

12
2016

01
2017

Gazeta Lekarska

PISMO IZB LEKARSKICH



**Nie będzie dla nich
miejsca w karetkach?**

30

Lekarskie towarzystwa naukowe
Kiedy wkracza
ortodonta

41

Reportaż
Chirurgia
po gnieźnieńsku

54

Ochrona zdrowia na świecie
POZ – fundament systemu

Spis treści

12
2016

01
2017

Gazeta
Lekarska



17



30



52

- 4 **Na wstępie / R. Golański:**
Żegnamy rok, niepewni kolejnego
- 6 **Pierwszym głosem / M. Hamankiewicz:**
Krzyczmy wszyscy!
- 8 **Skrining**
- 10 **Obserwacje / S. Badurek:**
Rok zawiedzionych nadziei
- 11 **Temat miesiąca:** Nie będzie dla nich miejsca w karetkach?
- 16 **Nasi w Europie / A. Lella:**
Przyszłość zawodu lekarza
dentysty – prognozy
- 17 **Rozmowa o zdrowiu:** Początek końca tajemnicy lekarskiej
- 20 **Samorząd:**
Meritus Pro Medicis 2013
- 22 **Punkt widzenia / J. Małmyga:**
Pamiętajmy o tradycjach
- 24 **Stomatologia:**
Samobadanie vs nowotwory
- 26 **Prawo i medycyna:**
By nie ogarnął nas żywioł
- 28 **Kodeks Etyki Lekarskiej:**
Art. 8 KEL i RTG
- 29 **List do redakcji:**
W sprawie art. 64 KEL
- 30 **Lekarskie towarzystwa naukowe:**
Kiedy wkracza ortodonta
- 32 **Deбата:** Serce nie służy
- 34 **Nauka w skrócie**
- 36 **Biuletyn**
- 41 **Reportaż:** Chirurgia po gnieźnieńsku

- 44 **Praktyka lekarska:**
Komisarz UE w Polsce
- 46 **Praktyka lekarska:**
Rozwój dziecka z MPD
- 47 **Praktyka lekarska:**
Ortezy tylko z obuwiem
- 48 **Praktyka lekarska:**
Nie przenośmy katastrofy do szpitala (cz. 1)
- 50 **Praktyka lekarska:**
Srebrny Jubileusz PTM w Czechach / Uratowali grób ppłk. dr. Malanowicza
- 51 **Praktyka lekarska:** 25 lat OZZL
- 52 **Medycyna i historia:**
Kolekcjoner z pasją
- 54 **Ochrona zdrowia na świecie:**
POZ – fundament systemu
- 56 **Indeks korzyści:**
Jeśli w grudniowy wieczór...
- 58 **Z dwóch stron sceny / S. Pietras:** Medyczne koneksje Lema i Bułhakowa
- Nasza czytelnia**
- 59 **Z dwóch stron sceny / A. Andrus:** Więzadło napastnika
- 60 **Błąd malarski:** Nad wodą
- 62 **Kultura:** W milczeniu
- 63 **Kultura**
- 64 **Sport**
- 66 **Ogłoszenia**
- 72 **Komunikaty**
- 73 **Epikryza (65) / J. Wanecki:**
Śpiewający konsyliarze
- 74 **Jolka lekarska**

Prawo

Przydatne informacje o ważnych przepisach w ochronie zdrowia, zarówno obowiązujących, jak i dopiero planowanych, w dziale Prawo na www.gazetalekarska.pl.

Specjaliści

Obecnie w krajach UE na jednego lekarza ogólnego przypada ponad dwóch lekarzy specjalistów – wynika z raportu KE i OECD. Więcej w dziale Wydarzenia na www.gazetalekarska.pl.

Urazy

W WSK w Kielcach powstanie pierwsze w regionie Centrum Urazowe, w którym leczone będą osoby dorosłe. Więcej w dziale Wydarzenia na www.gazetalekarska.pl.

Aktualności





**Ryszard
Golański**

Redaktor
naczelny „GL”

Żegnamy rok, niepewni kolejnego

Po raz kolejny jesteśmy zaskoczeni nadchodzącym końcem roku. Ten 2016 zaczął się wszak tak niedawno, a za chwilę będziemy zmieniać kalendarze. Tego, co przyniesie nam jego następca, nie wiemy.

Nadchodzi czas opłatkowych spotkań i świątecznych oraz noworocznych życzeń. Najpierw w gronie współpracowników, kolegów, przyjaciół, potem tych najważniejszych – osób najbliższych. Nadchodzi czas, choć nie dla wszystkich, chwili zapomnienia o trudach i kłopotach dnia codziennego w pracy. Nasze zawody, lekarza i lekarza dentystry, mają tę charakterystyczną cechę, że czas świąt dla części z nas to także dni pracy, czasami bardzo natężonej, bo taka jest praca lekarza w placówkach, które pełnią dwudziestoczęterogodzinne dyżury. Wystarczy porozmawiać z kolegami pracującymi w SOR-ach i w szpitalnych izbach przyjęć. Jeżeli my możemy być w domu z rodziną przy wigilijnym stole, w ten wyjątkowy wieczór, pomyślimy ciepło o tych koleżankach i kolegach, którzy ratują ludzkie zdrowie i życie. Koniec roku to nie tylko okazja do szampańskiej zabawy, ale jak zawsze czas podsumowywania tego, co za nami i myślenia o tym, co przed. Nie jest łatwo dokonać jednoznacznej oceny tego, co wydarzyło się w kończącym roku. Na szczęście nie brakuje akcentów optymistycznych. Prowadzę teraz zajęcia ze studentami V roku wydziału wojskowo-lekarskiego łódzkiej uczelni. Miał to być pierwszy rocznik, który chciano pozbawić stażu podyplomowego. Trzeba zobaczyć radość tych młodych ludzi, wynikającą z faktu, że, na szczęście, tak się nie stało. Dziękujemy, Panie Ministrze! Nie tylko studenci, ale wszyscy ci, którym leży na sercu poziom kształcenia młodych

lekarzy. Przed uniwersytetami medycznymi stanie w przyszłym roku nowy problem – VI rok wydziałów lekarskich jako praktyczna nauka zawodu lekarza. Będziemy naszych Czytelników informować o przygotowaniu uczelni.

Na kolejnych stronach „Gazety” znajdą Państwo próby oceny mijającego roku. Zadbali o to nasi felietoniści. Czasami tytuł mówi wszystko. Mimo że numer jest świąteczno-noworoczny, nie brakuje tekstów, które przywołują gorzkie refleksje i nie pozwalają optymistycznie patrzeć na kolejny rok. Jednym z powodów są zmiany dokonane, dokonywane lub projektowane w polskim prawie. Jednym z ważniejszych tematów, nie tylko ostatnich miesięcy, ale także w przyszłorocznej i dalszej perspektywie, jest tajemnica lekarska. Właściwie powinienem napisać: koniec tajemnicy lekarskiej. Jakże wymowne jest ostatnie pytanie do profesora Jacka Sobczaka i jednoznaczna odpowiedź na nie. Z jednoznacznie negatywną opinią lekarzy, ale i wieloma konkretnymi poprawkami spotkał się projekt ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, zakładający usunięcie lekarzy z wyjazdowych zespołów ratowniczych. Z niepokojem czekamy na ostateczny kształt tego aktu prawnego. Przed nami nowe przepisy o sieci szpitali i o podstawowej opiece zdrowotnej. Będzie się działo.

Jednego możemy być pewni w roku 2017: ludzie będą chorować, a my będziemy ich leczyć. Życzę Państwu, aby wystarczyło na to zdrowia, sił i zapału. ■



*Święta są rzadkie i tak uroczyste,
Z dala od siebie w czasie rozrzucone,
By lśniły niby klejnoty przeczyste
Albo kamienie rozsiane w koronie.
[William Szekspir]**

**Kolegium Redakcyjne i Redakcja „Gazety Lekarskiej”
wraz ze współpracownikami i autorami składają
Lekarzom i Lekarzom Denty stom świąteczne i noworoczne życzenia ZDROWIA.
„ZNAJĄC DIAGNOZĘ, ZNAJDZIEMY LEKARSTWO...”***

Jarosław Wanecki

Ryszard Golański

Recepty 2017

Prawie rok temu omawiałem nowe regulacje prawne zmieniające zasady wystawiania recept lekarskich na leki refundowane. Ponieważ rok 2016 był okresem przejściowym, w którym recepty takie mogły być wystawiane na dotychczasowych i nowych zasadach, a od 1 stycznia 2017 r. obowiązywać będą tylko nowe regulacje, do tego pojawiły się zupełnie nowe programy – jak choćby dostęp do bezpłatnych leków dla osób powyżej 75. roku życia – warto ponownie omówić zasady regulujące wystawianie recept z obniżoną odpłatnością.

Od 1 stycznia 2017 r. znikają zupełnie umowy na wystawianie recept na leki refundowane. Z tym dniem wygasną one z mocy prawa. Do ordynowania leków z refundacją uprawniony będzie każdy lekarz i lekarz dentysta posiadający prawo wykonywania zawodu, po dopełnieniu procedur rejestracyjnych. Dotyczą one wszystkich lekarzy, niezależnie od tego, czy wystawiają recepty w gabinetach, czy wyłącznie dla siebie i najbliższych. Są one odmienne dla lekarzy, którzy do 31 grudnia 2016 r. związani byli z NFZ umową na wystawianie recept na leki refundowane, i dla lekarzy, którzy umów takich nie zawierali.

Pierwsi korzystają z uproszczonej procedury – występują o utrzymanie uprawnienia do pobierania numerów recept po wygaśnięciu umowy upoważniającej, aktualizując najpierw elektronicznie swoje dane w Portalu NFZ. W kolejnych krokach uzupełniają i drukują wnioski generowane przez Portal NFZ, a następnie przesyłają je do Funduszu (najpierw elektronicznie, potem w wersji papierowej). Lekarze mogą dokonać przy tym wyboru, czy z uprawnień korzystać będą w ramach prowadzonej praktyki lekarskiej, czy też wyłącznie dla siebie i osób bliskich. Lekarze korzystający z takiej ścieżki nie muszą fatygować się do oddziałów NFZ, konieczne jest jednak dopełnienie tej procedury w takim terminie, aby papierowy wniosek dotarł do Funduszu i został tam zweryfikowany przed 31 grudnia 2016 r.

Lekarze, którzy nie zawierali umów na wystawianie recept, a także ci, którzy zawarli takie umowy, ale spóźnili się ze złożeniem wniosku o utrzymanie swoich uprawnień, muszą przejść pełną procedurę rejestracji, obejmującą uzyskanie: dostępu do Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia, uprawnienia do pobierania numerów recept, upoważnienia do korzystania z usługi eWUŚ (fakultatywnie).

Lekarze, którzy utrzymują swoje uprawnienia do pobierania numerów recept, zachowują swoje dotychczasowe loginy i hasła do Portalu NFZ i będą mogli korzystać z recept, które już wydrukowali. Ci z Państwa, którzy nie przejdą opisa-

nych procedur do 31 grudnia 2016 r., będą musieli pobierać nowe unikalne numery recept i drukować je ponownie.

Od 1 stycznia 2017 r. obowiązywać będą jednolite zasady odpowiedzialności za nieprawidłowości w ordynowaniu leków refundowanych. Ponośli ją będzie lekarz wystawiający receptę, będąc pozbawionym tego prawa, bez uzasadnienia względami medycznymi, niezgodną z uprawnieniami pacjenta, a także niezgodną ze wskazaniami w obwieszczeniach lekowych. Sankcją jest zwrot Funduszowi kwoty refundacji, ale NFZ musi jej dochodzić przed sądem.

Za uniemożliwienie czynności kontrolnych karę stanowić będzie równowartość refundacji, a za niewykonanie w terminie zaleceń pokontrolnych grozić będzie kara pieniężna do równowartości refundacji za okres kontrolowany. Kary będą naddkładane i ściągane w trybie administracyjnym.

NFZ pozostawił furtkę dla lekarzy niewykonyjących już zawodu, którzy wystawiają recepty pro auctore i pro familiae. Mogą oni dopełnić wszystkich formalności tylko w formie papierowej, a także pobierać numery recept bezpośrednio w oddziałach Funduszu, bez korzystania z elektronicznego dostępu do Portalu NFZ. Tacy lekarze będą mogli również wystawiać recepty w ramach rządowego projektu leki 75+ (nie dotyczy to jednak dentystów, gdyż nie zostali oni wymienieni w art. 43a ust. 1 ustawy o świadczeniach). Lekarze ci muszą też pamiętać o obowiązku prowadzenia w tym zakresie zbiorczej dokumentacji medycznej w formie wykazu.

Trzeba pamiętać, że pojawiły się też nowe drobne elementy, jakie muszą znaleźć się w treści recepty: numer telefonu do bezpośredniego kontaktu z osobą wystawiającą receptę oraz kod pocztowy właściwy dla miejsca zamieszkania pacjenta lub osoby wystawiającej receptę, lub podmiotu, w którym wystawiono receptę lub miejsca udzielania świadczenia zdrowotnego.

**Jarosław
Klimek**

Radca prawny
OIL w Łodzi

Sponsorem
serwisu
prawnego dla
lekarzy jest firma
Gedeon Richter.

Krzyczymy wszyscy!

Zdrowie publiczne leży mi na sercu i chciałbym, by leżało na sercu wszystkim tym, którzy mają do czynienia ze sprawami publicznymi, czyli np. z publiczną ochroną zdrowia czy z telewizją publiczną.

Dlatego zgłosiłem publiczny protest przeciwko akcjom antyszczepionkowym prowadzonym ostatnio przez Telewizję Polską. Kiedy pojawił się pierwszy program na kanale TVP2, którego celem było wywołanie w społeczeństwie lęku przed szczepieniami, napisałem do Prezesa Telewizji Polskiej, by wstrzymano publikowanie tego programu na stronie internetowej telewizji. Na szczęście udało się to osiągnąć. Kiedy pojawił się drugi – na kanale TVP Info, wystosowałem list otwarty do społeczeństwa polskiego. Uważam, że widzom należy się od mediów publicznych przedstawienie racjonalnych przesłanek za szczepieniem, bez obrażania autorytetów medycznych. Tak się nie stało i powinniśmy krzyczeć wszyscy. Proszę Was, Koleżanki i Koledzy Lekarze i Lekarze Dentyści, o wytłumaczenie pacjentom, którzy być może widzieli te programy, że zabezpieczenie się przed epidemiami może mieć miejsce tylko przez masowe szczepienia, które medycyna uważa za największe osiągnięcie redukujące choroby, jeszcze do niedawna dziesiątkujące Europę i świat. Proszę też, abyście każdą chorobę zakaźną zdiagnozowaną u pacjenta, jak i wszystkie niepożądane odczyny poszczepienne sumiennie zgłaszali do inspekcji sanitarnych. I wreszcie – abyście sami się szczepili. W momencie dotarcia tego numeru „Gazety Lekarskiej” do Waszych domów członkowie Naczelnej Rady Lekarskiej będą już zaszczepieni przeciwko pneumokokom, któremu to szczepieniu poddadzą się przed grudniowym posiedzeniem.

Pamiętam historię z obrazkami na paczkach papierosów, z których kilka lat temu wycofał się ówczesny minister zdrowia, bo nie chciał, by przestrzegać przed nikotyną w sposób zbyt dosłowny. Jesteśmy w ogniu dyskusji, jak traktować suplementy diety, skoro każdy może nabyć ich tyle, ile chce, i zjeść, ile chce. Zastanawiamy się nad lekami OTC, na które Polacy wydają mnóstwo pieniędzy, by poprawić sobie... no właśnie, co? Czy tylko zdrowie, czy może też nastrój? Na preparatach homeopatycznych nie jest napisane, że nie ma na ich skuteczność dowodów naukowych. Jednocześnie zewsząd słychać o prawie pacjenta do informacji. Jeżeli informacja, to niechaj państwo polskie nałoży, jak to ogłosiła w połowie listopada Federalna Komisja Handlu Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej, na producentów środków homeopatycznych

OTC, obowiązek zamieszczania na opakowaniach tych produktów oświadczeń o braku dowodów potwierdzających skuteczność terapeutyczną tych produktów lub wiarygodnych źródeł potwierdzających taką skuteczność. Niech wskaże też, że magnez to taka a taka nazwa, i tamta nazwa. Niech namaluje obrazki. Niech ruszają akcje informacyjne. Będzie lekarzom prościej, a pacjentom zdrowiej.

Całkiem niedawno przywieziono do mnie pacjenta, 36 lat, rozległy nowotwór. Wymagał natychmiastowego przetoczenia krwi. Odmówił jednemu z lekarzy. Potem kolejnemu. Trzeba było go przewieźć na inny oddział. Tam próbowało go przekonać jeszcze dwóch, bo szkoda im było młodego człowieka. Piątemu się udało. To pokazuje, że warto nie ustawać w walce o racjonalne postępowanie medyczne, warto się nie poddawać i nieraz codziennie powtarzać prawdy, które dla nas są oczywiste, a dla innych niekoniecznie.

Chyba nie ma w Polsce lekarza, który na życzenie świąteczno-noworoczne nie życzyłby sobie spokoju, odpoczynku i godziwej zapłaty w kolejnym roku. Coraz częściej też mam wrażenie, że nie ma w Polsce lekarza, który nie myśli o czasie pracy w kontekście całego środowiska i wydatkach państwa na zdrowie o poziomie co najmniej 6% PKB. Tymczasem – wracam jeszcze do drugiej półkuli ziemskiej, gdzie jedna z amerykańskich firm ankietowych CareerCast zestawiała 200 najlepiej opłacanych profesji w Stanach Zjednoczonych, analizując m.in. osiągnięte w nich dochody i perspektywę ich wzrostu w kolejnych latach. Firma nie przeprowadzała ankiety wśród reprezentantów zawodów, ale powołała się na dane z urzędów pracy. Na tegorocznej liście zawodów z najwyższymi zarobkami dominują specjalizacje z zakresu medycyny. Oprócz chirurga (mediana wynagrodzeń w USA: 357 tys. dolarów rocznie) w czołówce zawodów medycznych jest też psychiatra (mediana wynagrodzeń w USA: 207 tys. dolarów rocznie). Lekarz pierwszego kontaktu znalazł się na piątym miejscu (mediana wynagrodzeń w USA: 199 tys. dolarów rocznie), na siódmym uplasował się lekarz dentyista (mediana wynagrodzeń w USA: 155 tys. dolarów rocznie), a na ósmym – ortodonta (mediana wynagrodzeń w USA: 131 tys. dolarów rocznie). No cóż... składałam Wam życzenia spokoju, odpoczynku i godziwej zapłaty w kolejnym roku. ■

**Maciej
Hamankiewicz**

Prezes
Naczelnej Rady
Lekarskiej



**Katarzyna
Strzałkowska**

Rzecznik
prasowy NIL



Marek Posobkiewicz, Główny Inspektor Sanitarny, poddaje się szczepieniu

FOTO: Archiwum GIS

Czas pracy rezydentów

„Samorząd lekarski w pełni popiera wszelkie działania podejmowane w celu zaprzestania przekraczania norm czasu pracy lekarzy rezydentów oraz ostatecznego rozwiązania praktyki podpisywania odrębnych umów cywilnoprawnych na pełnienie dyżurów medycznych pomimo stosunku pracy przez podmioty lecznicze” – napisał prezes NRL do Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. W swoim piśmie wskazuje m.in. na kwestie związane ze stosunkiem prawnym będącym podstawą pełnienia obowiązkowych dyżurów medycznych realizowanych zgodnie z programem specjalizacji.

Słowniki – do pobrania

W związku z pytaniami na temat możliwości pobierania słowników i karty wywiadu lekarskiego w kilku językach opublikowanych na stronie internetowej www.nil.org.pl dla sprawnej komunikacji z pacjentami cudzoziemcami (skrining „GL” 11/2016) informuję, że można je pobierać i publikować na stronach podmiotów leczniczych. Jednym z pierwszych podmiotów, który to uczynił, był Samodzielny Publiczny Zespół Gruzlicy i Chorób Płuc w Olsztynie, gdzie umieszczono zakładkę ze słownikiem z dostępem dla osób zatrudnionych w szpitalu. Naczelna Izba Lekarska rozesłała nośniki z tymi dokumentami do szpitali, które posiadają szpitalne oddziały ratunkowe. Zachęcamy do szerokiego korzystania.

Szczepienia

Naczelna Rada Lekarska zaapelowała do lekarzy i lekarzy dentyistów o podejmowanie i propagowanie działań proszczepiennych, a w szczególności o: poddawanie siebie i swoich bliskich szczepieniom ochronnym; realizowanie obowiązkowych szczepień ochronnych dzieci i młodzieży, a także osób narażonych w sposób szczególny na zakażenie oraz szczepień poekspozycyjnych zgodnie z Programem Szczepień Ochronnych ogłaszanym corocznie w komunikacie Głównego Inspektora Sanitarnego i publikowanym w Dzienniku Urzędowym Ministra Zdrowia; propagowanie szczepień zalecanych

i stosowanie się do zawartych w Programie Szczepień Ochronnych wytycznych dotyczących tych szczepień; informowanie o wskazaniach do szczepienia w szczególności: rodziców dzieci i młodzieży, kobiet w wieku rozrodczym, osób, które ze względu na choroby podstawowe są szczególnie narażone na zakażenie i powikłania po zachorowaniu na chorobę zakaźną, osób starszych, osób podróżujących poza granice kraju.

Lekarze i lekarze dentyści z Naczelnej Rady Lekarskiej postanowili sami wypełnić pierwszą część apelu i zaszczyć się przeciwko pneumokokom. Na to szczególne posiedzenie zaproszono Głównego Inspektora Sanitarnego Marka Posobkiewicza oraz dyrektora Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny prof. Mirosława Wysockiego.

Konkursy na stanowiska

„Pojawiające się w mediach doniesienia o zatrudnianiu na stanowiskach osób kierujących oddziałem, które pełnią takie funkcje w wielu innych zakładach leczniczych, dowodzą, że zasady zatrudniania osób na wyżej wymienione, kluczowe stanowiska pracy w zakładach leczniczych, są zbyt liberalne. Powyższe prowadzić może do nadużyć oraz zatrudniania osób na tych stanowiskach pomimo, że z uwagi na ich inną aktywność zawodową, osoby te nie są w stanie w sposób prawidłowy, gwarantujący bezpieczeństwo chorych, pełnić swych obowiązków” – uznało Prezydium NRL i zwróciło się do Ministra Zdrowia z apelem o nowelizację przepisów ustawy o działalności leczniczej poprzez objęcie publicznych podmiotów leczniczych obowiązkiem przeprowadzania konkursów na stanowiska: kierownika; zastępcy kierownika, w przypadku gdy kierownik nie jest lekarzem; ordynatora lub osoby kierującej oddziałem, niebędącej ordynatorem; naczelnej pielęgniarki lub przełożonej pielęgniarek; pielęgniarki oddziałowej – z zapewnieniem udziału samorządu lekarskiego w postępowaniach konkursowych.

Rocznica uchwalenia KEL

14 grudnia 2016 r. mija 25. rocznica uchwalenia przez Krajowy Zjazd Lekarzy Kodeksu Etyki Lekarskiej.

Zaplanowano spotkania z twórcami Kodeksu: doktor Wandą Terlecką, doktor Marią Łastowską, prof. Zbigniewem Chłapem, doktorem Stanisławem Wenceliszem, doktorem Jerzym Umiastowskim. W tym dniu wyświetlimy film z obchodów rocznicy Chrztu Polski 7 października 2016 r. w Gnieźnie, gdzie główną część stanowiły rozważania nad etyką lekarską i konkretnymi zapisami Kodeksu Etyki Lekarskiej. Link do filmu na stronie www.nil.org.pl.

Odznaczenia państwowe

Podczas uroczystości 15-lecia działalności Okręgowej Izby Lekarskiej w Częstochowie odznaczenia państwowe otrzymali: Srebrne Krzyże Zasługi – lekarze: Janusz Kapustecki (przewodniczący Okręgowego Sądu Lekarskiego w Częstochowie), Marek Mikołajczyk (okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej), Krzysztof Muskałski (członek Okręgowej Rady Lekarskiej), Grzegorz Zieliński (skarbnik ORL) oraz lekarz dentysta Urszula Kołodzińska (wiceprezes ORL); Brązowy Krzyż Zasługi otrzymał lekarz Piotr Muskała (członek ORL). ■

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.



Pani Doktor

Zycie Kaźmierczak-Zagórskiej,

Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej i Naszej Koleżance,
składamy wyrazy głębokiego współczucia z powodu

śmierci Mamy

Zyto, jesteśmy z Tobą w tych trudnych chwilach.

Maciej Hamankiewicz

wraz z Naczelną Radą Lekarską



**Sławomir
Badurek**

Diabetolog,
publicysta
medyczny

Rok zawiedzionych nadziei

Mimo że premier Szydło poświęciła w exposé mało miejsca opiece zdrowotnej, wspominając z konkretnych zobowiązań jedynie powrót do finansowania z budżetu i wstrzymanie prywatyzacji, życzyliśmy sobie przed rokiem nową, lepszej jakości w ochronie zdrowia. Te oczekiwania nie brały się znikąd.

Wreszcie pojawił się na Miodowej minister, który w odróżnieniu od poprzedników, wyraźnie akcentował konieczność dofinansowania systemu. „Porównanie z krajami o podobnej historii i zamożności pokazuje, że brakuje nam około 30 mld zł rocznie. Tych środków nie przybędzie od razu, ale w ciągu dwóch, trzech lat powinniśmy osiągnąć ten poziom, inaczej jakość opieki zdrowotnej nie polepszy się” – tłumaczył doktor Radziwiłł w rozmowie z „Gościem Niedzielnym” tuż po nominacji. Brzmiało to sensownie i wiarygodnie. Mówił o tym bowiem praktyk, znany jako jeden z liderów samorządu lekarskiego, ale także właściciel przychodni medycyny rodzinnej, działającej w sektorze prywatnym. Według sondażu IBRiS z listopada 2015 r., nowy minister miał w rankingu zaufania społecznego drugi wynik w rządzie, po wicepremierze i ministrze rozwoju Mateuszu Morawieckim. W środowisku lekarskim pamiętano, że Radziwiłł – prezes NRL – zobowiązał się, cytując odpowiednią uchwałę, „do podjęcia wszelkich możliwych działań i inicjatyw, aby płaca lekarza specjalisty wynosiła trzy średnie krajowe”, a Radziwiłł – świeżo upieczony minister, wskazywał, że specjalista powinien zarabiać dwie średnie krajowe za pracę w wymiarze etatu. Atutem nowego ministra wydawał się być silny merytorycznie zespół zastępców. Trzech z czterech podsekretarzy stanu to znani w branży medycznej, doświadczeni eksperci. Nic, tylko odnosić sukcesy!

Początek był obiecujący. Konsultacje ministra z ekspertami spoza resortu, spotkania z przedstawicielami samorządu, decyzja o zwiększeniu limitów przyjęć na wydziały lekarskie i powrocie stażu podyplomowego, prace nad projektem 75+, likwidacją NFZ i siecią szpitali. Brakowało „tylko” jednego. Mianowicie jasnego określenia, kiedy wspomniane 30 mld zł zasili system. Odpowiedź przyszła w lipcu i zaskoczyła wszystkich. Finansowanie publicznej opieki zdrowotnej ma zacząć rosnąć od 2018 r., a poziom 6% PKB mamy osiągnąć dopiero w 2025 r. Gdyby chodziło o wydzwignięcie się ponad europejską średnią, można by było tak odległą perspektywę zaakceptować. Gdyby polityka zdrowotna była prowadzona konsekwentnie i niezależnie od zapatrywań poszczególnych partii, można byłoby w ten plan uwierzyć.

Brak akceptacji i wiary unaoczniała wrześnieowa manifestacja Porozumienia Zawodów Medycznych. Protestów może być znacznie więcej. Poza programami socjalnymi, jak bezpłatne leki dla seniorów, tudzież objęcie powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym wszystkich obywateli, zarzewie konfliktu tkwi w niemal każdym z reformatorskich planów ministra. Weźmy na przykład projekt sieci szpitali, czyli jeden z kluczowych. W założeniach miał on wyłonić optymalną liczbę szpitali, gwarantującą stałą dostępność do dobrej jakości świadczeń medycznych na terenie całego kraju. Wymagałoby to włączenia do sieci instytutów, szpitali uniwersyteckich oraz zdecydowanej większości wojewódzkich. Są to jednostki generujące największe zadłużenie. Dzieje się tak przede wszystkim z uwagi na konieczność udzielania ogromnej ilości niedostatecznie finansowanych świadczeń. Poprawa finansowania placówek zrzeszonych w sieci jest zatem bezdyskusyjnie potrzebna. Tym bardziej, że po odcięciu od finansowania publicznego szpitali prywatnych i zobowiązaniu szpitali sieciowych do zapewnienia pacjentom rehabilitacji i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, spadnie na te ostatnie znacznie więcej obowiązków. Tymczasem ministerstwo planuje dać szpitalom klinicznym 100 proc. tegorocznego budżetu, a pozostałym z sieci ledwie 85 proc. Poprawić dostępność do świadczeń i nie popadać w długi to w tej sytuacji zadanie dla magika, a nie menadżera. Koordynowana opieka zdrowotna to kolejne piękne hasło. Jestem za tym, by wzorem wielu bogatszych i lepiej od nas zorganizowanych krajów, pomagać pacjentom w wędrówce po labiryncie systemu. Tu do sukcesu potrzeba armii koordynatorów i systemu informacyjnego zapewniającego sprawną wymianę informacji między placówkami. Jeśli odpowiednio skomputeryzowani koordynatorzy nie mają wskazywać pacjentom ślepych uliczek, potrzebne są pieniądze na poprawę dostępności do diagnostyki i leczenia. Bo, jak twierdził minister Radziwiłł w cytowanym na wstępie wywiadzie, „Nie można zapewnić lepszej opieki medycznej niż dotychczas bez zdecydowanie większych środków na ochronę zdrowia”. Pytanie za sto punktów – kiedy pan minister wierzy w to, co mówi? I za punktów dwieście – kiedy my możemy mu wierzyć? ■



FOTO: Lidia Sulikowska

Nie będzie dla nich miejsca w karetkach?

Z karetek zniknie kilka tysięcy lekarzy, a z rynku prywatne firmy świadczące usługi ratownictwa medycznego – przewiduje projekt nowelizacji ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Dlaczego krytykuje go środowisko lekarskie?

Mariusz
Tomczak

Jak podaje resort zdrowia, obecnie ponad 70 proc. specjalistów medycyny ratunkowej wykonuje swój zawód w zespołach ratownictwa medycznego – stanowią oni tylko 15,5 proc. wszystkich lekarzy systemu zatrudnionych w tych zespołach. – Poprzednia ekipa z roku na rok zmniejszała liczbę rezydentów w tej trudnej specjalizacji – przypomina prezes NRL Maciej Hamankiewicz. Pozostałe 85 proc. to lekarze innych specjalności, w trakcie specjalizacji lub lekarze posiadający niezbędne doświadczenie w wykonywaniu zawodu w SOR, ZRM, lotniczym zespole ratownictwa medycznego lub szpitalnej izbie przyjęć.

Likwidacja zespołów specjalistycznych

– Problemy z obsadą lekarzy w karetkach są coraz większe – przyznaje Marek Tombarkiewicz, podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia. Liczba specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego spadła z 615 w 2011 r. do 563 w 2016 r. Planowane przez resort zmiany organizacyjne zmierzają ku ich całkowitej, świadomie zaplanowanej likwidacji. Obecnie w skład takiego zespołu wchodzi co najmniej trzy osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych (w tym lekarz systemu oraz pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny). Tymczasem projekt ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw przewiduje, że od 1 stycznia 2020 r. działałyby zespoły: podstawowe (złożone z trzech osób posiadających kwalifikacje właściwe dla ratownika medycznego lub pielęgniarki systemu, wyposażone w ambulans ratunkowy) oraz motocyklowe (jednoosobowe). W skład tych pierwszych wchodziłyby tylko ra-

townicy medyczni i pielęgniarki systemu. NRL w podjętym w październiku stanowisku zauważa, że eliminacja lekarzy z ZRM stwarza „realne zagrożenie dla pacjentów w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego, mogące skutkować utratą życia lub ciężkim uszczerbkiem na zdrowiu”. Obrazowo tłumaczy to Grzegorz Krzyżanowski, członek NRL. – Ratownik na miejscu wypadku, po zabezpieczeniu oddechu, nie zastanawia się nad tym, co jest przyczyną zaburzenia tego pacjenta, i wiezie pacjenta do najbliższego szpitala, który nie ma np. neurochirurgii, podczas gdy może on wymagać pilnej interwencji neurochirurgicznej – mówi. W ocenie NRL nieobecność lekarzy w karetkach przyczyni się do zwiększenia obciążenia pracą SOR-ów, w których już dziś są długie kolejki oczekujących na udzielenie pomocy. – W największych szpitalach czas oczekiwania na pomoc wynosi 8-10 godzin – mówi Klaudiusz Komor, prezes ORL w Bielsku-Białej. – Kiedy usuniemy lekarzy z systemu ratownictwa medycznego, jeszcze bardziej niż w tej chwili zatkają nam się SOR-y i izby przyjęć – ostrzega Magda Wiśniewska, prezes ORL w Szczecinie. – Obecnie, jeżeli jedzie zespół złożony z ratowników, to zawsze przywozi pacjenta do szpitala, nawet jeśli on się na to nie zgadza i nie wyrazi tego w stanowczy sposób. Argumentują, że nie mogą wypisać recept, są od ratowania życia – dodaje Klaudiusz Komor.

Kto będzie lekarzem systemu?

Projekt nowelizacji dopuszcza, by lekarzem systemu został lekarz posiadający specjalizację lub tytuł specjalisty albo lekarz kontynuujący szkolenie specjalizacyjne co najmniej po drugim roku odbywania ▶

specjalizacji w dziedzinie kardiologii, medycyny rodzinnej, neurologii i urologii. W opinii Ministerstwa Zdrowia, celem rozszerzenia tego katalogu jest utrzymanie liczby specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego na dotychczasowym poziomie w okresie przejściowym (tj. do 1 stycznia 2020 r., kiedy pojawią się nowe typy zespołów). Samorząd lekarski oponuje przeciwko powiększaniu kręgu lekarzy systemu. Sprzeciwia się zrównywaniu lekarzy specjalistów medycyny ratunkowej z lekarzami po drugim roku szkolenia w innych dziedzinach, często odległych od medycyny ratunkowej, jak choćby medycyna rodzinna. I nie chodzi tylko o to, że znaczne rozszerzenie pojęcia „lekarza systemu” może obniżyć prestiż specjalisty medycyny ratunkowej. Jak czytamy w stanowisku podjętym przez NRL, analiza programu szkolenia w dziedzinie medycyny rodzinnej wskazuje, że ukończenie drugiego roku nie oznacza nabycia „kwalifikacji zawodowych do wykonywania zaawansowanych zabiegów reanimacyjnych i specjalistycznego leczenia pacjentów w stanach nagłych”. Wiceminister Marek Tombarkiewicz przyznaje, że kontrowersyjna wydaje się obecność w tym gronie specjalistów medycyny rodzinnej, ale – jak zastrzeża – w toku konsultacji ten zapis może zostać zmieniony. Jeszcze dosadniej ujmuje to prof. Juliusz Jakubaszko, prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej. Utrzymanie w projekcie ustawy pojęć „lekarz systemu” i „pielęgniarka systemu”, które – w jego opinii – oznacza każdego lekarza i każdą pielęgniarkę, stanowi „kamufaż obniżania wymagań specjalizacyjnych wobec osób dopuszczanych do pracy w strukturach ratownictwa medycznego”. – Jest to niezgodne z pojęciem nowoczesnych struktur ochrony zdrowia oraz z dyrektywami Unii Europejskiej, dla których medycyna ratunkowa jest pierwszą linią frontu w systemach ochrony zdrowia. Proponowane zapisy ustawy w sposób jednoznaczny zniechęcają lekarzy do podejmowania tej specjalizacji – napisał Juliusz Jakubaszko w piśmie do Katarzyny Głowi, podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia, dodając, że projekt nowelizacji powstał bez współpracy z PTMR i nie uwzględnia istotnych postulatów tego środowiska kierowanych do resortu.

Stwierdzanie zgonu: ratownik wystarczy?

Resort uważa, że rozszerzenie uprawnień ratowników medycznych jest konieczne. Ma to być odpowiedź na deficyt lekarzy w naszym kraju (według opublikowanego w ostatnich dniach raportu Komisji Europejskiej i Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju, w Polsce na tysiąc mieszkańców przypada 2,3 lekarza, to najmniej w całej Unii Europejskiej). Samorząd lekarski krytykuje w szczególności umożliwienie ratownikom przeprowadzania intubacji dotchawiczej z podaniem leków zwiotczających, co przewidziano w już obowiązujących przepisach (rozporządzenie ministra zdrowia w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą

być udzielane przez ratownika medycznego). Opinia NRL jest jednoznaczna: czynności te powinny być zarezerwowane wyłącznie dla lekarzy specjalistów medycyny ratunkowej, anestezjologii i intensywnej terapii oraz intensywnej terapii. Wróćmy jednak do projektu nowelizacji ustawy o PRM. Zakłada ona ponadto zmianę art. 11 ust. 1 ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych tak, aby zgon i jego przyczyna były ustalane przez lekarza lecącego chorego w ostatniej chorobie albo kierownika zespołu ratownictwa medycznego (od 2020 r. te funkcje zarezerwowane miałyby być wyłącznie dla ratowników medycznych), jeżeli zgon nastąpił w trakcie akcji medycznej.

Kto do kataru?

– Czy nie wydaje się kuriozalne, że do kataru w ramach NPL w nocy pojedzie lekarz, a na miejscu wypadku zgon stwierdzi ratownik? – retorycznie pyta Grzegorz Krzyżanowski. O to, by z olbrzymią rozważą podchodzić do uprawniania do stwierdzania zgonu innych osób niż lekarze, apeluje również m.in. Grzegorz Wrona, Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej. „Ratownik medyczny, walcząc o zdrowie i życie pacjenta, w sytuacji, gdy jego działania nie przynoszą rezultatu, powinien mieć możliwość wezwania na pomoc lekarza specjalistę medycyny ratunkowej, by wyczerpać wszystkie możliwości niesienia pomocy pacjentowi” – czytamy z kolei w stanowisku samorządu lekarskiego. Resort zdrowia uspokaja. – Zespół ratownictwa medycznego obecnie nie może ani po znowelizowaniu ustawy o PRM nie będzie mógł być wzywany do stwierdzania zgonu, lecz wyłącznie do pomocy osobie w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego – podkreśla Milena Kruszewska, rzecznik prasowy ministra zdrowia Konstantego Radziwiła. Środowisko lekarskie krytykuje również eliminację udziału lekarzy ze szkolenia ratowników medycznych, podkreślając, że są takie dziedziny medycyny (np. farmakologia) oraz umiejętności i procedury (zwłaszcza te wysoce inwazyjne), w których to właśnie lekarz ma znacznie większą wiedzę i doświadczenie (np. ze względu na dłuższy czas szkolenia czy doświadczenie uzyskanie w trakcie pracy w SOR).

E-konsultacje na cenzurowanym

– Projekt ten, jako pierwszy i jedyny akt prawny, wprowadza definicję e-konsultacji, będących jednym z podstawowych form udzielania świadczeń zdrowotnych w formie telemedycznej – zwraca uwagę Marta Jaśkiewicz, aplikant radcowski w jednej z kancelarii prawnych. Ma to być konsultacja osoby kierującej akcją medyczną z lekarzem za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności podczas podejmowania medycznych czynności ratunkowych. Lekarz konsultant ZRM uzyskałby dostęp do jednostkowych danych medycznych, a załoga zespołu komunikowałaby się z nim za pośrednictwem tabletu. Zastrzeżenia samorządu lekarskiego budzi niejako

zastąpienie lekarzy w ZRM e-konsultacjami. „W wielu przypadkach nie da się pomóc »na telefon«, bez badania pacjenta, a jedynie poprzez analizę przekazanych na odległość parametrów życiowych” – czytamy w stanowisku NRL. – E-pomoc tak, ale e-konsultacja budzi moje wątpliwości – mówi sekretarz NRL Marek Jodłowski, tłumacząc, że w sytuacji, gdy m.in. nie ma możliwości bezpośredniego nadzoru np. nad ilością podanego leku, jest przeciwny wykonywaniu zawodu lekarza „na odległość”.

Transport międzyszpitalny

Odwołując się do codziennych doświadczeń z praktyki zawodowej, Ryszard Golański z Kliniki Kardiologii CSK w Łodzi zwraca uwagę na zmiany, jakie po wejściu w życie nowych przepisów i zniknięciu z karettek lekarzy mogą dotknąć transport międzyszpitalny. – Bywają sytuacje, gdy musimy transportować pacjentów między oddziałami intensywnej terapii, często zaintubowanych, otrzymujących wlewy amin katecholowych czy z pulsacją wewnątrzaoartną. Trudno mi sobie wyobrazić, że odpowiedzialnie przekazują takie osoby zespołowi karetki pogotowia, w którym nie ma lekarza – zaznacza, dodając, że jego obawy podzielają m.in. kardiolog, kardiokirurg czy kardiolog anestezjolog. – Nie sam fakt obecności lekarza w karetce stanowi o bezpieczeństwie pacjenta. Wszyscy to wiemy, nie wszyscy o tym mówią – ripostuje Marek Tombarkiewicz. Wiceminister przyznaje jednak, że transport międzyszpitalny musi być przygotowany na potrzeby pacjentów w ekstremalnie trudnym stanie. – Projektowana nowelizacja ustawy pozwoli na wykorzystanie zespołów ratownictwa medycznego do transportów międzyszpitalnych w wyjątkowych sytuacjach, gdy transport w asyście lekarza nie będzie dostępny natychmiastowo, a zwłoka w przemieszczeniu pacjenta może być niebezpieczna dla jego zdrowia i życia. Zasadność takiego transportu będzie weryfikowana zarówno przed, jak i po jego wykonaniu – wyjaśnia rzecznik prasowy ministra zdrowia, przypominając, że transport sanitarny nie jest tożsamy z ratownictwem medycznym. O ile projektowane przepisy weszłyby w życie, zadysponowanie ZRM do transportu międzyszpitalnego musiano by poprzedzić przeprowadzeniem kwalifikacji przez dyspozytora medycznego, uzyskaniem zgody wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego. Za nieuzasadniony transport międzyszpitalny groziła бы kara w wysokości 50 proc. dobowego ryczałtu ZRM.

3000 etatów, czyli kogo i jak dotkną zmiany?

Ministerstwo Zdrowia na początku br. pozyskało od wojewodów dane, z których wynika, że zawód lekarza systemu na podstawie umowy o pracę wykonuje 245 osób (w tym 51 lekarzy specjalistów medycyny ratunkowej i 37 lekarzy w trakcie specjalizacji z tej dziedziny). Natomiast lekarzami systemu na podstawie umowy cywilnoprawnej jest 4197 osób (w tym 637 lekarzy specjalistów medycyny ratunkowej i 468 lekarzy w trakcie specjalizacji z tej dziedziny). Samorząd lekarski zwraca uwagę, że w przepisach przejściowych i w uzasadnieniu projektu nie wskazano, co stanie się

z lekarzami obecnie zatrudnionymi w ZRM. W Ocenie Skutków Regulacji dołączonej do projektu nowelizacji ustawy podano wprost, że likwidacja specjalistycznych zespołów doprowadzi do uwolnienia ponad 3000 etatów przeliczeniowych lekarzy systemu, którzy będą mogli zasilić obsadę SOR-ów. W środowisku lekarskim nie brakuje co do tego sceptycyzmu. – W moim szpitalu na konkurs ogłoszony na stanowisko lekarza pracującego na izbie przyjęć, nawet nie na SOR, nie ma chętnych, mimo że stawka wydaje się atrakcyjna – mówi Klaudiusz Komor. Sekcja Młodych Lekarzy PTMR przypomina, że motywacją rozpoczęcia specjalizacji dla wielu lekarzy medycyny ratunkowej była m.in. możliwość pracy w opiece przedszpitalnej. Prof. Tadeusz Kocowski i mgr Mateusz Paplicki z Uniwersytetu Wrocławskiego w projektowanej nowelizacji ustawy o PRM widzą utratę nabytych praw lekarzy, uzyskanych w trakcie robienia specjalizacji w dziedzinie medycyny ratunkowej. „Są podstawy, by twierdzić, iż naruszona może zostać zasada zaufania do państwa i zachwiane bezpieczeństwo prawne” – piszą w przygotowanej opinii. Pewne jest za to, że w najbliższym czasie Ministerstwo Zdrowia nie planuje nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz aktów wykonawczych do niej w odniesieniu do przepisów dotyczących specjalizacji w dziedzinie medycyny ratunkowej.

220 SOR-ów czeka na lekarzy

Rzecznik szefa resortu tłumaczy, że po 1 stycznia 2020 r. lekarze, dla których zabraknie miejsca w karetkach, znajdą zatrudnienie w segmencie szpitalnym, gdzie występuje zjawisko narastającego deficytu kadry lekarskiej. Już teraz, jak podkreśla Milena Kruszewska, specjaliści medycyny ratunkowej mogą stanowić personel medyczny: 220 SOR-ów, izb przyjęć szpitali, centrów urazowych (14 obecnie istniejących i docelowo 3 kolejnych) i centrów urazowych dla dzieci (docelowo ma ich być 12), 11 podmiotów udzielających świadczeń w zakresie oksygenacji hiperbarycznej wskazanych jako tzw. oddziały pierwszego wyboru. – W przypadku pozostałych lekarzy systemu możliwości zatrudnienia są jeszcze szersze, zarówno w lecznictwie stacjonarnym, jak i ambulatoryjnym. Na podstawie projektowanych przepisów lekarze systemu będą mogli pełnić funkcję lekarzy – konsultantów w dyspozytoriach medycznych, udzielając wsparcia merytorycznego członkom zespołów ratownictwa medycznego. Nadal będą poszukiwani na rynku pracy tak, jak to ma miejsce obecnie, lecz dzięki projektowanym zmianom ich deficyt nie będzie tak odczuwalny – tłumaczy rzecznik ministra Konstantego Radziwiłła. Jak podaje biuro prasowe resortu, po zakończeniu konsultacji publicznych projektu nowelizacji ustawy o PRM zgłoszone uwagi zostaną rozpatrzone pod kątem możliwości ich uwzględnienia w nowelizacji. Planuje się również organizację konferencji uzgodnieniowej z udziałem strony społecznej. – Na chwilę obecną projektowane przepisy nie mogą być traktowane jako ostateczne – zastrzega rzecznik ministra. ■



**Anna
Lella**

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

Przyszłość zawodu lekarza dentysty – prognozy

Światowe i europejskie organizacje lekarzy dentystów zajmują się nie tylko sprawami bieżącymi, ale także próbują kreować i przewidzieć, jak zawód lekarza dentysty i stomatologia będą wyglądać w niedalekiej przyszłości.

Przed kilku laty Światowa Federacja Dentystyczna (FDI), której doroczny kongres odbył się we wrześniu 2016 r. w Poznaniu, zleciła grupie ekspertów opracowanie analizy, której tematem miało być przedstawienie wizji zawodu lekarza dentysty oraz systemu opieki stomatologicznej w okresie najbliższych kilku lat – efektem tych prac był dość obszerny dokument zatytułowany „FDI Vision 2020” („FDI Wizja roku 2020”), który do tych kwestii odnosił się w ujęciu globalnym (już niedługo będziemy się mogli przekonać, na ile przewidywania autorów się sprawdziły, to kolejny dowód, jak szybko mija czas i jak szybko należy się dostosowywać do stale zmieniających się okoliczności).

W tym roku zespół roboczy Rady Europejskich Lekarzy Dentystów (CED) ds. Rynku Wewnętrznego przygotował materiał określający najistotniejsze kwestie, które w przyszłości mogą mieć znaczenie dla zawodu lekarza dentysty w Europie i wpływać na sposób jego wykonywania. Nie jest to opracowanie nowatorskie, ale zwięzłe podsumowanie zagadnień, którymi CED i jej grupy robocze zajmują się na co dzień.

Z jednej strony wskazano kwestie o charakterze formalnoprawnym:

- rosnącą biurokrację, wynikającą głównie z przepisów prawnych stanowionych przez instytucje unijne czy krajowe, skutkujące nad-

miernymi wymogami formalnymi w praktyce stomatologicznej,

- przekazywanie kompetencji zawodowych osobom wykonującym tzw. zawody pomocnicze w stomatologii (higienistki, technicy),
- organizację zawodu i sprawowanie nadzoru nad jego wykonywaniem (samorząd zawodowy czy nadzór państwowy).

Z drugiej strony autorzy opracowania wskazują między innymi takie sprawy jak: ograniczanie niezależności zawodu lekarza dentysty (zagrożenia dla wolnych zawodów związane z obniżaniem standardów zawodowych, a także z coraz większą komercjalizacją stomatologii, która staje się w znacznym stopniu biznesem), zmieniające się oczekiwania pacjentów, wpływ nowych technologii („cyfryzacja” stomatologii), postrzeganie zdrowia jamy ustnej jako istotnego elementu zdrowia ogólnego człowieka, zakres świadczeń stomatologicznych finansowanych ze środków publicznych.

Oczywiście powyższe kwestie mogą się różnie przedstawiać w poszczególnych państwach. Przykładowo: w niektórych krajach, np. w Niemczech, podważa się zasadność prowadzenia kształcenia specjalizacyjnego dla lekarzy dentystów i uzyskiwania przez nich tytułów specjalisty w różnych węższych dziedzinach stomatologii, przeciwnie niż w Hiszpanii, gdzie planuje się rozwijać kształcenie specjalizacyjne. Jak wiemy, w Polsce lekarze dentyści są co do zasady zainteresowani specjalizacjami, a problemem jest raczej brak miejsc szkoleniowych.

Mimo różnic, na pewno warto mieć tego rodzaju sprawy na uwadze, także zastanawiając się nad naszym zawodem w Polsce. ■

Perio 2017

25 marca 2017 r. odbędzie się w Warszawie Międzynarodowe Seminarium Periodontologiczno-Protetyczne.

Seminarium poświęcone będzie terapii periodontologiczno-protetycznej chorób przyzębia, ze szczególnym uwzględnieniem postępowania klinicznego w praktyce. Głównym wykładowcą seminarium będzie prof. Mario Aimetti, który w Polsce wystąpi po raz pierwszy. Część protetyczną poprowadzi wybitny specjalista protetyki, dr n. med. Attilio Bedendo, który w swojej praktyce zawodowej zajmuje się leczeniem protetycznym w skomplikowanych sytuacjach periodontologicznych. Wydarzenie to „Gazeta Lekarska” objęła patronatem medialnym.

Szczegółowe informacje na: www.perio.org.pl/miedzynarodowe-seminarium-periodontologiczno-protetyczne.



Początek końca tajemnicy lekarskiej

Z **prof. Jackiem Sobczakiem**, sędzią Sądu Najwyższego, prodziekanem Wydziału Prawa Uniwersytetu SWPS w Warszawie, rozmawiają **Ryszard Golański i Marta Jakubiak**.

Rodzina ma prawo domagać się od lekarza informacji o leczeniu zmarłego – rozwiązanie takie przewiduje nowelizacja uchwalona przez Sejm w czerwcu tego roku, a podpisana w lipcu przez prezydenta. Co jest najistotniejszą zmianą?

Ustawa z 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy – Kodeks postępowania karnego, ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta przyniosła istotne zmiany w zakresie tajemnicy lekarskiej. W ustawie tej, nowelizując art. 40 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, nadano nowe brzmienie artykułowi 40 ust. 2a, wskazując, że w sytuacjach, o których mowa w ust. 2 art. 40, a więc gdy nie ma zastosowania przepis art. 40 ust. 1 u.z.l. i ujawnienie tajemnicy może nastąpić wyłącznie w niezbędnym zakresie, pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy może określić zakres ujawnienia tajemnicy. Tego rodzaju uściślenie treści art. 40 ust. 2 pkt. 4 u.z.l. wydaje się słuszne. W dotychczasowym brzmieniu ustawy pacjent lub jego przedstawiciel mógł wyrazić zgodę na ujawnienie tajemnicy lub na jej nieujawnianie. Nie mógł zgodą swoją objąć całości treści tajemnicy. W mocy pozostaje rozwiązanie zawarte w treści art. 40 ust. 2 pkt. 4 u.z.l., iż to wyrażenie zgody może nastąpić po uprzednim poinformowaniu o niekorzystnych dla pacjenta skutkach ujawnienia tajemnicy. Nowy tekst art. 40 ust. 3 u.z.l. uzupełnia dotychczasowy wywód, zawarty w tym przepisie, że lekarz związany jest – z zastrzeżeniem sytuacji, o jakich mowa w art. 40 ust. 2 pkt. 1-5 u.z.l. – tajemnicą lekarską również po śmierci pacjenta stwierdzeniem „chyba, że zgodę na ujawnienie tajemnicy wyrazi osoba bliska w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta

i Rzeczniku Praw Pacjenta”¹. Osoba bliska, wyrażająca zgodę na ujawnienie tajemnicy, może określić zakres jej ujawnienia, podobnie jak pacjent. Problem w tym, że wspomniana osoba bliska, wyrażając zgodę na ujawnienie tajemnicy, może sama nie znać treści tej tajemnicy. Kwestia ta winna być wyraźnie doprecyzowana, w możliwie najbliższym czasie. Ustawodawca, wprowadzając do ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry art. 3a, wskazuje, że zwolnienia z tajemnicy lekarskiej, o którym mowa w ust. 3 art. 40 u.z.l. nie stosuje się, jeśli ujawnieniu tajemnicy sprzeciwi się inna osoba bliska w rozumieniu przywołanego art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Rozwiązanie to, pozornie logiczne i rozsądne, powodować musi poważną mitręgę i rodzić wiele niebezpieczeństw. Do osób bliskich art. 3 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta zalicza: małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobę wskazaną przez pacjenta. Nie trzeba wielkiej wyobraźni, aby zauważyć, że może zaistnieć konflikt między małżonką, a osobą pozostającą ze zmarłym od lat we wspólnym pożyciu (za wiedzą małżonki lub bez jej wiedzy). Można sobie wyimagować konflikt na tle ujawnienia tajemnicy lekarskiej między małżonkiem, a wspólnym dzieckiem małżonka i osoby zmarłej lub między małżonkiem a synową bądź wnukiem itp. Lekarz przed ujawnieniem tajemnicy lekarskiej powinien więc mieć przekonanie, że żadna z osób, o jakich mowa w treści art. 3 ust. 1 pkt. 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, nie sprzeciwia się ujawnieniu przez niego tajemnicy lekarskiej. W tej sytuacji lekarz zamiast wykonywać swój zawód – leczyć, ratować chorych ▶

– przemieniliby się w urzędnika. Mało przekonujący jest pogląd, że lekarz będzie ujawniał tajemnicę tylko na żądanie właściwych organów ścigania bądź sądu. Takiego zastrzeżenia nie ma w znowelizowanym tekście ustawy, a więc możliwe jest ujawnienie tajemnicy na żądanie osoby wskazanej w treści art. 3 ust. 1 pkt. 2. Łatwo wyobrazić sobie awantury, interwencje i zmuszanie lekarzy do składania wyjaśnień w sytuacji, gdy odmawia on ujawnienia tajemnicy lekarskiej, wskazując, że nie wie, czy nie sprzeciwiają się temu inne osoby bliskie wskazane w tym przepisie.

Zmiany, które proponuje się w ustawie i które weszły już w życie, są niebezpieczne dla każdego pacjenta, ponieważ z lekarzy robi się urzędników. Nie będą mieć oni czasu na leczenie ludzi. Będą ustalać, czy danej osobie mogą udzielić informacji po śmierci pacjenta, będą dobrze wypełniać papiery, by nie popełnić błędu. Ponadto zaczną się ubezpieczać przed ewentualną odpowiedzialnością cywilną, karną, zawodową, dyscyplinarną.

Ta nowela jest zła także dla lekarzy?

Konsekwencją omówionych zmian była nowelizacja art. 181 k.p.k. i przyjęcie nowego brzmienia art. 181 k.p.k. § 1. Do dotychczasowego brzmienia tego przepisu dodano tekst „nie dotyczy to wypadku, gdy zwolnienie z tajemnicy nastąpiło na podstawie art. 40 ust. 2 pkt. 4 oraz art. 40 ust. 3 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz art. 14 ust. 2 pkt. 3 lub art. 14 ust. 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w przewidzianym przez te ustawy zakresie i przy braku wskazanego w nich sprzeciwu. Rozwiązanie to pozwala w zupełności „podeptać” wolę zmarłego pacjenta, który zobowiązywał swojego lekarza do zachowania tajemnicy lekarskiej. Przydana temu nowa klauzula sformułowania zawartego w nowym § 1a art. 181 k.p.k., w myśl której „jeżeli zwolnienie z tajemnicy nastąpiło na podstawie i na zasadach, o których mowa w § 1 zd. 2” (a więc w kwestii, do której odnosi się nowelizacja), to „okoliczności objęte tajemnicą, które zostały ujawnione na rozprawie z wyłączeniem jawności, mogą być rozpowszechniane publicznie przez osobę, której zgoda była wymagana do zwolnienia z tej tajemnicy”. To rozwiązanie czyni „pośmiertną tajemnicę lekarską” całkowicie iluzoryczną i pozwala osobie bliskiej w skrajnych wypadkach wyszydząć osobę zmarłego. Osoba bliska z punktu widzenia ustawowego nie zawsze jest osobą, z którą zmarły jest związany uczuciowo. Sądom znane są przypadki, że mimo trwania małżeństwa, małżonkowie nie kontaktują się ze sobą, a ich dzieci, często z innych „nieformalnych” związków, nawet nie wiedzą o tym, że rodzice są faktycznie osobami pozostającymi w związku małżeńskim.

Ta ustawa stawia lekarzy w bardzo trudnej sytuacji. Założmy, że pacjent umiera. W tym momencie lekarz może się spodziewać ataku ze strony rodziny, która uzna, że można było zrobić więcej. Jeden krewny chce, żeby lekarz ujawnił tajemnicę, ale ktoś inny może nie chcieć i ma prawo do sprzeciwu, wówczas lekarz nie może ujawnić tajemnicy. Ustawa jest źle napisana, ponieważ nakłada na lekarza obowiązki formalistyczne – to on ma szukać, dowiadywać się, czy nie ma kogoś, kto chciałby zabrać głos w sprawie.

To niewykonalne...

To przerzucanie odpowiedzialności na lekarza, który zgodnie z zapisami ustawy powinien zamienić się w psa tropiącego i policjanta. Doskonale wiemy, że życie rodzinne dostarcza różnych dziwnych sytuacji, np. jedno dziecko będzie w Australii, drugie w Kanadzie, a trzecie w Polsce. Pacjent ma żonę i jednocześnie kochankę, z którą dzieli życie, nie rozwodząc się z tą pierwszą. Na żonę łoży, a z kochanką żyje. Z punktu widzenia prawa obie panie są osobami bliskimi, o których mówi ustawa. Zresztą ten krąg, który określa „ustawa lekarska”, tak ją nazwijmy, jest kręgiem dziwnie skonstruowanym. Nie jest to krąg, o którym mowa w art. 115 Kodeksu karnego ani tym, do którego jesteśmy przyzwyczajeni my, prawnicy, opisanym w Kodeksie postępowania cywilnego czy Kodeksie rodzinnym i opiekuńczym. To zupełnie inny krąg.

Jakie mogą być konsekwencje?

Wszystko zacznie się mylić lekarzom, a co gorsza – także prawnikom. Chciałbym wiedzieć, po co narzucać lekarzom działania poszukiwawcze, które moim zdaniem zmierzają donikąd, skoro tajemnica lekarska jest tak ustanowiona, że jeżeli organy ścigania chcą dotrzeć do dokumentacji medycznej, mogą to bez przeszkód zrobić. Zdaję sobie sprawę, że bliscy zmarłego są pogrążeni w bólu, że niejednokrotnie chcieliby doprowadzić do skazania lekarza, napiętnowania go, bo za śmierć chorego winią właśnie jego.

A może ustawodawca zakładał winę lekarza?

Myślę, że nie. Ustawodawca pomylił rolę lekarza i dokumentalisty. Przecież większość lekarzy ma tzw. asystentów medycznych. I tu pojawia się kolejny problem. Tajemnica lekarska dotyczy lekarza, ale poddano w wątpliwość, czy dotyczy ona również asystenta medycznego. W moim odczuciu dotyczy, ale wśród prawników nie ma co do tego zgody.

Podnosi się jeszcze jeden aspekt sprawy – odszkodowawczy. Jest takie przekonanie, że będzie się chciało znaleźć winnego i pociągnąć go do odpowiedzialności odszkodowawczej. Czy to zasadne obawy?

To bardzo istotna kwestia, dlatego że w Polsce już praktykuje się tzw. medycynę defensywną, od wielu lat obecną w Stanach Zjednoczonych. W naszym kraju na razie jeszcze tak się jej nie nazywa, ale jako zjawisko zaczyna przybierać na sile.

Medycyna defensywna polega na tym, że lekarze zlecają mnóstwo badań tylko po to, żeby nikt im nie zarzucił, że nie sprawdzili wszystkiego, że mogli coś jeszcze zrobić. To jest niezwykle kosztowne i – jak oceniono w Stanach Zjednoczonych – niepotrzebne. Wszystko po to, by w ewentualnym procesie odszkodowawczym nikt im nie zarzucił: mógł pan wykonać jeszcze takie badanie. Nie wiemy przecież, jak będzie oceniał biegły, czy nie powie: wysoki sądzie, być może nie doprowadziłoby to do zmian, może i tak nastąpiłby zgon, ale nie mogę wykluczyć, że wykonanie tego badania zmieniłoby sytuację.

W Polsce nie ma jeszcze tak wielu procesów odszkodowawczych jak w Stanach Zjednoczonych, w Niemczech

czy w krajach anglosaskich, gdzie działają kancelarie prawne wyspecjalizowane w prowadzeniu spraw odszkodowawczych. Odszkodowania w takich sprawach są zazwyczaj wysokie, więc szpitale i poszczególni lekarze ubezpieczają się na wypadek ewentualnych roszczeń. Z kolei ubezpieczenia są coraz wyższe, ponieważ przy tak wysokich odszkodowaniach ubezpieczyciele chcą pozyskać od ubezpieczających się jak najwięcej pieniędzy, żeby mieć z czego wypłacać zasądzone odszkodowania. Koszty leczenia rosną, zupełnie nieproporcjonalnie, bo są to koszty sztuczne, wynikające z obawy przed procesami.

Przywykliśmy do tego, że pacjent wskazuje osoby, którym można udzielić informacji o jego stanie zdrowia. To było czytelne.

Teraz pacjent może powiedzieć lekarzowi, że nie życzy sobie, aby ten po jego ewentualnej śmierci informował daną osobę lub w ogóle kogokolwiek, na co chorował i na co zmarł. Po wprowadzeniu nowej ustawy, jeśli osoba bliska zażyczy sobie informacji, lekarz będzie musiał ich udzielić także tym, co do których zmarły zastrzegł sobie zachowanie tajemnicy. Mamy do czynienia z zupełnie innym stanem faktycznym i zupełnie innym stanem prawnym. I tu także jest problem. Pacjent sobie nie życzył i póki żył, to obowiązywało, a kiedy zmarł, najbliżsi mogą dowiedzieć się wszystkiego.

28 października NRL złożyła do TK wniosek o zbadanie zgodności z konstytucją przepisów ograniczających ochronę tajemnicy lekarskiej. Już w preambule KEL nakazuje zachowanie tajemnicy lekarskiej, podczas gdy ustawa z 10 czerwca 2016 r. zobowiązuje go do udzielania informacji. Jak lekarz ma postąpić?

Trybunał Konstytucyjny wypowiadał się już na temat Kodeksu Etyki Lekarskiej. Doszedł wówczas do przekonania, że w KEL zawarte są nie tylko normy etyczne, ale również normy prawne. Trybunał Konstytucyjny w postanowieniu z dnia 7 października 1992 r.² uznał, że stanowienie norm deontologicznych nie należy do właściwości organów państwa. Normy deontologiczne same przez się nie posiadają charakteru prawnego, mieszczą się bowiem w niezależnym od prawa zbiorze norm etycznych. Odwołanie zawarte w ustawach do norm deontologicznych jest jedynie ustawowym potwierdzeniem powszechnie uznanego prawa korporacji lekarskiej, a także innych korporacji zawodowych do określania zasad deontologicznych. Zauważono, że zbiory norm prawnych i etycznych nie pokrywają się ze sobą i tworzą dwa niezależne od siebie kręgi, podkreślając, że normy etyczne mogą być przez akt prawny inkorporowane do systemu obowiązującego prawa. Stało to się, jak podkreślono, poprzez ustawę o izbach lekarskich.

Otwiera się tu jednak inna kwestia – dotycząca wartości preambuły w Kodeksie Etyki Lekarskiej. Między prawnikami toczy się spór, czy treści zawarte w preambule mają charakter normatywny czy nie. I nie dotyczy to tylko takich aktów jak KEL, ale również ustaw, które czasem preambuły mają. Takie rozważania prowadził kiedyś Sąd Najwyższy przy okazji preambuły do ustawy lustracyjnej.

Trybunał nie odpowiedział wprost na pytanie, ale doszedł do przekonania, że preambuła może jedynie wskazywać sposób interpretacji norm znajdujących się dalej. Przyjmijmy, że tak jest w odniesieniu do Kodeksu Etyki Lekarskiej. A jeśli tak, to trzeba sięgnąć do środka, gdzie w art. 23 KEL znajduje się zapis dotyczący tajemnicy lekarskiej po śmierci pacjenta, czyli w części normatywnej nakazuje on zachowanie tajemnicy. Powstaje rozdział między normatywną treścią kodeksu a treścią „ustawy lekarskiej”. I tu dochodzimy do momentu, że albo musi się zmienić KEL, albo ustawa.

Dopóki tych zmian nie będzie, jak powinien zachować się lekarz?

Nie jestem w stanie tego rozstrzygnąć. Moje doświadczenie podpowiadałoby mi jednak, że ustawa jest aktem normatywnym na tyle ważnym, że sytuowałbym ją wyżej niż Kodeks Etyki Lekarskiej. Z tego punktu widzenia dobrze się stało, że Naczelna Rada Lekarska zdecydowała się zwrócić z tym pytaniem do Trybunału Konstytucyjnego. Obawiam się jednak, czy Trybunał Konstytucyjny znajdzie czas na zajęcie się tą sprawą. Przed konfliktem o TK i tak czekało się długo na orzeczenia. Teraz może być znacznie gorzej.

Jak lekarz ma zweryfikować tych, którzy twierdzą, że są osobami bliskimi?

Kiedy ktoś oświadcza, że jest konkubentem, lekarz powinien spisać notatkę i poprosić daną osobę, by to udowodniła. Musi ustalić stan faktyczny.

Istnieje zatem ryzyko, że zdradzi tajemnicę lekarską osobie nieuprawnionej...

Nie może tego zrobić. Musi mieć pewność.

A co ze zgłaszaniem sprzeciwu. Ile jest czasu na jego wnoszenie?

Ustawodawca nie raczył nam tego powiedzieć.

Skąd lekarz ma wiedzieć, że nikt się nie sprzeciwia?

Musi to zbadać.

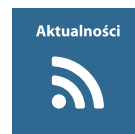
Jak?

No właśnie. Nie jest w stanie tego zrobić. Albo zaufa i narazić się może na odpowiedzialność, że przekazał informacje osobie nieuprawnionej do jej pozyskania, albo nie zrobi tego i narazi się na odpowiedzialność, że nie udzielił informacji komuś, kto miał prawo je otrzymać. I tak sprawa trafi do sądu, który będzie musiał rozstrzygać. Podobnie jest w postępowaniach spadkowych. Ludzie często deklarują: jesteśmy rodzeństwem, innych dzieci nie było. W toku postępowania okazuje się jednak, że zmarły miał dziecko z inną kobietą, o czym nikt w rodzinie nie wiedział i dziecko to ma takie samo prawo do spadku jak dwójka dzieci małżeńskich. W świetle tej ustawy lekarz musi badać nie tylko pacjenta, ale także jego relacje rodzinne i partnerskie.

Czy to początek końca tajemnicy lekarskiej?

Tak. Myślę, że tak, przynajmniej w wielu istotnych aspektach. ■

Kim jest „osoba bliska”, a kim „osoba najbliższa”? Odpowiedz na to pytanie na www.gazetalekarska.pl w dziale Prawo.



¹ T.j. Dz. U. 2016, poz. 186.

² Sygn. akt U 1/92, OTK ZU 1992, poz. 38.

**Lidia
Sulikowska**

Meritus Pro Medicis 2013

Najważniejsze odznaczenie w samorządzie lekarskim, czyli Meritus Pro Medicis, w 2013 roku przyznano pięciu lekarzom i czterem lekarzom denty stom. Czym zajmują się w samorządzie lekarskim?



Jerzy Baranowski
(Okręgowa Izba Lekarska
w Częstochowie)

Chirurg ogólny, specjalista medycyny pracy, medycyny społecznej i medycyny przemysłowej. Działa w samorządzie od samego początku – najpierw w OIL w Łodzi jako zastępca OROZ (dwie kadencje), a po powstaniu OIL w Częstochowie zostaje tamtejszym okręgowym rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej i pozostaje na tym stanowisku jeszcze przez kolejną kadencję. Od 2009 roku pełni funkcję I zastępcy OROZ w Częstochowie. Najważniejsze dla niego jest dbanie o zasady etyki, godności i sumienności zawodu lekarskiego, a także obrona lekarzy przed nieuzasadnionymi skargami pacjentów. Z wdzięcznością wspomina swoich nauczycieli, dra Stanisława Sternala i dra Jerzego Malca, ludzi o wysokiej klasy etyce.



Dr Andrzej Baszkowski
(Wielkopolska Izba
Lekarska w Poznaniu)

Chirurg stomatologiczny. Działa w samorządzie od momentu jego reaktywacji. Bardzo aktywny zarówno w swojej okręgowej izbie, jak i w NIL. Wiceprezes ORL II, III i VI kadencji. W obecnej kadencji jest członkiem Prezydium WIL, a także komisji problemowych swojej izby – Komisji Stomatologicznej, Komisji ds. Kształcenia Medycznego, Komisji Historycznej, ponadto przewodniczy Komisji Etyki Lekarskiej. Nieprzerwanie do dziś prowadzi „Biuletyn Informacyjny Wielkopolskiej Izby Lekarskiej”, współautor wydawnictwa „Wielkopolska Izba Lekarska. Tradycja i współczesność 1921-1999”. W obecnej kadencji NIL wchodzi w skład NRL, jest członkiem Komisji Etyki Lekarskiej i wiceprzewodniczącym Komisji Stomatologicznej.



Elżbieta Chmielowiec
(Świętokrzyska Izba
Lekarska w Kielcach)

Specjalista protetyki stomatologicznej. Działa w samorządzie lekarskim od jego reaktywacji. W swojej okręgowej izbie pełniła wiele funkcji, m.in. zastępcy przewodniczącego ORL, była też członkiem Prezydium i Sekretarzem ORL. Wieloletni członek ORL i Komisji Stomatologicznej, delegat na KZL i OZL. W NIL była zastępcą NROZ, członkiem NRL i Komisji Stomatologicznej. Od VI kadencji OROZ Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej. Zaangażowana w działalność na rzecz odpowiedzialności zawodowej, bo uważa, że należy wykazywać i piętnować błędy, ale też bronić leka-

rza, bo to jest właśnie utrzymanie i tworzenie dobrego imienia lekarza. Odznaczona Złotą Odznaką za Zasługi dla Środowiska Lekarskiego (2015).



**Anna Glińska (Śląska Izba
Lekarska w Katowicach)**

Specjalista anestezjologii i intensywnej terapii, a także organizacji ochrony zdrowia. Do pracy w samorządzie przystąpiła zaraz po jego reaktywacji. W czasie I kadencji skupiła się na działaniu w Śląskiej Izbie Lekarskiej, będąc m.in. członkiem Prezydium i skarbnikiem. W II kadencji dzieliła obowiązki w okręgowej izbie z pracą w NIL, gdzie została zastępcą NROZ i pozostała na tym stanowisku do dziś. W obecnej kadencji jest także członkiem Komisji Finansowej i Komisji ds. Emerytów i Rencistów w swojej okręgowej izbie lekarskiej. Praktykowała w zawodzie od ponad 50 lat, pełniąc między innymi wiele funkcji dyrektorskich. Obecnie jest na emeryturze.



Dr Ryszard Golański
(Okręgowa Izba
Lekarska w Łodzi)

Specjalista anestezjologii i intensywnej terapii. Związany z samorządem lekarskim od I kadencji, najpierw jako sekretarz ORL, a następnie prezes i wiceprezes łódzkiej izby. Wiceprezes NRL V kadencji. Wieloletni redaktor naczelny biuletynu OIL w Łodzi „Panaceum”. Od VI kadencji prowadzi „Gazetę Lekarską”. Uczestnik wielu komisji problemowych zarówno w swojej izbie, jak i NIL. Obecnie jest m.in. wiceprzewodniczącym Komisji ds. Sportu i Komisji Finansowej NRL oraz przewodniczącym Komisji Sportu i Rekreacji ORL. Od niedawna także komandor klubu żeglarskiego „Szkwał” przy OIL w Łodzi. Pracuje od 1978 roku jako anestezjolog w Kl. Kardiochirurgii, obecnie w Centralnym Szpitalu Klinicznym UM w Łodzi.



Jolanta Małmyga
(Okręgowa Izba Lekarska
w Gorzowie Wlkp.)

Specjalista chirurgii stomatologicznej. Uczestniczyła w tworzeniu gorzowskiej izby. Przez pierwszych pięć kadencji prowadziła biuletyn swojej izby. Zastępca przewodniczącego ORL IV kadencji, następnie prezes, a od VI kadencji jest wiceprezesem. Członek wielu komisji problemowych, m.in. KS ORL (wszystkie kadencje). Aktywna także w NIL. Wieloletni członek KS NRL (także zastępca sekretarza tej komisji), już drugą kadencję jest w

składzie kolegium redakcyjnego „GL”. Działacz oddziału PTS w Gorzowie. Organizator wielu szkoleń dla lekarzy. Wspólnie z urzędem miasta wdrożyła program profilaktyki próchnicy dla dzieci i młodzieży, którym objęto 15 tys. dzieci z Gorzowa Wlkp. Dzięki niej istnieją w Gorzowie placówki akredytowane do prowadzenia specjalizacji stomatologicznych.



Dr Ryszard Rzeszutko
(Dolnośląska Izba Lekarska
we Wrocławiu)

Specjalista chirurgii szczękowej. Uczestniczył w organizacji samorządu lekarskiego w swoim regionie. Był pierwszym przewodniczącym Komisji Etyki, od samego początku związany też m.in. z Komisją Stomatologiczną swojej izby. Wieloletni zastępca Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej (do dziś). Wiedział, że może być tam bardzo pomocny, ze względu na wiedzę nie tylko medyczną, ale też wykształcenie prawnicze. Teraz jest także członkiem Komisji Współpracy z Zagranicą i Lekarzy Cudzoziemców DIL, jak również członkiem Koła Lekarzy Seniorów we Wrocławiu (koło terenowe delegatury wrocławskiej DIL). Obecnie jest na emeryturze.



Jarosław Wanecki
(Okręgowa Izba
Lekarska
w Płocku)

Pediatra. Aktywny w samorządzie od 1996 r.: redaktor biuletynu, sekretarz i prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Płocku. W NIL: przewodniczący kolegium redakcyjnego „GL” i Komisji Kultury, członek Komisji Legislacyjnej, wcześniej KKW. Felietonista „Gazety Wyborczej – Płock”. Realizator teatralny, w tym spektaklu „Chłopcy z Placu Broni” z udziałem dzieci lekarzy, Srebrnej Gali Samorządu Lekarskiego i inauguracji IX Kongresu Polonii Medycznej w Teatrze Narodowym. Twórca „Dziadów Lekarskich '98” oraz pierwszego audiobooka „Man-za” czytanego przez lekarzy. Członek UPPL. Prezes Płockiego Towarzystwa Przyjaciół Teatru. Odznaczony Medalem Gloria Medicinae 2016.



Dr hab. Andrzej Wojnar
(Dolnośląska Izba
Lekarska we
Wrocławiu)

Specjalista patomorfolog, lekarz dermatolog i wenerolog. Działa na rzecz samorządu lekarskiego od lat, poświęcając swój czas nie tylko okręgowej izbie, ale też NIL. Dwukrotnie był prezesem DRL i dwukrotnie wiceprezesem DRL. Delegat na OZL wszystkich kadencji, a na KZL – od III kadencji. Od IV kadencji jest członkiem NRL. Członek wielu komisji problemowych DIL i NIL. W obecnej kadencji jest przewodniczącym trzech komisji dolnośląskiej izby (Okręgowej Komisji Wyborczej, Komisji ds. Rejestracji Lekarzy i Stażu Podyplomowego oraz Komisji Kształcenia), a także Komisji Etyki Lekarskiej NIL. Od lat związany z gazetą DIL „Medium” (obecnie przewodniczący kolegium redakcyjnego tego pisma). Konsultant wojewódzki ds. patomorfologii woj. dolnośląskiego. ■



**Jolanta
Małyga**

Wiceprezes ORL
w Gorzowie Wlkp.

Pamiętajmy o tradycjach

Najlepszą metodą przewidywania przyszłości jest jej tworzenie.

Peter Drucker

Myślę, że z takim przesłaniem powinniśmy rozpocząć nowy rok. Ten, który dobiega końca, to czas podsumowań i rozliczeń. Czy i w jakim stopniu udało się nam zrealizować nasze ubiegłoroczne plany i zamierzenia? Które z nich będziemy mogli kontynuować, a z których powinniśmy zrezygnować? Czy potrafiliśmy przewidzieć i stworzyć to, na czym nam najbardziej zależało, czy zapatrzeni we własne ja pogubiliśmy się w tych staraniach i dążeniach do sukcesu?

Moim zdaniem to był trudny rok dla wszystkich, bez względu na poglądy i zajmowane stanowiska. Nastąpił czas propagandy sukcesu głoszonej przez jednych, a dla pozostałych, tych zagubionych w rozgrywkach politycznych, czas niespełnionych nadziei i oczekiwania zmian na lepsze. Tak naprawdę, żeby tworzyć nową, lepszą przyszłość, trzeba mieć dużo wyobraźni i umiejętność zrozumienia potrzeb wszystkich ludzi, bez względu na ich status społeczny, pochodzenie i poglądy polityczne, po prostu trzeba być człowiekiem kochającym ludzi, miejsce i kraj, w którym się żyje i znać możliwości realizacji głoszonych idei. To niby takie proste, a jednak skomplikowane, ale czy na pewno?

Są pewne sprawy i działania, które są ponadczasowe – to chociażby dobroć i poszanowanie drugiego człowieka – członka rodziny, pacjenta czy kolegi po fachu. Dobroć zawsze powraca w zdwojonej sile i to w momencie, gdy już sądzimy, że nikt nie jest w stanie nam tej pomocy i wsparcia udzielić. Wtedy okazuje się, że są jednak ludzie bezinteresowni, którzy potrafią wyczuć nasze złe samopoczucie i pomóc w prosty, zwykły sposób. Wystarczy naprawdę niewiele. Wielokrotnie proste, takie od serca, słowa otuchy, życzliwy uśmiech i przyjacielski uścisk dłoni potrafią rozwiać czarne myśli, smutek i niezadowolenie. Żyjemy w bardzo skomercjalizowanym świecie, w którym zanikają dawne tradycje, a wszystko, co robimy, ma być najlepsze, najdroższe i na pokaz. Może jednak warto wrócić do starych zwyczajów, szczególnie teraz, gdy zbliżają się Święta Bożego Narodzenia.

Zanika już piękny zwyczaj wysyłania kartek świątecznych. W erze cyberświata wysyłamy maile do indywidualnego odczytu na własnym komputerze, bo to takie

nieskomplikowane i nie wymaga żadnego wysiłku, bo internetowe życzenia to kolejne kliknięcie „kopiuj – wklej”. W skrzynkach pocztowych znajdujemy już tylko druk reklamowe, a czy nie byłoby przyjemniej z całą rodziną wspólnie przeczytać życzenia napisane przez tych, którzy chcą nam je złożyć? Życzenia przemyślane, szczere, a nie sztampowe i skopiowane?

Święta Bożego Narodzenia to najbardziej radosne i rodzinne święta, więc zamiast uganiać się po sklepach w poszukiwaniu drogich prezentów, które są ważne i oczekiwane, ale wcale nie muszą być z górnej półki i wymagać zaciągania pożyczek bankowych, niech te prezenty będą symboliczne, ale miłe. Bieganie po sklepach przeznaczmy na wspólne przygotowanie wigilijnych potraw, lepienie pierogów, pieczenie pierników i innych ciasteczek. Nieważne, że przy okazji pobudzimy ubrania i eleganckie wyposażenia naszych kuchni. Radość dzieci i wnuków będzie prawdziwa i zapamiętana na zawsze. Ubierzmy wspólnie choinkę i pozwólmy naszym milusińskim zawiesić na świątecznych drzewkach, obok pięknych bombek, własnoręcznie wykonane ozdoby choinkowe razem z cukierkami i ciasteczkami, które wspólnie upiekliśmy. Taka choinka, chociaż nie będzie designerska, to będzie jedyna w swoim rodzaju, nasza własna i piękna. A kiedy zaświeci pierwsza gwiazdka na wigilijnym niebie, złożymy sobie życzenia szczere i radosne, niech dadzą energię na przyszłość i przywrócą uśmiech na twarzach, dla takich radosnych chwil warto żyć, pamiętać o nich i przypominać je sobie w trudnych momentach codziennego życia. Świąteczna radość niech towarzyszy nam jak najdłużej, zabierzmy ją ze sobą również do miejsc pracy na cały przyszły rok, który rozpocznie się za kilka dni. Pożegnajmy stary rok wesoło w gronie najbliższych i przyjaciół. A podczas strzelających korków szampana i rozświetlających noworoczne niebo sztucznych ogni życzymy wszystkim spełnienia marzeń i dni rozjaśnionych uśmiechami dobrych ludzi i niech tylko tacy pogodni i serdeczni ludzie towarzyszą nam przez cały rok. Wspólnie, zgodnie i w spokoju tworzymy naszą przyszłość. Łatwiej będzie żyć i znosić niepowodzenia, których oby było jak najmniej, a najlepiej wcale. Wesołych Świąt i Szczęśliwego Nowego Roku 2017. ■



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

Wszystkim Darczyńcom Fundacji pragnę złożyć najserdeczniejsze życzenia z okazji zbliżających się Świąt Bożego Narodzenia, a nadchodzący Nowy Rok niech będzie dla Państwa czasem pokoju, wzajemnej życzliwości oraz radości z dalszego niesienia pomocy innym.

Mariusz Janikowski,
PREZES ZARZĄDU
Fundacji Lekarze Lekarzom



**Tomasz
Konopka**

Prof. dr hab.,
Katedra i Zakład
Periodontologii
Uniwersytetu
Medycznego we
Wrocławiu

Samobadanie vs nowotwory

Perspektywa zmniejszenia zachorowalności i śmiertelności z powodu raka jamy ustnej.

Według Krajowej Bazy Danych Nowotworowych w Warszawie w 2013 r.¹ odnotowano w Polsce 2317 nowotworów złośliwych jamy ustnej, warg i ślinianek (C00-C08), z czego 1549 u mężczyzn (66,8%) oraz 768 (33,2%) u kobiet.

Ich lokalizacja była następująca – u mężczyzn: język (C01-C02) 509, dno jamy ustnej (C04) 273, warga (C00) 270, ślinianki (C07-C08) 220, inna lokalizacja w jamie ustnej (C06) 120, podniebienie (C05) 84 i dziąsło (C03) 73; u kobiet: ślinianki 180, język 179, warga 102, dno jamy ustnej 95, inna lokalizacja w jamie ustnej 88, podniebienie 67 i dziąsło 57.

Według tego samego źródła w 2013 r. odnotowano w Polsce 1312 przypadków zgonów z powodu nowotworów złośliwych jamy ustnej, warg i ślinianek, z czego 955 (72,8%) u mężczyzn i 357 (27,2%) u kobiet. Lokalizacja przedstawiała się następująco – u mężczyzn: język 350, dno jamy ustnej 251, ślinianki 133, warga 78, inna lokalizacja w jamie ustnej 73, podniebienie 52 i dziąsło 18; u kobiet: język 93, dno jamy ustnej 86, ślinianki 79, inna lokalizacja w jamie ustnej 40, warga 23, podniebienie i dziąsło po 18.

W Polsce ogólny trend zachorowalności na nowotwory złośliwe jamy ustnej, mierzony liczbą zachorowań i współczynnikiem surowym w latach 1980-2010, jest wzrostowy². Nowotwory złośliwe jamy ustnej, warg i ślinianek stanowią około 3% zgonów u mężczyzn i 1% u kobiet². Umieralność u mężczyzn wzrastała od połowy lat 60. do połowy lat 90. XX w., a następnie ustabilizowała się na poziomie około 6/105, u kobiet była ona zawsze na niskim poziomie około 1-2/105. Obserwacje z pierwszej dekady XXI w. pokazują, że odsetek 5-letnich przeżyć u polskich pacjentów z nowotworami jamy ustnej, wargi i gardła poprawia się (48,3% w latach 2003-2005)², chociaż dane z województwa dolnośląskiego z 2010 r. tego nie potwierdzają (w 2010 r. spadek do 34,5% 5-letnich przeżyć u kobiet i 41,3% u mężczyzn)³.

Według danych z bazy Globocan w 2012 r.⁴ występowanie raka jamy ustnej w Polsce u mężczyzn wynosiło 12,7/100 000 mieszkańców i było nieznacznie wyższe niż średnia dla całej Europy 11,9/100 000 (trzy państwa z najwyższą zachorowalnością europejską to Węgry 23,1, Portugalia 18,6 i Słowacja 15,9). Według tej samej bazy umieralność z powodu C00-C08 w 2012 r. wśród polskich mężczyzn wynosiła 5,6/100 000 mieszkańców i również była wyższa od średniej europejskiej 4,9/100 000 (europejscy „liderzy” to Węgrzy 11,9, Ukraina 9,1 i Rumunia 8,5). U polskich kobiet występowanie raka jamy ustnej w 2012 r. było niższe niż średnia europejska (4,6 vs 4,9/100 000). 5-letnie przeżycie w USA w 2015 r. pacjentów z nowotworami złośliwymi jamy ustnej we wszystkich stadiach wynosiło 63%⁵, a w Wielkiej Brytanii dla C01-C06 w latach 2001-2002 wynosiło 55,95%⁶.

Dane te pokazują, że sytuacja epidemiologiczna w Polsce sukcesywnie się pogarsza, a występowanie nowotworów złośliwych jamy ustnej i perspektywy wyleczenia u mężczyzn są gorsze niż w innych krajach europejskich. Do klasycznych czynników ryzyka należą: czynny nikotynizm, częste picie alkoholu, zakażenia jamy ustnej (w szczególności HPV16 i 18, *Candida spp.*), ryzykowne zachowania seksualne (wzrost nowotworów złośliwych HPV dodatnich u młodych mężczyzn), promieniowanie UV (rak wargi) i radioterapia, nabyta immunosupresja oraz czynniki dietetyczne (np. nadużywanie tłuszczu roślinnych, grillowanego mięsa)^{7,8}. W celu poprawy tego stanu rzeczy konieczne są m.in. działania redukujące tzw. opóźnienie lekarza, a także opóźnienie pacjenta oraz prowadzenie masowych badań przesiewowych lub badań przesiewowych u wybranych pacjentów.

Opóźnienie lekarza

To czas pomiędzy pierwszą wizytą, z reguły u lekarza dentysty, pacjenta ze zmianą przednowotworową lub nowotworową w jamie ustnej a pobraniem materiału do badania histopatologicznego, otrzymaniem wyniku badania hist.-pat. i jego odniesieniu do stanu klinicznego, wysłaniu pacjenta do lekarza specjalisty i zgromadzeniu przez niego wszystkich koniecznych badań dodatkowych, zakwalifikowaniu do leczenia specjalistycznego i w końcu podjęcia leczenia chirurgicznego lub radioterapii. W warunkach amerykańskich średni czas opóźnienia lekarskiego wynosił 95 dni (odpowiednio 36 dni, 18, 10, 21 i 10)⁹. Aby zmniejszyć to opóźnienie w warunkach polskich (nie zostało określone, ale doświadczenie kliniczne wskazuje, że jest ono znacznie większe), konieczne są działania dotyczące edukacji lekarzy dentystów ogólnie praktykujących (w ramach szkolenia przeddyplomowego i podyplomowego szkolenia ustawicznego) oraz wszystkich rodzajów specjalizacji stomatologicznych, a także lekarzy rodzinnych. Bariery do przełamania to brak wiedzy, doświadczenia klinicznego, czasu, odpowiedniego wyposażenia i świadomości dotyczącej odpowiedzialności lekarzy dentystów jako lekarzy pierwszego kontaktu w wykrywaniu nowotworów jamy ustnej.

Opóźnienie pacjenta

Jeszcze większy problem w warunkach polskich to czas, jaki upływa od momentu pojawienia się fazy wykrywalnej nowotworu złośliwego jamy ustnej do pojawienia się pacjenta w związku z tym faktem w gabinecie lekarskim (tzw. czas wyprzedzenia objawów klinicznych). W obserwacjach amerykańskich średnie opóźnienie to 104 dni z przedziałem od 0 do 730 dni⁹. W jamie ustnej raki płaskonabłonkowe są najczęściej poprzedzane zmianami przednowotworowymi, dla których średni odsetek zezłośliwienia dla 14 współczesnych badań zebranych

w metaanalizie¹⁰ wynosił 12,1% (z przedziałem ufności od 8,1 do 17,9%), a średni czas rozwinienia się dysplazji w najczęstszej zmianie przednowotworowej, jaką jest leukoplakia, w 4 badaniach wynosił 4,3 lata (z przedziałem od 0,5 do 16 lat). Dane te tworzą dobrą perspektywę. Warunkiem jest wczesna diagnostyka kliniczna zmian przednowotworowych oraz zmian nowotworowych. Chodzi o to, aby większość raków błony śluzowej jamy ustnej rozpoznawać w I lub II stadium, dla których prognoza (zależna także od lokalizacji) jest zdecydowanie lepsza. Główne powody opóźnienia pacjenta to: strach przed rozpoznaniem nowotworu, niski status socjalno-ekonomiczny, połączenie nałogu nikotynowego i alkoholowego oraz brak regularnych wizyt w gabinecie stomatologicznym.

MSE – Mouth Self-Examination

Jednym ze sposobów zmniejszania opóźnienia pacjenta, a przez to zmniejszenia zachorowalności i umieralności z powodu nowotworów złośliwych jamy ustnej jest samobadanie jamy ustnej (MSE – Mouth Self-Examination). Badanie składa się z części wewnętrznej i zewnętrznej, a każda z nich z sześciu etapów (2x6).

Badanie wewnętrzne

Poszukuje się zmian koloru i twardości błony śluzowej, pojawienia się zmian patologicznych oraz obrzęków. Badanie wykonuje się w świetle sztucznym (podświetlane lusterko powiększające lub latarka), po zdjęciu ruchomych uzupełnień protetycznych:

1. **Wargi i przedsionek jamy ustnej** – podniesienie wargi i wzrokowe poszukiwanie zmian koloru błony śluzowej, a następnie badanie palpacyjne przy użyciu kciuka i palca wskazującego w celu wyczucia zmian gęstości tkanki, występowania zmian patologicznych lub obrzęków po wewnętrznej stronie wargi, w dniu przedsionka i na powierzchniach części obu łuków zębowych.
2. **Policzki** – odciągnięcie kciukiem policzki i wizualne sprawdzenie błony śluzowej. Wprowadzenie palca wskazującego pod policzek i próba wyczucia zmian gęstości tkanki, obrzęków lub utraty ciągłości nabłonka, badanie obustronne.
3. **Język** – oglądanie powierzchni grzbietowej wciągniętego i bocznych języka w poszukiwaniu zmian koloru, występowania zmian patologicznych, w szczególności owrzodzenia i powiększenia języka, a następnie dotknięcie palcem wskazującym i kciukiem trzonu języka poprzez gazik.
4. **Dno jamy ustnej** – oglądanie dna jamy ustnej po podniesieniu języka, a następnie wprowadzenie palca wskazującego wzdłuż dolnego łuku zębowego i próba wyczucia obrzęku i obecności zmian w dnie jamy ustnej i dolnej powierzchni języka.

Uwaga: obustronne, skrupulatne samobadanie języka i dna jamy ustnej pozwalają wykryć około 60% nowotworów jamy ustnej.

5. **Podniebienie** – oglądanie podniebienia twardego i miękkiego w celu oceny występowania zmian koloru błony śluzowej, symetrii i zmian patologicznych, a w przypadku ich stwierdzenia badanie palpacyjne palcem wskazującym.

6. Tylina część jamy ustnej – po uciśnięciu łyżeczką języka oglądanie łuków podniebiennych, języczka, migdałków i tylnej ściany gardła, także przy wymawianiu litery A.

Badanie wewnętrzne powinno być przeprowadzane raz na miesiąc, w przypadku uchwycenia zmian klinicznych powtórzone po dwóch tygodniach i przy braku poprawy klinicznej problem powinien wyjaśnić lekarz dentysta, a najlepiej chirurg stomatologiczny.

Badanie zewnętrzne

To zasadniczo badanie palpacyjne szyi, okolicy przed- i zausznej oraz podżuchwowej w celu znalezienia asymetrii, powiększonych węzłów chłonnych, ich twardości, bolesności i ruchomości względem podłoża.

1. **Okolica przed- i zauszna** – wizualna ocena symetrii (odstawanie płatka ucha), a następnie ocena palpacyjna opuszkami palców, także podczas otwierania ust.
2. **Obustronne szyi** – badanie palpacyjne rozpoczynające się za uszami i przesuwające się w dół szyi przy lekkim uniesieniu głowy.
3. **Jednostronne szyi** – przy skręceniu boczny głową w jedną stronę głębokie badanie opuszkami palców jednej ręki po przeciwnej i obu stronach wzdłuż mięśnia mostkowo-obojęzyczkowo-sutkowego, badanie powtórzone po drugiej stronie.
4. **Środkowej części szyi podczas przełykania** – poszukiwanie bolesności podczas próby „uchwycenia” gardła w trakcie przełykania śliny.
5. **Podżuchwowe** – obustronne badanie palpacyjne przy lekko uniesionej głowie od okolicy za kątem żuchwy ku linii pośrodkowej, cały czas w kontakcie z trzonem żuchwy.
6. **Dół nadobojczykowy** – jednostronne, głębokie badanie palpacyjne przy lekko ugiętych stawach śródrečno-palczkowych, badanie powtórzone po drugiej stronie.

Utrzymywanie się przez 2-3 tygodnie uchwytanych palpacyjnie powiększonych twardych, niebolesnych i nieprzesuwalnych względem podłoża węzłów chłonnych powinno być powodem wizyty u lekarza dentysty, laryngologa lub onkologa.

Dokładniejsza charakterystyka kliniczna samobadania jamy ustnej znajduje się np. pod linkami: https://www.youtube.com/watch?v=6hZ_0RAIuR4; <https://www.youtube.com/watch?v=2v5-nIJMrZc>.

W sytuacji, gdy brak jest dowodów na skuteczność interwencji publicznych na występowanie i umieralność z powodu złośliwych nowotworów jamy ustnej (poza minimalną interwencją antynikotynową i kontrolą spożywania alkoholu), wydaje się celowym rozwijanie samobadania jamy ustnej jako programu edukacyjnego, łatwiej i taniej implementowanego do edukacji prozdrowotnej niż lekarskie badanie przesiewowe (w naszym kraju ulotki promujące zasady wewnętrznej samobadania jamy ustnej przygotowała Fundacja „Z uśmiechem przez życie”). Konieczne jest jednak poprawienie czułości tego badania poprzez poszerzenie i uatrakcyjnianie form przekazu wiedzy. W polskiej rzeczywistości ekonomicznej służby zdrowia działania takie są nie do przecenienia. ■

Piśmiennictwo:

1. Raporty na podstawie danych Centrum Onkologii <http://85.128.14.124/Krm/>
2. Krajowy Rejestr Nowotworów. onkologia.org.pl/k/baza-online/
3. Błaszczak J., Jagas M., Hudziec P.: Nowotwory złośliwe w województwie dolnośląskim w roku 2014. Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu 2016.
4. Globocan 2012 Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012. <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>
5. American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2015. Atlanta, GA: American Cancer Society; 2015. cancer.org/research/cancerfactsstatistics/cancerfactsfigures2015/index
6. Profile of head and neck cancer in United Kingdom Incidence, mortality and survival. www.ncin.org.uk/view?rid=69
7. Warnakulasuriya S.: Squamous cell carcinoma and precursor lesions: prevention. Periodontol. 2000, 2011, 37, 38-50.
8. Radoi L., Luve D.: A review of risk factors for oral cavity cancer: the importance of a standardized case definition. Community Dent Oral Epidemiol. 2013, 41, 87-109.
9. Van der Waal I., de Bree R., Brakenhoff R., Coebergh J.-W.: Early diagnosis in primary oral cancer: is it possible? Med Oral Pathol Oral Cir Bucal. 2011, 16, e300-305.
10. Mehanna H.M., Rattay T., Smith J., McConkey C.C.: Treatment and follow-up of oral dysplasia: a systemic review and meta-analysis. Head Neck. 2009, 31, 1600-1609.
11. Elango K.J., Anandkrishnan N., Suresh A., Iyer S.K., Karimassery Ramalys S., Kuriakose M.A.: Mouth self-examination to improve oral cancer awareness and early detection in a high-risk population. Oral Oncol. 2011, 47, 620-624.

By nie ogarnął nas żywioł

Z dr hab. **Teresą Gardocką**, profesorem SWPS Uniwersytetu Humanistycznospołecznego, rozmawia **Lucyna Krysiak**.



Współczesna medycyna jest obwarowana różnego rodzaju paragrafami. Często lekarze znają je tylko pobieżnie lub nie wiedzą, jak je interpretować. W jakich obszarach jest to najbardziej odczuwalne?

Regulacje prawne dotyczące medycyny mieszczą się w dwóch odmiennych grupach. Pierwsza dotyczy organizacji służby zdrowia, świadczeń gwarantowanych, wyceny procedur medycznych i podobnych kwestii, które możemy określić mianem „techniczne”. Druga reguluje fundamentalne zagadnienia etyczne w medycynie oraz relacje między lekarzem a pacjentami. Tu właśnie powstaje mnóstwo problemów związanych z rozwojem medycyny mogącej dać ludziom coraz więcej, ale też stawiającą ludzi przed zdarzeniami nieznanyymi, a nawet nieprzewidywanymi. I w tym obszarze prawo wyraźnie nie nadąża za rozwojem medycyny, a niekiedy państwa same nie chcą narzucić sobie ograniczeń przewidzianych jako ochrona przed nieznanym. Doskonałym tego przykładem jest stosunek państw do przyjęcia Konwencji Bioetycznej. Mimo dużej liczby podpisów ratyfikowało ją niewiele państw, i to nie te, w których rozwój medycyny jest najszybszy. Regulowanie prawne nowych procedur medycznych, jak np. wspomagane zapłodnienie (in vitro) czy chirurgiczna zmiana płci, są podejmowane z opóźnieniem i z chęcią integracji różnych, trudnych do pogodzenia postaw i racji. Wobec braku uregulowań przez całe lata procedur tych nie stosuje się bezprawnie, ale bez prawa, czyli w znacznej mierze: jak kto chce.

Jaka jest w pani ocenie różnica w interpretacjach prawa medycznego przez prawników, a jaka przez lekarzy?

Prawo jest tworzone przez prawników i tylko oni umieją je tak interpretować, by wynikało z norm prawnych pożyteczne dla nich konkluzje. Lekarz próbuje interpretować prawo na potrzeby konkretnego przypadku, z którym się styka. Często, przy nieznajomości prawa jako pewnego całościowego i powiązanego wewnętrznie systemu, interpretacja lekarzy jest pełna obaw, co określona rzecz znaczy lub przeciwnie, pełna mało uzasadnionej pewności siebie. Dla lekarza pojęcia zupełnie oczywiste i jasne, np. życie – jest bądź go nie ma – dla prawnika potrafią być pełne wątpliwości, np. kiedy życie zaczyna się jako kategoria chroniona prawnie, czy życie na każdym etapie powinno być tak samo chronione, czy inaczej. Dziś prawo karne przewiduje inną karę kryminalną za zabicie człowieka, inną za przerwanie ciąży, jeszcze inną za zniszczenie zarodków zdolnych do prawidłowego rozwoju w procedurze zapłodnienia in vitro. W tych kwestiach trudno o pełne wzajemne zrozumienie między lekarzami i prawnikami, a niekiedy nawet trudno o zrozumienie w ogóle.

Medycyna i prawo coraz bardziej się przenikają, jak powinien wyglądać prawidłowy model tej współzależności?

Prawnicy muszą sobie uświadomić, że regulacje związane z medycyną nie są kwestią ich dobrej lub złej woli, a konieczności społecznej. To, co wiąże się z ludzkim życiem, zdrowiem i wyborami, musi mieć ramy prawne. Inaczej ogarnia nas żywioł – nieopanowany, nieuregulowany, a nawet nieuświadomiony. Taki brak regulacji często wykorzystuje się do realizacji różnych, czasem słusznych, czasem niesłusznych interesów. Olbrzymi rozwój medycyny otwiera wiele możliwości i daje jeszcze więcej nadziei. Wiele możliwości istnieje jednak tylko pozornie. Nie ma państwa, w którym pieniądze przeznaczone na leczenie są wystarczające na to, by zapewnić opiekę medyczną wszystkim w zakresie wysoko zaawansowanych procedur. Skąd mamy wiedzieć komu? Komu i w jakim stopniu? Patrzymy na bezsilność rodziców chorych dzieci, na działania fundacji skierowane na zbieranie pieniędzy potrzebnych na leczenie bardzo chorych, ubezpieczonych dzieci. Tu jest próżnia prawna, mało jasne drogi dostępu do pieniędzy, rozdzielanych uznaniowo przez resort zdrowia. Nigdzie nie ma śladu myślenia o przedstawieniu ludziom tego narastającego problemu. Prawo go nie zauważa, chociaż prawnicy dobrze widzą.

Czy można mówić o niefortunności niektórych zapisów, które mogą utrudniać podejmowanie przez lekarzy ważnych decyzji?

Są takie kwestie w wielu ustawach: dostrzegane przez lekarzy, a coraz wyraźniej zaczynają je widzieć również prawnicy. Przykładem jest tajemnica lekarska,

która dopuszcza wyraźne możliwości odstąpienia od jej zachowania, ale z czasem pojawiają się w życiu potrzeby, których ze względu na ową regulację nie można spełnić. Nie można naruszyć tajemnicy dla ochrony partnerów osób chorych na AIDS lub zakażonych HIV, nie można ich nawet ostrzec dla ich dobra. Nie można i już. A problem wyrażony w liczbach osób dotkniętych zakażeniem narasta i lekarz żyje ze świadomością, że nie chroni tych osób, choć może powinien. Zgoda na leczenie, szczególnie gdy dotyczy małoletniego, jest tak uregulowana, że z braku rodziców na miejscu powstają niepotrzebne i nieuzasadnione kłopoty z określeniem osoby uprawnionej do wyrażenia zgody i zakresu uprawnienia tej osoby. Też uregulowania ustawy transplantacyjnej, w której pobranie narządów ze zwłok oparte jest przez prawników świadomie na zasadzie sprzeciwu, w rzeczywistości wcale nie jest stosowane w ten sposób. Przy braku sprzeciwu lekarz może w świetle prawa narządy pobrać, ale... w praktyce i tak pyta o zgodę najbliższych, bo obawia się określonych oskarżeń, przed którymi ustawa go nie chroni. Nie chroni też pacjentów, przynajmniej w ich mniemaniu, bo stwierdzenie śmierci potencjalnego dawcy jest prawnie znacznie bardziej skomplikowane niż w każdym innym przypadku. Ludzie pytają „dlaczego?”. A niektórzy lekarze, zapewne w poszukiwaniu sławy, wprost sugerują, że może ten dawca nie jest całkiem nieżywy, że nie ma nic takiego, jak śmierć mózgu, szczegółowo opisana w prawie transplantacyjnym jako podstawa stwierdzenia śmierci.

Czy wraz z rozwojem medycyny powinno rozwijać się prawo i w jakim kierunku? Mam na myśli kwestie takie jak stwierdzenie śmierci mózgowej.

Jak już mówiłam, prawo nie nadąża, czasem świadomie, czasem z powodu ociążałości legislacji, czasem z powodów wprost światopoglądowych. Prawnicy odwołują się do przeważającej w Polsce liczby katolików i doktryny, która nie dopuszcza pewnych rozwiązań. Z drugiej strony społeczeństwo, w przeważającej mierze naprawdę katolickie, tych rozwiązań się domaga. Skądinąd wymienione w pytaniu problemy mają różnorodne źródło i generują różnorakie kłopoty. Śmierć jest śmiercią, w każdym przypadku medycznym taką samą. Lekarze wiedzą, kiedy człowiek nie żyje i nic już mu tego życia nie przywróci. A jak się popatrzy na uregulowania stwierdzenia śmierci, to są one bardzo różne, wydaje się, przewidziane na różne potrzeby. Skomplikowane procedury stwierdzenia śmierci uregulowane są przy ustawie transplantacyjnej, a normalnie śmierć może stwierdzić człowiek wysłany przez starostę, co wynika z ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych. Praktycznie, dla zwykłego człowieka, to nawet rozsądne, bo jak po trzech dniach wyłowimy topielca z wody, to każdy widzi, że to są zwłoki, a jak mamy człowieka podłączonego do aparatury, to nie każdy chce przyjąć do wiadomości, że ten człowiek nie żyje. Dla wielu osób coś jest nie tak. Procedurę prawną stwierdzenia śmierci trzeba uregulować w jednym miejscu, chociaż oczywiście różnie w różnych sytuacjach. Zawsze jednak medycznie, tylko przy pomocy prawników w opisie sytuacji i odpowiednich procedur.

A jeśli chodzi o przeszczepy krzyżowe?

W przypadku przeszczepów krzyżowych czy łańcuchowych mamy do czynienia z wykorzystaniem niepełnej regulacji prawnej. Ich możliwość z prawa nie wynika. Trzeba zastanowić się, czy powinna wynikać. Lekarze muszą przekonać prawników, że tak – powinna lub nie powinna. Wówczas należy doprecyzować ustawę w tej kwestii. Dziś to lekarze interpretują zapisy prawne w tej mierze, trochę jak chcą, nie tylko zresztą w Polsce.

Zrodził się pomysł zapisany w projekcie ustawy o ratownictwie medycznym, by w karetkach nie jeździli lekarze, tylko ratownicy medyczni. Czy mieliby oni prawo do stwierdzania śmierci?

To kolejny krok w kierunku zamętu w tej kwestii, zasadniczej dla ludzi. Nie wolno tak robić. Cała procedura stwierdzania śmierci, zawsze istotna, a dziś wrapująca wielu ludzi w przerażenie, graniczące z obawą przed uśmierceniem ich w karetce pogotowia (co zresztą wobec zaszłości nie jest tak absurdałne, jak się wydaje), musi być uregulowana w ustawie o zawodzie lekarza i lekarza dentysty, jako najbardziej ogólnej. I tylko lekarz powinien mieć takie prawo. Kiedyś, żeby mieć pewność, że człowiek umarł i nie ożyje, wbijało mu się w serce kolek osinowy. Dziś nam kolek osinowy nie pomoże, ale strach, choć nieco inny, pozostał. ■

„Nie umiera ten, kto trwa w sercach i pamięci naszej”

Panu

dr. n. med. Jackowi Kocotowi

Członkowi

Naczelnego Sądu Lekarskiego

szczerze wyrazy głębokiego współczucia
i słowa wsparcia w trudnych chwilach
z powodu śmierci

ŻONY

dr hab. n. med. Joanny Kaszni-Kocot



składają

*Przewodniczący i Zespół
Naczelnego Sądu Lekarskiego*

Serdeczne podziękowania
Wszystkim licznie zgromadzonym,
którzy uczestniczyli w ceremonii pogrzebowej
oraz w ostatniej drodze

dr hab. n. med. Joanny Kaszni-Kocot

składa

mąż Jacek Kocot z Rodziną

Pamięć na zawsze zostaje

Art. 8 KEL i RTG

„Lekarz powinien przeprowadzać wszelkie postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze z należytą starannością, poświęcając im niezbędną czas” (art. 8 KEL).

W 2012 r. do okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej (OROZ) wpłynęła skarga na lekarza, w której wnioskująca o ukaranie obwinionego żona zmarłego pacjenta zarzucała lekarzowi, że nie zachował należytej staranności przy ocenie obrazu RTG jej męża i nie zauważył zmiany naciekowej we wnętrzu płuca, co przyczyniło się do opóźnienia postawienia właściwego rozpoznania i wdrożenia leczenia. Po rozpatrzeniu sprawy OROZ przekazał sprawę do rozpatrzenia Okręgowemu Sądowi Lekarskiemu (OSL).

Po rozpatrzeniu sprawy w 2013 r. OSL uznał, że lekarz naruszył art. 8 KEL i orzekł wobec niego karę upomnienia. Od tego orzeczenia odwołała się do Naczelnego Sądu Lekarskiego (NSL) skarżąca, wnioskując o wyższy wymiar kary dla obwinionego. W 2014 r. NSL uchylił zaskarżone orzeczenie sądu I instancji i przekazał sprawę do ponownego rozpatrzenia z przyczyn proceduralnych – OSL nie uzasadnił rodzaju kary wymierzonej obwinionemu lekarzowi. W 2015 r. OSL podtrzymał swoje uprzednie orzeczenie, uzasadniając tym razem, iż obwiniony nie dochował należytej staranności, opisując RTG klatki piersiowej. Jednocześnie zaznaczył, że co prawda na skierowaniu na badanie nie było informacji klinicznej od lekarza kierującego, a tym samym stan kliniczny chorego nie był obwinionemu lekarzowi znany, a wykonane RTG było słabej jakości, dlatego też zdaniem sądu należało wykonać zdjęcie w projekcji bocznej. OSL zaznaczył też, że lekarz wykonujący czynności

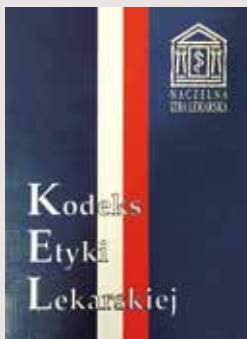
diagnostyczno-terapeutyczne obowiązany jest prowadzić je, posługując się aparatami gwarantującymi możliwość prawidłowej diagnozy. W przypadku, gdy nie ma możliwości przeprowadzenia wiarygodnej diagnostyki, do wykonania której potrzebne jest użycie sprzętu medycznego, a jakość tego sprzętu budzi wątpliwości, lekarz zobowiązany jest dla zachowania należytej staranności i umieścić odpowiednią informację na wyniku badania lub odmówić jego wykonania. Jednocześnie sąd zauważył, że opóźnienie rozpoznania nie miało wpływu na proces leczenia i rokowanie u chorego z zaawansowanym procesem nowotworowym. OSL wziął też pod uwagę niekaralność lekarza i stopień jego winy.

Od tego orzeczenia odwołał się obrońca obwinionego, powołując się m.in. na rozporządzenie Ministra Zdrowia z 18 lutego 2011 r. w sprawie bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego, zgodnie z którym skierowanie powinno zawierać: 1) cel i uzasadnienie badania, 2) wstępne rozpoznanie kliniczne, 3) informacje istotne dla prawidłowego przeprowadzenia procedury radiologicznej. Na skierowaniu nie było ani jednej z tych rzeczy. Po drugie, obwiniony otrzymał do opisu zdjęcie wykonane w technice analogowej, bardzo słabe technicznie, co znacząco utrudniło postawienie prawidłowego rozpoznania. We wrześniu 2016 r. po rozpoznaniu sprawy NSL uchylił zaskarżone orzeczenie OSL, a sprawę umorzył, kosztami postępowania obciążając Skarb Państwa.

Komentarz

O naruszeniu art. 8 KEL pisaliśmy w tym miejscu już kilkakrotnie. Dzisiaj więc komentarz będzie odmienny i bardziej odnoszący się do przebiegu sprawy. Nie sposób nie rozpocząć komentarza od spostrzeżenia swoistej porażki organów odpowiedzialności zawodowej – umorzenie postępowania z powodu przedawnienia karalności (5 lat) musi sugerować przewlekłość prowadzonego postępowania. Ta przewlekłość nie buduje zaufania do zawodu i nie buduje zaufania do organów samorządu. Oczywiście warto przypomnieć, że przewinienie zawodowe wiąże się z naruszeniem przepisów etyki zawodowej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza. Należy więc zastanowić się, czy już na etapie postępowania przed OROZ postawiony zarzut naruszenia jedynie art. 8 KEL był kompletny. Być może warto byłoby powołać się na obowiązujące już wówczas przepisy ustawy Prawo atomowe, konkretyzując zarzuty. Znając już efekt swojego błędu, lekarz przyznał się

do przewinienia. Podkreślić jednak warto przyjętą linię obrony. Wspomniane Prawo atomowe łączy wykonanie badania RTG od wystawienia (przemyślanego) skierowania na to badanie przez lekarza leczącego. Lekarz klinicysta powinien na skierowaniu podać dane zwracające uwagę konsultanta-radiologa na przyczynę wykonania badania. Brak właściwego określenia obserwowanych objawów czy podejrzeń skazuje konsultanta na swoistą pracę we mgle. Samodzielne zebranie wywiadu przez radiologa jest przecież zazwyczaj niemożliwe. Szczególnie w sytuacji złej technicznie jakości badania, z czym w opisywanym przypadku mieliśmy do czynienia, konsultacja może być obciążona ryzykiem błędu. Tu znowu warto wrócić do przepisów Prawo atomowe i określonych w nim zasad postępowania w takich przypadkach. Ale czy zawsze w przypadku braku wystarczających danych na skierowaniu, czy też kiepskiej jakości „zdjęcia” radiolog może/powinien odmówić opisu? Nawet jeśli ma świadomość odpowiedzialności za



**Grzegorz
Wrona**

Naczelny Rzecznik
Odpowiedzialności
Zawodowej

ten opis? Na ile szeroko powinien sygnalizować w opisie ryzyko fałszywych wniosków? Raz jeszcze podkreślić należy postawę lekarza radiologa podczas toczącego się postępowania, np. składane wnioski o poddaniu się karze, która to postawa, dostrzeżona przez sąd jako okoliczność łagodząca, miała wpływ na wysokość orzeczonej kary – upomnienie. Nie dostrzegając skutku upływu czasu w toczącym się postępowaniu, pokrzywdzony, niezadowolony z niewspółmiernej – jego zdaniem – wysokości kary, złożył odwołanie uwzględnione na skutek sprosteczonych uchybień formalnych,

przez NSL. W po raz drugi w rozstrzyganym wniosku o ukaranie sąd I instancji, usuwając uchybienia, ponownie orzekł winę lekarza. Tym razem jednak odwołanie od orzeczenia złożył, przybrany na tym etapie przez lekarza, profesjonalny obrońca, dostrzegając szansę korzystnego obrotu sprawy. I tak z powodu przedawnienia karalności postępowanie umorzono. Oczywiście nie można twierdzić, że lekarz pozostał niewinny. Ale też pokrzywdzeni powinni miarkować, w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, czasem nadmierne emocje i daleko idące oczekiwania. ■

W sprawie art. 64 KEL

Przeczytałem właśnie w artykule „Pod wpływem alkoholu” („GL” 10/2016) treść art. 64 KEL. Z pewnym wstydem przyznaję, że nie znałem go wcześniej... I od tego momentu nie mogę powstrzymać uśmiechu na twarzy i ogólnego rozbawienia. Oczywiście nie chodzi mi o alkohol, jak słusznie zauważa w komentarzu dr Grzegorz Wrona – sprawa jest jasna i niewymagająca podnoszenia. Ale... no... ICD-10 ma poza F10 też kody F15 (zaburzenia związane z przyjmowaniem środków pobudzających, w tym kofeiny) oraz F17 (zaburzenia związane z paleniem tytoniu – tu za-

pewne autorom chodziło o uzależnienie od nikotyny). I o ile jestem jak najbardziej za odbieraniem prawa wykonywania zawodu za palenie papierosów, to z tym pić kawy bądź coca-coli to jednak przesada. A całkiem poważnie: jakby kiedyś KEL był nowelizowany, to nie zaszkodziłoby po cichu zmienić treść art 64 na np. „(...) ani nie podlegać działaniu jakichkolwiek środków negatywnie wpływających na psychofizyczną zdolność do wykonywania obowiązków lekarza”.

*lek. Jarosław Jakubski
specjalista psychiatra*

List do redakcji

Kiedy wkracza ortodonta

Z prof. **Ewą Czochrowską**, prezesem Polskiego Towarzystwa Ortodontycznego, rozmawia **Lucyna Krysiak**.



Piękny uśmiech nie zawsze zależy od dbałości o higienę jamy ustnej. W przypadku wad zgryzu konieczna jest interwencja specjalisty. Kiedy powinien wkroczyć?

Już w okresie wyrzynania się pierwszych zębów stałych, po wyrośnięciu stałych siekaczy, a więc w wieku 7-9 lat. Większość pacjentów trafia do ortodonta w wieku 12-14 lat, kiedy mają już wszystkie zęby stałe lub zaraz po ich wyrośnięciu. Do leczenia ortodontycznego kierowane są także dzieci z zębami mlecznymi, którym zaleca się różne typy aparatów zdejmowanych lub stosuje się profilaktykę wady zgryzu, polegającą na oduczeniu szkodliwych nawyków, np. ssania palca.

A dorośli? Coraz częściej widzi się aparaty ortodontyczne na zębach u dojrzałych wiekowo osób. To moda czy konieczność?

Leczenie ortodontyczne podejmowane jest z konkretnych wskazań lekarskich. Decydującym się na nie dorosłym pacjentom nie chodzi więc tylko o estetykę, piękny uśmiech, ale o skorygowanie zaburzeń funkcji układu stomatognatycznego, takich jak nadmierne ścieranie się zębów, problemy ze stawami skroniowo-żuchwowymi, problemy periodontologiczne. Tego rodzaju zaburzenia częściej występują u pacjentów dorosłych. Wielu z nich nie było leczonych ortodontycznie w dzieciństwie lub leczenie to było nieskuteczne ze względu na ograniczoną wówczas dostępność do nowoczesnych aparatów ortodontycznych. W leczeniu ortodontycznym poprawie estetyki towarzyszy poprawa funkcji i przez to dłuższe zachowanie własnych

zębów. Nieprawidłowo ustawione zęby są bardziej podatne na ścieranie, trudniej je czyścić, mogą się też pojawiać recesje dziąseł.

A co z profilaktyką?

Jest bardzo ważne, żeby lekarz stomatolog umiał rozpoznać u dziecka zaburzenia, które mogą prowadzić do powstania wad zgryzu w przyszłości. Nieprawidłowa pozycja w czasie karmienia i snu, ssanie palca, tłoczenie języka, zaburzone oddychanie mogą prowadzić do powstania wad zgryzu. Istotną rolę odgrywa profilaktyka próchnicowa, ponieważ przedwczesna utrata zębów mlecznych także może prowadzić do powstawania wad zgryzu. Leczenie próchnicy umożliwia jej zatrzymanie i w konsekwencji zachowanie zębów. Próchnica jest powszechna wśród Polaków. Przyczyną jest nadmiar cukru w diecie i zaniedbania higieniczne. Wczesne leczenie ortodontyczne może zapobiec powstaniu wady zgryzu w przyszłości lub zmniejszyć jej nasilenie. U dzieci z nadmiernie wysuniętymi górnymi siekaczami, szczególnie w przypadkach niekompetencji warg, częściej dochodzi do urazów przednich zębów. Zbyt wąska szczęką może wywoływać niesymetryczne przemieszczanie żuchwy podczas zagryzania i powodować nieprawidłowe obciążenia w stawach skroniowo-żuchwowych. Odwrotne zachodzenie siekaczy, to jest ustawienie dolnych siekaczy lub siekacza za dolnymi siekaczami, przy zagryzaniu może wymuszać większe wysuwanie żuchwy do przodu lub patologiczne starcie tych siekaczy. Już studentów stomatologii uczymy, jak rozpoznawać te nieprawidłowości i jak ważne jest kierowanie pacjentów z tymi wadami do ortodonta. Profilaktyka ortodontyczna oczywiście znajduje się w programie studiów podyplomowych dla specjalistów w ortodontcji.

Sukces leczenia wad zgryzu zależy od współpracy z lekarzami innych specjalności, czego ortodonta może od nich oczekiwać?

Każdy pacjent, który trafia do ortodonta, musi mieć wyleczone zęby i wyrobione właściwe nawyki dbania o higienę jamy ustnej, ponieważ aparaty ortodontyczne, szczególnie stałe, sprzyjają demineralizacji szkliwa i rozwojowi próchnicy. Jeśli u pacjentów występują zaburzenia wyrzynania się zębów lub nasilone wady szkieletowe, to konieczna jest współpraca z chirurgami stomatologicznymi lub szczękowo-twarzowymi. W przypadku zatrzymanych w szczękach zębów stałych niezbędne jest ich chirurgiczne odsłonięcie i naklejenie zaczepów do ich ekstruzji. Korekta ortognatyczna wad szkieletowych prowadzona jest po zakończeniu wzrostu szczęki i żuchwy, dotyczy więc pacjentów po 18. roku życia. Leczenie osób z wadami rozwojowymi

twarży, takimi jak rozszczepy, wymagają leczenia wielospecjalistycznego często w okresie niemowlęcym i współpracy ortodontów, chirurgów szczękowo-twarzowych, logopedów, fizjoterapeutów i psychologów. U pacjentów dorosłych z wadami zgryzu i brakami zębowymi często konieczna jest współpraca ortodontyczno-protetyczna w celu zaplanowania leczenia. Osoby z chorobami przyzębia, u których doszło do pojawienia się patologicznych migracji zębów lub występują wady zgryzu negatywnie wpływające na tkanki przyzębia, leczenie ortodontyczne może przyczynić się do zatrzymania choroby przyzębia. Musi być jednak prowadzone w ścisłej współpracy z periodontologiem, ponieważ przesuwanie zębów w tkankach przyzębia objętych aktywnym procesem zapalnym prowadzi do dalszej utraty kości wyrostka zębodołowego.

W jakim stopniu leczenie ortodontyczne jest refundowane przez NFZ?

W stopniu bardzo ograniczonym. Obejmuje tylko pacjentów do 12. roku życia leczonych aparatami zdemontowanymi. NFZ refunduje też leczenie wad rozwojowych twarzy, nasiloną hipodoncję zębów i niektórych wad szkieletowych, takich jak zespół długiej twarzy. Tym osobom przysługuje nieodpłatne leczenie ortodontyczne także za pomocą aparatów stałych.

Ilu mamy w Polsce ortodontów i czy ta liczba specjalistów zaspokaja potrzeby pacjentów?

W Polsce mamy ponad 1100 specjalistów w ortodoncji, ale leczeniem ortodontycznym zajmują się także lekarze stomatolodzy bez tej specjalizacji. Leczenie ortodontyczne refundowane w ramach NFZ może jednak prowadzić wyłącznie specjalista z ortodoncji, w większości placówek są więc kolejki. Powód – zbyt mała liczba kontraktów na tego rodzaju usługi. Z inicjatywy konsultanta krajowego w ortodoncji, prof. Beaty Kawali, przeprowadzono monitoring potrzeb w grupie 10-15-latków, z którego wynika, że ponad 90 proc. polskich dzieci ma wady zębowo-zgryzowe. Polskie Towarzystwo Ortodontyczne współpracuje z konsultantem krajowym w dziedzinie ortodoncji na rzecz rozszerzenia listy usług refundowanych w ortodoncji. Uczestniczy także w pracach nad stworzeniem nowych zasad diagnostyki ortodontycznej i kryteriów kwalifikacji do leczenia ortodontycznego.

Ortodoncja to najbardziej oblegana specjalizacja. Jakie są możliwości specjalizowania się w tej dziedzinie?

Specjalizacja w ortodoncji była jedną z pierwszych wprowadzonych w stomatologię na świecie, w Polsce jej historia sięga początku lat 70. ubiegłego wieku. Szkolenie podyplomowe w tej dziedzinie zgodnie z wymogami obowiązującymi w krajach Unii Europejskiej trwa 3 lata i jest zakończone państwowym egzaminem specjalizacyjnym (PES). Liczba miejsc stażowych w naszym kraju jest zdecydowanie za mała w stosunku do pragnących kształcić się w ortodoncji, dlatego szansę mają tylko ci, którzy najlepiej zdali LDEK. Możliwości kształcenia się w ortodoncji ogranicza także zbyt mała liczba placówek, w których można prowadzić szkole-

nie specjalizacyjne. PTO zabiega o zwiększenie liczby miejsc specjalizacyjnych, co umożliwi wzrost liczby specjalistów w ortodoncji.

A jeśli chodzi o podnoszenie kwalifikacji, to jaki wpływ na kształcenie ortodontów ma PTO?

Polskie Towarzystwo Ortodontyczne aktywnie włącza się w kształcenie ustawiczne lekarzy ortodontów poprzez kursy organizowane przez koła regionalne oraz Zarząd Główny PTO. Są one na bardzo wysokim poziomie, prelegentami są najlepsi polscy i zagraniczni specjaliści. Corocznie odbywają się zjazdy PTO, na których prezentowane są wyniki najnowszych badań naukowych oraz klinicznych. W ramach zjazdów organizowane są też wystawy najnowszego sprzętu i technologii związanych z ortodoncją. Są okazją do wymiany doświadczeń i nawiązania współpracy badawczej. Od początku istnienia Polskie Towarzystwo Ortodontyczne dążyło do stworzenia specjalistycznego czasopisma. W latach 1997-1998 wydawało biuletyn, który w 1999 r. został przekształcony w pierwsze w Polsce czasopismo ortodontyczne „Ortodoncja Współczesna”, którego kontynuatorem stał się dwumiesięcznik „Forum Ortodontyczne” wydawany w języku polskim i angielskim (jest wśród 3 najwyżej indeksowanych czasopism w polskiej stomatologii). To sukces, ponieważ na rynku jest wiele pozycji wydawniczych i niełatwo z nimi konkurować. W czasopiśmie publikowane są zarówno prace oryginalne, także z zagranicy, oraz opisy przypadków, dlatego jest ono atrakcyjne. Czasopismo wychodzi w formie drukowanej i elektronicznej. Wydaliśmy także podręcznik, który jest w spisie obowiązujących podręczników zarówno dla studentów stomatologii, jak i studentów podyplomowych.

W tym roku przypada jubileusz 20-lecia powstania PTO. Jakie były początki?

Polskie Towarzystwo Ortodontyczne powołano w 1996 r. w Lublinie z inicjatywy prof. Anny Komorowskiej, która została jego pierwszym prezesem. Tu powstało także pierwsze koło regionalne (obecnie jest ich 11). Pierwszy zjazd odbył się w 1997 r. w Warszawie. Kolejne gromadziły coraz większą liczbę uczestników i odbywały się w różnych miastach Polski. W 2014 r. PTO współorganizowało Kongres Europejskiego Towarzystwa Ortodontycznego w Warszawie, który odbywał się w Polsce po raz pierwszy w historii. Przyjechało ponad 2200 uczestników z całego świata. W 2000 r. PTO, jako pierwsza taka organizacja z krajów Europy Wschodniej, zostało przyjęte do EFOSA (European Federation of Orthodontic Specialists Associations) – Europejskiej Federacji Specjalistów Ortodontów, a w 2005 r. po wejściu Polski do Unii Europejskiej, stało się jego aktywnym członkiem. Towarzystwo należy też do WFO (World Federation of Orthodontists) – Światowej Federacji Ortodontów, dzięki czemu polscy specjaliści ortodonci mogą wstępować w szeregi tej organizacji. Liczba członków PTO liczy 900 lekarzy i wzrasta, co stawia nas wśród największych organizacji stomatologicznych w Polsce. To wynik pracy wielu koleżanek i kolegów, którzy przez lata tworzyli zręby towarzystwa. Wyniki tej działalności mają przełożenie na podnoszenie jakości leczenia pacjentów. ■



Serce nie sługa

**Mariusz
Tomczak**

Jak poradzić sobie z epidemią chorób układu krążenia? Jak im zapobiegać, a jak je leczyć? W którym kierunku powinna zmierzać polska kardiologia? Między innymi na te pytania eksperci próbowali odpowiedzieć w Senacie*.

Prof. Wojciech Drygas (Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Warszawie): Nie jest tajemnicą, że od lat najważniejszą przyczyną umieralności są choroby serca i naczyń, która w tej chwili kształtuje się w granicach 45 proc. (na drugim miejscu ze zdecydowanie dużym odstępem są choroby nowotworowe, a później inne przyczyny zgonów). Najgorszy w historii kardiologicznej był 1991 r. (umieralność sięgnęła 52 proc.). Od lat 2004-2005 odsetek zgonów utrzymuje się na poziomie 45-46 proc., ale bezwzględna ich liczba systematycznie rośnie, m.in. wskutek starzenia się społeczeństwa. Teraz wskaźniki umieralności w Polsce są dwukrotnie wyższe niż w krajach Europy Zachodniej.

Prof. Anna Fijałkowska (Instytut Matki i Dziecka w Warszawie): Zły styl życia w dzieciństwie w okresie adolescencji przekłada się nie tylko na złe nawyki, są twarde dowody na to, że potem wpływa na rozwój najważniejszych czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych, czyli otyłości, hipersterolemii, nadciśnienia tętniczego. Od 2002 r. do 2010 r. podwoiła się częstość nadwagi i otyłości wśród polskich nastolatków. Wydaje się, że między 2010 r. a 2014 r. nastąpiło zahamowanie trendu, choć musimy poczekać na wyniki z 2018 r., ale coś jest na rzeczy, bo to troszkę koreluje z nieco lepszymi zwyczajami żywieniowymi i nieco lepszą aktywnością fizyczną. Badanie aktywności fizycznej młodzieży szkolnej pokazuje, że jej brak nie do końca możemy tłumaczyć spędzaniem czasu przy komputerze. Ten związek jest słabszy niż można było się spodziewać, silniej występuje przy oglądaniu filmów niż spędzaniu czasu na grach komputerowych.

Prof. Mieczysław Litwin (Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie): Odsetek dzieci między 2. a 6. rokiem życia z nadwagą i otyłością wzrasta z wiekiem. Gdy porównamy się ze Stanami Zjednoczonymi w tej grupie wiekowej, większy odsetek młodych Amerykanów ma nadwagę, ale biorąc pod uwagę stosunek Polaków w wieku

2-6 lat z otyłością, zaczynamy przeważać, bo trend narastania otyłości w naszym kraju jest o wiele szybszy niż w USA. W grupie wiekowej 7-18 lat obserwuje się stopniowy wzrost odsetka nadwagi i otyłości do mniej więcej okresu pokwitaniowego. W wieku 18 lat nadwaga z otyłością dotyczy ogółem ponad 18 proc. chłopców i 9 proc. dziewczyn (te ostatnie troszkę szczupleją od okresu pokwitania). Od okresu dojrzewania, czyli od 13. roku życia, stopniowo wzrasta odsetek rozpoznania stanu przedciśnieniowego lub nadciśnienia tętniczego u chłopców. W piątej dekadzie życia wyrównuje się częstość występowania nadciśnienia tętniczego u kobiet i u mężczyzn.

Prof. Bogdan Wojtyński (Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny): Poziom umieralności z powodu chorób układu krążenia zależy od natężenia umieralności w poszczególnych grupach wieku i od struktury wieku ludności. Do 2050 r. nastąpi dramatyczna zmiana struktury wieku Polaków: nie tylko chodzi o udział, ale i o liczbę osób w wieku starszym, kiedy z przyczyn naturalnych ryzyko zgonu jest większe. W naszym kraju ogromne znaczenie w zróżnicowaniu stanu zdrowia mają czynniki społeczne. Umieralność mężczyzn z wyższym wykształceniem w wieku 25-64 lata w Polsce jest na poziomie Niemiec i niższa niż w Finlandii, za to w porównaniu do innych państw mamy nadwyżkę umieralności osób o niższym statusie społecznym i tutaj należy skoncentrować działania.

Prof. Mirosław J. Wysocki (NIZP – PZH): W Polsce rocznie hospitalizowanych jest ok. 80 tys. pacjentów z ostrymi zawałami. Śmiertelność szpitalna wynosi ok. 10 proc. – to poziom Danii czy Niemiec, przy czym znacznie lepiej statystyki wypadają tam, gdzie jest kardiologia interwencyjna. Po roku śmiertelność wynosi ok. 20 proc. z tym, że tam, gdzie były interwencje, jest ona znacznie mniejsza.

Prof. Tomasz Zdrojewski (Gdański Uniwersytet Medyczny): Nie ma innej drogi, jak skuteczna profilaktyka. W stosunku do większości

krajów, w których mężczyźni i kobiety żyją krócej, największą zaległość i nadwyżkę umieralności mamy wśród osób w wieku produkcyjnym. Każdy minister finansów powinien przyjąć takie „inwestycje” w osoby będące podatnikami. W Polsce ilość utraconych lat życia jest ciągle wyższa niż w starej „piętnastce” UE: ponad dwa razy w chorobie niedokrwiennej serca i trzy razy z powodu udarów. W biedniejszym kraju system nie udźwignie nowoczesnego leczenia na takim poziomie, jak byśmy chcieli, a tymczasem zachorowań na zawały notujemy więcej niż w Danii czy Holandii. Mamy 10 mln osób z nadciśnieniem, niestety liczba zachorowań i liczba chorych nie maleje, tylko nieco rośnie. 18 mln Polaków ma hipersterolemię, większość z nich nie wie o tak silnym czynniku ryzyka. Średnie ciśnienie tętnicze skurczowe w Polsce jest wyższe niż w Czechach i krajach „starej” piętnastki. Aktualne analizy demograficzne i zdrowotne jednoznacznie wskazują, że w Polsce potrzeba wieloletniego programu rządowego – a nie tylko programu polityki zdrowotnej w ramach jednego departamentu ministerstwa – opartego o art. 136 ustawy o finansach publicznych, na rzecz redukcji liczby zachorowań, ale także w celu poprawy diagnostyki i terapii chorób serca i naczyń, wprowadzania innowacji, znalezienia szybko zmieniającej się nowej roli kardiologa wobec wyzwań demograficznych.

Prof. Piotr Ponikowski (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu): Nie ma lepszej definicji niewydolności serca od tej: koniec pewnej drogi, moment, w którym serce nie jest w stanie podolać temu, czemu powinno. To problem trzech zasadniczych schorzeń: zawału serca, nadciśnienia tętniczego i, rzadziej, zapalenia mięśnia sercowego. Ludzie żyją o kilka lat dłużej w porównaniu z tym, co było kilkanaście, kilkadziesiąt lat temu, nie dlatego, że onkologia zrobiła postęp, ale dzięki lepszemu leczeniu chorób układu sercowo-naczyniowego. To dlatego będziemy mieli coraz więcej chorych z niewydolnością serca. To też nieunikniona konsekwencja postępu, bo rośnie liczba ludzi w podeszłym wieku, a niewydolność serca stanowi problem osób starszych. Cytuję z badania Framingham Heart Study: dzisiaj możemy przyjąć, że co czwarty mężczyzna i co piąta kobieta w wieku 40 lat zachoruje na niewydolność serca. Cieszę się, że w ostatnich latach były wielkie nakłady na kardiologię interwencyjną, z tego musimy być dumni. Obecnie w większości wypadków jesteśmy w stanie zapobiec nagłemu zgonowi z dużą skutecznością, dochodząc do etapu, gdzie problemem są nawracające hospitalizacje z powodu niewydolności serca. To one stanowią najczęstszą przyczynę przyjęć chorych do szpitala po 65. roku życia. Nie jesteśmy w stanie wyleczyć niewydolności serca, ale możemy zmienić historię naturalną: w dużej mierze zredukować ryzyko nagłego zgonu i w znacznym stopniu zapobiec hospitalizacjom z powodu dekomensacji niewydolności serca. Musimy dążyć do kompleksowej, wieloetapowej opieki nad tymi chorymi, zbudować system poradni niewydolno-

ści serca oraz zwiększyć świadomość ludzi, bo jest to choroba, której możemy skutecznie zapobiegać.

Prof. Mariusz Gąsior (Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu): Dlaczego prowadzenie rejestrów jest ważne? W tym roku w „Nature” ukazał się artykuł, w którym autorzy wskazują, że analizy dużych baz danych mogą prowadzić do poprawy opieki nad chorymi ze schorzeniami sercowo-naczyniowymi. Jest to pewna nadzieja, ale również wyzwanie. Oto analizowany przez statystyków przykład z rejestru brytyjskiego na to, że status cywilny ma znaczenie: prawdopodobieństwo przeżycia po zawale jest o 14 proc. większe u osób pozostających w małżeństwie, niż u osób żyjących samotnie lub rozwiedzionych (być może dlatego, że ktoś może wezwać karetkę pogotowia czy udzielić pierwszej pomocy). Inna analiza: czy moment przyjęcia pacjenta do szpitala z ostrym zespołem wieńcowym ma wpływ na jego przeżycie? W Anglii tak, najgorzej rokują chorzy przyjmowani w sobotę i niedzielę. Z prof. Zdrojewskim i doc. Gierlotką analizowaliśmy wpływ tego czynnika w Polsce. Okazuje się, że nie ma to znaczenia, wszyscy chorzy rokują podobnie. Świadczy to o wydolnym systemie ze strony kardiologów interwencyjnych i zarządzających oraz postawieniu pewnej poprzeczki wymagań dla ośrodków dyżurujących.

Prof. Piotr Jankowski (Polskie Towarzystwo Kardiologiczne): W ciągu 12 miesięcy od wypisu po zawale serca umiera 10 proc. pacjentów. Ta liczba nie zmienia się od lat, wciąż możemy mówić, że co dziesiąty pacjent wychodzący ze szpitala, którego życie uratowaliśmy w czasie hospitalizacji, umiera w tym okresie. Analizując przyczyny tego stanu, poza m.in. wiekiem i wielochorobowością, trzeba wymienić np. niedostateczną kontrolę czynników ryzyka (tylko co jedenasty pacjent w rok po zawale serca ma dobrze kontrolowane wszystkie pięć czynników ryzyka), nieoptymalną farmakoterapię, niewystarczający dostęp do programów rehabilitacji i edukacji kardiologicznej (bierze w nich udział tylko co czwarty pacjent po zawale serca), opóźnioną i utrudnioną pełną rewaskularyzację, niewystarczający dostęp do specjalistycznej opieki kardiologicznej (w ciągu pierwszych trzech miesięcy po zawale serca tylko co czwarty pacjent jest konsultowany przez kardiologa). Obecnie nie ma wątpliwości, że sam fakt konsultacji kardiologicznej pacjenta po zawale serca wydłuża życie, zmniejsza ryzyko zgonu o kilkanaście do nawet trzydziestu kilku procent. Proszę tego nie lekceważyć.

Prof. Marian Zembala (ŚCChS): Program POLKARD uszczuplał tak dramatycznie, iż można powiedzieć, że go nie ma. Wszyscy razem ponad podziałami powinniśmy powiedzieć: stop. POLKARD wymaga, żeby miał charakter programu rządowego, a pieniądze muszą iść na prewencję. Nie uważajmy kardiologii za źródło nieszczęścia, bo „zabrała” tyle pieniędzy. Śmiem zaryzykować twierdzenie, że to właśnie ona inspirowała rozwój polskiej medycyny. ■

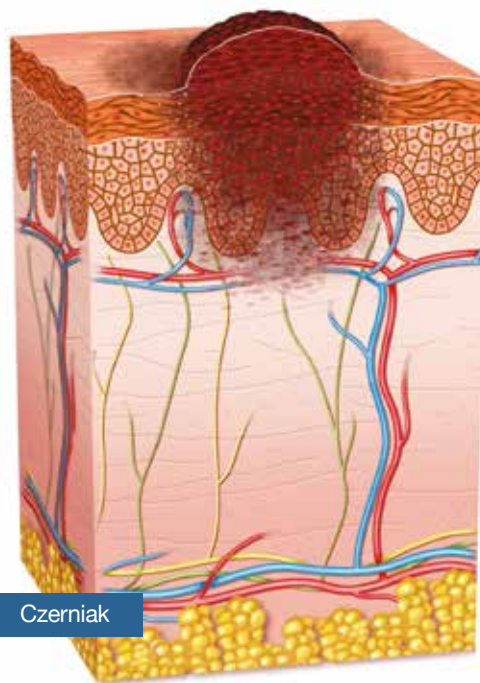
* Konferencja pt. „Zagrożenie chorobami układu krążenia w perspektywie najbliższych 30 lat” odbyła się 12 października 2016 r. Została zorganizowana przez marszałka Senatu Stanisława Karczewskiego i senacką Komisję Zdrowia we współpracy z Polskim Towarzystwem Kardiologicznym.

Olsztyn: wybudzą dorosłych

Ośrodek dla pacjentów w śpiączce, Budzik dla dorosłych, otwarty zostanie w Olsztynie 21 grudnia. W należącym do Katedry Neurologii i Neurochirurgii Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego ośrodka będą prowadzone badania naukowe dotyczące śpiączki. W myśl porozumienia Fundacja „Akogo?” udostępni swoje logo do używania przy prowadzeniu ośrodka przez uczelnię i Uniwersytecki Szpital Kliniczny. Jak powiedział prorektor UWM, prof. Wojciech Maksymowicz, fundacja będzie wspierać działalność Budzika, w szczególności prowadząc działalność na rzecz poprawienia wyposażenia ośrodka, przygotowania personelu oraz działań promocyjnych. Od czerwca w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Olsztynie zespół specjalistów pod kierunkiem prof. Maksymowicza wszczepia stymulatory pacjentom pozostającym w śpiączce. Urządzenia, podbudzając układ nerwowy, mają poprawić jakość życia pacjentów. Projekt przeprowadzenia w Polsce zabiegów wszczepiania stymulatorów ośrodkowego układu nerwowego jest efektem nawiązania współpracy z japońskimi profesorami z Fujita Health University. Polska jest drugim na świecie krajem, gdzie tego typu zabiegi są wykonywane. Koszt jednego wynosi ok. 60 tys. zł. ■

Szczepionka na raka?

Pomyślnie wypadły pierwsze badania kliniczne szczepionki przeciwnowotworowej, w której wykorzystano wynalazek polskich specjalistów. Preparat przeznaczony do leczenia czerniaka, jednego z najgroźniejszych nowotworów skóry, przeszedł pomyślnie pierwszą fazę badań klinicznych. – Badania kolejnej fazy nad tym środkiem mogą się zakończyć za 2-3 lata. Sukces ten sprawił, że naszym wynalazkiem zainteresowały się firmy farmaceutyczne, które również chcą go wykorzystać do nowych leków przeciwnowotworowych. W przyszłości dzięki naszemu osiągnięciu może powstać kilka leków nowej generacji – poinformował prof. Jacek Jemielity, który pracuje w Zakładzie Biofizyki Uniwersytetu Warszawskiego oraz w Centrum Nowych Technologii UW. Wynalazek opracowany przez naukowców z UW polega na tym, że zmodyfikowano mRNA, które można wykorzystać do terapii genowej. – Osiągnięcie to można porównać do wynaleźnięcia radu, który najpierw nie miał praktycznego zastosowania, a potem zapoczątkował wykorzystanie promieniotwórczości w medycynie – podkreślił dr Robert Dwiliński, dyrektor Uniwersyteckiego Ośrodka Transferu Technologii. Naukowcy z UW zmienili strukturę końca cząsteczki mRNA (zwanego kapem 5'), która jest uniwersalna: znajduje się w zakończeniu każdego mRNA, niezależnie od tego, jaki ma on przepis na dane białko. – Jednym z elementów kapu 5' jest mostek trifosforanowy. Zmieniliśmy w nim tylko jeden atom, atom tlenu na atom siarki, ale to wystarczyło, żeby mRNA z takim analogiem kapu stało się cztery razy trwalsze i wykazywało kilkakrotnie silniejsze powinowactwo do czynnika inicjującego translację – wyjaśnił prof. Jemielity. Specjalista dodał, że zadziwiające jest, że tak mała modyfikacja wystarczyła, żeby uzyskać duży efekt, tym bardziej, że cząsteczka mRNA zawiera około 80 tys. atomów. Pracowało nad tym wielu specjalistów z całego świata, ale udało się to



badaczom polskim, którym pomagali naukowcy z uniwersytetu stanowego w Luizjanie. Tę przełomową modyfikację nazwano beta S-ARCA. Żadna polska firma nie była zainteresowana wykorzystaniem wynalazków naukowców w badaniach nad własnym preparatem. – To kosztowne przedsięwzięcie, również Uniwersytetu Warszawskiego nie stać na jego sfinansowanie – podkreślił prof. Piotr Węgleński, dyrektor Centrum Nowych Technologii UW. Zdaniem prof. Jemielitego opracowanie nowego preparatu biologicznego i wprowadzenie go na rynek kosztuje obecnie nawet 2 mld dolarów. Dr Dwiliński powiedział, że UW ma zagwarantowane przychody z każdej zawartej umowy z inwestorami, jak również ze sprzedaży leków i terapii, w których wykorzystane zostanie zmodyfikowane mRNA polskich badaczy. Prace nad nim trwały prawie 35 lat, rozpoczęto je na początku lat 80. XX w., brało w nich udział wielu badaczy. ■

Alkohol a dojrzewanie

Bardzo wczesny kontakt z alkoholem, już w łonie matki, może wpływać na układ rozrodczy potomstwa i oznaczać u niego problemy z rozmnażaniem w późniejszym życiu. Dowodów na to dostarczyła dr hab. Joanna Śliwowska z Pracowni Neurobiologii Instytutu Zoologii w Uniwersytecie Przyrodniczym w Poznaniu we współpracy z kanadyjskimi naukowcami z Uniwersytetu British Columbia w Vancouver. Wyniki przedstawili w czasopiśmie „Alcoholism. Clinical and Experimental Research”. Do wspomnianych zaburzeń w układzie rozrodczym dochodzi w związku z opóźnieniem wydzielania w mózgu kisspeptyny (neuropeptydu związanego z rozmnażaniem płciowym) – twierdzą autorzy pracy, którzy przeprowadzili badania na szczurach. Kisspeptyna pobudza wydzielanie innych hormonów, dając organizmowi sygnał, że czas zacząć dojrzewanie. Kontakt ciężarnej matki z alkoholem może prowadzić u embrionu do zaburzeń w neuronach kisspeptynoergicznych w mózgu i dalszych, niekorzystnych zmian hormonalnych – wykazali autorzy publikacji. Badaczka z UP zastrzega, że podobnych badań nie prowadzono u ludzi. ■

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

Aktualności



Rutynowy zabieg – wyczerpana suma gwarancyjna

Po raz kolejny w naszej kronice pojawia się temat braku zgody na zabieg i niekompletnej dokumentacji medycznej. Tym razem dość swobodnie potraktowanie obowiązków formalnych i procedur wynikało prawdopodobnie z przekonania lekarza o rutynowym charakterze zabiegu. A zabieg wcale rutynowy nie był. Sprawa w sądzie zakończyła się odszkodowaniem wyczerpującym sumę gwarancyjną. Bardzo prawdopodobny był scenariusz, w którym lekarz musiałby dodatkowo wypłacać wysoką rentę miesięczną z własnej kieszeni.

Pacjentka w wieku 75 lat została zakwalifikowana do operacji zaćmy oka lewego. Podczas jednej z wizyt konsultacyjnych lekarz zaproponował przed operacją zaćmy usunięcie brodawki powieki, co poszerzy pole widzenia. Lekarz stwierdził, że „w dzisiejszych czasach to zwykły rutynowy zabieg”.

Zmianę usunięto w znieczuleniu miejscowym. W kolejnych dniach rana wykazywała cechy silnego odczynu zapalnego z nieadekwatną reakcją w stosunku do zakresu operacji. Wystąpiły objawy martwicy powieki górnej z ciężkim skórnym odczynem polekowym o dramatycznym przebiegu.

Z powodu powikłania w postaci niedomykalności powieki wystąpiły zmiany degeneracyjne rogówki oka lewego. Ostatecznie doszło do perforacji rogówki. Podjęto próbę naszywania płata spojówkowego zamykającego ranę, po czym poddano chorą szeregowi operacji plastycznych rekonstruujących powieki. Niestety doszło do zaniku gałki ocznej z całkowitą utratą wzroku w oku lewym.

Poszkodowana zgłosiła do ubezpieczyciela roszczenia w wysokości 200 000 zł tytułem odszkodowania oraz 3 000 zł renty miesięcznej.

W toku postępowania ustalono, że lekarz ubezpieczony w INTER dopuścił się niestaranności w dniu zabiegu i w dniach następnych poprzez:

- niekompletną i niestaranną dokumentację medyczną, która nie pozwalała potwierdzić prawidłowości przeprowadzonego zabiegu
- tolerowanie zagrożenia dla widzenia okiem lewym
- nieskierowanie pacjentki do szpitala po stwierdzeniu zapalenia wewnątrzgałkowego
- brak pobrania świadomej zgody od pacjentki
- niepoinformowanie pacjentki o rodzaju operacji i jej możliwych powikłaniach.

Ubezpieczyciel wypłacił na rzecz poszkodowanej 60 000 zł.

Zaproponowano poszkodowanej zawarcie ugody poprzez wypłatę 112 000 zł, w tym 100 000 zł tytułem zadośćuczynienia i 12 000 zł tytułem kosztów leczenia.

Poszkodowana nie przyjęła propozycji ugodowej i wniosła powództwo do sądu. Sąd I instancji wydał wyrok zasądający na jej rzecz 137 216 zł odszkodowania i 6 204 zł miesięcznej renty. Ze względu na wyczerpanie obowiązującej wówczas sumy gwarancyjnej (46 500 euro na jedno zdarzenie), zobowiązanie do płacenia renty obciążało bezpośrednio lekarza.

Po wniesieniu przez INTER apelacji kwestionującej zasadność renty na zwiększone potrzeby, sąd zweryfikował wyrok, ograniczając kwotę zadośćuczynienia i odszkodowania do kwoty stanowiącej sumę gwarancyjną.

Jak pokazuje powyższy przypadek, rutyna może być złym doradcą. Lekarze wykonujący nawet najprostsze zabiegi powinni posiadać skuteczne zabezpieczenie finansowe na wypadek podobnej sytuacji. Warto zwrócić uwagę na wysokość sum gwarancyjnych na polisie OC – powinna ona być dostosowana do zmieniającej się rzeczywistości prawnej i realnych kwot odszkodowań zasądzanych obecnie przez sądy. Dodatkowo, suma gwarancyjna powinna odzwierciedlać specjalizację i rodzaj świadczeń medycznych udzielanych przez lekarza.

INTER oferuje ubezpieczonym lekarzom podwyższenie sum gwarancyjnych do wysokości maksymalnie 200 000 euro na jedno zdarzenie. Dodatkowo, ubezpieczenie dobrowolne w INTER to korzystne rozwiązanie poszerzające zakres ochrony także o szkody w mieniu oraz szkody powstałe poza praktyką. Ciekawą propozycją jest ochrona ubezpieczeniowa z tytułu wykonywania zabiegów medycyny estetycznej, która została wprowadzona do oferty 5 grudnia br.



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

**Jacek
Bajak**

Dyrektor Biura
Odszkodowań,
TU INTER Polska S.A.

BIULETYN

Nr 6 (171) Rok XXVII Naczelnej Rady Lekarskiej Warszawa, XI 2016

Redaktor naczelny: Marek Jodłowski

Posiedzenie NRL – 4 listopada 2016 r.

UCHWAŁA Nr 22/16/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 4 listopada 2016 r.

zmieniająca uchwałę w sprawie składu komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej

Na podstawie art. 39 ust.1 pkt 5 i 6 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2016 r. poz. 522) i § 6 ust. 1 Regulaminu Naczelnej Rady Lekarskiej, stanowiącego załącznik do uchwały Nr 14 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu Naczelnej Rady Lekarskiej w związku z § 2 ust. 1 i 2 oraz § 5 ust. 2 załącznika do uchwały Nr 18/16/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 2 września 2016 r. w sprawie zasad i trybu powoływania komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej oraz regulaminu ich działania uchwała się, co następuje:

§ 1.

W uchwale nr 14/14/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 9 maja 2014 r. w sprawie składu komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej zmienionej uchwałą Nr 24/14/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 27 czerwca 2014 r. oraz uchwałą Nr 2/16/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 15 stycznia 2016 r. w § 1 w pkt 6 powołuje się kol. kol. Arkadiusza Szycmana, Przemysława Janusza i Łukasza Romanowskiego do składu Komisji ds. Młodych Lekarzy (w miejsce kol. kol. Kaji Lisak, Łukasza Woźniackiego, Joanny Lemańskiej-Tkaczyńskiej).

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ

PREZES

Marek Jodłowski

Maciej Hamankiewicz

UCHWAŁA Nr 23/16/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 4 listopada 2016 r.

w sprawie terminów posiedzeń Naczelnej Rady Lekarskiej w roku 2017

Na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2016 r. poz. 522), uchwała się, co następuje:

§ 1.

Ustala się terminy posiedzeń Naczelnej Rady Lekarskiej w roku 2017:

13 stycznia, 10 marca, 19 maja, 23 czerwca, 15 września, 10 listopada, 15 grudnia.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ

PREZES

Marek Jodłowski

Maciej Hamankiewicz

STANOWISKO Nr 14/16/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 4 listopada 2016 r.

w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw

Naczelna Rada Lekarska, po zapoznaniu się z projektem ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw, przekazanych przy piśmie Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2016 r., znak: SOR.450.1.20.2016.TM, przedstawia następujące stanowisko w sprawie przedłożonego projektu ustawy.

Opiniowany projekt zawiera wiele przepisów, które budzą wątpliwości i zaniepokojenie środowiska lekarskiego.

Proponowane zmiany organizacyjne, dotyczące przede wszystkim likwidacji specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego, stwarzają realne zagrożenie dla pacjentów w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego, mogące skutkować utratą życia lub ciężkim uszczerbkiem na zdrowiu w związku z brakiem dostępu do specjalistycznej pomocy lekarskiej, która jest niezwykle istotna w pierwszych chwilach od zdarzenia. Zlikwidowanie specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego, bez żadnych możliwości dotarcia lekarza systemu do miejsca zdarzenia, spowoduje także zwiększenie obciążenia pracą lekarzy szpitalnych oddziałów ratunkowych i może zablokować te oddziały oraz izby przyjęć. Ponadto ani w przepisach przejściowych ani w uzasadnieniu projektu nie wskazano, co stanie się z lekarzami obecnie zatrudnionymi w specjalistycznych zespołach ratownictwa medycznego.

Wątpliwości budzi zastąpienie lekarzy w zespołach ratunkowych systemem e-konsultacji, bez uwzględnienia rodzaju zdarzenia i jego skali. W wielu przypadkach nie da się pomóc „na telefon”, bez badania pacjenta, a jedynie poprzez analizę przekazanych na odległość parametrów życiowych.

Kolejną niepokojącą regulacją jest utrzymanie przepisów przejściowych dotyczących statusu lekarza systemu PRIM. Nadal lekarzy specjalistów medycyny ratunkowej zrównuje się z lekarzami po drugim roku szkolenia w innych dziedzinach medycyny, dodatkowo rozszerzając krąg lekarzy systemu o lekarzy posiadających specjalizacje dalekie od medycyny ratunkowej. Niezrozumiałe jest nadanie statusu lekarza systemu lekarzowi, który ukończył drugi rok szkolenia specjalizacyjnego z medycyny rodzinnej. Analizując program szkolenia w tej dziedzinie można stwierdzić, że lekarz który ukończył drugi rok szkolenia z medycyny rodzinnej nie posiada kwalifikacji zawodowych do wykonywania zaawansowanych zabiegów reanimacyjnych i specjalistycznego leczenia pacjentów w stanach nagłych. Zresztą zwiększanie kręgu lekarzy, którym przysługuje status lekarza systemu, jest sprzeczne z założeniami projektu, eliminującymi lekarzy z zespołów ratownictwa medycznego (skoro lekarze ci mają stracić zatrudnienie, po co zwiększać ich liczbę).

Niepokojące wydaje się także dalsze zwiększanie uprawnień ratowników medycznych, w szczególności zastrzeżenia budzi umożliwienie ratownikom medycznym zwiózienia pacjenta i jego intubacji w sytuacjach innych niż nagłe zatrzymanie krążenia. Czynności te powinny być zarezerwowane tylko dla lekarzy specjalistów medycyny ratunkowej, anestezjologii i intensywnej terapii oraz intensywnej terapii.

Ponadto zgodnie z opiniowanym projektem kierownik zespołu ratownictwa medycznego, czyli ratownik medyczny, będzie mógł stwierdzić zgon pacjenta, jeśli do zgonu doszło w trakcie akcji medycznej. Samorząd lekarski wyraża wątpliwość co do zasadności przyznania ratownikom takich uprawnień. Ratownik medyczny, walcząc o zdrowie i życie pacjenta, w sytuacji gdy jego działania nie przynoszą rezultatu, powinien mieć możliwość wezwania na pomoc lekarza specjalistę medycyny ratunkowej, by wyczerpać wszystkie możliwości niesienia pomocy pacjentowi. Naczelna Rada Lekarska stoi na stanowisku, że rozpoznanie śmierci człowieka powinno być zarezerwowane wyłącznie dla osób posiadających prawo wykonywania zawodu lekarza.

Opiniowany projekt przewiduje zwiększenie odpowiedzialności władzy państwowej za ratownictwo medyczne, co należy ocenić pozytywnie. Powstaje jednak wątpliwość, czy wiązać się to ma z wyeliminowaniem z ratownictwa medycznego podmiotów niepublicznych w wyniku „upaństwowienia” systemu PRM.

Nadal wątpliwości budzi zmiana umiejscowienia stanowisk dyspozytorów medycznych, poprzez ich przejście od dysponentów zespołów ratownictwa medycznego do wojewodów. W wielu województwach dysponenti ZRM przeprowadzili modernizację swych dyspozytorni, systemów łączności radiowej i elektronicznej, angażując własne i inne środki finansowe. Budowa nowej infrastruktury przy wojewodach będzie wymagała czasu oraz kolejnych nakładów finansowych, tym razem z budżetu państwa.

Dodatkowo Naczelna Rada Lekarska zgłasza następujące uwagi szczegółowe:

- 1) art. 1 pkt 2 lit. d projektu dot. art. 3 pkt 18 ustawy o PRM – zaproponowana definicja segregacji medycznej jest zbyt wąska, powinna zostać rozszerzona o „proces wyznaczania priorytetów diagnostyczno-leczniczych w szpitalnych oddziałach ratunkowych”;
- 2) art. 1 pkt 8 projektu dot. art. 12 ust. 3 ustawy o PRM – jako formę doskonalenia zawodowego ratownika medycznego przewidziano kurs doskonalący. Kurs ten jako obowiązkowy powinien dotyczyć każdego ratownika raz na trzy lata i kończyć się egzaminem składanym przed komisją, w skład której powinien wchodzić między innymi konsultant wojewódzki w dziedzinie medycyny ratunkowej (właściwy ze względu na miejsce, w którym będzie odbywał się kurs doskonalący) lub lekarz specjalista medycyny ratunkowej wskazany przez konsultanta;
- 3) art. 1 pkt 9 lit. b projektu dot. art. 12c ust. 6 pkt 2 ustawy o PRM – w skład zespołu ekspertów powoływanego przez Dyrektora CEM do wydawania opinii o podmiocie ubiegającym się o uzyskanie wpisu na listę podmiotów uprawnionych do prowadzenia kursu doskonalącego dla ratowników medycznych zawsze (a nie alternatywnie, jak przewidziano w projekcie) powinien wchodzić specjalista w zakresie medycyny ratunkowej;
- 4) art. 1 pkt 11 projektu dot. art. 12m i nast. ustawy o PRM – kurs specjalizacyjny powinien kończyć się egzaminem składanym przed komisją, w skład której powinien wchodzić między innymi konsultant wojewódzki w dziedzinie medycyny ratunkowej (właściwy ze względu na miejsce, w którym będzie odbywał się kurs doskonalący) lub lekarz specjalista medycyny ratunkowej wskazany przez konsultanta;
- 5) art. 1 pkt 15 lit. c projektu dot. art. 15 ust. 4-9 ustawy o PRM – projekt wprowadza nowy rodzaj dokumentu w postaci karty kwalifikowanej pomocy, nie określając jednocześnie pozycji tego dokumentu jako elementu dokumentacji medycznej lub też dokumentu odrębnego. Przechowywanie karty przez jednostkę współpracującą z systemem i krótki okres przechowywania wskazują, że nie jest ona pomyślana jako element dokumentacji medycznej, jednak zgodnie z projektowanym ust. 8 w art. 15 ustawy o PRM ma być ona udostępniana w formach takich jak dokumentacja medyczna, bez odniesienia jednak na rzecz jakich podmiotów, w tym czy upoważnienie do dostępu do dokumentacji medycznej będzie skutkować upoważnieniem do dostępu do karty. Rozbieżność ta będzie rodzić ogromne problemy interpretacyjne, w związku z czym konieczne jest sprecyzowanie czy jest to część dokumentacji medycznej. Wątpliwości budzi także zakres informacji wymaganych do wypełnienia karty kwalifikowanej pomocy, a mianowicie konieczność wpisania daty urodzenia i adresu zamieszkania osoby, której pomocy udzielono. Biorąc pod uwagę, że ma być to dokument wypełniany na miejscu zdarzenia, ustalenie powyższych danych może być w chwili wypełniania karty niemożliwe. Ponadto projekt nie znosi karty indywidualnej ratownika medycznego (nie ulega zmianie treść art. 11 pkt 7 ustawy o PRM), co prowadzić będzie do równoległego istnienia dwóch dokumentów wymagających wypełnienia w związku z udzieleniem pomocy w ramach PRM;
- 6) art. 1 pkt 19 projektu dot. art. 23c ustawy o PRM – właściciele defibrylatorów automatycznych i jednocześnie ich fundatorzy zakupili i udostępnili te urządzenia dobrowolnie. Nakładanie jakichkolwiek obowiązków na nich (np. zgłaszania i uzasadniania zmian, składania wniosków o wpis do rejestrów, oświadczeń o badaniach technicznych) może spowodować skutek odwrotny od zamierzonego, tzn. pozbycie się potencjalnego źródła problemu;

- 7) art. 1 pkt 24 projektu dot. art. 25c ust. 1 ustawy o PRM – wojewoda ma zatrudniać lekarza konsultanta zespołów ratownictwa medycznego, który będzie pracował w dyspozytorni medycznej. Biorąc pod uwagę zasady tworzenia dyspozytorni medycznej wskazane w projektowanym art. 25a ust. 1 ustawy o PRM (art. 1 pkt 23 projektu), wydaje się, że liczba zespołów ratownictwa medycznego przypadająca na lekarza konsultanta będzie zbyt duża, co uniemożliwi lekarzom prawidłowe wykonywanie nałożonych na niego obowiązków;
- 8) art. 1 pkt 27 projektu dot. art. 27a ustawy o PRM – Krajowe Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego (KCMRM) powinno być utworzone jako niezależna jednostka organizacyjna Ministerstwa Zdrowia, a nie w strukturze SPZOZ Lotniczego Pogotowia Ratunkowego. Tworzenie przy jednym dysponentcie takiej jednostki jest niezasadne, gdyż również ten dysponent powinien być nadzorowany przez KCMRM;
- 9) art. 1 pkt 28 projektu dot. art. 29 ust. 3 ustawy o PRM – wojewódzki koordynator ratownictwa medycznego powinien mieć umocowanie prawne do rozwiązywania bieżących problemów szpitali w zakresie przyjmowania pacjentów w sytuacjach np. awarii sprzętu diagnostycznego, braku wolnych łóżek itp.;
- 10) art. 1 pkt 31 lit. b projektu dot. art. 32 ust. 3 ustawy o PRM oraz art. 1 pkt 34 lit. f projektu dot. art. 36 ust. 5 pkt 1 ustawy o PRM – z projektowanych przepisów wynika, że dysponent zespołów ratownictwa medycznego ma zapewnić zespołom ratownictwa medycznego możliwość wykonywania całodobowych e-konsultacji, które mogą wykonywać także lekarze jednostek systemu oraz jednostki organizacyjne szpitali wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w rodzaju ratownictwo medyczne. Powstaje pytanie czy za ten dodatkowy obowiązek lekarze będą dodatkowo wynagradzani oraz kto zapłaci za zakup dla szpitali sprzętu umożliwiającego e-konsultacje;
- 11) art. 1 pkt 32 projektu dot. art. 32b ustawy o PRM – dyspozytor medyczny (zatrudniony przez wojewodę) ma przeprowadzać kwalifikację osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego do transportu po uzyskaniu akceptacji wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego (zatrudnionego przez właściwego wojewodę). Niecelowe wydaje się późniejsze stwierdzanie niezasadności takiego transportu przez właściwego wojewodę wspólnie z dyrektorem właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, natomiast za niedopuszczalne należy uznać nakładanie w razie stwierdzenia takiej niezasadności kary finansowej na szpital, skoro to dyspozytor medyczny oraz wojewódzki koordynator ratownictwa medycznego, obaj zatrudnieni przez wojewodę, błędnie przeprowadzili kwalifikację do transportu osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;
- 12) art. 1 pkt 34 lit. b projektu dot. art. 36 ust. 1 ustawy o PRM – wprowadzenie obowiązku zatrudniania pracowników zespołów ratownictwa medycznego wyłącznie na podstawie umowy o pracę budzi wątpliwości z punktu widzenia zasady swobody umów; uzasadnienie projektu nie wyjaśnia w sposób dostateczny przyczyn, dla których swoboda stron w kształtowaniu treści łączącego je stosunku prawnego miałaby zostać całkowicie wyłączona. Ponadto wprowadzenie nakazu zawierania umowy o pracę oraz wprowadzenie trzyosobowych zespołów ratownictwa może wiązać się z trudnościami w obsadzeniu tych zespołów i zapewnieniu pacjentom na terenie kraju należytej opieki przedszpitalnej z uwagi na potencjalne niedobory pracowników, szczególnie w małych ośrodkach. Poza tym wprowadza to nierówność w odniesieniu do pracowników szpitalnych oddziałów ratunkowych, w stosunku do których nie przewidziano takiego obowiązku;
- 13) art. 2 dot. art. 11 ust. 1 ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych – podtrzymując wyżej wyrażone stanowisko o wyłącznym uprawnieniu lekarzy do rozpoznawania zgonu, należy przypomnieć o postulatach wielokrotnie zgłaszanych przez Naczelną Radę Lekarską dotyczących precyzyjnego wskazania lekarza właściwego do stwierdzania zgonu i wystawiania karty zgonu. Sformułowanie „lekarz leczący chorego w ostatniej chorobie” użyte w art. 11 ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych prowadzi bowiem do sporów o właściwość lekarza zobowiązanego do dokonywania tych czynności. Proponuje się więc rozważyć doprecyzowanie tej kwestii poprzez określenie obowiązku stwierdzania zgonu i wystawiania karty zgonu przez lekarza POZ (z jednoczesnym zapewnieniem odpowiednie-

go finansowania tych czynności) lub przez lekarza posiadającego odrębną umowę z jednostką samorządu terytorialnego, finansującą wykonywanie tych czynności (pełniącego funkcję tzw. koronera).

Dodatkowo, w związku z projektem ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz ustawy o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw, przysłanym do zaopiniowania przy piśmie Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2016 r., znak: SOR.450.1.17.2016.TM, Naczelna Rada Lekarska wyraża stanowisko, że oba procedowane projekty powinny być ze sobą spójne, tymczasem zmiany tych samych przepisów w tych dwóch projektach nie zawsze się pokrywają (np. art. 24a ustawy o PRM dotyczący wskazania administratora Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego).

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

**STANOWISKO Nr 15/16/VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 4 listopada 2016 r.**

w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia profili charakterystycznych poziomu systemu zabezpieczenia oraz kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do tych poziomów

Naczelna Rada Lekarska po zapoznaniu się z projektem ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia profili charakterystycznych poziomu systemu zabezpieczenia oraz kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do tych poziomów, zamieszczonymi na stronie internetowej Rządowego Centrum Legislacji, zgłasza następujące uwagi do przedmiotowych projektów.

Naczelna Rada Lekarska podziela pogląd wyrażony przez Nadzwyczajny XIII Krajowy Zjazd Lekarzy w apelu Nr 10 z dnia 14 maja 2016 r., że zmiany systemu finansowania świadczeń zdrowotnych wymagają zachowania prawa podmiotów prywatnych do ubiegania się, na równych prawach z podmiotami publicznymi, o środki publiczne przeznaczone na finansowanie świadczeń zdrowotnych oraz zachowania konkurencyjności polegającej na możliwości wyboru podmiotu leczniczego przez pacjentów. Zmiany systemu finansowania opieki zdrowotnej nie mogą prowadzić do zaniechania konkurencyjności podmiotów publicznych i prywatnych, która miała istotny wpływ na znaczące zwiększenie liczby udzielanych świadczeń, poprawę ich jakości oraz poprawę efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w ostatnich kilkunastu latach.

Opiniowane projekty wzbudzają szereg wątpliwości, zwłaszcza w zakresie zapowiadanej w uzasadnieniu projektu zmiany sposobu finansowania świadczeń szpitalnych, jak również w zakresie projektowanych kryteriów wejścia do systemu zabezpieczenia szpitalnego.

Sygnalizowany w treści uzasadnienia projektu ustawy zamiar wprowadzenia finansowania ryczałtowego szpitali, obejmującego całość opieki w danym okresie powiązanego z poziomem realizacji świadczeń w roku poprzednim jest opisany lakonicznie i nie daje odpowiedzi na pytania dotyczące szczegółowych zasad finansowania świadczeń. Jest to tym bardziej istotne, że zgodnie z treścią art. 2 projektu ustawy z dniem 1 lipca 2017 r. umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarte ze świadczeniodawcami zakwalifikowanymi do systemu zabezpieczenia, staną się umowami zawartymi na podstawie projektowanego art. 159a ustawy.

Projekt i jego uzasadnienie nie zawierają również informacji o sposobie zabezpieczenia dostępności świadczeń przy zmianie systemu finansowania na ryczałtowy. Zmiana systemu finansowania z rozliczania procedur na ryczałtowy budżet będzie działać demotywująco na świadczeniodawców i zmniejszy dostępność świadczeń. Wobec braku dokładnej informacji o sposobie sprawozdawania i rozliczania wykonanych świadczeń, o skutkach nierozliczenia ryczałtu albo

udzielenia świadczeń, których liczba i koszty przewyższą zaplanowany ryczałt, o sposobie definiowania populacji i problemów zdrowotnych, które mają być w ramach ryczałtu zabezpieczone i biorąc pod uwagę ogólne niedofinansowanie systemu utracony zostanie prosty sposób oddziaływania na dostępność poprzez wycenę procedury i liczbę procedur. Zapowiedziane w uzasadnieniu planowanie w celu optymalnego wykorzystania zasobów będzie mniej skuteczne i pacjenci będą mieli większe trudności w dostępie do kosztownych lub związanych z ryzykiem świadczeń.

Projektowane rozwiązania budzą również obawy, co do ich skutków dla wielu szpitali, związane z utratą finansowania ze środków publicznych części realizowanych przez szpitale świadczeń w związku z niezakwalifikowaniem się do danego poziomu. Niewątpliwie konsekwencją wprowadzenia projektowanych zmian będą likwidacje wielu oddziałów a niekiedy nawet placówek pomimo wysokiej jakości świadczeń.

Analiza projektu ustawy wskazuje, że do systemu zabezpieczenia szpitalnego nie wejdą również placówki nowe, które nie spełniają określonego w treści projektowanego art. 95n ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych kryterium co najmniej 2-letniej realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Projekt przewiduje głębokie zmiany udzielania świadczeń szpitalnych finansowanych ze środków publicznych. Liczne niejasności dotyczące zarówno rozwiązań zawartych w projekcie oraz w nim nieujętych sprawiają, że planowane tempo wprowadzania zmian systemu należy ocenić jako zbyt szybkie. Naczelna Rada Lekarska wielokrotnie wskazywała poważne problemy związane z aktualnie obowiązującym systemem finansowania świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych, w tym na potrzebę urealnienia zakresu tzw. „świadczeń gwarantowanych”. Na podstawie przedstawionego projektu nie można ocenić, czy te problemy zostaną rozwiązane. Można raczej spodziewać się, że ulegną one nasileniu, ponieważ zamiast dających się zdefiniować i policzyć działań zadania świadczeniodawców zostaną określone bardzo ogólnie, a rozliczanie będzie działało tylko w kierunku kontroli świadczeniodawców przez administrację będącą jednocześnie płatnikiem, bez zobowiązania zapłacenia za wszystkie wykonane świadczenia. Wprowadzenie głębokich zmian organizacji i finansowania udzielania świadczeń szpitalnych wymagałoby gruntownego przemyślenia i przetestowania w praktyce. Szybkie, nieopóźnione pilotażowym sprawdzeniem projektowanych rozwiązań w praktyce, wprowadzenie projektowanych zmian może skutkować pogorszeniem dostępności świadczeń szpitalnych.

Podtrzymując powyższe uwagi o charakterze zasadniczym Naczelna Rada Lekarska przekazuje szczegółowe uwagi nadesłane do Naczelnej Izby Lekarskiej:

I uwagi do projektu ustawy:

- 1) projekt nie uwzględnia szpitali rehabilitacyjnych, bez których trudno mówić o kompleksowej opiece nad pacjentem. Zasadnym jest rozszerzenie poziomu szpitali onkologicznych i pulmonologicznych o szpitale rehabilitacyjne;
- 2) przepis art. 55 ust. 3 w brzmieniu: „Na świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej oddział wojewódzki Funduszu zawiera odrębną umowę, z zastrzeżeniem art. 159a ust. 1” jest niejasny i budzi wątpliwości interpretacyjne. Czy dodane zastrzeżenie oznacza, iż na ten rodzaj świadczeń będą tylko umowy w ramach systemu zabezpieczenia, czy też, że umowy z NFZ zawierane w ramach systemu nie będą zawierane w trybie konkursu ofert lub rokowań.

W uzasadnieniu wskazano, iż projekt zakłada, że system zabezpieczenia obejmie również świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej realizowane w przychodniach przyszpitalnych oraz świadczenia z zakresu nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Zawieranie umów na realizację tych świadczeń w trybie konkursu ofert lub rokowań, powinno pozostać jedynie jako rozwiązanie o charakterze subsydiarnym. Skutkiem takiej regulacji będzie znaczące ograniczenie a nawet brak możliwości realizowania przez dotychczasowe podmio-

ty prywatne ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. Aktualnie ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz nocna i świąteczna opieka jest dostępna dla pacjenta poprzez jej zabezpieczenie w większości przez świadczeniodawców prywatnych (małe zakłady lecznicze lub lekarskie praktyki indywidualne czy grupowe);

- 3) w projektowanym art. 95m należy skreślić oznaczenie ustępu;
- 4) projektowany art. 95n ust. 2 powinien otrzymać brzmienie:
„2. Kwalifikacja, o której mowa w ust. 1, obejmuje włączenie danego świadczeniodawcy do jednego z poziomów systemu zabezpieczenia, o których mowa w art. 95l ust. 2-4 oraz wskazanie profili, w ramach których będą udzielane świadczenia opieki zdrowotnej w systemie zabezpieczenia;”;
- 5) w projektowanym art. 95n ust. 3 pkt 1 należy wykreślić lit. a; izba przyjęć oraz SOR są elementami systemu państwowego ratownictwa medycznego i nie powinny być brane pod uwagę przy kwalifikacji;
- 6) w projektowanym art. 95n ust. 5 przewiduje się możliwość zakwalifikowania przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu do systemu zabezpieczenia świadczeniodawcy, który nie spełnia ustawowych warunków, jeżeli jest o uzasadnione koniecznością zabezpieczenia na terenie danego województwa właściwego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Poza koniecznością uzyskania pozytywnej opinii ministra właściwego do spraw zdrowia projekt nie określa żadnych kryteriów podejmowania takiej decyzji;
- 7) w projektowanym art. 95n ust. 6 pkt 2 powinien otrzymać następujące brzmienie:
„2) dla każdego ze świadczeniodawców, o których mowa w pkt 1, profili w ramach których będzie udzielał świadczeń opieki zdrowotnej na danym poziomie systemu zabezpieczenia;”;
- 8) w art. 2 projektowanej ustawy odwołanie w drugiej linijce winno odnosić się do art. 95n ust. 6;

II uwagi do projektu rozporządzenia:

- 1) w treści projektowanego § 2 pkt 1 rozporządzenia należy dodać litery f i g w następującym brzmieniu:
„f) anestezjologia i intensywna terapia (wszystkie poziomy referencyjne),
g) geriatria;”;
- 2) w treści projektowanego § 2 pkt 2 należy dodać litery h, i oraz j w następującym brzmieniu:
„h) dermatologia i wenerologia,
i) nefrologia,
j) choroby płuc;”;
- 3) w treści projektowanego § 2 pkt 3 należy wykreślić literę d;
- 4) w treści projektowanego § 2 pkt 3 należy rozważyć wprowadzenie profilu szpitalny oddział ratunkowy; zmiana taka mogłaby skutkować obciążeniem izby przyjęć oraz lepszą integracją systemu państwowego ratownictwa medycznego z systemem zabezpieczenia szpitalnego;
- 5) w treści projektowanego § 2 pkt 4 należy uwzględnić szpitale rehabilitacyjne;
- 6) w treści projektowanego § 3 pkt 2 powinien otrzymać następujące brzmienie:
„2) do poziomu szpitali II stopnia kwalifikuje się świadczeniodawców udzielających świadczeń w ramach profili anestezjologia i intensywna terapia lub anestezjologia i intensywna terapia dla dzieci (jeden z poziomów referencyjnych) oraz łącznie co najmniej 5 profili określonych w § 2 pkt 1-3, w tym co najmniej 3 profili określonych w § 2 pkt 2 i 3, pod warunkiem niezakwalifikowania do poziomu wymienionego w pkt 3-5 oraz poziomu szpitala ogólnopolskiego;”;
- 7) w treści projektowanego § 4 pkt 6 powinien otrzymać następujące brzmienie:
„6) świadczeniodawca zakwalifikowany do poziomu: szpitali I stopnia, szpitali II stopnia, szpitali III stopnia oraz szpitali pediatrycznych: świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej;”;
- 8) w treści projektowanego § 4 pkt 7 wyrazy „o którym mowa w pkt 1-8” należy zastąpić wyrazami „o którym mowa w pkt 1-6”.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

**STANOWISKO Nr 16/16/VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 4 listopada 2016 r.**

**w sprawie projektu ustawy o sposobie ustalania najniższego
wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody
medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych**

Naczelna Rada Lekarska po zapoznaniu się z projektem ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych, zamieszczonym na stronie internetowej Rządowego Centrum Legislacji, zgłasza następujące uwagi przedmiotowego projektu.

Projektowane regulacje dalece odbiegają od oczekiwań środowiska lekarskiego, które wyartykułowane zostały w apelu Nr 7 z dnia 14 maja 2016 r. Nadzwyczajnego XIII Krajowego Zjazdu Lekarzy a także nie przystają do warunków rynku pracy.

Nadzwyczajny XIII Krajowy Zjazd Lekarzy wyraził postulat wprowadzenia gwarancji minimalnego wynagrodzenia dla lekarza i lekarza dentystry bez specjalizacji oraz lekarza rezydenta na poziomie dwukrotnej średniej krajowej, dla lekarza i lekarza dentystry ze specjalizacją na poziomie trzykrotnej średniej krajowej, dla lekarza i lekarza dentystry z pierwszym stopniem specjalizacji na poziomie dwu i pół krotności średniej krajowej i dla lekarza i lekarza dentystry stażysty na poziomie średniej krajowej. Naczelna Rada Lekarska podtrzymuje postulat wyrażony przez Krajowy Zjazd Lekarzy.

Naczelna Rada Lekarska nie znajduje uzasadnienia dla odstąpienia od regulowania opiniowaną ustawą minimalnego poziomu wynagradzania lekarzy stażystów. Lekarze stażyści w najbliższym czasie uzyskają nowe kompetencje, a tym samym zwiększy się ich poziom odpowiedzialności, co w ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej dodatkowo przemawia za koniecznością wprowadzenia ustawowej regulacji minimalnego wynagradzania ich pracy.

Projekt zakłada, że docelowe wskaźniki minimalnego wynagrodzenia osiągnięte zostaną z dniem 31 grudnia 2021 r., co jest zdecydowanie zbyt odległym terminem. W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej zjawiska takie jak migracja zarobkowa oraz luka pokoleniowa wśród lekarzy i lekarzy dentystry uzasadniają jak najszybsze wprowadzenie regulacji gwarantujących minimum godnego wynagradzania pracy lekarzy, co pozwoli młodym lekarzom na planowanie swej kariery zawodowej w kraju.

Reasumując, Naczelna Rada Lekarska negatywnie opiniuje przedmiotowy projekt wskazując, że przewidziane w nim rozwiązania określają minimalne wynagrodzenie lekarzy i lekarzy dentystry na zbyt niskim, nieprzystającym do kompetencji, wiedzy oraz doświadczenia tych osób, poziomie a dodatkowo zakładają osiągnięcie tego poziomu w zbyt odległych ramach czasowych.

SEKRETARZ

Marek Jodłowski

PREZES

Maciej Hamankiewicz

**STANOWISKO Nr 17/16/VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 4 listopada 2016 r.**

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

Naczelna Rada Lekarska po zapoznaniu się z projektem ustawy o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz niektórych innych ustaw, przekazanym przy piśmie pana Marka Tombarkiewicza z dnia 29 września 2016r., znak: ZPN.021.2.2.2016 pozytywnie ocenia projektowane zmiany, w szczególności zwiększające znaczenie i rolę centrów zdrowia psychicznego w działaniach z zakresu ochrony zdrowia psychicznego.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

**STANOWISKO NR 18/16/VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ**

z dnia 4 listopada 2016 r.

**w sprawie poparcia postulatów Krajowej Izby Lekarsko-Weterynaryjnej
o utrzymaniu Inspekcji Weterynaryjnej**

Naczelna Rada Lekarska popiera działania Krajowej Izby Lekarsko-Weterynaryjnej, która sprzeciwia się projektowanej likwidacji Inspekcji Weterynaryjnej po dzielając obawy, że likwidacja tej Inspekcji może być zagrożeniem dla rolników, przedsiębiorców i konsumentów, szczególnie jeśli zostanie połączona z obniżeniem kwalifikacji dla pracowników nowej inspekcji. Naczelna Rada Lekarska podkreśla, że prawo dotyczące bezpieczeństwa żywności powinno być stanowione z uwzględnieniem głosu samorządu lekarsko-weterynaryjnego, a krytyczne stanowisko tego samorządu wobec projektowanej regulacji powinno stanowić przyczynek do podjęcia rzeczowej dyskusji ze środowiskiem lekarzy weterynarii.

SEKRETARZ

Marek Jodłowski

PREZES

Maciej Hamankiewicz

**STANOWISKO NR 19/16/VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ**

z dnia 4 listopada 2016 r.

w sprawie stworzenia w polskim prawie instytucji pełnomocnika medycznego

Mając na uwadze, że:

- jedną z najważniejszych zasad obowiązujących we współczesnej medycynie jest zasada poszanowania autonomii pacjenta, czyli respektowania woli pacjenta co do wyrażenia zgody bądź sprzeciwu wobec proponowanych działań diagnostycznych, profilaktycznych i leczniczych,
- w pewnych sytuacjach pacjent, mimo że formalnie posiada pełną zdolność do czynności prawnych, pozbawiony jest możliwości wyrażenia świadomej zgody na wykonanie świadczenia zdrowotnego,
- nie każda osoba, która pozbawiona została zdolności do podjęcia świadomej zgody na leczenie, ma ustanowionego przedstawiciela ustawowego czy opiekuna prawnego
- w pewnych sytuacjach pacjent rezygnuje z prawa do bycia poinformowanym o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu, co uniemożliwia mu wyrażenie uświadomionej zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego,
- polskie prawo nie reguluje obecnie w sposób szczegółowy zasad ustanawiania przez pacjenta osób mogących podjąć w jego imieniu decyzję co do leczenia w razie gdyby pacjent znalazł się w stanie wyłączającym samodzielne podjęcie decyzji w sprawie skorzystania ze świadczeń zdrowotnych,
- obecnie obowiązujące przepisy, które upoważniają sąd opiekuńczy do podjęcia decyzji o zezwoleniu na udzielenie świadczenia zdrowotnego pacjentowi niezdolnemu do wyrażenia świadomej zgody, w pewnych sytuacjach okazują się niewystarczające, np. nie zawsze jest możliwe uzyskanie zezwolenia sądu w odpowiednio krótkim terminie, można im również zarzucić, że nie zawsze realizują rzeczywistą wolę pacjenta,
- Sąd Najwyższy w uchwale z dnia 13 maja 2015 r., sygn. akt III CZP 19/15 dopuścił możliwość udzielenia pełnomocnictwa do wyrażenia zgody na leczenie

Naczelna Rada Lekarska opowiada się za wprowadzeniem do polskiego systemu prawnego wyraźnych rozwiązań ustawowych, które zezwalałyby pacjentowi na wskazanie osoby (pełnomocnika), która – przy respektowaniu wcześniej wyrażonych oczekiwań pacjenta – byłaby uprawniona do wyrażenia w jego imieniu zgody na leczenie w razie niemożności udzielenia przez pacjenta świadomej zgody na leczenie. Naczelna Rada Lekarska popiera tym samym inicjatywę Polskiej Grupy Roboczej ds. Problemów Etycznych Końca Życia w sprawie stworzenia w polskim prawie instytucji pełnomocnika medycznego i uznaje, że rozwiązania przyjęte w propozycji Polskiej Grupy Roboczej powinno stanowić punkt wyjścia do założeń przyszłej regulacji prawnej.

W ocenie Rady potrzebne jest jak najszybsze opracowanie takich rozwiązań prawnych, które pozwolą pacjentowi realizować jego autonomię decyzyjną, a dla lekarza

będą stanowić jasne, precyzyjnie określone reguły postępowania w sytuacji, w której to nie pacjent, lecz upoważniona przez niego osoba udziela zgody na leczenie.

Potrzeba podejmowania z rozeznaniem decyzji dotyczących zdrowia jest niezbędnym wymogiem współczesnej medycyny. Istnieje pewna grupa pacjentów, którzy posiadają pełną zdolność do czynności prawnych, a mimo to nie są w stanie wyrazić uświadomionej zgody na leczenie. Są to np. pełnoletnie, nieubezwłasnowolnione osoby, które na skutek postępów choroby, zażywanych leków, czy stanu nieprzytomności utraciły zdolność do wyrażenia zgody na leczenie. Są również i tacy pacjenci, którzy świadomie rezygnują z uzyskania informacji o swoim stanie zdrowia, co także uniemożliwia im podjęcie w pełni skutecznej prawnej decyzji o wyrażeniu zgody na leczenie. Realizacja opieki zdrowotnej nad osobami, które utraciły zdolność do świadomego wyrażenia zgody wiąże się z potrzebą uzyskiwania zezwoleń na wiele procedur medycznych, które powinny być wykonane jedynie w wąskim przedziale czasu, a zgoda sądu opiekuńczego nie zawsze jest możliwa do uzyskania w odpowiednio krótkim terminie.

W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej instytucja pełnomocnika medycznego, wyznaczanego przez pacjenta i cieszącego się jego pełnym zaufaniem, pozwoli na realizację w tych opisanych powyżej warunkach zasady poszanowania autonomii woli pacjenta co do udzielenia bądź odmowy udzielenia zgody na leczenie, a jednocześnie zapewni możliwość uzyskania we właściwym terminie zgody na podjęcie przez lekarza działań medycznych. Stanowisko to wynika z przekonania, że pacjent jest tym podmiotem, który najlepiej wie, kto będzie właściwie reprezentował jego stanowisko w sprawach dotyczących opieki zdrowotnej. Naczelna Rada Lekarska opowiada się za przyznaniem każdemu człowiekowi uprawnienia do wyznaczenia osoby, która będzie reprezentowała jego interesy w sytuacji, kiedy nie będzie zdolny podejmować z rozeznaniem decyzji dotyczących swojego zdrowia. Swobodną decyzją pacjenta będzie oczywiście to, czy z uprawnienia do wyznaczenia pełnomocnika zechce skorzystać.

Z tych powodów Naczelna Rada Lekarska popiera inicjatywę wprowadzenia do polskiego ustawodawstwa regulacji dotyczących powoływania pełnomocników medycznych.

SEKRETARZ

Marek Jodłowski

PREZES

Maciej Hamankiewicz

**APEL 6/16/VII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ**

z dnia 4 listopada 2016 r.

**do lekarzy i lekarzy dentyistów o podejmowanie działań
proszczeniowych**

Mając na względzie bezpieczeństwo pacjentów i ich ochronę przed groźnymi chorobami wirusowymi i bakteryjnymi, które mogą prowadzić do skomplikowanego leczenia i w niektórych przypadkach zagrażać nie tylko zdrowiu chorych, ale i ich życiu, Naczelna Rada Lekarska apeluje do lekarzy i lekarzy dentyistów o podejmowanie i propagowanie działań proszczeniowych, a w szczególności o:

- poddawanie siebie i swoich bliskich szczepieniom ochronnym, pamiętając, że osoby wykonujące zawody medyczne w przypadku zachorowania stanowią źródło zakażenia wielu osób
- realizowanie obowiązkowych szczepień ochronnych dzieci i młodzieży, a także osób narażonych w sposób szczególny na zakażenie oraz szczepień pokolepcyjnych zgodnie z Programem Szczepień Ochronnych ogłaszany corocznie w komunikacie Głównego Inspektora Sanitarnego i publikowanym w Dzienniku Urzędowym Ministra Zdrowia
- propagowanie szczepień zalecanych i stosowanie się do zawartych w Programie Szczepień Ochronnych wytycznych dotyczących tych szczepień
- informowanie o wskazaniach do szczepienia w szczególności: rodziców dzieci i młodzieży, kobiet w wieku rozrodczym, osób, które ze względu na choroby podstawowe są szczególnie narażone na zakażenie i powikłania po zachorowaniu na chorobę zakaźną, osób starszych, osób podróżujących poza granice kraju.

SEKRETARZ

Marek Jodłowski

PREZES

Maciej Hamankiewicz

Chirurgia po gnieźnieńsku

Od września jedyny w Gnieźnie szpitalny oddział chirurgiczny ma nową kadrę lekarską. Huczy o tym niemal całe miasto. Dlaczego dokonała się tak radykalna zmiana? Ilu zaangażowanych w konflikt, tyle opinii.

W Oddziale Chirurgii Ogólnej i Małoinwazyjnej, Poradni Chirurgicznej oraz Pracowni Endoskopii szpitala w Gnieźnie jeszcze do jesieni tego roku pracowali chirurdzy miejscowego szpitala, niektórzy z wieloletnim stażem w tej placówce. Od 1 września zdecydowana większość (poza dwiema osobami) zakończyła współpracę ze szpitalem. Zastąpiła ich kadra lekarska zatrudniona w prywatnym podmiocie leczniczym (pełna nazwa: Aleksander Sowier, Gabinet Lekarski, NZOZ, Gabinety Chirurgiczne SOWMED, SOW-WIND z siedzibą w Poznaniu), który wyłoniony został w konkursie ogłoszonym w czerwcu i rozstrzygniętym w lipcu tego roku. Lekarze, którzy musieli szukać nowej pracy, protestują i walczą o unieważnienie konkursu, jako przeprowadzonego niezgodnie z prawem. Dyrekcja szpitala odpiera zarzuty. Konflikt trwa, a w spór zaangażowano już m.in. NFZ, resort zdrowia, prokuraturę. Kto ma rację? Żeby się dowiedzieć, trzeba porozmawiać z obiema stronami konfliktu. Jedziemy więc do pierwszej stolicy Polski po prawdę.

Nie jest dobrze

Po kilku nieudanych telefonicznych próbach umówienia się ze Starostą Powiatu Gnieźnieńskiego, właścicielem szpitala, nie tracimy nadziei – od razu po przyjeździe do miasta jedziemy poprosić o spotkanie raz jeszcze, tym razem osobiście. Niestety, nie ma szans na rozmowę. Pani starosta Beata Tarczyńska nie znajduje dla nas czasu. Umawiamy się, że odpowiedzi na pytania otrzymamy mailem.

Dyrekcja szpitala ogłosiła konkurs 17 czerwca br. Dlaczego go zdecydowano się na taki krok? Najlepiej spytać u źródła. Idziemy na ulicę Św. Jana 9, do siedziby administracji gnieźnieńskiego ZOZ-u. Na miejscu czekają na nas dyrektor placówki Krzysztof Bestwina i Ewa Jachimczyk, zastępca dyrektora ds. lecznictwa tej placówki i przewodnicząca komisji konkursowej. Widać chęć rozmowy. Na biurku leży stos dokumentów dotyczących sprawy.

– To nie my chcieliśmy postępowania konkursowego, tylko nasi chirurdzy. Jeszcze w maju 2015 r., czyli ponad rok przed ogłoszeniem przez nas postępowania, skierowali pismo do dyrekcji, domagając się w nim wdrożenia kontraktu zadaniowego i podwyżek. Chcieli podniesie-

nia poborów do 20 proc, z kolei w poradni chirurgicznej wzrostu płac do 50 proc. kontraktu z NFZ. Odmówiłem, bo nie stać nas było na takie podwyżki. Szpital i tak jest zadłużony. W tych roszczeniach nie było przyzwoitości – tłumaczy dyrektor Bestwina. – Na tle innych lekarzy naszego szpitala zarabiali dobrze. Ja jako ordynator oddziału pediatrycznego zarabiam trzy razy mniej – dodaje Ewa Jachimczyk.

O podwyżkę w imieniu całego zespołu wnioskował chirurg Jacek Bembnista, który pracował w szpitalu w Gnieźnie od 1998 r. i jednocześnie pełnił funkcję ordynatora w męskiej części oddziału. – Tak, chcieliśmy wzrostu wynagrodzeń, bo jako chirurdzy mieliśmy niższe pensje niż lekarze tej samej specjalności w innych placówkach, a pracowaliśmy naprawdę uczciwie i dobrze, przeprowadzaliśmy trudne operacje. Także w naszym szpitalu były dysproporcje płacowe, np. ortopedzi w poradni mieli 45 proc. wartości kontraktu, my jedynie 35 proc. – opowiada doktor Bembnista, z którym również się spotykamy. – Baliśmy się, że może rozsypać nam się zespół. Wnioskowaliśmy głównie w imieniu młodych lekarzy, których pensje były naprawdę niskie i mogliby z tego powodu zacząć szukać lepiej płatnej pracy – dodaje doktor Ziemowit Kowalski, który pełnił funkcję kierującego oddziałem na oddziale chirurgii, tylko w części żeńskiej.

Do takiej organizacji pracy i zarządzania oddziałem zastrzeżenia ma dyrekcja. – Oddział od lat nie miał ordynatora, tylko dwóch zastępców, którzy dzielili między siebie obowiązki kierownicze. Byli niezdyscyplinowani, nie uczestniczyli w zebraniach ordynatorskich. Nie sprawozdawano o wykonanych świadczeniach na czas, zdarzało się, że chirurdzy odwoływali operacje planowe w ostatniej chwili, kiedy zespół anestezjologów czekał już na sali. Grozili zawieszeniem przyjęć planowych i przejściem w ostrydyżurowy tryb pracy. Pod koniec ubiegłorocznych wakacji Jacek Bembnista przestał przyjmować w poradni chirurgicznej, kilka miesięcy później chirurdzy ograniczali liczbę godzin pracy na oddziale. Mieliśmy podstawy obawiać się, że za chwilę zostaniemy bez lekarzy – wyliczają doktor Jachimczyk i dyrektor Bestwina.

Lekarze widzą sytuację inaczej. – Zrezygnowałem z pracy w poradni, bo nie widziałem szans na porozumienie ►

**Marta
Jakubiak**

**Lidia
Sulikowska**



Jacek Bembnista, Ziemowit Kowalski, Dariusz Igliński, Iwona Dragan, Jaromir Dziel, Grzegorz Gliniewicz

placowe z dyrektora. Nadal jednak pracowałem w oddziale i przeprowadzałem operacje. Na żadnym etapie negocjacji nie było zagrożenia dla płynności działania oddziału. Kontrakt był realizowany. Czasem zdarzały się opóźnienia w sprawozdawczości, ale nigdy nie mieliśmy sygnału z dyrektora, że z tego powodu NFZ opóźniał rozliczenie świadczeń. Kiedy pracowaliśmy, wszystko wydawało się być dobrze, zarzuty do naszej pracy pojawiły się dopiero, gdy ogłoszono konkurs, którego wymaganiami nie byliśmy w stanie sprostać. Zaprotestowaliśmy przeciwko takim rozstrzygnięciom – mówi doktor Bembnista.

– Panie doktorze, dlaczego nie chodził pan na odprawy ordynatorów? – pytamy doktora Kowalskiego. – Bo byłem na sali operacyjnej lub zajmowałem się chorymi na oddziale. Uczestniczenie w tych spotkaniach to była strata czasu – odpowiada.

Konkurs

Nie osiągnięto porozumienia. – W związku z tym uznaliśmy, że ogłosimy konkurs na kontrakt zadaniowy, jak życzyli sobie tego nasi chirurdzy, żeby oddział i poradnie w końcu funkcjonowały prawidłowo – wyjaśnia dyrektor Jachimczyk. A co na ten temat mówią chirurdzy? – Nie zależało nam na zmianie kontraktu z godzinowego na zadaniowy. Chcieliśmy, aby podniesiono nam pensje albo inaczej – wyrównano nasze procenty do poziomu wynagrodzenia innych lekarzy zatrudnionych w naszym szpitalu, by nasze pobory były zbliżone do wynagrodzeń chirurgów z innych szpitali w okolicy – odpowiada Jacek Bembnista. Szantażował pan dyrektora, że odejdzie? – Można być tylko bezsilnym wobec takich zarzutów. Nie odszedłem od łóżka pacjenta i nigdy nie miałem takiego zamiaru – wyjaśnia.

Kiedy ogłoszono konkurs, została złożona jedna oferta, druga wpłynęła po terminie, więc jej nie uwzględniono. Pracujący jeszcze wówczas zespół chirurgów nie wziął w nim udziału. Dlaczego? – Doktor Ziemowit Kowalski, który reprezentował chirurgów, poinformował nas, że nie zdążyli zarejestrować podmiotu prowadzącego działalność leczniczą, a przecież tylko taki podmiot mógł wystartować w konkursie, i że nie zgadzają się z niektórymi warunkami zamieszczonymi w SWKO, m.in. zobowiązaniem do wdrożenia procedur z zakresu zarządzania jakością w oddziale chirurgicznym czy systemem kar za niewłaściwą realizację umowy – wylicza dyrektor Bestwina.

Co mówią chirurdzy? – Nie przystąpiliśmy do konkursu, bo mieliśmy za mało czasu na założenie podmiotu leczniczego. Dlaczego dyrekcja nie chciała wstrzymać się z przeprowadzeniem konkursu, abyśmy dopięli kwestie

prawne? Przecież, jak twierdzi, specjalnie dla nas ogłosiła ten konkurs... To jest zakłamywanie faktów – ocenia Ziemowit Kowalski. Jakich faktów? – pytamy. – Powiem wprost: przewodnicząca komisji konkursowej, czyli pani dyrektor Jachimczyk, może być osobiście zaangażowana w sprawę zorganizowania i przeprowadzenia konkursu. Mam obawy przypuszczać, że nie jest bezstronna. Dziesięć lat temu domagaliśmy się usunięcia z pracy ówczesnego ordynatora chirurgii, prywatnie jej męża. To był człowiek, z którym nie dało się pracować. Sposób, w jaki nas i wielu pozostałych pracowników traktował, dalece przekraczał społecznie przyjęte normy. W końcu go zwolniono, ale jak się okazuje, sprawa ma ciąg dalszy, który możemy teraz obserwować – twierdzi doktor Kowalski. Tę kwestię w rozmowie z nami poruszyła także dyrektor Jachimczyk. – Mój mąż padł ofiarą zмовy, a teraz ci ludzie znowu kłamią – uważa.

Konkurs ofert wygrała firma SOWMED, która w ocenie komisji konkursowej spełniła wszystkie warunki formalne. Firma zaproponowała stawkę 25 proc. kontraktu z NFZ na oddział szpitalny. – To jeszcze więcej niż żądali wasi chirurdzy. Nie za drogo? – pytamy. – Nie wiemy, jaką cenę zaproponowałby chirurdzy, pierwotnie chcieli 20 proc., ale skoro nie złożyli oferty, to rozumiemy, że mogliby chcieć zdecydowanie więcej. Poza tym jest logiczne, że cena usługi zakładającej większą ilość świadczonych godzin za wyższą cenę musiała być wyższa. Nie tylko cena się liczy, ale również jakość. Dali nam dobre warunki, zgodzili się na przygotowanie oddziału na akredytację, zaofiarowali konkurencyjną cenę za obsługę poradni i zadeklarowali, że oddział będzie się bilansował – odpowiada dyrekcja. Zadeklarowali? A jakie będą kary, jeśli nie uda się zbilansować oddziału? – Nie zostało to jeszcze określone. Potrzebny będzie aneks do umowy – wyjaśniają.

Opinia

Chirurdzy uważają, że konkurs powinno się unieważnić. Podają kilka powodów. Po pierwsze, wedle obowiązujących norm prawnych, jeśli wpłynęła jedna oferta, to procedurę należy powtórzyć, chyba że komisja konkursowa stwierdzi, że nie ma możliwości, by w kolejnym konkursie pojawiła się jakaś inna oferta. A inna oferta pojawiła się, tylko wpłynęła po terminie. – To nonsens. Ta oferta wpłynęła w bardzo cienkiej kopercie, oferta SOWMED ważyła ponad trzy kilogramy. To była aplikacja chirurga w kopercie oznakowanej niezgodnie z SWKO. Poza tym już po rozstrzygnięciu postępowania nie mieliśmy żadnych sygnałów, aby ktoś był tym konkursem zainteresowany. Powtarzanie postępowania jest bezzasadne – uważa dyrektor Jachimczyk.

Chirurdzy mówią też, że NZOZ, który wygrał, nie spełnia wymagań konkursowych, bo we wpisie do publicznego Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą widnieje pod resortowym kodem identyfikacyjnym 1500 i 9450 oraz HC.1.3.3., co nie wystarcza, aby móc świadczyć usługi szpitalne stacjonarne i całodobowe jako podwykonawca szpitala w zakresie prowadzenia oddziału chirurgii. A nawet gdyby miał taki wpis, to i tak nie mógłby prowadzić oddziału, korzystając z pomieszczeń i sprzętu, który nie jest jego własnością, a tak jest właśnie w tym przypadku. Podpierają się w tym zakresie stanowiskiem wydanym przez Departament Organizacji Ochrony Zdrowia w Ministerstwie Zdrowia. – To tylko opinia. My mamy własną opinię prawną w tej sprawie. Szpitale w całej Polsce zatrudniają NZOZ-y, które nie mają takich wpisów w rejestrze i które prowadzą oddziały za pomocą swoich lekarzy, bazując na wyposażeniu placówki, z którą podpisały umowę. Raport NIK z 2015 r. traktuje o usługach zewnętrznych, z których korzystają szpitale i też nie dopatrył się w tej kwestii nieprawidłowości. Nie łamiemy prawa. Poza tym podmiot świadczy tylko i wyłącznie obsługę lekarską, natomiast nie prowadzi oddziału – mówi dyrektor Bestwina.

Postanowiliśmy zapytać o opinię Ministerstwo Zdrowia, a także NFZ jako płatnika czuwającego nad właściwą realizacją kontraktów, czy NZOZ wpisany do publicznego Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą pod resortowym kodem identyfikacyjnym 1500 i 9450 oraz HC.1.3.3. może świadczyć usługi szpitalne stacjonarne i całodobowe jako podwykonawca szpitala w zakresie prowadzenia oddziału chirurgii w tym szpitalu. – Podmiot leczniczy wpisany do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pod ww. kodami może wykonywać wyłącznie ambulatoryjną działalność leczniczą. Nie może natomiast udzielać stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych, w tym szpitalnych – odpowiada Milena Kruszevska, rzecznik prasowy Ministra Zdrowia. – Każdemu przedsiębiorstwu podmiotu leczniczego nadaje się tylko jeden kod. Podmiot leczniczy realizujący świadczenia w rodzaju 3 – ambulatoryjne świadczenia zdrowotne, nie może świadczyć usług w rodzaju 1 – stacjonarne i całodobowe świadczenia szpitalne, jako podwykonawca szpitala w zakresie prowadzenia oddziału chirurgii – wyjaśnia Beata Pieniążek-Osińska z biura prasowego Centrali NFZ. Wygląda więc na to, że szpital nie miał prawa dopuścić do świadczenia usług na terenie oddziału chirurgii NZOZ-u. Jak twierdzi dyrektor Jachimczyk, tak realizowane są umowy w całej Polsce, również w ZOZ Gnieźno funkcjonują od wielu lat z innymi podmiotami na tych samych zasadach, z kodem nr 3.

Czy to oznacza, że nagminnie łamane jest prawo? Dlaczego nikt nie reaguje?

Głos powiatu

Chirurdzy poprosili władze powiatu gnieźnieńskiego o interwencję. Dwukrotnie obradowała w tej sprawie rada powiatu, dodatkowo odbyła się też rada społeczna. Zlecono przeprowadzenie audytu i zaapelowano do dyrekcji szpitala o dialog. – Uważam, że przetarg powinien być unieważniony, ale to leży w gestii dyrekcji szpitala. Niepokój budzi też wartość umowy podpisanej z nowym wykonawcą. 25 proc. wartości kontraktu z NFZ to dużo. To bardzo obciąża bu-

dżet szpitala, a co za tym idzie – powiatu. Komisja Rewizyjna ma zbadać, czy konkurs przeprowadzono prawidłowo. Zobaczymy, jaki będzie wynik, warto jednak nadmienić, że stanowisko rady powiatu w tej sprawie jest inne niż starosty. Nie ma jednomyślności, a o losach dyrekcji szpitala decyduje zarząd powiatu – wyjaśnia Dariusz Igliński, przewodniczący Rady Powiatu Gnieźnieńskiego.

Walka trwa

Nowa kadra pracuje od 1 września. Umowa została podpisana na trzy lata. Jak SOWMED wywiązuje się ze swoich obowiązków? – Nie mieliśmy żadnej skargi pacjentów. Jesteśmy zadowoleni. Kontrakt na świadczenia w oddziale chirurgicznym jest w pełni wykonywany, tylko z poradnią chirurgiczną jest problem. Nie ma kolejek, bo po tej fali hejtu, jaka się po nas przetoczyła, jest mniejsza zgłaszalność. Trzeba odzyskać dobre imię – mówi dyrektor Jachimczyk. Z kolei Iwona Dragan, anestezjolog ZOZ-u w Gnieźnie, z nostalgią wspomina poprzednią ekipę chirurgów. – Dobrze mi się z nimi współpracowało. To są ambitni, bardzo utalentowani ludzie. Ziemowit Kowalski i Jacek Bembnista operowali trudne przypadki, hemikolektomie, rozległe przepukliny, pęknięte śledziony, operacje trzustki, tętniaki. Mieli zgrany zespół młodszych lekarzy. To nie była typowa chirurgia powiatowa – wspomina i dodaje, że obecny zespół to mili i chętni do współpracy lekarze, ale brakuje im umiejętności poprzedników.

– Gnieźno jest naszym sercem i życiem. Chcemy, żeby było tu dobrze. Chirurdzy, którzy pracowali w naszym szpitalu, byli ludźmi związanymi z tym miastem od dziecka. Pracuję tu prawie 40 lat i kiedy pojawia się jakiś problem, ktoś potrzebuje wsparcia, przyjeżdżam na oddział o każdej porze dnia i nocy. Teraz na oddziale chirurgii dyżuruje rezydent, a starszy lekarz jest w Poznaniu. Może nie zdążyć dojechać na czas... – zauważa doktor Grzegorz Gliniewicz, ordynator oddziału ginekologiczno-położniczego. – Tu doświadczony chirurg mieszkał pięć minut od szpitala. Kiedy przywieźli kogoś z wypadku, wsparcie na izbie mieliśmy niemal natychmiast – dodaje doktor Dragan. – W tej sprawie potrzebna jest obiektywna kontrola. Organ założycielski, czyli starostwo, broni stanowiska dyrekcji szpitala. Lekarze bronią swoich racji. Musimy więc poczekać na opinie w tej sprawie Wojewody Wielkopolskiego, NIK-u, NFZ i prokuratury – podsumowuje doktor Jaromir Dziel, ordynator Oddziału Intensywnej Terapii.

Chirurdzy znaleźli pracę w innych placówkach, jednak nie poddają się. W połowie listopada wysłali prośbę o interwencję do Ministra Zdrowia, Prokuratora Okręgowego w Poznaniu, Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, Departamentu Kontroli Centrali NFZ, Wielkopolskiego Urzędu Wojewódzkiego. – Walczymy przeciwko bezprawiu i temu, jak nas potraktowano. Pracowaliśmy uczciwie przez lata, a w nagrodę wyrzuca się nas i opluwa nasze dobre imię. Zbudowaliśmy w Gnieźnie dobrą jakość chirurgię, teraz to wszystko zniszczono. Pracują tu przypadkowi lekarze, a pośrednik bierze za to pieniądze. Chcielibyśmy wrócić – deklaruje Ziemowit Kowalski.

Dyrekcja obstaje przy swoim. – Nie łamiemy prawa. Jeśli ktoś w tym kraju twierdzi inaczej, pójdziemy do sądu. Dla mnie ten temat jest zamknięty. Szpitalem nie będzie rządziła wybrana grupa lekarzy – kończy dyrektor Bestwina. ■



Ewa Jachimczyk



Krzysztof Bestwina

Mariusz
Tomczak

Komisarz UE w Polsce

Unijny komisarz wytyka słabość w zwalczaniu agresywności sił rynku i chce wprowadzania kolejnych regulacji. Uzasadnia to troską o nasze zdrowie. Planuje też przyjrzeć się polityce lekowej.

Wśród fundamentalnych zasad strategii Unii Europejskiej w obszarze polityki zdrowotnej leży m.in. przeświadczenie o istnieniu wspólnych wartości oraz uznanie zdrowia jako największego dobra. Strategia ta ma trzy główne cele. Po pierwsze, promowanie zdrowia wśród starzejącego się społeczeństwa (w całej UE odsetek ludności powyżej 65. roku życia wzrósł z mniej niż 10 proc. w 1960 r. do prawie 20 proc. w 2015 r., a do 2060 r. ma zwiększyć się do niemal 30 proc.). Po drugie, ochronę przed zagrożeniami (nowe wyzwania wymagają szybkiej i skoordynowanej reakcji, dlatego ustanowiono ogólruropejską sieć szybkiego reagowania). Wreszcie po trzecie, wspieranie dynamicznych systemów opieki zdrowotnej (znajdujących się obecnie pod presją z powodu wyzwań epidemiologicznych i gospodarczych) i nowych technologii (mogących przyczynić się do poprawy efektywności i stabilności systemów opieki). Do tego wszystkiego, choć w dość ogólny sposób, nawiązywał podczas niedawnej wizyty w Warszawie Vytenis Andriukaitis, od 2014 r. pełniący funkcję Komisarza ds. Zdrowia i Bezpieczeństwa Żywności. To pierwszy lekarz w historii, który objął to stanowisko. W swoim kraju jest bardzo znanym politykiem: zasiadał w Radzie Najwyższej Litewskiej Socjalistycznej Republiki Radzieckiej (pod sam koniec jej istnienia), po odzyskaniu przez Litwę niepodległości kilkakrotnie sprawował mandat poselski, dwa razy bezskutecznie ubiegał się o fotel głowy państwa z ramienia Litewskiej Partii Socjaldemokratycznej. Andriukaitis mówi o sobie, że jest komisarzem odpowiedzialnym za zdrowie, a nie za choroby. – Zdrowie to bardzo istotny element naszej gospodarki. Jeśli będziemy zdrowsi, to staniemy się także bogatsi – tłumaczył. Komisja Europejska uważa, że dobry stan zdrowia stanowi nie tylko wartość samą w sobie, ale również warunek konieczny dla zapewnienia dobrobytu gospodarczego. Efektywna alokacja środków na ochronę zdrowia może pobudzać wzrost gospodarczy, dlatego Bruksela namawia do inwestowania w ten sposób w przyszłość Starego Kontynentu (m.in. za pośrednictwem programów promujących zdrowie).

Refundacja, badania naukowe, innowacje

Dynamicznemu rozwojowi sektora opieki zdrowotnej UE sprzyja m.in. wysoki poziom innowacji, obecność wykwalifikowanej siły roboczej, a także istnienie silnego rynku produktów farmaceutycznych i wyrobów medycznych. Jak przypominał Andriukaitis, UE przeznacza 1,9 mld euro na badania nad nowymi terapiami (m.in. z wykorzystaniem komórek macierzystych). Mówiąc o zdrowiu unijnym, komisarz nie zapomina o ekonomii, a ściślej rzecz ujmując – o konieczności zapewnienia wzrostu gospodarczego. Prężny rozwój badań naukowych jest istotny nie tylko z punktu widzenia zdrowia i życia pa-

cientów, ale również m.in. z uwagi na ryzyko potencjalnej ucieczki najzdolniejszych badaczy z Europy i utraty innowacyjności na rzecz Stanów Zjednoczonych. W ocenie Andriukaitisa leki, np. te stosowane w leczeniu chorób rzadkich, obecnie są bardzo drogie. – Powinniśmy tworzyć wspólne grupy zakupowe, aby uzyskać ceny na akceptowalnym poziomie – apelował komisarz. Z jednej strony dzięki wspólnym zakupom istnieje szansa uzyskania pewnych oszczędności (w myśl zasady: kupując więcej, zapłacisz taniej), z drugiej – nie należy zapominać, że ustalenie zamówienia może nastręczać problemów, m.in. z uwagi na nie zawsze łatwe do przewidzenia zużycie zamówionych leków w czasie realizacji umowy. Komisarz poinformował, iż Komisja Europejska opracowuje raport dotyczący polityki lekowej stosowanej przez wszystkie kraje członkowskie UE. Dokument ma ułatwić poszukiwanie najlepszych rozwiązań i zacieśnienie współpracy między państwami oraz pomóc w odpowiedzi na pytanie, dlaczego te same leki w jednym kraju kosztują więcej, a gdzie indziej znacznie mniej (to, wbrew pozorom, nie wydaje się takie oczywiste). – Musimy zachować równowagę między lekami generycznymi, które są tańsze, i kosztownymi lekami innowacyjnymi – podkreślił Andriukaitis. W jego ocenie refundacja innowacyjnych leków wydaje się koniecznością, bo bez niej dostęp pacjentów do nowoczesnych terapii zostałby ograniczony. Niemniej jednak, jak przyznał, zasady refundacji muszą być transparentne.

Dyrektywa transgraniczna, choroby rzadkie

– Nie ma idealnego systemu ochrony zdrowia – zauważył Andriukaitis. W tych słowach zdaje się pobrzmiwać echo tezy zawartej w jednej z unijnych strategii, że „Europa potrzebuje inteligentnych inwestycji w dziedzinie zdrowia, takich jak: bardziej przemyślane, a niekoniecznie większe nakłady na zrównoważone systemy opieki zdrowotnej”*. Ciągłe dokładanie dukatów do wspólnego koszyka wcale nie musi oznaczać bardziej skutecznego leczenia i to Andriukaitis zdaje się doskonale rozumieć. Pieniądze są ważne, ale nie najważniejsze, dlatego przy każdej możliwej okazji powtarza, że zdrowie publiczne to nie medycyna naprawcza, lecz promocja, profilaktyka i ochrona. Pytany o ocenę dyrektywy o prawach pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej i zjawiska tzw. turystyki medycznej, przypominał o tworzeniu europejskich sieci referencyjnych stanowiących przejaw medycyny ukierunkowanej na pacjenta. U podstaw filozofii ich działania tkwi założenie, że systemy opieki zdrowotnej każdego z 28 krajów członkowskich UE nie są w stanie zapewnić optymalnego poziomu opieki pacjentom zmagającym się z chorobami rzadkimi lub innymi schorzeniami, które niejednokrotnie są niezwykle skomplikowanymi przypadkami klinicznymi. Celem europejskich

sieci referencyjnych, poprzez m.in. ułatwienie wymiany wiedzy i doświadczeń między specjalistami a ośrodkami w różnych krajach, jest poprawa dostępu pacjentów do diagnostyki i leczenia o możliwie jak najwyższej jakości i efektywności kosztowej. Czy ich istnienie zaowocuje wysypem innowacji w medycynie, okaże się dopiero w praktyce. Komisarz opowiedział się za tworzeniem zachęt dla terenów przygranicznych, które – w jego ocenie – mogłyby aktywnie wspierać turystykę medyczną. Jak podkreślił Andriukaitis, trwają prace nad wprowadzeniem rozwiązań mających ułatwić przesyłanie dokumentacji medycznej w formie elektronicznej między różnymi krajami. Medycyna powinna jeszcze mocniej wykorzystywać potencjał współczesnej teleinformatyki i, poza umożliwieniem wymiany danych, należałoby doprowadzić do stworzenia możliwości transgranicznej realizacji e-recept i konsultacji z pacjentem online. Wtedy transgraniczna opieka medyczna działałaby lepiej, co sprzyjałoby wyrównywaniu poziomu usług medycznych w UE. O to będzie jednak niezwykle trudno, zważywszy chociażby na ogromne dysproporcje w wydatkach na ochronę zdrowia w różnych krajach: w przeliczeniu na jednego mieszkańca najczęściej na ten cel przeznaczają się w Luksemburgu (6023 euro rocznie), a najmniej w Rumunii (816 euro). Dla porównania: w Polsce sięgają one 1259 euro rocznie na jednego mieszkańca (mniej od nas na ten cel, poza Rumunami, przeznaczają Chorwaci, Bułgarzy i Łotysze).

Cukier, sól, tłuszcze trans

Zdaniem komisarza, świadomość wpływu podstawowych czynników ryzyka na zdrowie pozostawia wiele do życzenia. Podkreślał zagrożenia wynikające z palenia papierosów oraz nadmiernego spożywania cukru i soli. Cieszył się z powstania dyrektywy tytoniowej (wprowadziła obostrzenia m.in. w zakresie sprzedaży e-papierosów i ich akcesoriów), ubolewał nad narastaniem nadwagi i otyłości u najmłodszych. – Coraz więcej dzieci choruje na cukrzycę typu 2. W wielu wypadkach ta choroba wynika z naszego stylu życia. Spójrzmy na siebie, nasze rodziny, czy nie mamy sobie nic do zarzucenia? – pytał retorycznie. I zaapelował: – Patrzcie, co jecie. W związku z tym, że – jak sam to ujął – rynek nastawiony na zysk mnoży ryzyka związane z konsumpcją produktów negatywnie wpływających na nasze zdrowie, Andriukaitis chciałby odgórnie nałożyć mu kaganiec w postaci restrykcyjnych przepisów. Nie podoba mu się m.in. to, że ciastka i batoniki w supermarketach umieszczane są na poziomie wzroku dzieci, a w produktach jest za dużo złych składników. W tym miejscu warto przypomnieć, że – poza aspektem czysto smakowym – sól i cukier są dodawane do żywności w celu jej konserwacji (obniżając aktywność wodną produktu prowadzą do spowolnienia namnażania się mikroorganizmów i psucia się żywności). Andriukaitis ma świadomość, że próba wpłynięcia Brukseli na zmianę składu żywności wzbudza opór wielu sektorów gospodarki, bowiem zmiana proporcji zawartych w nich składników często oznacza skrócenie okresu ich trwałości. – To wzbudzi oczywiście sprzeciw producentów. Dzięki obecności cukru i soli produkty mogą leżeć na sklepowych półkach 2-3 tygodnie i są znacznie tańsze od tzw. zdrowej żywności – powiedział. ■

* Cytat za stroną Komisji Europejskiej: http://ec.europa.eu/health/strategy/policy/index_pl.htm.

Lucyna
Krysiak

Rozwój dziecka z MPD

Walka o sprawność dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym (MPD) toczy się od chwili ich narodzin. Wczesne wspomaganie rozwoju takich dzieci wymaga zaangażowania nie tylko neonatologów i pediatrów, ale lekarzy rehabilitacji, neurologów, ortopedów, fizjoterapeutów, logopedów, psychologów.

O cenia się, że na mózgowe porażenie dziecięce cierpi 17 mln dzieci na świecie. Ile w Polsce? Nie wiadomo, ponieważ nie prowadzi się takich statystyk. Ale jest ich wiele, a w sytuacji, kiedy granica przeżywalności dzieci urodzonych za wcześnie wciąż się przesuwają, będzie ich jeszcze więcej. Eksperci specjalizujący się w wieloaspektowym wspomaganiu rozwoju dzieci w wieku od 0 do 3 lat uważają, że możliwości pomocy dzieciom dotkniętym MPD są znacznie większe niż jeszcze kilka lat temu, jednak działania te nie mogą być w pełni skoordynowane. Barierą są m.in. pieniądze. Przykładowo rehabilitacja dzieci w Polsce jest finansowana przez NFZ tak samo jak dorosłych, mimo że w przypadku tych pierwszych, z uwagi na prowadzenie terapii wielokierunkowej, koszty są wyższe. – Ten sposób kontraktowania rehabilitacji pediatrycznej jest poważnym ograniczeniem, często z powodu braku środków, wiele dzieci z MPD pozbawionych jest dostępu do najnowszych metod usprawniania – sygnalizuje dr Ilona Kwiecień-Czerwień, ordynator oddziału rehabilitacji i oddziału rehabilitacji neurologicznej dla dzieci w Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu. Rehabilitacja pediatryczna ma swoją specyfikę, co powinno być uwzględnione w kontraktach z NFZ. Ta specyfika jest związana z wprowadzeniem nowych procedur wymagających ścisłej współpracy osób zajmujących się dziecięcą rehabilitacją neurologiczną z logopedami, psychologami, terapeutami zajęciowymi, fizjoterapeutami i ortopedami. Tymczasem oddziałów, gdzie można prowadzić rehabilitację w ujęciu wieloaspektowym, jest w Polsce niewiele. To także problem.

Diagnoza ICF-CY

Kluczem do podjęcia kompleksowych i skoordynowanych oddziaływań rehabilitacyjnych u dzieci z MPD jest wcześnie postawiona diagnoza. Wprowadzenie Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia dla Dzieci i Młodzieży (ICF-CY) zmieniło myślenie klinicystów na temat terapii pacjentów z MPD. Dotąd była ona ukierunkowana głównie na leczenie uszkodzeń struktur i funkcji organizmu. Proces diagnostyczno-terapeutyczny oparty o ICF-CY stwarza możliwość pokonania ograniczeń dotyczących aktywności dziecka z MPD oraz jego jak najpełniejszego uczestnictwa w życiu. Zastosowanie tej klasyfikacji w diagnostyce pozwoliło dokonywać oceny funkcjonalnej dzieci z MPD, uwzględniając ich aspekty rozwojowe. Doktor Małgorzata Szmurło z Maltańskiego Ośrodka Wczesnej Interwencji w Krakowie uważa, że z uwagi

na złożoność zaburzeń rozwojowych u dzieci z MPD istotne jest, aby proces diagnostyczno-terapeutyczny był oparty o doświadczenia interdyscyplinarnego zespołu specjalistów. – Podstawą do określenia obszarów dysfunkcyjnych wymagających rehabilitacji jest obserwacja spontanicznej aktywności dziecka, jego interakcji z rodzicami i środowiskiem oraz reakcji na konkretne bodźce stosowane w czasie badania – tłumaczy dr Szmurło. Dzięki temu diagnoza rozwojowa staje się bazą do stworzenia indywidualnego planu terapii będącego odpowiedzią na potrzeby dziecka i jego rodziny. Wysiłki terapeutyczne skupiają się więc na potencjale dziecka, a nie jego ograniczeniach.

Oparcie w rodzinie

Ważnym ogniwem procesu terapeutycznego dziecka z porażeniem mózgowym jest rodzina i środowisko, w którym dziecko niepełnosprawne się wychowuje. Aleksandra Wnuk, psycholog i dyrektor Niepublicznej Poradni Wczesnego Wspomaganie Rozwoju „Lolek” w Lublinie, zaznacza, że wczesne wspomaganie w ujęciu edukacyjnym to nowa dziedzina, która dopiero się kształtuje, ale stwarza ogromne możliwości. – Oparcie w rodzinie i wykorzystanie zasobów środowiska to najsilniejsze mechanizmy wydobywające taką rodzinę z poczucia bezradności i braku perspektyw – przekonuje. Zastrzega jednocześnie, że jest to wielkie wyzwanie dla placówek edukacyjnych, w których z jednej strony dzieci powinny otrzymywać wszechstronną i specjalistyczną pomoc, z drugiej – móc uczestniczyć w rozwijających je zabawach z rówieśnikami. W obecnych realiach spełnienie tych warunków jest często niemożliwe. Dr Małgorzata Domagalska-Szopa, kierownik Zakładu Rehabilitacji Leczniczej SUM w Katowicach, także podkreśla znaczenie zaangażowania rodziców i środowiska w proces terapeutyczny, a jednocześnie przypomina, że o efektach usprawniania dziecka z MPD decyduje wiele czynników (wczesne rozpoczęcie terapii, dobór środków terapeutycznych dostosowanych do wyników oceny klinicznej, wysoka jakość terapii, którą może zagwarantować wszechstronnie wykształcony fizjoterapeuta oraz specjalista w zakresie metod terapii neurorozwojowej). Niezbędna jest więc rzetelna ocena i wnikliwa analiza wszystkich objawów, a także uszeregowanie ich w łańcuchu przyczynowo-skutkowym, co pozwoli stworzyć racjonalny, indywidualny program terapii, którego celem jest maksymalne złagodzenie skutków uszkodzenia mózgu dziecka w każdym wymiarze.

W dniach 4-5 listopada w Łodzi odbyła się Międzynarodowa Konferencja Naukowa poświęcona wieloaspektowemu wspomaganie rozwoju dzieci z MPD w wieku od 0 do 3 lat, której organizatorem była Fundacja „Kolorowy Świat”, a patronem medialnym – „Gazeta Lekarska”. Więcej na www.gazetalekarska.pl.

Ortezy tylko z obuwie

Z **Elaine Owen**, specjalistą fizjoterapii z Wielkiej Brytanii, twórcą nowatorskiego segmentalno-kinematycznego podejścia do zaopatrzenia ortopedycznego dzieci z MPD, rozmawia **Lucyna Krysiak**.

Co niezwykle jest w projektowaniu ortez i obuwia ortotycznego dla dzieci z dziecięcym porażeniem mózgowym?

Dzieci z MPD mają złożone objawy kliniczne i często współistnieją z nimi problemy ortopedyczne. Brak właściwego ich rozpoznania i odpowiedniego zaopatrzenia w ortezę oraz obuwie ortotyczne potrafi zniweczyć wysiłki fizjoterapeutów, a nawet pogorszyć stan zdrowia rehabilitowanych. Powinny być one konstruowane w oparciu o dogłębną analizę chodu. Zaznaczam, że mówimy tu o wczesnej interwencji przy użyciu ortez stawu skokowego i obuwia ortotycznego, sprawa dotyczy bowiem bardzo małych dzieci w wieku od 0 do 3 lat. Od właściwie dopasowanego zaopatrzenia ortopedycznego zależy więc ich dalszy rozwój i sprawność w przyszłości.

Na czym oparte jest to nowe podejście?

Ortezy i obuwie ortotyczne stosuje się w rehabilitacji od lat, ale obecnie są nowe, niezwykle plastyczne materiały, np. polipropylen, co stwarza możliwość bardziej precyzyjnego dopasowania ich do stopnia i rodzaju uszkodzenia narządu ruchu. Nowe, całościowe podejście do projektowania ortez i obuwia ortotycznego bazuje na obserwacji i analizie pozycji stojącej, chodu kołyszącego, kroczenia i rozwoju chodzenia przy zachowaniu jego pełnych cykli. Kluczowe znaczenie mają proporcje poszczególnych segmentów, ustawienia, ocena sztywności kończyn w chodzie. Dopiero na tej podstawie można projektować właściwą ortezę i obuwie ortotyczne, by mogły one wspomagać rozwój tych aktywności. Jednym słowem, orteza musi pasować nie tylko do rodzaju niepełnosprawności, ale do butów i stanowić z nimi komplet. Jedno bez drugiego nie zadziała.

Wielu ortopedów kieruje się stereotypowym myśleniem o zaopatrzeniu ortopedycznym dzieci z MPD.

Należy to zmienić. Dzięki możliwościom nagrywania chodu, odtwarzania w zwolnionym tempie i analizowania procesu chodzenia odkryto, że w fazie przenoszenia ciężaru ciała z jednej nogi na drugą niższa noga nie jest pionowa, a kolano nie jest maksymalnie wyprostowane, jak to pierwotnie zakładano (na tej podstawie zlecano zaopatrzenie ortopedyczne), ale znajduje się nad środkiem stopy i noga niższa w tej fazie chodu jest zgięta pod kątem od 10 do 12 stopni. To diametralnie zmienia podejście do projektowania ortez i obuwia. Kiedyś ortezę stawu skokowego ustawiano pionowo, aby kończyna była wyprostowana, a kolano maksymalnie rozciągnięte. Obecnie uwzględnia się to zgięcie. Ta faza nazywana jest chwilową fazą podparcia. Jest ona bardzo krótka, szybko przechodzi w fazę piętową, trudno więc ją było uchwycić i ocenić, jak poruszają się w trakcie chodu poszczególne segmenty –



podudzie i udo. Dopiero ta wiedza pozwoliła dostrzec, że w tej fazie stopa jest oparta na podłożu, a podudzie jest ustawione do niej pod kątem.

Czy projektowanie ortez zgodnie z tą zasadą może nastręczać trudności?

Są algorytmy projektowania ortez ułatwiające ich konstruowanie oraz profilowanie obuwia dla dzieci z MPD. Wiele z nich ma skrócone mięśnie brzuchate łydki. W tym wypadku stopa musi znajdować się w zgięciu podszwowych, inaczej dziecko nie może wyprostować kolana podczas chodzenia. Właściwy algorytm określa, jaki ma być kąt tego zgięcia. To burzy ugruntowaną w świecie opinię, że przy projektowaniu ortez należy zachować kąt prosty pomiędzy podudziem a stopą. W nowym podejściu uwzględnia się kąt nachylenia goleni względem stopy, kąt zgięcia w obrębie stawu skokowego i nachylenia podudzia względem płaszczyzny wertykalnej. Wtedy można dopiero ocenić, czy to jest zgięcie grzbietowe czy podszwowe. Algorytm stosuje się także w odniesieniu do oceny układu stopy. Na jego podstawie można określić, jaki kąt zgięcia stawu skokowego będzie zastosowany w ortezie. Kąt nachylenia podudzia względem płaszczyzny pionowej wyznacza się po założeniu dziecku obuwia i ortez. Dopiero wtedy, analizując jego chód, dobiera się odpowiednie dla niego ustawienie.

Od jakiego momentu można im zlecać ortezę stawu skokowego i obuwie ortotyczne?

Jak najwcześniej. Jeśli tylko diagnoza potwierdzi, że jest to dziecko z MPD, zaopatruje się je ortopedycznie, zanim zacznie chodzić. Wówczas zapobiega się bolesnym przykurczom oraz interwencjom chirurgicznym. ■

Nie przenośmy katastrofy do szpitala

(cz. 1)

Lidia
Sulikowska

Wypadek kolejowy pod Szczekocinami, zderzenie tira z autokarem pełnym pielgrzymów, zawalenie się hali targowej w Katowicach – to tylko niektóre przykłady zdarzeń, w których było wielu zabitych i rannych. Czy służby medyczne są przygotowane na takie tragedie?

3 marca 2012 r., Chałupki w pobliżu Szczekocin. Przed 21.00 dochodzi do zderzenia dwóch pociągów osobowych. Ginie 16 osób, 57 jest rannych. 18 września 2009 r. w kopalni „Wujek”-„Ruch Śląsk” w Rudzie Śląskiej na głębokości 1050 m wybuch metanu, pojawia się pożar. 12 górników ginie na miejscu, kolejnych ośmiu w szpitalach, 36 osób zostaje rannych. 30 września 2005 r., na drodze z Białegostoku do Warszawy, autokar pełen licealistów jadących na pielgrzymkę do Częstochowy zderzył się czołowo z jadącą z naprzeciwka ciężarówką. Autokar spłonął jeszcze przed przybyciem straży pożarnej. Zginęło 13 osób, 40 zostało rannych.

Robić, co trzeba

Przy wypadkach masowych nic nie jest oczywiste. Panuje kompletny chaos, ktoś biegnie, inny krzyczy, kolejny płacze... Może być wiele zaskoczeń. Od skrajnie trudnych warunków atmosferycznych po skażenie terenu czy problem z dotarciem do rannych. Pewne jest zaś jedno: liczba poszkodowanych w kodzie segregacyjnym „czerwonym” przerasta możliwości służb ratowniczych przybyłych na miejsce zdarzenia. Nie da się wykonać czynności ratunkowych zgodnie z procedurami ratownictwa medycznego wobec wszystkich, którzy pilnie potrzebują pomocy.

Jak ratować w takiej sytuacji? Kluczowe jest zachowanie pierwszego zespołu ratownictwa medycznego (ZRM), który dotrze na miejsce katastrofy. Musi właściwie rozpoznać skalę tragedii, a więc szybko ocenić, czy to zdarzenie masowe. Jeśli tak, trzeba o tym zawiadomić Centrum Powiadamiania Ratunkowego i zacząć realizować odpowiednią procedurę. – Podczas wypadku masowego sytuacja prawna i sposób działania lekarzy oraz ratowników są szczególne, mogą i muszą realizować określone kompromisy medyczne i ratunkowe podporządkowane nadrzędnej zasadzie: nie angażować się w pomoc każdemu rannemu, tylko uratować jak najwięcej osób. Nie idziemy do pierwszego „czerwonego” i nie jedziemy z nim do szpitala. Pierwszy zespół pozostaje na miejscu katastrofy, a jego kierownik zostaje kierującym akcją medyczną (KAM). Nie musi pełnić tej funkcji do samego końca akcji ratowniczej. Może go zmienić dyspozytor, wskazując kogoś bardziej doświadczonego – wyjaśnia Ewa Szymczuk, specja-

lista medycyny ratunkowej, ordynator SOR-u Szpitala Wolskiego w Warszawie.

(Nie)gotowi

Doktor Szymczuk brała udział w kilku wypadkach masowych, w tym koordynowała akcję w 2005 r. po wypadku maturzystów, którzy jechali na pielgrzymkę do Częstochowy. – Wjeżdżając na miejsce, widziałam płonący autokar, mnóstwo gapiów wymieszanych z rannymi, ofiary śmiertelne. Zdarzenie na granicy trzech powiatów, żadnej łączności skoordynowanej. Ja byłam czwartym zespołem, który tam pojawił się, i pierwszym, który wdrożył procedurę zdarzenia masowego. Zespoły, które przybyły wcześniej, przejmowały pierwszego z brzegu pacjenta i odjeżdżały z nim do szpitala – wspomina. To najczęściej popełniany błąd. To było jednak 11 lat temu.

Czy teraz jesteśmy przygotowani? – Jako praktyk stwierdzam, że niekoniecznie. 4 maja 2014 r. był karambol na drodze krajowej S8. 3 osoby nie żyją, 25 rannych. Chaos trwał do momentu pojawienia trzeciego ZRM, który wdrożył procedury zdarzenia masowego. Pierwsza karetka zabrała pierwszego pacjenta i odjechała do szpitala, resztę pozostawiając bez pomocy. Dyspozytor niczego nie koordynował. W tym samym roku, podczas wypadku drogowego w podwarszawskim Ossowie, mieliśmy tę samą sytuację – wylicza Paweł Wiktorzak, ratownik medyczny Wojskowego Instytutu Medycznego, uczestnik kilku zdarzeń masowych.

– Przesondowałam zespoły karetek, które wożą pacjentów do SOR-u, w którym pracuję, czy wiedzą, że istnieje procedura postępowania w zdarzeniach masowych. Żaden z nich jej nie znał. Karta działań wydana na tę okoliczność przez Ministerstwo Zdrowia powinna być w każdej karetce – dodaje niezbyt optymistycznie Ewa Szymczuk.

Rola koordynatora

Wróćmy jednak na miejsce tragedii. Koordynator akcji medycznej stoi nieco z boku bezpośrednich działań medycznych. Musi między innymi ustalić zasady kontaktu z dyspozytorem kierującym zdarzeniem i współpracować z innymi służbami ratowniczymi, w tym przede wszystkim ze strażą pożarną, której przedstawiciel dowodzi akcją ratowniczą (KDR). To od niego dostaje zgodę, by wejść na teren katastrofy, z nim ustali, gdzie może lądować śmigłowiec i jaka jest optymalna droga

W następnym numerze o przygotowaniu SOR-u i całego szpitala na przyjęcie rannych w wypadku masowym.

dotarcia na miejsce wypadku, co będzie mógł przekazać dyspozytorowi. Wskaże też miejsce składowania zwłok. Gdy przybywają kolejne zespoły ratownictwa medycznego, KAM rozdziela im konkretne zadania.

Pomoc rannym zaczyna się od segregacji wstępnej. Ci, którzy mogą poruszać się, to „zieloni”. Ewakuują się we wskazane miejsce, do strefy bezpiecznej, co jednak nie musi oznaczać, że są zdrowi. Mogą mieć na wierzchu jelita, połamane kończyny, urazy wewnętrzne. „Żółci”, czyli ciężko ranni, muszą czekać. W pierwszej kolejności trzeba, rzecz jasna, zająć się „czerwonymi” (gdy strefa jest skażona, wszyscy są „czerwoni”). – Wykonujemy tylko procedury ratujące życie, czyli koncentrujemy się na zabezpieczeniu drożności dróg oddechowych, zabezpieczeniu wentylacji i tlenoterapii, działaniach przeciwwstrząsowych, utrzymaniu komfortu termicznego i leczeniu przeciwbólowym. To wszystko – tłumaczy Ewa Szymczuk. W strefie bezpiecznej dokonywana jest ponowna segregacja.

W tym czasie KAM myśli już o transporcie rannych. Każdy musi trafić tam, gdzie będzie można mu realnie pomóc. Trzeba dane na bieżąco przekazywać dyspozytorowi, który zdecyduje o translokacji do konkretnych szpitali. Ważne też, aby nie zawieźć zbyt wielu chorych do jednej placówki. – Nie ma nic gorszego niż przewieźć wielu „czerwonych” do jednego szpitala. Co z tego, że przewieźliśmy żywe cztery osoby, jeśli nie ma tam lekarzy i sprzętu, by im wszystkim pomóc, jeśli nie ma miejsca na bloku operacyjnym? To przeniesienie katastrofy do szpi-

tala – przypomina Paweł Wiktorzak. Dodaje, że przy tego typu wypadkach nieoceniona jest rola Lotniczego Pogotowia Ratunkowego, szczególnie gdy ranni wymagają przewiezienia do znacznie oddalonych specjalistycznych ośrodków. – Przy wielu rannych każdy zespół jest na wagę złota. LPR nie tylko pomoże w szybkim transporcie. To świetnie wyposażone jednostki. Uczestniczyłem w ratowaniu ludzi podczas pożaru w Henryszewie, było sześciu ciężko rannych. Wszystkich zabrano transportem kołowym, ale w pomocy brały udział trzy zespoły HEMS, które dały świetny sprzęt – mówi Paweł Wiktorzak.

W miarę upływu czasu zdarzenie może stracić status masowego. Wówczas zaczynają obowiązywać zwykłe standardy ratownictwa medycznego.

Wyzwania

Opisane wyżej działania wydają się być oczywiste. Dlaczego w praktyce pomoc rannym podczas zdarzenia masowego wychodzi różnie? – Głównym problemem jest brak wystarczającej liczby szkoleń. Trzeba ćwiczyć, i to wiele godzin, żeby opanować standardy postępowania i w czasie prawdziwego zdarzenia się nie pogubić. My tymczasem tylko co najwyżej organizujemy pokazy, które mają utwierdzić społeczeństwo w przekonaniu, że jesteśmy przygotowani na każde zdarzenie. Pod warunkiem, że ono się nie wydarzy. Do tego dochodzą stare problemy, czyli zbyt mała liczba ZRM w systemie i brak koordynacji pomiędzy rejonami dysponującymi karetkami – podsumowuje Ewa Szymczuk. ■

W dniach 13-15 października w Zegrzu odbyła się II Interdyscyplinarna Konferencja Środowisk Medycznych na temat współdziałania zespołów interdyscyplinarnych w czasie zdarzeń kryzysowych. Organizatorem był Wojskowy Instytut Medyczny w Warszawie, a „Gazeta Lekarska” objęła patronat medialny nad tym wydarzeniem.



Srebrny Jubileusz PTM w Czechach

Krzysztof
Makuch

WCierlicku na Zaolziu 6-8 października świętowano 25-lecie samodzielnej działalności Polskiego Towarzystwa Medycznego w Republice Czeskiej. Od 7 listopada 1975 r. do roku 1991 polscy lekarze działali w ramach Klubu Medyka Polskiego Związku Kulturalno-Oświatowego w Czeskim Cieszynie. PTM należy do najaktywniejszych polonijnych organizacji medycznych.

Program uroczystości zawierał wieczór literacki promujący nową książkę „Wspomnienia Lekarzy”, wydaną przez PTM, konferencję naukową oraz odwiedzenie miejsc polskości na Zaolziu.

W obchodach jubileuszu uczestniczyli polscy medycy z Czech, prezes Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego prof. Igor Gościński i Adam Wiernikowski z OIL w Krakowie, którzy uhonorowali zasłużonych działaczy medalami, prof. Krzysztof Bielecki, Ryszard Pachecka, Filip Dąbrowski z OIL w Warszawie, dyrektorzy i zaprzyjaźnieni lekarze z Jastrzębia-Zdroju, Cieszyna, Rybnika, Częstochowy.

Prezes PTM, Józef Słowik, przedstawił dokonania towarzystwa, podkreślając rolę swoich poprzedników, Bogusława Chwajola i Jana Karczmarczyka, oraz działaczy Romualda Gąsiora, Tadeusza Hła-

wickę, Kazimierza Santoriusa w integracji Polaków na Zaolziu i kultywowaniu tradycji. Wygłaszane referaty dotyczyły historii i przyszłości Polonii medycznej, kariery młodych lekarzy w Polsce i Czechach, problemów medycznych, jak naczyniaki mózgu czy schorzenia kręgosłupa.

Chwilą refleksji otoczono na miejscu hitlerowskiej zbrodni w 1944 r. zamordowanych Polaków, pamięć sławnych polskich lotników Franciszka Żwirki i Stanisława Wigury, którzy zginęli w 1932 r. na Zaolziu oraz udokumentowano udział w uroczystości jubileuszowej wpisem do księgi pamiątkowej w Domu Polskim.

Warto podkreślić, że PTM był od 1997 r. jednym z pierwszych członków Federacji Polskich Organizacji Medycznych na Obczyźnie. Od 1975 r. PTM zorganizowało 407 spotkań, wydało 5 książek, a od listopada 1997 r. ukazało się 188 wydań elektronicznego biuletynu towarzystwa redagowanego przez Józefa Słowika. Towarzystwo zostało uhonorowane przez wiele organizacji medycznych, a działacze otrzymali wysokie odznaczenia państwowe.

PTM w pełni zasługuje na miano ambasadora polskości w Republice Czeskiej. ■

Więcej o tym
wydarzeniu na
www.gazetalekarska.pl
w dziale Inicjatywy

Aktualności



Krzysztof
Kopociński

Zbigniew
Kopociński

Więcej o tym
przedsięwzięciu na
www.gazetalekarska.pl
w dziale Inicjatywy

Aktualności



Uratowali grób ppłk. dr. Malanowicza

Wilno, obok Lwowa i Grodna, to miasto będące jedną z pereł w koronie dawnej Rzeczypospolitej. W wyniku haniebnych traktatów w Jałcie i Poczdamie znalazło się poza granicami współczesnej Polski. Ogromna część polskiego terytorium nagle została oderwana od macierzy, czego skutki można obserwować do dzisiaj. Skutkiem tych dramatycznych wydarzeń było pozostawienie na Kresach Wschodnich także setek nekropolii z dziesiątkami tysięcy nagrobków.

Od ponad ćwierćwiecza walkę o zachowanie ich dla przyszłych pokoleń toczy Społeczny Komitet Opieki nad Starą Rosą (SKOnSR) z prezes Alicją Klimaszewską. Na Starej Rosie pochowane jest znaczne grono profesorów Uniwersytetu Stefana Batorego oraz lekarzy, m.in. Rafał Radziwiłłowicz, August Becu, Tadeusz Wąsowski, Karol Orzepowski i inni. W ostatnim czasie w ratowanie nagrobków na wileńskiej Rosie włączyło się Polskie Stowarzyszenie

Medyczne na Litwie (PSMnL). W tym szczytnym celu zaczyna partycypować także krajowe środowisko polskich lekarzy. W grudniu 2014 r. Zarząd Główny PTL podjął decyzję o włączeniu się do akcji ratowania pomników nagrobnych na Starej Rosie poprzez uruchomienie specjalnego konta, na które można wpłacać datki. Ze względu na szczupłość środków finansowych, większość przedsięwzięć koncentruje się na renowacji Cmentarza na Starej Rosie. Bardziej po macoszemu traktowany jest Cmentarz Wojskowy na Antokolu, gdzie znajduje się największa w Wilnie kwatera z grobami polskich żołnierzy, w tym lekarzy wojskowych. Właśnie tam dr. dr. Zbigniew i Krzysztof Kopocińscy odnaleźli grób ppłk. dr. Kazimierza Malanowicza (1884-1933), byłego komendanta 3. Szpitala Okręgowego w Grodnie, jednej z największych i najbardziej bojowo zasłużonych placówek wojskowej służby. W lipcu 2016 r. rozpoczęto renowację grobu ppłk. dr. Malanowicza. ■

FOTO: Archiwum prywatne

25 lat OZZL

18 października br. minęło 25 lat od zarejestrowania Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy.

Powstanie związku było – bez wątpienia – odreagowaniem przez lekarzy komunizmu. Przejawiło się to w kilku aspektach: w dążności do utworzenia organizacji reprezentującej wyłącznie lekarzy (komuniści zlikwidowali taki związek w latach 50. XX w.), w programie związku postulującym reformę ochrony zdrowia w kierunku rynkowym z lekarzem jako zawodem wolnym, w wielkiej oddolnej i niezależnej aktywności społecznej lekarzy po latach PRL, gdy taka aktywność była zakazana. OZZL został stworzony oddolnie przez lekarzy niemających wcześniej żadnego związkowego doświadczenia. Byli to głównie ludzie stosunkowo młodzi, w wieku 30-40 lat. Pewnie stąd wynikała dynamika działań OZZL oraz przełamywanie dotychczasowych schematów.

Działania te od początku prowadzone były dwutorowo: z jednej strony dążyliśmy do zmiany systemu ochrony zdrowia w kierunku rynkowym, z drugiej – działaliśmy na rzecz poprawy wynagrodzeń lekarskich w tym systemie, który jest. Stąd niektórzy zarzucali nam „rozdwojenie jaźni”. Jednego dnia domagaliśmy się bowiem wolnych cen i wolnego rynku, drugiego – lepszej „siatki płac” dla lekarzy, ustalonej przez ministra zdrowia.

Ilość działań, jakie podejmował OZZL i ich różnorodność, jest ogromna. Organizowaliśmy protesty i manifestacje, strajki lokalne i ogólnopolskie, grupowe zwalnianie się z pracy i strajki głodowe, braliśmy urlopy „na żądanie” jako protest, prowadziliśmy protest „statystyczny”, nie wypełnialiśmy aktów zgonów, kart rozliczających wykonanie świadczeń przez szpitale, wypisywaliśmy masowo pacjentom „zielone recepty”, nie wypisywaliśmy zwolnień L-4, prowadziliśmy protest „pieczętkowy” przeciwko ustawie refundacyjnej. Szczególnym rodzajem naszych działań były różnego rodzaju happeningi i prowokacje, jak wydanie „kartek na zdrowie” na rok 2001, przesyłanie politykom „zestawów do samoleczenia”, przydatnych z powodu drastycznego niedoboru lekarzy, wysyłanie kartek do marszałka sejmu i prezesa NFZ z żądaniem zwiększenia nakładów na lecnictwo, akcje ulotkowe i plakatywne, zlecenie badań opinii społecznej w sprawach dotyczących ochrony zdrowia, zamieszczanie płatnych ogłoszeń w najważniejszych gazetach krajowych na temat ochrony zdrowia. Odrębną dziedziną naszej działalności były kroki podejmowane na polu prawnym: nie tylko reprezentowanie lekarzy w ich indywidualnych sporach,

ale i działania, które miały wpływ na wszystkich lekarzy i warunki ich pracy. To dzięki nim wpisało przed laty do przepisów prawa „wysądzony” przez OZZL dodatek nocny do wynagrodzenia za dyżury, później – zasądzono tysiącom lekarzy dodatki do wynagrodzenia za dyżury jak za godziny nadliczbowe. Indywidualna akcja dra Czesława Misia, członka OZZL, prowadzona jednak przy wsparciu (prawnym i finansowym) związku doprowadziła do przyspieszonej implementacji unijnej dyrektywy o czasie pracy. ZK OZZL złożył kilkanaście wniosków do Trybunału Konstytucyjnego, w tym np. o uznanie, że dyżur lekarski jest czasem pracy, że tzw. trzynastka nie powinna być wypłacana z funduszy kas chorych, ale z dodatkowych środków budżetu państwa i inne. Związek wielokrotnie interweniował też w organizacjach międzynarodowych, upominając się o odpowiednie warunki pracy i płacy polskich lekarzy: w MOP, w Parlamencie Europejskim, w Komisji Europejskiej. W razie potrzeby składał doniesienia do prokuratury na działania dyrektorów szpitali łamiących prawo, niektórych dyrektorów kas chorych, prezesa NFZ czy premiera RP. OZZL angażował się też w działania proreformatorskie. Brał udział w pracach Społecznej Komisji Zdrowia przy NSZZ „Solidarność”, gdzie powstał projekt ustawy o kasach chorych, był autorem obywatelskiego projektu ustawy zmieniającej ustawę o kasach chorych, która miała być konkurencją dla wprowadzenia NFZ (i likwidacji kas), opracował własną ustawę o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym opartym o tzw. bon zdrowotny i rynkową alokację środków przeznaczonych na leczenie, podejmował wiele prób tworzenia szerszych koalicji – różnych środowisk związanych z ochroną zdrowia – na rzecz rynkowej reformy systemu.

Szczupłość (przydzielonego mi) miejsca nie pozwala na wymienienie wszystkich działań podejmowanych przez OZZL w minionym ćwierćwieczu. Mam nadzieję, że zostały one zauważone przez lekarzy i docenione. Jestem przekonany, że miały one swój pozytywny wpływ na obecną sytuację lekarzy w Polsce i że bez OZZL byłyby ona zdecydowanie gorsza. ■



**Krzysztof
Bukiel**

Przewodniczący
ZK OZZL



OGÓLNOPOLSKI
ZWIĄZEK ZAWODOWY
LEKARZY



Kolekcjoner z pasją

Jarosław
Wanecki

Zwiedzanie prywatnego muzeum ma swój niepowtarzalny urok. Zanim jeszcze znajomy kustosz cokolwiek wyjmie z szaf, pokaże na półkach i w gablotach, zanim zaświerzbią ręce, by dotknąć niezwyklej eksponatów, rozpoczyna się rozmowa przy herbacie z wymianą zdań o bieżących wydarzeniach. Dopiero po kilkunastu minutach dociera się do sedna spotkania, które tak jak się zaczęło, tak też się za dwie godziny kończy, przy nakrytym stole.

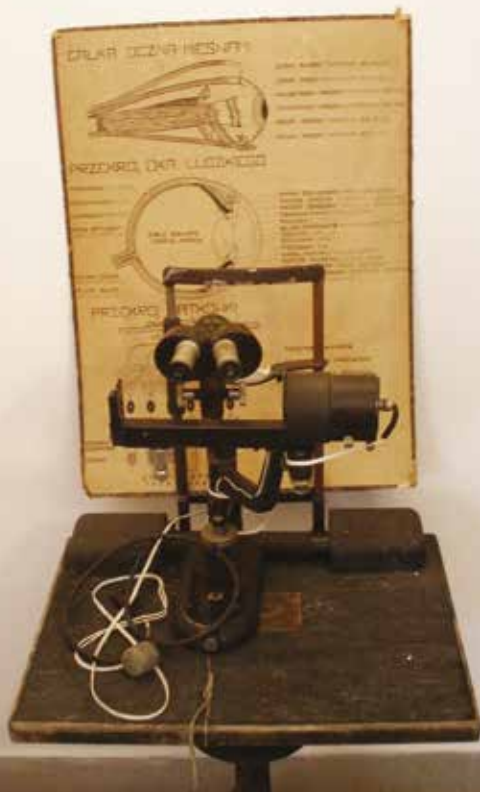
Odwiedziłem znanego plockiego chirurga, doktora Włodzimierza Nowatorskiego, aby po raz kolejny ze zdziwieniem i zauroczeniem obejrzeć zbiory, które od kilkudziesięciu lat gromadzi w swoim domu, i uświadomić sobie, jak wielki cywilizacyjny skok medycyny jest poza nami.

– Moje zainteresowania historią sztuki i literaturą wyniosłem z domu – zaczyna opowiadanie Nowatorski – po ukończeniu studiów lekarskich zostały one poszerzone o historię medycyny. Z zacięciem czytałem wszystkie dostępne biografie lekarzy, a co za tym idzie – poznawałem dzieje zawodu. Jednocześnie widziałem postęp, który dokonywał się na moich oczach, zmierzach starych metod leczenia i operacji chirurgicznych. Wtedy właśnie wpadłem na pomysł ocalenia starych narzędzi i sprzętów medycznych, książek i czasopism, z których już raczej nikt nie będzie się uczył, ale zachowują się jako świadectwo mijającej epoki. W pasję kolekcjonerską zaangażowała się wkrótce cała moja rodzina. Od 30 lat zaglądam na strychy, odwiedzam giełdy staroci i antykwiariaty. Bardzo cenię sobie dobrowolnych darczyńców, takich z potrzeby serca.

Włodzimierz Nowatorski ukończył Liceum Marszałka Stanisława Małachowskiego w Płocku oraz Pomorską Akademię Medyczną w Szczecinie. Jest specjalistą chi-

rurgii ogólnej i onkologicznej, doktorem nauk medycznych. Zawodowo związany z Wojewódzkim Szpitalem Zespołowym w Płocku, gdzie przez kilkadziesiąt lat był ordynatorem oddziału chirurgii II. Mimo emerytury nadal pracuje w Płockim Zakładzie Opieki Zdrowotnej. Współzałożyciel Okręgowej Izby Lekarskiej w Płocku. Delegat na okręgowe zjazdy lekarskie, Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej I i II kadencji, przewodniczący Okręgowego Sądu Lekarskiego V i VI kadencji, przewodniczący Komisji Etyki VII kadencji. Laureat najwyższego odznaczenia samorządowego „Meritus Pro Medicis” (Zasłużony dla Lekarzy).

Idziemy do dwóch pokoi zaadaptowanych na muzeum. Pierwszy to „gabinet starego doktora”. Na masywnym, drewnianym biurku stoi maszyna do pisania, telefon z tarczą, metalowa lampka, kilka pamiątek, w tym mosiężny eskulap oplatający kielich z lekarstwem. Za zdobnym fotelem stoi wypełniona cennymi książkami biblioteczka, naprzeciwko prosta kozetka lekarska, a przy drzwiach pedałowka umywalka. W gablocie można obejrzeć przedwojenne ulotki czy może już reklamy leków dokładane do ówczesnych czasopism. Na ścianach fotografie lekarzy. Porównujemy dyplomy doktorskie: przedwojenne i powojenne, a w grafice, formacie, wielkości i zdobnictwie liter upatrujemy szacunku do wiedzy.



– To moja osobista pamiątka – podchodzimy do oprawionej odbitki, na której widać pochylających się nad polem operacyjnym chirurgów z zakrytymi twarzami – asystuję tutaj swojemu nauczycielowi doktorowi Stefanowi Przedpełskiemu, a ciekawostką jest zatrzymana w kadrze narkoza, tak zwana „kapanka eterowa” wykonywana przez pielęgniarkę anestezjologiczną. Mam w zbiorach kilka masek Schimmelbuscha, które służyły do zakraplania eteru. Maskę wymyślono w XIX w., a składa się z półokrągłego, metalowego szkieletu, na który nakładano gazę, zakrywając usta i nos pacjenta, a dalej lano na nią eter. Na dobry sen...

Wzdłuż ściany naprzeciwko okna stoją szklane szafy wypełnione po kolei: książkami, dawnymi aparatami do mierzenia ciśnienia, stetoskopami. Jest kilka skórzanых toreb lekarskich, małe i duże sterylizatory, paratusy, wielorazowe igły, szklane strzykawki, bańki lekarskie oraz aparat do baniek ciętych, którego nożyki płytko nacinały skórę przed zabiegiem. Zaciekawiała mnie wisząca nad głową bezcieniowa lampa dentystyczna, która mimo upływu lat zaświeciła, gotowa do przyglądania się kolejnej ekstrakcji.

– Zasadniczą różnicą między starym sprzętem a współczesnym jest to, że kiedyś był to sprzęt wielokrotnego użytku. Wygotowywało się go, żeby zabić zarazki. Dziś wszystko jest jednorazowe. Proszę napisać o tej różnicy, bo młodzi może nie mają takiej świadomości – mówi doktor Nowatorski.

Na kolekcję przy ulicy Zofii Nałkowskiej w Płocku składa się kilka działów, które doskonale odróżniają poszczególne półki w szafach drugiego pokoju. Króluje chirurgia, ale nie brak też sprzętu ortopedycznego czy choćby ręcznej wiertarki do trepanacji czaszki. Endoskopiści mogą zobaczyć pierwszy gastroskop metalo-

wo-gumowy i tzw. sztywny kolonoskop oraz radziecki prototyp staplera do zszywania jelit i płuc. W szafie obok błyszczą lusterka laryngologiczne. W równym szeregu leżą instrumenty położników, w tym kleszcze, historyczne tylko z nazwy, a nie zawsze z praktyki.

– Jednym z ciekawszych eksponatów jest „bocianek” – oglądamy niewielki, mieszczący się w dłoni przedmiot. Wygląda jak metalowy bocian, którego nogi zakończone są jak nożyczki i otwierają figurkę. W środku można zobaczyć płaskorzeźbę noworodka w beciku. – Oto przyrząd do zaciskania pępowiny. Przed wojną „bocianki” otrzymywały położne razem z dyplomem.

Imponujący jest zbiór okulistyczny. Pod ścianą stoi doskonale zachowana lampa szczelinowa.

– Któregoś razu zadzwoniła do mnie okulistka z Koszalina. Niestety pani doktor już nie żyje. Kiedy ze mną rozmawiała, miała ponad 90 lat. Nie wiem, jak się dowiedziała o mojej kolekcji, ale chciała podarować mi zestaw starych przyrządów. Inna pani doktor z Lublina podarowała mi zestaw bezcennych nożyków do operacji rogówki z lat dwudziestych.

Wracam na chwilę do gabinetu. Na biurku leży klaser ze starymi receptami wypisanymi po polsku i w jidysz. Banderole recepturowe. Zlecenia fizjoterapii. Teraz ja opowiadam o zdjęciu płockich lekarzy, którego kopia wisi nad kozetką. Wykorzystuję je często do swoich publikacji, ale posłużyło też do plakatu z okazji jubileuszu 90-lecia przedwojennej izby warszawsko-białostockiej, do której należeli lekarze z Płocka. Oryginał widziałem w Towarzystwie Naukowym Płockim. To jedna z nielicznych fotografii, do której pozował wraz z kolegami Bronisław Mazowiecki – ojciec Tadeusza, pierwszego premiera po wyborach czerwcowych w 1989 r.

Zamykamy szafy i drzwi. Idziemy do stołu w pokoju gościnnym, gdzie czeka już żona doktora, Alina. Pachną świeżo upieczone babeczki, a z telefonów płyną pozdrowienia od córek: Ady – lekarza w Centrum Onkologii w Warszawie, i Kai – architektki z Wiednia.

– Na koniec chciałbym podziękować mojej rodzinie, która te wszystkie moje fanaberie dzielnie znosi – mówi wzruszony gospodarz, jednak szybko zmienia temat i podsumowuje spotkanie. – W Polsce mało jest muzeów poświęconych medycynie. Nie ma takiego, w którym byłyby eksponaty z poszczególnych jej dziedzin. A w okolicach Płocka to już na próżno szukać czegoś takiego, może poza Bieżuniem, gdzie jest wystawa prezentująca dawny gabinet lekarski. Łatwiej spotkać muzea farmacji, np. w Bydgoszczy, gdzie w zabytkowej kamienicy zebrano prywatne zbiory aptekarskie. U mnie też można znaleźć wagi i naczynia do ucierania proszków, przygotowywania maści, butelki do nalewek oraz różnorodne słoje, z których wywetrzały już recepturowe, opisane łaciną medykamenty. Ale moim marzeniem jest duże muzeum starej medycyny, dajmy na to przy Naczelnej Izbie Lekarskiej. Moja kolekcjonerska pasja to hołd dla starych mistrzów. Jestem pod ogromnym wrażeniem pracy historyczno-badawczej pana profesora Wojciecha Noszczyka, którego „Zarys dziejów chirurgii polskiej” i niedokończone jeszcze trzytomowe „Dzieje medycyny w Polsce” służą do poszerzania i opisywania mojego zbioru. ■



**Maria
Domagała**

POZ – fundament systemu

Podstawowa opieka zdrowotna mogłaby stanowić nawet 90 proc. aktywności ochrony zdrowia. Wiele problemów zdrowotnych może być rozwiązywanych na tym poziomie, bez angażowania specjalisty i szpitala.

W opinii międzynarodowych organizacji i ośrodków naukowych podstawowa opieka zdrowotna (POZ) jest fundamentem skutecznego systemu ochrony zdrowia i może częściowo wypełnić braki na innych poziomach. Badania przeprowadzone w krajach OECD dowodzą, że systemy oparte na silnej POZ są tańsze, a wyniki leczenia lepsze niż tam, gdzie pacjent korzysta z bezpośredniego dostępu do specjalisty. Koncepcja POZ rozwinęła się w Europie w drugiej połowie XX w.

Podstawą POZ jest najczęściej interna lub medycyna rodzinna. Główna jej funkcja to bycie pierwszym punktem, gdzie pacjent otrzymuje profesjonalną pomoc medyczną. Tu uruchamia się procedurę diagnostyczną dla wykluczenia lub potwierdzenia choroby, po czym może nastąpić leczenie. W części przypadków konieczne jest włączenie innych dyscyplin – na poziomie POZ albo wyższym. W zakres zadań POZ wchodzi też prewencja, obejmująca zarówno indywidualnych pacjentów, jak też grupy i społeczność.

Lekarz ogólny i inne zawody w POZ

Pozycja lekarza ogólnego (GP, general practitioner) zależy od rangi POZ w systemie. Jest ona wysoka w Danii, Holandii, Irlandii, Wielkiej Brytanii, nieco niższa w Szwecji, Portugalii, Hiszpanii, jednak wszystkie problemy zdrowotne ludności tych krajów w pierwszej kolejności trafiają do GP jako gatekeepera.

Tam, gdzie opieka otwarta zawsze była domeną GP (Wielka Brytania), POZ przejęła funkcje i cechy praktyki lekarza ogólnego: ma on szerokie kompetencje i odgrywa wiodącą rolę, bez jego skierowania nie ma dostępu do specjalisty publicznego systemu. W innych krajach, jak np. w Niemczech i Belgii, świadczenia na poziomie POZ mogą sprawować inni specjaliści: pediatrzy, ginekolodzy, interniści, kardiologowie. Funkcja gatekeepera może być niepełna lub w ogóle może jej nie być. W niemieckiej POZ przeważają usługi specjalistyczne, domena GP jest słabiej wyodrębniona.

W niektórych krajach wiele kompetencji lekarskich w POZ przejmuje pielęgniarstwo, przodując w tym Wielka Brytania, Holandia.

Rozbudowana bywa również rola farmaceutów. Pacjenci rejestrują się w aptekach, farmaceuci pośredniczą między lekarzem i pacjentem, przekazują informacje, edukują, w porozumieniu z GP nadzorują przebieg farmakoterapii – np. w Wielkiej Brytanii czy Holandii.

W północno-zachodniej Europie rośnie rola fizjoterapeutów i położnych w POZ (w Holandii przyjmują one ok. 40 proc. porodów), pracują też profesjonaliści niekoniecznie będący pracownikami medycznymi, np. opiekunowie domowi.

Koordynacja i ciągłość opieki

Zaspokojenie konkretnych potrzeb pacjentów wymaga współpracy między profesjonalistami i koordynacji działań na różnych poziomach (POZ, specjalistyka, szpital) i wewnątrz POZ. Potrzebna jest koordynacja działań i zapewnienie ciągłości opieki. Musi dobrze funkcjonować przekazywanie informacji i dokumentacji między profesjonalistami oraz kierowanie ruchem przewlekłych chorych. Sprzyja temu ustanowienie jednego punktu dostępu do systemu (tzw. bramki, gate).

Od końca XX w. zmienia się podział zadań między poszczególnymi segmentami ochrony zdrowia. Ponieważ zmieniły się przyczyny hospitalizacji, zmalała ich liczba i skrócił czas trwania, inna jest także rola szpitali. Wzrasta za to rola POZ jako regulatora dostępu do usług specjalistycznych i szpitalnych. Jednocześnie znacznie większej liczbie pacjentów może pomóc opieka podstawowa – jest w stanie rozwiązać nawet 90 proc. ich problemów.

Nakłady i kadry w tyle za zmianami

Niestety, za wzrostem znaczenia tego kluczowego działu systemu ochrony zdrowia nie idą odpowiednie zmiany w finansowaniu i polityce kadrowej.

Szacuje się, że w zachodniej Europie na POZ przeznaczona jest średnio 25 proc. budżetu ochrony zdrowia – i w większości krajów odsetek ten nie rośnie. Na ograniczeniu liczby łóżek szpitalnych nie korzysta POZ, lecz specjalistyka ambulatoryjna, która modernizuje się i wprowadza nowe technologie, często wykonując zadania POZ. Nie rośnie zatrudnienie

w POZ. Odsetek GP wśród lekarzy w krajach UE wynosi przeciętnie 25 proc. Największy wskaźnik na 1000 mieszkańców mają Belgia (2,1), Finlandia (1,7), Austria i Francja (1,6), zaś jest on trzykrotnie mniejszy w Holandii, Szwecji (0,5) czy Wielkiej Brytanii (0,6). W większości krajów od lat utrzymuje się na tym samym poziomie, nieco wzrósł w Belgii, Austrii, Finlandii, Norwegii. Średnie dochody GP są na ogół niższe niż innych specjalistów.

POZ we Francji, w Niemczech i na Wyspach

We Francji budżet POZ jest wspólny ze specjalistyką ambulatoryjną i wynosi 19 proc. całkowitych wydatków na zdrowie. Średni dochód GP to 64 tys. euro rocznie (specjalista zarabia więcej, łącznie z różnymi dodatkami: za opiekę nad chorymi przewlekłe, wyniki, prowadzenie praktyki w rejonach wiejskich). Stanowią 25 proc. wszystkich lekarzy. Przeciętny francuski GP ma 49 lat, a 70 proc. – ponad 45. Obciążenie pracą jest dość wysokie – 48 godzin tygodniowo.

Francuscy GP oferują szeroki zakres usług, diagnostykę i prowadzenie chorób przewlekłych, prowadzą skriningi i szczepienia. Chętnie wypisują recepty – w 75 proc. wizyt, do specjalistów kierują rzadko – w ok. 20 proc. wizyt. Powszechnie stosują technologie informacyjne (IT) do gromadzenia danych pacjentów i korzystają z internetu, ale rzadko komunikują się tą drogą z apteką czy szpitalem. Wskaźnik hospitalizacji z powodu chorób, które mogą być leczone na poziomie POZ (infekcje nerek, odwodnienie, astma), jest dość wysoki.

W Niemczech POZ nie jest wyodrębniona z opieki ambulatoryjnej; na świadczenia te przeznaczają się 15 proc. wydatków na ochronę zdrowia. W organizacji usług zdrowotnych główną rolę odgrywają samorządy świadczeniodawców i kas chorych. Lekarze ogólni stanowią 18 proc. wszystkich lekarzy, przeważnie praktykują indywidualnie.

Przeciętny dochód niemieckiego GP to 84 tys. euro rocznie – mniej niż innych specjalistów. Mniejsza atrakcyjność specjalizacji sprawia, że wybiera ją zaledwie 10 proc. młodych lekarzy. Tylko 2 proc. GP ma mniej niż 35 lat, 30 proc. przekroczyło 50.

Dostęp do wszystkich lekarzy w ramach ubezpieczenia jest bezpośredni, toteż osoby ze specyficznymi chorobami (np. cukrzyca) rzadko leczą się u GP. Rozróżnienia między POZ i specjalistyką dokonuje system refundacji, zachęcając, aby dane schorzenia były leczone przy użyciu określonych metod.

Lekarz POZ ma pod opieką 2 tys. mieszkańców. Jego tydzień pracy to 51 godzin, w tym czasie przyjmuje 240 pacjentów, odbywa 25 wizyt domowych – to zabiera 70 proc. jego czasu pracy. Około 80 proc. problemów pacjenta rozwiązuje sam. Używa IT, ale głównie do gromadzenia danych, zarządzania finansami i przepisywania leków, rzadziej do komunikacji z pacjentami i innymi specjalistami. Nie funkcjonują listy pacjentów, lecz relacje pacjent – lekarz są stabilne. Dość częste są przyjęcia do szpitala z powodu pospolitych schorzeń.

Konsekwentną politykę wzmacniania roli POZ w Narodowej Ochronie Zdrowia (NHS) prowadzi Wielka Brytania. Odsetek GP – 29 proc. wszystkich lekarzy – jest wyższy niż średnia w UE. Przyjeżdż do szpitala jest mniej niż w innych krajach, a hospitalizacje są krótsze. Promuje się opiekę skoncentrowaną na pacjencie i zapewnieniu jakości, a także współpracę profesjonalistów i integrację świadczeń.

Podstawową i specjalistyczną opiekę ambulatoryjną i psychiatryczną oferuje 150 trustów, każdy średnio dla 340 tys. mieszkańców. Na ich działalność przeznaczają się 20 proc. wydatków na ochronę zdrowia. Wynagrodzenie lekarzy ogólnych jest podobne do płac konsultantów szpitalnych; jeden ze składników to premia za leczenie chorób przewlekłych, sposób organizacji praktyki, rozszerzoną ofertę (np. mała chirurgia, usługi pediatryczne, macierzyńskie), dobrą ocenę pacjentów.

Lekarze ogólni mają pod opieką średnio 1745 pacjentów, pracują 45 godzin w tygodniu, bezpośrednio na opiekę poświęcają 70 proc. czasu. Większość współpracuje z pielęgniarką oraz asystentem zdrowia.

Konieczność uzyskania skierowania do specjalisty nie jest barierą w uzyskaniu właściwej pomocy i opieki, ponieważ GP oferuje świadczenia kompleksowe. Jest on głównym świadczeniodawcą w chorobach przewlekłych (przy dużym udziale pielęgniarek); kieruje do specjalisty tylko przy poważniejszych problemach. Zajmuje się też prewencją pierwotną i wtórną. Prowadzi poradnictwo antykoncepcyjne i bilanse zdrowia dzieci.

Specjalizację z medycyny ogólnej wybiera 25 proc. absolwentów.

W naszym regionie

Od lat 90. w krajach Europy Środkowej i Wschodniej podejmowane są próby wzmocnienia POZ, jednak ich rezultaty nie zadowalają. W większości krajów regionu zasady funkcjonowania i finansowania tego segmentu często się zmieniają i nie są spójne. Duży wskaźnik hospitalizacji z powodu banalnych schorzeń może świadczyć o niewydolności.

Odsetek GP wśród lekarzy wynosi: w Czechach 22, Słowacji 18, Estonii 25, Polsce 16. W naszym kraju na POZ przeznaczają się 13 proc. budżetu ochrony zdrowia. Ponad połowa lekarzy POZ pracuje na etacie, a 20 proc. z nich ma specjalizację z medycyny rodzinnej. Średni miesięczny dochód – jak innych specjalistów – około 7 tys. zł brutto*. Pomimo to specjalizacja jest deficytowa. Na 1000 mieszkańców przypada 0,2 GP, zaś internistów, pediatrów (w POZ) – 5,5. Zakres usług GP jest dość wąski, chętnie wystawia on skierowania do specjalistów. Zapowiadane reformy systemu dotyczą również organizacji, finansowania i rozszerzenia zakresu usług POZ. ■

Korzystałam z:
Primary care in the
driver's seat?, Building
primary care in
a changing Europe
2015, rynekzdrowia.pl

* <http://wynagrodzenia.pl/moja-placa/ile-zarabia-lekarz-rodzinny>



Joanna
Sokołowska

Jeśli w grudniowy wieczór...

Jeśli w grudniowy wieczór przekroczy próg Waszego domu nieco zasapany mężczyzna w sile wieku, z przyprószoną siwizną brodą i dużą torbą na ramieniu, i jeśli do tego będzie od stóp do głów ubrany na czerwono – to są dwie możliwości.

Po pierwsze – istnieje pewne prawdopodobieństwo, że odwiedził Was święty Mikołaj. Narodowa telewizja zapowiada jego wizyty od początku listopada, więc tę ewentualność trzeba brać oczywiście pod uwagę, choćby z patriotycznego obowiązku. Drugi wariant – niestety bardziej prozaiczny i pozbawiony magicznego pierwiastka – jest taki, że w Waszych drzwiach stoi właśnie przedstawiciel zespołu ratownictwa medycznego, a to, co ma w swojej torbie, to wcale nie są prezenty... Nie śmiecie się, sprawa jest poważna! Kwestia tożsamości pana w czerwonym kombinezonie może mieć przecież pewien wpływ nie tylko na „christmasowe” nastroje całej Waszej rodziny, ale w ostatecznym rozrachunku, nawet na jej zdrowie i życie.

Szybkie ustalenie tego, kim jest rumiany brodac, może jednak wcale nie być takie proste – strój, pleć, przedział wiekowy, BMI – sami widzicie... Aż się prosi, żeby diagnostycznie pociągnąć za brodę. Ale uwaga! Nie pomoże to raczej na pewno w ewentualnym udokumentowaniu kindersztuby, niezbędnej do nawiązania poprawnych relacji ze świętym, a ratownik medyczny... może w odwecie zrobić bolesny zastrzyk.

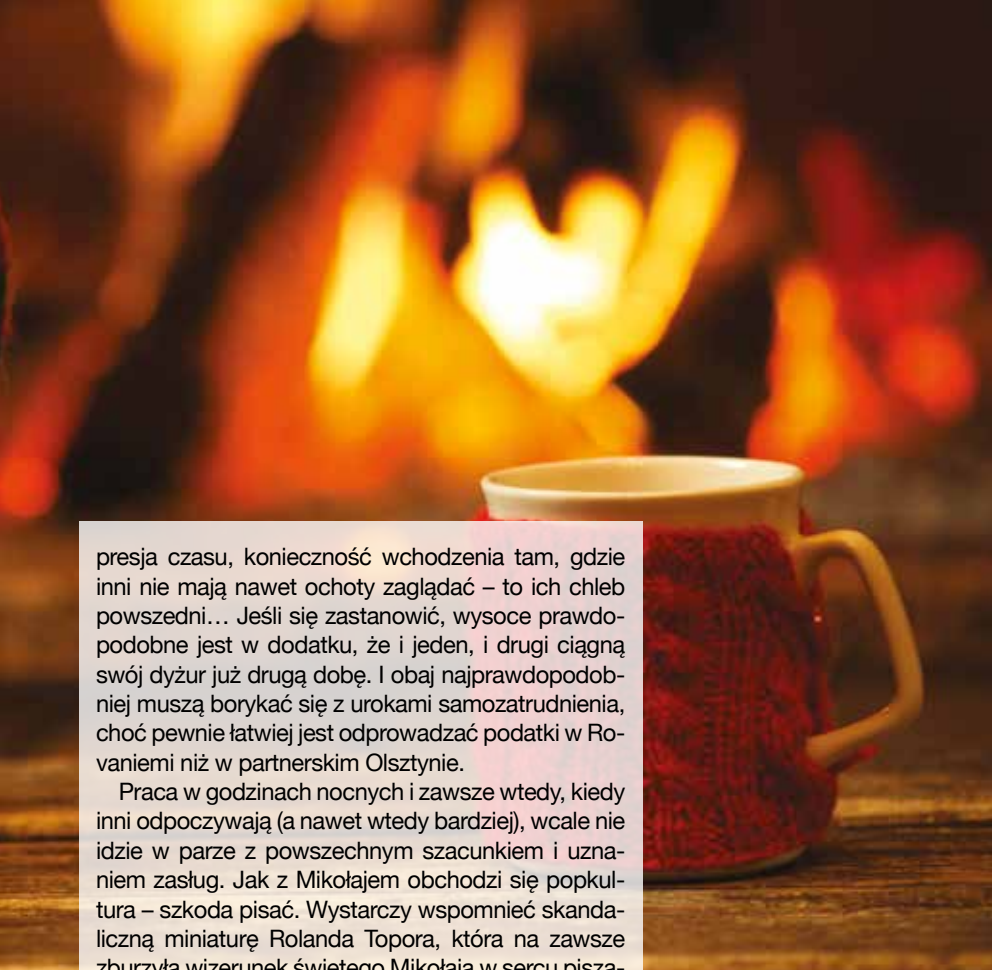
W obu przypadkach facet będzie chciał się szybko dowiedzieć, czy byliście ostatnio grzeczni. Jeśli macie coś na sumieniu (a pewnie macie), nie próbujcie kręcić.

Z wysłuchanych i podsłuchanych opowieści wiem, że i jednego i drugiego ciężko oszukać, a gromkie „O-hoho!” wcale nie musi wyrażać uznania dla Waszych umiejętności kreowania swojego wizerunku. Ostatecznie, lepiej przyjąć różgę, niż wyjść na standardowo kłamiącego pacjenta...

Pewną podpowiedzią mogą być zjawiska dźwiękowe towarzyszące pojawieniu się gościa. Zgodnie z obowiązującym od 1832 r. opisem Clementa Clarke’a Moore’a, przybyciu Mikołaja powinno towarzyszyć parskanie ośmiu reniferów i dźwięki ich dzwoneczków, łatwe przecież do odróżnienia od studecybelowego sygnału uprzywilejowanego pojazdu ratownictwa medycznego. Jednak w dobie wszechobecnych smartfonów, które zamiast dzwonić „dryń, dryń” – pieją, szczekają lub sapią – w zależności od fantazji ich właściciela – nie polegałabym zbytnio na tym, co podpowiada zmysł słuchu.

Z drugiej zresztą strony – kto zabroni Mikołajowi podejżdżać „na kogutach”?!

Święty czy nie – Wasz gość na pewno będzie wyglądał na zmęczonego. Nic dziwnego! Praca w nocy,



presja czasu, konieczność wchodzenia tam, gdzie inni nie mają nawet ochoty zaglądać – to ich chleb powszedni... Jeśli się zastanowić, wysoce prawdopodobne jest w dodatku, że i jeden, i drugi ciągną swój dyżur już drugą dobę. I obaj najprawdopodobniej muszą borykać się z urokami samozatrudnienia, choć pewnie łatwiej jest odprowadzać podatki w Rovanieni niż w partnerskim Olsztynie.

Praca w godzinach nocnych i zawsze wtedy, kiedy inni odpoczywają (a nawet wtedy bardziej), wcale nie idzie w parze z powszechnym szacunkiem i uznaniem zasług. Jak z Mikołajem obchodzi się popkultura – szkoda pisać. Wystarczy wspomnieć skandaliczną miniaturę Rolanda Topora, która na zawsze zburzyła wizerunek świętego Mikołaja w sercu piszącej te słowa... A niewybredne żarty, prześmiewcze filmy – to przecież tylko wierzchołek góry lodowej! Nawet Rada Języka Polskiego zaleciła pisanie małą literą: „święty mikołaj”, w znaczeniu postaci przynoszącej prezenty, pomimo iż nazwę imienia (Mikołaj) lub świętego (św. Mikołaj), piszemy literą wielką. W takiej sytuacji ten drugi pan, niosący pomoc i wciąż znajdujący się na szczycie drabiny zaufania publicznego, może się czuć wręcz komfortowo!

Czy w tym roku odwiedzi kogoś z nas jakiś święty Mikołaj czy Gwiazdor – naprawdę nie wiem. Osobiście – napisałam list, jestem grzeczna i czekam cierpliwie.

Jeśli zaś chodzi o tych innych panów w czerwonych kurtkach ze srebrnymi wyłogami – z prawdopodobieństwem graniczącym z pewnością wiem, że staną w progach wielu, także naszych lekarskich domów i będą oczekiwani nawet bardziej niż święty z prezentami. Raczej nie proponujcie im ciasteczek i mleka. Węglowodany, gluten i laktoza – to tak bardzo passé! Trendy byłoby sojowe latte, ale pewnie wystarczy dobre słowo i szacunek. Dbajmy o naszych kolegów pracujących w pogotowiu, bo biorąc pod uwagę sytuację demograficzną w polskiej ochronie zdrowia i zapowiadane przeniesienie nocnej pomocy lekarskiej w pobliże szpitalnych oddziałów ratunkowych, hasło: „I ty możesz zostać Mikołajem” – nabiera nowego znaczenia – niezależnie od płci, wieku i specjalizacji. I jedno mnie tylko trochę niepokoi – u naszych zachodnich sąsiadów kobiecym odpowiednikiem świętego Mikołaja jest Frau Berta – szpetne babsko z wielkimi stopami i zakrzywionym nochem. A Europa przecież bez granic... ■



**Sławomir
Pietras**

Dyrektor
polskich teatrów
operowych

Medyczne koneksje Lema i Bułhakowa

Doszukując się związków między medycyną a sztuką, przyjrzałem się ostatnio wpływom uprawiania zawodu lekarza na twórczość literacką nie byle kogo, bo Stanisława Lema i Michaiła Bułhakowa.

Lem – pisarz bardzo wybitny, z którego jesteśmy zbyt mało dumni, mimo że jest najczęściej tłumaczonym polskim mistrzem pióra (na ponad 40 języków), osiągnął nakład ponad 30 mln egzemplarzy, był niezwykle futurologiem, piewą rozwoju nauki i techniki, problemów współczesnego społeczeństwa i miejsca człowieka we Wszechświecie.

Podczas wojny chciał studiować na Politechnice Lwowskiej, ale nieprzyjęty wylądował w końcu na Wydziale Medycznym, wykorzystując koneksje ojca (laryngologa), aby uniknąć poboru do Armii Czerwonej.

Po wojnie studia medyczne kontynuował w Krakowie, gdzie otrzymał absolutorium. Podczas praktyki na oddziale położniczym odebrał ponad 20 porodów i asystował przy cesarskim cięciu. Po miesiącu, nie mogąc znieść krwawych scen, porzucił zawód lekarza bez składania końcowych egzaminów. Jednak otrzymane podczas studiów gruntowne wykształcenie przyrodnicze wielokrotnie i rzetelnie wykorzystał w swej bogatej twórczości. Do końca życia twierdził, że medycyny nie lubił, a studiował ją tylko z woli ojca.

Co innego jego rosyjski starszy kolega po piórze Michaił Bułhakow. Jeszcze przed Rewolucją Październikową ukończył Wydział Lekarski na imperatorskim Kijowskim Uniwersytecie św. Włodzimierza, został zmobilizowany i natychmiast skierowany do guberni smoleńskiej, gdzie z żoną prowadził szpital, którym tylko w ciągu roku przyjął ponad 15 tys. pacjentów. Po demobilizacji wrócił do Kijowa i otworzył prywatną praktykę jako wenerolog. W tym czasie zdołał wyjść z uzależnienia od morfiny, przeżywając tragiczny okres rewolucji, myśl o emigracji, sytuację ochotnika, zmobilizowanego, zbiega, jeńca, wreszcie lekarza wojskowego, ewakuującego się aż do Władykaukazu.

Był rok 1920. Bułhakow, pokonawszy nawrót tyfusu, po wielu wahaniach postanowił porzucić praktykę lekarza i rozpoczął pracę dziennikarską. Od kiedy zamieszkał w Moskwie, przerodziła się ona w twórczość

literacką. Na początku pisał tylko sztuki teatralne. Jako prozaik zadebiutował autobiograficznym opowiadaniem „Morfina”. Szerszą popularność przyniosły mu „Zapiski młodego lekarza”, które w latach dwudziestych publikowane były w popularnym wówczas „Medycznym rabotniku”. Ciągłe zmagal się z brakiem pieniędzy, szukał pracy, miał się różnych zajęć. Był konferansjerem, reporterem, kronikarzem, a nawet aktorem, którego zdolności docenił sam Konstanty Stanisławski.

Jego talent literacki dostrzegł nawet Józef Stalin, osobiście interweniując w sprawie powrotu na scenę MChAT-u „Dni Turbinów” w roku 1932, po czym umożliwił Bułhakowowi pracę asystenta reżysera (a swoją drogą, czym ten Stalin się jeszcze nie zajmował!), a Maksym Gorki wstawił się w sprawie zwrotu skonfiskowanego podczas rewizji rękopisu opowiadania „Psie serce”.

Michaił przeżył trzy małżeństwa, napisał 7 opowiadań, 3 powieści i 10 sztuk teatralnych. Światowy rozgłos przyniosła mu powieść „Mistrz i Małgorzata”, ukończona w 1938 r. Wkrótce w Leningradzie zaczął cierpieć na uporczywe bóle głowy i zaburzenia wzroku. Jako lekarz i świadek śmierci swojego ojca nie miał cienia wątpliwości: pozostało mu tylko 6 miesięcy życia, ponieważ tak jak rodzic zapadł na nerczycę. Zmarł 10 marca 1940 r. zaledwie w wieku lat 40.

Z jego polskim młodszym kolegą Stanisławem Lemem nie łączyło go wprawdzie nic, poza medycznym wykształceniem i uprawianą w młodości lekarską profesją. Lem dożył sędziwego wieku (85 lat) i doczekał się wszelkich zaszczytów. Wprawdzie nie musiał okazywać mu życzliwości Bierut, Gomułka czy Gierek, na szczęście nie korzystał także ze wstawiennictwa Jarosława Iwaszkiewicza.

Michaił żył w sowieckiej Rosji, a Stanisław w drugiej i trzeciej Rzeczypospolitej, z dużą przerwą na Polskę Ludową. Obaj zapisali się złotymi zgłoskami w historii światowej literatury po złożeniu przysięgi Hipokratesa. I to ich łączy. ■

• NASZA CZYTELNI • NASZA CZYTELNI • NASZA CZYTELNI • NASZA CZYTELNI • NASZA



Biegański, Kramsztyk i inni. O nowej etyce lekarskiej w XIX-wiecznej Warszawie

Piotr Müldner-Nieckowski

„Na początku XX wieku Henryk Goldszmit (Janusz Korczak) ubolewał nad złym stanem moralnym opieki zdrowotnej, a na początku XXI dostrzegamy to ponownie, zmieniły się tylko okoliczności”.
(Z postłowa)



Chirurgia dziecięca

redakcja naukowa: Maciej Baglaj, Piotr Kaliciński

Obszerny zbiór najważniejszych zagadnień z zakresu chirurgii dziecięcej, będących odpowiedzią na dynamiczny postęp dyscyplin chirurgicznych. Pozycja interesująca nie tylko dla chirurgów dziecięcych i ogólnych, ale też pediatrów i lekarzy rodzinnych.

Więzadło napastnika

Napiętnuję wszelkie przejawy dyskryminacji, apeluję o społeczną sprawiedliwość i równe traktowanie każdego człowieka. Bo na przykład są ludzie, których stan zdrowia jest przedmiotem szczególniejszej troski. Jakoś bardziej się nimi interesujemy. Chodzi o sportowców.

Wiem – zajęcie kontuzjogenne, wiem – ulubieńcy mas. Ale uważam, że to niesprawiedliwe, że kiedy piłkarz sobie coś naderwie – piszą o tym wszystkie gazety, pokazują telewizja, w internecie tworzą się grupy wsparcia. I dobrze, niech tak będzie. Na pewno pomaga to kontuzjowanemu, konsoliduje kibiców, wzmacnia więzi międzyludzkie. Ale co z innymi grupami zawodowymi? Zaczniemy promować zainteresowanie stanem zdrowia wszystkich Polaków. Oczywiście toutes proportions gardées, używając do tego celu odpowiednich środków przekazu. Na przykład nauczyciele. Niech na szkolnej gazetce, obok napisu „Złota polska jesień smaczne jabłka niesie” będzie informacja, że mgr Nowacka przeżyła się, ale rokowania są dobre, zwłaszcza dla szóstej B. Bo mgr Nowackiej nie będzie jeszcze przynajmniej przez tydzień i szóstej B upieczone klasówki z geografii. W korporacjach zdjęcie księgowej na wyciągu ortopedycznym, na który trafiła prosto z wyciągu narciarskiego, można przesyłać wewnętrzną pocztą mailową z dopiskiem „Aniu! Budżet czeka!”.

A lekarze? Dlaczego media przy informacjach o operacji kolana znanego piłkarza nie mogą poinformować, że zabieg rekonstrukcji więzadła krzyżowego przeprowadził profesor Paolo Mariani, którego też coś ostatnio noga poboлева? Jeśli mówić, to o wszystkich.

Mamy taki natłok przekazników, że już nie wystarczy samo zauważenie jakiegoś zdarzenia. Coraz bardziej liczy się forma. Sama informacja może nie zaciekawiać odbiorcy. Naprawdę nie myślałem tego – otóż kiedy ten znany piłkarz uległ kontuzji, na pewnym portalu pojawił się napis:

„TOP 5 napastników, którzy zerwali więzadło jak Arek Milik”. I jak się kliknęło w ten napis, pojawiał się materiał filmowy – młody człowiek wymieniał nazwiska innych słynnych zawodników, przyznawał im kolejne miejsca i informował, w jakich okolicznościach mieli takie samo przykre zdarzenie losowe. I znowu – dlaczego na tak oryginalny pomysł wpada ktoś tylko w odniesieniu do gwiazdy sportu? Wracając do podanych wyżej przykładów – dlaczego niby na gazetce szkolnej nie mogłoby się znaleźć „TOP 5 nauczycieli, którzy przeżyli się tak samo jak mgr Nowacka”, a w korporacyjnej sieci nie może się pojawić: „TOP 5 księgowych dziesięciu największych firm z branży teleinformatycznej, które też się połamały na nartach (księgowe, nie firmy)”?

A może wykorzystać ten pomysł do podbudowywania morale zwykłych, szarych pacjentów? Gdyby okulista powiedział mi: „Jeżeli chodzi o astygmatyzm, to znajduje się pan w TOP 50, na trzydziestym drugim miejscu, po Jacku Nicholsonie, a przed Woodym Allenem”, szczerze ucieszyłbym się z mojej wady wzroku.

Naprawdę przejąłem się sprawą kontuzji naszego piłkarza. Przeczytałem dużo publikacji na temat tego przykrego zdarzenia i jeszcze jeden fragment tekstu (tym razem z „Przeglądu Sportowego”) zwrócił moją uwagę: „... Do kliniki wspierać Milika przyjechał także wyraźnie wściekły właściciel Napoli, Aurelio de Laurentiis...”. Gdyby mnie się coś niemiłego przytrafiło, wolałbym, żeby wspierał mnie ktoś wyraźnie przejęty, wyraźnie współczujący, wyraźnie zatroskany. No chyba, żeby było to wyraźne wsparcie finansowe. Wtedy wspierający może się nawet wyraźnie wściekać. ■



**Artur
Andrus**

Dziennikarz
radiowej „Trójki”,
konferansjer
i satyryk

NASZA CZYTELNIĄ • NASZA CZYTELNIĄ • NASZA CZYTELNIĄ • NASZA CZYTELNIĄ • NASZA CZYTELNIĄ



Ginekologia dziecięca i dziewczęca redakcja naukowa: Violetta Skrzypulec- -Plinta, Agnieszka Drosdzol-Cop

Monografia o aktualnych standardach postępowania w ginekologii wieku rozwojowego. Znajdziemy w niej m.in. informacje o zaburzeniach miesiączkowania, wadach i nowotworach narządów płciowych, schorzeniach endokrynologicznych.



Współczesna stomatologia wieku rozwojowego

redakcja naukowa: Dorota Olczak-Ko-
walczyk, Joanna Szczepańska, Urszula
Kaczmarek

Praca zbiorowa 51 autorów obejmująca najnowszą wiedzę z dziedziny stomatologii dziecięcej, z uwzględnieniem całości tematyki i problemów dotyczących tej specjalności. Dla studentów i lekarzy dentyistów.



**Agata
Morka**

Historyk
sztuki

Nad wodą

*Owdzie nad potokiem stoi
Pochyła wierzba, której siwe liście
W lustrze się czystej przeglądają wody*

Tak Szekspir pisze o miejscu, w którym utonąła Ofelia. W 1851 r. John Everett Millais, jeden z czołowych malarzy kręgu prerafaelitów, udaje się na wieś angielską w poszukiwaniu miejsca najbardziej odpowiadającego temu opisowi. Rozkładając sztalugi na błotnistym brzegu rzeki, nie wie, że jego portret Ofelii zagnieździ się w zbiorowej wyobraźni na kilka następnych wieków.

Millais oddaje scenę z niezwykłą dbałością o szczegóły. Roślinność okalająca dziewczynę wiruje mocną zielenią, są tu i trzciny, i wspomniana przez Szekspira pochylająca się wierzba płacząca, jak i kwiaty. Millais decyduje się na koncentryczną kompozycję obrazu, tworząc intymną w wyrazie scenę. Roślinność układa niby w firmament nad

głową Ofelii, którą umieszcza nie w centrum, ale w lewym rogu obrazu, pozwalając oku widza wędrować od dołu sukienki, wzdłuż ciała topielicy, aż do jej uduchowionej twarzy.

Sama Ofelia w interpretacji Millais to delikatna leśna nimfa. Leży w wodzie, z otwartymi oczyma, z rękoma rozłożonymi w niewinnym geście. Ma ciało i twarz najslawniejszej modelki prerafaelitów, Lizzie Siddal, to ona bowiem leżała w wannie dla malarza, pozując do obrazu. Jej krucha sylwetka subtelnie unosi się na wodzie, nie widać po niej cierpienia.

Ofelia nie żyje. Czy jednak jej ciało, namalowane przez Millais podług jego modelki, wykazywać może objawy pewnej choroby? Jeśli tak, to jakiej? ■



a

Obraz: Sir John Everett Millais, *Ophelia*, 1851-1852, Tate Britain, London



b

HOTEL PREZYDENT

MEDICAL SPA & WELLNESS

HOTEL PRZYJAZNY DOROSŁYM

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

Odpowiedź prześlij na
bladmalarski@gazetalekarska.pl
do 15 stycznia 2017 r.

W temacie maila należy wpisać GL12.
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” 11/2016

Voucher do Hotelu Prezydent**** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje
Marta Spychalska z Warszawy
Gratulujemy!

ROZWIĄZANIE ZAGADKI Z „GL” 11/2016

Obraz oryginalny: b

Diagnoza

Święty Sebastian czczony jest jako patron chorych na dżumę. To do niego zanosili modły nękana czarna śmiercią Europa. Czasami był zatem przedstawiany ze strzałami w „strategicznych” miejscach: tam, gdzie pojawiały się pierwsze objawy plagi: pod pachami i w okolicach łędźwi. Niektórzy malarze pokazywali nawet rany Sebastiana tak, by przypominały one przebarwienia skórne u chorych dotkniętych dżumą. Możliwe zatem, że ustawienie strzał na obrazie braci Pollaiuolo sugerować ma objawy dżumy właśnie.

Szczegóły różniące obrazy

1. Dodanie strzały przeszywającej głowę Sebastiana

Niektóre z przedstawień świętego są o wiele bardziej dosadne: wiele z nich pokazuje strzałę przebijającą głowę Sebastiana. Na innych artyści mnożą liczbę strzał, uzyskując jeszcze bardziej brutalny efekt.

2. Zamiana drzewa, na którym stoi święty, na kolumnę.

Wiele z przedstawień świętego Sebastiana pokazuje go przywiązanego do kolumny, zatem taka aranżacja byłaby bardzo prawdopodobna.

3. Dodanie dzioba ptaka na twarzy jednego z uczestników sceny.

Charakterystyczny dziób był noszony przez medyków opatrujących chorych na dżumę w celu zapobieżenia zarażenia się chorobą.

4. Zamiana jednego ze strzelców na kobietę.

Legenda głosi, że rany świętego Sebastiana opatrywała Irena. Nie była ona zatem oprawcą, ale wybawicielem świętego.



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



**Bogdan
Solnica**

Laureat II miejsca
w Konkursie
Literackim
„Przychodzi wena
do lekarza” (2016)
w kategorii „proza
non fiction”

W milczeniu

Meldowani na tej ziemi tymczasowo...

Agnieszka Osiecka

Świat

Rozpoznanie było ponure, leczenie bliskie sadyzmowi, i w efekcie znalazłem się tutaj – w najlepszym miejscu dla ludzi w mojej sytuacji. Świetne warunki, profesjonalna opieka i żadnych szans. Mój świat skurczył się do kilkunastu metrów kwadratowych, komfortowych, nie powiem – ściany i podłoga w pastelowych barwach, wygodne łóżko projektowane chyba w NASA, pięćdziesięciocalowy telewizor, telefon, Wi-Fi. Coś jakby wywczas... Ten mój nowy świat zaludnia kilka osób istniejących tu dla mnie. Profesjonaliści w każdym calu – uprzejmi choć stanowczy, wiedzą, co się dzieje, spojrzawszy tylko na mnie. To wygodne, lubię profesjonalistów.

Z drugim światem, tym na zewnątrz mojej pastelowej enklawy, pożegnałem się. Po cichu, bez fanfar i błysków fleszy. Mało kogo to zresztą obchodziło. Najtrudniej było zatrzaskać drzwi za wszystkim, co tam robiłem i czego dokonałem. Ale zatrzaskałem. Definitywnie. Przed moim „urlopem” wykonałem wszystkie konieczne ruchy, dokonałem niezbędnych formalności. Zostawiłem swoim ludziom samograj, świetnie działającą w tym interesie maszynę. Jeśli nic nie spieprzą, jeszcze długo będą w obiegu. Lubie tę myśl, jakoś z nią łatwiej. Czasem

dzwonią, nie odbieram. Wiem, że nie mają żadnych realnych problemów. Są dobrzy, dają radę. Dzwonią, bo czują, że powinni, i to jest szczere, autentyczne. Nie odbieram, nie rozmawiam z nimi, tak mogę coś jeszcze dla nich zrobić.

Czuję się taki wyrwany z korzeniami, choć ten świat na zewnątrz nie daje o sobie zapomnieć. Jakoś nie umiem wyłączyć mojego olbrzymiego telewizora, więc wdzierają się wiadomości, komentarze, opowieści, sport, muzyka. Słucham, oglądam pracowicie budujących napięcie dziennikarzy, różnej proveniencji intelektualistów z Wiejskiej, filmy, koncerty, mecze Ligi Mistrzów i... nic, żadnych emocji, zainteresowania. Są tylko przyswajane przez mózg informacje, absorbują, nie robiąc żadnego wrażenia i, jak się teraz mówi, pokrywają ten najważniejszy poniekąd dla mnie temat. O nim też nie warto myśleć. Czuję jednak jakąś tęsknotę, żal, że się nie irytuję, słuchając idiotyzmów i nie zachwycam się najpiękniejszym bramkami strzelanymi przez piłkarskie gwiazdy. To wszystko jest jakąś transmisją z kosmosu. Tamten świat nie istnieje, został ze mnie wyresekowany. Szkoda, że akurat on...

Słowa

Nie mówię. To nie był żaden zamiar, plan, tak jakoś wyszło. Najpierw przestałem odpowiadać na pytania typu „Jak się pan dzisiaj czuje?”. Jakby nie wiedzieli... Później przestałem mówić cokolwiek na swój temat. Słowa nie są mi potrzebne do kontaktu z ludnością mojego świata, potrafią inaczej się dowiedzieć, co u mnie słychać. W końcu zamilkłem zupełnie. Zrozumieli, uszanowali i chyba nawet im się spodobało. Chyba nie chodziło mi o to, żeby mieć po prostu spo-

kój. Słowa zwyczajnie przestały być potrzebne. Bo co dla mnie na tym cholernym kosmicznym łóżku znaczą praca, plan, konkurencja, giełda, pieniądze, zysk, strata, sukces, porażka czy też przyjaźń, czułość, miłość? Niewypełnione żadną materią, niezwiązane z ludźmi, wydarzeniami, z żadną rzeczywistością są zbędne. Razem z umiejętnością mowy zostały w usuniętym ze mnie, odległym, nieosiągalnym świecie. Narzecze miejscowej ludności zupełnie mnie nie interesuje.

Ból

Mój najnowszy znajomy, towarzyszy mi od niedawna, jest u mnie coraz częściej, jest go coraz więcej. Trudna kohabitacja... Próbowałem go ignorować, nie przerywałem toku swoich myśli, śledzenia tego, co się działo na ekranie mojego wielkiego telewizora. Działo do czasu, kiedy nie dało się już myśleć o niczym innym, kiedy przejmował całą świadomość. Sztuczki typu liczenie do stu czy powtarzanie tabliczki mnożenia też nic nie dawały. Ktoś powiedział, że uszlachetnia. No,

ja tego u siebie nie zauważyłem. Przeciwnie, on upadła, poniża. To nie tylko mimowolne oddawanie mocz, ale myśli, wrzająca we mnie nienawiść do całego świata, jakiś miks żalu, rozpacz i strachu, wypełniające jaźń błaganie o ulgę. No i ły, których wcześniej nikt w moich oczach nie widział, a chłopaki przecież nie płaczą. To przecież, kurwa, nie jestem ja. I wreszcie całą rzeczywistością jest Jola i jej strzykawka, potem następna i kolejna...

Więcej w dziale
Kultura na
www.gazetalekarska.pl

Aktualności



UPPL w Rytwianach

Stowarzyszenie lekarzy – twórców literackich spotkało się podczas jesiennego sympozjum AD 2016 w Eremie Złotego Lasu w Rytwianach, przy organizacyjnym i konferencyjnym zaangażowaniu Macieja Zarębskiego – wiceprezesa Unii. W części warsztatowej wystąpili prof. Andrzej Tyszką – socjolog kultury z Warszawy oraz doktor Janusz Termer – pisarz i krytyk literacki. Atmosfera klasztoru sprzyjała rozmowom o poezji i prozie, popisom artystycznym, recytacji

własnych utworów i gawędach o kamedulach, dworach i pałacach Kielecczyny (ks. Wiesław Kowalewski, Maciej Zarębski), ale także obradom Nadzwyczajnego Zjazdu Unii Polskich Pisarzy Lekarzy pod przewodnictwem prezesa Waldemara Hładkiego. Prezentacji o prawie pięćdziesięcioletnim dorobku stowarzyszenia wysłuchali goście z Naczelnej Rady Lekarskiej: Maciej Hamankiewicz, Romuald Krajewski, Marek Jodłowski i Paweł Barucha (prezes Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej w Kielcach). UPPL w przyszłym roku planuje swój złoty jubileusz.

„Puls Słowa”

Jury w składzie: Aldona Borowicz, Alina Chrabot-Sura, Waldemar Hładki, Majka Maria Żywicka-Luckner, pod przewodnictwem prezesa ZG ZLP Marka Wawrzkiwicza, po zapoznaniu się z 135 utworami poetyckimi i 25 prozatorskimi, przyznało nagrody laureatom VII Ogólnopolskiego Konkursu Poetycko-Prozatorskie-

go dla lekarzy i lekarzy dentyków. W kategorii poezja: I nagrody nie przyznano, II nagrodę ex aequo otrzymali: Jerzy Andrzejczak i Stefan Trzós z Łodzi, III nagrodę ex aequo otrzymały: Renata Paliga z Gorzowa Wlkp. i Joanna Matlachowska-Pala z Opola. W kategorii proza zwyciężyła Agnieszka Kania z Opola, II miejsce ex aequo zajęli: Jarosław Paśnik z Łodzi i Renata Paliga z Gorzowa Wlkp., III nagrodę otrzymał Jerzy Andrzejczak z Łodzi.

„Esculap Rock” po raz trzeci w Olsztynie

Warmińsko-Mazurska IL już po raz trzeci zorganizowała Ogólnopolski Festiwal Lekarskich Zespołów Rockowo-Bluesowych „Esculap Rock”.

Olsztyn stał się kolebką festiwalu, który po raz pierwszy został zorganizowany w 2012 r., rozwijając następnie swoją formę oraz liczbę uczestników. Pomysł, wydarzenie i jego organizacja stymulowane było aktywnością rodzimych, olsztyńskich zespołów rockowych

„The Doctors” i „The Painkillers”. W tym roku festiwal odbył się 22 października 2016 r. w Klubie „Nowy Andergrant” w Olsztynie. Uczestniczyło w nim aż 5 zespołów z całej Polski, walczących w atmosferze wyśmienitej, muzycznej uczty o „Nagrodę Publiczności”. Otrzymał ją zespół „Reanimators New” z Opola.

X Koncert Polskiej Orkiestry Lekarzy

Już po raz dziesiąty spotkaliśmy się, aby czerpać radość ze wspólnego muzykowania. Polska Orkiestra Lekarzy to głównie medycy, ale również stażysci, studenci i inni pracownicy ochrony zdrowia z całej Polski. Pomimo dzielących nas kilometrów, jesteśmy sobie bardzo bliscy, gdyż łączą nas dwie pasje – muzyka i medycyna. W niedzielny wieczór zagraliśmy charytatywny koncert symfoniczny w Auli Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu, pod batutą Artura Wróbla – dyrygenta, doktora sztuki muzycznej, adiunkta tejże

uczelni. Zagraliśmy Koncert fortepianowy e-moll op. 11 Fryderyka Chopina wraz z solistą Pawłem Motyczyńskim, uczestnikiem ubiegłorocznego Międzynarodowego Konkursu Chopinowskiego w Warszawie, doktorantem w Akademii Muzycznej w Krakowie. Po przerwie zabrzmiała „Orawa” Wojciecha Kilara i Uwertura „Morskie Oko” Zygmunta Noskowskiego. Trudno przenieść na papier emocje, dlatego też grających lekarzy i lekarzy dentyków chciałabym w imieniu Polskiej Orkiestry Lekarzy serdecznie zaprosić do dołączenia do naszego zespołu i osobistego przeżycia takich chwil, a pozostałych entuzjastów muzyki zapraszam na następne koncerty i do obejrzenia nagrań z występów na portalu YouTube.

Joanna Chodkowska,
lekarz dentyśka z OIL w Szczecinie

Więcej w dziale
Kultura na
www.gazetalekarska.pl

Aktualności





XX

**Mistrzostwa Polski Lekarzy
w narciarstwie alpejskim**

**24-26.02.2017
KLUSZKOWCE**

INFORMACJE:

WWW.YOUCANRACE.PL/SPORT-LEKARSKI/



Gazeta
Lekarska



72D

HEAD



FOTO: Marcin Romańczyk

Squash po lekarsku

Organizowane na terenie Śląskiej Izby Lekarskiej jubileuszowe V już Mistrzostwa Polski lekarzy w Squashu po raz kolejny odbyły się w formule zawodów dwudniowych w dniach 8 i 9 października br. Jak corocznie zawody zostały zorganizowane w gościnnych dla lekarzy-amatorów squasha Gliwicach. Uroczystego otwarcia mistrzostw dokonali: dr Rafał Kiełkowski, wiceprezes Śląskiej Izby Lekarskiej w Katowicach, oraz organizatorzy i inicjatorzy tych zawodów: dr Tomasz Romańczyk i Artur Smoleń, trener squashu. Więcej na www.gazetalekarska.pl w dziale Sport.

II WYDZIAŁ LEKARSKI AM W WARSZAWIE, ROCZNIK 1986-1992

Zapraszamy na spotkanie po 25 latach otrzymania dyplomu ukończenia II Wydziału Lekarskiego AM w Warszawie (rocznik 1986-1992). Impreza odbędzie się 22 kwietnia 2017 roku w restauracji ANTRAKT (w budynku Teatru Komedia), ul. Słowackiego 19a na warszawskim Żoliborzu o godzinie 19.00. Prosimy o zgłoszenia drogą e-mailową (absolwenci25lat@gmail.com) oraz wpłatę kwoty uczestnictwa do końca lutego 2017. Wpłatę 260 zł proszę dokonać na konto Komitetu Organizacyjnego w Banku PKO BP, nr konta 87 1020 1055 0000 9902 0380 2105 z tytułem IIWL25 imię i nazwisko + numer grupy (koniecznie). KOZA Komitet Organizacyjny Zjazdu Absolwentów

ABSOLWENCI AMG, ROCZNIK 1977

Koleżanki i Koledzy! Mija 40 lat od chwili, gdy w 1977 roku zakończyliśmy studia na AM w Gdańsku. Chcemy więc spotkać się znowu! Zjazd XL-lecia odbędzie się na Zamku Gniw w dniach 19-21.05.2017. Kontakt z Komitetem Organizacyjnym: Barbara Szafran, Maria Dudziak, Alicja Jakitowicz, tel.: 603 525 174, e-mail: alicja.jakitowicz@wp.pl.

ZJAZD ABSOLWENTÓW AM LUBLIN, ROCZNIK 1971-1977

Koleżanki i Koledzy! 40 lat minęło ... z tej okazji, z wielką przyjemnością zapraszamy na kolejny Jubileuszowy Zjazd Koleżeński dnia 10.06.2017 r. Zgłaszanie uczestnictwa do 15.05.2017 r. smsem, telefonicznie, a najlepiej na jeden z adresów: elawrocze@wp.pl, tel. 605 988 766, ggornicka@wp.pl, tel. 605 722 050. Miejscem spotkania będzie hotel ARTIS, Zamość – Sitaniec. Koszt uczestnictwa 270 zł/

osobę, rezerwacja noclegu we własnym zakresie, tel. (84) 677 22 00, recepcja@hoteartis.com. Zapraszamy z osobami towarzyszącymi. Potwierdzeniem będzie wpłata do 15.05.2017 r. na konto: 28 1240 2382 1111 0010 1287 4209 (Elżbieta Wrocze-Glijer) z dopiskiem „Zjazd 1977” i aktualnym adresem e-mailowym, ponieważ zaproszenia będą wysyłane TYLKO na te adresy.

WYDZIAŁ STOMATOLOGII PUM W SZCZECINIE, ROCZNIK 1992-1997

Zapraszamy na spotkanie z okazji 20-lecia ukończenia studiów, które odbędzie się 10/06/2017r. Miejsce: Hotel Fokus w Szczecinie. Koszt: 300zł/osoba. Wpłaty prosimy dokonywać do 20/03/2017, na konto hotelu Fokus: 86109018960000000118046148 (przelew z zagranicy: IBAN –PL, Swift- PLWBKPLPP) z podaniem imienia i nazwiska (obecnego i z okresu studiów) wraz z dopiskiem „Zjazd absolwentów 10.06.2017”. Istnieje możliwość indywidualnej rezerwacji pokoi hotelowych w cenie 220-260 zł na hasło: Zjazd absolwentów 10/06/2017. Po dokonaniu wpłaty potwierdzenie należy przesłać na skrzynkę kontakt@zjazdpum.97.pl z tytułem: potwierdzenie wpłaty imię i nazwisko. Wszelkie informacje dostępne na stronie www.zjazdpum97.pl oraz na Fb.

WYDZIAŁ LEKARSKI AM W BIAŁYMSTOKU, ROCZNIK 1987

Zapraszamy na jubileuszowy zjazd absolwentów rocznik 1987 Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Białymstoku z okazji 30-lecia ukończenia studiów. Termin i miejsce spotkania: 07.10.2017 Uniwersytet Medyczny w Białymstoku i Hotel Gołębiowski w Białymstoku. Szczegółowe informacje: <http://absolwenci1987.pl/>.

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

Śpiewający konsyliarze

35 lat temu, 13 grudnia 1981 r. zawiesił, a w konsekwencji zakończył swoją działalność Teatrzyk Piosenki Lekarzy „Eskulap”. Stan wojenny ostatecznie przerwał niezwykle artystyczne tournée rozpoczęte przez studentów Akademii Medycznej w Warszawie pod przywództwem Jerzego Woy-Wojciechowskiego. Przez 30 lat zespół wystąpił 4000 razy, pozostawiając po sobie nie tylko wspomnienia, ale także zdjęcia, filmy, książki, plakaty, płyty, teksty i nuty.

*Tyle lat, tyle lat, lecz czas nam nie zaszkodził,
Wokół nas się zmienia świat – my jesteśmy młodzi**

Eskulapa” założyli laureaci I Uczelnianych Eliminacji Zespołów Artystycznych. Wokalny kwartet męski, czyli panowie: Józef Antepowicz, Marcel Wróbel, January Jarczewski, Zbigniew Błorński, połączyli swoje siły z kwartetem „Cztery szmery”, który tworzyły panie: Hanna Przekwas, Krystyna Wiczorek, Ingeborga Kozłowska i Halina Snopkiewicz. Za fortepianem zasiadł Jerzy Woy-Wojciechowski. Tuż przed pierwszymi wakacjami zdobyli III miejsce w warszawskim konkursie Studenckich Zespołów Artystycznych. Rok później we Wrocławiu byli już w ogólnopolskiej czołówce. W czasach wzmożonej agitacji i propagandy trudno było przebić się z własną twórczością. Dopiero w 1955 r. pozwalają sobie na autorski program. Polityczna odwilż daje oddech. Rodzi się konwencja teatrzyku piosenki, w którego składzie zostaje Jurek Woy, Krystyna Wiczorek i Józef Antepowicz. Przez kolejne lata przewiną się na krócej, na dłużej lub na zawsze lekarze: Maciej Brodowski, Tadeusz Grigo, Jerzy Jastrzębski, Jerzy Kawiecki, Kofi Kordzi z Togo, Felicja Łapkiewicz, Tadeusz Łojek, Krystyna Oleszczuk-Raszke, Jerzy Meissner, Jan Młynarski, Konstanty Mrozek, Kazimierz Niemczewski, Andrzej Niklewski, Krystyna Oleszczuk, Jerzy Proniewski (razem z żoną Wiesławą zasiadającą co wieczór do projekcji slajdów), Jerzy Przedlacki, Ferdynand Radziwiłł, Julian Raszke, Victor Randall Sackey jr. z Ghany, Elżbieta Sawicka-Chitryn, Michał Sepiła, Zbigniew Sołonowicz, Żana Stankowska-Kantecka z Bułgarii, Karol Taube, Roman Święcicki, Janusz Wiśniewski, Antoni Zienkiewicz. Nową gwiazdą zostaje stomatolog Elżbieta Tuszyńska. Na afiszach są także farmaceuci: Hanna Łuszczuk (Rek), Romuald Quas de Penno, Adolf Ubysz i wiele, wiele innych osób z kręgu przyjaciół i zawodowych artystów. Od 1969 r. filarem literackim zostaje Alicja Kozłowska (Woy-Wojciechowska), która prowadzi koncerty, pisze teksty i kolejne scenariusze.

*Grunť, żebyśmy zdrowi byli w domu i urzędzie,
Grunť to zdrowie moi mili, reszta jakoś będzie.
Grunť, żebyśmy wino pili, jeśli jest przyczyna.
Grunť, żebyśmy zdrowi byli. Wiwat medycyna.**

W 1957 r. „Eskulap” po raz pierwszy występuje w programie telewizyjnym. Konkurs „Zapraszamy na estradę” prowadzi Kazimierz Rudzki. Odbierając dyplomy lekarskie, członkowie zespołu stają przed dylematem, jak

pogodzić medycynę z estradą? A kalendarz z każdym dniem pęcznieje. Ściana w sali prób w przychodni rejonowej przy ulicy Jasnej w Warszawie (potem w Klubie Medyka) zapelnia się kolejnymi dyplomami zwycięskich konkursów. Ślą zaproszenia domy kultury i stacje radiowe. Kuszą wyjazdy zagraniczne.

*Różne troski macie w domu, lecz zostawcie je,
tutaj każdy musi śmiać się, czy chce, czy też nie.
Niech się pani już nie dąsa i niech pan podkreśli wąsa,
ten jest młody, ten jest zdrowy, kto się umie śmiać.***

Przeglądam ważniejsze wydarzenia w dziejach „Eskulapa”. Koncerty niemal w całej Polsce. Coraz liczniejsze zagraniczne tournée, w tym ogromny artystyczny sukces wśród Polonii amerykańskiej i kanadyjskiej. Niebagatelny wkład w budowę Centrum Zdrowia Dziecka, w zamian za bilety-cegiełki. W tle solowe sukcesy, które nie zaburzają w żaden sposób pracy zespołu. Ogromne zaangażowanie w projekt Domu Lekarza Seniora, którego kulminacją jest gala w Sali Kongresowej pod niewyobrażalnym dzisiaj tytułem „Stolica Swaim Lekarzom”, z udziałem wielkich gwiazd polskiej estrady i teatru.

*Tyle lat, tyle lat, aż człowiek wprost się lęka,
Nie ma zysków, nie ma strat, tylko jest piosenka...**

A wszystko zaczęło się w 1951 r. od słów kończących cenzorskie przesłuchanie chóru rewelersów: „Niech zagrają na Sylwestra, a potem się ich rozwiąże...”. ■



Jarosław Wanecki

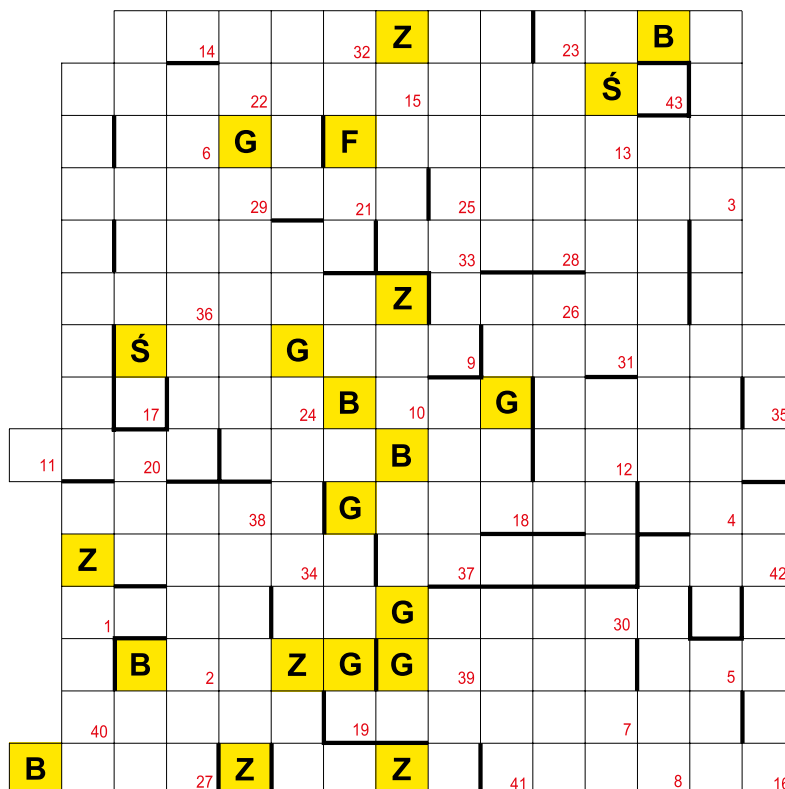
Przewodniczący
kolegium
redakcyjnego „GL”

* Z tekstu piosenki
„Grunť, żebyśmy
zdrowi byli”
Krystyny Żywulskiej
** Z tekstu piosenki
„Śmiech to zdrowie”
Jerzego Woy-
Wojciechowskiego





Objaśnienia 67
hasel podano
w przypadkowej
kolejności. W diagramie
ujawniono wszystkie
litery: B, F, G, Ś i Z.
Na ponumerowanych
polach ukryto 43 litery
hasła, które stanowi
rozwiązanie. Jest to
myśl Seneki. Hasło
należy przesłać na
karcie pocztowej do
redakcji lub e-mailem
na adres [jolka@
gazetalekarska.pl](mailto:jolka@gazetalekarska.pl) do 20
stycznia 2017 r. Wśród
autorów prawidłowych
rozwiązań rozlosujemy
nagrody książkowe
(prosimy o podanie
specjalizacji i adresu do
wysyłki).



Rozwiązanie Jolki
lekarskiej nr 219
(„GL” nr 10/2016)
**Dwie rzeczy popychają
ludzi do działania,
interes i strach.**

Nagrody otrzymują:
Justyna Kotlewska (Kolno),
Małgorzata Szarek-Poleszek
(Malbork), Wojciech
Ogrodzki (Warszawa).
Fundatorem nagród jest
Wydawnictwo Lekarskie
PZWL, www.pzwl.pl.
Nagrody prześlemy pocztą.

* choroba Addisona * Orszulka dla Kochanowskiego * między Irakiem a Afganistanem * Czarna Woda * Giulietta,
żona Felliniego * imię sprintera wszech czasów * wyizolował wit. K2, noblista (1943) * daremne z próżnym trudem
* szorstkość * port rzeczny między Sulechowem a Zieloną Górą * szeregowiec Spielberga * alkoholowa hulanka *
pałeczka np. dżumy (łac.) * mieszka w Bilbao * strefa niebieska * Saudyjska * sałatka hiszpańska * plebs, plemie
* Capra lub Capella * Johnny, amerykański muzyk country * caryca (1730-40) * sąsiad Litwina i Estończyka *
opakowanie do maści lub dęta blaszana * za zdrowie! * Sajda * szczypce * źródła zdrowotne * Gross-Rosen *
jeszcze raz! * węży * delfin z Amazonki * strome skaliste wybrzeże * niezła okazja * góra lodowa (ang-niem) * ptasi
nawóz * czołówka * z Sandozem utworzyła Novartis * błędnie zwane kłami * obszar wzrostu poziomowi wody przed
przeszkodą * indyjska jaźń jednostki * gwarancje, zobowiązania * skąpstwo, łakomstwo * młoda bogatka * kraina
z Janiną * jednostka rozpoznania * mieszka w Lagos * port Brugii * krwawnik, odmiana chalcedonu * zęby (łac.) *
ugrupowanie Krzaklewskiego * między Kargulem i Pawlakiem * miasto między Leszkiem a Kościanem * Zaratusztra
lub Mahomet * przemoc, ciemność * objaw sygnałowy przed napadem epi * show na lodzie * rozprysk fali *
wies u wylotu Dunajca na Dolinę Nadwiślańską * japoński zwyczaj odwiedzania corocznego kwitnących drzew *
wyraża radość lub sympatię * patron zespołu aldosteronizmu pierwotnego * japońska zlotówka * węgierska kielbasa
* opływa Malbork * ona sprzątała i rządziła w szkole * praskarpeta * artretyzm

BJER

Wydawca:

**Naczelna Rada
Lekarska**



Dla członków izb lekarskich bezpłatnie
Nakład: 170 150 egz.
Foto okładki: PAP/Darek Delmanowicz

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 skróć, adustacji, 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).

