego wyraził uznanie dla zaangażowania, profesjonalizmu i elastyczności Polaków podczas jego przygotowywania i trwania. Członkowie zagranicznych delegacji gratulowali fantastycznej atmosfery podczas ceremonii otwarcia, wyjątkowego klimatu na Gali Dinner, otwartości i uczynności, a nawet zadbania o takie szczegóły jak bezpłatny transport miejski dla uczestników. Prof. Honorata Shaw, wiceprezydent Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego i Główny Koordynator Kongresu, zwróciła uwagę, że Kongresy FDI przez lata budowały swoją historię, markę i prestiż, dlatego te opinie mają znaczenie na przyszłość. – Przyznając organizację Kon-

gresu Polsce i Poznaniowi, FDI podjęła odważną decyzję, ale jak pokazała praktyka i oceny delegatów, których głos jest tutaj wiążący, jakże słuszną – powiedziała prof. Honorata Shaw. Anna Lella, prezydent Europejskiej Regionalnej Organizacji Światowej Federacji Dentystycznej ERO-FDI, zaznaczyła, że Kongres w Poznaniu w pełni wpisał się w podstawowe cele Światowej Federacji Dentystycznej, czyli edukację lekarzy dentystów na najwyższym poziomie oraz międzynarodową promocję zdrowia jamy ustnej. Za udział w Kongresie każdy mógł zdobyć międzynarodowe punkty edukacyjne, w tym punkty ADA CERP. Były one naliczane w bardzo skrupulatny sposób. W tym celu każdy uczestnik otrzymał swoje elektroniczne konto. Dzięki pomocy elektronicznego systemu przetwarzania danych wiadomo było, który ze słuchaczy i jak długo uczestniczył w konkretnych wykładach i warsztatach. To wszystko przełożyło się na indywidualną punktację. Anna Lella zapewniła, że ten Kongres wniósł wiele świeżości do formuły proponowanej od lat przez FDI i wypromował tę organizację w Europie Środkowej. – Jestem przekonana, że FDI 2016 Poznań będzie punktem odniesienia dla gospodarzy kolejnych edycji – dodała prezydent ERO FDI. Kongresowi towarzyszyła Światowa Wystawa Stomatologiczna, która spinała klamrą wiedzę naukową, teoretyczną z wiedzą praktyczną i zaprezentowanymi na wystawie produktami. Na targach swoje produkty wystawiły 352 firmy, w tym 113 z Polski. To dowód, że podobnie jak w przypadku naukowej części (22 prelegentów), polski udział w Kongresie był wyraźnie zaznaczony.

Dla najbardziej wymagających

Program naukowy Kongresu FDI Poznań 2016 miał charakter międzynarodowy. Z założenia odzwierciedlał spojrzenie na stomatologię z perspektywy wybitnych



specjalistów ze wszystkich kontynentów, uwzględniając warunki życia w różnych regionach świata i potrzeby różnych społeczności. Tematycznie wykłady były więc zróżnicowane. Jak tłumaczyła przewodnicząca Komitetu Naukowego Kongresu, prof. Marzena Dominiak, chodziło o to, aby spełniły oczekiwania nawet najbardziej wymagających słuchaczy. Z jednej strony dotyczyły więc kontroli infekcji, reakcji tkanek na uraz, antybiotykoterapii w leczeniu chorób przyzębia, optymalizacji adhezji i doboru materiałów w CAD/CAM. Z drugiej – interdyscyplinarnego podejścia do leczenia pacjentów z cukrzycą i wykrywania objawów tej choroby w jamie ustnej (Ira Lamster), postępowania z pacjentami chorującymi na cukrzycę i zapalenie przyzębia oraz opracowania wytycznych w tym zakresie (Soren Japsen) czy potrzebę interdyscyplinarnej współpracy we współistniejących z cukrzycą chorobach jamy ustnej (Sehnaz Karadeniz). Pojawiły się też nowe, dotąd rzadko prezentowane tematy wykładów. Prof. Aldo Brugniera z Brazylii przedstawił badania dotyczące fototerapii laserowej w stomatologii, prof. Jean-Christophe Fricain z Francji udzielał wskazówek, w jaki sposób nie przeoczyć złośliwego nowotworu błony śluzowej jamy ustnej, prof. Stephen Williams z Wielkiej Brytanii omówił stosowanie biomechaniki i kontroli tarcia w połączeniu z wykorzystaniem zamków typu twin, a dr Julian Conejo z Kostaryki przedstawił protokół postępowania u pacjentów ze starciem zębów. Jednak największym zainteresowaniem cieszyły się wykłady prof. Reinharda Hickela „Nowe kompozyty typu bulkfill – opłacalne rozwiązanie czy zbyt duże ryzyko?” – 562 osoby, dr Alpdogana Kantarciego „Aktywacja i ustępowanie stanu zapalnego tkanek przyzębia: strategie terapeutyczne oparte na biologii” – 452 osoby i prof. Gila Alcoforado „Niechirurgiczne leczenie periodontologiczne: Zmiana podejścia po 32 latach praktyki” – 446 osób. Wśród tych najbardziej obleganych prelegentów znaleźli się także Polacy – prof. Katarzyna Emerich, dr Jolanta Kostrzewa-Janicka i dr Bartosz Cerkaski. Zainteresowanie budziły tematy związane z dynamicznie rozwijającą się implantologią. Prof. Korkud Demirel podjął się odpowiedzi na nurtujące stomatologów pytanie „Czy występowanie w przeszłości zapalenia przyzębia jest czynnikiem ryzyka peri-implantitis?”, a prof. Liran Levin w swoim wykładzie dywagował nad wyborem „Ząb czy implant: co wolisz?”. Na uwagę zasługują też tematy związane z endodoncją poruszające „Nowe

postępy w opracowaniu mechanicznym w celu kontroli infekcji wewnątrz kanałów” (dr Gilberto Debelian) oraz „Leczenie problemów endodontycznych: nowe podejście i nowe technologie” (dr Jean-Yves Cochet). Wydarzeniem był wykład z chirurgii jamy ustnej dotyczący redukcji powikłań/dolegliwości po zabiegu augmentacji zatoki i nowego, minimalnie inwazyjnego podejścia (dr Hadar Better) oraz wykład pt. „Technologie cyfrowe w chirurgii stomatologicznej” (dr Bernd Stadlinger). Wszystkie wykłady były tłumaczone simultanicznie na język polski.

Kongres wielu aktywności

W jednym z wielu wywiadów udzielanych w czasie trwania Kongresu FDI w Poznaniu prof. Marzena Dominiak powiedziała, że było to wydarzenie szczególne, ponieważ wykłady obejmowały niemal każdą dziedzinę stomatologii, ale też często wychodziły poza stomatologię, co zaznaczało jej przynależność do nauk medycznych. Podejmowane były tematy z zakresu diabetologii, onkologii, kardiologii, które wykazywały związek chorób jamy ustnej z ogólnym stanem zdrowia. Wykładowcy to czołówka światowa w swoich specjalnościach. Poznań był także szczególnie, ponieważ nie tylko zaprezentowano tu dokonania, zademonstrowano nowe technologie w stomatologii, ale wyznaczono kierunki rozwoju, które preferuje się w Europie. Przedstawiono szeroko tematy dotyczące implantologii, innowacyjne zagadnienia obejmujące medycynę regeneracyjną oraz chirurgię szczękowo-twarzową. Po raz pierwszy na forum FDI dyskutowano tak szeroko o laseroterapii w leczeniu stomatologicznym czy o osteointegracji. – To był Kongres wielu aktywności. Oprócz wykładów stworzono możliwość uczestniczenia w warsztatach, prezentacjach, sesjach, co było dla organizatorów logistycznym wyzwaniem, chodziło nam o to, aby każdy znalazł coś dla siebie i wyjechał z Poznania usatysfakcjonowany – podkreśliła prof. Dominiak, dodając, że to było wydarzenie nie tylko dla lekarzy dentystów, ale naukowców innych dziedzin współpracujących ze stomatologią, dla firm produkujących sprzęt i materiały używane w tej branży medycznej, badaczy, a nawet farmaceutów, gdyż niektóre tematy dotyczyły leków stosowanych w stomatologii, a także lekarzy innych specjalności, gdyż kontekst zależności ogólnego stanu zdrowia i jamy ustnej jest dziś niepodważalny. ■



Prof. Zofia Knychalska-Karwan (1922-2016)

28 lipca 2016 r. zmarła prof. dr hab. med. Zofia Knychalska-Karwan, nestorka polskich stomatologów, wybitna lekarz dentysta, uczona, wychowawca wielu pokoleń lekarzy.

Stanisław Majewski

Prof. dr hab.
n. med.,
Instytut
Stomatologii
Uniwersytetu
Jagiellońskiego

Profesor Zofia Knychalska-Karwan pracę w Klinice Stomatologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego rozpoczęła już podczas studiów w 1946 r. jako wolontariuszka i w tym charakterze po formalnym przejściu na emeryturę pracę tę kontynuowała jeszcze ponad 20 lat – dając nam przykład, jak do końca zachować młodość i życiową aktywność. Blisko 70 lat naukowej i dydaktycznej działalności Pani Profesor to okres całej powojennej stomatologii uniwersyteckiej w Polsce, którą współtworzyła.

Należała do pokolenia, które w czasie wojny wiedzę zdobywało na tajnych kompletach, a po jej zakończeniu ofiarne Polskę odbudowywało. Po latach sama tak wspominała tamte czasy i postawy pierwszych absolwentów medycyny: „... byliśmy spragnieni wiedzy, z pasją, ambicją i ogromnym zaangażowaniem oddawaliśmy się pracy, która stanowiła sens naszego życia. Klinikę traktowaliśmy jak dom, a pacjentom, studentom i uczelni poświęcaliśmy wszystkie swoje siły i całą niespożytą energię naszej młodości”. W przypadku Pani Profesor tak było zawsze, bo owa pasja, zaangażowanie i twórcza energia nigdy Jej nie opuściły. Po uzyskaniu wieku emerytalnego nadal twórczo pracowała w Instytucie Stomatologii Uniwersytetu Jagiellońskiego, publikując kilkadziesiąt kolejnych artykułów i kilkanaście podręczników. Była dla nas przykładem życia godnego i aktywnego twórczo. Zawsze udzielała nam wsparcia.

Urodziła się w 1922 r. w Kaliszu, po ukończeniu pierwszego roku liceum ogólnokształcącego kontynuowała naukę w Krakowie. Pracując w Klinice Stomatologicznej UJ, jednocześnie studiowała na kierunku wychowania fizycznego. Zaledwie rok po uzyskaniu dyplomu lekarza otrzymała drugi dyplom – magistra WF. O wszechstronności zawodowej Pani Profesor świadczą też uzyskiwane specjalizacje w następujących dziedzinach: stomatologii ogólnej, medycyny sportowej, stomatologii zachowawczej, stomatologii dziecięcej i periodontologii. Wykorzystując swoje kwalifikacje i zainteresowania, Pani Profesor

równocześnie z zatrudnieniem w uczelni pracowała dodatkowo jako lekarz ogólny w Wojewódzkiej Poradni Sportowo-Lekarskiej w Krakowie i jako konsultant w Wojewódzkiej Przychodni Stomatologicznej. Angażowała się również w działalność organizacyjną na rzecz uczelni oraz na szczeblu ogólnokrajowym w redakcjach czasopism i zarządach towarzystw naukowych. Na wykładach i wystąpieniach konferencyjnych podziwialiśmy Jej erudycję, a także precyzję wypowiedzi formułowanych znakomitą polszczyzną i jakże charakterystycznym dobitnym głosem.

Jej naukowa aktywność przejawiała się również w czynnym udziale w międzynarodowych konferencjach, gdzie promowała osiągnięcia polskiej stomatologii poza granicami kraju. Opublikowała wiele książkowych opracowań, o niepowtarzalnej wartości dydaktycznej, łącząc tematykę lekarską, w tym stomatologiczną i sportową. Pod kierunkiem Pani Profesor wielu lekarzy uzyskało doktoraty i specjalizacje, a niezliczona rzesza pracowników krajowych uczelni medycznych korzystała z Jej bezinteresownej pomocy w realizacji projektów badawczych oraz wsparcia w ocenach do akademickiego awansu.

Była członkiem naukowych towarzystw międzynarodowych: International Association of Dentistry for Children, Academy Pierre Fauchard, International Association of Oral Pathologists. Za wybitne osiągnięcia otrzymała wiele odznaczeń, m.in. Złoty Krzyż Zasługi, Krzyż Kawalerski Orderu Odrodzenia Polski, Medal Komisji Edukacji Narodowej, Medal 200-lecia nauczania Stomatologii w Uniwersytecie Jagiellońskim. Akademia Pierre Faucharda Sekcji Polskiej, gdy ustanowiła nagrodę im. prof. Zbigniewa Jańczuka za zasługi dla stomatologii polskiej wręczała dla jednego laureata w roku, pierwszą przyznała w 2014 r. właśnie Pani prof. dr hab. Zofii Knychalskiej-Karwan z Krakowa.

Naukowe i dydaktyczne osiągnięcia sytuują Panią Profesor w czołówce osób, które przechodzą do historii jako liderzy polskiej stomatologii okresu powojennego. ■

Mój dom to moja twierdza – czyli jak zabezpieczyć się przed zalaniem, przepięciem lub kradzieżą

**Jacek
Bajak**

Dyrektor Biura
Odszkodowań,
TU INTER Polska S.A.

W kronice przypadków medycznych opisujemy różne sytuacje w życiu lekarza, które powodują lub mogą powodować tak zwane szkody (skutkują wypłatą odszkodowania). Najczęściej są to szkody związane z błędami lekarskimi lub zdarzeniami niepożądanymi. Tym razem przygotowaliśmy inny przypadek, który nie dotyczy samego procesu leczenia, ale ma z nim bezpośredni związek – zniszczenie sprzętu medycznego. Z doświadczeń naszego zespołu szkodowego sytuacje takie jak opisana poniżej są częste i coraz bardziej dotkliwe ze względu na coraz nowocześniejszy sprzęt będący wyposażeniem gabinetów lekarskich.

Doktor P. mieszka w szeregowym domu w jednym z dużych miast i prowadzi prywatną praktykę lekarską. Na parterze budynku ma gabinet ginekologiczny wyposażony w nowoczesny aparat USG, komputer oraz inne sprzęty typowe dla swojej specjalizacji. W czerwcu 2016 r., wskutek przepięcia w sieci energetycznej związanego z wyładowaniami atmosferycznymi, uszkodzeniu uległ praktycznie cały sprzęt RTV, w tym telewizor, lodówka i router w domowej sieci internetowej. Koszt usterek po ocenie przez serwis RTV zamknął się kwotą 3 500 PLN. Prawdziwe nieszczęście czekało na Doktora P. w gabinecie, gdzie jak się okazało, uszkodzeniu uległ aparat USG, bez którego trudno sobie wyobrazić pracę gabinetu. Wezwany serwis oszacował koszt naprawy urządzenia na około 37 000 PLN.

Gwałtowne wiatry i burze, które coraz częściej dotyczą terytorium Polski, wiosną i latem wywołują wiele szkód takich jak zalania, podważenia fragmentów dachu, oberwania rynien i inne uszkodzenia budynków. Szkody powstają także w wyniku przepięć i wywołanych w konsekwencji uszkodzeń sprzętu elektronicznego.

Takie zniszczenia, jakkolwiek dotkliwe dla poszkodowanych, są standardowymi i łatwymi do rozliczenia dla ubezpieczyciela szkodami. Przyzwoity produkt ubezpieczeniowy ma w zakresie szkody wywołane przepięciami i obejmuje mienie prywatne, a nawet służbowe, które często pracownicy mają w domu (np. komputery czy telefony).

W opisywanym powyżej przypadku lekarz posiadał polisę mieszkaniową INTER LOKUM, która pokryła koszty naprawy i zakupu urządzeń, które uległy zniszczeniu i nie ma możliwości ich naprawy.

INTER Lokum jest produktem dedykowanym przedstawicielom branży medycznej, dając znacznie wyższy poziom zabezpieczenia. Możemy rozszerzyć zakres ochrony tak by, poza mieniem prywatnym, objąć ochroną także wyposażenie przydomowego gabinetu lekarskiego bez konieczności wykupowania specjalnego ubezpieczenia majątku firmy. INTER oferuje dwa sposoby zawarcia polisy: w formie ubezpieczenia od zdarzeń nazwanych (np. pożar, kradzież, zalanie) lub w szerokim zakresie według formuły od wszystkich ryzyk (również od nietypowych zdarzeń, np. upadek, przewrócenie się itp.). Wyposażenie gabinetu, w tym znajdujący się tam sprzęt medyczny, może być ubezpieczony po wykupieniu specjalnej klauzuli. Sprzęt ubezpieczony jest według wartości odtworzeniowej. Ten dedykowany branży medycznej pakiet zawiera także ubezpieczenie torby medycznej od kradzieży, pożaru czy rabunku na terenie całej Polski.

Dodatkowo osobom wykonującym zawód medyczny proponujemy wyjątkowe na polskim rynku ubezpieczenie agresji pacjenta, będące odpowiedzią na niebezpieczne sytuacje w kontakcie z pacjentem lub jego rodziną. Ubezpieczenie przewiduje wypłatę jednorazowego świadczenia, którego wysokość zależy od następstw fizycznej napaści. Niezależnie wypłacane jest jednorazowe świadczenie w wysokości 1000 PLN tytułem rekompensaty za samą stresującą sytuację. Ubezpieczenie to pokryje także szkody w przedmiotach osobistych, takich jak okulary, telefon lub zerwany łańcuszek.



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



**Małgorzata
Serwach**

Doktor prawa,
Uniwersytet Łódzki,
Uniwersytet
Medyczny w Łodzi



Leki dla seniorów 75+

Uprawnienie do bezpłatnych leków dla seniorów zostało wprowadzone nowelizacją ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2016, poz. 652) oraz w oparciu o wydane na jej podstawie odpowiednie przepisy wykonawcze.

Zgłoszony już wiele miesięcy temu projekt przyznaje, z dniem 1 września 2016 r., pacjentom, którzy spełniają określone wymogi, prawo do uzyskania bezpłatnych leków. Uprawnienie to zostało jednak pośrednio ograniczone określeniem podmiotu, który ma uprawnienie do wystawienia stosownej recepty. Dodatkowo, świadczeniobiorcom po ukończeniu 75. roku życia przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne, określonym w odrębnym wykazie, nazywanym powszechnie listą „S”. Podstawowe zasady ordynowania bezpłatnych leków dla seniorów 75+ wskazują ponadto na wprowadzenie dwóch warunków o charakterze podmiotowym.

Po pierwsze, senior musi posiadać status świadczeniobiorcy. W konsekwencji, omawiane uprawnienie nie będzie przysługiwało osobom przebywającym za granicą, które mają wprawdzie prawo do określonego rodzaju świadczeń, ale na podstawie przepisów o koordynacji w oparciu o kartę EKUZ.

Po drugie, senior musi mieć ukończony 75. rok życia, przy czym decyduje data urodzenia, a nie sam rok kalendarzowy. Lekarz, który wystawia receptę, powinien zatem znać numer PESEL takiej osoby, a w przypadku jej braku wpisać dane z dokumentu potwierdzającego tożsamość.

Aby recepta mogła być opatrzona kodem „S”, nie tylko powinna być wydana na rzecz uprawnionej osoby, ale też (a może nawet przede wszystkim) przez uprawnionego lekarza. Nie wystarczy w tym zakresie ani prawo wykonywania zawodu, ani nawet status lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Uprawnienie do wydawania recept seniorom 75+ przyznano trzem kategoriom podmiotów:

- lekarzowi podstawowej opieki zdrowotnej,
- pielęgniarce podstawowej opieki zdrowotnej,
- lekarzowi posiadającemu prawo wykonywania zawodu, który jednak zaprzestał jego wykonywania i wystawił receptę dla siebie (pro auctore) lub określonego członka swojej rodziny (pro familia). W tym ostatnim przypadku chodzi o małżonka, wstępnych, zstępnych w linii prostej oraz rodzeństwo.

Powołane podmioty muszą być świadczeniodawcami POZ, czyli w praktyce mają zawartą umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych lub też wykonują zawód u takiego świadczeniodawcy POZ.

Warto w tym miejscu przypomnieć, że lekarzem POZ może być osoba, która posiada określonego rodzaju uprawnienia formalne, potwierdzone odpowiednimi dokumentami. Mianowicie: posiada tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej, odbyła szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie

medycyny rodzinnej, posiada specjalizację I lub II stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej, posiada specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych, w końcu – posiada specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii. W tym ostatnim przypadku, ze względu na charakter pacjentów, ograniczona wydaje się możliwość wydawania recepty senior 75+. Dodatkowo, zgodnie z przepisami ustawy z 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (art. 14), lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest także lekarz udzielający nieprzerwanie przez okres co najmniej 10 lat przed dniem wejścia w życie powołanej ustawy (14 września 2007 r.) świadczenia z tego zakresu oraz lekarz, który wprawdzie nie posiada wymaganego okresu, ale udziela takich świadczeń na podstawie odpowiedniego kontraktu z NFZ do dnia 31 grudnia 2017 r. W konsekwencji należy przyjąć, że uprawnienie do wydawania recepty z kodem „S” posiadają lekarze spełniający w/w kryteria, będący świadczeniodawcami w odniesieniu do świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, udzielanych na podstawie kontraktu z NFZ lub wykonujący zawód u świadczeniodawcy POZ. Nie mają takiego prawa lekarze, którzy nie spełniają ustawowych kryteriów, w szczególności specjaliści z innych dziedzin medycyny lub lekarze wykonujący prywatną działalność. Powoduje to zróżnicowanie sytuacji prawnej seniorów w zależności od tego, czy leczą się „prywatnie” czy „publicznie”. Przede wszystkim jednak pacjent nie może uzyskać recepty z kodem „S” w trakcie wizyty u lekarza specjalisty ani też nie może otrzymać takiej recepty wraz z kartą informacyjną z leczenia szpitalnego. Jak się wydaje, będą oni musieli odbyć odrębną wizytę u lekarza POZ, aby receptę na bezpłatne leki w takiej sytuacji otrzymać. W wielu przypadkach nie tylko nie ograniczy to kolejek do specjalistów, ale spowoduje możliwość powstania „podwójnych” kolejek. Uprawnienia do wydawania recepty opatrzonej kodem „S” nie mają także lekarze „bez specjalizacji”, którzy jedynie wspomagają działalność danego świadczeniodawcy POZ.

Określonego rodzaju zastrzeżenia budzą także dalsze zagadnienia związane z możliwością:

- 1) wydania recepty opatrzonej kodem „S” jedynie „swoim pacjentom”, którzy złożyli deklarację wyboru lub przeciwnie – wszystkim pacjentom spełniającym kryteria seniora 75+,
- 2) wydawania recept w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

W/w wątpliwości zgłaszane są przez środowisko lekarskie w związku ze stanowiskiem Ministra Zdrowia wydanym w komunikacie z 17 sierpnia 2016 r. w sprawie zasad wystawiania i realizacji recept na bezpłatne leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne przysługujące świadczeniorcom, którzy ukończyli 75. rok życia. Według

ministerstwa przyznane lekarzom uprawnienie do wydawania recepty oznaczonej kodem „S” nie przysługuje w odniesieniu do pacjentów nieprzepisanych do ich tzw. listy aktywnej (wynikającej ze złożonych deklaracji wyboru). Sytuacja tego typu może mieć duże znaczenie praktyczne, gdy senior wymaga zaordynowania leków w czasie pobytu poza swoim miejscem zamieszkania, a w czasie wakacji, gdy przebywa w innym rejonie kraju, w związku z pobytem w sanatorium lub innej placówce o podobnym charakterze. Wyjątek w tej mierze mają stanowić dwie sytuacje szczególne: dające możliwość wystawienia recepty dla pacjenta „zapisanego” do innego lekarza tego samego świadczeniodawcy POZ oraz w sytuacji tzw. zastępstwa, gdy dany podmiot udziela świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej „za” nieobecnego lekarza. Nie ma znaczenia prawne, czy nieobecność ta została podyktowana chorobą lekarza, jego urlopem czy inną okolicznością.

Jeszcze więcej wątpliwości budzi pytanie o możliwość wystawienia recepty z kodem „S” w trakcie nocnej lub świątecznej opieki zdrowotnej. Według powołanego stanowiska Ministerstwa Zdrowia, w takim przypadku uprawnienie to nie przysługuje. Natomiast w nauce prawa medycznego zgłoszony został pogląd przeciwny, przy czym różnica wynika z odmiennej interpretacji nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej oraz pojęcia świadczeniodawcy, z którym NFZ zawarł tego rodzaju umowę.

Dokonując analizy wprowadzonych rozwiązań prawnych oraz zgłoszonych stanowisk, ma się wrażenie, że w omawianym projekcie, słusznym co do zasady, uprawnienia oraz sytuacja prawna seniorów 75+ schodzą na dalszy plan. Podstawowe znaczenie ma bowiem nie to, komu prawo do bezpłatnych leków zostało przyznane, ale to, kto może wypisywać recepty opatrzone kodem „S”. Udzielenie precyzyjnej odpowiedzi na opisane pytania ma zresztą nie tylko znaczenie dla samych seniorów. Trzeba bowiem pamiętać o potencjalnej odpowiedzialności prawnej lekarza zarówno za wystawienie recepty refundowanej w sposób sprzeczny z obowiązującymi zasadami oraz przepisami, jak i za nieuzasadnioną odmowę wystawienia takiej recepty osobie uprawnionej. ■

*Elu, jesteśmy z Tobą w tych trudnych chwilach.
Twoja Mama jest już wolna od ciężaru cierpienia.*

Elżbiecie Tarczyńskiej
z powodu

śmierci Mamy

szczerze kondolencje

składają

koleżanki i koledzy z redakcji „Gazety Lekarskiej”
oraz członkowie Kolegium Redakcyjnego.

Marta
Jakubiak

Błędy i prokuratura

Od 15 kwietnia 2016 r. nowe rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości (Regulamin wewnętrznego urzędowania powszechnych jednostek organizacyjnych prokuratury) daje możliwość tworzenia odrębnych komórek organizacyjnych zajmujących się sprawami karnymi związanymi z błędami lekarskimi. Zapytaliśmy Prokuraturę Generalną, po co i dlaczego wprowadzono taki kontrowersyjny przepis, dlaczego tworzone są takie jednostki?

Zgodnie z nowymi rozwiązaniami w prokuraturach regionalnych mogą być utworzone działy zajmujące się prowadzeniem i nadzorowaniem spraw dotyczących błędów medycznych, których skutkiem jest śmierć pacjenta (§ 27 ust. 2 pkt 1 Regulaminu). Natomiast na poziomie prokuratur okręgowych mogą być utworzone działy do prowadzenia i nadzorowania wspomnianych spraw, których skutkiem jest ciężkie uszkodzenie ciała człowieka (§ 29 ust. 2 pkt 1). Ponadto jeżeli w prokuraturze regionalnej lub okręgowej nie zostały one utworzone, prokurator regionalny lub okręgowy może powierzyć prowadzenie i nadzorowanie tych spraw jednemu lub kilku prokuratorom. – W oparciu o te przepisy Samodzielne Działy do Spraw Błędów Medycznych zostały utworzone w prokuraturach regionalnych w: Warszawie, Katowicach, Krakowie i Lublinie, a w prokuraturach regionalnych w Łodzi, Gdańsku, Szczecinie, Wrocławiu, Rzeszowie, Białymstoku i Poznaniu sprawami związanymi z błędami lekarskimi będą zajmować się koordynatorzy – wyjaśnia prokurator Maciej Kujawski z Biura Prasowego Prokuratury Krajowej.

Ponadto Prokurator Krajowy zarządzeniem z 29 kwietnia 2016 r. w sprawie określenia struktury organizacyjnej Prokuratury Krajowej wprowadził w strukturach Departamentu Postępowania Przygotowawczego Prokuratury Krajowej Koordynatora ds. Błędów Medycznych, którego zadaniem ma być koordynowanie postępowań przygotowawczych dotyczących błędów medycznych prowadzonych lub nadzorowanych w podległych jednostkach prokuratury. – Konieczność utworzenia takich wyspecjalizowanych komórek organizacyjnych lub stanowisk prokuratorskich wynikała z faktu, że postępowania w tej kategorii spraw są zazwyczaj skomplikowane – zarówno dowodowo, jak i organizacyjnie. Dotyczą osób dotkniętych głęboką traumą związaną ze śmiercią lub ciężkim uszczerbkiem na zdrowiu osoby najbliższej. Rodzi to częste zarzuty w aspekcie bezstronności prowadzących te postępowania prokuratorów. Przez ten pryzmat oceniane jest każde uchybienie procesowe czy opóźnienie czynności. Są to równocześnie sprawy o bardzo dużej doniosłości społecznej – wyjaśnia prokurator Kujawski i dodaje, że ocena dotychczasowej praktyki prowadze-

nia tych spraw w skali kraju wskazuje na bardzo zróżnicowany poziom merytoryczny oraz przelekłość postępowań.

Statystyki

Przeprowadzona jeszcze w Prokuraturze Generalnej analiza praktyki prokuratorskiej w zakresie prowadzenia postępowań przygotowawczych dotyczących tzw. błędów medycznych wykazała, że w 60 proc. badanych spraw postanowienie o umorzeniu postępowania było niezasadne. Dlaczego i na jakiej podstawie uznano je za dotknięte wadami? – Wydane były bez należytego wyjaśnienia istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy okoliczności i bez przeprowadzenia wszystkich niezbędnych dowodów mających na celu wszechstronne wyjaśnienie okoliczności czynu, który był przedmiotem postępowania – informuje Maciej Kujawski. – Ujawnione nieprawidłowości polegały w szczególności na brakach w zakresie materiału dowodowego, utrudniających lub wręcz uniemożliwiających prawidłową prawną ocenę czynu, przyjmowaniu błędnych albo niepełnych kwalifikacji prawnych oraz wadliwej konstrukcji opisów czynu będącego przedmiotem postępowania, które nie zawierały prawidłowego określenia znamion przestępstwa – wyjaśnia.

W 2015 r. w jednostkach organizacyjnych prokuratury na terenie całego kraju prowadzono łącznie 3394 postępowania o przestępstwa narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu przez lekarza będącego gwarantem bezpieczeństwa osoby zagrożonej ze skutkiem w postaci zgonu pacjenta albo spowodowania u niego ciężkiego uszkodzenia ciała (sprawy dotyczące błędów medycznych). Tylko w 2015 r. wszczęto 1772 takie postępowania. – Należy podkreślić, że sprawy dotyczące błędów medycznych są inicjowane przede wszystkim zawiadomieniami osób pokrzywdzonych, a w niewielkim procencie zawiadomieniami lekarzy ze szpitali – zauważa prokurator Kujawski. – Spośród spraw dotyczących błędów medycznych zakończonych w 2015 r. tylko 4 proc. z nich zakończono skierowaniem aktu oskarżenia lub wniosku o ukaranie w trybie art. 335 § 1 k.p.k. – informuje. Podkreśla, że wnioski wynikające z przeprowadzonej analizy oraz danych statystycznych z 2015 r. dotyczących spraw o błędy medyczne wskazują na potrzebę koordynowania tych postępowań na szczeblu Prokuratury Krajowej, przeniesienie ich prowadzenia

do jednostek prokuratur wyższego szczebla oraz specjalizację prokuratorów w tych sprawach. Nowa struktura organizacyjna prokuratury w tym zakresie pozwoli na wyspecjalizowanie się prokuratorów zajmujących się tą kategorią spraw, a w konsekwencji marginalizację niepokojących zjawisk.

Dla podniesienia poziomu

Prokuratorzy regionalni zostali zobowiązani do bieżącego informowania Prokuratury Krajowej o najpoważniejszych toczących się w podległych im jednostkach organizacyjnych prokuratury postępowaniach, wszczętych w związku z podejrzeniem popełnienia takiego przestępstwa wraz z dołączeniem kopii postanowienia o wszczęciu postępowania przygotowawczego, a w wypadku ich zakończenia – przesłaniem decyzji kończącej postępowanie. – Prokuratorom zwrócona zostanie uwaga, iż sprawy tego rodzaju powinny podlegać szczególnie wnikliwemu nadzorowi służbowemu kierownika jednostki – informuje Maciej Kujawski.

Według Prokuratury Krajowej prowadzenie i nadzorowanie najpoważniejszych postępowań przygotowawczych dotyczących błędów medycznych przez doświadczonych prokuratorów z prokuratur regionalnych i okręgowych, przeszkolonych w zakresie metodyki ich prowadzenia, powinno wpłynąć na podniesienie poziomu merytorycznego tych spraw. Jednocześnie dodaje, że terminowość dokonywanych czynności procesowych w toku postępowań przygotowawczych w tej kategorii spraw do czasu konieczności dopuszczenia dowodu z opinii biegłego nie budzi zastrzeżeń. W jej ocenie długość tego typu spraw wynika głównie z oczekiwania na opinię powołanego w sprawie biegłego, a właściwie zespołu biegłych z katedry i zakładu medycyny sądowej. – W większości przypadków w celu ustalenia zakładu medycyny sądowej, który podejmie się wydania opinii sądowo-lekarskiej, prokurator prowadzący postępowanie przygotowawcze kieruje zapytanie do wszystkich ośrodków naukowo-badawczych – katedr i zakładów medycyny sądowej w ośrodkach akademickich w kraju. Bardzo często prokuratorzy spotykają się z odmową wydania opinii sądowo-lekarskiej przez zespoły biegłych. Informacje zakładów medycyny sądowej o braku możliwości podjęcia się wydania opinii w sprawie o błędy medyczne uzasadniane są najczęściej obciążeniem analogicznymi sprawami (wymagającymi interdyscyplinarnej zespołowej opinii biegłych o najwyższych kwalifikacjach), brakiem biegłych o konkretnych specjalizacjach i brakiem możliwości współpracy ze specjalistami klinicystami, niezbędnymi do wydania opinii – wymienia prokurator Kujawski. I dodaje, że utworzenie Samodzielnych Działów do Spraw Błędów Medycznych nie jest nowym rodzajem odpowiedzialności, a w komórkach tych będzie ustalana ewentualna odpowiedzialność karna.

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej, Maciej Hamankiewicz, wielokrotnie wypowiadał się krytycznie o tworzeniu takich działów.

Dla dobra pacjentów

A jaki był powód zmiany kodeksu postępowania karnego i ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta oraz ustawy o zawodach lekarza i lekarza denty, by nowela zniosła obowiązek zachowania tajemnicy lekarskiej po śmierci pacjenta? Jaki cel przyświecał ustawodawcy? – W poprzednim stanie prawnym zakres tajemnicy lekarskiej był ujęty zbyt szeroko, uniemożliwiając często osobom najbliższym wobec zmarłego pacjenta dochodzenie roszczeń lub odpowiedzialności wobec osób, które mogły przyczynić się do śmierci pacjenta – informuje Wioletta Olszewska z Wydziału Komunikacji Społecznej i Promocji Ministerstwa Sprawiedliwości. I dodaje, że ujawnienie obiektywnych przyczyn śmierci pacjenta może również leżeć w interesie społecznym. – Pozwoli to osobom najbliższym na poznanie całości kształtu okoliczności związanych ze stanem zdrowia pacjenta i może poprzedzać decyzję o ewentualnym skorzystaniu z przysługujących im środków prawnych. W efekcie w wielu przypadkach może to również spowodować uniknięcie konieczności wszczęcia niepotrzebnego postępowania, gdyż już samo poznanie prawdy o okolicznościach śmierci pacjenta będzie wystarczające dla osób najbliższych. Dysponentem tej tajemnicy po śmierci pacjenta powinny być osoby najbliższe zmarłemu, które łączył z nim węzeł szczególnego zaufania, tak aby nie zostały naruszone w sposób nieuzasadniony dobra osobiste zmarłego. Osobom bliskim przysługuje również prawo sprzeciwu wobec zwolnienia z tajemnicy w sytuacji, w której uznają one, że ujawnienie informacji nią objętych będzie stanowiło nieproporcjonalne i nieuzasadnione naruszenie dóbr osobistych. Wówczas do zachowania tajemnicy lekarskiej wystarczający jest sprzeciw choćby jednej z osób bliskich określonych w ustawie, mimo że pozostałe osoby bliskie mogą wyrażać zgodę na ujawnienie informacji – informuje, podkreślając jednocześnie, że nie bez znaczenia dla wprowadzonej zmiany była też konieczność dostosowania prawa Rzeczypospolitej Polskiej do rozwiązań przyjętych w innych krajach europejskich, tj. we Francji, Belgii, Holandii, Austrii, Szwajcarii, które osobom spokrewnionym z pacjentem zapewniają dostęp do dokumentacji medycznej po jego śmierci.

Naczelną Radę Lekarską skieruje do Trybunału Konstytucyjnego sprawę wprowadzenia przez Ministra Sprawiedliwości zmian kilku ustaw, w tym ustawy o zawodach lekarza i lekarza denty, jako niezgodnych z Konstytucją RP, m.in. w zakresie obowiązku ujawnienia na żądanie osoby bliskiej zmarłego informacji objętych tajemnicą lekarską. Ponadto środowisko prawnicze wskazuje na wiele wątpliwości, które rodzą nowe przepisy dotyczące tajemnicy lekarskiej, od wątpliwości natury konstytucyjnej, po praktyczne związane z ustalaniem przez lekarzy, komu tak naprawdę informacji mogą zgodzić z prawem udzielać.

Jakie orzeczenie zapadnie w Trybunale Konstytucyjnym? Jak Samodzielne Działy do Spraw Błędów Medycznych poprawią skuteczność działania wymiaru sprawiedliwości? Czas pokaże. ■

Ponad 200 osób z 21 okręgowych izb lekarskich z całego kraju wzięło udział w warsztatach okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej i okręgowych sądów lekarskich z udziałem przedstawicieli środowiska prawniczego. Przez trzy dni w Szczyrku dyskutowali o odpowiedzialności zawodowej lekarzy.

O godność i komfort

Z dr n. med. **Aleksandrą Ciałkowską-Rysz**, prezesem Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej, rozmawia **Lucyna Krysiak**.



Żyjemy coraz dłużej, a to oznacza nowe wyzwania. Czy również dla medycyny paliatywnej?

Wydłużenie życia wynika ze starzenia się społeczeństwa i jest efektem postępu dokonującego się w terapii wielu chorób, w tym nowotworów. Choroby do niedawna nieuleczalne stają się coraz częściej chorobami przewlekłymi. Towarzyszące im ból i inne objawy wymagają jednak ciągłej kontroli. Zapotrzebowanie na opiekę paliatywną także w Polsce będzie więc rosło, a okres kiedy pacjent będzie wymagał leczenia objawowego, stanie się dłuższy. Wzrośnie liczba chorób kwalifikujących się do objęcia opieką paliatywną i medycyna paliatywna jako specjalizacja zaznaczy tutaj swoje miejsce. Jest to młoda, ale dynamicznie rozwijająca się specjalizacja, która ma przyszłość.

Jakie są nakłady finansowe na opiekę paliatywną i hospicyjną, czy zabezpieczają potrzeby?

Od lat są rażąco niskie, szczególnie trudna sytuacja jest w opiece stacjonarnej, czyli oddziałach medycyny paliatywnej i hospicjach stacjonarnych. Dienne stawki to średnio 220 zł i są znacznie niższe, niż określają to taryfy świadczeń opracowane przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji dla opieki paliatywnej i hospicyjnej. Jest więc znaczna dysproporcja pomiędzy rzeczywistymi wydatkami ponoszonymi przez te placówki, a stawkami kontraktowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Badania farmakoekonomiczne przeprowadzone w 2012 r. w oddziałach stacjonarnych

w pięciu wiodących jednostkach opieki paliatywnej na zlecenie Ministra Zdrowia wykazały, że NFZ pokrywał jedynie 60 proc. ponoszonych przez nie kosztów. Ich sytuację dodatkowo pogarsza brak refundacji za świadczenia wykonane ponad limit umowy. Pomimo wsparcia organizacji pozarządowych wiele jednostek opieki paliatywnej znalazła się na progu bankructwa.

Od lat mówi się o tym, że opieka paliatywna i hospicyjna jest niedoinwestowana i powinno się odejść od limitów. Czy są na to realne szanse?

Zgodnie z pakietem onkologicznym, pacjenci nie kwalifikujący się do leczenia przyczynowego są kierowani do opieki paliatywnej, jednak w związku z limitowaniem świadczeń i niedoszacowaniem dziennych stawek, tego rodzaju opieki nie otrzymują w odpowiednim czasie lub są jej pozbawieni. W większości województw tworzą się długie kolejki oczekujących na tego rodzaju świadczenia, co jest niedopuszczalne. Polskie Towarzystwo Medycyny Paliatywnej od wielu lat informuje o trudnej sytuacji kolejnych ministrów zdrowia, Komisję Zdrowia Sejmu RP, prezesa NFZ i innych decydentów, postulując o urealnienie wyceny świadczeń w opiece paliatywnej, umożliwienie sumowania procedur oraz zniesienie limitów w opiece ambulatoryjnej, domowej i stacjonarnej. Rozwój medycyny i wiedza pozwala nam skutecznie złagodzić cierpienia pacjentów, zapewnić im godność i komfort na każdym, również końcowym etapie choroby. Zabezpieczenie ich potrzeb powinno być priorytetem. Resort zdrowia wielokrotnie deklarował odejście od limitów, jednak do tej pory w tej sprawie nic się nie zmieniło.

Jakie są kwalifikacje do leczenia paliatywnego?

Zgodnie z rozporządzeniem MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej do tego rodzaju leczenia kwalifikuje się osoby z rozpoznaniem choroby nowotworowej (ICD-C oraz D) niezależnie od jej zaawansowania – jeśli konieczne jest leczenie objawowe (90 proc. pacjentów). Opieką paliatywną mogą być też objęte osoby w zaawansowanych stadiach innych schorzeń – ICD 10-G (następstwa chorób zapalnych układu nerwowego, układowe zaniki pierwotne OUN, choroby demielinizacyjne OUN), z ICD-B – choroby wywołane przez wirus HIV, z ICD-L – owrzodzenia odleżynowe oraz stadia schyłkowe kardiomiopatii (ICD-I) i przewlekłej niewydolności oddechowej (ICD-J). W grupie pacjentów do 18 lat, zgodnie z kodami ICD-10, lista schorzeń jest szersza i obejmuje oprócz nowotworów, wady rozwojowe wrodzone,

zniekształcenia i aberracje chromosomowe, uszkodzenia okołoporodowe, zaburzenia metaboliczne, choroby układu nerwowego i inne. Kwalifikacji dokonuje lekarz z jednostki opieki paliatywnej na podstawie oceny stanu klinicznego oraz rozpoznania zgodnego z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób ICD-10. Są jednak pacjenci w końcowych stadiach nieuleczalnych chorób nie objętych listą i tym samym pozbawieni opieki paliatywnej – z zaawansowaną niewydolnością nerek lub wątroby lub w skrajnych stadiach chorób tkanek łącznej. PTMP stoi na stanowisku, że lepszy byłby system oparty nie na rozpoznaniu, lecz na potrzebach. Oznacza to, że do opieki paliatywnej powinni kwalifikować się cierpiący na postępujące, zagrażające życiu choroby, jeśli wymagają leczenia objawowego, niezależnie od rozpoznania.

Wielu chorych umiera zanim trafi do opieki paliatywnej...

Badania Europejskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej łączące dane porównawcze z 52 krajów potwierdzają, że opieka paliatywna nie zabezpiecza potrzeb mieszkańców Europy, choć w Polsce opieka paliatywna należy do najlepiej rozwijających się. Zawdzięczamy to dobrze wyszkolonej kadrze lekarskiej i pielęgniarskiej oraz dużej liczbie hospicjów domowych, będących podstawową jednostką organizacyjną opieki paliatywnej. Nie przekłada się to jednak na dostępność, gdyż większość hospicjów domowych posiada niewystarczające kontrakty (czyli sprawuje opiekę nad małą liczbą chorych). Brakuje jednostek stacjonarnych oraz poradni medycyny paliatywnej. W Wielkiej Brytanii czy Irlandii dostępność do opieki paliatywnej jest znacznie lepsza. Są jednak państwa, w których sam termin „opieka paliatywna” jest nieznany. Jest więc wiele do zrobienia zarówno w krajach mniej, jak i bardziej rozwiniętych. W Polsce poprawa wyceny świadczeń oraz kontraktowanie liczby świadczeń adekwatnych do potrzeb powinno zdecydowanie poprawić sytuację. Mała liczba jednostek stacjonarnych oraz poradni wynika z faktu, że są one deficytowe.

Czy mamy wystarczającą liczbę specjalistów medycyny paliatywnej?

Opieka paliatywna oparta jest na zespołowym podejściu do pacjenta i jego rodziny. W skład interdyscyplinarnego zespołu wchodzi: lekarz, pielęgniarka i, w zależności od potrzeb, psycholog, pracownik socjalny, fizjoterapeuta, kapelan oraz wolontariusze. Lekarz jest kierownikiem zespołu i odpowiada za jego funkcjonowanie. Około 400 lekarzy posiada specjalizację z medycyny paliatywnej. Z powodu niedofinansowania i niskich wynagrodzeń nie możemy konkurować z innymi specjalizacjami. Medycyna paliatywna należy do specjalizacji szczegółowych, więc każdy specjalista w tej dziedzinie posiada już specjalizację podstawową i często swoje życie zawodowe dzieli pomiędzy nimi. W jednostkach opieki paliatywnej pracują lekarze z różnymi specjalizacjami, a w opiece domowej także młodzi lekarze w trakcie specjalizacji. Lekarze bez specjalizacji zobowiązani są przejść specjalne szkolenia z leczenia bólu i innych objawów somatycznych, a także komu-

nikacji z pacjentem oraz zagadnień psychologicznych. Zdecydowana większość pracujących w hospicjach to ludzie mający poczucie wypełnianiej misji.

Jak w Polsce pojmuje się opiekę paliatywną?

Zgodnie z definicją WHO opieka paliatywna to specjalistyczne postępowanie objawowe, ze szczególnym uwzględnieniem kontroli bólu i innych objawów somatycznych oraz holistycznym podejściem, wsparciem psychologicznym, socjalnym i duchowym. Medycyna paliatywna zajmuje się diagnostyką, zapobieganiem i leczeniem objawów towarzyszących postępującym, zagrażającym życiu chorobom. Świadczenia są w Polsce gwarantowane, muszą być realizowane w warunkach określonych rozporządzeniem MZ i udzielane przez personel medyczny posiadający odpowiednie kwalifikacje. Jednak w różnych środowiskach, także medycznym, opiekę paliatywną traktuje się jako opiekę końca życia, a jest to jedynie jej element. Hospicja zaś często mylone są z ośrodkami opieki długoterminowej czy geriatrii.

Jaki wpływ ma PTMP na kształtowanie opieki paliatywnej i hospicyjnej w Polsce?

W Polsce opieka paliatywna rozwinęła się z ruchu społecznego. Na początku brak było jakichkolwiek standardów organizacyjnych oraz medycznych. Polskie Towarzystwo Medycyny Paliatywnej prowadzi działania na rzecz ich wypracowania. Reprezentuje środowisko medycyny paliatywnej w rozmowach z decydentami. Corocznie organizuje wiele konferencji i spotkań naukowych, od 2009 r. patronuje wydawaniu czasopisma „Medycyna Paliatywna”, które przyjęło do bazy ESCI (Emerging Sources Citation Index). Stara się, aby kwartalnik docierał do wszystkich jednostek opieki paliatywnej i był nie tylko źródłem wiedzy medycznej, ale forum dla dyskusji na temat rozwoju tej dziedziny.

Jednym z problemów polskiej medycyny jest niewystarczające leczenie bólu.

Jakie jest pani zdanie na ten temat?

Pomimo dobrej dostępności leków przeciwbólowych istnieje wiele barier utrudniających leczenie bólu zgodnie z aktualną wiedzą i praktyką medyczną. Problemem jest późna zgłaszalność pacjentów do specjalistów medycyny paliatywnej lub poradni leczenia bólu oraz brak jednolitych standardów leczenia bólu, stosowanych przez lekarzy wszystkich specjalności. Jedną z przyczyn tej sytuacji jest funkcjonujące w społeczeństwie przekonanie, że opieka paliatywna to jedynie godnie umieranie. Ten stereotyp powoduje odwlekanie decyzji pacjentów o zgłaszaniu się do specjalisty. Także wiedza lekarzy w zakresie postępowania przeciwbólowego jest niewystarczająca, a pacjenci z silnym bólem trafiają do oddziałów o różnych profilach. Ponadto w receptariuszach szpitalnych brak większości nowoczesnych leków przeciwbólowych. To przejaw ignorowania potrzeb ciężko chorych ludzi, gdyż terapia tymi lekami jest tańsza niż leczenie morfiną lub nawet pyralginą w ampułkach. Morfina w ampułkach jest często jedynym silnym opioidem dostępnym w większości szpitali. ■

Gruntowne zmiany czy zabieg PR-owski?

Lidia Sulikowska

Pod koniec września Ministerstwo Zdrowia przedstawiło projekt noweli ustawy refundacyjnej. Zmiany dotyczą m.in. ułatwienia dostępu do leków innowacyjnych i we wskazaniach ultrazadkowych, wprowadzenia programów „compassionate use”, odejścia od ChPL. Czy rzeczywiście będzie lepiej?

Rafał Zyśk, ekspert ds. ekonomiki zdrowia, Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia, Uczelnia Łazarskiego: Projekt zawiera wiele zmian istotnych dla pacjentów. Zaczniemy od propozycji wprowadzenia programów „compassionate use”, w ramach których będzie można leczyć chorych lekami, które nie zostały jeszcze zarejestrowane. To dotyczy osób cierpiących na chorobę przewlekłą lub poważną, wycieńczającą i zagrażającą życiu, u których wszystkie terapie lekami dopuszczonymi do obrotu w Polsce zawiodły. W większości krajów europejskich to rozwiązanie od dawna funkcjonuje.

Zmianie ulegnie również częstotliwość publikowania wykazu leków refundowanych. Lista będzie aktualizowana co trzy miesiące, a nie co dwa, jak jest teraz. Dzięki temu, zdaniem resortu zdrowia, ustabilizuje się rynek cen refundowanych produktów leczniczych. Jednocześnie w projekcie zapisano, że Minister Zdrowia będzie mógł z urzędu zmienić decyzję refundacyjną dla danego leku w trakcie jej obowiązywania.

Wiktor Janicki, członek Zarządu INFARMY: Możliwość wszczęcia przez resort zdrowia procedury zmiany warunków refundacji, w tym całkowitego unieważnienia decyzji refundacyjnej, może ograniczać dostęp pacjentów do leków. Firmy farmaceutyczne, składając wnioski o włączenie ich produktów do refundacji, proponują bardzo korzystne oferty, wiedząc, że dana decyzja jest wydawana na dłuższy czas. Teraz tego bezpiecznego okresu zabraknie, bo minister w każdej chwili będzie mógł dany lek z listy wykreślić. To wpłynie na atrakcyjność ofert.

Rafał Zyśk: W projekcie przewidziano także wprowadzenie na listę refundacyjną nowych szczepionek, nieujętych w obecnym kalendarzu szczepień, które będzie można kupić w aptece. Zmiany obejmują też odejście od Charakterystyki Produktu Leczniczego niektórych leków z listy refundacyjnej. Aby lek umieszczono w tej kategorii, potrzebna będzie zgoda zarówno Ministra Zdrowia, jak i producenta leku. To rozwiązanie korzystne dla lekarzy, gdyż umożliwi im ordynację leku zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, bez konieczności sprawdzania, jakie wskazania

są ujęte w ChPL. Niestety przewiduję, że takich leków będzie niewiele. Dlaczego? Takie rozwiązanie w praktyce może znacząco zwiększyć liczbę wskazań, także tych niezarejestrowanych, w których ordynowany będzie lek. Jednocześnie nie przewidziano większych środków na ten cel. Autorzy projektu, aby zabezpieczyć się przed nadmiernymi wydatkami, zamierzają w każdym takim przypadku zawierać z producentem tzw. instrument dzielenia ryzyka, w ramach którego po przekroczeniu określonego w umowie granicznego rocznego budżetu na refundację to producent będzie musiał zwracać do NFZ kwotę przekroczenia. W przypadku, kiedy znane są wszystkie refundowane wskazania i znana jest populacja chorych, podział ryzyka jest najczęściej dla producentów do zaakceptowania. Gdy nie ma wyszczególnionych wskazań, trudno oszacować popyt, co może generować znaczącą kwotę przekroczenia, którą zostanie obciążony producent. Skutek może być taki, że nieliczni producenci będą zainteresowani takim rozwiązaniem.

Irena Rej, prezes Izby Gospodarczej „FARMACJA POLSKA”: Zgadzam się. Takie stanowcze stanowisko wobec producentów leków, mówiące że „musisz współdzielić ryzyko”, jednocześnie nie oferując w zamian jakichś innych zachęt, może przynieść odwrotny skutek od zamierzonego. Co w rezultacie ma z tego pacjent? Bardzo wątpliwe, że coś dobrego. Rozwiązania te mogą być trudne do zaakceptowania przez producentów leków. Boję się, że skończy się to wszystko konkluzją, że rząd chciał zmian, ale lobby farmaceutyczne nie zgodziło się. To nie tak, że my nie chcemy, ale też musimy liczyć swoje koszty i możliwości.

Wiktor Janicki: Wracając do kwestii nowych szczepionek, nasuwa mi się jedna obawa. To dobrze, że będą refundowane, tylko powstaje pytanie, czy pacjent będzie musiał krążyć pomiędzy lekarzem, apteką i gabinetem zabiegowym, aby dopełnić procedury, czy może jakoś inaczej zostanie to rozwiązane. Żeby ten pomysł sprawdził się i był ułatwieniem dla ludzi, a nie kłopotem, trzeba skoordynować działania kilku podmiotów, a co za tym idzie, zmienić regulacje także w innych aktach prawnych.



Irena Rej

Rafał Żyś

Wiktor Janicki

FOTO: Lidia Sulikowska

Rafał Żyś: Kolejną proponowaną zmianą jest ułatwienie dostępu do leków innowacyjnych, czyli takich, które nie mają swojego odpowiednika refundowanego w danym wskazaniu. Ma też poprawić się dostęp do leczenia we wskazaniach ultrazadkowych, to znaczy tych, które występują u nie więcej niż jednej osoby na 50 tys. mieszkańców lub u maksymalnie 700 osób w całym kraju. Taki lek nie będzie musiał mieć statusu sierociego, będzie też wyłączony z obowiązku przedstawienia analizy ekonomicznej, która stanowiła dla większości leków z tej grupy istotne wyzwanie. Zamiast tego autorzy projektu proponują nowy dokument, tzw. uzasadnienie ceny leku. Jednak projekt nie precyzuje kryteriów, zgodnie z którymi to uzasadnienie miałyby być oceniane, a właśnie one stanowią meritum tej zmiany. Więcej na temat uzasadnienia ceny można znaleźć w wytycznych AOTMiT, opublikowanych we wrześniu br., jednak również tam opisano je nieprecyzyjnie. Być może resort zdrowia doprecyzuje tę kwestię w rozporządzeniu. Nie wiadomo również, czy będzie ustalana jakaś granica kosztu dla terapii we wskazaniach ultrazadkowych.

Irena Rej: Warto też wspomnieć, że leki innowacyjne oraz leczenie wskazań ultrazadkowych

mają być finansowane z dotacji celowej Ministra Zdrowia, w ramach tak zwanego „budżetu na innowacje”. Decyzja o refundacji leków z tego budżetu ma zależeć od współczynnika ustalanego przez Ministra Rozwoju, który określi, czy dany lek wystarczająco przyczynił się do rozwoju polskiej gospodarki. Pozostaje pytanie, co z lekami, które są bardzo skuteczne, ale niestety nie prowadzą inwestycji w naszym kraju. Niestety też sposób ustalania współczynnika nie jest opisany w projekcie, ma być określony dopiero w drodze rozporządzeń. Boję się, że kiedy dojdzie do opublikowania rozporządzeń do tego projektu, to poszczególne rozwiązania w praktyce okażą się mniej atrakcyjne, niż się początkowo wydawało. Mam wrażenie, że nowelizacja ustawy ma pokazać, jak będzie fajnie, ale w praktyce do tego stanu będzie trudno dojść. Projekt jest przewrotny, zawiera wiele pozytywnych haseł, ale z przekazem, że szczegóły rozwiązań podamy później, a od nich dużo zależy. Ten dokument jest zbyt ogólny, a przecież wszyscy wiemy, że diabeł tkwi w szczegółach.

Czekamy na głosy i opinie w tej sprawie z perspektywy praktyki lekarskiej (redakcja@gazetalekarska.pl).

Projekt zmiany ustawy refundacyjnej znajduje się w ogólnodostępnej bazie internetowej Rządowego Centrum Legislacji. Obecnie jest na etapie konsultacji społecznych. Zmiany mają wejść w życie 1 stycznia 2017 r.

Komentarz

Projekt ustawy o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz niektórych innych ustaw przekazany do konsultacji społecznych pod koniec września uchyla nieco drzwi do przeprowadzenia kolejnych zmian w zakresie zmniejszenia obciążeń administracyjnych lekarzy związanych z wypisywaniem recept refundowanych. Zmiana brzmienia art. 6 ust. 1 lit. a ustawy z dnia 12 maja 2011 r. z „w całym zakresie zarejestrowanych wskazań i przeznaczeń” na „w pełnym zakresie wskazań i przeznaczeń” częściowo realizuje jeden z postulatów obywatelskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry z 2013 r. Częściowo, ponieważ pozostawia możliwość obejmowania

różnym poziomem refundacji leków w określonym stanie klinicznym, a co za tym idzie koniecznością różnicowania stopnia odpłatności, który to obowiązek i odpowiedzialność spoczywać nadal będzie na wypisującym receptę lekarzu. Niemniej jednak zmniejszy się liczba takich farmaceutyków, a także według zapewnień resortu precyzyjnie zostaną określone wskazania do ich refundacji. Zaproponowane rozwiązania są zatem z punktu widzenia lekarza praktyka krokiem w dobrą stronę. Podobnie należy odnieść się do idei wydłużenia okresu publikowania obwieszczeń refundacyjnych do 3 miesięcy oraz współfinansowania szczepionek ze środków publicznych. Niewątpliwie taka regulacja zwiększy wyszczepialność polskiej populacji z powodu chorób zakaźnych i zwiększy ich bezpieczeństwo zdrowotne. Nam lekarzom ułatwi propagowanie tego sposobu zapobiegania chorobom i narażeniu na utratę zdrowia. ■



Jacek Krajewski

Prezes Federacji Porozumienie Zielonogórskie

Pokonać śmiertelny duet

Zależność między cukrzycą a depresją jest dwukierunkowa: ponad 30 proc. osób chorujących na cukrzycę cierpi jednocześnie z powodu depresji. Tacy pacjenci często są oporni na leczenie i doświadczają powikłań. Aby znaleźć skuteczne metody ich leczenia, naukowcy muszą poznać mechanizmy prowadzące do wspólnego przebiegu chorób psychicznych i metabolicznych. Takie badania prowadzi dr Katarzyna Głombik z Instytutu Farmakologii Polskiej Akademii Nauk w Krakowie. Szuka zaburzeń, które dokonują się w mózgu zwierząt pod wpływem stresu. Bada też wpływ leków przeciwdepresyjnych na te zmiany. Leki przeciwdepresyjne mogą bowiem modulować wrażliwość tkanek na insulinę. – Dotychczas nie badano wpływu leków przeciwdepresyjnych na szlaki wewnątrzkomórkowego przekazu sygnału związanego z insuliną i metabolizmem w mózgu. Mam nadzieję, że w przyszłości wyniki moich badań mogą stanowić cenną wskazówkę dla lekarzy decydujących o wyborze farmakoterapii, zwłaszcza u pacjentów, u których stwierdza się występowanie obu jednostek chorobowych – mówi dr Głombik. Jej zdaniem w dobie jednoczesnego występowania wielu chorób u pacjenta terapia spersonalizowana staje się koniecznością. Badaczka ma nadzieję, że wyniki jej prac będzie można wykorzystać w poszukiwaniu nowych leków na choroby ośrodkowego układu nerwowego, celowanych w mitochondria.

Polacy walczą z Ziką

Dzięki współpracy naukowców z trzech polskich uczelni udało się ustalić, z jakimi cząsteczkami może wiązać się ważny enzym wirusa Zika – proteaza serynowa NS3. Uzyskane dane pozwolą na opracowanie skutecznych leków, hamujących zakażenie Ziką. Pionierska praca poświęcona polskim badaniom ukazała się w piśmie „FEBS Letters”. Podobnie jak inne wirusy z rodziny Flaviviridae, wirus Zika korzysta z proteazy serynowej NS3, enzymu odpowiedzialnego za obróbkę i powielanie innych białek wirusa. Dzięki współpracy naukowców z Uniwersytetu Gdańskiego (Natalia Gruba, Magdalena Wysocka, Adam Lesner), Politechniki Wrocławskiej (Renata Grzywa, Maria Łęcka, Marcin Sieńczyk) oraz Uniwersytetu Jagiellońskiego (Jose Ignacio Rodriguez Martinez, Michał Burmistrz, Krzysztof Pyró) po raz pierwszy na świecie poznano specyficzność substratową proteazy wirusa Zika. Teraz wiadomo, jakie cząsteczki chemiczne pasują do centrum aktywnego enzymu i jak zablokować jego działanie. Enzym jest bowiem jak zamek, do którego mogą pasować tylko odpowiednie klucze – jeśli go umiejętnie zablokować, wirus staje się

bezsilny. Przenoszony przez komary wirus Zika pochodzi z Afryki, jednak rozprzestrzenił się także w Azji, Ameryce i Europie. Odkryto go w 1947 r. w organizmach pochodzących z Ugandy małp – makaków (Zika to nazwa lasu, w którym żyły makaki). Początkowo wydawał się niegroźny dla ludzi (większość zakażeń przebiegała bezobjawowo lub z łagodnymi objawami). Jednak ostatnie lata przyniosły radykalną zmianę poglądów – wiadomo, że u zakażonej kobiety może dochodzić do uszkodzenia płodu, wirus bywa także przyczyną zespołu Guillaina-Barrégo, choroby autoimmunologicznej, która doprowadza do niedowładów mięśni, mrowienia i drętwienia (parestezji) stóp, a nawet do paraliżu i zgonu. Warto dodać, że na początku sierpnia w Stanach Zjednoczonych pierwsze testy szczepionki przeciwko wirusowi Zika na ludziach rozpoczęli specjaliści Narodowego Instytutu Alergii i Chorób Zakaźnych, a w Miami badania kliniczne własnej szczepionki rozpoczęła jedna z firm farmaceutycznych.

Jedna bakteria wystarczy, by poznać naturę choroby

Za wywołanie zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych mogą odpowiadać różne czynniki. Im szybciej lekarz zdobędzie wiedzę o przyczynie konkretnego przypadku, tym wcześniej będzie w stanie dopasować właściwą terapię i zapobiec eskalacji choroby, nierzadko prowadzącej do śpiączki lub śmierci pacjenta. Dotychczasowe metody analizy trwały nawet kilkadziesiąt godzin. Tymczasem okazuje się, że czas analizy można skrócić do mniej niż kwadransa! Szybka i pewna diagnoza zakażeń bakteryjnych stała się realna dzięki nowym technikom badania płynu mózgowo-rdzeniowego, opracowanym w Instytucie Chemii Fizycznej PAN w Warszawie. Do przeprowadzenia pomiaru jest potrzebna próbka płynu o objętości zaledwie mikrolitra, w której wystarczy znaleźć jedną bakterię, żeby zidentyfikować gatunek odpowiedzialny za rozwój choroby. Przedstawiciele IChF PAN poinformowali, że w rozwiązaniu wykorzystano niezwykle czułą technikę analizy: wzmacnianą powierzchniowo spektroskopię ramanowską (SERS, czyli Surface-Enhanced Raman Spectroscopy). We współpracy z Instytutem Fizyki PAN w Warszawie opracowano specjalne podłoża z tlenku cynku. Wykorzystano je do pomiarów metodą SERS stężeń neopteryny w próbkach płynu mózgowo-rdzeniowego. Próbkę tę – udostępnił jej Narodowy Instytut Leków w Warszawie – pochodziły od pacjentów z wcześniej zdiagnozowanym zapaleniem opon mózgowych. W stosunku do dotychczasowych metod, zaproponowane rozwiązanie ma szereg zalet: wymaga niewielkich ilości płynu mózgowo-rdzeniowego, eliminuje konieczność długotrwałego namnażania bakterii, automatyzacja pomiaru gwarantuje wysoki poziom bezpieczeństwa, a wynik jest dostępny w kilka minut. Istotnym argumentem jest także cena: zakup sprzętu niezbędnego do przeprowadzenia analizy nie przekracza kilkudziesięciu tysięcy dolarów, leży więc w zasięgu możliwości finansowych przynajmniej części placówek medycznych. ■

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

Aktualności



Chcemy leczyć w Polsce

Sobotnie przedpołudnie, 24 września. Pod Kolumnę Zygmunta w Warszawie nadciągają medycy z całej Polski. To stąd o godz. 12.00 wyrusza marsz Porozumienia Zawodów Medycznych.

**Marta
Jakubiak**

**Lidia
Sulikowska**

Na placu Zamkowym jest coraz więcej ludzi. Napływają właściwie ze wszystkich stron. W białych fartuchach, pomarańczowych kombinezonach, ze stetoskopem przewieszonym na szyi i transparentami w dłoniach.

Podchodzimy do jednej z grup. Wśród nich pani Aleksandra, lekarka jednego z warszawskich szpitali. Przyszła tu z mężem, który też jest lekarzem, i z córeczką. – Jestem rezydentem, reprezentuję część rodziny, która nie może tu być, bo są na dyżurach, nie można przecież zostawić pacjentów. Przyszłam tu, bo chciałam polepszenia warunków pracy. Teraz, aby żyć godnie, musimy pracować w kilku miejscach – mówi.

– Mam 57 lat, od 38 lat pracuję w ratownictwie medycznym. Zarabiam dwa tysiące złotych. Nic więcej nie muszę dodawać. W sklepie na kasie można więcej zarobić, a my ratujemy ludzkie życie – mówi nam mężczyzna, który przybył tu z grupą ratowników medycznych z Włocławka i Lipna. Widzimy też grupę diagnostów laboratoryjnych. Przyjechali z Wałcza. – Jesteśmy niedocenianym zawodem, o nas nikt nie pamięta – żalą się. Niedaleko są też fizjoterapeuci, elektroradiolodzy, radioterapeuci i przedstawiciele innych zawodów medycznych.

Pani Monika z Olsztyna opowiada, że jej mąż jest ratownikiem, a ona diagnostą. On pracuje trzysta godzin w miesiącu. Praktycznie się nie widują. – To nie jest godne życie – mówi. Ktoś inny dodaje: – Mammy coraz więcej pracy, a zarobki stoją w miejscu. Ale nie chodzi tylko o pensje... Cały system musi się zmienić. Nie zgadzam się na to, żeby służba zdrowia wyglądała tak jak teraz.

Mirek z Gdańska skończył rezydenturę z neurochirurgii, ale nie pracuje, bo czeka na egzamin specjalizacyjny. – Co mam robić w tym czasie? Mam żonę i dzieci, jak mam ich utrzymać? – pyta, a my nie wiemy, co mu odpowiedzieć.

Dalej stoi Magda. Jest lekarzem stażystą, niedługo zacznie rezydenturę. – Zastanawiam się nad wyjazdem, ale bardzo chciałabym zostać w Polsce. Dzieje się źle,

plące i warunki kształcenia są, jakie są. Pacjenci czekają w kolejkach, więc denerwują się na nas, no bo na kogo? Jestem tutaj, żeby coś zmienić. Mam nadzieję, że zmieni się na tyle, że nie będę musiała stąd wyjeżdżać – tłumaczy. Chce tu zostać, zarabiając godne pieniądze za odpowiedzialną pracę.

Może być trudno, sądząc po tym, co powiedziała nam kolejna rozmówczyni. Przyjechała z Łodzi. Specjalistka chorób wewnętrznych, w trakcie specjalizacji z reumatologii, 15 lat stażu, z doktoratem. Pensja z trzema dyżurami w miesiącu (piątek i dwie soboty) to na rękę 4,4 tys. zł. Ktoś inny żali się, że rząd nie robi nic, aby pracownicy medyczni mogli pracować w godnych warunkach. – Co panu przeszkadza w wykonywaniu zawodu? – Nieprzestrzeganie prawa pracy, brak odpowiedzialności po dyżurach, praca o wiele dłuższa, niż zapisano w kodeksie pracy, do czego zmusza pracodawca. To zagraża życiu pacjentów. Nie ma nic gorszego niż zmęczony personel – mówi.

W tłumie zadajemy pytanie kolejnej osobie. Okazuje się, że to nie protestujący, tylko przechodzień. Czy popiera protest? Mówi, że z jednej strony docenia ofiarność lekarzy, ale dodaje, że jest szereg spraw, które muszą się zmienić. Wspomina, że miał umówioną wizytę u specjalisty, na którą czekał wiele miesięcy. Zjawił się w terminie, ale okazało się, że pani doktor już tam nie przyjmuje, nie poinformowano go o tym i nie skierowano go nigdzie indziej.

Zdzisław, internista ze Świętochłowic, dziwi się, że ochrona zdrowia w ogóle w naszym kraju jeszcze funkcjonuje. – Pieniądzy od lat nie przybywa, a koszty rosną. Niestety rząd i NFZ tego nie widzą. Mało tego – obniża się kontrakty, jest więcej kontroli i kar. To tak zwana oszczędność – tłumaczy.

Ruszamy

Tuż przed 12.00 plac Zamkowy jest już prawie pełny. Trzeba to zobaczyć z góry. Biegniemy na wieżę widokową. ▶

Przed nami 150 kamiennych schodków. Warto było je pokonać. Widzimy wszystko jak z lotu ptaka – w dole tysiące manifestantów, medyków z całej Polski. Robi to naprawdę duże wrażenie.

– Dzień dobry, witam wszystkich na manifestacji Porozumienia Zawodów Medycznych! Precz z wyzyskiem! Wyleczmy chory system! – słyszymy głos Katarzyny Pikulskiej dobiegający z megafonu. – Ratownicy medyczni, jesteście? – pyta. – Tak! – odpowiada tłum. – Fizjoterapeuci są? – Są! – Diagnostyci laboratoryjni? – Są! – Lekarze? – Są! Pielęgniarki? – Są! Technicy radioterapii? – Są! Dietetycy? – Są! Logopedzi? – Są! Perfuzjoniści? – Są! Elektrokardiolodzy? Rehabilitanci? Psychologowie? – Są! Są tu również studenci medycyny.

– Wszyscy medycy są na ulicy! Dziś nie damy się podzielić! Chcemy leczyć w Polsce! – zaczynają skandować protestujący. Te hasła powtarzane będą jeszcze niejednemu raz w ten sobotni dzień.

Schodzimy z wieży widokowej. Przed kościołem św. Anny stoi karetka w asyście motocykli z ratownikami. Krakowskim Przedmieściem idą w jej kierunku ratownicy medyczni, transportując kogoś na noszach. „Żył z pasji do ratowania innych” – taki napis widnieje u stóp. Na szczęcie to tylko fantom, który towarzyszył będzie protestującym aż do placu Konstytucji, gdzie zakończy się przemarsz manifestacji.

Idą Krakowskim Przedmieściem. Niosą białe-czerwone flagi i sztandary swoich organizacji medycznych. „Czas na Zdrowie+, lepsze warunki pracy, zatrudnienia i leczenia” – widnieje na banerze otwierającym marsz. Młodzi ludzie, bo tych jest tu większość, trzymają tabliczki, na których wypisane są różne hasła. Na jednej widnieje zdjęcie Jarosława Kaczyńskiego i cytaty jego wypowiedzi z 2013 r. Trzeba precyzować się bliżej, żeby przeczytać. „Lekarze powinni zarabiać dobrze. Dobrze, jeśli chodzi o młodych, a bardzo dobrze, jeśli chodzi o tych doświadczonych. Turek (28.09.2013) Pamiętamy!!!”.

„System zmusza mnie, bym dyżurował 50. godzinę pod rząd – lekarz anestezjolog”, „Dziś Zdrowie+ albo jutro czeka nas chora przyszłość...”, „Zdrowie Polaka w cenie BigMacka”, „Polska: Mamy tylko 1/2 potrzebnych pielęgniarek... i tylko 3/4 potrzebnych lekarzy”, „Chory system = chory pacjent”, „Upominamy się o lepsze warunki leczenia, godne warunki pracy i płacy, czyli wzrost nakładów publicznych na zdrowie do co najmniej 6,8% PKB” – to tylko niektóre z haseł niesione przez protestujących. Jest głośno, ale spokojnie. Marszerują w asyście policji.

Na wysokości Pałacu Prezydenckiego wszyscy się zatrzymują. – Chcemy leczyć w Polsce – rozbrzmiewa po raz kolejny z tysięcy gardeł. Dlaczego tu jesteście? – pytamy. – Bo jesteśmy rozczarowani, zniesmaczeni. Oczekujemy zmian. Jestem dziś po dyżurze, jutro idę na następny. Personelu jest za mało, pacjentów wręcz przeciwnie. Jesteśmy przemęczeni, to grozi popełnianiem błędów – odpowiadają młodzi lekarze, którzy właśnie przechodzą obok nas.

Wszyscy medycy są na ulicy

Z Krakowskiego Przedmieścia skręcają w Świętokrzyską. Dalej do Marszałkowskiej, głównej arterii centrum

stolicy, którą całkowicie wyłączono z ruchu. Kiedy czoło marszu dociera do placu Konstytucji, ostatni protestujący są na wysokości Pałacu Kultury i Nauki. To dystans 1,5 kilometra. Jest naprawdę dużo ludzi. Idą z dziećmi, inni zabrali ze sobą swoich czterożnych przyjaciół, jeszcze inni niosą szkielety i trupy czaszki. – Ciężka praca, godna płaca! – krzyczy tłum. W pewnej chwili protestujący zatrzymują się. Spoglądają w kierunku jednej z kamienic i zaczynają bić brawo. W oknie stoi starsza kobieta i macha biało-czerwoną flagą na znak poparcia dla protestujących. Nie słysząc, co krzyczy, bo reakcja medyków jest tak entuzjastyczna, że jej głos nie jest w stanie przebić się przez ich gromkie oklaski.

Docieramy pod scenę. Plac Konstytucji powoli się wypełnia. – Żądamy realizacji postulatów jeszcze za naszego życia. Nie za dziesięć, dwadzieścia lat – dobiega z głośników. Ktoś inny dodaje: – Brawo wszystkie zawody medyczne, nie damy się podzielić, wspólnie będziemy walczyć o swoje prawa i dobro pacjenta.

Roman Badach-Radowski z Krajowego Związku Zawodowego Pracowników Ratownictwa Medycznego pyta: – Jak długo można pracować po 500 godzin miesięcznie, by godnie żyć? Nie dopuścimy do totalnego upadku służby zdrowia – deklaruje, dodając: – Chcemy pozostać w ojczyźnie, ale nie chcemy całego życia spędzać w pracy.

Do mikrofonu zostaje wywołany doktor Damian Patecki, przewodniczący Porozumienia Rezydentów OZZL. – Wiemy, że mamy rację. Z każdym dniem jest nas coraz więcej, jesteśmy coraz bardziej zdeterminowani. Kiedy zaczynaliśmy rok temu, nikt nie wierzył, że lekarze mogą się zjednoczyć, że możemy działać razem. Jako środowisko potrafimy być wobec siebie solidarni i walczyć o to, co jest dla nas ważne, o los pacjenta, a także nas jako pracowników. Musimy być przygotowani, że ta walka nie skończy się dzisiaj ani jutro, ale prędzej czy później uda nam się zrealizować nasze postulaty, ponieważ jest to warunek niezbędny, aby w polskiej ochronie zdrowia zaczęła dominować jakość. Jestem przekonany, że będziemy zmuszeni spotykać się na kolejnych manifestacjach i że będziecie przychodzić na nie równie licznie – zapowiada, co spotyka się z aplauzem, oklaskami, wyciem syren i wuwuzeli. Aplauz jeszcze nie milknie, kiedy podana zostaje informacja, że na manifestację przyjechał minister zdrowia Konstanty Radziwiłł. – Zapraszamy! Zapraszamy! – odpowiadają chóralnie medycy. Najpierw jednak głos na scenie mają przedstawiciele protestujących. Jest między nimi Krzysztof Bukiel, przewodniczący OZZL. – Halo, Jachranka, czy mnie słyszy? Centrum dowodzenia krajem – zaczyna. – Halo, panie premierze Jarosławie Kaczyński, czy mnie pan słyszy? Halo, pani premier Szydło, czy mnie pani słyszy? – kontynuuje, co wzbudza entuzjazm tłum. – Przyszliśmy tutaj, wszyscy pracownicy ochrony zdrowia, chociaż wielu ludzi starało się nas podzielić, chociaż wielu myślało, że się nie połączymy. Przyszliśmy tutaj bez wsparcia wielkich central związkowych, bez wsparcia central partyjnych, bez pieniędzy z budżetu państwa, inaczej niż politycy. Przyszliśmy tutaj za swoje, po swoje i po to, co należy się pacjentom – raz po raz jego wystąpienie przerywają oklaski. Podkreśla, że nie jest to polityczna rozróbka, ale manifestacja pracowników służby zdrowia, których połączył wspólny gniew, że po



raz kolejny będą oszukani przez rząd, na który tak bardzo liczyli. – 26 lipca pani premier i pan minister zdrowia ostentycznie wbili nam nóż w plecy. Powiedzieli, że nie będzie poprawy aż do roku 2025. Obietnica, że coś się poprawi za dziesięć lat, kiedy nie wiadomo, kto będzie rządził, jest obietnicą nic niewartą. Jak mamy w to uwierzyć? – pyta retorycznie. – Szanowni państwo politycy wszystkich opcji, za to, co robicie w służbie zdrowia, wstyd! – odnosi się do obietnic wcześniejszych rządów. – Hańba! Hańba! – wtórują protestujący.

Na scenę wchodzi kolejny mówca. Przedstawicielka protestu dietetyków mówi o odchodzeniu z zawodu ze względu na niekorzystne warunki zatrudnienia tej grupy specjalistów. Podkreśla, że dietetycy to też medycy. Przedstawicielka środowiska pielęgniarek i położnych deklaruje, że poza białymi fartuchami zawody medyczne łączy łóżko pacjenta i walka o dobro chorego, i to, że wszyscy kochają tę pracę.

Nie tak miało być

Kolejnych wystąpień według harmonogramu jednak nie ma. Głos oddano ministrowi zdrowia. W ruch poszły gwizdki, syreny i krzanie. – Wiedzą państwo doskonale, że służba zdrowia w Polsce jest w bardzo kiepskiej kondycji. To jest coś, co stało się nie dzisiaj, nie wczoraj, ale narasta od bardzo wielu lat. Mamy do czynienia z permanentnym niedofinansowaniem systemu służby zdrowia i widzimy wszyscy bardzo złą organizację – mówi minister. – W ciągu ostatnich ośmiu lat państwo postanowiło wycofać się z odpowiedzialności za służbę zdrowia. Jedyne pomysły, aby cokolwiek naprawić, widziano w wolnym rynku, w dzięki komercjalizacji i prywatyzacji – po tych słowach protestujący zaczynają wyrażać niezadowolenie, bucując i gwizdając. – To w tych komercjalizowanych placówkach sytuacja pracowników jest najgorsza. Będziemy to zmieniać, mam nadzieję, że razem – kontynuuje Konstanty Radziwiłł, a protestujący cichną, ale tylko na chwilę. – Rząd przystępuje z wielką energią i z wielką wolą do zmian. Te zmiany już następują. Komercjalizacja i prywatyzacja zakończyły się tego lata. Przygotowujemy przepisy, które już od przyszłego roku systematycznie doprowadzą do podwyższania nakładów na ochronę zdrowia. Nie stanie się to z dnia na dzień, ale gwarantuję, że nakłady na ochronę zdrowia będą coraz większe z każdym rokiem – deklaruje minister. „Hańba! Hańba!” – skandują protestujący. Nie poma-

gają zapewnienia ministra, że chce dokonywać zmian w dialogu, wspólnie ze wszystkimi środowiskami medycznymi. Czara goryczy przelewa się, kiedy minister nie zgadza się odpowiadać na pytania i schodzi ze sceny. „Kompromitacja!”, „Oddaj fartuch!” – krzyczą przez dłuższą chwilę zebrani, nie dopuszczając do głosu kolejnych osób.

Chwila oddechu. Co sądzą o marszu mijający nas przechodnie? – Dobrze, że wyszli na ulice. To przykre, że ciągle muszą walczyć o to, co im i nam, pacjentom, się należy. Musiałam iść na rehabilitację prywatnie, bo kolejki były zbyt długie. Mnie na to stać, ale co mają zrobić biedniejsi ludzie – mówi starsza pani. – Personel stara się, ale przy tak niskim finansowaniu nie jest i nie będzie dobrze – dodaje jej mąż.

Wracamy pod scenę. Przemawiają przedstawiciele kolejnych zawodów medycznych, a także samorządu lekarskiego. – Witam wszystkie zawody medyczne. To, że jesteśmy razem, że rozmawiamy i mamy wspólne cele, to jest wielka szansa dla systemu, wielka szansa dla pacjentów, wielka szansa dla Polski. Czas na Zdrowie+, teraz – mówi prof. Romuald Krajewski, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej, co spotyka się z pozytywną reakcją medyków. Aleksandra Fijałkowska, przedstawicielka psychologów klinicznych, nieco ironicznie podaje, że: – W specjalistycznych szpitalach psychiatrycznych, w których skończymy, jeśli będziemy tak ciężko pracować, jak pracujemy, jest 1-2 psychologów klinicznych na 400 pacjentów. Dyrektorzy mówią, że nie mają pieniędzy – dodaje. – Mamy dość słuchania, że na służbę zdrowia nie ma pieniędzy, dość „śmiectw”, żal patrzeć na paski wynagrodzeń – słysząc głosy kolejnych zawodów medycznych.

Najgorzej jest milczeć

Czy takie manifestacje coś zmieniają? – Trzeba pokazać, że system opieki zdrowotnej nie działa tak, jak powinien. Cieszę się, że dziś jesteśmy tu wspólnie z przedstawicielami innych zawodów medycznych. Będziemy protestować do skutku – deklaruje młoda kobieta, która studiuje medycynę w Lublinie. Pani Beata, diagnosta laboratoryjna z Wałcza, patrzy optymistycznie w przyszłość. – Czy ta manifestacja pomoże? Myślę, że tak. Może jeszcze nie ta, może trzeba będzie zrobić następne, ale na pewno w końcu się uda – przekonuje. ■

Fotorelacje z protestu
w dziale Inicjatywy
i Wydarzenia na
www.gazetalekarska.pl.

Aktualności



Mariusz
Tomczak

Reforma nadchodzi

Reforma służby zdrowia, zapowiadana przez ministra Konstantego Radziwiłła, nadchodzi wielkimi krokami. Co się zmieni? Kiedy? Co znaczą skróty WUZ i PSZ? Dlaczego już teraz warto wiedzieć, co oznaczają?

Za kilkanaście miesięcy Polakom opiekę zdrowotną zapewni Narodowa Służba Zdrowia. Obecnie część podatników jest nieubezpieczonych, ale już od 2018 r. wszyscy obywatele – w tym także osoby pracujące w ramach umów o dzieło – będą upoważnieni do korzystania ze świadczeń publicznego systemu opieki zdrowotnej. Przejście do budżetowego modelu finansowania ochrony zdrowia oznacza likwidację instytucji ubezpieczyciela (innymi słowy: „ofiara” reformy padnie Narodowy Fundusz Zdrowia zarządzający środkami w wysokości 70 mld zł). – Zniknie kosztowna biurokracja Funduszu, a finansowanie służby zdrowia spocznie w gestii administracji państwowej – zapowiada minister zdrowia Konstanty Radziwiłł.

WUZ zamiast NFZ, województwa rośnie w siłę

Środki na funkcjonowanie służby zdrowia zostaną zabezpieczone na rachunku Państwowego Funduszu Celowego „Zdrowie”. Ma on funkcjonować jako państwowy fundusz celowy (w rozumieniu ustawy o finansach publicznych). Jego przychodami będą głównie środki z części wpływów z podatku dochodowego od osób fizycznych (odpowiadającej przynajmniej zlikwidowanej uldze w tym podatku w postaci odliczenia części składki ubezpieczenia zdrowotnego) oraz dotacji z budżetu państwa uzupełniających wielkość środków do docelowego poziomu 6 proc. PKB w 2025 r. (o czym szerzej w dalszej części). Plan finansowy PFC „Zdrowie” będzie załącznikiem do ustawy budżetowej, a środkami Funduszu ma zarządzać szef resortu zdrowia. Po likwidacji NFZ zdecydowana część jego kompetencji trafi w ręce ministra. Instytucja płatnika, kontraktującego i rozliczającego świadczenia opieki zdrowotnej, nie przejdzie jednak do lamusa. Tę rolę mają pełnić nowo utworzone Wojewódzkie Urzędy Zdrowia (uwaga: nie należy mylić ich z Urzędami Wojewódzkimi), którym za kilkanaście miesięcy przypadną niektóre obowiązki obecnie wykonywane przez oddziały wojewódzkie NFZ. Mają być nadzorowane przez szefa resortu zdrowia. Zadania WUZ skoncentrują się na: finansowaniu służby zdrowia na szczeblu wojewódzkim, kontraktowaniu części zakresów świadczeń, nadzorowaniu działań szpitali, AOS i POZ oraz tworzeniu, realizacji i nadzorze nad wykonaniem planu finansowego opieki zdrowotnej dla województwa. Dyrektor WUZ zostanie powołany na wniosek wojewody. Ten ostatni będzie odpowiedzialny za przeprowadzenie konkursu i wskazanie kandydatów. – Ostateczną decyzję podejmie minister zdrowia – informuje Konstanty Radziwiłł, podkreślając, że w tym względzie nie podjęto jeszcze ostatecznej decyzji. Wojewoda

ma kontrolować WUZ w zakresie realizacji regionalnych priorytetów polityki zdrowotnej i kształtu wojewódzkich map potrzeb zdrowotnych.

Zespoły POZ, czyli większa odpowiedzialność

Zmiany nastąpią również w podstawowej opiece zdrowotnej, a głównym ich przejawem stanie się powstanie zespołów złożonych z lekarza, pielęgniarki, położnej, pielęgniarki szkolnej i dietetyka (przy utrzymaniu samodzielności zawodowej i finansowej). To one de facto mają leczyć pacjentów, ale również koordynować poruszanie się ich po systemie opieki zdrowotnej i zbierać informacje o historii leczenia w innych placówkach. Na zespół POZ spadnie odpowiedzialność za skierowanie konkretnej osoby w ręce lekarzy specjalistów lub do szpitala oraz za jej losy po leczeniu szpitalnym (w tym za rehabilitację). „Systemu opieki zdrowotnej nie stać na zaprzepaszczanie efektów drogiego leczenia szpitalnego i dlatego musi istnieć strażnik dbający o dobrą realizację procesu rehabilitacyjnego, który utrwali skutki działania medycyny naprawczej” – uzasadnia resort¹. Nowy system finansowania POZ mocno zmieni dzisiejszą stawkę kapitałową. Obok stawki podstawowej pojawi się komponent motywacyjny za profilaktykę i promocję zdrowia, dodatek za opiekę nad pacjentami przewlekle chorymi, a ponadto dodatki za wyniki leczenia pacjentów z niektórymi chorobami przewlekłymi (resort, póki co, nie udziela informacji, o które przypadłości chodzi). Oprócz tego pojawi się część budżetu powierzonego na badania diagnostyczne i specjalistykę (w obu przypadkach mają to być środki wypłacane za zrealizowane badania i wizyty u lekarzy specjalistów, które nie zasilą budżetu POZ).

Dość finansowania pojedynczych procedur

Wraz z oddawaniem tego wydania do druku kończył się termin konsultacji publicznych projektu ustawy tworzącej tzw. sieć szpitali². Będą mogły znaleźć się w niej podmioty publiczne, jak i prywatne. Celami nowej ustawy są m.in.: optymalizacja liczby oddziałów specjalistycznych i struktury kosztów leczenia oraz uelastycznienie zarządzania szpitalem. W praktyce miałyby dojść do odstąpienia od łóżenia na pojedyncze przypadki i procedury na rzecz finansowania w formie ryczałtu całości opieki realizowanej przez szpital w danym okresie. „To nieprawda, że szpitale należące do sieci będą leczyły tylko tylu pacjentów, ilu leczyły w roku poprzednim. Chcemy wprowadzić mechanizm, który zagwarantuje powiązanie kwoty ryczałtu na dany rok z poziomem realizacji świadczeń w roku poprzednim. Kwoty ryczałtów mają być jedynie powiązane z wartością świadczeń wykonanych w okresie poprzedzającym

kwalifikację podmiotu do sieci” – wyjaśnia resort³. Ustawa wprowadzi nową instytucję prawną – tzw. system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (w skrócie: PSZ). Utworzą go szpitale spełniające kryteria kwalifikacyjne określone w ustawie i projekcie rozporządzenia. Na funkcjonowanie PSZ trafi ok. 85 proc. środków, z których obecnie jest finansowane leczenie szpitalne. Zakwalifikowanie szpitala do PSZ będzie równoznaczne z gwarancją, że Fundusz zawrze z nim umowę bez potrzeby uczestniczenia w postępowaniu konkursowym. Natomiast świadczenia opieki zdrowotnej nienależące do PSZ nadal kontraktowane będą w oparciu o postępowania konkursowe, a świadczeniodawcy, którzy pozostaną poza PSZ, będą mogli brać udział w postępowaniach konkursowych. System PSZ stałby się zatem główną formą zabezpieczenia dostępu pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego. Objąłby także świadczenia AOS realizowane w przychodniach przyszpitalnych oraz świadczenia z zakresu nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. W ramach PSZ zostanie wyodrębnionych sześć poziomów zabezpieczenia świadczeń: I stopień (przede wszystkim szpitale powiatowe), II stopień (głównie były szpitale wojewódzkie), III stopień (co do zasady szpitale wielospecjalistyczne), a ponadto: szpitale pulmonologiczne, szpitale onkologiczne i pediatryczne oraz szpitale ogólnopolskie. Kwalifikacja ma dokonywać się na cztery kolejne lata kalendarzowe. O ile w życie wejdzie projekt ustawy przedstawionej do konsultacji pod koniec września, w szpitalu I stopnia działałyby oddziały: chirurgii ogólnej, chorób wewnętrznych, położnictwa i ginekologii, neonatologii oraz pediatrii. Co ważne, do pierwszego poziomu sieci będą mogły zostać zakwalifikowane nawet placówki z dwoma oddziałami szpitalnymi. Inne zasady realizacji świadczeń zdrowotnych szczegółowo określi rozporządzenie wykonawcze.

Ratownictwo medyczne – idzie nowe

Ratownictwo medyczne ma stać się „bardziej publiczne niż dotychczas” – taki duch przyświeca projektowi nowelizacji ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, którego konsultacje zakończą się 16 listopada. Umowy na świadczenia zdrowotne wykonywałyby tylko samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, jednostki budżetowe oraz spółki kapitałowe z co najmniej większościowym udziałem Skarbu Państwa, jednostek samorządu terytorialnego lub publicznych uczelni medycznych. Karetki miałyby jeździć bez lekarzy. Przepisy zwiększają wpływ ministra i wojewodów na funkcjonowanie systemu PRM oraz wprowadzają wymóg zatrudniania członków zespołów ratownictwa medycznego i dyspozytorów medycznych wyłącznie na podstawie stosunku pracy. „Wśród różnych konsekwencji umowa o pracę nie pozwala na przekraczanie ustawowego maksymalnego czasu pracy” – uzasadnia resort. Zaproponowano rezygnację ze specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego na rzecz zespołów podstawowych w minimum trzyosobowym składzie. Środki na realizację zadań powierzonych przez wojewodę dyrektorowi oddziału wojewódzkiego NFZ będą przekazywane w formie dotacji celowej z budżetu państwa.

Pozostały znaki zapytania.

Co ze składką?

Minister Radziwiłł zapowiedział systematyczne zwiększanie nakładów finansowych na służbę zdrowia do 6 proc. PKB w 2025 r. (obecnie pod tym względem Polska plasuje się na jednym z ostatnich miejsc w Unii Europejskiej, a wysokość nakładów na zdrowie znacząco odbiega choćby od obu naszych południowych sąsiadów). Proponuje się, aby począwszy od 2018 r. wzrost nakładów na ochronę zdrowia wynosił ok. 0,2 proc. PKB w zależności od finalnych nakładów przeznaczonych na ochronę zdrowia w przyszłym roku. Warto dodać, że od 2018 r. ma być wprowadzona jednolita danina, łącząca PIT oraz składki na ZUS i NFZ. Prace koncepcyjne prowadzi zespół działający przy Kancelarii Prezesa Rady Ministrów. – Środki „budżetowe” na zdrowie będą w wysokości takiej jak obecnie na NFZ – informują służby prasowe rządu⁴. W dalszym ciągu pozostaje wiele niewiadomych m.in. w zakresie przekształceń instytucjonalnych w służbie zdrowia. – Trwają prace koncepcyjne i analityczne nad przygotowaniem założeń do projektu ustawy zmieniającej model organizacji systemu opieki zdrowotnej oraz sposób finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych – wyjaśnia rzecznik prasowy ministra zdrowia, Milena Kruszewska, dodając, że szczegóły poznamy dopiero po zakończeniu prac nad projektem ustawy⁵. Wiadomo, że powstanie Urząd Zdrowia Publicznego, który zintegruje podmioty odpowiedzialne za promocję i profilaktykę zdrowotną oraz ma realizować zadania związane z Narodowym Programem Zdrowia. W skład UZP weszłyby: Państwowa Inspekcja Sanitarna, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych i Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. ■

¹ „Strategia zmian w systemie ochrony zdrowia w Polsce” – dokument zaprezentowany po konferencji prasowej z premier Beatą Szydło, która odbyła się 27 lipca po posiedzeniu Rady Ministrów. To wtedy szef resortu zdrowia po raz pierwszy całościowo przedstawił założenia reformy i nakreślił perspektywę czasową ich wdrożenia.

² Projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (wersja z 26 września) opublikowany przez Rządowe Centrum Legislacji.

³ Komunikat z 30 września „Kwalifikacja placówek do tzw. sieci szpitali” zamieszczony na stronie internetowej resortu zdrowia.

⁴ Odpowiedź Centrum Informacyjnego Rządu na zapytanie prasowe.

⁵ Odpowiedź Ministerstwa Zdrowia na zapytanie prasowe.

Harmonogram wprowadzania zmian w służbie zdrowia

Lipiec 2017: powstanie sieci szpitali i, w konsekwencji, systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (łącznie sześć poziomów).

Lipiec 2017: wejście w życie nowych rozwiązań w podstawowej opiece zdrowotnej. Koordynacją poruszania się pacjentów w systemie i ich leczeniem zajmą się zespoły złożone z lekarza, pielęgniarki, położnej, pielęgniarki szkolnej i dietetyka.

Styczeń 2018: zastąpienie Narodowego Funduszu Zdrowia systemem administrowanym przez ministra zdrowia i, powstałe z przekształcenia oddziałów wojewódzkich NFZ, Wojewódzkie Urzędy Zdrowia („pionowo” będą zależne od ministra i częściowo w relacji „poziomej” od wojewody).

Styczeń 2018: powstanie Urzędu Zdrowia Publicznego (cel: integracja rozproszonego obecnie systemu zarządzania zdrowiem publicznym w Polsce).

Styczeń 2018: początek projektowanego zwiększania nakładów na zdrowie, docelowo do 6 proc. PKB w 2025 r.

O języku w medycynie

Z **Piotrem Müldnerem-Nieckowskim** – lekarzem, pisarzem, językoznawcą, doktorem nauk medycznych oraz profesorem językoznawstwa i literatury na UKSW w Warszawie – rozmawia **Lidia Sulikowska**.



Pisarstwo i medycyna – na pierwszy rzut oka te dziedziny są od siebie bardzo oddalone.

W dzieciństwie wpadła mi w ręce książka Tadeusza Kielanowskiego „Propedeutyka medycyny”. W jednym z rozdziałów była mowa o pisarzach, którzy byli lekarzami. Na przykład francuski pisarz Louis-Ferdinand Céline był dermatologiem. Lista jemu podobnych jest długa. Nawet James Joyce studiował medycynę. Zaciekawiony tymi informacjami sprawdziłem, ilu laureatów Nagrody Nobla w dziedzinie literatury i innych wielkich pisarzy było lekarzami lub studentami medycyny.

Ilu?

Prawie 40 procent.

Jest pan lekarzem praktykującym od ponad 40 lat, a jednocześnie autorem wierszy, opowiadań, poradników językowych.

Pana dorobek pisarski i wiedza z zakresu poprawności językowej są ogromne. Skąd takie zainteresowania?

Zawsze interesował mnie język, bo to podstawowe narzędzie pracy lekarza, poza tym lubię pisać. Zaczęło się od poezji i opowiadań, w latach 70. tworzyłem hasła z medycyny do „Słownika języka polskiego” pod redakcją Witolda Doroszewskiego. Interesowałem się też językiem środowiska lekarskiego.

Jaki jest ten język?

Różnorodny, występuje w kilku odmianach, w zależno-

ści od tego, gdzie jest wykorzystywany. Pierwsza odmiana to język naukowy, który skupia się na ścisłości. Trzeba precyzyjnie określać, o czym mowa. Lekarzom niestety zdarza się o tym zapominać i zamiast wyrażać się fachowo, używają języka potocznego. Tymczasem *choroby gorączkowej* nie można nazwać *grypą*. Nie *organ*, tylko *narząd*. Nie wystarczy powiedzieć *brzuch*, gdy chodzi o *jamę brzuszną* lub *nadbrzusze*. Pacjent nie *dostał zawału*, ale *zachorował na zawał*. Chory nie *jest w delirce*, tylko w *stanie delirium*. Mamy *wlew kroplowy*, a nie *kroplówkę*, a także *wlew doodbytniczy*, a nie *lewatywę*. *Wykonujemy iniekcję*, a nie *robimy zastrzyk*. Profesjonalny język nie używa słowa *diagnoza*, tylko *rozpoznanie*. Nie może być mowy o *raku piersi*, tylko *sutka*. Piers to przednia część klatki piersiowej, a wiadomo, że chodzi o sutek. To tylko niektóre przykłady błędów.

Dlaczego język potoczny przenika do naukowego?

Pierwsze słowniki lekarskie powstały pod koniec XIX w., potem pojawiły się podręczniki dla lekarzy. Władysław Biegański, Tytus Chałubiński, Henryk Hoyer, Zygmunt Kramsztyk, a w XX w. Witold Orłowski i rzesza innych pisali prace, które tworzyły podwaliny mianownictwa lekarskiego w Polsce. W latach 80. zaczął się odwrót od poprawności językowej. Nowi autorzy zbyt często wprowadzają do nowych podręczników język potoczny i w ten sposób – do głów lekarzy. To widać po tym, jak lekarze piszą prace naukowe.

A jak piszą?

To jest koszmar, i to nie tylko na poziomie terminologii. Nie umieją konstruować tekstu, mają ogromne problemy z posługiwaniem się poprawną polszczyzną. Źle piszą zresztą także po angielsku. Nie czują, że w języku polskim to fleksja porządkuje zdanie, a w języku angielskim – szyk wyrazów. Nie wiedzą, gdzie powinien znajdować się czasownik. Nie pamiętają, że w języku angielskim niezbędne są zaimki, a w polskim – wręcz odwrotnie.

Rozmawiamy o naukowym języku lekarskim, który chyba nie wszędzie się sprawdzi. Nie wiem, czy powinno się mówić choremu, że ma blok lewej odnogi pęczka Hisa...

Powiem więcej, nie wolno tak mówić do chorego! Język lekarski naukowy, o którym mówiliśmy, powinien być używany w dokumentacji medycznej, pracach naukowych, podręcznikach i oficjalnych wystąpieniach. W czasie rozmowy z chorym trzeba mówić tak, aby pacjent nas zrozumiał, tu wręcz wskazane jest użycie języka potocznego. W rozmowie z pacjentem nie chodzi o to, aby popisywać się zdobytą wiedzę me-

dyczną, tylko żeby skutecznie przekazać informacje. Ważne jest też, żebyśmy rozumieli, co chce przekazać nam pacjent. Jeśli mówi, że *wychodzi z żołądkiem*, to upewnijmy się, czy chodzi mu o chęć oddania stolca, wymioty czy jeszcze coś innego.

Mamy też język publicystyki medycznej, którym posługują się pisarze, dziennikarze i ich goście.

To jednocześnie język edukacji zdrowotnej. Tutaj trzeba umiejętnie połączyć cechy języka naukowego i potocznego. Nie można za bardzo odejść od fachowej terminologii, ale należy tak opowiadać, aby publiczność mogła pojąć, o czy mowa. Kiedyś natknąłem się na rozmowę w radiu z pewną panią profesor, która mówiła językiem ściśle medycznym. Myślę, że z wyjątkiem lekarzy i biologów nikt nie wiedział, o czym była audycja. Tak nie można.

Jest jeszcze żargon lekarski.

To bardzo potrzebny język, bo pozwala błyskawicznie porozumiewać się w środowisku lekarskim w trakcie pracy. Co ważne, jest bardzo różnorodny. Każdy oddział szpitalny, przychodnia, zespół lekarzy ma swój własny żargon. Zdanie *Idź na piątkę i zrób te dwie cukrzyce* będzie rozumiane różnie. Na jednym oddziale oznaczać będzie po prostu pobranie krwi, na innym – podanie insuliny. Nowo przybyły lekarz musi to brać pod uwagę, aby nie dochodziło do nieporozumień.

Przejdźmy do błędów językowych. Idziemy na oddział czy do oddziału?

W szpitalu jest się *na oddziale*, ale już w wojsku jest się *w oddziale*.

Czy możemy administrować lekiem?

To nieudolne tłumaczenie z języka angielskiego. Podobnie jest z wyrażeniem *gold standard*, które przetłumaczono na *złoty standard*, tymczasem chodzi raczej o *metodę* lub *lek z wyboru*. To samo dotyczy nieszczęsnego anglicyzmu *steryd*. Nie mówmy tak, powinno używać się słowa *steroid*, z akcentem na „i”.

Przyjrzyjmy się skrótom takich słów jak ultrasonografia, rentgenogram. Lepiej zapisać dużymi czy małymi literami?

Można i tak, i tak, z tym że jeśli zapisujemy dużymi literami, to bez kropki na końcu skrótu, a jak małymi – to z kropką. Mamy więc skrótowniec EKG lub skrót ekg., usg. albo USG, i tak dalej.

Walczy pan też z wyrażeniem: lekarz medycyny. Dlaczego?

Na wielu pieczętkach czy tabliczkach zawieszonych na drzwiach gabinetów widuje się: *lekarz medycyny*. To błąd. Używamy tytuł zawodowy lekarza, więc tak należy się tytułować. Weterynarz musi napisać, że jest lekarzem weterynarii, bo taki otrzymuje tytuł po ukończeniu studiów.

Jak powinny wyglądać podpisy?

Niektórzy stawiają zygzak. Przepraszam bardzo, ale

tak to nawet małpa, kruk czy pies potrafią się podpisać. Uważam, że podpis powinien być na tyle charakterystyczny, żeby dało się zidentyfikować osobę, która go wykonała. W krajach anglosaskich dba się o czytelność podpisów, bo świadczy o rzetelności ich właścicieli.

Pomówmy o synonimach, które w rzeczywistości nimi nie są.

Często używa się zamiennie słów *medyk* i *lekarz*, ale to nie są jednoznaczniki. *Medyk* to pojęcie szersze, obejmuje wszystkie zawody medyczne. Nie mówmy też *doktorka* czy *doktórka* w zastępstwie słowa *lekarka*, bo to jest wręcz poniżające. A najlepiej (ta) *lekarz*. Można powiedzieć zarówno *łékotka*, jak i *ląkotka*, ale pamiętajmy, że w układzie narządów ruchu występuje tylko *więzadło*, nie *wiązadło*.

Mamy też coraz więcej uniwerbizmów, czyli wyrazów skracających, zakończonych np. na -ówka: kroplówka, cyfrowka itd. Czy to błędy?

Nie, to język potoczny. Ale część uniwerbizmów przeniknęła nawet do języka naukowego, np. *siatkówka*.

I słuzówka?

Nie. W tym wypadku naukowo powiemy: *blona słuzowa*.

Zabieg może być operacyjny?

Nie. *Zabieg* może być *chirurgiczny* lub *niechirurgiczny*. *Zabieg operacyjny* znaczy tyle, co *zabieg zabiegowy*. To pleonazm, takie masło maślane, dwa wyrazy mówiące o tym samym. Analogicznie, nie mówimy *surowica krwi*, tylko *surowica*, bo ta może być tylko we krwi. Czy szpik jest gdzieś poza kością? Czy czerniak może być niezłośliwy? Nie, wystarczy więc powiedzieć *szpik*, *czerniak*.

Co pan sądzi o języku ekonomii medycznej? O świadczeniach, świadczeniodawcach i świadczeniobiorcach.

Jestem przeciwny takim określeniom. To język urzędników, który dehumanizuje medycynę. Proces odczłowieczania niestety coraz bardziej się nasila.

Które błędy językowe przytrafiają się lekarzom najczęściej?

Błędnie używają poszczególnych odmian języka lekarskiego w nieodpowiednich sytuacjach. Na przykład do pacjenta mówią językiem naukowym, na sali operacyjnej używają języka potocznego, a na konferencji posługują się żargonem pokoju lekarskiego. To może skutkować brakiem porozumienia, powodować sytuacje niebezpieczne, a niekiedy nawet ośmieszać mówiącego.

Dlaczego lekarze powinni dbać o poprawność językową?

Język jest jednym z najważniejszych narzędzi ich pracy. Jest świadectwem wiedzy i kultury myślenia. ■

Prof. Müldner-Nieckowski jest autorem Lekarskiego Poradnika Językowego, dostępnego na www.lpj.pl. Znajdziemy tam wiele porad z zakresu poprawności językowej, prawidłowego pisania prac naukowych, a także unikatowy w skali światowej słownik skrótów nazw czasopism medycznych. Można też zadać pytanie autorowi i sprawdzić się, rozwiązując test językowy.

Kierunek pożądanie

Mariusz
Tomczak

Żeby zostać lekarzem, nie trzeba studiować w Warszawie czy w Krakowie. Co prawda nie brakuje przeciwników otwierania kierunku lekarskiego na uczelniach niemedycznych, w tym prywatnych, ale trend wydaje się oczywisty.



Zajęcia z anatomii
na Uniwersytecie Zielonogórskim

Nowa baza (powstały całkowicie nowe budynki: Zakładu Nauk o Człowieku oraz Przyrodniczo-Medycznego Centrum Badań Innowacyjnych, w którym prowadzone są prace badawczo-rozwojowe, także z udziałem studentów), mieszanka doświadczenia akademickiego (50 posiadaczy tytułu profesora lub habilitacji) oraz młodości (doktorzy nauk medycznych), a także bardzo chłonny rynek pracy w regionie – to w ocenie dr. Macieja Ulity najważniejsze argumenty za tym, aby przyszli lekarze studiowali w murach Uniwersytetu Rzeszowskiego. – Trwają rozmowy z władzami województwa, których finałem ma być powstanie Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego – podkreśla. We wrześniu marszałek województwa podkarpackiego, wojewoda i rektor UR prof. dr hab. Sylwester Czopek podpisali list intencyjny w tej sprawie. Miałby powstać w wyniku przekazania Wydziałowi Medycznemu przez samorząd Szpitala Wojewódzkiego nr 1 w Rzeszowie wraz z – jak poinformowała niedawno Polska Agencja Prasowa – Podkarpackim Centrum Onkologii i Podkarpackim Centrum Chorób Płuc. Studia w Rzeszowie ruszyły przed rokiem. Zajęciom z fizjologii i histologii próbuje nadać się nowatorską formułę poprzez wykorzystanie modeli komputerowych 2D i 4D, a w nauczaniu anatomii pomaga wirtualny komputerowy stół anatomiczny. – Całkowicie nowatorskimi są fakultatywne zajęcia z „mindfulness” na I roku oraz kształtowania własnego wizerunku, które pozwalają studentom nabyć umiejętności ważne w kontaktach z ich nauczycielami i przyszłymi pracodawcami, ale też z pacjentami – tłumaczy dr Ulita. Jego

zdaniem Rzeszów to miasto dobre i do studiowania, i do życia (nie tylko studentckiego), co ma potwierdzać fakt, że liczba kandydatów chcących zostać lekarzami była w roku akademickim 2016/2017 większa od tej z roku ubiegłego. Czy uczelnia pójdzie za ciosem i uruchomi kierunek lekarsko-dentystyczny? – Obecnie nie ma takich planów, aczkolwiek mamy świadomość, że rzeczywistość, w której funkcjonujemy, jest dynamiczna – tajemniczo dodaje rzecznik UR.

Kielce: 40 kandydatów na jedno miejsce

W 1,5 godziny z Kielc można dojechać zarówno do Warszawy, jak i do Krakowa, ale koszty studiowania w Świętokrzyskiem są o wiele niższe niż w stolicy kraju czy sercu Małopolski. Być może to jedna z przyczyn, dla której kierunek lekarski na Uniwersytecie Jana Kochanowskiego w Kielcach przeżywa obłęd. W tym roku akademickim o jedno miejsce walczyło ok. 40 kandydatów. – Zdecydowana większość z nich, 83 proc., jest spoza woj. świętokrzyskiego – wyjaśnia rzecznik prasowy UJK Piotr Burda. Limit miejsc na kierunek lekarski wynosi: 75 osób na studia stacjonarne i 50 osób na studia niestacjonarne. – W tym roku po raz pierwszy naukę w języku angielskim rozpoczęła 30-osobowa grupa studentów – mówi Burda. Otwarcie medycyny w Kielcach to efekt wieloletnich starań. Już w 2001 r., w ówczesnej Akademii Świętokrzyskiej, powstał Instytut Kształcenia Medycznego, kilka lat później przemianowany w Wydział Nauk o Zdrowiu. Kształcił na pięciu kierunkach: fizjoterapii, pielęgniarstwie, położnictwie, zdrowiu publicznym oraz ratownictwie medycznym. – Żaden kierunek nie daje uczelni takiego prestiżu jak lekarski – tymi słowami dziekan Wydziału Lekarskiego i Nauk o Zdrowiu prof. dr hab. Stanisław Głuszek zwrócił się do pierwszych studentów podczas pierwszej inauguracji roku akademickiego w październiku 2015 r. To on był pomysłodawcą uruchomienia medycyny w UJK. Zanim do tego doszło, za ponad 32 mln zł zbudowano nowoczesny obiekt o powierzchni 6 tys. m² (pomieścił m.in. pracownie i laboratoria, sale wykładowe, zakłady: Fantomów i Anatomii Prawidłowej) i wyposażono go w najnowszy sprzęt o wartości 7 mln zł. Zaplecze kliniczne kierunku lekarskiego stanowią: Wojewódzki Szpital Zespolony, Świętokrzyskie Centrum Kardiologii oraz Świętokrzyskie Centrum Onkologii. Kadre naukowo-dydaktyczną Wydziału Lekarskiego i Nauk o Zdrowiu tworzy 119 osób, w tym 12 profesorów tytularnych i 20 doktorów habilitowanych. Po raz ostatni lekarze zdobywali kwalifikacje w Świętokrzyskiem w 1991 r., kiedy prowadzono studia w filii krakowskiej Akademii Medycznej (najpierw działającej jako Zespół Nauczania Klinicznego, później w ramach Katedry Nauczania

FOTO: UZ

Klinicznego, przemianowanej w 1986 r. na Instytut Medycyny Klinicznej). W sumie od lat 70. do początku lat 90. ubiegłego wieku w Kielcach wykształcono ponad tysiąc lekarzy.

Ilu absolwentów wraca w rodzinne strony?

Wspólną odpowiedzią Uniwersytetu Zielonogórskiego oraz władz samorządowych województwa i miasta Zielona Góra na deficyt lekarzy w Lubuskim było stworzenie możliwości kształcenia na kierunku lekarskim. Z analiz sprzed kilku lat wynikało bowiem, że spośród osób zameldowanych w województwie tylko co trzeci absolwent studiów medycznych wraca w rodzinne strony. Studia ruszyły w roku akademickim 2015/2016, czyli równocześnie z uniwersytetami w Rzeszowie i Kielcach. – Rok temu mieliśmy 30 kandydatów na jedno miejsce, w tym roku 20 osób na miejsce – mówi rzecznik prasowy UZ Ewa Sapeńko. Trwa proces przekształcania Wojewódzkiego Szpitala Klinicznego w Zielonej Górze w Uniwersytecki Szpital Kliniczny, gdzie realizowane będzie kształcenie kliniczne, przygotowujący jest projekt Modułowego Centrum Symulacji Medycznej. Kadra naukowa tylko częściowo wywodzi się z tej uczelni, większość samodzielnych pracowników dołączyła z innych ośrodków akademickich. Zajęcia prowadzi też nauczyciele akademicy z Parku Naukowo-Technologicznego specjalizujący się w biologii molekularnej, inżynierii biomedycznej, informatyce medycznej i nanotechnologii czy fizyce medycznej. – Nie planujemy w najbliższym czasie uruchomienia kierunku lekarsko-dentystycznego – dodaje Sapeńko.

Pod koniec 2013 r. Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego złożyła pierwszy wniosek o przyznanie uprawnień do prowadzenia kształcenia na poziomie jednolitych studiów magisterskich na kierunku lekarskim. Uprawnienie z Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego otrzymała w połowie 2015 r. To pierwsza w Polsce niepubliczna uczelnia oferująca taką możliwość. – Proponujemy unikatowy, nowatorski program kształcenia opracowany z wykorzystaniem doświadczeń uniwersytetów kanadyjskich i amerykańskich – mówi dziekan Wydziału Lekarskiego prof. dr hab. Filip Gołkowski. Zajęcia kliniczne będą prowadzone m.in. w Szpitalu Rydygiera i Szpitalu św. Ludwika, ale uczelnia planuje budowę własnego szpitala klinicznego przy ul. Gustawa Herlinga-Grudzińskiego. – Wystąpiliśmy o warunki zabudowy i zagospodarowania terenu – dodaje dziekan. Akademia dysponuje 100 miejscami na studia w języku polskim (aplikowało ponad 200 osób) i identyczną liczbą miejsc na studia anglojęzyczne (taką możliwość wybrało ok. 30 osób). Pierwsi studenci rozpoczęli naukę kilka tygodni temu. Już w trakcie pierwszego semestru poznają problemy pacjentów Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Krakowie oraz Małopolskiego Hospicjum dla Dzieci. Uczelnia nie przymierza się do kształcenia przyszłych stomatologów.

Wiemy, kto będzie następny

Być może już od najbliższego roku akademickiego zobaczymy pierwszych studentów na kierunku lekarskim na Uniwersytecie Opolskim, na razie w liczbie 60.

W sierpniu uczelnia otrzymała zielone światło na powstanie kierunku lekarskiego. W latach 2017-2019 na inwestycje związane z utworzeniem tych studiów otrzyma 32 mln zł z budżetu Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego, a dodatkowo uczelnia zapewni wkład własny przekraczający 9 mln zł. Na potrzeby kształcenia przyszłych lekarzy zostanie zaadaptowany istniejący budynek, który powiększy się o dodatkową kondygnację. O ile nie opóźni się proces przetargowy, rozbudowa ruszy w styczniu. Jak mówi rzecznik prasowy UO Maciej Kochański, bazę kliniczną ma stanowić m.in. Wojewódzkie Centrum Medyczne. W szpitalach zarządzanych przez marszałka województwa zostaną wyodrębnione oddziały kliniczne (m.in. w Opolskim Centrum Onkologii, Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu, Wojewódzkim Specjalistycznym Zespole Neuropsychiatrycznym im. św. Jadwigi w Opolu). Ponadto jako baza posłużą szpitale powiatowe w Nysie, Krapkowicach oraz Strzelcach Opolskich. Wśród podstawowych argumentów przemawiających za uruchomieniem kierunku lekarskiego na Opolszczyźnie, rzecznik UO wymienia: brak kadry lekarskiej, migrację ludności oraz chęć podniesienia prestiżu uczelni. – Priorytetem dla nas jest obecnie kierunek lekarski, ale nie wykluczamy starań o inne kierunki medyczne i okołomedyczne – mówi Kochański pytany o to, czy uczelnia w przyszłości chciałaby postawić także na kształcenie stomatologiczne.

A może dyplom lekarski z prywatnej uczelni?

Przygotowania do uruchomienia nowych dziekanatów i procesu rekrutacji trwają w założonej na początku lat 90. niepublicznej Uczelni Łazarskiego w Warszawie. Cena studiów, które prawdopodobnie ruszą wiosną 2017 r., wyniesie ok. 40 tys. zł za rok nauki. – Zajęcia będą odbywały się w Centralnym Szpitalu Klinicznym Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz w wybranych szpitalach wojewódzkich i samorządowych – mówi prof. dr hab. Krystyna Iglicka-Okólska, rektor uczelni. Partnerem strategicznym UŁ jest m.in. Narodowy Instytut Leków, placówka ma ponadto współpracować z Polską Akademią Nauk. Rektor deklaruje, że przyszli studenci – prócz zgłębiania tajników medycyny – poznają prawo medyczne oraz nauczą się prowadzenia działalności gospodarczej, bo tego – w jej ocenie – w dzisiejszych czasach wymaga bycie lekarzem. – Jesteśmy otwarci na dalszy rozwój wydziału medycznego. W przyszłości na pewno będziemy chcieli rozwijać ofertę kierunków medycznych i okołomedycznych – podkreśla. W kolejce po zgodę na otwarcie kierunku lekarskiego czeka Uczelnia Warszawska im. Marii Skłodowskiej-Curie. Starania trwają od kilku lat. Już teraz kształci na kierunkach: zdrowie publiczne, pielęgniarstwo i ratownictwo medyczne. Wśród atutów, jak podano na stronie internetowej, jest wysokość czesnego: „Opłaty w tym zakresie charakteryzują się dużą stabilnością mimo zmieniających się uwarunkowań gospodarczych. Dzięki temu uczelnia stwarza możliwości podjęcia studiów również przez osoby, które mają niższe dochody”. Prywatna UWMSC powstała w 1997 r. Jednym z jej partnerów jest szpital w Wieliszewie. ■



**Romuald
Krajewski**

Kierownik
Ośrodka Studiów,
Analiz i Informacji
Naczelnej Izby
Lekarskiej



**Filip
Dąbrowski**

Przewodniczący
Komisji
ds. Młodych
Lekarzy NRL



Zadbajmy o naszych lekarzy

W tym roku w Europie obserwujemy „lekarską jesień”. Po serii protestów rezydentów w Wielkiej Brytanii i czerwcowym marszu Porozumienia Rezydentów w Polsce, we wrześniu odbyły się strajki w Norwegii i Francji oraz demonstracja Porozumienia Zawodów Medycznych w Polsce.

Koledzy za granicą strajkują – łącznie z odejściem od łóżek pacjentów – ponieważ nie godzą się na warunki pracy i płacy. To, co oni uznają za nieznośną sytuację, my mamy na naszych transparentach jako postulaty. Młodzi ludzie, stanowiący najliczniejszą grupę na manifestacji, doskonale znają sytuację w Europie. Wiedzą, że ich wiedza i umiejętności, nawet na początku kariery, są poszukiwane. Wielu z nich było na stażach, kursach i konferencjach. Mają przyjaciół, którzy w każdym mailu dopytują się, kiedy wreszcie przyjadą, bo trzymają dla nich miejsce na wymarzonej specjalizacji. Firmy „łowców głów” oferują pomoc w znalezieniu mieszkania i darmowe kursy językowe. Granice są otwarte i nic nie stoi na przeszkodzie.

Jak wynika z danych z Centralnego Rejestru Lekarzy, coraz więcej osób pobiera zaświadczenia potrzebne do uznania kwalifikacji w krajach Unii Europejskiej. Ci, którzy wyjeżdżają do Norwegii, krajów arabskich czy Stanów Zjednoczonych, takich zaświadczeń nie potrzebują. Ilu ich jest? Patrząc na dane, że w powiecie toruńskim, wrocławskim czy bydgoskim (miasta uniwersyteckie, ogromne centrum onkologii!) liczba lekarzy jest zdecydowanie bliższa 1 niż krajowej średniej 2,2/1000 mieszkańców, można zaryzykować twierdzenie, że wielu.

Niedofinansowany system publiczny nie może zapewnić satysfakcjonującej pracy specjalistom, którzy w poszukiwaniu godnych zarobków i możliwości praktykowania nowoczesnej medycyny odpływają do sektora prywatnego. W znacznym stopniu ogranicza to dostępność do świadczeń gwarantowanych dla biedniejszej części społeczeństwa. Polacy wydają rocznie ponad 35 mld zł (2013 r.) na koszty opieki zdrowotnej. Stanowi to równowartość prawie połowy budżetu NFZ, który w 2017 r. ma wynieść 77 mld zł. Jak podają w badaniach opinii społecznej, płacą sami za świadczenia, głównie z powodu trudności z dostępem w systemie publicznym.

Podczas posiedzenia 4 października sejmowa komisja zdrowia odrzuciła poselską poprawkę do zmian w ustawie o zawodzie lekarza, znacząco podnoszącą wynagrodzenia rezydentów i specjalistów. Pyrrusowym zwycięstwem jest fakt, że taką poprawkę w ogóle zgłoszono. Nikogo z nas nie dziwi, że budżet państwa broni się przed dodatkowymi wydatkami. Ale pensja młodego lekarza w Polsce (2045 zł, czyli 471 euro netto) i w Niemczech (4800 euro netto; Polska – Niemcy 1:10) jest nadal nieproporcjonalnie niska. Jeśli porównamy nakłady na ochronę zdrowia (627 euro/osobę Polska, 3548 euro Niemcy; Polska – Niemcy 1:5,4), widać, że polscy lekarze

są zdecydowanie gorzej wynagradzani. Jednak lekarz w Polsce ma taką samą odpowiedzialność za chorych jak jego niemiecki kolega, zaś pracuje więcej i w znacznie trudniejszych warunkach.

Czy możemy liczyć na jakieś zmiany? Bez wzrostu nakładów nie sposób poprawić sytuacji publicznego systemu ochrony zdrowia. Nazwanie go narodowym i podobne zmiany nie skrócą kolejek, nie wyremontują oddziałów i nie zapewnią podwyżek dla personelu. Ministerstwo Zdrowia pod kierownictwem Konstantego Radziwiłła ma tego świadomość, ale decyzje o istotnych zmianach, zwłaszcza w finansowaniu, zapadają gdzie indziej. Ministerstwo stara się wprowadzać zmiany, które nie wymagają nakładów.

Przykładem takiej zmiany jest procedowane w parlamencie przywrócenie stażu podyplomowego. Po wielu latach funkcjonowania staż podyplomowy wciąż jest potrzebny, ale musi być zmieniony. Istotne jakościowo zmiany nie odbędą się bez zwiększenia finansowania. Opieka nad młodym lekarzem wymaga czasu, uwagi i wysiłku. Jeżeli ma być traktowana poważnie, nie może pozostać bez wynagrodzenia. Pieniądze powinny trafiać nie tylko do koordynatora stażu, ale przede wszystkim do bezpośrednich opiekunów na oddziałach i w salach operacyjnych. Dobrej jakości kursy, które powinny obejmować tematykę wspólną dla wszystkich specjalizacji (zdrowie publiczne, podstawy epidemiologii, prawo medyczne, umiejętności społeczne), tak aby nie musiały być powtarzane przez rezydentów, muszą być przygotowane przez dobrych fachowców. Nawet najdoskonalsze kursy muszą przechodzić regularną ewaluację i ocenę, podobnie jak miejsca odbywania stażu. To wszystko wymaga nakładów. Mówienie, że nie jest źle, że tak musi być, że trzeba uszczelnić i racjonalizować, nie poprawi sytuacji i nikogo już nie przekona.

Nasz samorząd już obecnie przeznaczając znaczną część środków pochodzących z naszych składek na doskonalenie zawodowe, kursy potrzebne do specjalizacji, organizację stażu. Jednym z wielu zadań samorządu jest ułatwianie rozwoju zawodowego i stwarzanie warunków zachęcających do pracy w Polsce. Chcielibyśmy to robić w znacznie większym zakresie, ale to też wymaga dodatkowych środków i oczekujemy, że troska państwa o zdrowie obywateli i jakość ochrony zdrowia, tak często wyrażana w formie politycznych obietnic, zamieni się z wydawania niekończących się zarządzeń i regulacji na rzeczywiste wsparcie.

W dyskusjach o sytuacji polskich lekarzy zawsze trzeba powtarzać to, co już dawno mówili nam koledzy z kraju, który u nas na pewno jest postrzegany jako rodzaj medycznego raju. „Dbajcie o swoich lekarzy, bo inaczej nie będziecie ich mieli”. W Szwajcarii zabrakło lekarzy, ale było wielu, którzy chcieli tam przyjechać. Do Polski przyjeżdża bardzo niewiele. Musimy więc o naszych lekarzy naprawdę się zatroszczyć. ■

Więcej o patomorfologii

**Anna
Nasierowska-
Guttmejer**

Prof. dr hab. n. med.,
prezes Polskiego
Towarzystwa
Patologów
w latach
2010-2016,
kierownik Zakładu
Patomorfologii CSK
MSWiA
w Warszawie

Artykuł „Patomorfologia potrzebuje zmian” opublikowany w „Gazecie Lekarskiej” jest kolejnym bardzo ważnym głosem w medycznym czasopiśmie na temat konieczności wprowadzenia zmian w patomorfologii. Zarząd PTP wybrany na lata 2016-2019 stał się kontynuatorem opracowanego programu poprawy sytuacji w patomorfologii w okresie 2010-2016, co niestety niedostatecznie zostało omówione i powiedziane w artykule.

W latach 2010-2016 Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Patologów (PTP), we współpracy z onkologicznymi towarzystwami naukowymi, podjął się określić priorytetowe kierunki zmian prowadzących do poprawy diagnostyki patomorfologicznej i sytuacji lekarzy patomorfologów. Pierwszym krokiem było prowadzenie edukacji w formie warsztatów mikroskopowych oraz przygotowanie ze środków Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych konferencji szkoleniowej i edycja „Zaleceń do diagnostyki histopatologicznej nowotworów” w 2013 r. uwzględniających zalecenia amerykańskie (College of American Pathologists). Opracowane zalecenia PTP są podstawą do standaryzacji i poprawy jakości raportów patomorfologicznych. Kolejnym krokiem było uczestniczenie patomorfologów w przygotowaniu dokumentu „Strategia Walki z Rakiem” pod kierunkiem prof. Jacka Jassemę. W zaktualizowanej w 2016 r. wersji dokumentu uwzględniono uwagi i propozycje zgłoszone przez członków Krajowej Rady ds. Onkologii oraz towarzystwa naukowe i organizacje pozarządowe oraz sygnatariuszy Strategii Walki z Rakiem w Polsce 2015-2024, w tym PTP. Zaktualizowany do-

kument został przekazany Ministrowi Zdrowia, Panu Konstantemu Radziwiłłowi 28 czerwca br. Dokument został opublikowany w lipcu 2016 r., a Ministerstwo Zdrowia rozpoczęło prace nad jego wdrożeniem. Współpraca patomorfologów ze środowiskiem onkologów zaowocowała włączeniem diagnostyki patomorfologicznej nowotworów jako jednego z dziewięciu priorytetowych działań. Uzupełniono dokument o Działanie nr 23,2 na stronie 92 dotyczące diagnostyki patomorfologicznej w następującym brzmieniu: „Najbardziej istotne jest zapewnienie stabilnej jakości i zakresu diagnostyki poprzez stworzenie systemu akredytacji i kontroli zakładów patomorfologii opartych na przestrzeganiu publikowanych zaleceń, certyfikacji procedur i obowiązkowego stosowania ujednoliconych raportów patomorfologicznych. Informatyzacja zakładów patomorfologii pozwoli na implementację raportów patomorfologicznych w wersji elektronicznej, z jednoczesną możliwością przekazywania danych do Krajowego Rejestru Nowotworów. Poprawie jakości diagnostyki patomorfologicznej służyć też powinno wydzielenie jej wyceny z innych procedur klinicznych”. Realizacja wymienionego działania przewidziana jest na IV kwartał 2017 r. Wymienione kierunki poprawy diagnostyki patomorfologicznej zostały sprecyzowane jako konieczne i niezbędne w „Strategii poprawy sytuacji w patomorfologii” opracowanej przez zespół ekspertów patomorfologów po spotkaniu z Ministrem Krzysztofem Łandą w marcu 2016 r. Harmonogram opracowanych działań zdefiniowano w siedmiu punktach: 1) Określenie wymogów, jakie powinny spełniać jednostki patomorfologii. 2) Zatwierdzenie zaleceń PTP dotyczących algorytmów diagnostycznych, ujednoliconych raportów i zaleceń do badania makroskopowego. 3) Uznanie patomorfologii jako dziedziny priorytetowej w systemie ochrony zdrowia. 4) Wyodrębnienie i uwzględnienie procedur patomorfologicznych w cenniku NFZ. 5) Doposażenie zakładów patomorfologii w sprzęt i systemy informatyczne proponowane w projekcie zgłoszonym do finansowania przez Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych. 6) Stworzenie systemu akredytacji i kontroli jakości zakładów/pracowni patomorfologicznych oraz wprowadzenie stopni referencyjności zakładów patomorfologii. 7) Systematyczna integracja kooperacji patomorfolog-klinicysta zwłaszcza w systemie opieki zdrowotnej zwłaszcza w systemie szybkiej diagnostyki onkologicznej. Działania ZG PTP (2010-2016) były konsultowane w środowisku patomorfologów. ■



Nobel za autofagię

Co roku wraz z rozpoczęciem roku akademickiego nasilają się spekulacje i prognozy dotyczące kandydatów do Nagród Nobla. Na giełdzie nazwisk pojawia się wielu znakomitych naukowców typowanych w oparciu o różne kryteria parametryczne, takie jak liczba cytowań czy index Hirscha.

W tym kontekście tegoroczna Nagroda Nobla w dziedzinie medycyny i fizjologii była sporym zaskoczeniem. Prof. Yoshinori Ohsumi z Tokijskiego Instytutu Technologicznego został indywidualnie nagrodzony za badania nad mechanizmem autofagii (autofagia pochodzi z języka greckiego i oznacza dosłownie samozjadanie).

W kontekście tegorocznej nagrody warto zwrócić uwagę, że pojęcie autofagii wprowadził belgijski naukowiec Christian de Duve w latach 60. XX w. i oznacza ono uniwersalny mechanizm komórkowy polegający na eliminowaniu różnych zużytych lub uszkodzonych fragmentów i składników komórki, bez konieczności wejścia na drogę apoptozy. W warunkach autofagii przeznaczony do usunięcia składnik cytoplazmy oplaszczany jest podwójną błoną zwaną fagoforem, która wytwarza pęcherzyk zwany autofagosomem. W kolejnym etapie dołączają się lizosomy odpowiedzialne za trawienie zamkniętej w pęcherzyku treści. Za odkrycie lizosomu, czyli pęcherzyka zawierającego enzymy zdolne do trawienia białek, węglowodanów i tłuszczów de Duve został nagrodzony Nagrodą Nobla w dziedzinie fizjologii i medycyny już w roku 1974.

Degradowane na drodze autofagii składniki komórki, np. uszkodzone i obce białka, mitochondria, elementy błon cytoplazmatycznych, rozkładane są na proste związki organiczne, które mogą być ponownie wykorzystywane przez komórkę lub magazynowane w wakuoli. Autofagia bywa więc nazywana recyklingiem komórkowym.

Wcześniejsze badania, również nagrodzone Nagrodą Nobla, skupione były na poznaniu proteasomu – systemu odpowiedzialnego za proteolizę zależną od ubikwityny (Aaron Ciechanover, Avram Hershko oraz Irwin Rose otrzymali Nagrodę Nobla w dziedzinie chemii w roku 2004). Jednakże proteasom degraduje jedynie stosunkowo proste białka. Złożone kompleksy białkowe, a także organelle czy błony komórkowe nie są trawione przez lizosomy i w tych sytuacjach za usuwanie niepotrzebnych składników komórki odpowiedzialny jest proces autofagii.

W początku lat 90. XX w. Yoshinori Ohsumi, wykorzystując do badań komórki drożdży, zidentyfikował kilkanaście genów o kluczowym znaczeniu dla autofagii, z których większość jest konserwatywna u innych organizmów.

Przyczyniło się to do wyjaśnienia mechanizmu autofagii u drożdży, a także wykazania, że podobne procesy zachodzą w komórkach człowieka.

Dzięki m.in. badaniom Yoshinori Ohsumi wiadomo obecnie, że autofagia jest ewolucyjnie konserwatywnym procesem występującym we wszystkich komórkach eukariotycznych, aktywowanym w odpowiedzi na niedobór czynników odżywczych, uszkodzenia powodowane przez toksyny komórkowe, stres oksydacyjny i inne czynniki indukujące rozwój i różnicowanie. W warunkach fizjologicznych występuje ona w niewielkim stopniu w większości tkanek. Przyczynia się do adaptacji komórek do warunków stresowych i tym samym do ich przeżycia.

Autofagia kontroluje ważne funkcje fizjologiczne, związane z usuwaniem i wykorzystaniem ponownym do celów energetycznych bądź strukturalnych, rozłożonych na proste związki organiczne usuwanych składników. Ma to szczególne znaczenie w warunkach niedoboru składników spowodowanych np. stresem oksydacyjnym. W warunkach infekcji komórka wykorzystuje ten proces do unieszkodliwiania bakterii czy wirusów. Autofagia stanowi również mechanizm obronny komórki, zapobiegając skutkom starzenia.

Wykazano podwyższony poziom autofagii w neurodegeneracyjnej chorobie Parkinsona. Spadek intensywności tego procesu dowiedziono natomiast w niektórych nowotworach, chociaż inne badania wskazują na wzrost przeżywalności komórek nowotworowych w warunkach stresowych (promieniowanie jonizujące) spowodowany najprawdopodobniej eliminowaniem uszkodzonych organelli na drodze autofagii.

Prace zapoczątkowane w laboratorium prof. Ohsumi pozwoliły na określenie roli autofagii w regulacji niekontrolowanego podziału komórek nowotworowych w powiązaniu z genem supresorowym nowotworów beklina 1, uczestniczącym w procesie formowania autofagosomu. Udowodniono, że zaburzenie funkcji genu beklina 1 prowadzi do podwyższonej kancerogenezy w komórkach myszy, a spadek poziomu kodowanego przez ten gen białka jest skorelowany z rozwojem nowotworów piersi.

Odkrycia prof. Ohsumi mają niewątpliwie, oprócz znaczenia poznawczego, ogromny potencjał aplikacyjny w zrozumieniu i kontrolowaniu procesów, neurodegeneracji, nowotworzenia czy starzenia. ■



**Lucyna
Woźniak**

Prof. dr hab. n. med.,
kierownik
Zakładu Biologii
Strukturalnej,
prorektor
ds. Nauki
i Współpracy
z Zagranicą,
Uniwersytet
Medyczny w Łodzi



Doktor Esperanto – Ludwik Zamenhof (1859-1917)

**Andrzej
Grzybowski**

Prof. dr hab.
n. med.,
Katedra Okulistyki,
Uniwersytet
Warmińsko-
-Mazurski
w Olsztynie,
Oddział Okulistyki,
Szpital Miejski
w Poznaniu

**Aleksandra
Pieta**

Wydział Nauk
Medycznych,
Uniwersytet
Warmińsko-
-Mazurski
w Olsztynie

Od wieków podejmowano próby stworzenia języków globalnych i uniwersalnych, mających ułatwić ludziom porozumiewanie się. W ten sposób powstało ponad 200 sztucznych języków, a najpopularniejszym z nich został esperanto, opracowany w 1887 r. przez polsko-żydowskiego lekarza okulistę Ludwika Zamenhofa.

Ludwik Łazarz Zamenhof przyszedł na świat 5 grudnia 1859 r. w Białymstoku, znajdującym się wówczas na terenie Imperium Rosyjskiego. Dzieciństwo spędzone w społeczności złożonej z Żydów, Rosjan, Polaków i Niemców sprawiło, że już w wieku 14 lat Ludwik władał biegle czterema językami, znał także podstawy hebrajskiego, białoruskiego, angielskiego, francuskiego, greckiego oraz łaciny. Wówczas w Białymstoku multikulturowe środowisko wymagało znajomości języków obcych na każdym kroku: wśród inteligencji posługiwano się polskim, większość wykwalifikowanych rzemieślników mówiła po niemiecku, kupcy i handlarze – jidysz, rolnicy mówili po białorusku, natomiast oficjalnym językiem urzędowym pozostawał rosyjski. Życie na terenie objętym konfliktem skłoniło go do pracy na rzecz tolerancji, głównie poprzez stworzenie międzynarodowego uniwersalnego języka, uważał bowiem, że głównym źródłem nieporozumień i sporów między ludźmi jest bariera językowa.

Studia medyczne rozpoczął za namową ojca w 1879 r. w Moskwie, ponieważ jakoś kształcenia w Polsce, oferowana między innymi przez Carski Uniwersytet Warszawski, była znacznie niższa. Już na pierwszym roku wyróżnił się na egzaminie z okulistyki, co było dowodem na jego zainteresowanie tą dziedziną od początku studiów. W 1881 r., po zamachu na cara Aleksandra II, częściowo z powodu trudnej sytuacji finansowej ojca, a częściowo ze względu na narastający antysemityzm, przeniósł się do

Warszawy i ukończył studia na Wydziale Lekarskim w 1885 r. W tym samym roku rozpoczął pracę jako lekarz ogólny na Litwie, w miejscowości Wiejsieje. Potem powrócił do Warszawy, aby rozpocząć specjalizację z okulistyki. Podjął naukę w Szpitalu Żydowskim w Warszawie pod nadzorem Zygmunta Kramsztyka (1849-1920), okulisty polsko-żydowskiego pochodzenia, a także ważnego członka Polskiej Szkoły Filozofii Medycyny. Następnie kontynuował kształcenie w Wiedniu u boku sław takich jak Carl Stelwag von Carion (1823-1904) oraz Ernst Fuchs (1851-1930). W kolejnych latach pracował w wielu miejscach: zarówno na Ukrainie, Białorusi (Grodno) i w Polsce (Płock), jednak z trudem zarabiał na życie. W 1897 r., dzięki pomocy teścia, otworzył prywatną praktykę okulistyczną w Warszawie.

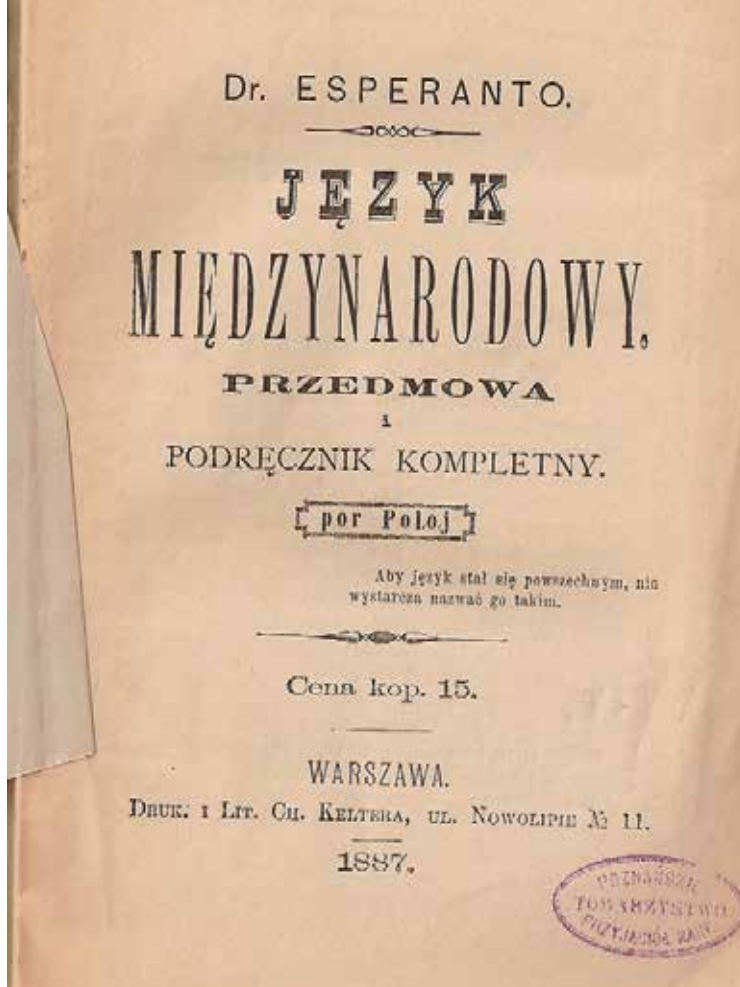
Równolegle do kariery medycznej, Zamenhof nieustannie pracował nad udoskonalaniem i rozpowszechnianiem stworzonego przez siebie sztucznego języka. Po latach pracy opublikował podręcznik „Lingvo Internacia” (1887) pod pseudonimem Doktor Esperanto („mający nadzieję”), który stał się nazwą dla nowego języka. Główną przyczyną popularności esperanto była jego łatwość. Podstawowa wersja tego języka składała się z 16 prostych reguł gramatycznych oraz zaledwie 900 słów, jednak do dzisiaj utworzono około 15 tys. nowych wyrazów, zgodnie z zasadami zaproponowanymi przez jego twórcę. Pomimo tego, że jest on w dużej mierze oparty na językach indoeuropejskich, obszar jego użytkowania znacząco wykracza poza

granice Europy. W latach 70. XX w. uczono go w 600 szkołach na całym świecie, kształcąc w ten sposób około 20 tys. uczniów rocznie. W języku esperanto powstało około 100 czasopism, w tym 7 o tematyce medycznej, a także ponad 7,5 tys. książek, w tym tłumaczenia dzieł takich jak „Hamlet” Szekspira, „Baśnie” Andersena czy sztuki Molière’a, Goethego oraz Gogola.

Za swoją działalność na rzecz pokonywania barier międzykulturowych Zamenhof był 14-krotnie nominowany do Pokojowej Nagrody Nobla. Został również uhonorowany francuską Legią Honorową oraz hiszpańskim Orderem Izabeli Katolickiej. Ponad 1000 miejsc na całym świecie nosi nazwę na jego cześć, z czego więcej niż 100 znajduje się w Polsce. Nazwiskiem lekarza nazwano nawet niewielką planetę (Planeta 1462, Zamenhof) odkrytą w 1938 r.

Zamenhof pochodził z wielodzietnej rodziny. Miał cztery siostry: Sarę, Fanię, Augustę i Idę oraz czterech braci, również związanych z medycyną: farmaceutę Feliksa, dermatologa Henryka, otolaryngologa Leona i chirurga ogólnego Aleksandra. Ponadto dwoje z trojga jego dzieci: córka Zofia i syn Adam, również zostali lekarzami.

Ludwik Zamenhof zmarł 14 kwietnia 1917 r. w Warszawie, gdzie został pochowany na Cmentarzu Żydowskim przy ulicy Okopowej. ■





**Maria
Domagała**

Jak walczyć z cukrzycą? Zapobiegając

Przez ostatnie trzy dekady liczba chorych na cukrzycę wzrosła na świecie czterokrotnie. To skutek trybu życia, diety, małej aktywności, starzenia się społeczeństw. Wydatki na leczenie cukrzycy i jej powikłań rosną jeszcze szybciej. Skuteczniejsza walka z nią jest możliwa, a wielkie koszty dałoby się ograniczyć – pod warunkiem, że walkę będzie prowadził cały świat, pod wspólnym hasłem: „zapobieganie”.

Na cukrzycę choruje już 8,5 proc. światowej populacji – 422 mln (w 1980 – 108 mln: 4,7 proc. dorosłych). Są to głównie zachorowania na cukrzycę typu 2, co ma związek z epidemią otyłości. W jednym tylko 2012 r. zmarło z powodu cukrzycy i jej powikłań 3,7 mln ludzi, blisko połowa przed 70. r.ż. Zachorowalność wzrasta szybciej w krajach biednych i umiarkowanie biednych, śmiertelność przed siedemdziesiątką jest tam ponad dwukrotnie wyższa niż w zamożniejszych (Europa: 55,7/100 tys., Bliski Wschód: 140/100 tys.). To oznacza, że kraje te będą bardziej obciążone wydatkami generowanymi przez cukrzycę.

Powyższe dane sygnalizują zróżnicowane możliwości w zakresie prewencji i kontroli cukrzycy, jakimi dysponują kraje poszczególnych regionów świata. Czynnikiem różnicującym jest głównie zamożność i poziom rozwoju¹.

Nierówne szanse bogatych i biednych

Wyspecjalizowane struktury do walki z cukrzycą istnieją w wielu krajach; są narodowe programy, badania populacyjne, wytyczne i standardy. Ale ich realizacja uwarunkowana jest względami ekonomicznymi. Istnienie ogólnokrajowych zaleceń i standardów kontroli cukrzycy deklaruje 126 krajów, pełne ich wdrażanie – prawie połowa, z których ponad dwie trzecie to kraje średniozamożne i zamożne. Działania polityczne podejmuje 31 proc. krajów – w większości o wysokich dochodach. Operacyjne programy na rzecz ograniczania wybranych czynników ryzyka ma 70-85 proc. krajów świata (ale np. tylko 50 proc. krajów Bliskiego Wschodu); częściej dotyczą one aktywności fizycznej i właściwego odżywiania (70 proc.), znacznie rzadziej przeciwdziałania otyłości. W krajach rozwijających się promocję zdrowia prowadzi się wyrywkowo

i niekonsekwentnie. Mniej niż połowa krajów przeprowadziła w ciągu ostatnich pięciu lat badania populacyjne na obecność cukru we krwi. Najlepiej to wygląda w regionie Zachodniego Pacyfiku (80 proc. krajów), najgorzej w regionie Bliskiego Wschodu (25 proc.).

Dostępność na poziomie POZ pomiarów masy ciała, cukru we krwi i białka w moczu deklaruje tylko 1/3 krajów ubogich i średnio-ubogich, 2/3 średniozamożnych i wszystkie zamożne. Ogólna dostępność insuliny w opiece podstawowej jest dwukrotnie wyższa w Amerykach i Europie (90 proc.) niż w Afryce i Wschodniej Azji (40 proc.). Metformina i sulfonilomocznik są powszechnie dostępne w 90 proc. krajów bogatych; bardzo nieliczne ubogie deklarują dostępność obu. Tylko w jednym na trzy kraje o niskich i średnich dochodach metody i sprzęt do kontroli cukrzycy są dostępne w przychodniach ogólnych. Podstawowe technologie i zasoby (ludzkie, sprzętowe, leki) są obecne w tych placówkach lub aptekach połowy krajów świata. Mniej niż połowa natomiast ma rejestry cukrzycy, tylko w 14 proc. krajów rejestry obejmują całą populację, w 19 proc. – pacjentów szpitalnych.

Strategia dla wszystkich (także najuboższych)

Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization, WHO) od 1980 r. w swoich raportach² apeluje do rządów o realizację konkretnych działań z zastosowaniem sprawdzonych narzędzi³. Ich zaletą i siłą jest to, że są stosunkowo proste i nie wymagają wielkich nakładów. Mogą je wdrażać nawet kraje ubogie i rozwijające się. Kraje zamożne również chętnie wykorzystują strategię skuteczne i efektywne kosztowo.

Oto one:

1. Zapobieganie. Współczesna medycyna nie potrafi zapobiegać cukrzycy typu 1, ale może zapobiegać cukrzycy typu 2, a zapobieganie powikłaniom i przedwczesnej śmierci jest możliwe w obu typach. W profilaktyce chodzi o zapewnienie dobrego zdrowia każdemu – czy ma cukrzycę, czy nie. Szczególnie jest ważna we wczesnych latach życia, gdy kształtują się zwyczaje i nawyki; to najlepszy okres do ograniczenia ryzyka otyłości i cukrzycy typu 2 (i innych chorób) w późniejszym okresie życia.

Nie wystarczy jednak pojedynczy program czy kampania, konieczne jest całościowe podejście z udziałem wszystkich sektorów: handlu, rolnictwa, finansów, transportu i urbanistyki, ponieważ zdrowie może być wzmacniane lub osłabiane na każdym z tych pól. Chodzi o zredukowanie wpływu tych czynników ryzyka cukrzycy, które można modyfikować (nadwaga, brak ruchu, zła dieta). Na palenie tytoniu można wpłynąć przez politykę podatkową, działania prawne, edukacyjne (dzięki nim od 2005 r. na świecie zanotowano istotny spadek konsumpcji tytoniu). Poprawę odżywiania we wczesnym dzieciństwie przyniosła akcja „1000 dni” (czas od ciąży do końca 2. r.ż. dziecka), czyli właściwe odżywianie w ciąży, karmienie piersią, niepodawanie dziecku substytutów mleka matki. Możliwy jest wpływ na konsumpcję przez regulacje cenowe: np. wyższe akcyzy na produkty zawierające dużo tłuszczu i cukru. Promocja aktywności, zwłaszcza wśród dzieci, sprzyja zdrowemu trybowi życia.

2. Prewencja w grupach ryzyka, czyli działania skierowane do osób ze stanem przedcukrzycowym. Badania w USA (Diabetes Prevention Program), Finlandii (Finnish Diabetes Prevention Study), Chinach (Chinese Da Qing Study) pokazują, że aktywne interwencje trwające 2-6 lat dają poprawę wyników (glikemia, ciśnienie krwi) ze skutkiem widocznym przez 10-20 lat, także po odstawieniu leków. Według licznych badań interwencje farmakologiczne są mniej efektywne niż zmiana diety i aktywność. Przykładem może być Meksyk, gdzie zachorowalność na cukrzycę jest największa z krajów OECD, a zarazem największe jest spożycie słodzonych napojów gazowanych na mieszkańca. W 2014 r. opodatkowano te produkty, ich cena wzrosła o ponad 10 proc. Po zaledwie roku spadek konsumpcji jest większy niż oczekiwano.

Do oszacowania ryzyka w grupach osób zagrożonych cukrzycą opracowano różne narzędzia. Najprostsze to pomiar poziomu cukru we krwi, ale są też inne wskaźniki. Fińska skala FINRISK dla oceny ryzyka cukrzycy bierze pod uwagę wiek, BMI, obwód talii, zażywanie leków nadciśnieniowych, poziom cukru we krwi, aktywność fizyczną, dzienne spożycie warzyw i owoców. Australijski AUSDRISK szacuje ryzyko rozwoju cukrzycy

w ciągu 5 lat; poza wskaźnikami z fińskiej skali uwzględnia płeć, rasę, rodzinną historię cukrzycy, palenie. Uproszczona skala indyjska IDRS uwzględnia wiek, obwód talii, historię rodzinną i aktywność fizyczną. Skala jest szczególnie przydatna przy bardziej ograniczonych zasobach.

Narzędzia te są łatwe do stosowania w opiece podstawowej. Systematyczna kontrola grup ryzyka w POZ daje dobre skutki. Nawet jeśli w danym kraju nie prowadzi się badań przesiewowych, czyli brak „systemu wczesnego wykrywania”, placówki POZ wychwycą osoby z wysokim ryzykiem, wobec których można podjąć poradnictwo w zakresie (co najmniej) redukcji masy ciała, aktywności i niepalenia.

3. Wczesna diagnoza – to ona sprawia, że z cukrzycą można prowadzić dobre życie. Im dłużej choroba jest nieleczone, tym mniej skuteczne będzie leczenie. Standardem w placówkach POZ powinien być pomiar stężenia cukru we krwi plus schemat postępowania „ścieżka pacjenta” (diagnoza, skierowanie do specjalisty, prowadzenie w POZ, okresowe badania specjalistyczne i zapobieganie powikłaniom, leczenie). Przy zdiagnozowanej cukrzycy – seria prostych i tanich interwencji: kontrola glikemii plus dieta, ćwiczenia, jeśli trzeba – farmakoterapia; kontrole ciśnienia krwi i cholesterolu (w celu ograniczenia ryzyka ChUK i innych powikłań), regularne badanie wzroku, nerek, stanu stóp, aby jak najwcześniej wdrożyć leczenie.

4. Kontrola i organizacja opieki – procedury związane z diagnozą i codzienną kontrolą powinny być dostępne w opiece podstawowej, skoordynowanej ze specjalistyką (jw.). Tymczasem w większości ubogich i średnioubogich krajów nie są powszechnie dostępne nie tylko leki (insulina i doustne leki przeciwcukrzycowe, podstawowe środki na nadciśnienie itp.), ale również technologie do prewencji i diagnostyki.

Poza lekami warunkiem skutecznej opieki są standardy postępowania, jednoznaczne kryteria kierowania do specjalisty, opieka zintegrowana (przy współistnieniu innych chorób). Niezbędna jest edukacja pacjentów, by rozumieli zasady terapii, sens zaleceń i chcieli się do nich stosować. To także działanie niskokosztowe (zwłaszcza edukacja grupowa), podobnie jak wyżej wymienione. Tymczasem w wielu krajach biednych pacjenci przyjmujący insulinę nie prowadzą kontroli glikemii ze względu na brak umiejętności i sprzętu, a także – co jest paradoksalne – brak środków. Osoby z cukrzycą powinny być pod opieką zespołu specjalistów – poza lekarzem i pielęgniarką, także dietetyka, położnika, chirurga, okulisty, fizjoterapeuty. W wielu regionach świata taki zespół jest nieosiągalny, ale – podkreślają raporty WHO – są inne rozwiązania, np. doszkalanie pracowników, którzy świadczą opiekę.

To nie kosztuje dużo, a może przynieść dużą poprawę kontroli epidemii cukrzycy. ■

¹ Noncommunicable Disease Country Capacity Survey (NCD CCS) 2015 (informacje z 177 krajów członkowskich WHO, reprezentujących 97 proc. ludności świata). Z tego opracowania pochodzą wykorzystane tu dane.

² Najnowszy: Global report on diabetes WHO 2016.

³ WHO PEN – Package of Essential Noncommunicable Disease Interventions for Primary Health Care in Low-Resource Settings. WHO 2010.



Joanna
Sokołowska



Topinambur

Takie w Polsce są zwyczaje, że każde rodzinne spotkanie towarzyskie w swój rytuał ma wpisaną zasiadaną kolację z dyskusją w charakterze dania głównego.

Jak powszechnie wiadomo, jako nacja swobodnie poruszamy się w dowolnej tematyce rozmów – od dość neutralnych zagadnień uprawy pszenżyta po, wymagające wykazania się najnowszą wiedzą, problemy technologicznych ograniczeń lotów kosmicznych. Punkty obowiązkowe tych biesiadnych sporów – zdrowie, kondycja polskiej reprezentacji piłki nożnej i polityka – budzą emocje mogące podzielić wasze zgodne rodzinne stadło na lata. A że naród tej jesieni wydaje się szczególnie mocno skłócony i zantagonizowany, wcale nie będzie konieczna obecność Cioci, przybywającej na rodzinne spotkanie ze znacznikiem KOD-u w kłapie garsonki, żeby wywołać bitwę (oby tylko słowną), godną Capulech i Montecchich. Zdrowe żywienie, przywiązanie do tradycji i kultury, zjednoczona Europa i reforma edukacji – musicie być przygotowani na te i jeszcze wiele innych tematów tego konwersacyjnego turnieju. Jako przedstawiciele zawodu, wciąż mimo wszystko, obdarzonego powszechnym szacunkiem, będziecie zaś testowani przez krewnych i znajomych z wyjątkowym okrucieństwem i determinacją. A ponieważ nadchodzą miesiące wzmożonej aktywności towarzyskiej – wszystkie Jadwigi, Teresy, Barbary i Katarzyny, długie weekendy listopadowe, że o Andrzejkach, Bożym Narodzeniu i Sylwestrze nie wspomnę – okazji będzie bez liku.

Pomyślcie jednak po lekarsku – przede wszystkim profilaktyka! Jako osoby zawodowo przecież obda-

rzzone umiejętnością łagodzenia wszelakich dolegliwości i uśmierzania bólu różnego pochodzenia, możecie zapobiegać takim towarzyskim katastrofom i gasić niefrasobliwie rozniecone rodzinne pożary. Wymaga to od Was jedynie odrobiny poczucia humoru i dystansu, także do własnej osoby. Wystarczy bowiem mieć w zanadru temat, który skieruje rozmowę na inny tor. Im bardziej abstrakcyjny będzie przedmiot dyskusji, tym większa szansa na to, że spotkanie zapisane zostanie w rodzinnych annałach jako wyjątkowo udane.

Jeszcze niedawno poleciłabym Wam swój sprawdzony wielokrotnie sposób przerywania kłótni – metodę „na cyklistę”. Z grubsza rzecz biorąc, polegał on na tym, że gdy szczególnie zapalczywy Wujek rozpoczynał tyradę na temat lustracji byłych działaczy z tej lub tamtej strony narodowej barykady, trzeba było jak najszybciej zapytać – „Wujku, a jeździ wujek na rowerze?”. Wujek albo jeździł i ochoczo podejmował temat braku ścieżek rowerowych w naszym mieście, albo nie jeździł, bo mu właśnie skradziono z piwnicy, od lat nieużywany, choć przecież posiadający wartość sentymentalną, składak „Wigry”. I już rozmawialiśmy o wzroście przestępczości wśród młodzieży lub, zupełnie nieoczekiwanie, o wakacjach spędzonych przez wujka w '75. roku nad Wigrami...

Ponieważ jednak do pracy na rowerze jeździ Pan Biedroń, a Pan Kaczyński raczej nie – mój rowerowy



towarzyski piorunochron stracił swoją doskonałą neutralność.

Poszukując niezbędnej alternatywy, trafiłam na topinambur. Topinambur wydaje mi się orężem doskonałym, kaduceuszem! Ta wszędobylska roślina, chwałcik o jakże miło brzmiącej nazwie botanicznej – słonecznik bulwiasty – może zostać użyta, jak miecz świetlny Jedi, właściwie w każdej kłopotliwej sytuacji towarzyskiej.

Przywołajcie go na wasz biesiadny stół – raczej jako ideę niż potrawę. Jak bowiem pisze pewien kulinarny krytyk: „surowy topinambur smakuje jak pozbawiona pazura rzodkiewka, zaś po ugotowaniu jego smak przypomina karczocha”. No cóż, według mnie, wygląda i smakuje jak skarlłowaciały i lekko sparciały seler – zarówno przed, jak i po obróbce termicznej... Ale furda walory smakowe! On pogodzi miłośników ośmiorniczek z wyznawcami schabowego! Rodzinni hipsterzy, żyjący w oderwaniu od kartoflanej narodowej tradycji poczuja, na myśl o topinamburze, klimat warszawskiego placu Żbawiciela. Topinambur kroczy bowiem, w lewackich i wegetariańskich głowach (i na przynależnych im kubkach smakowych), w jednym szeregu z pasternakiem, humusem i kawą z dripa. Tradycjonalistom zaś wystarczy szepnąć o tym, że zalety topinamburu wychwalał w pierwszej polskiej książce kucharskiej, „Compendium Ferculorum albo Zebranie Potraw”, Stanisław Czarniecki – kucharz na dworze Lubomirskich w Wiśniczu. A to przecież Czarniecki i przecież w Wiśniczu z tertofelli – nieodległych kuzynów topinambura, tworzył potrawy będące skrzydłami husarskimi polskiej sztuki kulinarnej! To porwie każdego wujka Janusza...

Eurosceptykom możecie opowiedzieć też o tym, jak topinambur przybył do nas od amerykańskich przyjaciół z pół Arkansas i Tennessee. Gdy zaś rozmowa niebezpiecznie zacznie krążyć wokół Calais, możecie opowiedzieć barwnie (i niekoniecznie zgodnie z prawdą historyczną) o przeszłości imigracyjnej topinamburu, przywiezionego do Francji przez Samuela de Champlain – podróżnika, odkrywcy i kolonizatora Kanady.

Bądźcie, choć ten jeden raz, skarbnicą imieninowej wiedzy o zdrowiu. Gdy Ciocia Isia rzuci w Was granatami pytania o homeopatyczne leczenie cukrzycy albo poczujecie się zmuszeni do złożenia deklaracji konfliktu interesów w odniesieniu do leku stosowanego przez Wujka Waldka (leku wprowadzonego skutecznie, ale oczywiście spoza listy 75+), opowiedzcie im barwnie o właściwościach bogatego w inulinę topinamburu. Wiem, umiecie być wiarygodni – pamiętajcie więc proszę, by uprzedzić bliskich spijających z waszych ust tę wiedzę, o skutkach nadmiernego użycia inuliny, w którą tak bogaty jest topinamburowy miąższ. Jako wielocukier osmotycznie czynny, może ona przecież spowodować przy nadgorliwym spożyciu biegunkę osmotyczną – a tego nie chcecie ani dla cioci Isi, ani nawet dla wujka Waldka. Po pierwsze przecież, nie szkodzić – choć smak zemsty byłby słodki... ■



**Sławomir
Pietras**

Dyrektor
polskich teatrów
operowych

Jego miejsce jest na Skałce

Reakcje na śmierć Andrzeja Wajdy są doprawdy zdumiewające. Oto niektóre tytuły, hasła i cytaty.

Odszedł artysta, który swoimi filmami pokolenia Polaków uczył niezłomności, niezależności i godności” (Barbara Hollender), „Pożegnanie Andrzeja Wajdy to pożegnanie półwiecza polskiego kina” (Bogusław Chrabota), „Potrafił subtelną aluzją powiedzieć sporo prawd historycznych” (Norman Davies), „Dzięki niemu rząd naszych dusz pozostanie w rękach artystów takich jak on” (Jerzy Illg), „Mieliśmy wielkie szczęście, że był stąd. Był wielkim krakowianinem” (Bogusław Kośmider), „Genialnie interpretował Dostojewskiego i Wyspiańskiego (Jacek Cieślak), „Błyskotliwa wyobraźnia pozwoliła mu omijać obstrzeżenia cenzury i tworzyć poruszające filmy – oskarżenia, opowiadające o wojnie i politycznej opresji w czasach zimnej wojny” (Richard Natale), „...potrafił prowadzić aktora niepostrzeżenie, delikatnie, uruchamiać jego wyobraźnię” (Anna Seniuk), „Niech pan nie gra jak blondyn, niech pan gra jak brunet” (Wajda do Jana Nowickiego), „Pięknie gracie, ale grajcie szybciej, bo przyjdą ludzie i będą się nudzić” (Wajda do Zapasiewicza), „Praca z nim była dla mnie prawdziwym zaszczytem i przyjemnością” (Andrzej Łapicki), „Tak wielka intuicja to wartość dana nielicznym... Jest w nim wielka wolność. Wajda to niezwykle otwarty artysta, który wie, że film jest pracą zespołową. Praca z Wajdą była jak zetknięcie się z duchem naładowanym wyjątkową energią” (Olgiard Łukaszewicz), „Uczył, że w sztuce trzeba mieć odwagę, że nie należy grać niewyrażście... To wszystko stosuję do dzisiaj, jestem mu bardzo wdzięczna” (Krystyna Janda), „Był spadkobiercą romantyków: Mickiewicza, Sło-

wackiego, Norwida, a także Wyspiańskiego i Żeromskiego” (Daniel Olbrychski), „Andrzej był z całej duszy artystą polskim, zakorzenionym w polskiej kulturze, mowie i problematyce. Adaptował Żeromskiego, Wyspiańskiego, Reymonta i Iwaszkiewicza, których dzięki jego adaptacji poznawali widzowie całego świata” (Roman Polański).

O jego twórczości pięknie i kompetentnie wypowiadali się na telewizyjnym ekranie Grażyna Torbicka i Tomasz Raczek. A Krystyna Janda dodawała emocjonalnie: „Jego dzieła filmowe to jak monumentalne krzyki rzucone na ekran!... Co by było, gdyby odjąć Wajdę od Polski. Co by zostało?”.

Nie pamiętam – poza śmiercią Papieża – takiego narodowego zespolenia serdecznych emocji wokół postaci, która wyrzeźbiła jakże znaczące piętno w zbiorowej biografii Polaków. Dla obecnych i przyszłych pokoleń polskość, patriotyzm i tradycja narodowa już na zawsze wiązać się będą nierozdzielnie z jego dziełami filmowymi: „Kanał”, „Popiół i diament”, „Krajobraz po bitwie”, „Popioły”, „Brzezina”, „Wesele”, „Ziemia obiecana”, „Człowiek z marmuru”, „Panny z Wilka”, „Człowiek z żelaza”, „Korczak”, „Pan Tadeusz”, „Katyń”, „Tatarak”, „Waleśa – Człowiek z nadziei”. A przecież to jakże nie wszystkie tytuły.

Póki co, spoczął na krakowskim Salwatorze. Ale jego miejsce jest na Skałce. Tam, gdzie Jan Długosz, Józef Ignacy Kraszewski, Stanisław Wyspiański, Jacek Malczewski, Karol Szymanowski, Czesław Miłosz.

Będziemy cierpliwie czekać na tę historyczną eks-humację. ■

List do
redakcji

G.M.

Lekarz
dentysta

O kształceniu

Rodzina moja doświadczyła ostatnio chaosu, jakim w moim przekonaniu jest procedura naboru chętnych na wydziały lekarskie uniwersytetów medycznych w naszym kraju. Każda z wymienionych placówek ogłasza osobne punktowe progi przyjęć, zależne od wyników maturalnych. Progi rzecz jasna spadają często aż do ostatnich dni września. Proces rekrutacji rozwleka się na całe wakacje. Niektórzy chętni, śledząc zmieniające się listy on-line, mogą nie poznać swojej przyszłej Alma Mater aż do pierwszych dni października. Jak w takiej sytuacji zapewnić sobie przeprowadzkę, lokum,

cokolwiek? Wróćmy do sprawy punktacji. Mając uzyskane np. 165 punktów, maturzysta ma szansę na przyjęcie na uniwersytecie X, ale placówki Y i Z zamkną przed nim podwoje. W zastanej sytuacji rozsądek i rachunek prawdopodobieństwa podpowiada mu, aby zgłosić chęć studiowania (zalogować się) na wachlarz uczelni. Jest to dozwolone bez ograniczeń. Istnieje jednak pewne bezapelacyjne „ale”: każdy akces to wydatek rzędu 80 zł, co w praktyce daje sumę ok 1 tys. zł. System już u zarania „kiwa” mniej zasobnych. Jak zgodzić się bez słowa protestu na taki rozrzut wyceny maturzysty,

27,3% badanych

Kuzyn Mietek, nasz rodzinny filozof, twierdzi że „Jeśli człowiek chce se pożyć / Musi się nauczyć mnożyć”. Nie wyjaśnił, czy chodzi o prokreację – zapewnienie sobie potomstwa, które w odpowiednim momencie zaopiekuje się człowiekiem, czy też prościej – o mnożenie dóbr materialnych pozwalających człowiekowi „se pożyć”? A może o coś jeszcze innego?

Póździennikowa wizyta pewnego amerykańskiego doktora wywołała w naszym kraju burzliwą dyskusję. Jedna gazeta pisała o nim, że jest „renomowanym psychologiem, specjalistą zagadnień homoseksualizmu”, druga – że jest pseudonaukowcem, który wielokrotnie skompromitował się fałszywymi badaniami i nadinterpretacjami, a jego „życiorys jest kopalią absurdalnych teorii”. Oczywiście pierwsza gazeta twierdzi, że to, co pisze druga gazeta, to oszczerstwa, druga gazeta twierdzi, że to, co pisze pierwsza gazeta, to nieprawda, bo to prawda, co pisze ta druga gazeta. Temat wzbudza takie emocje i jest tak osadzony światopoglądowo, że nawet jeżeli ktoś przeczyta artykuły obu gazet, to i tak pozostanie przy zdaniu, które miał przed przeczytaniem.

Mnie w tej całej dyskusji coś wzruszyło. Otóż druga gazeta, podając przykłady nierzetelności badań, przywołuje publikację, w której pan doktor wyciąga wnioski dotyczące całego społeczeństwa na podstawie analizy tylko sześciu spraw sądowych. Albo stwierdza, że jakieś zjawisko dotyczy 29 proc. pewnej grupy społecznej, bo tak napisało 5 osób z 17 ankietowanych. I gazeta uważa, że to za mało reprezentatywna grupa, żeby wyciągać takie wnioski. A co mnie wzruszyło? Wspomnienie z młodości.

Na zaliczenie zajęć z socjologii na uniwersytecie mieliśmy w trzyosobowych grupach wymyślić i przeprowadzić jakiś eksperyment. Z kolegami Darkiem i Tarikiem postanowiliśmy zbadać, jak na pytanie o wpływ Kościoła na politykę w Polsce reagują ludzie na ulicy. Chodziło o to, żeby sprawdzić, czy odpowiedzi będą różne w zależności od tego, komu pytani będą ich udzielać. A że

badany powinien od razu wiedzieć, z kim ma do czynienia, nasz wygląd nie mógł budzić żadnych wątpliwości. Darek udawał dziennikarza Polskiego Radia (normalny w tamtych latach strój – dżinsy, sweter i kamizelka przypominająca wędkarską), ja w czarnym garniturze i koszuli z koloratką zadawałem pytania rzekomo w imieniu Radia Watykańskiego, Tarik nie musiał się przebierać – wyglądał jak młody reporter jakiejś bardzo zagranicznej stacji, co najmniej BBC (bo Al-Dżazira jeszcze wtedy nie nadawała). Wyszliśmy na miasto i zaczęliśmy badać. Ale kiedy uświadomiliśmy sobie, że jest piątek, w akademiku czekają koleżanki i koledzy, stwierdziliśmy, że przepytanie jedenastu osób wystarczy. Zlecenie opracowania wyników dostał Darek. Nie zaliśmy się wtedy dobrze. Nie mieliśmy pojęcia, że jest tak uczciwym człowiekiem. Zimny pot mnie oblał, kiedy kilka dni później, podczas kolejnych ćwiczeń z socjologii, Darek zaczął przedstawiać wyniki naszego eksperymentu.

– Dwadzieścia siedem i trzy dziesiąte procent badanych, czyli trzy osoby...

W czasie przerwy w zajęciach rzuciliśmy się z pretensjami do przesadnie uczciwego kolegi:

– Zwariowałeś?! Nie mogłeś tych wyników pomnożyć przez dwadzieścia?!

Dostaliśmy piątkę za pomysł i dwóję za wykonanie. Łącznie dostateczny. Teraz, po latach, uważam, że ocena była niesprawiedliwa. Powinno się dawać przynajmniej licencjatę honoris causa z socjologii za prawdęmówność, która w badaniach naukowych jest nie mniej ważna od rzetelności i poprawności metodologicznej. Ale doktorat to chyba przesada. ■



**Artur
Andrus**

Dziennikarz
radiowej „Trójki”,
konferansjer
i satyryk

którego dalszą edukację, jak do tej pory sponzoruje państwo, czyli podatnicy?

Piszę to jako lekarz z naboru zorganizowanego w 1988 r. przez kończący się PRL, a który względem współczesnego jawi się wręcz wzorcowo. Ówczesne państwo było w stanie sprawnie i bez pomocy internetu zliczyć wszystkich chętnych i ustalić ogólnopolski próg punktowy zapewniający indeks na AM – jeśli nie na tę wymarzoną, to na inną – odleglejszą. Maturzysta składał dokumenty tylko w dziekanacie jednej uczelni, a system nie oczekiwał od niego cynicznie wpisowego. Czy po przejściu całej epoki

od tamtych czasów nie mamy prawa spodziewać się, że w kwestii tak żywotnej jak formacja kolejnej generacji lekarzy, zasady przyjęć winny być maksymalnie klarowne, scentralizowane przez uczciwe państwo, a sama chęć stanięcia w szranki absolutnie bezpłatna, dla wszystkich?

Jeśli student, świadomie planujący swą przyszłą emigrację ekonomiczną, miałby zwrócić społeczeństwu (co uważam za wskroś słuszne) koszt swych nie najtańszych studiów, apeluję do stosownych ministerstw, aby nie pokazywać mu u zarania, że kant i patologia grubo poprzędzają pierwsze ćwiczenia z anatomii. ■



**Agata
Morka**

Historyk
sztuki

Na celowniku

Spośród tysięcy chrześcijańskich świętych jeden tak naprawdę zrobił karierę. Jej szczyt przypadł mniej więcej na wiek czternasty i piętnasty. Malowali go wszyscy wielcy: i Botticelli, i Tycjan, i Rafael.

Jego sława dotrwała aż do czasów już bardzo nam współczesnych: święty Sebastian występował nie tylko w teledyskach, ale również zdobił okładki popularnych pism. A wszystko za sprawą delikatnego przekłamania.

Święty Sebastian, jakiego znamy, to skrzyżowanie uduchowienia Adriana Brody'ego z muskulaturą Brada Pitta. Nie ma co ukrywać, w jakiegokolwiek wersji – czy to dość hieratycznej średniowiecznej, czy rozbuchanej barokowej – święty przykuwa wzrok, a jego doskonale ciało przeszyte strzałami rozbudza wyobraźnię.

A przecież każdy, kto zna historię Sebastiana, wie, że nie był on wcale taki młody, gdy żołnierze rzymscy wzięli go na tortury, zamiast wyrobionego sześciopaku miał zapewne właściwy panom w wieku średnim brzuszek. W dodatku tak naprawdę wcale nie zginął od ran postrzałowych, wyzdrowiał po nich tylko po to, by zostać zabity uderzeniami pałek świty nastanej na niego przez samego cesarza rzymskie-

go. Wszystkie znane portrety Sebastiana to zatem mocno wyidealizowane fantazje na temat.

Wśród tak wielu Sebastianów szczególnie lubię tego w wykonaniu braci Pollaiuolo. Bo nie ma tu nadmiernej dramaturgii: zamiast zbliżenia na męczennika mamy narracyjność. Jest tu kontekst z wiążącą się w oddali rzeką Arno, ze strzelcami naciągającymi łuki, z sylwetkami tokańskich cyprysów na horyzoncie. Sam Sebastian, choć ustawiony oczywiście centralnie, nie jest jednak jedynym bohaterem obrazu, a jego lędźwie nie są tutaj głównym punktem odniesienia. To Sebastian, który zdaje się być zupełnie odcięty od tego, co dzieje się na ziemi, czy wzniósł ku górze, zupełnie niewzruszony zadanymi mu ranami.

I tutaj rodzi się pytanie: czy możliwe jest, że bracia Pollaiuolo sugerują widzowi, że Sebastian, pozostając odporny na ból spowodowany przez strzały, ma jednak objawy innej choroby? Jeśli tak, to jakiej? ■

Obraz: bracia Antonio and Piero del Pollaiuolo, *Męczeństwo świętego Sebastiana*, ok. 1475, Galeria Narodowa, Londyn



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 **30 listopada 2016 r.**

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

Dla jednej z osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi, **Hotel Prezydent**** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju**

ufundował voucher obejmujący m.in.:

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



NAGRODZENI Z „GL” 10/2016

Voucher do Hotelu
Prezydent**** Medical SPA & Wellness
w Krynicy-Zdroju otrzymuje
Dariusz Langhoff z Rybnika
Gratulujemy!

ROZWIĄZANIE ZAGADKI Z „GL” 10/2016

Diagnoza

Za niezwykle ekspresyjnym krzykiem papieża Innocentego X kryć się może choroba jamy ustnej. Oczywiście nie jest to choroba, na którą papież rzeczywiście cierpiął, ale raczej fantazja samego malarza. Ponoć Bacon kupił w paryskim antykwariacie książeczki ilustrujące choroby zębów i na nich wzorował się, malując otwarte jak do krzyku usta papieża.

Szczegóły różniące obrazy

1. Zamiana koloru szaty papieża na czerwoną.

Seria portretów Innocentego pędzla Bacona oparta jest na sławnym portrecie tegoż papieża namalowanym przez Diego Velázquez. Na nim papież ubrany jest w purpurowe szaty.

2. Dodanie listu w dłoni papieża.

Ponownie list pojawia się u Velásqueza, Bacon rezygnuje z tego szczegółu, skupiając się raczej na ekspresyjności całej sceny niż na tak charakterystycznym dla Velásqueza niezwykłym realizmie i przywiązaniu do dokładnego oddania każdego szczegółu.

3. Usunięcie części pionowych kresiek na obrazie.

Według niektórych interpretacji kreski oznaczać mają uwięzienie papieża.

4. Zamiana czapki papieskiej na białą (piuskę).

Piuska to mała czapeczka, którą na szczycie głowy noszą katolicy duchowni, nawiązywać ma do tradycji tonsury. Biała zarezerwowana była dla papieża, zatem jej obecność na obrazie nie byłaby nieuzasadniona.



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



**Joanna
Czajkowska-
Ślasko**

Laureatka
II miejsca
w Konkursie
Literackim
„Przychodzi
wena do lekarza”
(2016) w kategorii
„poezja”

Więcej w dziale
Kultura na
www.gazetalekarska.pl

Aktualności



skaza

czego brakuje tym dniom
pod landrynkowym niebem
z krajobrazem drgającym
w rozgrzanym powietrzu
co jest tą plamką pleśni
na ledwie dojrzałej brzoskwini
zervanym rzemykiem u sandałów
i dlaczego choć z wiarą
napęlam stągwie wodą
wciąż znajduję je
pełne melancholii
gęstej ustalej esencji smutku

skrzydła wiatraków
wycinają koliste fragmenty nieba
do wtóru zegarom
i wszystko spełnia się
nie bacząc na kolor powietrza
każda zmiana ma ostry smak
ale i on odchodzi
w mgliste ulice przeszłości
w zmarszczki kobiet
w czarno-białe zdjęcia
które jeżeli zechcę
pozostaną martwe
albo jeśli pozwolę
zaróżowią się
światłem poranka

komplementarność zdarzeń
jest komplementem dla świata
bawi mnie ten układ słów
kiedy otwieram oczy – wybieram
kolor na dziś
mocno niebieski
nawet pochłaniające krajobraz
wszystkie odcienie szarości
nie zasmucą
małej dziewczynki we mnie
biegnącej na spotkanie dnia
z furkotem kokard i falban

papier, nożyce, kamień

akty, świadectwa
dyplomy, orzeczenia
zezwoleń
na bycie tu
oddychanie
istnienie
potem i tak

potną je nożyce czasu
przyciśnie kamień
ciężki, nagrobny

w świetle mijania wszystkiego
ta chwila tuż przed świtem
jak klejnot
gdy świat
lśni w światłach mijania
mojego auta

kolistym ruchem uciera się życie
przędę dnia nawija na motki i zwoje
wyciągam rękę
aby zanurzyć ją w twojej opowieści
i nie wiem
czy kręgi na wodzie
staną się trwałymi słojami drewna
czy zaledwie odciskami linii papilarnych

(Mat. 7, 7-8)
na szarą tkankę miasta
nałożone hologramy wspomnień
spłowiałe murale
po których spływa i krzepnie
różowe światło zachodu
pomiędzy świeżymi ranami okien
dając zobaczyć
w każdym spojrzeniu
ten sam głód
tę samą ufność
że będzie otworzone
znalezione
otrzymane

Plener fotograficzny

Już po raz czwarty na zaproszenie Lubelskiej Izby Lekarskiej pasjonaci fotografii zjechali się z całej Polski do Kazimierza Dolnego nad Wisłą, by doskonalić swój kunszt pod okiem speców z tej dziedziny. Plener w gościnnych progach Domu Dziennikarza trwał od 5 do 9 października i zorganizowany został przy wsparciu NRL. Mentorem tym razem był znany fotograf i performer Tomasz Sikora, a zajęcia warsztatowe prowadził Dariusz Hankiewicz. Uczestnicy zapytani o wrażenia powiedzieli: – Spotkamy się na wernisażu wystawy poplenerowej 19 listopada o 12.00 w Galerii Sztuki Nieprofesjonalnej „U lekarzy” na Chmielnej w siedzibie LIL. ■



FOTO: Dariusz Hankiewicz

Medycyna elektryczna

Nowa wystawa w Muzeum GUMed, tym razem zatytułowana „Medycyna elektryczna, czyli Dział ds. Aparatury”. Spośród eksponatów znajdujących się w kolekcji wybrano te, których działanie związane jest nierozdzielnie z energią elektryczną: od kieszonkowej latarki lekarskiej, będącej jednym z najpopularniejszych

gadżetów oferowanych przez uczelniany sklepik „dr Gadżet”, po skomplikowane i wyrafinowane narzędzia medyczne i badawcze, jak: cystoskopy, laparoskopy lub aparaty do badania DNA. Ekspozycja będzie czynna do końca grudnia i dostępna dla zwiedzających codziennie w godz. 8:30-15:00. ■

Więcej w dziale
Kultura na
www.gazetalekarska.pl

Aktualności



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



Kardiologia sportowa w praktyce klinicznej

Redakcja naukowa:
Wojciech Braksator,
Artur Mamcarz

Zbiór na temat fizjologii, patologii i kliniki oraz orzecznictwa sportowego. Autorami są wybitni polscy kardiologowie, którzy dzielą się z czytelnikiem także własnymi, czasem bardzo trudnymi, doświadczeniami z praktyki lekarskiej.



Lecznictwo uzdrowiskowe w Polsce w latach 2005-2015

Zbigniew Teter, Arkadiusz Kosowski, Barbara Jabłońska, Konrad Kifert

Profesjonalne źródło wiedzy na temat możliwości leczenia uzdrowiskowego. Pokazuje, że w opiece zdrowotnej liczy się nie tylko medycyna naprawcza. Jest przewodnikiem dla pacjentów, kuracjuszy, menedżerów i inwestorów.



Jeszcze jeden oddech

Paul Kalanithi

Opowieść świetnie zapowiadającego się amerykańskiego neurochirurga, który w wielu 36 lat dowiedział się, że choruje na raka płuc. Od teraz będzie musiał zmierzyć się chorobą nie, jak dotychczas, jako lekarz, ale jako pacjent. Autor zmarł w marcu 2015 r., do końca pracując nad tą książką.



Sekrety dawnych zbrodni. Patolog o słynnych historycznych morderstwach

Philippe Charlier

Śmierć dopada każdego, ale nie zawsze proces ten przebiega naturalnie, zwłaszcza jeśli chodzi o wielkich tego świata. Autor, francuski historyk i patolog sądowy, przeprowadza skomplikowane śledztwa, wciągając czytelnika w mroczne opowieści.



Medycyna ratunkowa w pytaniach i odpowiedziach

Vincent J. Markovchick,
Peter T. Pons, Katherine M. Bakes

Książka porusza problemy z zakresu diagnostyki i leczenia, z którymi może spotkać się lekarz pracujący na SOR-ze lub w karetce. Napisane w ułatwiającej zapamiętywanie formuły pytań i odpowiedzi.



Michałkowe MTB

Michałki wywoływały mały niepokój. 24 września odbyła się kolejna edycja najstarszego w Wielkopolsce maratonu MTB. Wystartowało ok. 700 uczestników, w tym 200 dzieci rywalizujących w zawodach rowerowych na stadionie.

Halówka po mielecku

Komitet Organizacyjny XXII Mistrzostw Polski Lekarzy w Halowej Piłce Nożnej Mielec 2016 informuje, że obecna edycja mistrzostw odbędzie się w Mielcu w dniach 19-20 listopada.

W rozgrywkach może wziąć udział maksymalnie 16 zespołów.



Piłka nożna 6-osobowa

Za nami X Mistrzostwa Polski Lekarzy w piłce nożnej 6-osobowej oraz I Mistrzostwa Polski Lekarzy w piłce nożnej 6-osobowej w kategorii 45+. Na obiekcie RKS Raków w Częstochowie rozegrano 76 meczów.

Rajdersi

W podbełchatowskim Słoku odbył się XII Złot Motocyklowego Klubu DoctoRRiders połączony z wyborami. Prezydentem Klubu został jednogłośnie wybrany Grzegorz Krzyżanowski.

Przebiegł 42 km!



Prezes Grzegorz Mazur
– pierwszy z prawej,
w białej czapce z daszkiem

Dla prezesa OIL w Łodzi Grzegorza Mazura ostatni weekend września był bez wątpienia bardzo emocjonujący. W sobotę maszerował ulicami stolicy w manifestacji Porozumienia Zawodów Medycznych, a w niedzielę pobiegł w 38. Maratonie Warszawskim.



14.01.2017
KRYNICA-ZDRÓJ
MISTRZOSTWA
POLSKI
LEKARZY DERMATOLOGÓW
W NARCIARSTWIE ALPEJSKIM



14.01.2017
KRYNICA-ZDRÓJ
JUBILEUSZOWE
MISTRZOSTWA
POLSKI
LEKARZY DERMATOLOGÓW
W NARCIARSTWIE ALPEJSKIM

WYDZIAŁ LEKARSKI AM WE WROCŁAWIU, ROCZNIK 1977

Zapraszamy na spotkanie z okazji 40-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się 26-28 maja 2017 r. Miejsce: ośrodek Vital & SPA Resort Szarotka w Zieleńcu. Koszt od absolwenta/osoby towarzyszącej: piątek-niedziela z noclegami 450 PLN, sobota-niedziela z noclegiem 350 PLN. Wpłaty – na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu: 17 1540 1030 2001 7753 6075 0001 do 31.12.2016 r. z dopiskiem „Zjazd 1977 L” lub w siedzibie DIL we Wrocławiu u p. Patrycji Malec. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. Więcej informacji: Patrycja Malec, DIL we Wrocławiu 71/79 88 068, e-mail: patrycja.malec@dilnet.wroc.pl lub patka.malec@wp.pl. Prosimy o rozpropagowanie tego komunikatu.

WYDZIAŁ STOMATOLOGICZNY AM WE WROCŁAWIU, ROCZNIK 1972

Zapraszamy na spotkanie z okazji 45-lecia ukończenia Wydziału Stomatologicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się 8-10 września 2017 r. Miejsce: Pensjonat BEATA w Polanicy Zdroju. Koszt od absolwenta/osoby towarzyszącej: 450 PLN. 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 1972S” lub w DIL we Wrocławiu przy ul. Kazimierza Wielkiego 45 u p. Patrycji Malec. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. Więcej informacji: Elżbieta Wronecka, ela.wronecka@wp.pl, 509 960 029, Bożenna Lipska-Kochan, 601 332 152, Patrycja Malec, 71/79 88 068, e-mail: patrycja.malec@dilnet.wroc.pl lub patka.malec@wp.pl

UWAGA! Prosimy o nadsyłanie komunikatów nie dłuższych niż 800 znaków (ze spacjami).

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.

30.11.2016 – „Warsztaty skutecznych negocjacji”
 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”
 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”
 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”
 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”
 12.12.2016 – „Motywowanie pracowników i wzmacnianie relacji”
 28.11.2016, 14.12.2016 – „Jak radzić sobie z grami psychologicznymi pacjentów?”
 07.11.2016, 06.12.2016 – „Perswazja i wywieranie wpływu w pracy lekarza”
 08.11.2016 – „Przychodzi przedstawiciel do lekarza”
 12.12.2016 – „Lekarz przed sądem – jak tego uniknąć, jak się bronić”
 09.11.2016 – „Lekarz, jako pracownik – lekarz, jako pracodawca”
 13.12.2016 – „Agresywny pacjent – aspekty prawne”
 07.11.2016 – „Oswoić umieranie – praca z pacjentem terminalnym”

19.12.2016 – „Ochrona radiologiczna pacjenta dla lekarzy dentystów wykonujących medyczne procedury radiologiczne”
 22-23.11.2016 – „Kurs dla osób ubiegających się o nadanie uprawnień inspektora ochrony radiologicznej typu S”
Kursy z radiologii zakończone egzaminem (egzamin płacone 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

Sienkiewicz i medycyna

Był rok 1866. Szkoła Główna zastąpiła Uniwersytet Warszawski, zamknięty przez władze carskie w odwecie za Powstanie Listopadowe. Egzamin wstępny zdał 25 października i zapisał się na wydział prawny – ku rozpaczy matki. W grudniu przeniósł się na wydział lekarski, ale wytrwał tylko dwa miesiące i po cichu rozpoczął studia na wydziale filologicznym – ku rozpaczy matki!

Wydawać by się mogło, że Henryk Sienkiewicz będzie pierwszym autorem utworu opisującego środowisko lekarskie. W listach do przyjaciół dzielił się informacjami o powstającej z głównymi rolami studentów medycyny powieści „Na marne”: „Piszę [...], ale powoli idzie, bo masami skreślałam. [...] w Kijowie posyłam [głównego bohatera] na wydział medycyny. W tej chwili właśnie siedzi nad anatomią i w przyszłości będzie doskonałym doktorem”. W utworze nie ma tej sceny, ale doświadczenia z nauki o ludzkim ciele pozostały: „... wziął się do medycyny. A im z większym zapalem wziął się do niej, tym więcej rozczarował się z początku. On lubił wiedzieć, a tam trzeba było pamiętać... To lada kto potrafi, przynajmniej jest to kwestia pamięci i woli, nie zaś rozumu. Należało mieć pamięć oczu, pamięć ręki, trzeba było jedno i drugie, i dziesiąte włożyć sobie surowo do głowy, umieścić od czasu do czasu jak zboże w spichlerzach. Była to praca niemal rzemieślnicza, organizm umysłowy niemal nie korzystał z tych zapasów, bo się nie przetrwalał ani przerabiał. Brakło tam pożywności. Filozofia fizycznego ustroju organizmów może dorównywać subtelnością i ogromem rezultatów wszystkim innym, ale Szwarc zaczął dopiero poznawać sam organizm; wskazówek, czy istnieje jakaś filozofia tych nauk, nie dano mu dotychczas żadnych. Wziąwszy się raz, trzeba było brnąć dalej. Brnął. A techniczna strona zajęć naukowych była przykra, niewdzięczna, pełna utajonych trudności, niespodziewanych tajemnic, nieraz ciemna, często ledwie dojrzana, najczęściej wstrętne, zawsze pracowita. Rzekłbyś, że tu natura wypowiadała wojnę umysłowi ludzkiemu [...] Owa technika miała jeszcze jedną stronę smutną w oczach Szwarca: źle wpływała moralnie. Odkrywała koniec życia, nie wskazując, czy istnieje ciąg dalszy. Zdejmowano tam bez najmniejszego wahania zasłonę ze śmierci. [...] Śmierć przy jasnym dniu zdawała się mówić: do widzenia w ciemnościach! Była niby zapowiedzią, noszącą w sobie desperackie wskazówki bezsilności człowieka wobec tej siły nieubłaganej, złośliwej, bezczelnej i obmierzłej zarazem”.

W „Starym słudze”, tytułowy bohater, Mikołaj, ma konflikt z lekarzem, nazwijmy go współcześnie, rodzinnym. „Była to rzecz taka: miałem śliczną i młodą cioteczkę, siostrę ojca, która mieszkała przy nas. Kochałem ją bardzo, bo była równie dobra, jak piękna, i bynajmniej mnie nie dziwiło, że kochali ją wszyscy, a między wszystkimi i doktor, człowiek młody, rozumny i w całej okolicy nadzwyczaj poważany. Mikołaj poprzednio lubił doktora, mawiał nawet o nim, że to łebski

chłopak i że dobrze na koniu siedzi; ale gdy doktor począł bywać u nas w widocznych zamiarach względem cioci Maryni, uczucia Mikołaja dla niego zmieniły się nie do poznania. Zaczął być dla niego grzeczny, ale chłodny, jak dla człowieka zupełnie obcego. [...] Szczęściem jednak dla młodego eskulapa ciocia Marynia żywiła dla niego uczucia wprost Mikołajowym przeciwne; stało się więc pewnego pięknego wieczora, że gdy księżyc świecił w sali bardzo ładnie, gdy zapach jaśminu wchodził przez otwarte okna z ogrodowych klombów, a ciocia Marynia śpiewała przy fortepianie „Io questa notte sogno”, doktorek Staś zbliżył się do niej i spytał ją drżącym głosem, czy sądzi, że on żyć bez niej potrafi? [...] Na nieszczęście, w tej właśnie chwili wszedł Mikołaj z zamiarem zaproszenia na herbatę...”. Stary sługa interweniował u pana i pani domu, twierdząc, że „nie może być, żeby panienka wyszła za tego... pana cyrylika”. Skąd takie przekonanie? Miał stary Mikołaj swoje porachunki z lekarzami jeszcze z czasów wojen napoleońskich, co pisarz humorystycznie przywołał: „Chodzili to po obozie, kręcili się po sztabie, a jak co do czego, jak do bitwy, to ich nie ma. Albo to pan pułkownik raz ich nazwał lancetnikami. Jak człowiek zdrowy, to on go nie ruszy, a jak leży na wpół żywy, to on dopiero do niego z lancetem. To nie sztuka krajać takiego, co nie może się bronić, bo nic w garści nie może utrzymać. Spróbuj ty go ukrajać, kiedy on zdrowy i trzyma karabin”.

Był rok 1916. Siedemdziesięcioletni noblista nie czuł się najlepiej. Coraz bardziej dokuczało mu drapanie w tchawicy, ból w klatce piersiowej, nadciśnienie i zmęczenie. Narastająca duszność nie pozwalała pracować, a przecież była trzechsetna rocznica śmierci Szekspira i został zaproszony do wygłoszenia wykładu na temat twórczości wielkiego dramatopisarza. Może wrócił wówczas pamięcią do swoich pierwszych poetyckich wprawek, kiedy pisał wesołe wierszyki, takie jak ten o lekarzach, siebie widząc w roli chorego: „Jan cierpiał na duszności od dawnej już pory/ I na ciężar na piersiach – a jako człek chory./ Stracił apetyt, wychudł, policzki mu zbladły/ A liczył jeno na to, że z promienną wiosną/ Może wróci mu zdrowie i siły mu wzrosną”.

Rok 2016 – Rok Sienkiewicza. Bronisław Maj ze sceny Teatru Słowackiego w Krakowie podczas dorocznej gali konkursu literackiego „Przychodzi wena do lekarza” opowiada przewrotnie, jak wszyscy, którym nie udało się spełnić marzenia o zawodzie lekarskim, zostają pisarzami. Czasem udaje się połączyć obydwie profesje. Czasem warto sprzeciwić się matce, by odbyć podróż grudniową do Sztokholmu. Zawsze jednak warto spełniać własne, a nie cudze marzenia. ■



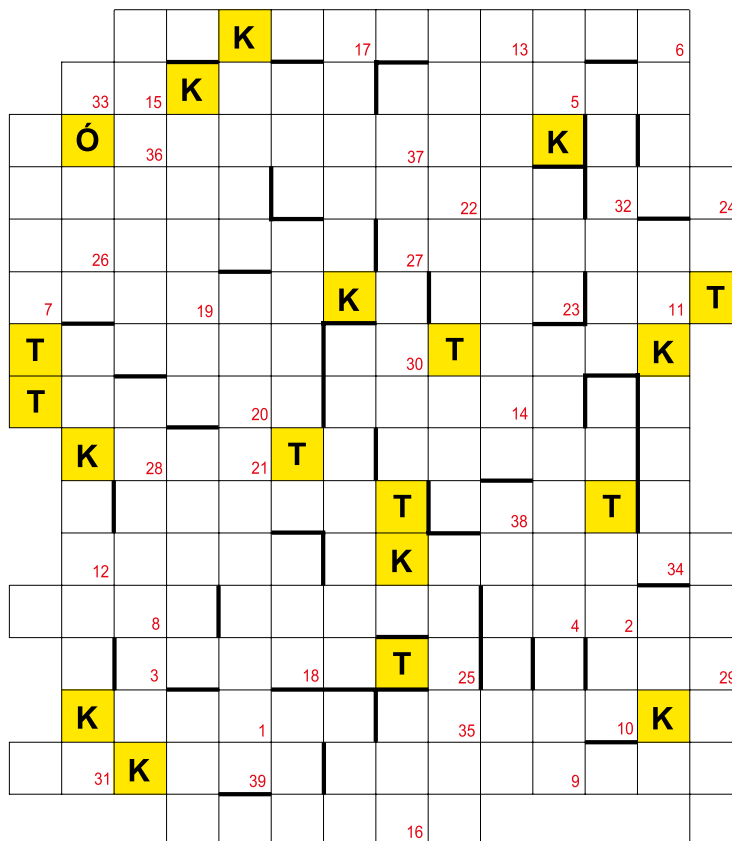
Jarosław Wanecki

Przewodniczący
kolegium
redakcyjnego „GL”



Objaśnienia 65
hasel podano
w przypadkowej
kolejności. W diagramie
ujawniono wszystkie
literę: K, Ó i T.

Na ponumerowanych
polach ukryto 39
liter hasła, które
stanowi rozwiązanie.
Jest to myśl Liwiusza.
Hasło należy przesać
na karcie pocztowej
do redakcji lub
e-mailem na adres
jolka@gazetalekarska.pl
do 30 listopada 2016 r.
Wśród autorów
prawidłowych
rozwiązań rozlosujemy
nagrody książkowe
(prosimy o podanie
specjalizacji i adresu
do wysyłki).



Rozwiązanie Jolki
lekarskiej nr 218
(„GL” nr 08-09/2016)
Uśmiech łamie mury,
a tak mało kosztuje.

Nagrody otrzymują:
Maciej Madera (Rzeszów),
Joanna Marzec (Sosnowiec),
Jerzy Robak (Drezdenko).
Fundatorem nagród
jest Wydawnictwo Lekarskie
PZWL, www.pzwl.pl.
Nagrody prześlemy pocztą.

* antygen sterczowy * nasza cudowna reprezentacja LA sprzed lat * prawy dopływ Łaby, częściowo na granicy Polski i Czech * czynność miłej u Grechuty * efekt alopecji * egipska bogini-niebo * buty majora * władca muzułmański * roślina o nietrwałych pędach nadziemnych * członek Izby Lordów * Waranesi * mistyczny kierunek w islamie * końska głowa * imię wicepremiera numer 1 * zmierzanie do celu * premier Iranu (1951-53) * Plasmodium * rym niedokładny ze współbrzmieniem tylko samogłosek * najslawniejszy stadion Anglii * kształtuje świadomość * 3 os. I. mn. „sano” * węgierska kielbasa * płynie w Londynie * jedna z Wysp Zielonego Przylądka z Espargos * szpilka z dużą główką * końskie lub kowalskie * jednostka pracy lub pustynia * land, rzeka i zagłębienie * śledź pod pierzynką * ostroga (łac.) * strażnik grosza publicznego * Theodoule, pionier psychologii eksperymentalnej * druk, jak menu i ulotka * lek na wszystkie choroby * Turku * wypływa z Bajkału * wykaz błędów * głąbiel, brzoza * akceptacja, potwierdzenie * mąż matki Jezusa * stolica Azerbejdżanu * Narashimo, premier Indii * miednica ze stawami biodrowymi * skrajne nacjonalistki * naramiennik * ksywa kontrolera MZK * dźwięk, brzmienie * skąpiec Tytusa Plauta * Johannes, niemiecki matematyk ur. w 1571 * część hamulca * cierpi na alalia syllabaris * ojciec Chama * sławny cmentarz krakowski * największe miasto Pakistanu * skarbiec w banku * azalia * przydomek Karola, zwycięzcy spod Poitiers * oddziela lagunę od morza * część pociągu * granulocyty kwasochłonne * elektryczne mieszadło kuchenne * kraj z Pretorią * płynie przez Tyraspol * nakręcił „Noce i dnie” * między holmem a tulem

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

Materiałów niezamówionych redakcja nie zwraca i zastrzega
sobie prawo do skrótnów, adjustacji, zmiany tytułów. Redakcja
nie odpowiada za treść reklam i ogłoszeń. Autorów prosimy
o przysyłanie tekstów zapisanych na CD, e-mail w edytorze
pracującym w środowisku Windows. Publikacja ta 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).

**W celu zmiany adresu wysyłki „Gazety Lekarskiej”
prosimy kontaktować się z właściwą okręgową izbą lekarską.
Redakcja nie prowadzi list wysyłkowych, zarządzają nimi izby okręgowe.**



Okręgowa Izba Lekarska w Białymstoku
tel.: (85) 732 16 94
e-mail: bialystok@hipokrates.org



Okręgowa Izba Lekarska w Płocku
tel.: (24) 262 64 24
e-mail: oilplock@plocman.pl



Beskidzka Izba Lekarska w Bielsku-Białej
tel.: (33) 815 03 12/812 38 86 (wewn. 3)
e-mail: rejestr.lek@bil.bielsko.pl



Wielkopolska Izba Lekarska
tel.: (61) 852 58 60 (wewn. 108/115), kom.: 783 993 902
e-mail: rejestr@wil.org.pl



Bydgoska Izba Lekarska
tel.: (52) 346 00 84 (wewn. 13)
e-mail: luiza.domka@hipokrates.org



Okręgowa Izba Lekarska w Rzeszowie
tel.: (17) 717 77 17
e-mail: rzeszow@hipokrates.org



Okręgowa Izba Lekarska w Gdańsku
tel.: (58) 524 32 25
e-mail: rejestr@oilgdansk.pl



Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie
tel.: (91) 487 49 36 (wewn. 104/124)
e-mail: rejestr@oil.szczecin.pl



**Okręgowa Izba Lekarska
w Gorzowie Wielkopolskim**
tel.: (95) 722 54 95
e-mail: gorzow@hipokrates.org



Okręgowa Izba Lekarska w Tarnowie
tel.: (14) 688 88 30 (wewn. 26)
e-mail: tarnow@hipokrates.org



Śląska Izba Lekarska
tel.: (32) 60 44 210
e-mail: rejestr@izba-lekarska.org.pl



Kujawsko-Pomorska Izba Lekarska w Toruniu
tel.: (56) 655 41 60 (wewn. 18)
e-mail: a.lis@hipokrates.org



Świętokrzyska Izba Lekarska
tel.: (41) 362 13 81 (wewn. 15)
e-mail: sekretariat@sil.apsnet.pl



Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie
tel.: (22) 54 28 314/316
e-mail: rejestracja@oilwaw.org.pl



Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie
tel.: (12) 619 17 16
e-mail: rejestr57@hipokrates.org



Dolnośląska Izba Lekarska we Wrocławiu
tel.: (71) 798 80 50 (wewn. 55/56/57/82)
e-mail: rejestr.lekarzy@dilnet.wroc.pl,
i.skrabka@dilnet.wroc.pl, wpawelkowicz@dilnet.wroc.pl,
mjasien@dilnet.wroc.pl



Lubelska Izba Lekarska
tel.: (81) 536 04 85
e-mail: biuro@oil.lublin.pl



Wojskowa Izba Lekarska w Warszawie
tel.: (22) 621 12 11 (wewn. 186/175)
e-mail: wojsko@hipokrates.org



Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi
tel.: (42) 683 17 14/15/17
e-mail: biuro@oil.lodz.pl



Okręgowa Izba Lekarska w Zielonej Górze
tel.: (68) 323 66 81
e-mail: zielona.gora@hipokrates.org



Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska
tel.: (89) 539 19 29 (wewn. 45)
e-mail: olsztyn@hipokrates.org



Okręgowa Izba Lekarska w Koszalinie
tel.: (94) 346 73 65, kom. 600 016 634
e-mail: gabi@oil.koszalin.pl



Okręgowa Izba Lekarska w Opolu
tel.: (77) 454 59 39
e-mail: opole.rejestr@hipokrates.org



Okręgowa Izba Lekarska w Częstochowie
tel.: (34) 324 76 19 (wewn. 110)
e-mail: czestochowa@hipokrates.org